

# Kampus Utama

## MUHLAS EDI HARIYANTO,

 HANIN\* Kampus 1 Perpustakaan

---

### Document Details

**Submission ID**

trn:oid::1:3616486869

**Submission Date**

Jul 24, 2026, 4:32 PM GMT+7

**Download Date**

Jul 24, 2026, 6:24 PM GMT+7

**File Name**

SKRIPSI\_FINAL.docx

**File Size**

322.7 KB

**46 Pages****9,897 Words****66,457 Characters**

# 26% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

## Filtered from the Report

- Small Matches (less than 8 words)

## Top Sources

- 24%  Internet sources
- 17%  Publications
- 15%  Submitted works (Student Papers)

## Integrity Flags

### 0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

## Top Sources

- 24% Internet sources
- 17% Publications
- 15% Submitted works (Student Papers)

## Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

|    |                |                                            |     |
|----|----------------|--------------------------------------------|-----|
| 1  | Internet       | cakrawala.mahardika.ac.id                  | 1%  |
| 2  | Internet       | sipora.polije.ac.id                        | 1%  |
| 3  | Student papers | Universitas Respati Indonesia              | 1%  |
| 4  | Internet       | journal.universitaspahlawan.ac.id          | <1% |
| 5  | Student papers | Konsorsium PTS Indonesia - Small Campus II | <1% |
| 6  | Internet       | dspace.uil.ac.id                           | <1% |
| 7  | Internet       | repository.istn.ac.id                      | <1% |
| 8  | Internet       | jhek.hangtuah.ac.id                        | <1% |
| 9  | Internet       | journal.yp3a.org                           | <1% |
| 10 | Student papers | Universitas Jenderal Soedirman             | <1% |
| 11 | Internet       | journalcenter.org                          | <1% |

|    |                |                                   |     |
|----|----------------|-----------------------------------|-----|
| 12 | Internet       | repository.umsu.ac.id             | <1% |
| 13 | Student papers | Universitas Muhammadiyah Jakarta  | <1% |
| 14 | Internet       | repository.its.ac.id              | <1% |
| 15 | Internet       | repository.helvetia.ac.id         | <1% |
| 16 | Internet       | snars.web.id                      | <1% |
| 17 | Internet       | elibrary.almaata.ac.id            | <1% |
| 18 | Student papers | UPN Veteran Yogyakarta            | <1% |
| 19 | Student papers | UIN Sunan Gunung Djati Bandung    | <1% |
| 20 | Internet       | ejurnalmalahayati.ac.id           | <1% |
| 21 | Internet       | repository.poltekkes-malang.ac.id | <1% |
| 22 | Internet       | repository.unissula.ac.id         | <1% |
| 23 | Internet       | eprints.unimudasorong.ac.id       | <1% |
| 24 | Internet       | jurnal.buddhidharma.ac.id         | <1% |
| 25 | Internet       | repository.uinjkt.ac.id           | <1% |

|    |                |                                                                                |     |
|----|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 26 | Internet       | repository.umpalopo.ac.id                                                      | <1% |
| 27 | Internet       | fahruddin.org                                                                  | <1% |
| 28 | Internet       | eresources.thamrin.ac.id                                                       | <1% |
| 29 | Internet       | www.scribd.com                                                                 | <1% |
| 30 | Internet       | ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id                                                    | <1% |
| 31 | Internet       | repository.stikeshangtuah-sby.ac.id                                            | <1% |
| 32 | Internet       | zadama.marospub.com                                                            | <1% |
| 33 | Internet       | journal.ipm2kpe.or.id                                                          | <1% |
| 34 | Student papers | Universitas Terbuka                                                            | <1% |
| 35 | Publication    | Wa Ode Fatima, La Ode Muhamad Sety, Jumakil Jumakil. "ANALISIS HUBUNGAN F...   | <1% |
| 36 | Internet       | eprints.universitaspurabangsa.ac.id                                            | <1% |
| 37 | Internet       | siakpel.kemkes.go.id                                                           | <1% |
| 38 | Publication    | Annisa Aulliyah Samandy, Suhadi Suhadi, Adius Kusnan. "ANALISIS PENGARUH BE... | <1% |
| 39 | Internet       | repository.upi.edu                                                             | <1% |

|    |                |                                                                                       |     |
|----|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 40 | Student papers | Universitas Pendidikan Indonesia                                                      | <1% |
| 41 | Internet       | aepnurulhidayat.wordpress.com                                                         | <1% |
| 42 | Internet       | archive.umsida.ac.id                                                                  | <1% |
| 43 | Internet       | repo.poltekkestasikmalaya.ac.id                                                       | <1% |
| 44 | Internet       | repository.um-surabaya.ac.id                                                          | <1% |
| 45 | Internet       | 123dok.com                                                                            | <1% |
| 46 | Publication    | Puspita Ta'gan, Akbar Al Masjid, Berliana Henu Cahyani, Ana Fitrotun Nisa. "Peng...   | <1% |
| 47 | Internet       | id.123dok.com                                                                         | <1% |
| 48 | Internet       | perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id                                                   | <1% |
| 49 | Internet       | repository.umb.ac.id                                                                  | <1% |
| 50 | Internet       | repository.untagsmg.ac.id                                                             | <1% |
| 51 | Internet       | repositorynew.poltekkes-mks.ac.id                                                     | <1% |
| 52 | Student papers | LL DIKTI IX Turnitin Consortium Part III                                              | <1% |
| 53 | Publication    | Ni Luh Pertamawati, Putu Putri Prawitasari. "Digitalisasi Administrasi Pajak: Peng... | <1% |

|    |                |                                                                                     |     |
|----|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 54 | Internet       | core.ac.uk                                                                          | <1% |
| 55 | Internet       | eprints.upj.ac.id                                                                   | <1% |
| 56 | Internet       | ojs.poltekkes-malang.ac.id                                                          | <1% |
| 57 | Internet       | prin.or.id                                                                          | <1% |
| 58 | Student papers | Fakultas Keperawatan                                                                | <1% |
| 59 | Publication    | Masriani Situmorang, Mulyana Mulyana, Salsabila Salsabila. "The Influence of Ele... | <1% |
| 60 | Student papers | Udayana University                                                                  | <1% |
| 61 | Internet       | www.neliti.com                                                                      | <1% |
| 62 | Internet       | digilib.uinkhas.ac.id                                                               | <1% |
| 63 | Internet       | jimfeb.ub.ac.id                                                                     | <1% |
| 64 | Internet       | repositori.unsil.ac.id                                                              | <1% |
| 65 | Student papers | Universitas Andalas                                                                 | <1% |
| 66 | Student papers | Universitas Islam Negeri Sumatera Utara                                             | <1% |
| 67 | Internet       | ejournal.sisfokomtek.org                                                            | <1% |

|    |                |                                                                                    |     |
|----|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 68 | Internet       | idr.uin-antasari.ac.id                                                             | <1% |
| 69 | Internet       | jurnal.poltekstpaul.ac.id                                                          | <1% |
| 70 | Internet       | ojs.uph.edu                                                                        | <1% |
| 71 | Internet       | repository.unej.ac.id                                                              | <1% |
| 72 | Publication    | Esti Setyaningrum1, Agustinus Verry Ricky. "Analisis Keamanan Data Pasien dala...  | <1% |
| 73 | Publication    | Suci Trimulyani, Meliyana Perwita Sari, Tya Muldiyana. "GAMBARAN TINGKAT PE...     | <1% |
| 74 | Student papers | UIN Siber Syekh Nurjati Cirebon                                                    | <1% |
| 75 | Student papers | Universitas Islam Riau                                                             | <1% |
| 76 | Internet       | ejournal4.unud.ac.id                                                               | <1% |
| 77 | Publication    | Nisrina Syarif, Suharni A. Fachrin, Andi Nurlinda. "Faktor yang Berhubungan den... | <1% |
| 78 | Internet       | kolokiumkpmipb.wordpress.com                                                       | <1% |
| 79 | Internet       | repo.stikesicme-jbg.ac.id                                                          | <1% |
| 80 | Internet       | repository.poltekeskupang.ac.id                                                    | <1% |
| 81 | Student papers | Universitas Djuanda                                                                | <1% |

|    |             |                                                                                       |     |
|----|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 82 | Internet    | ejournal.lppmunidayan.ac.id                                                           | <1% |
| 83 | Internet    | eprints.stikesmhk.ac.id                                                               | <1% |
| 84 | Internet    | j-innovative.org                                                                      | <1% |
| 85 | Internet    | repository.itsk-soepraoen.ac.id                                                       | <1% |
| 86 | Publication | Edi Suyitno, Aurora Alifa, Susan Hadiyani, Yeni Suryani. "Pengaruh Digitalisasi Ad... | <1% |
| 87 | Publication | Rohmat Indra Borman, Abidarin Rosidi, M Rudyanto Arief. "EVALUASI PENERAPA...         | <1% |
| 88 | Publication | Rosi Amalia, Ahmad Hanafi, Nofiyadi Nofiyadi, Kamali Zaman. "EVALUASI KEPATU...       | <1% |
| 89 | Internet    | acopen.umsida.ac.id                                                                   | <1% |
| 90 | Internet    | digilibadmin.unismuh.ac.id                                                            | <1% |
| 91 | Internet    | globalhealthpublication.com                                                           | <1% |
| 92 | Internet    | journal.univetbantara.ac.id                                                           | <1% |
| 93 | Internet    | repo.upertis.ac.id                                                                    | <1% |
| 94 | Internet    | repositori.umsu.ac.id                                                                 | <1% |
| 95 | Internet    | repositori.usu.ac.id                                                                  | <1% |

|     |             |                                                                                  |     |
|-----|-------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 96  | Internet    | repository.unmuhpnk.ac.id                                                        | <1% |
| 97  | Publication | Indra Narendra, Albertha Yulia Pratiwi, Darsono, Widia Rahmatullah. "<b>PERLI... | <1% |
| 98  | Publication | Suci Ariani. "ANALISIS KEBERHASILAN IMPLEMENTASI REKAM MEDIS ELEKTRONIK...       | <1% |
| 99  | Internet    | a-research.upi.edu                                                               | <1% |
| 100 | Internet    | e-journal.trisakti.ac.id                                                         | <1% |
| 101 | Internet    | ejournal.unimman.ac.id                                                           | <1% |
| 102 | Internet    | etd.repository.ugm.ac.id                                                         | <1% |
| 103 | Internet    | etheses.uin-malang.ac.id                                                         | <1% |
| 104 | Internet    | idngreen.com                                                                     | <1% |
| 105 | Internet    | idoc.pub                                                                         | <1% |
| 106 | Internet    | journal.stikessuryaglobal.ac.id                                                  | <1% |
| 107 | Internet    | lib.unnes.ac.id                                                                  | <1% |
| 108 | Internet    | repository.uinsaizu.ac.id                                                        | <1% |
| 109 | Internet    | repository.unhas.ac.id                                                           | <1% |

|     |                |                                                                                      |     |
|-----|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 110 | Internet       | repository.unigoro.ac.id                                                             | <1% |
| 111 | Internet       | siakad.stikesdhab.ac.id                                                              | <1% |
| 112 | Internet       | www.researchgate.net                                                                 | <1% |
| 113 | Publication    | Desty Alifia Saputri, Wayan Aryawati, Christin Angelina Febriani, Agung Aji Perda... | <1% |
| 114 | Publication    | Fania Mizela Amanda, Fita Rusdian Ikawati, Untung Slamet Suhariyono. "IMPLEM...      | <1% |
| 115 | Publication    | Hilda Melina Putri Pangestu, Niyalatul Muna, Rossalina Adi Wijayanti, Bakhtiyar ...  | <1% |
| 116 | Student papers | LPPM                                                                                 | <1% |
| 117 | Publication    | Seruni CeraH Zebua, Riana Riana, Noibe Halawa, Arozatulo Bawamenewi. "PENG...        | <1% |
| 118 | Publication    | Stepani Montolalu, Gladis A. Ismail, Riska Ahmad. "Analisis User Experience Dala...  | <1% |
| 119 | Publication    | Zhul'Azizah Vivi Nendhif Ayu, Fita Rusdian Ikawati, Achmad Jaelani Rusdi. "DAMP...   | <1% |
| 120 | Internet       | digilib.unila.ac.id                                                                  | <1% |
| 121 | Internet       | docplayer.info                                                                       | <1% |
| 122 | Internet       | ejournal.bsi.ac.id                                                                   | <1% |
| 123 | Internet       | ejournals.ukm.my                                                                     | <1% |

|     |          |                            |     |
|-----|----------|----------------------------|-----|
| 124 | Internet | eprints.poltektegal.ac.id  | <1% |
| 125 | Internet | eprints.umpo.ac.id         | <1% |
| 126 | Internet | eprints.ums.ac.id          | <1% |
| 127 | Internet | eprints.undip.ac.id        | <1% |
| 128 | Internet | joecy.org                  | <1% |
| 129 | Internet | journal.piksi.ac.id        | <1% |
| 130 | Internet | journalversa.com           | <1% |
| 131 | Internet | jurnal.perima.or.id        | <1% |
| 132 | Internet | jurnalku.org               | <1% |
| 133 | Internet | madura.tribunnews.com      | <1% |
| 134 | Internet | multiplier.upstegal.ac.id  | <1% |
| 135 | Internet | ojs.udb.ac.id              | <1% |
| 136 | Internet | ojspanel.undikma.ac.id     | <1% |
| 137 | Internet | repository.ar-raniry.ac.id | <1% |

138

Internet

repository.iainbengkulu.ac.id

&lt;1%

139

Internet

repository.polimdo.ac.id

&lt;1%



**PENGARUH IMPLEMENTASI REKAM MEDIS ELEKTRONIK TERHADAP MUTU PELAYANAN REKAM MEDIS DI UPT PUSKESMAS GALIS PAMEKASAN**

**THE EFFECT OF ELECTRONIC MEDICAL RECORD IMPLEMENTATION ON THE QUALITY OF MEDICAL RECORD SERVICES AT UPT PUSKESMAS GALIS PAMEKASAN**

MUHLAS EDI HARIYANTO, Amd. RMIK  
251336300011

Dosen Pembimbing  
Suci Ariani, S. Kom., M.Sc

Dosen Penguji  
Resta Dwi Yuliani, S. Tr. Kes., M.K.M

**PROGRAM STUDI MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO  
APRIL, 2026**

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang berperan strategis dalam sistem kesehatan nasional. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif. Dalam konteks tersebut, pengelolaan rekam medis yang berkualitas menjadi salah satu prasyarat utama untuk mendukung kesinambungan pelayanan dan pengambilan keputusan klinis yang tepat.

Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan sistem pencatatan, penyimpanan, dan pengelolaan data pasien secara elektronik yang bertujuan meningkatkan efisiensi dan mutu pelayanan kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk puskesmas, untuk menyelenggarakan rekam medis secara elektronik dengan menjamin keamanan, keutuhan, dan kerahasiaan data pasien. Penerapan RME diharapkan mampu meningkatkan mutu pelayanan rekam medis melalui penyediaan informasi yang lebih lengkap, akurat, tepat waktu, dan mudah diakses oleh tenaga kesehatan (Kurniawan et al., 2025).

Meskipun kewajiban implementasi RME telah ditetapkan melalui regulasi nasional, pelaksanaannya di fasilitas kesehatan primer masih menghadapi berbagai kendala. Prasetya et al. (2024) menyimpulkan bahwa hambatan utama implementasi RME di fasilitas kesehatan mencakup keterbatasan infrastruktur teknologi, kurangnya pelatihan sumber daya manusia, serta rendahnya dukungan kebijakan manajemen. Lebih lanjut, A. Mulyana et al. (2024) mengungkapkan bahwa keberhasilan implementasi RME sangat dipengaruhi oleh kesiapan faktor manusia (*human*), organisasi (*organization*), dan teknologi (*technology*) secara bersamaan. Ketidaksiapan salah satu faktor tersebut berpotensi menghambat penggunaan

17 sistem secara optimal dan pada akhirnya berdampak negatif terhadap mutu pelayanan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di UPT Puskesmas Galis Pamekasan, diperoleh gambaran awal bahwa puskesmas tersebut telah mengimplementasikan RME dalam kegiatan pelayanan sehari-hari sejak 31 Desember 2023 melalui EPUSKESMAS (pamekasan.epuskesmas.id). Namun, dalam pelaksanaannya masih dijumpai sejumlah hambatan operasional yang berpotensi memengaruhi mutu pelayanan rekam medis berdasarkan hasil observasi sementara antara lain; 4. 15% tenaga belum terlatih, serta sering terjadi downtime sekitar 1-2 jam pada pukul 22.00 - 23.59 WIB.

Kondisi kesenjangan antara kebijakan implementasi RME dan realitas pelaksanaannya di lapangan tersebut secara langsung berpengaruh terhadap indikator mutu pelayanan rekam medis, yang meliputi kelengkapan data, keakuratan pencatatan, ketepatan waktu penyediaan informasi, kemudahan akses, serta keamanan dan kerahasiaan data pasien. Apabila tidak ditangani secara sistematis dan terencana, kondisi ini berisiko menurunkan kualitas pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk mengkaji secara empiris pengaruh implementasi rekam medis elektronik terhadap mutu pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Galis Pamekasan.

## 1.2 Rumusan Masalah

4 Apakah terdapat pengaruh implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) terhadap mutu pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Galis Pamekasan?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

3 Mengukur pengaruh implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) terhadap mutu pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Galis Pamekasan.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tingkat implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) di UPT Puskesmas Galis Pamekasan sebagai dasar dalam menggambarkan pelaksanaan sistem rekam medis elektronik pada pelayanan kesehatan.
- b. Mengidentifikasi tingkat mutu pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Galis Pamekasan sebagai dasar dalam menggambarkan kualitas pelayanan rekam medis yang diberikan kepada pengguna layanan.
- c. Menganalisis pengaruh implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) terhadap mutu pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Galis Pamekasan.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan mengembangkan ilmu rekam medis dan informasi kesehatan, khususnya mengenai pengaruh implementasi rekam medis elektronik terhadap mutu pelayanan rekam medis.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi bagi UPT Puskesmas Galis Pamekasan dalam meningkatkan mutu pelayanan rekam medis melalui optimalisasi implementasi rekam medis elektronik.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Landasan Teori

##### 2.1.1 Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memiliki peran strategis dalam sistem pelayanan kesehatan nasional. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menyebutkan bahwa puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif.

Sebagai fasilitas kesehatan primer, puskesmas menjadi pintu masuk utama masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan meliputi rawat jalan, gawat darurat dasar, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, gizi, kesehatan lingkungan, pencegahan dan pengendalian penyakit, serta pelayanan kesehatan masyarakat lainnya (Fitriani, 2021). Tingginya jumlah kunjungan pasien menuntut puskesmas memberikan pelayanan yang cepat, tepat, dan bermutu.

Puskesmas memiliki fungsi administratif serta pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan. Seluruh kegiatan pelayanan wajib didokumentasikan secara lengkap dan tepat waktu, sehingga diperlukan sistem pencatatan yang efektif dan efisien agar data dapat dimanfaatkan secara optimal (Amin et al., 2024).

##### 2.1.2 Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut World Health Organization (WHO), mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat pelayanan kesehatan bagi individu dan masyarakat yang mampu meningkatkan hasil kesehatan yang diinginkan, sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan terkini dan standar profesi yang berlaku.

Donabedian (1988) menjelaskan bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat dinilai melalui tiga komponen, yaitu struktur (*structure*), proses (*process*), dan

keluaran (*outcome*). Pendekatan ini menjadi kerangka dasar yang banyak digunakan untuk menilai mutu pelayanan, termasuk mutu pelayanan rekam medis sebagai bagian dari komponen proses dan struktur pelayanan.

Dengan demikian, mutu pelayanan kesehatan dapat dipahami sebagai derajat kesempurnaan pelayanan yang diselenggarakan sesuai standar profesi dan standar operasional prosedur sehingga dapat memenuhi kebutuhan dan kepuasan pasien secara efektif, efisien, aman, dan berkesinambungan.

### 2.1.3 Mutu Pelayanan Rekam Medis

Mutu pelayanan rekam medis adalah tingkat kualitas pelayanan yang diberikan oleh unit rekam medis dalam menyediakan informasi kesehatan yang lengkap, akurat, tepat waktu, aman, dan mudah diakses untuk mendukung pelayanan pasien (Nirmawati et al., 2024). Dalam era digitalisasi pelayanan kesehatan, mutu pelayanan rekam medis menjadi semakin penting karena berhubungan langsung dengan ketersediaan informasi yang digunakan tenaga kesehatan dalam proses diagnosis, pengobatan, evaluasi, dan tindak lanjut pelayanan.

Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan rekam medis melalui peningkatan kelengkapan dan keakuratan data, kemudahan akses informasi, serta keamanan dan kerahasiaan data pasien (Kurniawan et al., 2025).

### 2.1.4 Rekam Medis Elektronik (RME)

Rekam Medis Elektronik (RME) adalah rekam medis yang dibuat, disimpan, dan dikelola menggunakan sistem elektronik. RME memungkinkan integrasi data pasien secara menyeluruh dan dapat diakses oleh tenaga kesehatan yang berwenang (Sylvia Anjani et al., 2023).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis menyebutkan bahwa rekam medis elektronik adalah sistem yang digunakan untuk mendokumentasikan seluruh data dan informasi pelayanan

pasien secara elektronik, dengan menjamin keamanan, keutuhan, dan kerahasiaannya (Republik Indonesia, 2022)

Penerapan rekam medis elektronik memberikan berbagai manfaat, antara lain meningkatkan akurasi data, mengurangi penggunaan kertas, mempercepat pencarian informasi, serta mendukung pengambilan keputusan klinis. Di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas, RME juga mendukung sistem rujukan dan pelaporan ke dinas kesehatan (Putri et al., 2024).

### 2.1.5 Tujuan dan Manfaat Rekam Medis Elektronik

Tujuan utama penerapan rekam medis elektronik adalah meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan kesehatan (Mukharram et al., 2024). Secara umum, manfaat rekam medis elektronik meliputi:

1. Mempercepat akses data pasien;
2. Mengurangi kesalahan administrasi dan duplikasi pencatatan;
3. Meningkatkan koordinasi antar unit pelayanan;
4. Mempercepat proses pelaporan dan klaim BPJS Kesehatan;
5. Mendukung pengambilan keputusan berbasis data.

Penerapan rekam medis elektronik juga meningkatkan kecepatan penyelesaian tugas administratif dengan akurasi data yang lebih baik. Pada rekam medis konvensional, penelusuran dan pengembalian berkas memerlukan waktu lama, terutama jika jumlah pasien banyak. Dengan rekam medis elektronik, proses tersebut tidak lagi diperlukan sehingga efektivitas kerja meningkat. Selain itu, RME meningkatkan kerja sama antar unit, misalnya dokter dan perawat dapat langsung mengakses hasil laboratorium sebagai acuan tindakan.

### 2.1.6 Model HOT-Fit dalam Evaluasi Rekam Medis Elektronik

Model *Human, Organization, and Technology-Fit* (HOT-Fit) merupakan kerangka evaluasi sistem informasi kesehatan yang dikembangkan oleh Yusof et al. (2008). Model ini menggabungkan dua kerangka sebelumnya, yaitu *Information System Success Model* (DeLone dan McLean) dan *IT-Organization Fit Model*, untuk menghasilkan pendekatan holistik yang mencakup tiga dimensi utama:

1 *human* (manusia), *organization* (organisasi), dan *technology* (teknologi), serta kesesuaian (*fit*) di antara ketiga dimensi tersebut. HOT-Fit telah divalidasi dan digunakan secara luas dalam berbagai penelitian evaluasi sistem informasi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia (Rusdiana et al., 2024).

#### a. Dimensi *Human* (Manusia)

Dimensi human berfokus pada aspek pengguna sistem informasi, mencakup dua sub-dimensi. Pertama, penggunaan sistem (*system use*), yaitu seberapa sering dan konsisten tenaga kesehatan menggunakan sistem RME dalam pelayanan, termasuk kemudahan penggunaan (*ease of use*) dan kesesuaian sistem dengan kebutuhan. Kedua, kepuasan pengguna (*user satisfaction*), yaitu penilaian subjektif pengguna terhadap kualitas sistem, informasi yang dihasilkan, dan dukungan teknis yang diperoleh.

119 Dalam penelitian ini, dimensi human dioperasionalisasikan melalui tiga indikator: (1) kompetensi teknis pengguna dalam mengoperasikan RME; (2) kecukupan pelatihan yang diperoleh tenaga kesehatan sebelum dan selama penggunaan sistem; (3) kemudahan penggunaan (*ease of use*) sistem RME dalam praktik pelayanan sehari-hari (Rusdiana et al., 2024).

#### b. Dimensi *Organization* (Organisasi)

Dimensi organization berkaitan dengan faktor institusional yang menentukan keberhasilan penerapan RME, mencakup dua sub-dimensi. Pertama, struktur organisasi, meliputi keberadaan kebijakan tertulis, standar operasional prosedur (SOP), pembagian tanggung jawab, dan alokasi sumber daya manusia untuk pengelolaan RME. Kedua, lingkungan organisasi, meliputi dukungan pimpinan (*leadership support*), komitmen manajemen dalam penyediaan anggaran, infrastruktur, dan pembentukan budaya penggunaan teknologi di lingkungan kerja.

Dalam penelitian ini, dimensi organization dioperasionalisasikan melalui tiga indikator: (1) ketersediaan dan kelengkapan SOP penggunaan RME; (2) dukungan pimpinan puskesmas secara aktif terhadap penerapan sistem; (3) ketersediaan infrastruktur dan anggaran yang memadai untuk operasional RME (Siswati et al., 2024).

### c. Dimensi *Technology* (Teknologi)

Dimensi technology berkaitan dengan karakteristik teknis sistem informasi yang digunakan dalam pelayanan, mencakup tiga sub-dimensi. Pertama, kualitas sistem (*system quality*), yaitu keandalan (*reliability*), kecepatan respons, ketersediaan (*availability*), dan stabilitas operasional sistem RME. Kedua, kualitas informasi (*information quality*), yaitu kelengkapan, keakuratan, konsistensi, dan relevansi informasi yang dihasilkan sistem. Ketiga, kualitas layanan (*service quality*), yaitu responsivitas dan kemampuan dukungan teknis dalam menangani gangguan dan memenuhi kebutuhan pengguna.

Dalam penelitian ini, dimensi technology dioperasionalisasikan melalui tiga indikator: (1) kualitas sistem (keandalan dan kecepatan akses); (2) kualitas informasi (kelengkapan dan akurasi data yang dihasilkan); (3) kualitas layanan teknis yang mendukung operasional RME (Mulyana et al., 2024; Yusof et al., 2008).

### d. Pemilihan Indikator Implementasi RME dalam Penelitian Ini

Berdasarkan seluruh dimensi HOT-Fit di atas, penelitian ini menggunakan 9 indikator implementasi RME yang mencakup dimensi: *Human* (kompetensi, pelatihan, kemudahan penggunaan), *Technology* (kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan), dan *Organization* (SOP, dukungan pimpinan, infrastruktur). Kesembilan indikator ini dipilih karena relevan dengan konteks puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama dan didukung oleh penelitian-penelitian sebelumnya di fasilitas serupa (Mulyana et al., 2024; Rusdiana et al., 2024; Siswati et al., 2024).

#### 2.1.7 Implementasi Rekam Medis Elektronik

Implementasi rekam medis elektronik merupakan proses penerapan sistem rekam medis berbasis elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan, mulai dari penyediaan sarana dan prasarana, penyusunan kebijakan dan standar operasional prosedur, pelatihan sumber daya manusia, hingga penggunaan sistem dalam pelayanan sehari-hari.

Keberhasilan implementasi rekam medis elektronik dipengaruhi oleh faktor sumber daya manusia (*human*), organisasi (*organization*), dan teknologi (*technology*). Mulyana et al. (2024) menjelaskan bahwa kualitas sistem, dukungan organisasi, serta kesiapan dan kompetensi pengguna sangat menentukan keberhasilan penerapan rekam medis elektronik dan dampaknya terhadap mutu pelayanan.

Implementasi yang baik ditandai dengan ketersediaan sistem yang berfungsi optimal, penggunaan sistem secara konsisten oleh tenaga kesehatan, dukungan kebijakan dan pelatihan dari manajemen, serta infrastruktur yang memadai. Dengan demikian, implementasi rekam medis elektronik tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga merupakan komponen penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu (Prasetia et al., 2024).

#### 2.1.8 Indikator Mutu Pelayanan Rekam Medis Pelayanan Rekam Medis

Mengacu pada Salnilatipa (2024) dan Nirmawati et al. (2024), serta ketentuan mutu rekam medis dalam Permenkes No. 24 Tahun 2022, mutu pelayanan rekam medis dalam penelitian ini diukur melalui empat indikator:

- a. Keakuratan data (*accuracy*): tingkat kesesuaian data rekam medis yang tercatat dalam sistem RME dengan kondisi klinis dan tindakan pelayanan yang sesungguhnya, sehingga data dapat dijadikan dasar pengambilan keputusan medis yang tepat.
- b. Ketepatan waktu (*timeliness*): kecepatan pencatatan dan penyediaan informasi rekam medis sesuai standar yang ditetapkan, termasuk kecepatan akses data saat dibutuhkan dalam proses pelayanan.
- c. Keamanan dan kerahasiaan data (*security and confidentiality*): tingkat terjaganya integritas, kerahasiaan, dan perlindungan data pasien dari akses tidak berwenang, sesuai Permenkes No. 24 Tahun 2022 dan UU No. 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi.
- d. Aksesibilitas (*accessibility*): kemudahan tenaga kesehatan yang berwenang dalam mengakses informasi rekam medis pada saat dan tempat yang

diperlukan, termasuk kemampuan sistem mendukung akses lintas unit pelayanan (Nirmawati et al., 2024).

Pemilihan keempat indikator ini didasarkan pada kesesuaiannya dengan dampak langsung implementasi RME dalam konteks puskesmas. Indikator kelengkapan data tidak digunakan sebagai indikator Y tersendiri karena secara konseptual telah tercakup dalam sub-dimensi kualitas informasi pada variabel X (implementasi RME), sehingga penggunaan ulang sebagai indikator Y akan menimbulkan tumpang tindih konseptual yang melemahkan validitas konstruk penelitian.

#### 2.1.9 Hubungan Implementasi Rekam Medis Elektronik dengan Mutu Pelayanan Rekam Medis

Implementasi rekam medis elektronik memiliki pengaruh positif terhadap mutu pelayanan rekam medis. Dengan pencatatan yang terstruktur dan terintegrasi, kelengkapan dan keakuratan data dapat meningkat, sementara risiko kehilangan dan duplikasi berkas dapat ditekan.

Häyrynen et al. (2008) menyatakan bahwa rekam medis elektronik yang terstruktur dapat meningkatkan koordinasi pelayanan, mengurangi duplikasi pencatatan, serta menurunkan risiko kesalahan medis akibat informasi yang tidak lengkap atau tidak terbaca

Beberapa penelitian di Indonesia juga menunjukkan adanya pengaruh positif implementasi rekam medis elektronik terhadap mutu pelayanan. Kurniawan et al. (2025) menemukan bahwa implementasi rekam medis elektronik berpengaruh terhadap mutu pelayanan di rumah sakit, sedangkan Prasetia et al. (2024) melalui kajian tinjauan pustaka sistematis menyimpulkan bahwa rekam medis elektronik berperan dalam peningkatan mutu pelayanan pada fasilitas pelayanan kesehatan.

Dengan demikian, implementasi rekam medis elektronik diduga merupakan salah satu faktor kunci dalam peningkatan mutu pelayanan rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk puskesmas.

## 2.2 Landasan Hukum

Beberapa regulasi yang menjadi dasar hukum pelaksanaan rekam medis elektronik di Indonesia antara lain:

- a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
- b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi;
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis;
- d. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1423/2022 tentang Pedoman Variabel dan Meta Data pada Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik;
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

## 2.3 Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian terdahulu yang relevan dengan penelitian ini disajikan pada tabel berikut.

**Tabel 2. 1** Penelitian Terdahulu

| No | Peneliti (Tahun)                             | Judul Penelitian                                                                                                        | Hasil Utama                                                                 |
|----|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Kurniawan, Saryadi, & Arini (2025)           | Dampak Implementasi Rekam Medis Elektronik terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit                                          | Implementasi RME berdampak positif terhadap mutu pelayanan rumah sakit      |
| 2  | Prasetia, Beddu, Buwana, & Rochmawati (2024) | Systematic Literature Review Pengaruh Rekam Medis Elektronik terhadap Mutu Pelayanan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan | RME berperan meningkatkan mutu pelayanan pada fasilitas pelayanan kesehatan |
| 3  | Gabriella, Widiyaningsih, & Trigono (2023)   | Analisis Pengaruh Rekam Medis Elektronik Rumah Sakit terhadap Peningkatan                                               | RME berpengaruh terhadap peningkatan                                        |

|                                            | Kualitas Mutu dan Keselamatan Pasien                                                                                           | kualitas mutu dan keselamatan pasien                                            |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 4 Mulyana, Situmorang, & Fatikasari (2023) | Evaluasi Sistem Informasi (Electronic Medical Record) dengan Metode HOT-Fit terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit X | Faktor human, organization, dan technology memengaruhi mutu pelayanan kesehatan |

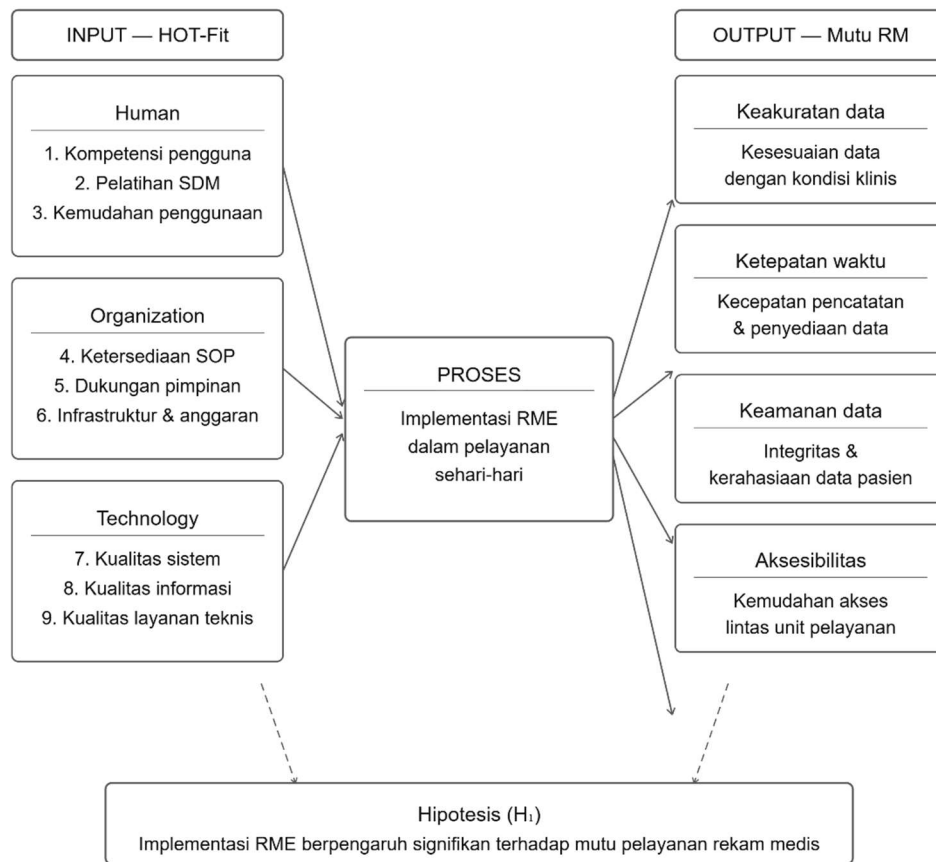
Sumber: Olahan Peneliti (2026)

Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu terletak pada kajian pengaruh implementasi rekam medis elektronik terhadap mutu pelayanan. Perbedaannya, penelitian ini secara khusus memfokuskan variabel terikat pada mutu pelayanan rekam medis dan dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu UPT Puskesmas Galis Pamekasan.

## 2.4 Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian ini menggunakan model HOT-Fit (Yusof et al., 2008) sebagai landasan utama, yang mengevaluasi implementasi sistem informasi kesehatan melalui tiga dimensi: human, organization, dan technology. Dimensi-dimensi ini berinteraksi satu sama lain dan secara kolektif memengaruhi net benefit berupa mutu pelayanan. Kerangka ini diintegrasikan dengan konsep mutu pelayanan kesehatan yang merujuk pada kerangka mutu (Donabedian, 1988) yang menilai pelayanan dari aspek struktur, proses, dan luaran, di mana implementasi RME berperan pada komponen struktur dan proses yang berdampak pada luaran berupa mutu pelayanan rekam medis.

Alur kerangka teori: (1) Dimensi HOT-Fit sebagai input implementasi RME: *Human* (kompetensi, pelatihan, kemudahan penggunaan), *Organization* (SOP, dukungan pimpinan, infrastruktur), *Technology* (kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan); (2) Proses: implementasi RME dalam pelayanan sehari-hari di UPT Puskesmas Galis sesuai Permenkes No. 24 Tahun 2022; (3) Output (net benefit): mutu pelayanan rekam medis yang diukur melalui keakuratan, ketepatan waktu, keamanan dan kerahasiaan, serta aksesibilitas.



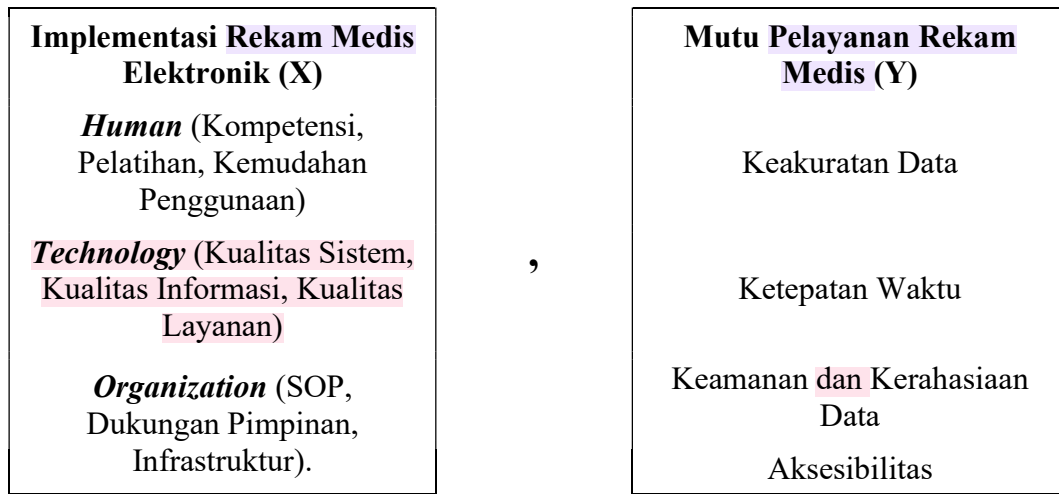
**Gambar 2.1** Kerangka Teori Penelitian

## 2.5 Kerangka Konseptual

Berdasarkan kerangka teori di atas, kerangka konseptual penelitian ini menggambarkan pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Meskipun penelitian ini menggunakan satu variabel bebas (X: implementasi RME), sub-dimensi HOT-Fit divisualisasikan secara eksplisit agar pengukuran variabel lebih komprehensif dan kuat secara teoretis.

Variabel Bebas (X): Implementasi RME, terdiri dari: *Human* (kompetensi, pelatihan, kemudahan penggunaan), *Technology* (kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan), *Organization* (SOP, dukungan pimpinan, infrastruktur).

Variabel Terikat (Y): Mutu Pelayanan Rekam Medis, terdiri dari: keakuratan data, ketepatan waktu, keamanan dan kerahasiaan data, aksesibilitas.



**Gambar 2. 2** Kerangka Konseptual

Gambar 2.2 menyajikan kerangka konseptual penelitian secara visual. Semakin optimal implementasi RME pada ketiga dimensi HOT-Fit, semakin tinggi mutu pelayanan rekam medis yang dicapai di UPT Puskesmas Galis Pamekasan.

## 2.6 Hipotesis Penelitian

H<sub>0</sub>: Tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara implementasi rekam medis elektronik terhadap mutu pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Galis Pamekasan.

H<sub>1</sub>: Terdapat pengaruh yang signifikan antara implementasi rekam medis elektronik terhadap mutu pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Galis Pamekasan.

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian analitik observasional menggunakan rancangan *cross-sectional*. Penelitian bertujuan untuk mengetahui pengaruh implementasi Rekam Medis Elektronik terhadap mutu pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Galis Pamekasan. Data penelitian dikumpulkan melalui kuesioner yang diberikan kepada tenaga kesehatan pengguna RME dan dianalisis menggunakan regresi linier sederhana untuk menguji pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen.

Rancangan penelitian ini menguji pengaruh implementasi Rekam Medis Elektronik (X) terhadap mutu pelayanan rekam medis (Y) di UPT Puskesmas Galis Pamekasan.

#### 3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

##### 3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di UPT Puskesmas Galis, Kabupaten Pamekasan, Provinsi Jawa Timur.

##### 3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 1 (satu) bulan, yaitu bulan Mei 2026.

#### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

##### 3.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan di UPT Puskesmas Galis Pamekasan yang terlibat dalam implementasi dan penggunaan rekam medis elektronik baik yang menginput dan menggunakan data RME.

##### 3.3.2 Sampel

Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling*, yaitu seluruh anggota populasi dijadikan sampel karena jumlahnya terbatas dan masih memungkinkan untuk diteliti secara menyeluruh. Sampel mencakup tenaga kesehatan yang menggunakan rekam medis elektronik secara aktif, antara lain dokter, perawat, bidan, dan petugas rekam medis yang berjumlah 72 orang.

### 3.4 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari, diukur, dan diamati guna memperoleh informasi untuk menjawab tujuan penelitian. Variabel dalam penelitian ini disajikan pada tabel berikut.

**Tabel 3. 1** Varibel Penelitian

| Jenis Variabel       | Nama Variabel              | Indikator (berbasis HOT-Fit)                                                                                                                                                                                    |
|----------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Variabel Bebas (X)   | Implementasi RME           | Human: (1) kompetensi, (2) pelatihan, (3) kemudahan penggunaan. Technology: (4) kualitas sistem, (5) kualitas informasi, (6) kualitas layanan. Organization: (7) SOP, (8) dukungan pimpinan, (9) infrastruktur. |
| Variabel Terikat (Y) | Mutu Pelayanan Rekam Medis | (1) Keakuratan data, (2) Ketepatan waktu, (3) Keamanan dan kerahasiaan data, (4) Aksesibilitas                                                                                                                  |

### 3.5 Definisi Operasional Variabel

**Tabel 3. 2** Definisi Operasional Variabel

| Variabel             | Definisi Operasional                                                                                             | Indikator                                                                                                                                                                                                                                            | Alat Ukur                                                                                    | Skala                  | Hasil Ukur |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| Implementasi RME (X) | Penerapan sistem RME dalam pelayanan, dinilai melalui tiga dimensi HOT-Fit: human, organization, dan technology. | <b>Human:</b><br>1) Kompetensi<br>2) Pelatihan<br>3) Kemudahan penggunaan<br><b>Technology:</b><br>1) Kualitas sistem<br>2) Kualitas informasi<br>3) Kualitas layanan<br><b>Organization:</b><br>1) SOP<br>2) Dukungan pimpinan<br>3) Infrastruktur. | Kuesioner berbasis HOT-Fit (Yusof et al., 2008; Rusdiana et al., 2024; Mulyana et al., 2023) | Ordinal - Likert (1-5) | Skor total |

|                        |                                                                                                                  |                                                                                                   |                                                       |                        |            |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| Mutu Pelayanan RME (Y) | Tingkat kualitas pengelolaan informasi rekam medis yang mencerminkan dampak implementasi RME terhadap pelayanan. | 1. Keakuratan data<br>2. Ketepatan waktu,<br>3. Keamanan dan kerahasiaan data<br>4. Aksesibilitas | Kuesioner (Salnilatipa, 2024; Nirmawati et al., 2024) | Ordinal - Likert (1-5) | Skor total |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|------------|

### 3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini berupa lembar kuesioner yang terdiri atas dua bagian. Bagian pertama memuat pertanyaan mengenai identitas responden (jabatan, unit kerja, pendidikan terakhir, dan masa kerja). Bagian kedua memuat pernyataan terstruktur mengenai variabel implementasi RME (X) dan mutu pelayanan rekam medis (Y) yang diukur menggunakan skala Likert lima poin (1 = Sangat Tidak Setuju, 2 = Tidak Setuju, 3 = Netral, 4 = Setuju, 5 = Sangat Setuju).

Instrumen untuk variabel implementasi RME diadopsi dari kuesioner yang dikembangkan oleh A. Mulyana et al. (2024) berbasis model HOT-Fit, dengan penyesuaian pada item-item yang relevan dengan konteks puskesmas, serta dilengkapi dengan instrumen dari Kurniawan et al. (2025). Instrumen untuk variabel mutu pelayanan rekam medis diadopsi dari indikator yang dioperasionalisasikan oleh Prasetya et al. (2024).

Penggunaan instrumen yang telah tervalidasi dari penelitian terdahulu didasarkan pada pertimbangan bahwa instrumen tersebut telah memenuhi persyaratan validitas dan reliabilitas dalam konteks populasi yang serupa, sehingga dapat diterapkan tanpa uji validitas ulang apabila karakteristik populasinya sebanding (Sugiono, 2019).

### 3.7 Teknik Pengumpulan Data

#### 3.7.1 Kuesioner (Angket)

Kuesioner digunakan sebagai instrumen utama untuk mengumpulkan data

primer mengenai persepsi tenaga kesehatan terhadap implementasi RME dan mutu pelayanan rekam medis. Kuesioner disebarakan secara langsung kepada seluruh responden yang memenuhi kriteria, yaitu tenaga kesehatan yang aktif menggunakan sistem RME dalam pelayanan.

### 3.7.2 Observasi

Observasi dilakukan secara langsung untuk mengamati proses pelaksanaan RME di unit-unit pelayanan UPT Puskesmas Galis Pamekasan. Data hasil observasi digunakan sebagai data pendukung untuk memperkuat atau memverifikasi data yang diperoleh melalui kuesioner.

### 3.7.3 Dokumentasi

Dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data sekunder yang relevan, meliputi profil puskesmas, standar operasional prosedur rekam medis elektronik, laporan kinerja puskesmas, dan data kunjungan pasien sebagai konteks penelitian.

## 3.8 Teknik Analisis Data

Analisis data dilakukan menggunakan perangkat lunak Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) secara bertahap melalui tiga tingkatan analisis, yaitu univariat, bivariat, dan multivariat (Ghozali, 2021).

*Pertama*, analisis univariat. Analisis ini mendeskripsikan distribusi frekuensi, nilai rata-rata, standar deviasi, nilai minimum, dan nilai maksimum masing-masing variabel untuk memberikan gambaran karakteristik responden serta kondisi implementasi RME dan mutu pelayanan rekam medis secara keseluruhan.

*Kedua*, analisis bivariat. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel sebelum dilanjutkan ke analisis multivariat. Tahapan analisis bivariat meliputi:

- a. Uji normalitas menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov untuk mengetahui apakah distribusi data residual bersifat normal, dengan kriteria  $p > 0,05$ ;
- b. Uji linearitas menggunakan Test for Linearity untuk memastikan hubungan antara variabel X dan Y bersifat linier, dengan kriteria nilai signifikansi deviation from linearity  $> 0,05$ ;

c. Uji korelasi Pearson atau Spearman (d disesuaikan dengan hasil uji normalitas) untuk mengetahui kekuatan dan arah hubungan antara variabel implementasi RME (X) dan mutu pelayanan rekam medis (Y).

**Ketiga**, analisis multivariat berupa regresi linier sederhana. Setelah seluruh asumsi analisis terpenuhi, dilakukan regresi linier sederhana untuk mengukur besaran dan arah pengaruh implementasi RME (X) terhadap mutu pelayanan rekam medis (Y). Persamaan regresi yang digunakan adalah:

$$\hat{Y} = a + bX + e$$

**Keterangan:**

$\hat{Y}$  = mutu pelayanan rekam medis (variabel terikat)

X = implementasi RME (variabel bebas)

a = konstanta

b = koefisien regresi

e = galat (*error term*).

Koefisien determinasi ( $R^2$ ) digunakan untuk mengukur seberapa besar proporsi variansi mutu pelayanan rekam medis yang dapat dijelaskan oleh variabel implementasi RME. Pengujian hipotesis dilakukan menggunakan uji t satu sisi dengan taraf signifikansi  $\alpha = 0,05$ :  $H_1$  diterima apabila nilai signifikansi  $< 0,05$  atau nilai t-hitung  $> t$ -tabel (Ghozali, 2021).

### 3.9 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan prinsip etika penelitian kesehatan, meliputi:

- Respect for human dignity* (menghormati harkat dan martabat manusia). Peneliti menjelaskan tujuan penelitian kepada subjek dan menyiapkan lembar persetujuan (*informed consent*) yang memuat deskripsi penelitian serta jaminan kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan.
- Respect for privacy and confidentiality* (menghormati privasi dan kerahasiaan). Peneliti menjaga kerahasiaan data pribadi dan tidak mengungkapkan identitas subjek dalam laporan atau publikasi tanpa izin subjek.

- 58
- c. *Respect for justice and inclusiveness* (keadilan dan keterbukaan). Peneliti memperlakukan seluruh subjek secara setara tanpa diskriminasi berdasarkan jenis kelamin, agama, etnis, atau latar belakang lainnya.
- 29
- d. *Balancing harms and benefits* (mempertimbangkan manfaat dan kerugian). Peneliti berupaya memaksimalkan manfaat bagi subjek dan pengembangan ilmu pengetahuan serta meminimalkan dampak negatif yang mungkin timbul.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

UPT UPT Puskesmas Galis merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama milik pemerintah yang berlokasi di Kecamatan Galis, Kabupaten Pamekasan, Provinsi Jawa Timur. Sebagai ujung tombak sistem kesehatan nasional, UPT Puskesmas Galis menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) sesuai amanat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019. Layanan yang tersedia mencakup poli umum, poli kesehatan ibu dan anak (KIA), poli gigi, unit gawat darurat (UGD), rawat inap, laboratorium, apotek, dan loket pendaftaran.

Dalam rangka pemenuhan kewajiban transformasi digital sebagaimana diamanatkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, UPT Puskesmas Galis Pamekasan telah mengimplementasikan Rekam Medis Elektronik (RME) melalui sistem EPUSKESMAS yang dapat diakses melalui laman pamekasan.epuskesmas.id sejak 31 Desember 2023. Seluruh tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam pelayanan klinis diwajibkan menggunakan sistem tersebut.

Studi pendahuluan yang dilaksanakan sebelum pengambilan data mengidentifikasi beberapa kondisi faktual: (a) sekitar 15% tenaga kesehatan belum mendapatkan pelatihan teknis yang memadai; (b) terdapat gangguan ketersediaan sistem (downtime) berkala pada pukul 22.00–23.59 WIB; serta (c) akses sistem bersifat daring penuh tanpa mekanisme pencadangan offline yang terstandarisasi. Kondisi-kondisi ini membentuk konteks lapangan yang penting untuk memahami temuan penelitian secara menyeluruh.

Penelitian ini melibatkan 72 orang tenaga kesehatan di UPT Puskesmas Galis Pamekasan yang seluruhnya merupakan pengguna aktif sistem RME melalui aplikasi EPUSKESMAS. Pengambilan sampel menggunakan metode total sampling, sehingga seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi menjadi responden. Karakteristik responden dideskripsikan berdasarkan tiga dimensi: jabatan, tingkat pendidikan terakhir, dan masa kerja yang secara teoritis relevan

sebagai prediktor persepsi penggunaan sistem informasi kesehatan dalam kerangka Technology Acceptance Model (TAM) Davis (1989) dan model HOT-Fit Yusof et al. (2008)

**Tabel 4. 1** Distribusi Responden Berdasarkan Jabatan

| No. | Jabatan                 | n         | %          |
|-----|-------------------------|-----------|------------|
| 1   | Perawat                 | 31        | 43,1       |
| 2   | Bidan                   | 20        | 27,8       |
| 3   | Dokter                  | 3         | 4,2        |
| 4   | Apoteker                | 1         | 1,4        |
| 5   | Asisten Apoteker        | 2         | 2,8        |
| 6   | Dokter Gigi             | 1         | 1,4        |
| 7   | Perawat Gigi            | 2         | 2,8        |
| 8   | Rekam Medis             | 2         | 2,8        |
| 9   | Analisis Kesehatan      | 2         | 2,8        |
| 10  | Gizi                    | 2         | 2,8        |
| 11  | Kesehatan Lingkungan    | 2         | 2,8        |
| 12  | Administrator Kesehatan | 1         | 1,4        |
| 13  | Fisioterapis            | 1         | 1,4        |
| 14  | Kasir                   | 2         | 2,8        |
|     | <b>Total</b>            | <b>72</b> | <b>100</b> |

Sumber: Data primer hasil kuesioner, 2026

Berdasarkan Tabel 4.1, responden didominasi oleh perawat sebanyak 31 orang (43,1%) dan bidan sebanyak 20 orang (27,8%), sehingga kedua kelompok profesi ini secara bersama mewakili 70,9% total sampel. Dominansi ini mencerminkan realitas struktur tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama, sekaligus memiliki implikasi analitik yang penting. Perawat dan bidan merupakan kelompok yang paling intensif berinteraksi dengan sistem RME hampir setiap tindakan klinis memerlukan pencatatan langsung ke dalam sistem, menjadikan mereka kelompok yang paling sensitif dalam mengevaluasi aspek kemudahan penggunaan (perceived ease of use) dan kemanfaatan sistem (perceived usefulness), dua konstruk utama TAM yang berpengaruh terhadap penerimaan

teknologi (Davis, 1989). Keberagaman profesi dalam sampel mulai dari tenaga klinis hingga tenaga administrasi dan penunjang memperkuat validitas ekologis penelitian karena temuan mencerminkan persepsi lintas profesi dalam ekosistem RME puskesmas.

**Tabel 4. 2** Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

| No. | Pendidikan Terakhir           | n  | %    |
|-----|-------------------------------|----|------|
| 1   | Diploma Tiga (D3)             | 41 | 56,9 |
| 2   | Diploma Empat/Sarjana (D4/S1) | 16 | 22,2 |
| 3   | Sarjana Profesi (S1 Profesi)  | 12 | 16,7 |
| 4   | SMA/Sederajat                 | 3  | 4,2  |
|     | Total                         | 72 | 100  |

Sumber: Data primer hasil kuesioner, 2026

Mayoritas responden berpendidikan Diploma Tiga (D3) sebanyak 41 orang (56,9%), konsisten dengan komposisi tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama secara nasional. Proporsi responden dengan pendidikan D3 ke atas mencapai 95,8%. Meskipun demikian, Siswati, Ernawati, dan Khairunnisa (2024) mengingatkan bahwa kesiapan SDM dalam mengimplementasikan RME lebih banyak ditentukan oleh pelatihan teknis aplikatif daripada tingkat pendidikan formal. Keberadaan tiga responden berlatar SMA/ sederajat mengisyaratkan bahwa program pelatihan perlu dirancang secara inklusif sesuai keragaman latar belakang pengguna..

**Tabel 4. 3** Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja

| No. | Masa Kerja          | n  | %    |
|-----|---------------------|----|------|
| 1   | Lebih dari 10 tahun | 36 | 50,0 |
| 2   | 1–5 tahun           | 21 | 29,2 |
| 3   | 5–10 tahun          | 15 | 20,8 |
|     | Total               | 72 | 100  |

Sumber: Data primer hasil kuesioner, 2026

Sepuluh responden (50,0%) memiliki masa kerja lebih dari 10 tahun, yang berarti sebagian besar memulai dan mengkonsolidasikan praktik kerja mereka dalam era pra-digital. Kondisi ini relevan dalam konteks implementasi RME karena

tenaga kesehatan dengan masa kerja panjang cenderung mengalami *habituaasi prosedural* yaitu tertanamnya rutinitas kerja berbasis sistem manual yang secara kognitif membutuhkan upaya adaptasi lebih besar terhadap sistem baru. Sebaliknya, 29,2% responden dengan masa kerja 1-5 tahun merepresentasikan generasi yang lebih dekat dengan ekosistem digital sejak masa pendidikan, sehingga relatif memiliki kurva adaptasi lebih pendek. Keragaman masa kerja dalam sampel ini memberikan keuntungan analitik karena menghadirkan perspektif dari berbagai generasi tenaga kesehatan dalam proses transisi rekam medis manual ke elektronik. Secara integratif, profil responden didominasi perawat dan bidan berlatar D3 dengan masa kerja lebih dari 10 tahun membentuk konteks interpretatif penting: kelompok dengan pengalaman klinis matang namun potensial menghadapi tantangan adaptasi teknologi, khususnya apabila dukungan pelatihan tidak memadai.

### 4.3 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan menghasilkan gambaran distribusi, tendensi sentral, dan dispersi dari masing-masing variabel secara mandiri, sekaligus meletakkan fondasi interpretatif bagi analisis bivariat. Pemahaman mendalam terhadap profil tiap-tiap variabel merupakan prasyarat interpretasi yang valid, sebab nilai rata-rata yang tinggi tidak selalu bermakna seragam apabila tidak disertai kajian terhadap sebaran data dan konteks lapangan.

#### 4.3.1 Gambaran Implementasi Rekam Medis Elektronik (Variabel X)

Variabel implementasi RME diukur menggunakan 27 item pernyataan yang mengoperasionalkan tiga dimensi model HOT-Fit: Human (9 item), Technology (9 item), dan Organization (9 item), dengan skala Likert 1–5. Rentang skor teoritis variabel X adalah 27-135. Hasil analisis deskriptif disajikan pada tabel berikut.:

**Tabel 4. 4** Statistik Deskriptif Variabel Implementasi RME (X)

| Dimensi / Variabel  | Mean  | SD   | Min | Maks |
|---------------------|-------|------|-----|------|
| Human (9 item)      | 34,63 | 3,11 | 25  | 44   |
| Technology (9 item) | 35,25 | 2,96 | 28  | 45   |

|                                   |               |             |           |            |
|-----------------------------------|---------------|-------------|-----------|------------|
| Organization (9 item)             | 35,92         | 2,45        | 30        | 43         |
| <b>Total Variabel X (27 item)</b> | <b>105,75</b> | <b>7,56</b> | <b>85</b> | <b>132</b> |

Sumber: Data diolah, 2026

Nilai rata-rata total skor variabel X sebesar 105,75 dari skor maksimal teoritis 135 menghasilkan rata-rata per item sebesar 3,92 dari skala 1-5, atau setara 78,4% dari nilai maksimal. Standar deviasi total sebesar 7,56 dengan rentang aktual 47 poin mengindikasikan variasi persepsi yang moderat antara responden: meskipun mayoritas menilai dalam kisaran yang sama. Variasi ini merupakan sinyal bahwa implementasi RME tidak dirasakan secara seragam, kemungkinan dipengaruhi oleh jabatan, intensitas penggunaan, dan kecukupan pelatihan yang diterima.

Dikaji per dimensi, profil hierarki Organization (rata-rata per item 3,99; SD 2,45) > Technology (3,92; SD 2,96) > Human (3,85; SD 3,11) mencerminkan dinamika institusional yang bermakna. Nilai SD dimensi Organization yang paling kecil menunjukkan persepsi paling homogen hampir seluruh tenaga kesehatan sepakat bahwa dukungan organisasi sudah memadai. Sebaliknya, SD dimensi Human yang terbesar mengindikasikan pengalaman paling beragam terkait kompetensi dan kenyamanan penggunaan sistem.

**Tabel 4. 5** Distribusi Kategori Implementasi RME (X)

| No. | Kategori                       | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|-----|--------------------------------|---------------|----------------|
| 1   | Sangat Baik (skor $\geq 108$ ) | 31            | 43,1           |
| 2   | Baik (skor 81–107)             | 41            | 56,9           |
| 3   | Cukup (skor 54–80)             | 0             | 0,0            |
| 4   | Kurang (skor < 54)             | 0             | 0,0            |
|     | <b>Total</b>                   | <b>72</b>     | <b>100</b>     |

Sumber: Data diolah, 2026

Berdasarkan Tabel 4.5, sebagian besar responden menilai implementasi RME dalam kategori Baik (56,9%), sementara 43,1% dalam kategori Sangat Baik. Tidak ada responden yang memberikan penilaian di bawah kategori Baik. Distribusi ini mengindikasikan bahwa implementasi RME telah melewati fase kritis adopsi awal yang umumnya ditandai resistensi pengguna. Namun, perlu dicatat bahwa distribusi yang seluruhnya positif berpotensi dipengaruhi oleh social desirability bias

kecenderungan responden memberikan jawaban yang dianggap sesuai dengan harapan institusional mengingat penelitian dilakukan di lingkungan kerja sendiri. Hal ini merupakan keterbatasan yang perlu dipertimbangkan dalam interpretasi..

#### 4.3.2 Gambaran Mutu Pelayanan Rekam Medis (Variabel Y)

Variabel mutu pelayanan rekam medis diukur menggunakan 16 item pernyataan yang mencakup empat indikator: keakuratan data (4 item), ketepatan waktu (4 item), keamanan dan kerahasiaan data (4 item), serta aksesibilitas (4 item), dengan skala Likert 1–5. Rentang skor teoritis variabel Y adalah 16–80. Hasil analisis deskriptif disajikan pada tabel berikut.

**Tabel 4. 6** Statistik Deskriptif Variabel Mutu Pelayanan Rekam Medis (Y)

| Indikator / Variabel              | Mean         | SD          | Min       | Maks      |
|-----------------------------------|--------------|-------------|-----------|-----------|
| Keakuratan Data (4 item)          | 17,61        | 1,04        | 15        | 20        |
| Ketepatan Waktu (4 item)          | 17,50        | 0,95        | 15        | 20        |
| Keamanan & Kerahasiaan (4 item)   | 17,35        | 0,91        | 16        | 20        |
| Aksesibilitas (4 item)            | 16,40        | 1,04        | 16        | 20        |
| <b>Total Variabel Y (16 item)</b> | <b>68,90</b> | <b>2,63</b> | <b>64</b> | <b>80</b> |

Sumber: Data diolah, 2026

Nilai rata-rata total skor variabel Y sebesar 68,90 dari skor maksimal 80 menghasilkan rata-rata per item 4,30 (86,0% dari nilai maksimal). Yang perlu mendapat perhatian kritis adalah standar deviasi yang sangat kecil ( $SD = 2,63$ ) dengan rentang aktual hanya 16 poin (minimum 64, maksimum 80) dari rentang teoritis 64 poin. Kondisi ini mengindikasikan terjadinya ceiling effect—fenomena saat sebagian besar responden memberikan skor yang mengelompok di ujung atas skala sehingga instrumen tidak mampu membedakan gradasi persepsi secara memadai. Ceiling effect ini memiliki implikasi statistik yang signifikan: secara matematis ia menekan nilai koefisien korelasi dan regresi di bawah nilai sesungguhnya.

Dari keempat indikator, keakuratan data memperoleh rata-rata per item tertinggi (4,40), mencerminkan persepsi bahwa RME berhasil mengurangi kesalahan pencatatan melalui standardisasi format dan eliminasi proses alih-tulis

manual. Ketepatan waktu berada di posisi kedua (4,38) dengan SD terkecil (0,95). Keamanan dan kerahasiaan data memperoleh nilai 4,34. Aksesibilitas memperoleh rata-rata per item terendah (4,10) dengan variabilitas tertinggi (SD = 1,04), yang secara kontekstual berkaitan langsung dengan downtime sistem sebagaimana teridentifikasi dalam studi pendahuluan. Variabilitas ini mengindikasikan perbedaan pengalaman antar-shift: tenaga yang bertugas shift malam mengalami downtime secara langsung, sementara yang bertugas shift pagi tidak.

**Tabel 4. 7** Distribusi Kategori Mutu Pelayanan Rekam Medis (Y)

| No. | Kategori                      | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|-----|-------------------------------|---------------|----------------|
| 1   | Sangat Baik (skor $\geq 64$ ) | 72            | 100,0          |
| 2   | Baik (skor 48-63)             | 0             | 0,0            |
| 3   | Cukup (skor 32-47)            | 0             | 0,0            |
| 4   | Kurang (skor $< 32$ )         | 0             | 0,0            |
|     | <b>Total</b>                  | <b>72</b>     | <b>100</b>     |

Sumber: Data diolah, 2026

Seluruh Seluruh 72 responden (100%) memberikan penilaian mutu pelayanan rekam medis dalam kategori Sangat Baik. Distribusi yang demikian terkonsentrasi ini merupakan sinyal metodologis yang perlu dibaca secara kritis, bukan sekadar diterima sebagai capaian positif. Perbedaan karakteristik distribusi antara variabel X (SD = 7,56; dua kategori) dan variabel Y (SD = 2,63; satu kategori) membentuk asymmetric variance structure: variabel X memiliki variansi yang cukup untuk membentuk hubungan statistik, sementara variansi Y yang sangat terbatas akan membatasi kekuatan korelasi yang dapat terdeteksi.

## 4.4 Analisis Bivariat

### 4.4.1 Uji Normalitas Data

Sebelum uji korelasi dipilih dan diterapkan, uji normalitas dilakukan sebagai tahap prasyarat (*prerequisite test*) yang menentukan apakah pendekatan parametrik atau non-parametrik lebih tepat digunakan. Uji Shapiro-Wilk dipilih dengan pertimbangan metodologis berikut. Pertama, uji Shapiro-Wilk memiliki statistical power yang lebih tinggi dalam mendeteksi deviasi dari normalitas pada ukuran

sampel kecil hingga menengah, seperti yang telah dibuktikan melalui studi simulasi Monte Carlo oleh Razali dan Wah (2011). Kedua, uji Kolmogorov-Smirnov standar mensyaratkan parameter populasi diketahui sebelumnya kondisi yang tidak terpenuhi dalam penelitian empiris berbasis sampel. Ketiga, data dalam penelitian ini bersumber dari instrumen skala Likert yang secara teoritis bersifat ordinal-diskret, sehingga penyimpangan dari normalitas kontinu merupakan hal yang dapat diantisipasi.

**Tabel 4. 8** Hasil Uji Normalitas Shapiro-Wilk

| Variabel              | Statistik W | p-value | Keterangan   |
|-----------------------|-------------|---------|--------------|
| Implementasi RME (X)  | 0,839       | 0,000   | Tidak Normal |
| Mutu Pelayanan RM (Y) | 0,879       | 0,000   | Tidak Normal |

Sumber: Data diolah, 2026

Berdasarkan Tabel 4.8, nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) pada kedua variabel menghasilkan keputusan menolak hipotesis nol normalitas. Kedua variabel tidak berdistribusi normal. Nilai  $W = 0,839$  pada variabel X mengindikasikan distribusi yang asimetris, mencerminkan konsentrasi skor pada nilai tinggi dengan ekor distribusi ke arah kiri. Pada variabel Y, penyimpangan dari normalitas ( $W = 0,879$ ) memiliki penjelasan substantif yang lebih spesifik, yaitu ceiling effect yang telah teridentifikasi pada analisis univariat: seluruh responden terkonsentrasi pada rentang sempit (64-80) dengan SD hanya 2,63, sehingga distribusi ini secara inheren tidak dapat mendekati normalitas simetris. Hasil uji normalitas ini menjadi dasar pemilihan uji statistik non-parametrik pada tahap selanjutnya.

#### 4.4.2 Pemilihan dan Rasionalitas Uji Korelasi Spearman Rho

Berdasarkan hasil uji normalitas, uji korelasi Spearman Rho ( $\rho$ ) dipilih sebagai uji inferensial primer dengan pertimbangan metodologis berikut. Pertama, Spearman tidak mensyaratkan asumsi distribusi normal karena bekerja berdasarkan transformasi peringkat (*rank transformation*), sehingga tidak sensitif terhadap deviasi distribusi maupun *ceiling effect* seperti yang terjadi pada variabel Y. Kedua, data dihasilkan dari instrumen skala Likert yang secara pengukuran bersifat ordinal, sehingga Spearman lebih sesuai secara filosofi pengukuran. Ketiga, Spearman bersifat robust terhadap nilai ekstrem dibandingkan korelasi Pearson. Keempat,

Spearman sesuai untuk mendeteksi hubungan monoton yang merupakan asumsi lebih realistis dalam penelitian persepsi berbasis kuesioner daripada asumsi linearitas sempurna. Sebagai catatan, uji Kendall's Tau merupakan alternatif yang juga valid, namun Spearman dipilih karena lebih umum digunakan dalam literatur penelitian kesehatan Indonesia dan menghasilkan interpretasi yang lebih intuitif untuk ukuran sampel  $n = 72$ .

#### 4.4.3 Hasil dan Interpretasi Uji Korelasi Spearman Rho

**Tabel 4. 9** Hasil Uji Korelasi Spearman Rho

| Keterangan              | Nilai | Interpretasi              |
|-------------------------|-------|---------------------------|
| Spearman Rho ( $\rho$ ) | 0,336 | Positif, kategori lemah   |
| p-value (sig. 2-tailed) | 0,004 | Signifikan ( $p < 0,05$ ) |
| N                       | 72    | -                         |

Sumber: Data diolah, 2026

Berdasarkan Tabel 4.9, nilai  $p = 0,004$  lebih kecil dari taraf signifikansi  $\alpha = 0,05$ , sehingga hipotesis nol yang menyatakan tidak terdapat hubungan antara kedua variabel ditolak. Terdapat hubungan positif yang signifikan antara implementasi RME dan mutu pelayanan rekam medis. Nilai  $p$  positif (0,336) bermakna bahwa tenaga kesehatan yang mempersepsikan implementasi RME dengan kualitas lebih tinggi juga cenderung memberikan penilaian mutu pelayanan rekam medis yang lebih tinggi sebuah hubungan monoton positif yang substantif.

Kekuatan hubungan  $\rho = 0,336$  tergolong lemah berdasarkan kategorisasi Evans (1996) yang membagi kekuatan korelasi sebagai: sangat lemah (0,00-0,19), lemah (0,20-0,39), sedang (0,40-0,59), kuat (0,60-0,79), dan sangat kuat (0,80-1,00). Penting untuk membedakan antara signifikansi statistik dan signifikansi praktis: koefisien determinasi Spearman ( $\rho^2 = 0,113$ ) menunjukkan bahwa sekitar 11,3% variansi bersama dapat dijelaskan oleh hubungan antara kedua variabel, mengindikasikan bahwa implementasi RME merupakan salah satu dari beberapa faktor yang berkontribusi terhadap persepsi mutu pelayanan. Perlu ditegaskan pula bahwa nilai  $\rho = 0,336$  kemungkinan merupakan estimasi yang terdepresi (*attenuated*) akibat range restriction pada variabel Y sehingga kekuatan hubungan yang sesungguhnya dalam populasi kemungkinan lebih besar dari yang terdeteksi.

Perlu ditegaskan bahwa penelitian ini menggunakan *desain cross-sectional* dengan pengumpulan data satu waktu tanpa manipulasi variabel, sehingga uji Spearman hanya dapat menyimpulkan adanya hubungan asosiatif, bukan hubungan sebab-akibat. Simpulan kausal hanya dapat ditarik dari desain eksperimental atau quasi-experimental dengan pengendalian variabel perancu yang memadai, yang berada di luar cakupan penelitian ini.

#### 4.5 Analisis Regresi Linier Sederhana sebagai Uji Eksploratif

Sesuai rancangan penelitian, analisis regresi linier sederhana turut dilakukan. Namun perlu ditegaskan kedudukan metodologisnya: mengingat asumsi normalitas tidak terpenuhi dan variabel Y mengalami ceiling effect yang substansial, analisis ini diposisikan sebagai uji eksploratif pendamping, bukan uji primer. Uji Spearman Rho tetap merupakan uji utama yang menjawab hipotesis penelitian.

Regresi linier OLS mensyaratkan terpenuhinya normalitas residual, linearitas hubungan, dan homoskedastisitas. Dalam penelitian ini, tiga kondisi ini berpotensi tidak sepenuhnya terpenuhi: (a) distribusi kedua variabel tidak normal berdasarkan Shapiro-Wilk; (b) variabel Y mengalami range restriction ( $SD = 2,63$ ;  $\min = 64$ ;  $\max = 80$ ) yang mengakibatkan residual cenderung tidak tersebar merata (heteroskedastisitas); dan (c) koefisien korelasi dan determinasi secara inheren akan underestimated karena variansi Y yang sangat terbatas. Pemahaman atas kondisi ini esensial dalam membaca hasil regresi secara proporsional.

**Tabel 4. 10** Hasil Analisis Regresi Linier Sederhana

| Parameter                       | Nilai        | t-hitung / t-tabel | p-value |
|---------------------------------|--------------|--------------------|---------|
| Konstanta (a)                   | 61,502       | -                  | -       |
| Koefisien Regresi (b)           | 0,070        | -                  | -       |
| Koefisien Korelasi (R)          | 0,201        | -                  | -       |
| Koefisien Determinasi ( $R^2$ ) | 0,041 (4,1%) | 1,721 / 1,994      | 0,090   |

Sumber: Data diolah, 2026

Persamaan regresi linier yang diperoleh adalah:  $\hat{Y} = 61,502 + 0,070X$ . Konstanta 61,502 secara matematis merepresentasikan estimasi Y ketika  $X = 0$  kondisi yang tidak memiliki makna praktis karena seluruh responden adalah

pengguna aktif RME sehingga konstanta ini tidak diinterpretasikan secara substantif. Koefisien regresi  $b = 0,070$  menunjukkan arah hubungan positif: setiap kenaikan satu satuan skor implementasi RME diasosiasikan dengan kenaikan estimasi skor mutu pelayanan sebesar 0,070 poin. Nilai yang kecil ini merupakan konsekuensi langsung dari range restriction variabel Y, bukan cerminan lemahnya hubungan substantif.

Nilai  $R^2 = 4,1\%$  menjelaskan proporsi variansi Y yang dapat diatribusikan kepada variabel X dalam model linier. Interpretasi ini perlu dikualifikasi: dalam kondisi ceiling effect ekstrem pada Y,  $R^2$  yang rendah adalah hasil yang dapat diprediksi secara matematis dan lebih mencerminkan keterbatasan statistik daripada absennya hubungan substantif. Hal ini konsisten dengan nilai  $p^2 = 11,3\%$  dari uji Spearman yang bekerja pada peringkat data dan tidak terdampak oleh range restriction. Dari perspektif uji signifikansi,  $t_{\text{hitung}} = 1,721 < t_{\text{tabel}} = 1,994$  dengan  $p = 0,090$  ( $p > 0,05$ ), sehingga koefisien regresi linier tidak signifikan pada taraf  $\alpha = 0,05$ . Ketidaksigifikanan ini tidak dapat diartikan sebagai absennya hubungan melainkan mencerminkan keterbatasan inheren regresi linier dalam menghadapi karakteristik data pada penelitian ini. Perbedaan kesimpulan antara Spearman (signifikan,  $p = 0,004$ ) dan regresi (tidak signifikan,  $p = 0,090$ ) bukan kontradiksi, melainkan konsekuensi logis dari perbedaan asumsi kedua metode: Spearman yang berbasis peringkat robust terhadap kondisi data ini, sedangkan regresi linier OLS tidak.

## 4.6 Pengujian Hipotesis

### 4.6.1 Rumusan Hipotesis dan Catatan Metodologis

Hipotesis yang diuji dalam penelitian ini dirumuskan sebagaimana tercantum dalam rancangan penelitian pada:

$H_0$ : Tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara implementasi rekam medis elektronik terhadap mutu pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Galis Pamekasan.

3 H<sub>1</sub>: Terdapat pengaruh yang signifikan antara implementasi rekam medis elektronik terhadap mutu pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Galis Pamekasan.

Catatan metodologis diperlukan sebelum keputusan hipotesis disajikan. Istilah “pengaruh” dalam rumusan di atas merujuk pada hubungan asosiatif yang bermakna antara kedua variabel bukan klaim kausalitas dalam pengertian metodologi eksperimental. Desain cross-sectional yang digunakan secara inheren hanya memungkinkan inferensi asosiatif. Pembuktian hubungan kausal dalam pengertian yang lebih ketat memerlukan desain longitudinal atau quasi-experimental yang berada di luar cakupan penelitian ini.

#### 4.6.2 Kriteria dan Keputusan Pengujian Hipotesis

12 135 Pengujian hipotesis didasarkan pada hasil uji Spearman Rho sebagai uji primer dengan kriteria: taraf signifikansi  $\alpha = 0,05$  (uji dua sisi); jika  $p < \alpha$  maka  $H_0$  ditolak dan temuan konsisten dengan  $H_1$ . Berdasarkan hasil uji Spearman Rho ( $\rho = 0,336$ ;  $p = 0,004$ ), nilai  $p = 0,004$  lebih kecil dari  $\alpha = 0,05$ . Dengan demikian,  $H_0$  ditolak dan temuan penelitian konsisten dengan  $H_1$ . Terdapat cukup bukti statistik pada taraf kepercayaan 95% untuk menyatakan adanya hubungan positif yang signifikan antara implementasi RME dan mutu pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Galis Pamekasan.

Kekuatan hubungan yang ditemukan tergolong lemah ( $\rho = 0,336$ ;  $\rho^2 = 0,113$ ), bermakna bahwa implementasi RME merupakan salah satu kontributor dalam ekosistem determinan mutu pelayanan rekam medis, bukan faktor dominan yang berdiri sendiri. Pernyataan “ $H_0$  ditolak” tidak ekuivalen dengan kepastian absolut bahwa  $H_1$  benar secara universal dalam tradisi inferensi statistik, penolakan  $H_0$  hanya berarti bukti yang ada tidak konsisten dengan tidak adanya hubungan pada taraf kepercayaan yang ditetapkan. Temuan dari analisis regresi linier ( $p = 0,090$ ; tidak signifikan) tidak mengubah keputusan ini, mengingat ketidaksigifikanan tersebut mencerminkan keterbatasan metodologis regresi linier pada data dengan karakteristik seperti yang telah diuraikan.

## 4.7 Pembahasan

### 4.7.1 Implementasi RME melalui Lensa HOT-Fit

Profil hierarki dimensi HOT-Fit yang ditemukan dalam penelitian ini Organization (3,99/item) > Technology (3,92/item) > Human (3,85/item) bukan sekadar urutan angka, melainkan mencerminkan dinamika institusional yang dapat dijelaskan melalui mekanisme teoritis yang spesifik.

Posisi dimensi Organization sebagai yang tertinggi tidak dapat dilepaskan dari konteks regulatif nasional. Permenkes No. 24 Tahun 2022 menetapkan tenggat 31 Desember 2023 dengan konsekuensi hukum bagi fasilitas yang tidak patuh, menciptakan compliance-driven organizational readiness: kesiapan organisasi yang terbentuk terutama dari tekanan eksternal regulasi, bukan dari kesadaran organik akan manfaat sistem. Dalam kerangka HOT-Fit (Yusof et al., 2008), faktor organisasi berfungsi sebagai enabling condition prasyarat yang membuka ruang bagi dimensi teknologi dan manusia beroperasi. Ketika enabling condition ini kuat akibat dorongan regulasi, implementasi teknis dapat berjalan, namun keberhasilan jangka panjang tetap ditentukan oleh kesiapan faktor manusia. Kesiapan berbasis kepatuhan regulasi juga berpotensi tidak berkelanjutan apabila tidak diikuti internalisasi nilai manfaat sistem secara organik. Temuan ini memperhalus kesimpulan Rusdiana, Yogaswara, dan Annashr (2024) di Puskesmas Kawalu Kota Tasikmalaya, yang menemukan faktor organisasi belum optimal karena belum melewati ambang kesiapan minimum. Kontras antara kedua temuan Puskesmas Kawalu yang masih berjuang dengan kesiapan organisasi, sementara UPT Puskesmas Galis telah melewatinya mencerminkan perbedaan fase implementasi dan mengindikasikan bahwa tantangan bergeser secara sekuensial: dari kesiapan organisasi pada fase awal menuju kesiapan manusia pada fase lanjutan.

Nilai dimensi Human yang paling rendah memerlukan penjelasan mekanistik yang melampaui pernyataan umum “perlu pelatihan”. Data karakteristik responden memberikan petunjuk penting: 50% responden memiliki masa kerja lebih dari 10 tahun, yang berarti sebagian besar mengkonsolidasikan praktik kerja mereka dalam era pra-digital. Kondisi ini rentan terhadap habituasi prosedural tertanamnya rutinitas kerja manual yang membentuk resistensi kognitif terhadap perubahan

sistem. Lebih jauh, konstruk computer self-efficacy dalam TAM (Davis, 1989) keyakinan individu terhadap kemampuannya mengoperasikan sistem berbasis komputer berperan sebagai mediator antara kualitas sistem dan perilaku penggunaan aktual. Tenaga kesehatan dengan self-efficacy rendah cenderung menggunakan sistem secara minimal, menghindari eksplorasi fitur, dan lebih rentan frustrasi ketika terjadi gangguan. Pola ini menciptakan lingkaran umpan balik negatif: penggunaan terbatas, manfaat dirasakan rendah, motivasi penggunaan menurun. Siswati, Ernawati, dan Khairunnisa (2024) menemukan pola konsisten dalam studi mixed-method di 23 Puskesmas Kota Padang: kesiapan SDM bukan semata masalah teknis, melainkan menyangkut keyakinan diri, motivasi, dan persepsi relevansi sistem. Yang membedakan penelitian ini dari temuan Siswati et al. adalah fokusnya: penelitian mereka menggali secara kualitatif mengapa SDM belum siap, sementara penelitian ini mengkuantifikasi seberapa besar kesenjangan tersebut dalam konteks spesifik UPT Puskesmas Galis Pamekasan dua pendekatan yang saling melengkapi.

Kesenjangan antar-dimensi HOT-Fit yang ditemukan meskipun tampak kecil secara absolut memiliki makna konseptual penting. Yusof et al. (2008) menekankan bahwa keberhasilan implementasi bergantung pada keseimbangan dan kesesuaian (fit) antara ketiga dimensi, bukan sekadar kekuatan masing-masing secara individual. Ketika satu dimensi tertinggal, implementation gap terbentuk jarak antara potensi sistem yang tersedia secara teknis-organisasional dengan realisasi manfaat yang sesungguhnya. Mulyana, Situmorang, dan Fatikasari (2023) menemukan bahwa implementation gap seperti ini secara konsisten menghasilkan koefisien korelasi antara kualitas sistem dan manfaat yang dirasakan dalam rentang lemah hingga sedang sangat konsisten dengan  $\rho = 0,336$  yang ditemukan dalam penelitian ini.

#### 4.7.2 Mutu Pelayanan Rekam Medis

Distribusi skor mutu pelayanan yang seluruhnya berada di kategori Sangat Baik memerlukan analisis berlapis yang memisahkan antara capaian substantif dan artefak pengukuran. Dua fenomena perlu diakui secara transparan.

Pertama, ceiling effect: konsentrasi seluruh 72 responden pada skor tinggi (64–80 dari rentang 16–80;  $SD = 2,63$ ) mengindikasikan bahwa instrumen tidak memiliki cukup sensitivitas untuk mendifferensiasikan gradasi persepsi yang lebih halus di antara responden. Ini merupakan keterbatasan instrumen, bukan kegagalan penelitian, namun harus diakui karena memiliki implikasi statistik langsung: ceiling effect menurunkan koefisien korelasi dan  $R^2$ , serta mengurangi kekuatan uji regresi linier, sebagaimana telah diuraikan pada Subbab 4.4 dan 4.5.

Kedua, social desirability bias: dalam penelitian berbasis kuesioner self-reported di mana responden mengevaluasi institusi tempat mereka bekerja, kecenderungan untuk memberikan jawaban yang dianggap positif secara institusional tidak dapat sepenuhnya dikesampingkan. Penelitian ini tidak menggunakan teknik kontrol khusus untuk bias ini. Artinya, nilai rata-rata mutu pelayanan yang sangat tinggi perlu dibaca dengan reservasi: sebagian mencerminkan persepsi yang sesungguhnya positif, namun sebagian lain kemungkinan merupakan produk dari bias respons institusional.

Pengakuan atas kedua fenomena ini tidak melemahkan temuan penelitian, melainkan menempatkannya dalam konteks interpretasi yang lebih akurat dan jujur secara ilmiah. Terlepas dari bias yang mungkin ada, nilai indikator keakuratan data (4,40/item) yang tertinggi dapat dikontekstualisasikan secara mekanistik: RME secara inheren mengurangi kesalahan pencatatan melalui standardisasi format, eliminasi tulisan tangan yang tidak terbaca, dan eliminasi proses alih-tulis, sebagaimana dikonfirmasi oleh Gabriella, Widiyaningsih, dan Trigono (2023) dalam studi di RSIA Permata Sarana Husada. Sementara itu, indikator aksesibilitas yang terendah (4,10/item) dengan variabilitas tertinggi ( $SD = 1,04$ ) mencerminkan dampak nyata dari downtime sistem. Prasetya, Beddu, Buwana, dan Rochmawati (2024) mengidentifikasi ketersediaan sistem (system availability) sebagai prediktor terkuat kepuasan pengguna RME, karena pengguna dapat menerima ketidaksempurnaan fitur tetapi tidak dapat berfungsi ketika sistem tidak dapat diakses sama sekali. Variabilitas  $SD = 1,04$  pada aksesibilitas mengindikasikan distribusi pengalaman yang beragam antar-shift, di mana tenaga yang bertugas shift

malam mengalami downtime secara langsung sementara yang bertugas shift pagi tidak.

#### 4.7.3 Hubungan antara Implementasi RME dan Mutu Pelayanan

Nilai  $\rho = 0,336$  memerlukan pemaknaan berlapis yang melampaui kategorisasi kekuatan hubungan semata. Dalam tradisi penelitian health information systems, koefisien korelasi antara kualitas implementasi sistem dan mutu pelayanan yang dipersepsikan secara konsisten berada dalam rentang lemah hingga sedang. Ini bukan karena RME tidak bermanfaat, melainkan karena mutu pelayanan adalah konstruk multidimensional yang ditentukan oleh interaksi kompleks antara teknologi, manusia, organisasi, proses klinis, dan faktor kontekstual. Kurniawan, Saryadi, dan Arini (2025) menemukan bahwa dampak RME terhadap mutu pelayanan bersifat termediasi tidak langsung, tetapi melalui peningkatan efisiensi alur kerja, pengurangan kesalahan, dan peningkatan aksesibilitas informasi. Mekanisme mediasi ini mengimplikasikan bahwa hubungan langsung antara kualitas implementasi dan persepsi mutu seharusnya memang tidak besar.

Terdapat pula argumen statistik yang kuat bahwa  $\rho = 0,336$  merupakan estimasi yang terdepresi (attenuated) dari kekuatan hubungan sesungguhnya. Range restriction pada variabel Y secara matematis menurunkan nilai koefisien korelasi di bawah nilai true population correlation. Dengan demikian,  $\rho = 0,336$  harus dibaca sebagai batas bawah (lower bound), dan kekuatan hubungan yang sesungguhnya kemungkinan lebih besar.

Perlu pula didiskusikan mengapa penelitian ini mendeteksi hubungan yang lebih lemah dibandingkan beberapa studi yang dilakukan di rumah sakit. Perbedaan ini memiliki penjelasan yang dapat dipertanggungjawabkan. Pertama, sebagian besar penelitian terdahulu dilakukan di rumah sakit dengan kompleksitas klinis lebih tinggi dan volume kunjungan lebih besar, di mana dampak RME lebih mudah terdeteksi karena variasi dalam kualitas dokumentasi memiliki konsekuensi klinis yang lebih beragam. Di puskesmas dengan jenis layanan yang lebih homogen, efek RME dirasakan lebih seragam, yang justru menekan variansi dan memperlemah korelasi yang terdeteksi. Kedua, perbedaan perspektif pengukuran: instrumen

dalam penelitian ini mengukur persepsi tenaga kesehatan (provider perspective), sedangkan beberapa studi mengukur kepuasan pasien atau indikator objektif konstruk yang berbeda meskipun sama-sama disebut mutu pelayanan. Ketiga, maturitas implementasi: penelitian ini dilaksanakan kurang dari dua tahun sejak sistem diberlakukan, sehingga pengguna belum sepenuhnya melewati kurva pembelajaran (learning curve), dan manfaat sistem belum terealisasi secara penuh.

#### **4.7.7 Keterbatasan Penelitian**

Transparansi ilmiah mengharuskan pengakuan eksplisit atas keterbatasan penelitian ini. Pertama, desain cross-sectional membatasi inferensi pada hubungan asosiatif sinkronik dan tidak dapat merekam dinamika perubahan hubungan seiring maturitas sistem. Kedua, ceiling effect pada variabel Y memengaruhi kekuatan inferensi statistik secara substansial; nilai  $p = 0,336$  kemungkinan merupakan estimasi yang terdepresi dari kekuatan hubungan sesungguhnya. Ketiga, kedua variabel diukur melalui instrumen persepsi self-reported yang rentan terhadap social desirability bias tanpa triangulasi data objektif. Keempat, temuan berlaku spesifik untuk UPT Puskesmas Galis Pamekasan dengan sistem EPUSKESMAS dan tidak dapat digeneralisasikan secara otomatis ke puskesmas dengan sistem atau konteks yang berbeda. Kelima, variabel mediator dan moderator yang relevan secara teoritis seperti motivasi penggunaan, dukungan sejawat, kualitas jaringan internet, dan kepemimpinan kepala puskesmas tidak diukur dalam penelitian ini.

23

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan rumusan masalah dan hasil analisis data, penelitian ini menyimpulkan tiga hal pokok sebagai berikut.

Pertama, implementasi Rekam Medis Elektronik melalui sistem EPUSKESMAS di UPT Puskesmas Galis Pamekasan secara keseluruhan berada dalam kategori Baik (skor rata-rata 105,75 dari maksimal 135; rata-rata per item 3,92). Berdasarkan model HOT-Fit, dimensi Organization memperoleh nilai tertinggi (3,99/item), mencerminkan kesiapan dukungan kebijakan dan infrastruktur yang terbentuk sebagai respons terhadap kewajiban regulatif Permenkes No. 24 Tahun 2022. Dimensi Technology berada di posisi tengah (3,92/item), sedangkan dimensi Human memperoleh nilai terendah (3,85/item) dengan variasi persepsi terbesar, mengindikasikan bahwa kompetensi teknis pengguna dan kecukupan pelatihan merupakan titik lemah yang paling signifikan.

Kedua, mutu pelayanan rekam medis dipersepsikan seluruh responden (100%) dalam kategori Sangat Baik (rata-rata skor total 68,90 dari maksimal 80; rata-rata per item 4,30). Indikator keakuratan data memperoleh nilai tertinggi (4,40/item), sementara aksesibilitas memperoleh nilai terendah (4,10/item) yang secara kontekstual berkaitan dengan downtime sistem pada pukul 22.00–23.59 WIB. Distribusi skor yang seluruhnya berada pada kategori Sangat Baik perlu diinterpretasikan dengan mempertimbangkan potensi ceiling effect dan social desirability bias sebagai keterbatasan inherent instrumen persepsi self-reported.

Ketiga, berdasarkan hasil uji korelasi Spearman Rho sebagai uji primer ( $\rho = 0,336$ ;  $p = 0,004$ ), terdapat hubungan positif yang signifikan antara implementasi RME dan mutu pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Galis Pamekasan. Kekuatan hubungan tergolong lemah (Evans, 1996), dengan koefisien determinasi  $\rho^2 = 0,113$  yang menunjukkan bahwa implementasi RME merupakan salah satu dari beberapa determinan mutu pelayanan rekam medis, bukan faktor tunggal yang dominan. Hubungan ini bersifat asosiatif, bukan kausal, sesuai desain cross-sectional yang digunakan.

22

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Bagi Manajemen UPT Puskesmas Galis Pamekasan

Mengingat dimensi Human menjadi titik terlemah dalam implementasi RME, intervensi prioritas hendaknya diarahkan pada penguatan kapasitas pengguna. Manajemen disarankan melakukan Training Needs Assessment (TNA) per kelompok profesi sebagai dasar perancangan program pelatihan teknis yang bersifat aplikatif dan berkelanjutan, bukan hanya sekali pada tahap awal implementasi. Sebagai pelengkap pelatihan formal, mekanisme peer mentoring perlu dikembangkan dengan menunjuk tenaga kesehatan yang mahir sebagai pendamping rekan sejawat dalam konteks kerja sehari-hari, khususnya bagi tenaga dengan masa kerja panjang yang menghadapi hambatan adaptasi teknologi lebih besar. Terkait permasalahan aksesibilitas, manajemen perlu berkoordinasi dengan penyedia EPUSKESMAS untuk menjadwalkan pemeliharaan sistem di luar jam pelayanan klinis, sekaligus menyusun protokol pencatatan cadangan yang terstandarisasi untuk digunakan ketika sistem tidak dapat diakses. Seluruh upaya tersebut hendaknya dikawal dengan evaluasi berkala minimal setiap enam bulan sebagai dasar perbaikan berkelanjutan yang terencana dan terukur.

### 5.2.2 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan

Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan disarankan mengadopsi kerangka HOT-Fit sebagai instrumen evaluasi standar yang diterapkan secara berkala di seluruh puskesmas dalam wilayahnya, guna mengidentifikasi dimensi yang memerlukan intervensi prioritas di masing-masing fasilitas secara sistematis. Mengingat tantangan utama implementasi RME telah bergeser dari kesiapan organisasi menuju kesiapan manusia, alokasi sumber daya untuk program pelatihan dan pendampingan SDM perlu ditingkatkan secara proporsional, tidak sekadar memantau kepatuhan teknis penggunaan sistem. Selain itu, Dinas Kesehatan perlu berperan aktif sebagai mediator antara puskesmas dan penyedia platform EPUSKESMAS dalam menyelesaikan permasalahan downtime dan ketersediaan sistem yang bersifat struktural dan tidak dapat diselesaikan oleh manajemen puskesmas secara mandiri.

### 5.2.3 Bagi Kementerian Kesehatan dan Pengambil Kebijakan Nasional

Penelitian ini memberikan sinyal empiris bahwa Permenkes No. 24 Tahun 2022 telah berhasil mendorong kesiapan organisasi di tingkat puskesmas, namun belum secara eksplisit mengatur standar kompetensi digital minimum bagi tenaga kesehatan pengguna RME beserta mekanisme sertifikasinya. Melengkapi regulasi ini dengan panduan kompetensi yang operasional merupakan langkah strategis berikutnya dalam agenda transformasi digital kesehatan nasional. Di samping itu, Kementerian Kesehatan disarankan mengembangkan indikator mutu rekam medis elektronik berbasis data objektif seperti persentase kelengkapan pengisian, waktu respon sistem, dan tingkat kesalahan data sebagai pengganti atau pelengkap indikator persepsi yang rentan terhadap ceiling effect. Jaminan keandalan (reliability guarantee) platform RME yang digunakan di fasilitas kesehatan pemerintah juga perlu ditetapkan secara formal, mengingat rekam medis elektronik telah menjadi infrastruktur kritis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

### 5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Keterbatasan desain cross-sectional dalam penelitian ini membuka beberapa peluang penelitian lanjutan yang lebih kuat. Penelitian longitudinal yang mengikuti perkembangan implementasi RME dan mutu pelayanan selama minimal dua hingga tiga tahun akan memungkinkan penangkapan dinamika perubahan seiring maturitas sistem sekaligus memungkinkan inferensi kausal yang lebih kuat. Pendekatan mixed-method yang mengintegrasikan kuesioner persepsi dengan data objektif sistem seperti log penggunaan dan analisis kelengkapan rekam medis serta wawancara mendalam disarankan untuk mengatasi keterbatasan subjektivitas instrumen self-reported. Pengembangan instrumen mutu pelayanan rekam medis yang lebih diskriminatif, termasuk uji psikometri berbasis item response theory (IRT), diperlukan untuk mengatasi ceiling effect yang teridentifikasi. Penelitian komparatif multi-situs yang melibatkan puskesmas dengan sistem RME dan tingkat maturitas implementasi yang bervariasi akan menghasilkan generalisasi yang lebih kuat. Terakhir, pengukuran variabel mediator dan moderator seperti motivasi penggunaan, dukungan sejawat, kualitas infrastruktur jaringan, kepemimpinan

kepala puskesmas, dan budaya organisasi disarankan untuk dimasukkan guna menghasilkan model penjelasan yang lebih komprehensif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amin, M., Irawati, N., & Siagian, Y. (2024). Peningkatan efisiensi layanan puskesmas melalui penerapan sistem informasi terpadu. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Mitra Kreasi Cendekia (MKC)*, 2(1), 84-92.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748.
- Fitriani, A. (2021). Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas. *FOKUS: Publikasi Ilmiah Untuk Mahasiswa, Staf Pengajar Dan Alumni Universitas Kapuas Sintang*, 19(1).
- Ghozali, I. (2021). Aplikasi analisis multivariate edisi 10. *Badan Penerbit Universitas Diponegoro*.
- Häyrinen, K., Saranto, K., & Nykänen, P. (2008). Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics*, 77(5), 291-304.
- Kurniawan, A., Saryadi, S., & Arini, L. D. D. (2025). Dampak Implementasi Rekam Medis Elektronik terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 4(2), 596-610.
- Mukharram, M. F., Nurita, D. P., & Paramarta, V. (2024). Penerapan Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit. *Journal of Social and Economics Research*, 6(1), 966-973.
- Mulyana, A., Vidiati, C., Danarahmanto, P. A., Agussalim, A., Apriani, W., Fiansi, F., Fitra, F., Aryawati, N. P. A., Ridha, N. A. N., & Milasari, L. A. (2024). *Metode penelitian kualitatif*. Penerbit Widina.
- Nirmawati, I., Wulandari, S., & Widiyoko, A. (2024). Analisis Kepuasan Pengguna Rekam Medis Elektronik Pada Unit Rawat Jalan Dengan Metode End User Computing Satisfaction (EUCS) Di Puskesmas Ngemplak Boyolali. *Journal Health Information Management Indonesian (JHIMI)*, 3(3), 139-147.
- Prasetia, A., Beddu, E., Buwana, G., & Rochmawati, T. (2024). Metode Systematic Literature Review Pengaruh Rekam Medis Elektronik Terhadap Mutu

Pelayanan Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(3), 7130-7137.

Putri, Y. W., Saragih, T. R., & Purba, S. H. (2024). Implementasi dan dampak penggunaan sistem rekam medis elektronik (RME) pada pelayanan kesehatan. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(4), 255-264.

Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Rusdiana, A., Yogaswara, D., & Annashr, N. N. (2024). Analisis Implementasi Rekam Medis Elektronik Berdasarkan Faktor HOT-FIT di Puskesmas Kawalu Kota Tasikmalaya tahun 2023. *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, 20(2), 108-126.

Salnilatipa, K. (2024). ANALISIS KELENGKAPAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK GUNA MENUNJANG MUTU PELAYANAN DI PUSKESMAS CIANJUR KOTA. *Journal of Medical Record Student (JMeRS)*, 2(1), 67-76.

Siswati, S., Ernawati, T., & Khairunnisa, M. (2024). Analisis tantangan kesiapan implementasi rekam medis elektronik di Puskesmas Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 9(1), 1.

Sugiono, P. D. (2019). Metode penelitian pendidikan (Kuantitatif, kualitatif, kombinasi, R&D dan penelitian pendidikan). *Bandung: Penerbit Alfabeta*.

Sylvia Anjani, S. K. M., Maulana Tomy Abiyasa, A., & PK, S. (2023). *Disrupsi Digital dan Masa Depan Rekam Medis (Kajian Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis Elektronik)*. Selat Media.

Yusof, M. M., Kuljis, J., Papazafeiropoulou, A., & Stergioulas, L. K. (2008). An evaluation framework for Health Information Systems: Human, organization and technology-fit factors (HOT-fit). *International Journal of Medical Informatics*, 77(6), 386-398.

## Lampiran 1 Lembar Kuesioner Penelitian

### LAMPIRAN

#### A. Petunjuk Pengisian

Pilihlah jawaban yang paling sesuai menurut pendapat Bapak/Ibu dengan memberi tanda centang (✓) pada kolom yang tersedia, dengan keterangan:

- STS = Sangat Tidak Setuju (1)
- TS = Tidak Setuju (2)
- N = Netral (3)
- S = Setuju (4)
- SS = Sangat Setuju (5)

Mohon kuesioner diisi dengan jujur sesuai keadaan yang sebenarnya. Identitas dan jawaban Bapak/Ibu dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

#### B. Identitas Responden

|   |                     |                                                                            |
|---|---------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Jabatan             | Dokter / Perawat / Bidan / Apoteker / Petugas Rekam Medis / Lainnya: ..... |
| 2 | Unit Kerja          | UGD / Rawat Inap / Rawat Jalan / Pendaftaran / Lainnya: .....              |
| 3 | Pendidikan Terakhir | S1 Profesi / D4-S1 / D3 / SMA / Lainnya: .....                             |
| 4 | Masa Kerja          | 0-5 tahun / 6-10 tahun / >10 tahun                                         |

#### C. Variabel Implementasi Rekam Medis Elektronik (X)

| No | Pernyataan                                                                                               | STS | TS | N | S | SS |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|---|----|
| 1  | Sistem rekam medis elektronik di puskesmas tersedia dan berfungsi dengan baik untuk mendukung pelayanan. |     |    |   |   |    |
| 2  | Saya menggunakan sistem rekam medis elektronik secara rutin dalam memberikan pelayanan.                  |     |    |   |   |    |

|   |                                                                                                   |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 3 | Saya memperoleh pelatihan yang memadai dalam menggunakan sistem rekam medis elektronik.           |  |  |  |  |  |
| 4 | Manajemen puskesmas memberikan dukungan kebijakan dan SOP dalam penerapan rekam medis elektronik. |  |  |  |  |  |
| 5 | Sarana dan prasarana (perangkat dan jaringan) mendukung penggunaan rekam medis elektronik.        |  |  |  |  |  |

#### D. Variabel Mutu Pelayanan Rekam Medis (Y)

| No | Pernyataan                                                                                         | STS | TS | N | S | SS |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|---|----|
| 1  | Data rekam medis pasien terisi lengkap pada sistem rekam medis elektronik.                         |     |    |   |   |    |
| 2  | Data yang tercatat dalam rekam medis elektronik akurat dan sesuai dengan pelayanan yang diberikan. |     |    |   |   |    |
| 3  | Pencatatan dan penyediaan informasi rekam medis dilakukan tepat waktu.                             |     |    |   |   |    |
| 4  | Informasi rekam medis mudah diakses ketika dibutuhkan dalam pelayanan.                             |     |    |   |   |    |
| 5  | Keamanan dan kerahasiaan data pasien terjaga dalam sistem rekam medis elektronik.                  |     |    |   |   |    |