

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan fasilitas yang menyediakan layanan kesehatan secara menyeluruh bagi individu. Layanan tersebut mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, serta gawat darurat (Republik Indonesia, 2023). Rumah sakit diwajibkan untuk mengoperasikan serta meningkatkan kualitas layanan kesehatan sejalan dengan kompleksitas tugas dan perannya. Dalam menjalankan fungsi tersebut manajemen rumah sakit bertanggungjawab untuk merancang sistem tata kelola yang optimal (Kemenkes RI, 2024). Dengan mekanisme ini, rumah sakit memiliki peluang lebih besar untuk beroperasi secara berkelanjutan serta memberikan pelayanan yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Seiring dengan pesatnya kemajuan teknologi saat ini, rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan berbagai upaya di bidang kesehatan sering menghadapi tantangan dalam mengelola informasi, baik untuk kebutuhan internal maupun eksternal (Dano *et al.*, 2024). Oleh karena itu, diperlukan peningkatan sistem pengelolaan informasi yang lebih yang lebih efisien, cepat, mudah, akurat, aman, terintegrasi dan dapat dipertanggungjawabkan. Salah satu cara untuk mewujudkannya ialah dengan menerapkan layanan berbasis teknologi informasi melalui penggunaan sistem komputerisasi. Faigayanti *et al.* (2022) menyatakan dalam hal ini, unit kerja yang bertanggungjawab atas pengelolaan data dan informasi di rumah sakit harus mampu beradaptasi serta melakukan berbagai penyesuaian inovasi guna mendukung efektifitas pelayanan. Salah satu bentuk data penting yang dikelola dalam sistem informasi rumah sakit ialah rekam medis, yang dimana rekam medis berisi catatan tentang identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan tindakan medis, serta perkembangan kondisi pasien. Dengan perkembangan teknologi, rekam medis yang awalnya berbasis manual (*paper-based*) kini beralih ke sistem elektronik (Landang *et al.*, 2023).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 24 tahun 2022, pasal 3 berbunyi setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik (RME). Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan salah satu subsistem dari sistem teknologi informasi komunikasi di fasyankes yang terintegrasi dengan subsistem informasi lainnya untuk mendukung proses pelayanan, pencatatan, penyimpanan, dan pelaporan data medis pasien secara elektronik agar informasi yang dihasilkan akurat, tepat serta aman. Regulasi tersebut memberikan dasar yang kuat untuk pelaksanaan RME dan turut mendukung perkembangannya di Indonesia. Menurut Saputra *et al.* (2024), penerapan RME di rumah sakit juga didorong oleh keyakinan akan manfaat yang bisa dirasakan dari sistem ini. Salah satu wujud manfaat tersebut dapat dilihat dari fungsi utama RME, yaitu Rekam Medis Elektronik dapat diakses melalui komputer dalam suatu jaringan dengan tujuan utama untuk mendukung atau meningkatkan mutu perawatan dan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan efisien (Potter *et al. dalam* Khasanah, 2020).

Rekam Medis Elektronik mencakup berbagai kegiatan penyelenggaraan yang meliputi registrasi pasien, pendistribusian data rekam medis elektronik, pengisian informasi klinis, pengolahan informasi, penginputan data untuk klaim pembiayaan, penyimpanan, penjaminan mutu, serta transfer isi rekam medis elektronik (Kemenkes RI, 2022). Rekam Medis Elektronik (RME) harus bisa menjaga keamanan dan kerahasiaan data pasien dengan memastikan hanya orang yang berwenang yang boleh melihat atau mengubah informasi medis sesuai tugasnya. Selain itu, RME juga sebaiknya dapat terhubung dan bekerja sama dengan sistem lain, baik di dalam fasilitas kesehatan maupun aplikasi luar, supaya pelayanan kesehatan bisa berjalan lebih lancar dan saling mendukung. Menurut Damanik (2025), dengan adanya RME, catatan dan data medis pasien tersimpan dengan lebih tertata dan mudah ditemukan ketika diperlukan. Hal tersebut pada akhirnya diharapkan dapat meningkatkan mutu layanan dan mendukung pengambilan keputusan medis secara cepat dan tepat (Susanti *et al.*, 2024).

RSUD dr. Haryoto Lumajang adalah salah satu rumah sakit pemerintah daerah yang berperan dalam pengembangan teknologi dengan

mengimplementasikan RME rawat jalan. Sebagai rumah sakit tipe B dengan akreditasi paripurna, RSUD dr. Haryoto mulai menggunakan RME rawat jalan pada 29 Maret 2023. Sistem ini dikembangkan dan dikelola oleh vendor pihak ketiga, dengan dukungan tim Pengolahan Data Elektronik (PDE) rumah sakit. RME yang digunakan merupakan bagian dari Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), yang mendukung pencatatan, penyimpanan, dan pengelolaan data pasien secara digital.

Penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) pada layanan rawat jalan tidak terlepas dari peran tenaga kesehatan dalam melakukan akses dan pengelolaan data pasien. Tingkat pemanfaatan RME sangat dipengaruhi oleh intensitas interaksi antara tenaga kesehatan dan sistem (Sirait *et al.*, 2025). Unit rawat jalan termasuk salah satu unit dengan beban kerja tinggi karena sebagian besar pasien pertama kali datang dan mengakses layanan rumah sakit melalui unit ini. Besarnya jumlah kunjungan pasien berkontribusi pada tingginya frekuensi penggunaan RME di unit tersebut. Tingginya angka kunjungan pada unit rawat jalan mencerminkan peran penting unit ini dalam mendukung operasional rumah sakit secara keseluruhan. Oleh karena itu, penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) di unit ini menjadi sangat penting guna menjamin kelancaran proses pelayanan medis. Berikut ini adalah data kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap di RSUD dr. Haryoto.

Tabel 1.1 Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap

No.	Tahun	Jumlah Kunjungan									
		Rawat Jalan					Rawat Inap				
		Baru		Lama		Total	Baru		Lama		Total
		L	P	L	P		L	P	L	P	
1.	2022	7.056	8.259	43.854	48.392	107.561	4.308	4.431	4.416	4.915	18.070
2.	2023	8.463	9.028	53.697	58.225	129.413	4.514	4.826	4.984	5.708	20.032
3.	2024	6.448	7.587	55.320	62.212	131.567	5.592	5.801	6.257	7.161	24.811
TOTAL		46.841		321.700		368.541	29.472		33.441		62.913

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel 1.1 dapat diketahui bahwa jumlah kunjungan pasien rawat jalan mencapai total 368.541 kunjungan dalam tiga tahun terakhir, sedangkan

rawat inap sebanyak 62.913 kunjungan. Perbedaan ini menunjukkan tingginya intensitas pelayanan di unit rawat jalan, yang secara tidak langsung juga meningkatkan interaksi penggunaan RME oleh tenaga kesehatan di unit tersebut. Meskipun sistem ini telah diimplementasikan, dalam pelaksanaannya masih ditemukan berbagai kendala teknis maupun operasional. Dengan tingginya interaksi penggunaan tersebut, efektivitas dan keandalan RME menjadi sangat penting dalam mendukung kelancaran pelayanan.

Meskipun telah diterapkan, penggunaan RME di rumah sakit masih menghadapi kendala teknis dan operasional yang berpotensi memengaruhi kualitas layanan. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada periode Oktober 2024 hingga Januari 2025, ditemukan beberapa permasalahan, salah satunya adalah *downtime* pada sistem RME, baik yang terencana maupun tidak terencana. Menurut Widyaningrum *et al.*, (2024), RME *Downtime* berpotensi menghambat operasional rumah sakit dan merusak kepercayaan pengguna. Laporan mengenai kendala *downtime* ini disampaikan melalui grup *whatsapp* internal rumah sakit, seperti yang dapat dilihat pada lampiran 12.1 & 12.2. *Downtime* sendiri merujuk pada periode dimana sistem tidak dapat diakses atau digunakan oleh pengguna (Wiwaha *et al.*, 2024).

Downtime terbagi menjadi 2 (dua) kategori yaitu, *downtime* terencana dan *downtime* tidak terencana (Kemenkes RI dalam Pujiawati *et al.*, 2025). *Downtime* terencana ialah gangguan yang telah direncanakan sebelumnya, biasanya untuk keperluan pemeliharaan atau pembaharuan perangkat lunak, dan pihak pengolahan data elektronik (PDE) akan memberikan informasi terkait jadwal serta durasi gangguan tersebut. Sebaliknya, *downtime* tidak terencana terjadi secara mendadak tanpa pemberitahuan sebelumnya, biasanya disebabkan oleh masalah teknis seperti kerusakan perangkat keras, infeksi virus, atau kesalahan perangkat lunak yang tidak terdeteksi, seperti yang dapat dilihat pada tabel 1.2.

Tabel 1.2 Data kejadian *Downtime* RME

No	Hari/Tanggal	Lama <i>Downtime</i>	Keterangan
1.	Selasa, 1 Oktober 2024	15 menit	<i>Downtime</i> tidak terencana
2.	November 2024	-	-
3.	Desember 2024	-	-
4.	Rabu, 14 Januari 2025	13 jam	<i>Downtime</i> terencana
	Total		2

Sumber : Data Primer 2025

Tabel 1.2 menunjukkan permasalahan terkait *downtime*, termasuk 2 (dua) insiden *downtime* yang cukup lama, yakni 15 menit pada tanggal 01 Oktober 2024 pukul 10.16-10.27 WIB. Insiden ini merupakan *downtime* tidak terencana yang terjadi pada saat jam operasional rumah sakit, yang mengakibatkan gangguan signifikan dalam pelayanan pasien dan proses administrasi. Ketidakmampuan untuk memperoleh informasi pasien secara tepat waktu dapat menyebabkan dalam perawatan pasien dan mengganggu kelancaran pelayanan di fasyankes (Wahyuni *et al.*, 2023). Pada tanggal 14 Januari 2025, terjadi *downtime* terencana selama 13 jam yang dimulai pukul 09.36 WIB dan berakhir pada pukul 01.30 WIB pada tanggal 15 Januari 2025. Walaupun telah dijadwalkan serta disosialisasikan sebelumnya kepada unit terkait, penghentian sistem ini berlangsung pada jam operasional rumah sakit sehingga berpotensi mengganggu kelancaran pelayanan.

Hal tersebut menunjukkan bahwa *downtime* yang direncanakan sekalipun tetap dapat menjadi kendala operasional, terutama apabila berdurasi lama dan terjadi saat aktivitas pelayanan sedang berlangsung. Sebagai upaya mengurangi dampak yang muncul, rumah sakit menerapkan langkah penanganan berupa pencatatan manual sementara dan penyesuaian alur pelayanan hingga sistem kembali berjalan normal. *Downtime* pada sistem RME merupakan salah satu kendala teknis yang meskipun tidak sering terjadi, tetap berpotensi menimbulkan dampak besar terhadap kualitas pelayanan medis. Petugas harus mencatat data secara manual, sehingga menghambat kelancaran dalam proses pendaftaran, pengisian rekam medis, dan pelaporan. Setelah sistem kembali berfungsi, data manual harus diinput ulang, yang berisiko penumpukan pekerjaan. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya, gangguan jaringan dapat menyebabkan penumpukan serta menurunkan kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit (Pratiwi *et al.*, 2024).

Kendala *downtime* ini sangat penting untuk diperhatikan, karena tidak hanya menghambat proses administrasi, tetapi juga menurunkan produktivitas serta meningkatkan beban kerja tenaga medis yang bergantung pada kelancaran sistem untuk mendukung pelayanan yang efisien dan akurat. Menurut Adhitama *et al.*, (2025), *downtime* sistem informasi dapat menyebabkan penundaan pelayanan medis dan ketidakmampuan petugas mengakses data pasien akibat dari pembaruan sistem yang tidak terencana maupun ketidakmampuan *server* menangani beban kerja tinggi. Hal ini menghambat pencapaian standar MRMIK 13 (2024), yaitu rumah sakit harus memiliki sistem informasi kesehatan yang mendukung pelayanan dan manajemen dengan cepat, akurat, efisien, terintegrasi, serta memudahkan pelaporan dan pengambilan keputusan. Idealnya, RME berfungsi menyediakan akses informasi secara tepat waktu sehingga pelayanan medis dapat berjalan tanpa hambatan. Namun, kenyataan adanya *downtime* menandakan masih terdapat kesenjangan antara harapan dan kenyataan. Kondisi ini menunjukkan bahwa variabel *timeliness* dalam EUCS belum terpenuhi karena RME belum mampu memberikan informasi dengan cepat dan tepat waktu sesuai kebutuhan pelayanan.

Permasalahan selanjutnya adalah duplikasi pada rekam medis elektronik (RME). Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pendaftaran rawat jalan, duplikasi RME masih dijumpai meskipun hanya satu atau dua kali dalam sebulan, namun tetap berpotensi menimbulkan gangguan pada pelayanan medis dan akurasi data pasien. Duplikasi tersebut membuat petugas harus menggabungkan data rekam medis yang sama dengan cara memilih nomor rekam medis yang digunakan pada kunjungan pemeriksaan terakhir. Meskipun demikian, petugas tidak mencatat secara khusus adanya kasus duplikasi RME karena permasalahan tersebut langsung ditangani saat itu juga. Proses penggabungan rekam medis ini tidak mudah dilakukan, karena harus memerlukan verifikasi manual kepada pasien yang memakan waktu sehingga tidak efisiensi (Zakiah *et al.*, 2025). Seperti yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini, data menunjukkan terjadinya duplikasi rekam medis.

Tabel 1.2 Data duplikasi rekam medis

No.	Tanggal	Nama Pasien	Jumlah Duplikasi	No. Rekam Medis
1.	02 September 2024	Mur*****	2	368*** dan 294***
2.	19 September 2024	Cin*** *****	2	247*** dan 160***
Total				2

Sumber : Data Primer 2025

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan peneliti, ditemukan adanya duplikasi rekam medis yang tercatat pada tabel 1.2, yaitu pada 2 (dua) tanggal berbeda di bulan September 2024. Pada tanggal 02 September 2024, ditemukan duplikasi atas nama Mur*****, yang tercatat adalah duplikasi rekam medis dengan nomor berbeda yaitu 368*** dan 294***. Bukti terkait duplikasi ini ditemukan pada lampiran 12.3, yang pertama dan kedua merupakan rekam medis orang yang sama. Meskipun nomor rekam medis dan tanggal lahir berbeda, duplikasi ini menunjukkan adanya kesalahan dalam pencatatan sistem. Begitu juga, pada tanggal 19 September 2024, pasien Cin*** ***** tercatat dengan nomor rekam medis 247*** dan 160***. Bukti terkait duplikasi ini ditemukan pada lampiran 12.4, yang menunjukkan bahwa identitas pasien, termasuk nama, jenis kelamin, tanggal lahir, alamat, dan agama, semuanya sama. Dalam situasi ini, petugas harus menggabungkan rekam medis yang terduplikasi secara manual. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya, petugas bertanggungjawab untuk memperbaiki kesalahan yang terjadi, seperti pada kasus duplikasi rekam medis, dimana mereka harus menggabungkan rekam medis agar riwayat penyakit pasien tetap terjaga dengan baik (Adinda, 2022).

Proses manual yang masih dilakukan oleh petugas dalam sistem dapat memengaruhi keakuratan data medis, yang pada akhirnya berdampak pada pengambilan keputusan dan kualitas pelayanan. Hal ini sejalan dengan Santosa *et al.* (2023), proses manual memiliki keterbatasan yang dapat menghambat kecepatan dalam menyediakan informasi yang diperlukan tenaga kesehatan. Meskipun duplikasi rekam medis dapat diselesaikan dengan penggabungan data secara manual, metode ini hanya memberikan solusi sementara. Idealnya, RME tidak hanya meningkatkan akurasi data pasien, tetapi juga mampu mencegah duplikasi data dengan cara mengenali data ganda dan memberikan peringatan otomatis apabila ditemukan potensi duplikasi (Camila *et al.*, 2025).

Permasalahan duplikasi data menunjukkan bahwa pengelolaan RME di unit rawat jalan belum optimal karena sistem belum menyediakan fitur deteksi otomatis terhadap data ganda. Kondisi ini berpotensi menurunkan tingkat keakuratan data pasien, karena adanya kemungkinan satu pasien tercatat lebih dari satu kali dalam sistem. Hal tersebut mencerminkan adanya kekurangan pada variabel *accuracy*, yang berkaitan dengan ketepatan, kebenaran, dan minimnya kesalahan pada data yang dihasilkan oleh sistem informasi. Sistem yang belum mampu mencegah duplikasi data dapat menyebabkan informasi pasien menjadi kurang valid dan berisiko menimbulkan kesalahan dalam pelayanan. Hal ini sejalan dengan penjelasan Damayanti *et al.* (2018), bahwa variabel *accuracy* digunakan untuk mengukur kepuasan pengguna yang diukur dari sisi keakuratan data yang ditampilkan oleh suatu aplikasi.

Permasalahan berikutnya yaitu RME tidak menyediakan laporan analisis data yang memadai, yang dimana setiap laporan harus diolah secara manual menggunakan *excel*, karena sistem tidak menyediakan fitur atau *template* laporan yang sesuai dengan kebutuhan pengguna. Hal ini dapat memperlambat proses pembuatan laporan dan meningkatkan kemungkinan kesalahan dalam pembuatan laporan yang digunakan untuk pengambilan keputusan berbasis data program kesehatan serta menilai kualitas pelayanan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 24 Tahun 2022, khususnya pada pasal 13 dan 18 yang menyatakan bahwa kegiatan penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME) mencakup pengolahan informasi. Salah satu bentuk pengolahan informasi tersebut adalah pelaporan, baik untuk keperluan internal maupun eksternal.

Salah satu contohnya adalah laporan internal yang harus dikumpulkan ke Dinas Kesehatan setiap tanggal 5 atau sesuai dengan kebijakan yang berlaku, sering kali tidak dapat dihasilkan dalam waktu singkat. Hal ini disebabkan oleh kebutuhan petugas untuk mengolah data yang belum terorganisir dengan baik, sehingga memerlukan waktu tambahan dalam proses penyusunan laporan. Selain itu, seluruh laporan yang tersedia di dalam sistem belum dapat dianalisis secara otomatis, sehingga petugas masih harus melakukan pengolahan data secara

manual, guna memastikan akurasi dan kelengkapan informasi. Berikut merupakan tampilan laporan surveilans kasus baru rawat jalan dalam format RME.

SIM RSUD dr. HARYOTO

Program | Presensi Pegawai | Informasi | Agunan & Antrian | Terbilang Program

Menu | Registrasi | IGD/UGD | Labpat | Radiologi | Farmasi | Rawat Inap | Rawat Jalan | Log Out | Keluar

!:[Surveilans Rawat Jalan Kasus Baru]:

No.	Kode ICD 10	Jenis Penyakit	0-7 Hr	8-28 Hr	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-44	45-54	55-59	60-69	70+	Lali	Perp	Jumlah	Td. Kungkungan
1	A01.0	Typhoid fever	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
2	A04	Other bacterial intestinal inf...	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
3	A06.0	Acute amoebic dysentery	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	6	8
4	A09	Other gastroenteritis and c...	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	2
5	A09.9	Gastroenteritis and colitis sf...	0	0	2	5	2	2	0	2	1	0	3	1	9	9	18	20
6	A15	Respiratory tuberculosis, ba...	0	0	0	4	0	0	5	18	14	11	6	6	34	30	64	84
7	A15.0	Tuberculosis of lung, confr...	0	0	2	3	4	1	1	1	0	1	1	0	8	6	14	18
8	A15.4	Tuberculosis of intrathorac...	0	0	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	1	5	6	6
9	A15.6	Tuberculous pleurisy, confr...	0	0	0	0	0	0	4	3	2	0	0	0	6	3	9	11
10	A15.9	Respiratory tuberculosis un...	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
11	A16.5	Tuberculous pleurisy, witho...	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	2
12	A16.9	Respiratory tuberculosis un...	0	0	0	0	1	0	2	20	7	2	4	2	18	20	38	44
13	A17.8	Other tuberculosis of nervo...	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
14	A18.0	Tuberculosis of bones and j...	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	2	0	4	3	7	7
15	A18.1	Tuberculosis of genitourine...	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
16	A18.2	Tuberculous peripheral lymph...	0	0	0	0	0	3	4	1	1	0	0	0	3	6	9	9
17	A18.3	Tuberculosis of intestines, p...	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	2	1	3	3
18	A18.8	Tuberculosis of other specifi...	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	2
19	A19.9	Miliary tuberculosis, unspeci...	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
20	A30	Leprosy (Hansen's disease)	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	2	14
21	A46	Erysipelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
22	A49.9	Bacterial infection, unspecified	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
23	A51	Early syphilis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
24	A51.0	Primary genital syphilis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	3
25	A51.3	Secondary syphilis of skin a...	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2	1	3	4
26	A51.5	Early syphilis, latent	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
27	A52	Late syphilis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
28	A53.0	Latent syphilis, unspecified ...	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
29	A53.9	Syphilis, unspecified	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	4
30	A54	Gonococcal infection	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
31	A54.9	Gonococcal infection, unspe...	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	2	2
32	A57	Chancroid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
33	A63.0	Anogenital (venereal) warts	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4
34	A67.1	Intermediate lesions of pinta	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	3	1	4	4
35	A90	Dengue fever (classical den...	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	2	3	5	5
36	A91	Dengue haemorrhagic fever	0	0	0	1	0	5	0	1	1	0	0	0	6	2	8	8
37	B00	Herpesviral (Herpes simplex...	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1

Tgl. Masuk : 01-12-2024 s.d. 31-12-2024

Cetak Keluar

Admin : 199603012019032003 | NICKY ENDAH SAK SAPITRELLA, I.M.G. | 24/01/2025 | 5.3.5.212 | Didesain & Dibuat oleh Khariza Soft Media

Gambar 1.1 Laporan survailens rawat jalan kasus baru format RME

Gambar 1.1 menunjukkan RME hanya dapat menampilkan data jumlah pasien berdasarkan surveilans rawat jalan kasus baru, namun data tersebut belum diolah dengan baik, sehingga petugas kesulitan untuk menyajikan laporan yang dibutuhkan. Oleh karena itu, petugas harus mengolah data ini secara manual menggunakan *excel*. Permasalahan tersebut muncul karena laporan RME belum disusun secara sistematis dan kurang mudah diakses, sehingga menghambat pengguna dalam mengolah data secara langsung dan menurunkan efektivitas penggunaan data rekam medis untuk pengambilan keputusan dan evaluasi pelayanan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa fitur atau *template* yang ada RME belum lengkap, sehingga sistem tidak dapat menyajikan data secara langsung tanpa mengolah kembali. Menurut Sumantri *et al.* (2024), pembentukan RME yang diatur dalam Permenkes No.24 Tahun 2022 memerlukan penerapan teknologi yang tepat guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan,

mengurangi kesalahan pencatatan dan mempermudah akses data oleh tenaga medis. Berikut merupakan tampilan olahan data 10 besar penyakit yang diproses secara manual oleh petugas.

10 BESAR PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN								
DESEMBER 2024								
BULAN	TAHUN	No. Urut	KODE ICD 10	Deskripsi	Kasus Baru menurut Jenis Kelamin LK	Kasus Baru menurut Jenis Kelamin PR	Jumlah Kasus Baru(4+5)	Jumlah Kunjungan
DESEMBER	2024	1	N18.5	Chronic kidney disease, stage 5	33	37	70	1398
DESEMBER	2024	2	B20	Human immunodeficiency virus [HIV] disease resulting in infectious and parasitic	417	388	805	893
DESEMBER	2024	3	I69.3	Cerebral infarction	109	141	250	293
DESEMBER	2024	4	M54.5	Low back pain	18	44	62	258
DESEMBER	2024	5	H26.9	Cataract, unspecified	67	74	141	205
DESEMBER	2024	6	I50	Heart failure	86	77	163	179
DESEMBER	2024	7	E10	Insulin-dependent diabetes mellitus	61	99	160	169
DESEMBER	2024	8	J42	Chronic bronchitis	55	84	139	163
DESEMBER	2024	9	I10	Essential (primary) hypertension	40	103	143	160
DESEMBER	2024	10	E11.7	Non-insulin-dependent diabetes mellitus with multiple complications	40	78	118	133

Gambar 1.2 Laporan 10 besar penyakit terbanyak rawat jalan pada *microsoft excel*

Gambar 1.2 menunjukkan bahwa data tersebut masih diolah manual menggunakan *microsoft excel* oleh petugas. Meskipun, proses pengolahan data secara manual dapat diselesaikan dengan cepat dan kualitas laporan yang dihasilkan, metode ini tetap mengurangi efisiensi, berisiko meningkatkan kesalahan dalam laporan. Penelitian ini sejalan dengan Afriyani *et al.* (2024), bahwa proses pencatatan manual menggunakan *excel* memerlukan waktu yang lebih lama, yang menyebabkan penyusunan laporan menjadi kurang efisien. Situasi ini dapat menghambat proses pengambilan keputusan yang cepat dan akurat oleh pihak manajemen rumah sakit. Menurut Kemenkes (2022), pelaksanaan pengelolaan data Sistem Informasi Kesehatan (SIK) harus terintegrasi untuk mendukung pengambilan keputusan dalam pembangunan kesehatan contohnya, dalam peningkatan pelayanan, dan efisiensi dalam operasional. Permasalahan keterbatasan fitur dalam RME menunjukkan adanya kekurangan pada variabel *content*, karena informasi yang disediakan masih berupa data mentah dan belum dapat diolah menjadi laporan internal maupun eksternal, sehingga petugas harus membuat laporan secara manual. Menurut Fitriyanti *et al.* (2022), dimensi *content* mengukur apakah sistem menghasilkan informasi yang sesuai dengan kebutuhan pengguna.

Penggunaan Rekam Medis Elektronik (RME) rawat jalan dimulai sejak tahun 2023 hingga saat ini, evaluasi RME hanya dilakukan ketika terjadi kendala atau gangguan teknis saja, tanpa adanya evaluasi menyeluruh. Hal ini menyebabkan sistem informasi tidak dapat berkembang secara optimal dan berisiko menurunkan efisiensi operasional serta produktivitas tenaga medis dan staf administrasi (Gunawan, 2023). Ketidakkuratan data, seperti duplikasi rekam medis, yang mengharuskan petugas melakukan verifikasi secara manual, tidak hanya memperlambat proses pengambilan keputusan medis tetapi juga menguras waktu, energi, dan fokus individu dalam menjalankan tugasnya (Trianto *et al.*, 2024). Hal ini dapat memengaruhi kualitas kerja, efektivitas komunikasi, hingga kemampuan pengambilan keputusan dalam pelayanan.

Berdasarkan hal tersebut, diperlukan analisis terhadap pengalaman serta penilaian petugas rawat jalan terhadap penggunaan RME yang telah diterapkan. Hal ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana sistem tersebut mampu memenuhi kebutuhan kerja petugas, atau justru menjadi hambatan dalam pelaksanaan tugas sehari-hari. Oleh karena itu, analisis tingkat kepuasan pengguna menjadi langkah yang tepat guna memperoleh gambaran menyeluruh mengenai kelebihan dan kekurangan sistem berdasarkan persepsi pengguna. Selain itu, menurut Ananta *et al.* (2024), melakukan pengawasan rutin terhadap pengelolaan RME dan evaluasi berkala untuk memastikan bahwa sistem berjalan sesuai dengan rencana serta memastikan tidak ada kesalahan atau ketidaksesuaian data yang terjadi

Salah satu pendekatan yang dapat digunakan untuk mengevaluasi kepuasan pengguna terhadap sistem informasi adalah metode *End User Computing Satisfaction* (EUCS) yang dikembangkan oleh Doll dan Torkzadeh (1988), dimana menilai kepuasan pengguna berdasarkan lima dimensi, yaitu : *content* (isi), *accuracy* (akurasi), *format* (tampilan), *timeliness* (ketepatan waktu), dan *ease of use* (kemudahan pengguna). Amin *et al.* (2024), menyatakan bahwa pendekatan EUCS dapat membantu mengidentifikasi aspek sistem mana yang masih perlu ditingkatkan berdasarkan persepsi dan pengalaman pengguna. Selain itu, kepuasan pengguna terhadap sistem informasi diyakini memiliki pengaruh terhadap kinerja

individu (Iranto *et al.*, 2012). Dalam hal ini, metode EUCS dapat dimodifikasi untuk mengukur sejauh mana RME berkontribusi terhadap pencapaian kinerja individu tenaga kesehatan, baik dalam hal kecepatan kerja, ketepatan, maupun efisiensi pelayanan.

Pentingnya aspek kepuasan pengguna dan kaitannya dengan kinerja individu, diperlukan analisis lebih lanjut mengenai hubungan antara kedua hal tersebut dalam konteks penggunaan RME. Seiring dengan hal tersebut, penelitian ini berjudul “Analisis Hubungan Tingkat Kepuasan Pengguna Rekam Medis Elektronik dengan Kinerja Individu di Unit Rawat Jalan RSUD dr. Haryoto Lumajang”, yang menjadi fokus utama karena peneliti tertarik untuk mengkaji penerapan RME dan kepuasan pengguna terhadap kinerjanya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana hubungan antara tingkat kepuasan pengguna Rekam Medis Elektronik (RME) dengan kinerja individu di unit rawat jalan RSUD dr. Haryoto Lumajang?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara tingkat kepuasan pengguna Rekam Medis Elektronik (RME) dengan kinerja individu di unit rawat jalan RSUD dr. Haryoto Lumajang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis karakteristik variabel *content* (isi), *accuracy* (keakuratan), *format* (tampilan), *ease of use* (kemudahan penggunaan), *timeliness* (ketepatan waktu) dan kinerja individu.
2. Menganalisis hubungan kepuasan pengguna berdasarkan variabel *content* (isi) dengan kinerja individu dalam penggunaan RME di Unit Rawat Jalan RSUD dr. Haryoto Lumajang.

3. Menganalisis hubungan kepuasan pengguna berdasarkan variabel *accuracy* (keakuratan) dengan kinerja individu dalam penggunaan RME di Unit Rawat Jalan RSUD dr. Haryoto Lumajang.
4. Menganalisis hubungan kepuasan pengguna berdasarkan variabel *format* (tampilan) dengan kinerja individu dalam penggunaan RME di Unit Rawat Jalan RSUD dr. Haryoto Lumajang.
5. Menganalisis hubungan kepuasan pengguna berdasarkan variabel *ease of use* (kemudahan penggunaan) dengan kinerja individu dalam penggunaan RME di Unit Rawat Jalan RSUD dr. Haryoto Lumajang.
6. Menganalisis hubungan kepuasan pengguna berdasarkan variabel *timeliness* (ketepatan waktu) dengan kinerja individu dalam penggunaan RME di Unit Rawat Jalan RSUD dr. Haryoto Lumajang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi RSUD dr. Haryoto Lumajang dalam mengevaluasi dan mengembangkan Rekam Medis Elektronik (RME), khususnya di unit rawat jalan. Hasil penelitian ini juga dapat membantu manajemen rumah sakit dalam meningkatkan kenyamanan pengguna serta kinerja individu melalui penyempurnaan fitur, tampilan, dan kemudahan penggunaan sistem.

1.4.2 Bagi Politeknik Negeri Jember

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi tambahan bagi peneliti selanjutnya.

1.4.3 Bagi Penulis

Penelitian ini dapat digunakan oleh penulis sebagai sarana untuk menambah wawasan dan pengetahuan. Selain itu, juga dapat meningkatkan keterampilan dalam melakukan sebuah penelitian.