



Department of Digital Business

Journal of Artificial Intelligence and Digital Business (RIGGS)

Homepage: <https://journal.ilmudata.co.id/index.php/RIGGS>

Vol. 5 No. 2 (2026) pp: 21484-21491

P-ISSN: 2963-9298, e-ISSN: 2963-914X

Dinamika Manajemen Perubahan Organisasi dalam Implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit

Nugroho Rizki Pratomo¹, Putri Mutiara Sari², Rahmi Ayu Wulandari³, Mira Veranita⁴

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

nugrohorizkipratomo@gmail.com

Abstrak

Transformasi digital rumah sakit menghadirkan tantangan organisasional yang melampaui implementasi teknis. Meskipun teori manajemen perubahan menawarkan tahapan transisi yang terstruktur, pemahaman mengenai bagaimana staf rumah sakit mengalami, memaknai, dan merespons perubahan dalam praktik sehari-hari masih terbatas di Indonesia. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi pengalaman staf selama implementasi rekam medis elektronik (RME), khususnya terkait kepemimpinan, komunikasi, dan resistensi. Penelitian menggunakan desain studi kasus kualitatif pada sebuah rumah sakit umum swasta di Jawa Barat. Data diperoleh melalui wawancara semi-terstruktur terhadap sembilan informan yang dipilih secara purposif, meliputi manajemen puncak, manajemen menengah, dokter, perawat, dan staf administrasi, serta dilengkapi observasi non-partisipan dan kajian dokumen. Data dianalisis menggunakan enam tahap analisis tematik Braun dan Clarke, dengan triangulasi sumber dan metode. Hasil penelitian menemukan empat tema utama: kepemimpinan sebagai penentu legitimasi perubahan, kesenjangan komunikasi antarlapik manajemen, resistensi staf klinis akibat kekhawatiran beban kerja dan berkurangnya otonomi, serta dukungan informal antarsejawat sebagai fasilitator adopsi. Proses perubahan secara umum mencerminkan model delapan langkah Kotter, tetapi tahap institusionalisasi masih lemah. Beberapa informan melaporkan kembalinya praktik kerja informal ketika perhatian manajerial bergeser. Temuan ini memberikan kontribusi kontekstual dan implikasi praktis bagi manajer sumber daya manusia dalam merancang perubahan yang partisipatif, adaptif, dan berkelanjutan sesuai kebutuhan operasional dan klinis rumah sakit.

Kata kunci: Manajemen Perubahan; Rekam Medis Elektronik; Kepemimpinan Transformasional; Resistensi Staf Klinis; Studi Kasus Kualitatif

1. Latar Belakang

Transformasi digital di sektor pelayanan kesehatan, khususnya implementasi sistem rekam medis elektronik (RME), telah menjadi agenda strategis hampir seluruh rumah sakit di Indonesia, didorong oleh regulasi pemerintah melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, tuntutan akreditasi nasional dan internasional, serta kebutuhan efisiensi operasional yang semakin mendesak di tengah tekanan pembiayaan kesehatan. Adopsi RME secara global telah menunjukkan manfaat yang signifikan dalam hal pengurangan kesalahan medis, peningkatan koordinasi layanan antarprofesi, dan efisiensi pengelolaan data klinis. Namun demikian, pengalaman empiris di berbagai negara, termasuk Indonesia, secara konsisten menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi RME tidak semata ditentukan oleh kesiapan teknis sistem, melainkan sangat bergantung pada bagaimana proses perubahan tersebut dikelola secara organisasional. Famila, Yudha, Bambulu, dan Veranita (2025) menegaskan bahwa hambatan utama dalam transformasi digital rumah sakit bukan terletak pada ketersediaan teknologi, melainkan pada kesiapan dan kemampuan sumber daya manusia dalam mengadopsi dan mengimplementasikan teknologi tersebut, serta pada kurangnya strategi pengembangan SDM yang memadai untuk mendukung proses tersebut. Literatur manajemen perubahan telah lama menegaskan bahwa kegagalan inisiatif perubahan organisasi lebih sering disebabkan oleh faktor manusia dan proses, bukan oleh kelemahan desain teknis semata. Kotter (1995) mencatat bahwa sekitar tujuh puluh persen program transformasi organisasi gagal mencapai tujuan yang diharapkan, dan sebagian besar kegagalan tersebut berakar pada pengelolaan dimensi manusia yang tidak memadai selama proses perubahan berlangsung.

Rumah sakit, sebagai organisasi profesional birokratis (Mintzberg, 1983) dengan struktur otoritas ganda antara manajemen administratif dan profesi klinis, menghadapi dinamika perubahan yang secara kualitatif berbeda dari organisasi bisnis pada umumnya. Dalam organisasi semacam ini, legitimasi sebuah keputusan manajerial tidak cukup hanya bersandar pada otoritas hierarkis formal, melainkan harus pula memperoleh pengakuan dari

kelompok profesi klinis yang memiliki otonomi substansial dalam menentukan cara kerja mereka sendiri. Dokter dan perawat, sebagai kelompok profesi dengan otonomi tinggi dan identitas profesional yang kuat, sering kali memaknai perubahan prosedural bukan sekadar sebagai penyesuaian administratif, melainkan sebagai potensi intervensi terhadap otonomi klinis dan identitas profesional mereka. Veranita, Purwadhi, Aziz, Nurwansyah, Anggreyorina, Aziz, dan Fitaloka (2024) menunjukkan bahwa kepemimpinan transformasional yang efektif memainkan peran krusial dalam memitigasi resistensi terhadap kebijakan baru dalam organisasi, karena pemimpin transformasional mampu mengkomunikasikan visi perubahan secara meyakinkan, membangun kepercayaan staf, dan mendorong internalisasi nilai-nilai baru secara sukarela tanpa mengandalkan mekanisme koersif semata. Proses sense-making (Weick, 1995) yang berlangsung di antara staf klinis ketika menghadapi perubahan organisasional memainkan peran krusial dalam menentukan apakah perubahan tersebut akan diterima, dinegosiasikan, atau ditolak secara aktif maupun pasif. Pemahaman mengenai bagaimana proses pemaknaan ini berlangsung dalam keseharian staf rumah sakit memerlukan pendekatan penelitian yang mampu menangkap kedalaman pengalaman subjektif, sesuatu yang sulit dijangkau melalui pendekatan kuantitatif survei semata.

Model-model manajemen perubahan yang paling banyak digunakan dalam konteks organisasi kesehatan, seperti Model Delapan Langkah Kotter (1996; 2012), Model Tiga Tahap Lewin (1947), dan Model ADKAR (Hiatt, 2006), pada dasarnya menyediakan kerangka bertahap yang memandu transisi organisasi dari kondisi saat ini menuju kondisi yang diinginkan. Kotter menekankan pentingnya membangun urgensi, membentuk koalisi pemandu, serta menanamkan perubahan ke dalam budaya organisasi secara berkelanjutan. Lewin, di sisi lain, menawarkan konseptualisasi yang lebih sederhana namun tetap relevan mengenai dinamika pencairan resistensi awal (unfreezing), implementasi perubahan itu sendiri (changing), dan pembekuan kembali perilaku baru sebagai norma permanen (refreezing). Sementara itu, ADKAR memberikan perhatian khusus pada dimensi perubahan di tingkat individu, yang justru sering kali menjadi faktor penentu keberhasilan implementasi di lapangan. Meskipun ketiga model tersebut telah banyak diadopsi dalam studi manajemen perubahan di sektor kesehatan, sebagian besar studi yang ada bersifat deduktif, yakni menguji sejauh mana implementasi di lapangan sesuai dengan tahapan model yang dipilih, tanpa memberi ruang yang cukup bagi temuan-temuan yang bersifat emergent dan tidak terantisipasi oleh model tersebut.

Sebagian besar studi mengenai manajemen perubahan di rumah sakit, termasuk tinjauan literatur sistematis terdahulu, cenderung mensintesis pola umum lintas studi tanpa menggali secara mendalam bagaimana dinamika tersebut termanifestasi dalam konteks satu organisasi tertentu, dengan aktor, sejarah, dan budaya organisasi yang spesifik. Penelitian kuantitatif berbasis survei, meskipun kuat dalam hal generalisabilitas statistik, memiliki keterbatasan inheren dalam menangkap kompleksitas proses negosiasi makna, ketegangan antarprofesi, dan mekanisme adaptasi informal yang justru sering kali menjadi penentu keberhasilan atau kegagalan perubahan di tingkat operasional. Pendekatan studi kasus kualitatif menawarkan keunggulan untuk mengisi kesenjangan ini, yaitu kemampuan menelusuri secara rinci bagaimana proses perubahan berlangsung dari berbagai sudut pandang pemangku kepentingan internal, termasuk ketegangan, negosiasi makna, dan strategi adaptasi informal yang sering kali tidak tertangkap dalam laporan formal organisasi. Pendekatan ini sejalan dengan seruan sejumlah peneliti terkemuka dalam bidang manajemen perubahan organisasi kesehatan yang menekankan perlunya penelitian berbasis konteks untuk menghasilkan pengetahuan yang lebih dapat diaplikasikan dalam praktik manajerial nyata. Berdasarkan kesenjangan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi secara mendalam pengalaman staf rumah sakit dalam menjalani proses manajemen perubahan selama implementasi sistem rekam medis elektronik, dengan fokus pada tiga pertanyaan penelitian: pertama, bagaimana staf dari berbagai lapis organisasi memaknai dan merespons proses perubahan yang dijalankan; kedua, faktor-faktor apa yang mendorong maupun menghambat penerimaan perubahan dari perspektif staf; dan ketiga, sejauh mana pola perubahan yang teramati sesuai dengan model teoritis manajemen perubahan yang ada, khususnya Model Delapan Langkah Kotter. Pemilihan Model Kotter sebagai kerangka analitis utama didasarkan pada dominansinya dalam literatur manajemen perubahan di sektor kesehatan, sekaligus untuk menguji relevansi dan keterbatasannya ketika diterapkan dalam konteks rumah sakit Indonesia yang memiliki karakteristik sistem kesehatan, budaya organisasi, dan dinamika hubungan industrial yang khas. Penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi empiris yang kontekstual bagi pengembangan teori manajemen perubahan di sektor kesehatan, serta implikasi praktis bagi manajer sumber daya manusia rumah sakit dalam merancang strategi perubahan yang lebih partisipatif, inklusif, dan berkelanjutan.

2. Metode Penelitian

Menjelaskan Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus tunggal (single case study) sebagaimana dikembangkan oleh Yin (2018), yang dipilih karena kesesuaiannya untuk menjawab pertanyaan penelitian bersifat “bagaimana” dan “mengapa” terhadap fenomena kontemporer yang kompleks dalam konteks kehidupan nyata, di mana batas antara fenomena dan konteksnya tidak selalu tegas. Desain studi kasus dipandang tepat untuk menelusuri secara mendalam dinamika manajemen perubahan dalam satu organisasi rumah sakit tertentu, dengan mempertimbangkan kekhasan sejarah, budaya, dan struktur kepemimpinan organisasi tersebut.

2.1 Lokasi dan Konteks Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada sebuah rumah sakit umum swasta tipe C di wilayah Jawa Barat (selanjutnya disebut dengan nama samaran “RS Harapan Sejahtera” untuk menjaga kerahasiaan institusi) yang tengah menjalani proses implementasi sistem rekam medis elektronik secara bertahap dalam kurun waktu delapan belas bulan terakhir. Pemilihan lokasi penelitian didasarkan pada pertimbangan bahwa institusi tersebut sedang aktif menjalani proses perubahan organisasional yang relevan dengan fokus penelitian, serta aksesibilitas peneliti terhadap informan kunci di berbagai lapis organisasi.

2.2 Partisipan dan Teknik Pengambilan Sampel

Partisipan penelitian dipilih menggunakan teknik purposive sampling dengan strategi maximum variation sampling untuk menjangkau keragaman perspektif dari berbagai lapis dan fungsi organisasi. Kriteria inklusi partisipan meliputi: (1) staf yang telah bekerja di rumah sakit tersebut minimal dua tahun sehingga memiliki pemahaman kontekstual mengenai kondisi sebelum dan sesudah perubahan; dan (2) terlibat secara langsung dalam proses implementasi RME, baik sebagai perancang kebijakan, pelaksana, maupun pengguna akhir sistem. Sebanyak sembilan informan berpartisipasi dalam penelitian ini, terdiri atas: satu Direktur Rumah Sakit, satu Manajer Sumber Daya Manusia, satu Kepala Instalasi Rawat Inap, dua Dokter Spesialis, dua Perawat Pelaksana, satu Staf Rekam Medis, dan satu Staf Teknologi Informasi. Tabel 1 menyajikan profil ringkas partisipan penelitian. Penentuan jumlah partisipan mengacu pada prinsip kecukupan informasi (information power) sebagaimana dikemukakan oleh Malterud, Siersma, dan Guassora (2016), di mana proses wawancara dihentikan setelah tercapai titik kejenuhan data (data saturation), yakni ketika wawancara tambahan tidak lagi memunculkan tema substantif baru.

2.3 Teknik Pengumpulan Data

Data utama dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur (semi-structured in-depth interview) yang berlangsung antara 45 hingga 75 menit per sesi, dilakukan secara tatap muka di ruang yang representatif untuk menjamin privasi dan kenyamanan informan. Pedoman wawancara dikembangkan berdasarkan tinjauan literatur manajemen perubahan, khususnya kerangka tahapan Model Kotter, namun bersifat fleksibel untuk memungkinkan eksplorasi tema-tema yang muncul secara emergent selama proses wawancara berlangsung. Pertanyaan wawancara mencakup pengalaman informan terhadap proses sosialisasi perubahan, persepsi terhadap gaya kepemimpinan selama proses perubahan, hambatan yang dirasakan, serta strategi adaptasi yang ditempuh. Seluruh wawancara direkam dengan persetujuan informan dan ditranskripsi secara verbatim. Sebagai data pelengkap, peneliti juga melakukan observasi non-partisipan terhadap aktivitas kerja di ruang rawat inap dan instalasi rekam medis selama empat minggu, serta menelaah dokumen internal rumah sakit yang relevan, seperti notulen rapat sosialisasi perubahan dan modul pelatihan staf, untuk keperluan triangulasi metode.

2.4 Teknik Analisis Data

Data dianalisis menggunakan analisis tematik (thematic analysis) mengikuti enam tahap yang dikembangkan oleh Braun dan Clarke (2006; 2019), yaitu: (1) familiarisasi data melalui pembacaan berulang transkrip wawancara; (2) pembuatan kode awal (initial coding) secara sistematis terhadap data yang relevan; (3) pencarian tema (searching for themes) melalui pengelompokan kode-kode yang berkaitan; (4) peninjauan tema (reviewing themes) untuk memastikan koherensi internal dan keterpisahan antartema; (5) pendefinisian dan penamaan tema (defining and naming themes); dan (6) penyusunan laporan akhir (producing the report). Proses pengodean dilakukan secara manual dengan bantuan perangkat lunak pengolah data kualitatif untuk memfasilitasi pengelolaan data, dan dilakukan secara iteratif antara data mentah dan kerangka teori manajemen perubahan yang menjadi sensitizing concept penelitian ini.

2.5 Kredibilitas dan Keabsahan Data

Untuk menjamin kredibilitas dan keabsahan temuan, penelitian ini menerapkan beberapa strategi sesuai kriteria trustworthiness yang dikembangkan oleh Lincoln dan Guba (1985), meliputi: triangulasi sumber data (membandingkan perspektif dari berbagai jenis informan), triangulasi metode (menggabungkan data wawancara, observasi, dan dokumen), member checking (mengonfirmasi interpretasi awal kepada sebagian informan), serta audit trail berupa pendokumentasian sistematis seluruh tahapan pengumpulan dan analisis data. Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari komite etik penelitian institusi serta persetujuan partisipasi (informed consent) dari seluruh informan sebelum proses wawancara dilaksanakan.

Sebagai catatan metodologis penting, seluruh kutipan wawancara, nama informan, dan nama institusi yang disajikan dalam manuskrip ini merupakan data ilustratif (dummy) yang disusun untuk keperluan demonstrasi format dan struktur penulisan studi kasus kualitatif, dan bukan merupakan hasil pengumpulan data lapangan yang sesungguhnya. Apabila naskah ini akan digunakan untuk keperluan akademik formal, seluruh data substantif pada bagian Hasil dan Pembahasan wajib digantikan dengan data primer hasil penelitian lapangan yang otentik.

Tabel 1. Profil Partisipan Penelitian

Kode	Jabatan/Peran	Lama Kerja	Keterlibatan dalam Perubahan
P1	Direktur Rumah Sakit	12 tahun	Inisiator kebijakan, sponsor perubahan
P2	Manajer Sumber Daya Manusia	9 tahun	Perancang program sosialisasi dan pelatihan
P3	Kepala Instalasi Rawat Inap	10 tahun	Pelaksana lapangan, penghubung manajemen-staf
P4	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	7 tahun	Pengguna akhir, perwakilan profesi medis
P5	Dokter Spesialis Bedah	5 tahun	Pengguna akhir, perwakilan profesi medis
P6	Perawat Pelaksana Senior	11 tahun	Pengguna akhir, mentor informal rekan kerja
P7	Perawat Pelaksana Junior	2 tahun	Pengguna akhir, generasi digital native
P8	Staf Rekam Medis	6 tahun	Pengguna akhir, operator harian sistem
P9	Staf Teknologi Informasi	4 tahun	Pelaksana teknis, pendukung implementasi

3. Hasil dan Diskusi

Hasil analisis tematik terhadap data wawancara, observasi, dan dokumen menghasilkan empat tema utama yang saling terkait dalam menggambarkan dinamika manajemen perubahan di RS Harapan Sejahtera, yaitu: (1) kepemimpinan sebagai determinan legitimasi perubahan; (2) kesenjangan komunikasi antarlapis manajemen; (3) resistensi staf klinis yang berakar pada kekhawatiran beban kerja dan otonomi; dan (4) dukungan informal antarsejawat sebagai fasilitator adopsi. Tabel 2 merangkum keempat tema tersebut beserta kode pendukung dan ilustrasi kutipan representatif, sebelum masing-masing tema diuraikan secara naratif pada subbagian berikut.

Tabel 2. Ringkasan Tema, Kode Pendukung, dan Sumber Informan

Tema	Kode Pendukung	Sumber Informan Utama
Kepemimpinan sebagai determinan legitimasi perubahan	Visibilitas pemimpin; keteladanan; konsistensi pesan	P1, P2, P3, P6
Kesenjangan komunikasi antarlapis manajemen	Informasi terlambat; simpang siur; sosialisasi satu arah	P4, P5, P7, P8
Resistensi staf klinis: beban kerja dan otonomi	Waktu konsultasi berkurang; takut kesalahan input; identitas profesional	P4, P5, P6, P7
Dukungan informal antarsejawat sebagai fasilitator	Mentor sebaya; grup pesan informal; trial-and-error bersama	P6, P7, P8, P9

3.1 Tema 1: Kepemimpinan sebagai Determinan Legitimasi Perubahan

Hampir seluruh informan, lintas lapis jabatan, menempatkan kepemimpinan sebagai faktor yang paling menentukan apakah perubahan dipersepsikan sebagai sesuatu yang legitim dan layak diikuti. Direktur rumah sakit (P1) menggambarkan strategi kepemimpinannya sebagai berikut:

“Saya sengaja hadir langsung di setiap sesi sosialisasi, bukan cuma kirim surat edaran. Karena kalau direktur saja tidak hadir, bagaimana staf mau percaya ini penting? Saya juga minta laporan progres setiap dua minggu

ke saya langsung, supaya semua orang tahu ini bukan proyek yang akan dilupakan begitu saja.” (P1, Direktur Rumah Sakit)

Persepsi mengenai keteladanan pemimpin ini turut dikonfirmasi oleh informan pada lapis menengah dan operasional. Kepala Instalasi Rawat Inap (P3) menyatakan bahwa kehadiran fisik pimpinan dalam proses sosialisasi memberikan sinyal urgensi yang tidak dapat digantikan oleh komunikasi tertulis semata, sementara Perawat Pelaksana Senior (P6) menambahkan bahwa konsistensi pesan dari manajemen puncak hingga manajemen lini menjadi penentu kepercayaan staf terhadap arah perubahan. Sebaliknya, dua informan dokter spesialis (P4 dan P5) menilai bahwa keterlibatan figur otoritas medis senior dalam proses perubahan, bukan hanya manajemen administratif, turut memengaruhi penerimaan perubahan di kalangan tenaga medis, sebuah temuan yang relevan dengan karakteristik struktur otoritas ganda pada organisasi rumah sakit.

Temuan ini secara umum sejalan dengan tahap awal Model Kotter, khususnya tahap membangun koalisi pemandu (*forming a powerful coalition*) dan menciptakan rasa urgensi (*creating urgency*), di mana keterlibatan aktif dan visibilitas pemimpin senior menjadi prasyarat bagi diterimanya legitimasi perubahan oleh staf pada berbagai lapis organisasi.

3.2 Tema 2: Kesenjangan Komunikasi Antarlapis Manajemen

Meskipun manajemen puncak melaporkan upaya komunikasi yang intensif, sejumlah informan pada lapis operasional menggambarkan pengalaman yang kontras, yaitu informasi yang terlambat diterima, simpang siur, atau tidak konsisten antara apa yang disampaikan dalam forum resmi dengan instruksi teknis yang diterima di lapangan. Staf Rekam Medis (P8) menyampaikan pengalamannya sebagai berikut:

“Waktu sosialisasi awal, kami diberi tahu sistem baru akan jalan paralel dengan sistem manual selama tiga bulan. Tapi tiba-tiba minggu kedua sudah diminta full pakai sistem baru, sistem manual distop. Kami jadi kelimpungan, banyak data pasien lama yang belum sempat dipindahkan.” (P8, Staf Rekam Medis)

Dokter Spesialis Bedah (P5) turut menggambarkan kesenjangan informasi serupa dari sudut pandang tenaga medis:

“Saya dengar dari teman sejawat duluan soal perubahan jadwal pelatihan, bukan dari manajemen. Itu yang bikin saya merasa kami, dokter, bukan prioritas dalam komunikasi mereka, padahal kami yang setiap hari pakai sistem ini untuk pasien.” (P5, Dokter Spesialis Bedah)

Kesenjangan ini, menurut Manajer Sumber Daya Manusia (P2), sebagian disebabkan oleh keterbatasan kapasitas tim penghubung (*change champion*) di tingkat unit kerja, yang menyebabkan informasi dari manajemen puncak tidak terdistribusi secara merata dan tepat waktu ke seluruh lapis organisasi. Temuan ini menggarisbawahi bahwa strategi komunikasi top-down yang dirancang secara formal oleh manajemen puncak tidak secara otomatis diterjemahkan menjadi pengalaman komunikasi yang koheren di tingkat operasional, sebuah kesenjangan implementasi yang konsisten dengan literatur manajemen perubahan mengenai pentingnya saluran komunikasi dua arah dan agen perubahan lini tengah yang memadai.

3.3 Tema 3: Resistensi Staf Klinis: Beban Kerja dan Otonomi Profesional

Tema resistensi muncul paling kuat di kalangan informan dokter dan perawat, dengan akar persoalan yang bersifat multidimensional. Dokter Spesialis Penyakit Dalam (P4) menjelaskan kekhawatirannya terhadap implikasi perubahan pada waktu pelayanan pasien:

“Saat awal pakai sistem ini, waktu konsultasi saya per pasien bertambah hampir dua kali lipat karena harus input data yang detail. Pasien di ruang tunggu jadi menumpuk, saya merasa kualitas interaksi dengan pasien malah berkurang karena saya lebih banyak menatap layar daripada pasien.” (P4, Dokter Spesialis Penyakit Dalam)

Perawat Pelaksana Senior (P6) turut menyuarakan kekhawatiran terkait risiko kesalahan dan tanggung jawab profesional:

“Saya takut salah input, karena kalau salah, yang disalahkan kan kami juga akhirnya, bukan sistemnya. Dulu kalau ada masalah, kami punya catatan manual yang bisa kami pertanggungjawabkan langsung. Sekarang semua tergantung sistem yang kadang lambat.” (P6, Perawat Pelaksana Senior)

Sementara itu, Perawat Pelaksana Junior (P7), yang relatif lebih terbiasa dengan teknologi digital, menunjukkan pola resistensi yang berbeda, lebih berkaitan dengan persepsi terhadap kurangnya pelatihan yang memadai dibandingkan penolakan terhadap teknologi itu sendiri. Pola ini mengindikasikan bahwa resistensi terhadap perubahan tidak bersifat homogen, melainkan dibentuk oleh faktor generasi, senioritas, dan persepsi terhadap

implikasi perubahan pada peran profesional masing-masing individu. Temuan ini memperkuat argumen dalam literatur bahwa resistensi terhadap perubahan bersifat multidimensional dan tidak dapat direduksi menjadi sekadar “penolakan terhadap hal baru”, melainkan perlu dipahami sebagai respons rasional terhadap ketidakpastian dampak perubahan pada kompetensi, beban kerja, dan akuntabilitas profesional staf.

3.4 Tema 4: Dukungan Informal Antarsejawat sebagai Fasilitator Adopsi

Salah satu temuan yang tidak secara eksplisit diantisipasi dalam desain program perubahan formal adalah peran signifikan dukungan informal antarsejawat (peer support) dalam memfasilitasi adopsi sistem baru di tingkat operasional. Staf Teknologi Informasi (P9) menggambarkan munculnya pola dukungan informal ini:

“Awalnya kami sediakan helpdesk resmi, tapi yang lebih sering dipakai itu grup pesan instan antarperawat sendiri. Mereka saling membantu, saling kirim screenshot cara input yang benar. Itu jauh lebih efektif daripada modul pelatihan formal yang kami buat.” (P9, Staf Teknologi Informasi)

Perawat Pelaksana Senior (P6), yang secara informal menjadi rujukan rekan-rekannya, menyatakan:

“Saya jadi semacam tempat bertanya buat adik-adik perawat baru. Bukan karena ditugaskan, tapi karena saya lebih dulu paham, jadi ya saya bantu. Lama-lama jadi kebiasaan, tiap shift pasti ada yang tanya ke saya dulu sebelum tanya ke IT.” (P6, Perawat Pelaksana Senior)

Fenomena ini menunjukkan bahwa proses institusionalisasi perubahan tidak semata berlangsung melalui jalur formal yang dirancang manajemen, melainkan juga melalui jaringan sosial informal yang muncul secara organik di antara staf. Temuan ini memiliki implikasi penting bagi manajemen sumber daya manusia, yaitu perlunya pengakuan dan penguatan secara formal terhadap peran agen perubahan informal (informal change agents) ini, alih-alih hanya mengandalkan struktur change champion yang ditunjuk secara administratif.

3.5 Pembahasan: Kesesuaian dengan Model Delapan Langkah Kotter dan Implikasi bagi Manajemen Sumber Daya Manusia

Secara keseluruhan, pola perubahan yang teramati pada RS Harapan Sejahtera menunjukkan kesesuaian parsial dengan tahapan Model Delapan Langkah Kotter. Tahap awal, yaitu menciptakan urgensi dan membentuk koalisi pemandu, tergambar cukup kuat melalui keterlibatan langsung Direktur dan dukungan figur otoritas medis senior. Tahap merumuskan dan mengomunikasikan visi perubahan, sebagaimana terungkap dalam Tema 2, justru menjadi titik lemah utama, dengan kesenjangan signifikan antara strategi komunikasi yang dirancang manajemen puncak dan pengalaman komunikasi yang dirasakan staf operasional. Tahap menghasilkan kemenangan jangka pendek (short-term wins) tidak banyak disinggung secara eksplisit oleh informan, mengindikasikan bahwa pencapaian-pencapaian kecil dalam proses implementasi belum dikomunikasikan dan dirayakan secara sistematis oleh manajemen, sebuah peluang perbaikan yang dapat memperkuat motivasi staf pada fase pertengahan perubahan.

Temuan yang paling menarik untuk didiskusikan adalah pada tahap akhir Model Kotter, yaitu menanamkan perubahan ke dalam budaya organisasi (institusionalisasi). Berdasarkan observasi lapangan dan wawancara tindak lanjut, peneliti menemukan indikasi bahwa sejumlah staf, khususnya pada unit dengan beban kerja tinggi, mulai kembali menggunakan praktik pencatatan manual sebagai “cadangan” (workaround) ketika sistem mengalami kendala teknis atau ketika tenggat waktu pelayanan pasien sangat ketat. Hal ini mengindikasikan bahwa institusionalisasi perubahan belum sepenuhnya tercapai, dan terdapat risiko regresi (regression) ke pola kerja lama apabila perhatian manajerial terhadap pemantauan kepatuhan berkurang seiring berjalannya waktu, sebuah fenomena yang konsisten dengan peringatan dalam literatur change management mengenai pentingnya penguatan berkelanjutan (reinforcement), sebagaimana ditekankan dalam elemen kelima Model ADKAR, untuk mencegah kembalinya perilaku lama setelah periode implementasi awal berlalu.

Dari perspektif manajemen sumber daya manusia, temuan studi kasus ini memberikan sejumlah implikasi praktis. Pertama, keterlibatan figur otoritas profesi klinis, bukan hanya otoritas manajerial administratif, perlu dipertimbangkan secara eksplisit dalam desain koalisi pemandu perubahan pada organisasi rumah sakit, mengingat struktur otoritas ganda yang menjadi karakteristik khas organisasi ini. Kedua, investasi pada kapasitas agen perubahan di tingkat menengah (middle-level change champions) perlu diperkuat untuk menjembatani kesenjangan komunikasi antara visi strategis manajemen puncak dan realitas operasional di lapangan. Ketiga, pengakuan formal terhadap peran dukungan informal antarsejawat, misalnya melalui program mentorship terstruktur atau insentif non-finansial bagi staf yang berperan sebagai rujukan informal, dapat memperkuat mekanisme adopsi perubahan yang selama ini berlangsung secara organik tanpa dukungan institusional yang memadai. Keempat, mekanisme pemantauan pascaimplementasi yang berkelanjutan diperlukan untuk mendeteksi dan mencegah risiko regresi ke praktik kerja lama, khususnya pada unit kerja dengan tekanan beban kerja tinggi.

Penelitian ini memiliki sejumlah keterbatasan yang perlu dipertimbangkan dalam menginterpretasikan temuan. Sebagai studi kasus tunggal, temuan ini bersifat kontekstual dan tidak dimaksudkan untuk digeneralisasikan secara statistik terhadap populasi rumah sakit secara luas, melainkan untuk memberikan pemahaman mendalam (analytical generalization) mengenai mekanisme proses yang dapat diuji relevansinya pada konteks organisasi lain. Selain itu, sebagai catatan metodologis sebagaimana telah disampaikan pada bagian Metode, seluruh kutipan dan data wawancara yang disajikan dalam manuskrip ini bersifat ilustratif (dummy) dan disusun untuk keperluan demonstrasi struktur penulisan studi kasus kualitatif, bukan merupakan hasil pengumpulan data primer yang sesungguhnya.

4. Kesimpulan

Studi kasus kualitatif ini mengungkap bahwa dinamika manajemen perubahan di rumah sakit jauh lebih kompleks dan kontekstual dibandingkan gambaran yang umumnya disajikan dalam model-model perubahan generik. Empat tema utama yang teridentifikasi, yaitu kepemimpinan sebagai determinan legitimasi perubahan, kesenjangan komunikasi antarlapis manajemen, resistensi staf klinis yang berakar pada kekhawatiran beban kerja dan otonomi profesional, serta dukungan informal antarsejawat sebagai fasilitator adopsi yang tidak diantisipasi, secara bersama-sama menggambarkan bahwa keberhasilan perubahan organisasi di rumah sakit ditentukan oleh interaksi kompleks antara strategi formal manajemen dan dinamika sosial informal yang berkembang di antara staf. Pola perubahan yang teramati menunjukkan kesesuaian dengan tahap-tahap awal Model Delapan Langkah Kotter, namun mengindikasikan kelemahan signifikan pada tahap institusionalisasi, dengan risiko regresi ke praktik kerja lama apabila penguatan berkelanjutan tidak dijaga secara konsisten oleh manajemen. Implikasi teoretis dari temuan ini adalah perlunya pengembangan kerangka manajemen perubahan yang secara eksplisit mengakomodasi peran agen perubahan informal dan dinamika otoritas ganda yang menjadi karakteristik unik organisasi rumah sakit. Implikasi praktis bagi manajer sumber daya manusia mencakup pentingnya melibatkan figur otoritas klinis dalam koalisi pemandu perubahan, memperkuat kapasitas agen perubahan tingkat menengah, mengakui secara formal peran dukungan informal antarsejawat, serta membangun mekanisme pemantauan pascaimplementasi yang berkelanjutan. Penelitian mendatang disarankan untuk mengembangkan studi multi-kasus pada beberapa rumah sakit dengan karakteristik berbeda guna memperkaya pemahaman mengenai variasi kontekstual dalam proses manajemen perubahan di sektor kesehatan Indonesia..

Referensi

1. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
2. Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. doi: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
3. Famila, F., Yudha, G. A. K., Bambulu, G., & Veranita, M. (2025). Transformasi manajemen rumah sakit di era digital: Tinjauan literatur dalam fokus pengembangan sumber daya manusia. *Blantika: Multidisciplinary Journal*, 3(8), 1089–1101.
4. Harrison, R., Fischer, S., Walpole, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S., & Le-Dao, H. (2021). Where do models for change management, improvement and implementation meet? A systematic review of the applications of change management models in healthcare. *Journal of Healthcare Leadership*, 13, 85–108. doi: <https://doi.org/10.2147/JHL.S289176>
5. Hiatt, J. (2006). *ADKAR: A model for change in business, government and our community*. Prosci Learning Center Publications.
6. Kotter, J. P. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 73(2), 59–67.
7. Kotter, J. P. (2012). *Leading change*. Harvard Business Review Press.
8. Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
9. Lovelock, C., & Wright, L. (2002). *Principles of service marketing and management* (2nd ed.). Prentice Hall.
10. Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. doi: <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
11. Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. A., & Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful changes in health care organizations: An interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Services Research*, 20(1), 147. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4999-8>
12. O'Donovan, R., Rogers, L., Khurshid, Z., De Brun, A., Nicholson, E., O'Shea, M., Ward, M., & McAuliffe, E. (2021). A systematic review exploring the impact of focal leader behaviours on health care team performance. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1420–1443. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13403>
13. Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). Sage Publications.
14. Smollan, R. K. (2011). The multi-dimensional nature of resistance to change. *Journal of Management & Organization*, 17(6), 828–849. doi: <https://doi.org/10.5172/jmo.2011.17.6.828>
15. Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
16. Tubaishat, A. (2019). Application of Lewin's change management model in implementing electronic health records for healthcare professionals. *Telematics and Informatics*, 41, 22–29. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tele.2019.03.002>
17. Veranita, M., Purwadhi, P., Aziz, F. A., Nurwansyah, A., Anggreyorina, A., Aziz, M. A., & Fitaloka, N. D. (2024). Analisis efektivitas kepemimpinan transformasional dalam penetapan kebijakan organisasi di era digital. *Journal of Governance and Public Administration*, 1(2), 179–186. <https://doi.org/10.59407/jogapa.v1i2.592>

DOI: <https://doi.org/10.31004/riggs.v5i2.10846>

Lisensi: Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

18. Walpola, R. L., Fois, R. A., McLachlan, A. J., & Chen, T. F. (2020). A scoping review of change management practices used for telemedicine service implementations. *BMC Health Services Research*, 20(1), 753. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05657-w>
19. Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage Publications.