

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Teknologi adalah hasil perkembangan perangkat keras dan perangkat lunak yang berlandaskan ilmu pengetahuan, yang terus maju seiring dengan waktu serta disesuaikan dengan kebutuhan pengguna masa kini (Harahap, 2020.). Khususnya, teknologi informasi memiliki dampak besar terhadap cara manusia bekerja, memperoleh, dan menyimpan informasi. Teknologi informasi berperan sebagai media yang dirancang dan dikembangkan untuk menyampaikan serta menyimpan informasi yang dibutuhkan oleh masyarakat (Pribadi, 2017). Kemajuan teknologi internet saat ini membawa transformasi signifikan dalam sistem informasi. Sistem informasi yang sebelumnya dilakukan secara konvensional kini beralih ke platform berbasis web karena jangkauannya yang luas, memungkinkan akses informasi secara cepat dan mudah dari berbagai lokasi. Dengan demikian, proses penginputan data dapat dilakukan dari mana saja, sementara pengelolaannya dapat terpusat dalam satu Sistem Informasi Manajemen (SIM) (Igiany, 2019.). Informasi yang diolah tidak hanya terbatas pada teks, gambar atau video, tetapi juga dapat berupa multimedia (Taufik et al., 2022).

Perkembangan sistem informasi dan teknologi sangat mendukung kemajuan di bidang kesehatan. Manfaat dari sistem ini terasa dalam upaya meningkatkan kualitas dan layanan kesehatan di rumah sakit (Rusli, 2022). Rumah sakit menghadapi tekanan untuk meningkatkan kualitas layanan medis, mengurangi kesalahan, menyediakan informasi secara tepat waktu, serta memantau aktivitas pelayanan sambil mengelola biaya operasional. Untuk memenuhi kebutuhan ini, diperlukan Sistem Informasi Manajemen yang terintegrasi, mampu berbagi informasi secara real-time, dengan akurasi dan ketepatan tinggi (Kristanti & Ain, 2021). Selama bertahun-tahun, peran sistem informasi manajemen terus berkembang seiring dengan kemajuan teknologi. Saat ini, sistem informasi manajemen atau SIM, telah berkembang menjadi sistem yang lebih kompleks dan cerdas. Dalam penerapan teknologi informasi, Sistem Informasi Manajemen (SIM) adalah sistem yang sering digunakan oleh berbagai organisasi untuk meningkatkan produktivitas. Salah satu contohnya adalah SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit), yang dirancang khusus untuk mendukung berbagai aktivitas Rumah Sakit serta mengelola data dan informasi yang berkaitan dengan organisasi tersebut (Ridwan et al, 2021).

Di Indonesia, kewajiban pencatatan dan pelaporan seluruh aktivitas operasional rumah sakit telah diatur dalam UU No. 17 Tahun 2023 tentang Rumah Sakit. Setiap Rumah Sakit diwajibkan menerapkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) sesuai ketentuan. Indonesia saat ini berada pada era industri 4.0, sebuah revolusi teknologi informasi dan penerapannya menjadi kebutuhan penting di berbagai sektor industri, termasuk rumah sakit. Sebagai industri kesehatan, rumah sakit berupaya mengintensifkan strategis peningkatan kualitas layanan melalui dukungan dari Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

(SIMRS). Salah satu sistem yang berperan dalam meningkatkan kualitas dan efisiensi layanan di rumah sakit adalah Rekam Medik Elektronik (RME). RME merupakan teknologi penting dalam bidang kesehatan yang memodernisasi manajemen informasi medis, serta berkontribusi pada peningkatan kualitas perawatan pasien dan efisiensi manajemen rumah sakit (Amin et al., 2021).

Rekam Medik Elektronik (RME) adalah aplikasi untuk menyimpan data klinis yang berfungsi sebagai pendukung keputusan klinis, standarisasi istilah medis, pengisian data yang terkomputerisasi, serta mendokumentasikan informasi medis dan farmasi secara terstruktur. Penggunaan RME memiliki potensi untuk memberikan manfaat besar bagi pelayanan kesehatan, baik di fasilitas pelayanan dasar maupun rujukan seperti rumah sakit. Salah satu manfaat utama dari penerapan RME adalah meningkatnya aksesibilitas catatan pasien secara elektronik di rumah sakit. Selain itu, bagi staf administrasi, RME memudahkan proses pengambilan kembali informasi pasien (Saputro et al., 2023). Rekam medis memiliki aspek legal karena mengandung keandalan hukum atas dasar keadilan dan kekuatan hukum serta bukti untuk proses penegakkan hukum. Pelayanan yang telah dicatat juga membantu dalam proses pelaporan statistik, administrasi, juga pengarsipan rumah sakit yang dikelola dalam kurun waktu tertentu. Mutu pelayanan kesehatan akan tergambarkan dari rekam medis yang diselenggarakan dengan syarat komprehensif, akurat dan tepat waktu, serta mencukupi aspek hukum. Kelengkapan rekam medis akan memberikan laporan yang akurat dan mampu dipakai pada berbagai kepentingan seperti alat bukti hukum, bahan penelitian dan pendidikan, serta menjadi bahan analisis dan alat bantu dalam pengambilan keputusan terhadap mutu pelayanan (Swari & Verawati, 2022).

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Republik Indonesia menerbitkan aturan RME yang terdapat dalam Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Standar kelengkapan pengisian rekam medis dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 adalah 100% yang diselesaikan dalam waktu 24 jam setelah rawat inap. Dampak dari ketidaklengkapan pengisian rekam medis akan menghambat pelepasan hak pasien atas isi rekam medisnya, menyulitkan proses klasifikasi dan kodefikasi penyakit, menghambat proses penyusunan laporan, pembuatan tanda bukti kasus hukum, dan pengajuan permintaan asuransi. Ketidaklengkapan pengisian rekam medis memengaruhi kualitas pelayanan rekam medis dan berdampak pada keberlanjutan layanan dan keselamatan pasien karena tanggung jawab dokter belum dijabarkan dalam informasi rekam medis (Swari & Verawati, 2022). Rekam medis elektronik (RME) merupakan landasan penting bagi tenaga kesehatan dalam mengambil keputusan medis, merencanakan pengobatan, memberikan perawatan, serta menjalankan tindakan medis kepada pasien. Selain itu, RME berperan dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan dan memberikan perlindungan hukum bagi tenaga medis, serta mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Namun, implementasi RME masih menghadapi berbagai tantangan yang cukup kompleks. Berdasarkan persepsi tenaga kesehatan, penggunaan RME masih mengalami hambatan, baik dari sisi input data maupun proses operasionalnya.

Oleh karena itu, untuk mendorong pemanfaatan RME secara maksimal, perlu ditingkatkan 3 aspek utama, yaitu kegunaan, kemudahan penggunaan, dan minat perilaku. Peningkatan ketiga aspek tersebut dapat dicapai melalui perbaikan pada faktor-faktor pendukungnya, seperti penyusunan panduan praktis pengisian RME, sosialisasi kebijakan, serta penyediaan pedoman penggunaan RME bagi seluruh tenaga kesehatan (Rosalinda et al., 2021).

Sistem yang mudah digunakan dan memberikan manfaat signifikan memiliki pengaruh besar terhadap niat pengguna dalam memanfaatkan sistem informasi. Penerimaan perawat sebagai pengguna sistem menjadi faktor penting karena kesediaan mereka untuk menggunakan Sistem Informasi Rekam Medis (SIRM) akan memperlancar proses pemeriksaan kesehatan pasien melalui akses data rekam medis yang terintegrasi, sehingga dapat mengurangi tingkat kesalahan dalam proses pemeriksaan. Kesiapan pengguna merupakan faktor kunci keberhasilan implementasi SIRM, karena sikap dan perilaku individu dalam menggunakan sistem rekam medis sangat dipengaruhi oleh kesiapan tersebut. Teori TAM digunakan untuk memahami bagaimana pengguna merespon dan menerima sistem informasi (Imran et al., 2023). Berdasarkan teori TAM, faktor sosial memiliki pengaruh signifikan terhadap standar penggunaan rekam medis elektronik. Faktor ini dapat meningkatkan persepsi tenaga kesehatan mengenai kemudahan dan manfaat dalam penggunaan sistem tersebut. Teori TAM menyatakan bahwa persepsi terhadap manfaat dan kemudahan suatu teknologi berperan dalam meningkatkan tingkat adopsi dan penggunaan teknologi tersebut (Imran et al., 2023).

Pada negara-negara maju seperti Amerika Serikat, lebih dari 95% fasilitas layanan kesehatan telah sepenuhnya mengadopsi rekam medis elektronik. Hal serupa juga terlihat di Denmark dengan tingkat adopsi lebih dari 90%, serta di Kanada yang telah mencapai lebih dari 70% rumah sakit menggunakan RME secara penuh. Sebaliknya, di sejumlah negara berkembang, pemanfaatan rekam medis elektronik masih belum merata. Misalnya, Botswana mencatat penggunaan lebih dari 60%, Tiongkok sekitar 50%, Iran di bawah 30%, dan Chile bahkan kurang dari 25% fasilitas kesehatannya yang telah menerapkan sistem ini (Awol et al., 2020). Di Indonesia, penerapan Rekam Medis Elektronik (RME), mulai diperkenalkan seiring dengan berkembangnya sistem *E-Health*, di mana RME dijadikan sebagai pusat informasi berbasis komputer oleh rumah sakit (Rubiyanti, 2023). Berdasarkan laporan dari persi.or.id yang dirilis oleh Aviat pada tahun 2022, hasil survei yang dilakukan pada Maret 2022 menunjukkan bahwa dari sekitar 3.000 rumah sakit di Indonesia, hanya sekitar setengahnya yang telah menerapkan sistem rekam medis elektronik (Imran et al., 2023). Hasil capaian kinerja Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan tahun 2022 menunjukkan persentase rumah sakit rujukan yang menerapkan rekam medis elektronik terintegrasi di Indonesia sebesar 60%. Hal ini sudah terealisasi sepenuhnya mengingat dalam Rencana Strategis Kementerian kesehatan 2020-2024 ditargetkan 60% rumah sakit rujukan di Indonesia menerapkan rekam medis elektronik.

Provinsi Sulawesi Selatan tercatat memiliki 119 rumah sakit, yang terdiri dari rumah sakit milik swasta serta milik Pemerintah Kabupaten dan Kota (SIRS Kemkes, 2021). Namun, berdasarkan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) tahun 2022, dari total tersebut, hanya sembilan rumah sakit atau sekitar 7,56% yang telah sepenuhnya mengimplementasikan sistem rekam medis elektronik. RSUD Kota Makassar, sebelumnya dikenal sebagai Puskesmas Perawatan Daya yang didirikan pada tahun 1975, telah berkembang menjadi rumah sakit tipe B yang menawarkan berbagai layanan medis, termasuk 15 poliklinik spesialis seperti Poli Penyakit Dalam, Anak, Kebidanan dan Kandungan, serta layanan unggulan lainnya. Dengan fasilitas modern dan tenaga medis berkualitas, RSUD Kota Makassar berkomitmen memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan nyaman sesuai standar kota dunia. RSUD Kota Makassar juga merupakan Pusat Rujukan Pintu Gerbang Utara Makassar telah menerapkan Rekam Medis Elektronik.

Berdasarkan data dari RSUD Kota Makassar diperoleh informasi bahwa peneliti mendapatkan masalah bahwa adanya salah satu faktor Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yaitu kelengkapan pengisian rekam medis yang tidak memenuhi standar sebagai berikut:

Tabel 1.1 Data Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan Tahun 2024

No.	Bulan	Capaian
1.	Januari	90%
2.	Februari	89%
3.	Maret	87%
4.	April	98%
5.	Mei	95%
6.	Juni	93%
7.	Juli	90%
8.	Agustus	89%
9.	September	87%
10.	Oktober	98%
11.	November	95%
12.	Desember	93%

Sumber: Data Sekunder, Instalasi Rekam Medis RSUD Kota Makassar Tahun 2024

Tabel diatas menampilkan data mengenai kelengkapan pengisian rekam medis dalam waktu 24 jam setelah pelayanan pada tahun 2024 di RSUD Kota Makassar. Hasil rata-rata keseluruhan menunjukkan angka sebesar 92%, sedangkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, pengisian rekam medis harus mencapai 100% kelengkapan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah pelayanan di RSUD Kota Makassar masih dibawah standar yang telah ditetapkan.

Berdasarkan wawancara singkat yang dilakukan kepada kepala Instalasi Rekam Medis mengenai penerapan rekam medis elektronik di RSUD Kota

Makassar, didapatkan informasi bahwa ketidakmampuan mencapai standar SPM disebabkan oleh kurangnya disiplin dari dokter penanggung jawab atau perawat dalam melengkapi rekam medis. Hal ini dapat dikaitkan dengan faktor psikologis, di mana persepsi dan sikap sumber daya manusia (SDM) berperan penting dalam mempengaruhi perilaku serta minat mereka dalam menggunakan rekam medis elektronik (RME). Sikap negatif terhadap RME dapat mendorong mereka untuk mengabaikan kewajiban pencatatan. Selain itu, ketidakdisiplinan tersebut juga dipengaruhi oleh ketidakstabilan sistem RME yang sering mengalami gangguan saat proses input data pasien.

Agar sistem Rekam Medis Elektronik dapat berfungsi dengan optimal dan memberikan dampak positif, diperlukan analisis mendalam melalui proses penilaian terhadap sistem tersebut. Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi ketidaklengkapan berkas rekam medis di RSUD Kota Makassar dilihat pendekatan dengan judul “Analisis Penerimaan *Technology Acceptance Model* (TAM) pada penggunaan Rekam Medis Elektronik (RME) di RSUD Kota Makassar Tahun 2025”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang terdapat pada latar belakang masalah, penulis merumuskan masalah penelitian yaitu: “Faktor-faktor apa saja yang dapat memengaruhi penggunaan rekam medis elektronik dengan pendekatan *Technology Acceptance Model* TAM di RSUD Kota Makassar?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi implementasi Rekam Medis Elektronik di RSUD Kota Makassar.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui bagaimana pengaruh *perceived usefulness* terhadap sikap dalam penggunaan sistem Rekam Medis Elektronik di RSUD Kota Makassar
- b. Untuk mengetahui bagaimana pengaruh *perceived ease of use* terhadap sikap dalam penggunaan sistem Rekam Medis Elektronik di RSUD Kota Makassar
- c. Untuk mengetahui bagaimana pengaruh *attitude toward using* terhadap minat dalam penggunaan sistem Rekam Medis Elektronik di RSUD Kota Makassar
- d. Untuk mengetahui bagaimana pengaruh *behavioral intention to use* terhadap penggunaan aktual sistem Rekam Medis Elektronik di RSUD Kota Makassar

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi berupa tambahan literatur dan menjadi sumber bacaan mengenai faktor yang mempengaruhi penggunaan Rekam Medis Elektronik serta memperluas

pemahaman tentang tantangan teknis dan regulasi dalam implementasi rekam medis elektronik di rumah sakit.

1.4.2 Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini dapat menjadi landasan informasi bagi pihak RSUD Kota Makassar dalam mengembangkan sistem rekam medis elektronik dan memperoleh masukan untuk perkembangan dan penggunaan sistem rekam medis elektronik.

1.4.3 Manfaat Praktis

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai panduan bagi manajemen rumah sakit untuk menambah pemahaman ilmu pengetahuan yang telah didapatkan selama berada di departemen Manajemen Rumah Sakit serta menjadi pengalaman berharga dalam menghadapi berbagai permasalahan yang ada di lingkungan rumah sakit.

1.5 Kajian Teori

1.5.1 Tinjauan Umum tentang Rekam Medis Elektronik

a. Pengertian Rekam Medis Elektronik

Rekam medis adalah dokumen yang mencatat informasi lengkap mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis, serta layanan kesehatan yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan. Rekam medis dapat berupa catatan tertulis atau rekaman yang berisi data akurat tentang identitas pasien, riwayat anamnesis, hasil pemeriksaan fisik, perkembangan penyakit, hasil laboratorium, diagnosis, serta seluruh prosedur medis dan pengobatan yang dilakukan. Selain itu, rekam medis juga mendokumentasikan layanan yang diberikan, baik dalam perawatan inap, rawat jalan, maupun gawat darurat, sehingga menjadi bukti penting dari proses pelayanan medis yang diterima pasien (Nur et al., 2021). Berdasarkan UU No. 17 Tahun 2023, rekam medis memiliki keterkaitan yang kuat dengan sistem informasi manajemen rumah sakit, yang berperan penting dalam meningkatkan mutu layanan di rumah sakit (Handayani & Marwanto, 2023).

Rekam Medis Elektronik (RME) adalah sistem teknologi informasi yang berfungsi untuk mengumpulkan, menyimpan, mengolah, dan mengakses data pasien. Informasi medis pasien tersimpan dalam sistem manajemen berbasis data di rumah sakit, mencakup berbagai aspek rekam medis. RME berperan sebagai aplikasi yang mencatat data klinis, mendukung pengambilan keputusan medis, menerapkan standarisasi istilah medis, serta melakukan pencatatan dan dokumentasi medis serta farmasi secara terstruktur dan terkomputerisasi. Sistem ini mencatat data demografi pasien, riwayat penyakit, pengobatan, tindakan medis, hingga transaksi pembayaran di berbagai unit pelayanan seperti pendaftaran, poliklinik, bangsal rawat inap, unit penunjang, dan kasir (Rosalinda et al., 2021).

Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan teknologi krusial dalam layanan kesehatan yang memperbarui pengelolaan informasi

medis, sekaligus meningkatkan kualitas perawatan pasien dan efisiensi pasien. Secara lebih rinci, RME adalah sistem digital yang menyimpan data pasien dengan aman, dapat diakses oleh pihak berwenang, serta mencakup riwayat medis dan informasi masa depan. Tujuan utamanya adalah mendukung layanan kesehatan yang terintegrasi, berkesinambungan, efisien, dan berkualitas. Implementasi RME berdampak positif pada kepuasan pasien, meningkatkan ketepatan pencatatan, mempercepat akses informasi pasien, serta meminimalkan kesalahan medis di berbagai fasilitas kesehatan seperti Puskesmas dan Rumah Sakit (Amin et al., 2021).

b. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

Dalam pelaksanaannya, rekam medis disusun dengan tujuan menciptakan keteraturan administrasi guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, didukung oleh sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan terstruktur. Sejalan dengan tujuan tersebut, rekam medis juga berfungsi sebagai sumber informasi yang lengkap, akurat, dan siap diakses dalam waktu tertentu untuk mendukung pelayanan kesehatan. Sebagai dokumen yang akurat dan komprehensif, rekam medis mencerminkan kondisi kesehatan pasien, termasuk riwayat penyakit sebelumnya, kondisi saat ini, serta proses pengobatan yang telah dijalani (Amran, 2022)

Rekam medis merupakan catatan yang berisi fakta terkait kondisi pasien, riwayat penyakit, serta pengobatan yang telah dan sedang dijalani, yang ditulis oleh tenaga kesehatan yang memberikan layanan. Rekam medis, yang mencakup data pasien dan tindakan medis yang dilakukan oleh dokter, memiliki peran krusial dalam bidang kesehatan, baik bagi pasien, dokter, maupun pengembangan ilmu pengetahuan, serta sebagai bagian dari upaya penegakkan hukum. Menurut (Hatta, 1985, h. 46) dalam (Abduh, 2020), rekam medis memiliki beberapa tujuan yang mencakup berbagai aspek yaitu:

1. Aspek Administrasi

Rekam medis memiliki nilai administrasi karena berisi catatan tindakan yang dilakukan oleh tenaga medis dan paramedis berdasarkan kewenangan serta tanggung jawab mereka dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis

Nilai medis dalam rekam medis terletak pada fungsinya sebagai dasar dalam merancang rencana pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

3. Aspek Hukum

Rekam medis memiliki nilai hukum karena isinya memberikan kepastian hukum dan dapat digunakan sebagai bukti dalam proses penegakan keadilan.

4. Aspek Keuangan

Dalam aspek keuangan, rekam medis berperan sebagai sumber data dan informasi yang digunakan untuk menghitung biaya pengobatan, tindakan medis, dan perawatan pasien.

5. Aspek Penelitian

Rekam medis memiliki nilai penelitian karena data yang terkandung di dalamnya dapat dimanfaatkan untuk keperluan riset dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan

Dalam bidang pendidikan, rekam medis menyimpan informasi mengenai perkembangan kondisi pasien serta kronologi pelayanan medis yang diberikan, sehingga dapat digunakan sebagai referensi dalam pembelajaran profesi kesehatan.

7. Aspek dokumentasi

Sebagai dokumen resmi, rekam medis berfungsi sebagai catatan yang harus terdokumentasi dengan baik dan dapat digunakan sebagai bahan pertanggungjawaban serta laporan bagi fasilitas pelayanan kesehatan.

c. Isi Dokumen Rekam Medis

Rekam medis merupakan dokumen yang berisi catatan dan dokumentasi terkait identitas pasien, hasil pemeriksaan, tindakan medis, pengobatan, serta layanan yang telah diberikan oleh dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan lainnya selama pasien menjalani pelayanan di rawat jalan, rawat inap, maupun unit gawat darurat. Oleh karena itu, pencatatan rekam medis harus segera dilakukan oleh dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan yang memberikan layanan secara langsung kepada pasien. Hal ini bertujuan agar catatan tersebut dapat memberikan gambaran kronologis tentang tindakan atau pelayanan yang telah diberikan kepada pasien dan dapat diakses kapan saja jika diperlukan (Amran, 2022).

Rekam medis untuk pasien rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan harus memuat catatan mengenai identitas pasien, tanggal serta waktu kedatangan pasien di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan. Rekam medis tersebut juga harus mencakup hasil anamnesis yang berisi keluhan dan riwayat penyakit pasien, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan, tindakan medis, serta layanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Jika diperlukan, harus ada persetujuan tindakan medis serta gambaran odontogram klinis untuk pasien dengan kasus terkait gigi.

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari setidaknya harus memuat informasi mengenai identitas pasien, tanggal dan waktu pelayanan, hasil anamnesis yang meliputi keluhan utama dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan atau tindakan medis yang dilakukan, serta persetujuan tindakan jika diperlukan. Selain itu

rekam medis harus mencakup catatan observasi klinis, ringkasan pulang (discharge summary), pengobatan, nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan, serta pelayanan lainnya yang telah dilakukan. Untuk pasien kasus gigi, rekam medis juga harus dilengkapi dengan gambaran odontogram klinis.

d. Mutu Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri kesehatan No. 24 Tahun 2022, setiap fasilitas kesehatan diwajibkan menyelenggarakan rekam medis dengan tujuan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan kesehatan diartikan sebagai layanan yang mampu memenuhi kepuasan penerima jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata masyarakat serta dilaksanakan berdasarkan standar dan kode etik profesi. Mutu rekam medis mencakup tanggung jawab dalam menjaga kerahasiaan data pasien, sementara kualitas isi rekam medis menjadi tanggung jawab tenaga kesehatan yang melakukan pencatatan. Analisis mutu rekam medis perlu dilakukan agar rekam medis menjadi lengkap dan dapat digunakan sebagai referensi dalam pelayanan, mendukung penyediaan informasi terkait pelayanan, membantu evaluasi mutu (quality insurance), memudahkan penetapan diagnosis dan pengkodean penyakit secara valid, serta melengkapi administrasi klaim kepada pihak ketiga seperti asuransi (Mustopa & Sari, 2023.).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 129/Menkes/SK/II/2008, standar kelengkapan pengisian rekam medis harus mencapai 100%. Rekam Medis dianggap bermutu atau berkualitas jika telah terisi lengkap secara keseluruhan. Mutu dapat diartikan sebagai gambaran menyeluruh dari karakteristik suatu produk atau pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya dalam memberikan kepuasan kepada pelanggan. Menurut Huffman (1990) dan Soejaga (1996), terdapat beberapa indikator mutu yang menjadi acuan dalam penilaian yaitu sebagai berikut (Halimatusaadah & Hidayati, 2022):

1. Kelengkapan isi

Rekam Medis dianggap bermutu jika terisi secara lengkap 100%. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 129/Menkes/SK/II/2008, rekam medis dinyatakan lengkap apabila setiap kesalahan dalam berkas rekam medis telah dicoret dan disertai tanda tangan serta tanggal oleh dokter yang bersangkutan.

2. Keakuratan

Rekam medis dianggap akurat apabila seluruh data pasien dicatat dengan cermat dan benar, sesuai dengan kondisi sebenarnya yang tercantum dalam rekam medis (Permenkes RI, 2008).

3. Tepat Waktu

Rekam medis dianggap tepat waktu jika telah diisi dengan akurat dan proses pengumpulannya dilakukan sesuai jadwal. Ketidaklengkapan dalam pengisian rekam medis dapat menyebabkan keterlambatan pengembalian berkas ke unit penyimpanan.

4. Memenuhi Aspek Hukum

Rekam medis harus memenuhi ketentuan aspek hukum sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 129/Menkes/SK/II/2008. Beberapa persyaratan yang harus dipenuhi adalah penulisan rekam medis tidak boleh menggunakan pensil, tidak diperkenankan adanya penghapusan, koreksi hanya dapat dilakukan dengan mencoret tanpa menghilangkan catatan asli yang diperbaiki, serta harus dilengkapi tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien. Selain itu, rekam medis juga harus mencantumkan tanggal dan waktu pemeriksaan atau tindakan, serta lembar persetujuan tindakan medis.

e. Manfaat Rekam Medis

Secara administratif, rekam medis elektronik (RME) berperan sebagai sarana penyimpanan informasi digital yang mencatat data kesehatan serta riwayat pelayanan medis pasien sepanjang hidupnya. Selain itu, RME memudahkan dokter dan tenaga kesehatan dalam mengakses informasi pasien, sehingga dapat mendukung pengambilan keputusan klinis yang lebih efektif. Bagi rumah sakit, RME menjadi solusi untuk mengatasi berbagai kendala umum, seperti kebutuhan ruang penyimpanan fisik yang luas, risiko kehilangan dokumen, serta kesulitan dalam memperoleh data dengan cepat dan akurat (Pribadi et al., 2018.).

Manfaat penggunaan rekam medis elektronik adalah sebagai berikut (Kesuma, 2023):

- a. Manfaat umum, rekam medis elektronik akan meningkatkan profesionalisme dan kinerja manajemen rumah sakit. Bagi para pasien akan menikmati kemudahan, kecepatan, dan kenyamanan pelayanan kesehatan. Bagi para dokter, Rekam Medis Elektronik memungkinkan diberlakukannya standar praktek kedokteran yang baik dan benar. Sementara bagi pengelola rumah sakit, Rekam Medis Elektronik menolong menghasilkan dokumentasi yang sesuai dengan porsinya sehingga mendukung koordinasi antar bagian dalam rumah sakit.
- b. Manfaat Operasional
 - Kecepatan penyelesaian pekerjaan-pekerjaan administrasi. Ketika dengan sistem manual pengerjaan penelusuran berkas sampai dengan pengembaliannya ketempat yang seharusnya

pastilah memakan waktu, terlebih jika pasiennya cukup banyak. Kecepatan ini berdampak membuat efektifitas kerja meningkat.

- Akurasi data yang akurat, apabila dulu dengan sistem manual orang harus mengecek satu demi satu berkas, namun sekarang dengan Rekam Medis Elektronik data pasien akan lebih tepat dan benar karena campur tangan manusia lebih sedikit, hal lain yang dapat dicegah adalah terjadinya duplikasi data untuk pasien yang sama. Misalnya, pasien yang sama registrasi 2 kali pada waktu yang berbeda, maka sistem akan menolaknya
 - Efisiensi, karena kecepatan dan akurasi data meningkat, maka waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan administrasi berkurang jauh, sehingga karyawan dapat lebih fokus pada pekerjaan utamanya.
- c. Manfaat Organisasi; kerja sama antar organisasi menjadi lebih baik. Misal, resep obat yang ditulis di Rekam Medis Elektronik akan sangat dibutuhkan oleh bagian obat, sementara semua tindakan yang dilakukan yang ada di Rekam Medis Elektronik juga diperlukan oleh bagian keuangan untuk menghitung besarnya biaya pengobatan. Jadi Rekam Medis Elektronik menciptakan koordinasi antar unit semakin meningkat.
- f. Penanggung Jawab Rekam Medis

Dalam pelaksanaannya, pencatatan rekam medis dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam pengisian dokumen tersebut, yaitu dokter umum, dokter gigi, atau dokter spesialis yang memberikan layanan kepada pasien di rumah sakit. Termasuk di dalamnya adalah residen yang sedang menjalani kepaniteraan klinik, dokter tamu yang merawat pasien di rumah sakit, serta tenaga medis dari berbagai bidang seperti perawat, perawat gigi, bidan, petugas laboratorium klinik, ahli gizi, tenaga anestesi, penata rontgen, dan tenaga rehabilitasi medik. Selain itu, jika terdapat dokter dari luar negeri yang sedang melakukan alih teknologi kedokteran berupa tindakan medis atau konsultasi kepada pasien, maka dokter yang ditunjuk oleh rumah sakit bertanggung jawab untuk membuat rekam medis pasien tersebut (Amran, 2022).

1.5.2 Tinjauan Umum tentang Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan RME

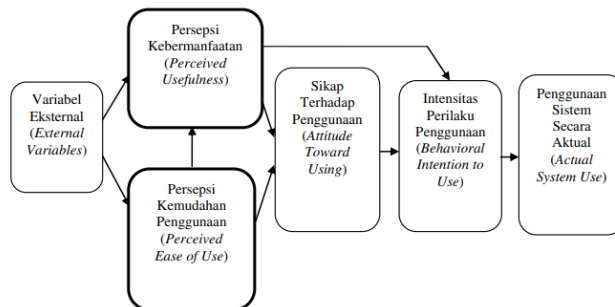
Implementasi rekam medis elektronik di rumah sakit dipengaruhi oleh berbagai faktor. (Sugiharto et al., 2022) menjelaskan bahwa keputusan seseorang untuk menggunakan rekam medis elektronik dipengaruhi oleh persepsi terhadap manfaat yang diperoleh, kemudahan dalam pengoperasian sistem, serta pengaruh sosial dari lingkungan sekitar, seperti rekan kerja, pimpinan, dan kebijakan yang berlaku di rumah sakit. Sementara itu, penelitian Muchlis dan Sulistiadi (2023) menunjukkan bahwa niat pengguna berperan positif dalam mendorong penggunaan rekam medis elektronik. Selain itu, dukungan dari orang terdekat serta manajemen rumah

sakit menjadi faktor kunci dalam keberhasilan penerapan sistem ini. Persepsi pengguna terhadap manfaat dan kemudahan penggunaan tetap menjadi elemen penting dalam mendukung pelaksanaan rekam medis elektronik.

Keberhasilan penerapan RME dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi, bukan hanya oleh satu faktor tunggal. Sejumlah teori telah dikembangkan untuk menjelaskan aspek-aspek yang memengaruhi penerimaan dan pemanfaatan teknologi. Berikut adalah beberapa teori yang membahas faktor-faktor yang berperan dalam penggunaan teknologi, termasuk dalam konteks RME

a. *Technology Acceptance Model (TAM)*

TAM (*Technology Acceptance Model*) merupakan model yang dirancang untuk menganalisis serta memahami berbagai faktor yang memengaruhi penerimaan teknologi. Model ini pertama kali diperkenalkan oleh Fred Davis pada tahun 1989 dengan tujuan menjelaskan dan memprediksi tingkat penerimaan pengguna terhadap suatu teknologi. TAM diakui sebagai model yang berpengaruh dan sering digunakan untuk menggambarkan bagaimana individu menerima sistem teknologi (Fahlevi & Dewi, 2020). Berikut ini adalah sistematik teori Technology Acceptance Model (TAM):



Gambar 1. 6 Model Technology Acceptance Model (TAM)

Dalam model TAM, Davis menjelaskan bahwa penerimaan teknologi oleh pengguna dapat dipahami dan diprediksi melalui dua faktor utama, yaitu persepsi mengenai kegunaannya (*Perceived usefulness*) dan persepsi tentang kemudahan penggunaannya (*perceived ease of use*). Kedua faktor ini memengaruhi sikap pengguna terhadap teknologi (*attitude toward using*), yang kemudian berhubungan dengan niat untuk menggunakannya (*behavioral intention to use*) dan pada akhirnya menentukan seberapa jauh teknologi tersebut benar-benar digunakan (*actual use*) (Kassiuw, 2024). Persepsi kegunaan menggambarkan keyakinan pengguna bahwa teknologi dapat meningkatkan kinerja serta efektivitas pekerjaan mereka. Sementara itu, persepsi kemudahan penggunaan merujuk pada sejauh mana teknologi tersebut dianggap mudah dan praktis untuk digunakan (Widiyanto et al., 2023).

1. *Perceived Ease of Use*

Persepsi tentang kemudahan penggunaan teknologi didefinisikan sebagai sejauh mana seseorang menilai bahwa komputer mudah dipahami dan dioperasikan.

2. *Perceived Usefulness*

Persepsi kemanfaatan muncul ketika seseorang meyakini bahwa penggunaan suatu teknologi akan memberikan manfaat bagi mereka. Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi manfaat teknologi informasi. Faktor pertama adalah kegunaan, yang menunjukkan bahwa teknologi tersebut dapat mempermudah pekerjaan, memberikan manfaat, serta meningkatkan produktivitas. Faktor kedua adalah efektivitas, yang mengacu pada peningkatan efisiensi dan kinerja dalam pekerjaan.

3. *Attitude Toward Using*

Dalam TAM, sikap terhadap penggunaan diartikan sebagai respon seseorang, apakah menerima atau menolak penggunaan sistem dalam aktivitas kerjanya.

4. *Behavioral Intention Use*

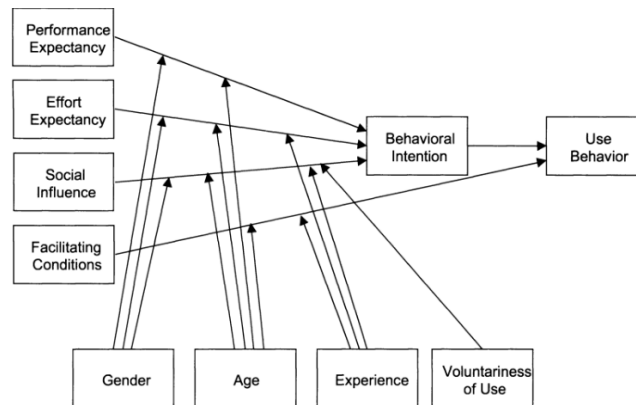
Keinginan perilaku untuk terus menggunakan teknologi dikenal sebagai intention to use behavioral. Sikap seseorang terhadap teknologi komputer, seperti keinginan menambahkan perangkat pendukung, keinginan untuk terus memanfaatkannya, serta dorongan agar orang lain ikut menggunakannya, dapat mencerminkan sejauh mana teknologi tersebut diadopsi dalam kehidupan mereka.

5. *Actual System Usage*

Kondisi nyata dari penggunaan sistem disebut sebagai penggunaan sistem yang sesungguhnya. Konsep ini bertujuan untuk mengukur seberapa sering dan berapa lama teknologi tersebut digunakan. Ketika seseorang percaya bahwa sistem itu mudah digunakan dan mampu meningkatkan produktivitas, mereka akan merasa puas saat menggunakannya. Kondisi penggunaan yang sebenarnya mencerminkan hal tersebut.

b. *Unified Theory of Acceptance and use of Technology (UTAUT)*

Ada sebuah model teori yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan pengguna terhadap Rekam Medis Elektronik. Model tersebut dikenal sebagai *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT). Berikut adalah modelnya:



Gambar 1. 7 Model Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)

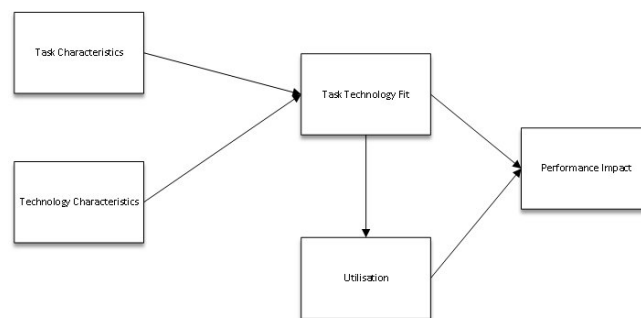
Model tersebut merupakan teori penerimaan Teknologi Informasi yang dikembangkan oleh Venkatesh et al. pada tahun 2003. Unified Theory of Acceptance and Use of Technology merupakan hasil sintesis dari delapan model penerimaan teknologi terkemuka lainnya. Model ini bertujuan untuk mengevaluasi penerimaan dan penggunaan Teknologi Informasi. Terdapat empat konstruk utama dalam UTAUT yang dianggap berperan penting dalam penerimaan pengguna dan perilaku penggunaan Teknologi, yaitu Performance Expectancy, Effort Expectancy, Social Influence, dan Facilitating Condition. Performance Expectancy, Effort Expectancy, serta Social Influence berkaitan erat dengan niat pengguna (Behavioral Intention), sedangkan Facilitating Condition berhubungan langsung dengan perilaku pengguna (Usage Behavior). Selain itu, Behavioral Intention juga memiliki hubungan signifikan dengan Usage Behavior (Venkatesh et al., 2003).

Performance Expectancy memiliki dampak yang kuat terhadap niat pengguna dalam menggunakan teknologi. Sementara itu, Effort Expectancy, atau harapan terhadap kemudahan penggunaan, berkontribusi positif terhadap niat pemanfaatan (behavioral intention), meskipun secara statistik pengaruhnya tidak signifikan. Oleh karena itu, Effort Expectancy tetap berperan dalam mendorong penggunaan rekam medis elektronik dalam layanan rumah sakit. Variabel Social Influence dalam konteks ini mengacu pada sejauh mana keyakinan seseorang tentang pentingnya pandangan atau kepentingan orang lain dapat memengaruhi keputusan mereka dalam mengadopsi sistem baru. Selain itu, Facilitating Conditions yang disediakan oleh organisasi berperan penting dalam meningkatkan penerimaan pengguna terhadap suatu sistem (Rohmawati et al., 2024).

c. *Task-Technology Fit (TTF)*

Task Technology Fit (TTF) mengacu pada tingkat kesesuaian antara kapabilitas teknologi dan kebutuhan tugas dalam pekerjaan, di

mana teknologi informasi harus mampu mendukung aktivitas kerja secara optimal. Model TTF terdiri dari empat konstruk utama yaitu, task characteristics dan technology characteristics, yang secara bersama-sama memengaruhi TTF, yang pada gilirannya berdampak pada outcome seperti performance atau utilization. Model ini menekankan bahwa teknologi informasi hanya akan digunakan apabila fungsinya benar-benar dapat mendukung tugas pengguna. Dengan kata lain, Task Technology Fit (TTF) menggambarkan ketertarikan antara tugas, kemampuan individu, dan fitur teknologi, sehingga efektivitas penyelesaian tugas sangat bergantung pada keselarasan antara tiga aspek tersebut. Berikut ini adalah sistematik teori *Task Technology Fit* (TTF):



Gambar 1. 8 Model Task Technology Fit (TTF)

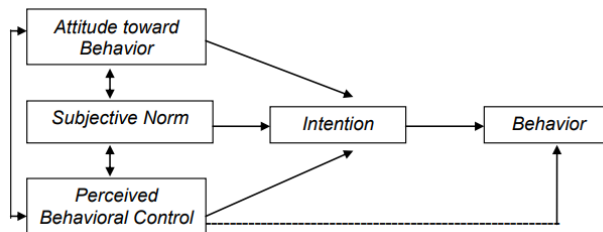
Menurut Goodhue dan Thompson (1995), keberhasilan sistem informasi dalam suatu perusahaan dipengaruhi oleh penerapan sistem, kemudahan penggunaannya, serta tingkat pemanfaatan teknologi yang tersedia. Goodhue dan Thompson (1995) berpendapat bahwa pengguna akan memberikan nilai positif terhadap sistem, tidak hanya berdasarkan karakteristik teknologinya, tetapi lebih pada sejauh mana sistem tersebut mampu mendukung kebutuhan tugas pengguna. Model evaluasi ini pertama kali diperkenalkan oleh Goodhue dan Thompson (1995). Teori Task Technology Fit (TTF) menekankan bahwa teknologi informasi akan memberikan dampak positif terhadap kinerja individu dan hanya akan digunakan jika fitur serta kapabilitasnya sesuai dengan tuntutan tugas yang harus dihasilkan oleh karyawan (Permana & Setianto, 2017).

Task Technology Fit (TTF) merupakan kerangka teoritis dalam penelitian sistem informasi yang digunakan untuk menganalisis kesesuaian antara teknologi, tugas, dan kinerja. Salah satu aspek utama dari TTF adalah penilaian individu terhadap keberhasilan sistem informasi serta dampak pada kinerja individu. Goodhue dan Thompson mengembangkan konsep rantai teknologi terhadap kinerja, yang mencakup karakteristik Teknologi Informasi, tugas, dan pengguna individu dalam menjelaskan penggunaan sistem serta dampaknya terhadap kinerja. Temuan empiris menunjukkan bahwa kombinasi antara kesesuaian teknologi dengan tugas dan tingkat penggunaan

teknologi lebih efektif dalam menjelaskan pengaruh teknologi informasi terhadap kinerja individu dan penyelesaian tugas mereka (Permana & Setianto, 2017).

d. *Theory of Planned Behavior* (TPB)

Teori Perilaku yang Direncanakan (Theory of Planned Behavior) merupakan faktor kontrol perilaku yang dirasakan. Menurut Ajzen, sikap terhadap perilaku mencerminkan sejauh mana seseorang memberikan penilaian positif atau negatif terhadap suatu tindakan tertentu. Hubungan antara sikap dan perilaku didasarkan pada keyakinan individu mengenai kemungkinan bahwa suatu perilaku akan menghasilkan konsekuensi tertentu, sementara evaluasi yang dilakukan mencerminkan penilaian implisit terhadap konsekuensi tersebut. Selain itu, norma subjektif dalam teori ini merujuk pada tekanan sosial yang dirasakan oleh individu dalam menentukan apakah mereka harus melakukan atau menghindari suatu tindakan. Berikut ini adalah sistematik teori *Theory of Planned Behavioral* (TPB):



Gambar 1. 9 Model Theory of Planned Behavioral (TPB)

Teori perilaku yang direncanakan digunakan untuk memprediksi apakah seseorang akan melakukan suatu tindakan atau tidak. Teori ini menjelaskan bahwa terdapat tiga faktor utama yang memengaruhi niat seseorang dalam berperilaku, yaitu sikap terhadap perilaku, norma subjektif, dan persepsi individu terhadap kemampuannya dalam mengendalikan faktor-faktor yang dapat memengaruhi perilaku tersebut. Teori ini memiliki beberapa tujuan dan manfaat, salah satunya adalah untuk memahami serta memprediksi pengaruh motivasional terhadap perilaku yang berada diluar kendali individu (Mahyarni, 2013).

1.5.3 Outcome Penggunaan RME Berdasarkan TAM

a. *Outcome Perceived Usefulness*

Secara sederhana, *Perceived Usefulness* adalah sejauh mana tenaga kesehatan merasa bahwa RME benar-benar membantu pekerjaan mereka, baik dalam hal pelayanan klinis maupun administrasi. Pendekatan TAM menunjukkan bahwa jika RME dianggap bermanfaat misalnya relevan dengan pekerjaan, menghasilkan laporan yang jelas, dan hasilnya bisa langsung dirasakan, maka tenaga kesehatan akan lebih berniat untuk menggunakannya. Selain itu, *Perceived Usefulness* yang tinggi sering kali dikaitkan dengan ekspektasi kinerja yaitu keyakinan bahwa sistem akan membantu mereka bekerja lebih efektif

dan efisien. Konsep ini mirip dengan teori UTAUT, yang menyebutkan bahwa jika pengguna merasa suatu teknologi meningkatkan kinerjanya, maka kemungkinan besar mereka akan berniat untuk terus menggunakannya dan menjadikannya bagian dari rutinitas kerja (A. T. Lee et al., 2025).

Dalam hal *outcome*, meningkatnya *Perceived Usefulness* dari RME terbukti berhubungan dengan efisiensi kerja dan produktivitas tenaga kesehatan. Artinya, ketika RME dianggap bermanfaat, proses pencatatan jadi lebih cepat, beban administrasi berkurang, dan waktu kerja bisa digunakan lebih efektif. Selain itu, jika desain dan fitur RME dibuat sedemikian rupa sehingga manfaatnya langsung terasa, misalnya ada fitur akses data pasien yang cepat, pengisian otomatis, atau ringkasan informasi klinis, maka beban kerja tenaga kesehatan akan lebih ringan. Dengan begitu, gangguan pada alur kerja berkurang, tenaga kesehatan lebih fokus pada pasien, dan hasilnya terlihat nyata dalam kinerja rumah sakit (Alharbi, 2025).

Selain membuat pekerjaan lebih efisien, *Perceived Usefulness* yang tinggi juga berhubungan dengan kualitas pencatatan medis dan dukungan dalam pengambilan keputusan klinis. Jika tenaga kesehatan merasa RME bermanfaat, mereka akan menggunakannya lebih konsisten, sehingga catatan medis yang dihasilkan lebih lengkap, akurat, dan berkesinambungan. Hal ini sangat penting untuk menjaga keselamatan pasien. Jika tampilan atau alur sistem rumit, justru bisa menimbulkan kesalahan, misalnya salah input data. Jadi penting bagi rumah sakit untuk memastikan bahwa desain RME sesuai dengan kebutuhan kerja tenaga kesehatan, hasil keluaran sistem benar-benar berkualitas dan bermanfaat, serta manfaatnya bisa langsung terlihat melalui fitur seperti dashboard atau laporan klinis. Dengan strategi ini, persepsi tenaga kesehatan terhadap manfaat RME akan meningkat, sehingga mereka terdorong untuk menggunakannya lebih maksimal dan hasil akhirnya adalah peningkatan mutu pelayanan serta keselamatan pasien (Cahill et al., 2025).

b. *Outcome Perceived Ease of Use*

Perceived Ease of Use berarti sejauh mana tenaga kesehatan merasa mudah mempelajari dan menggunakan RME. Jika sistem RME punya tampilan sederhana, navigasi jelas, dan didukung dengan pelatihan yang cukup, tenaga kesehatan akan merasa lebih mudah menggunakannya. Kemudahan ini akan membuat mereka lebih percaya diri dan tidak cepat merasa terbebani saat bekerja dengan sistem digital. Selain itu, semakin mudah RME digunakan, tenaga kesehatan juga akan semakin merasakan manfaatnya. Dengan kata lain, *Perceived Ease of Use* bisa meningkatkan *Perceived Usefulness* bisa sistem terasa mudah, maka sistem juga akan dianggap lebih bermanfaat untuk pekerjaan sehari-hari (Hussain et al., 2025).

Hasil yang paling cepat terlihat dari Perceived Ease of Use adalah berkurangnya beban kerja dan pencatatan yang harus dilakukan tenaga kesehatan. Jika sistem terasa mudah digunakan, pekerjaan tidak lagi mengganggu alur klinis sehari-hari. Masalah penggunaan seperti terlalu banyak klik, tampilan yang membingungkan, atau pencarian data yang lambat justru membuat pencatatan terasa berat dan mengganggu alur kerja. Sebaliknya, jika sistem dibuat lebih sederhana dan jelas, waktu tenaga kesehatan bisa kembali difokuskan pada aktivitas yang lebih penting, seperti merawat pasien. Dengan sistem yang lebih mudah, tenaga kesehatan akan lebih cepat menguasai RME, lebih rajin menggunakannya, dan merasa lebih puas dalam bekerja karena pekerjaannya menjadi lebih ringan dan efisien (Olakotan et al., 2025).

Perceived Ease of Use juga berhubungan langsung dengan keselamatan pasien. Sistem dianggap tidak mudah atau tidak efisien, tenaga kesehatan cenderung menilai bahwa RME kurang mendukung keselamatan. Sebaliknya, bila sistem didesain lebih sederhana dan tenaga kesehatan mendapat pelatihan yang baik, maka risiko kesalahan pencatatan atau input data bisa berkurang, sehingga keselamatan pasien lebih terjaga, terutama dalam hal pemberian obat. Karena itu, meningkatkan Perceived Ease of Use menjadi langkah penting. Hal ini bisa dilakukan dengan melibatkan tenaga kesehatan dalam pengembangan sistem, penyamaan tampilan antar fitur agar lebih konsisten, dan pelatihan singkat berbasis praktik nyata. Dengan cara tersebut, rasa mudah digunakan pada RME tidak hanya membuat pekerjaan lebih ringan, tetapi juga bisa diubah menjadi hasil nyata berupa pelayanan yang lebih aman dan minim kesalahan bagi pasien (Schwappach et al., 2025).

c. *Outcome Attitude Toward Using*

Dengan teori TAM, Attitude Toward Using adalah jembatan antara Perceived Usefulness dan Perceived ease of Use dengan Behavioral Intention to Use. Artinya, kalau tenaga kesehatan merasa RME bermanfaat dan mudah digunakan, maka secara otomatis akan terbentuk sikap positif terhadap sistem ini. Sikap positif tersebut bila dilihat dari penerimaan pengguna, semangat mengikuti pelatihan, serta kesediaan beradaptasi dengan cara kerja baru yang berbasis digital. Ketika hal ini terjadi, tenaga kesehatan akan lebih berniat menggunakan RME secara konsisten. Tenaga kesehatan yang merasa nyaman dan terbantu dengan teknologi cenderung memiliki sikap positif, yang pada akhirnya membuat mereka lebih mudah mengulang dan membiasakan diri menggunakan RME dalam praktik sehari-hari (J. W. Y. Lee et al., 2025).

Sikap positif terhadap RME membuat tenaga kesehatan lebih terlibat aktif dalam penggunaan maupun pengembangan sistem. Misalnya, mereka bersedia ikut memberikan masukan dalam perbaikan tampilan, memberi umpan balik tentang fitur, bahkan ada yang menjadi

“super-user” atau pengguna ahli yang membantu rekan kerjanya. Keterlibatan seperti ini sangat penting karena membantu sistem RME berkembang sesuai dengan kebutuhan nyata di lapangan. Hasilnya, fitur yang dikembangkan jadi relevan dengan tugas sehari-hari dan benar-benar dirasakan manfaatnya oleh pengguna. Sikap positif dipengaruhi oleh dukungan dari rekan kerja, pimpinan, serta fasilitas yang memadai. Faktor-faktor ini membuat tenaga kesehatan yang tadinya hanya berniat menggunakan RME benar-benar konsisten dalam menggunakannya. Dengan begitu, kesenjangan antara niat dan perilaku nyata bisa dikurangi, sehingga sistem RME berjalan lebih optimal di rumah sakit (Ngusie et al., 2024).

Di tingkat organisasi, sikap positif tenaga kesehatan sangat membantu dalam mengurangi penolakan dan mempercepat proses penyesuaian setelah sistem RME mulai digunakan. Dampaknya bisa langsung terlihat pada indikator kinerja rumah sakit, seperti waktu tunggu pasien yang lebih singkat, alur layanan yang lebih lancar, serta meningkatnya kepuasan staf dan pasien. Sebaliknya, jika tenaga kesehatan memiliki sikap negatif, misalnya karena merasa sistem sulit digunakan atau tidak ramah pengguna, maka hal ini bisa menurunkan kepercayaan terhadap manfaat RME. Bahkan ada survei nasional yang menunjukkan sebagian dokter beranggapan bahwa RME tidak membuat layanan lebih aman atau efisien, justru karena pengalaman penggunaan yang buruk. Oleh karena itu, rumah sakit perlu melakukan intervensi budaya organisasi, seperti membangun komunikasi yang menekankan manfaat RME, memberi contoh nyata keberhasilan penggunaannya, serta memperbaiki masalah pada penggunaan. Dengan cara ini, sikap positif tenaga kesehatan bisa terjaga sehingga manfaat RME benar-benar dirasakan dalam peningkatan layanan dan keselamatan pasien (Schwappach et al., 2025).

d. *Outcome Behavioral Intention to Use*

Dalam teori TAM, *Behavioral Intention* atau niat untuk menggunakan adalah faktor terdekat yang memengaruhi apakah seseorang benar-benar akan memakai RME dalam praktik sehari-hari. *Behavioral Intention* dipengaruhi oleh seberapa besar tenaga kesehatan merasa RME bermanfaat, seberapa mudah digunakan, serta faktor sosial dan organisasi, seperti dukungan dari rekan kerja, pimpinan, dan fasilitas yang tersedia. Pada tenaga kesehatan, baik dokter maupun perawat, model TAM dan pengembangannya seperti UTAUT terbukti mampu memprediksi dengan akurat apakah mereka akan berniat menggunakan sistem RME. Dengan kata lain, semakin tinggi persepsi manfaat, kemudahan, serta adanya dukungan lingkungan kerja, maka semakin kuat pula niat mereka untuk menggunakan RME. Hal ini menegaskan bahwa intervensi dari rumah sakit sangat penting, misalnya dengan menyediakan pelatihan, memastikan sistem benar-benar membantu pekerjaan, serta memberikan dukungan teknis yang memadai. Semua

upaya ini bisa mengubah niat tenaga kesehatan menjadi perilaku nyata, yaitu penggunaan RME secara konsisten dalam pelayanan kesehatan (Ngusie et al., 2024).

Niat yang kuat untuk menggunakan RME akan berdampak pada keberlanjutan penggunaan sistem. Artinya, jika tenaga kesehatan sudah memiliki niat yang tinggi, mereka akan lebih sering menggunakan RME secara berulang, bersedia mengikuti pelatihan, dan bahkan mencoba berbagai fitur tambahan seperti *Computerized Physician Order Entry* (CPOE), *Order Set*, atau *Clinical Decision Support* (CDS). Niat ini kemudian menjadi dasar penyebaran penggunaan RME secara lebih luas, baik di dalam satu unit maupun antar departemen di rumah sakit. Karena itu, rumah sakit perlu mendukung penguatan niat ini dengan berbagai kebijakan, misalnya memberikan insentif, menunjuk champion atau pengguna teladan sebagai panutan, serta menyediakan mekanisme umpan balik. Upaya tersebut merupakan bentuk investasi jangka menengah agar penggunaan RME tidak hanya berhenti pada tahap awal, tetapi benar-benar berkelanjutan dan berkembang (Dube et al., 2025).

Namun, ditekankan adanya kesenjangan antara niat dan perilaku nyata jika dukungan dari organisasi masih lemah. Misalnya, jika infrastruktur tidak memadai, sistem belum terintegrasi, atau beban kerja terlalu tinggi, maka meskipun tenaga kesehatan sudah berniat menggunakan RME, mereka tetap kesulitan untuk benar-benar memakainya. Karena itu, rumah sakit tidak cukup hanya meningkatkan persepsi manfaat, kemudahan penggunaan, dan niat. Organisasi juga harus memastikan adanya kesiapan operasional, seperti helpdesk, sistem yang sudah terintegrasi dengan baik, serta perangkat yang memadai bagi tenaga kesehatan. Dengan memperbaiki kondisi pendukung ini, niat yang sudah kuat bisa lebih mudah berubah menjadi penggunaan nyata yang konsisten. Hal ini pada akhirnya akan memperkuat efisiensi kerja dan mutu pelayanan di rumah sakit (Ngusie et al., 2024).

e. *Outcome Actual Use*

Dalam teori TAM, Actual Use atau penggunaan nyata adalah tahap akhir dari rangkaian: merasa bermanfaat – merasa mudah digunakan – membentuk sikap positif – memiliki niat – lalu benar-benar menggunakan sistem. Jika RME digunakan secara konsisten dalam praktik sehari-hari, maka dampaknya bisa langsung terlihat pada efisiensi kerja, misalnya waktu proses yang lebih singkat dan koordinasi antar tim yang lebih lancar. Selain itu, penggunaan nyata RME juga berhubungan dengan keselamatan pasien, karena dapat mengurangi kesalahan pencatatan maupun kesalahan pemberian obat. Penggunaan fitur *Computerized Physician Order Entry* (CPOE) menunjukkan bahwa manfaat RME benar-benar terasa ketika fitur penting seperti ini dipakai sesuai alur

kerja klinis. Hasilnya adalah peningkatan efisiensi sekaligus pelayanan yang lebih aman bagi pasien (Alharbi, 2025).

Kemudahan penggunaan sangat menentukan kualitas hasil dari penggunaan RME. Jika desain sistem tidak sesuai dengan alur kerja tenaga kesehatan, maka beban pencatatan bisa bertambah dan risiko kesalahan juga meningkat. Beberapa tinjauan sistematis tentang desain RME menunjukkan bahwa ada hubungan langsung antara desain sistem, kemudahan penggunaan, dan keselamatan pasien. Bahkan, ada laporan yang menyebutkan bahwa desain yang buruk dapat menimbulkan risiko serius, misalnya kesalahan dosis obat (overdosis). Hal ini menunjukkan bahwa hanya meningkatkan jumlah orang yang memakai RME saja tidak cukup. Yang lebih penting adalah memastikan interaksi antara pengguna dan sistem berjalan dengan baik, karena kualitas interaksi inilah yang akan menentukan apakah hasil akhirnya positif atau justru berisiko bagi keselamatan pasien (Cahill et al., 2025).

Survei nasional dokter pada tahun 2025 menunjukkan bahwa meskipun penggunaan RME sudah cukup luas, persepsi tenaga kesehatan terhadap dampaknya pada keselamatan dan efisiensi masih bervariasi. Hal ini menandakan bahwa kualitas implementasi sangat memengaruhi hasil yang diperoleh. Faktor seperti pelatihan, cara sistem dikonfigurasi, dan manajemen perubahan berperan penting dalam menentukan apakah penggunaan RME benar-benar memberi manfaat nyata. Ketika rumah sakit menyediakan pakte intervensi yang lengkap mulai dari desain sistem yang lebih baik, pelatihan berkelanjutan, hingga dukungan langsung di lapangan menunjukkan hasil penggunaan RME biasanya lebih optimal. Tenaga kesehatan bisa menghasilkan catatan medis yang lebih rapi dan akurat, mengambil keputusan klinis lebih cepat, serta memberikan layanan yang lebih aman bagi pasien. Oleh karena itu, kebijakan di rumah sakit sebaiknya tidak hanya fokus pada bagaimana agar tenaga kesehatan menggunakan RME, tetapi juga bagaimana mereka menggunakannya dengan benar dan efektif. Dengan begitu, outcome dari RME bisa benar-benar maksimal dan mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan (Schwappach et al., 2025).

1.5.4 Tinjauan Umum tentang Rumah Sakit

a. Definisi dan Peran Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2020, rumah sakit didefinisikan sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan komprehensif bagi individu, mencakup rawat inap, rawat jalan, serta layanan gawat darurat. Rumah sakit berperan sebagai pusat perawatan yang menawarkan berbagai jenis layanan medis dan kesehatan guna memenuhi kebutuhan pasien secara menyeluruh. Sementara itu, berdasarkan definisi World Health Organization (WHO), Rumah Sakit merupakan bagian dari sistem medis dan sosial yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan secara

luas kepada masyarakat, termasuk tindakan pengobatan dan pencegahan.

Selain itu, Rumah Sakit juga berfungsi sebagai pusat pelatihan bagi tenaga medis serta tempat untuk penelitian di bidang biologi, psikologi, sosial ekonomi, dan budaya (Rahma & Suryani, 2024). Peran rumah sakit memiliki dampak langsung terhadap tingkat kesehatan masyarakat di wilayah operasionalnya. Namun, meskipun perannya sangat penting dalam pembangunan kesehatan di Indonesia, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan belum sejalan dengan peran tersebut (Rubiyanti, 2023).

b. Fungsi dan Tugas Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan bagian penting dari organisasi sosial dan kesehatan yang berperan dalam memberikan pelayanan menyeluruh (Komprensif), termasuk penyembuhan penyakit (Kuratif), dan pencegahan penyakit (Preventif) bagi masyarakat. Selain itu, Rumah sakit juga berfungsi sebagai pusat pelatihan tenaga kesehatan serta pusat penelitian medis. Sebagai bagian integral dari sistem sosial dan medis, Rumah sakit menyediakan layanan kesehatan yang lengkap, mencakup aspek kuratif dan rehabilitatif, dengan cakupan pelayanan yang meluas hingga ke keluarga dan lingkungan. Dalam jaringan pelayanan kesehatan, rumah sakit berperan sebagai simpul utama yang berfungsi sebagai pusat rujukan (Tanjung et al., 2023).

Rumah sakit memiliki berbagai fungsi, termasuk pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan nonmedis, perawatan, pendidikan, penelitian, pengembangan, serta administrasi umum dan keuangan. Secara khusus, rumah sakit merupakan salah satu organisasi sektor publik yang bergerak di bidang pelayanan jasa kesehatan, dengan tugas utama menjalankan upaya kesehatan secara efektif dan efisien. Dalam menjalankan fungsinya, rumah sakit mengutamakan penyembuhan dan pemulihan pasien melalui layanan yang terstruktur dan terpadu. Selain itu, rumah sakit juga berperan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat melalui upaya pencegahan penyakit serta berbagai inisiatif untuk upaya perbaikan kondisi kesehatan (Taufiq, 2019).

Tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan dimana untuk menyelenggarakan fungsinya, maka rumah sakit umum menyelenggarakan kegiatan:

- Pelayanan medis
- Pelayanan asuhan keperawatan
- Pelayanan penunjang medis dan non medis
- Pelayanan kesehatan kemasyarakatan dan rujukan
- Pendidikan, penelitian dan pengembangan

- Administrasi umum dan keuangan.

Untuk menjalankan tugas tersebut perlu adanya dukungan dari unit-unit pembantu yang mempunyai tugas spesifik, diantaranya adalah unit rekam medis. Unit rekam medis bertanggung jawab terhadap pengelolaan data pasien menjadi informasi kesehatan yang berguna bagi pengambilan keputusan.

1.5.5 Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat didirikan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, maupun pihak swasta. Rumah sakit yang didirikan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, sebagaimana diatur dalam pasal 2, harus berbentuk Unit Pelaksana Teknis dari Instansi yang bertanggung jawab di bidang kesehatan atau instansi tertentu dengan pengelolaan berbasis Badan Layanan Umum (BLU) atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pada bab 2 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2020, rumah sakit diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Rumah Sakit umum

Rumah sakit umum menyediakan layanan kesehatan yang mencakup berbagai bidang serta jenis penyakit. Pelayanan yang diberikan meliputi layanan medis dan penunjang medis, layanan keperawatan dan kebidanan, serta layanan non medis. Sumber daya manusia di rumah sakit umum terdiri dari tenaga medis dan tenaga lainnya termasuk tenaga psikologi klinis, keperawatan, kebidanan, kefarmasian, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi, keterampilan fisik, keteknisian medis, teknik biomedis, serta tenaga kesehatan lain. Selain itu, rumah sakit umum juga melibatkan tenaga non kesehatan dalam operasionalnya. Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas:

- Rumah sakit umum kelas A memiliki minimal 250 tempat tidur
- Rumah sakit umum kelas B memiliki minimal 200 tempat tidur
- Rumah sakit umum kelas C memiliki minimal 100 tempat tidur
- Rumah sakit umum kelas D memiliki minimal 50 tempat tidur

Dalam penyelenggaraan layanan rawat inap sebagaimana disebutkan dalam pasal 42 ayat (1), rumah sakit wajib memenuhi ketentuan berikut:

- a. Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit:
 - 1) Rumah sakit milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah harus menyediakan minimal 30% (tiga puluh persen) dari total tempat tidur.
 - 2) Rumah Sakit milik swasta harus menyediakan minimal 20% (dua puluh persen) dari total tempat tidur.
- b. Tempat tidur di atas perawatan kelas I, maksimal 30% dari total kapasitas untuk semua jenis rumah sakit (Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan Swasta).

- c. Tempat tidur perawatan intensif minimal 8% dari total kapasitas rumah sakit dengan rincian: 5% untuk pelayanan Unit Rawat Intensif (ICU), dan 3% untuk layanan intensif lainnya.

2. Rumah Sakit khusus

Rumah sakit khusus menyediakan layanan utama yang berfokus pada satu bidang atau jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, kelompok usia, organ, jenis penyakit, atau aspek spesifik lainnya. Jenis rumah sakit khusus meliputi rumah sakit ibu dan anak, mata, gigi dan mulut, ginjal, jiwa, infeksi, telinga-hidung-tenggorok (THT) dan kepala leher, paru, ketergantungan obat, bedah, otak, ortopedi, kanker, serta jantung dan pembuluh darah. Pelayanan kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit khusus minimal mencakup layanan medis dan penunjang medik, layanan keperawatan dan kebidanan, serta pelayanan nonmedis. Sumber daya manusia di rumah sakit khusus terdiri dari tenaga tetap, termasuk tenaga medis, tenaga keperawatan atau kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan lainnya, serta tenaga nonkesehatan. Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas:

- Rumah sakit khusus kelas A memiliki minimal 100 tempat tidur
- Rumah sakit khusus kelas B memiliki minimal 75 tempat tidur
- Rumah sakit khusus kelas C memiliki minimal 18 tempat tidur

1.6 Tabel Sintesa Penelitian

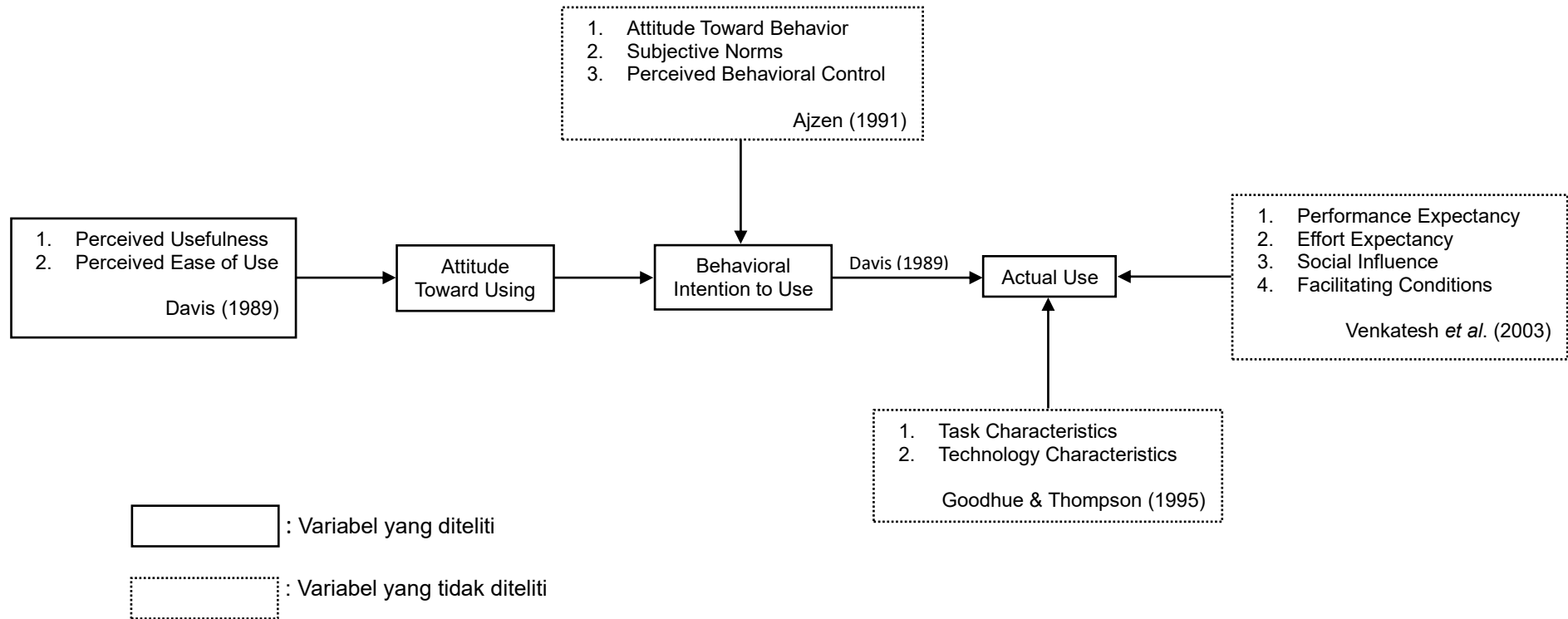
Tabel 1.2 Sintesa Penelitian

No.	Peneliti (Tahun)	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Temuan
1.	Sugiharto, Farid Agushyana & Mateus Sakundarno Adi (2022)	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Rekam Medis Elektronik Rawat Jalan oleh Perawat. <i>Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat</i>	Penelitian menggunakan survei analitik dengan pendekatan waktu secara <i>cross sectional</i> . Analisa data dilakukan menggunakan <i>Structural Equation Modeling-Partial Least Square</i> (SEM-PLS)	120 sampel	Hasil dari penelitian ini menemukan tiga faktor yang memengaruhi sikap perawat terhadap penggunaan RME yaitu persepsi manfaat, persepsi kemudahan dan pengaruh sosial.
2.	Wahyu Wijaya Widiyanto, Sri Suparti, Agustyarum Pradiska Budi & Ahmad Sunandar (2023)	Analisis Penerapan Rekam Medis Elektronik Di FKTP Menggunakan Metode <i>Technology Acceptance Model</i> (TAM). <i>Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNAS)</i>	Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode wawancara dan survei	150 sampel	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemudahan penggunaan teknologi informasi berdampak positif dan signifikan terhadap manfaatnya, kemudahan penggunaan sistem informasi berdampak positif dan signifikan terhadap keinginan atau niat pengguna untuk menggunakannya, dan niat perilaku mereka
3.	Jean Francis Kassiuw & Budi Hidayat (2024)	Faktor yang Berhubungan pada Motivasi Pengguna dan Implementasi Rekam Medis	Desain penelitian ini adalah non-eksperimental dengan pendekatan kuantitatif, yang	72 sampel	Hasil penelitian ini menemukan bahwa ada hubungan signifikan antara persepsi kemanfaatan penggunaan RME dengan motivasi, motivasi dengan

		Elektronik dengan Efisiensi Pelayanan di Instalasi Rawat Jalan RSUD Kebayoran Lama. <i>Administrasi Rumah Sakit Indonesia</i>	menganalisis data numerik melalui SEM		implementasi RME, dan implementasi RME dengan efisiensi pelayanan.
4.	Sri Ratu Dewi Kirana & Irda Sari (2024)	Pengaruh Metode <i>Technology Acceptance Model</i> (TAM) Terhadap Pengguna Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit X. <i>Jurnal Kesehatan Masyarakat</i>	Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional study</i>	30 sampel	Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa kemudahan dalam penerapan sistem (Perceived ease of use) memiliki pengaruh yang positif dan signifikan terhadap RME, sehingga dapat memberikan manfaat dalam meningkatkan produktivitas kerja (Perceived usefulness)
5.	Putu Gede Parama Putra Sukadana & Ni Putu Nina Eka Lestari (2024)	Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Sikap dan Minat Penggunaan Rekam Medis Elektronik. <i>Jurnal Manajemen</i>	Desain penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif	92 sampel	Hasil dari penelitian ini didapatkan bahwa persepsi manfaat dan persepsi kemudahan memiliki pengaruh yang positif dan signifikan terhadap sikap dan minat penggunaan Rekam Medis Elektronik (RME).
6.	Firmansye Ika Panggulu, Rokiah Kusumapradja & Lily Widjaja (2022)	Analisis Pengaruh Rekam Medis Elektronik Berdasarkan Teori TAM. <i>Jurnal Health Sains</i>	Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian explanatoris	65 sampel	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel faktor kontekstual organisasi, sikap dan pengaruh sosial memiliki dampak terhadap persepsi manfaat serta persepsi kemudahan dalam implementasi

			causalitas		rekam medis elektronik, baik secara individu maupun bersamaan.
7.	Uyun Magfiroh, M.F. Arrozi & C.S.P Wekadigunawan (2023)	Implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Kelas D, Kabupaten Serang, Provinsi Banten: Pendekatan <i>Path Analysis. Jurnal</i>	Penelitian ini menggunakan desain kausalitas eksplanatori dengan pendekatan survei	76 sampel	Hasil penelitian mengungkapkan bahwa persepsi kegunaan, efikasi diri, dan kesadaran teknologi RME, berpengaruh signifikan terhadap kesiapan implementasi RME melalui niat. Selain itu, persepsi kegunaan juga memiliki pengaruh signifikan terhadap niat dan kesiapan implementasi RME.

1.7 Kerangka Teori



Gambar 1. 10 Kerangka Teori

Sumber: Davis (1989), Ajzen (1991), Venkatesh (2003), goodhue & Thompson (1995)

1.8 Kerangka Konsep

Dalam pengisian rekam medis elektronik (RME), peran pengguna memiliki peran krusial dalam menjamin kelengkapan data yang dicatat. Penerimaan dan penggunaan teknologi RME tidak hanya ditentukan oleh faktor teknis, tetapi juga dipengaruhi oleh aspek psikologis serta perilaku individu yang mengoperasikannya. Peneliti ini meneliti bagaimana persepsi pengguna terhadap teknologi dapat memengaruhi niat, sikap, dan perilaku seseorang dalam menggunakan teknologi. Mengacu pada model Davis (1989), penelitian ini mencakup variabel *Perceived Usefulness*, *Perceived Ease of Use*, *Attitude Toward Using*, *Behavioral Intention to Use*, dan *Actual Use* yang menggambarkan bagaimana persepsi pengguna dapat memengaruhi keputusan mereka dalam mengadopsi teknologi. Penjabaran dari masing-masing variabel adalah sebagai berikut.

a. *Perceived Usefulness*

Menurut Davis (1989), kemanfaatan (*Usefulness*) merujuk pada sejauh mana seseorang meyakini bahwa penggunaan suatu sistem tertentu dapat meningkatkan kinerja pekerjaannya. *Perceived Usefulness* didefinisikan sebagai manfaat yang diberikan oleh suatu teknologi, sehingga jika manfaat tersebut diragukan, seseorang tidak akan memiliki nilai untuk menggunakannya (Aditya & Wardhana, 2016). Individu yang merasakan manfaat dari penggunaan teknologi akan merasa puas karena pekerjaan mereka menjadi lebih mudah dibandingkan sebelumnya. Kepuasan terhadap teknologi ini mendorong individu untuk terus menggunakannya secara berkelanjutan, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kinerja pekerjaan mereka.

Persepsi ini merupakan salah satu konsep utama di mana efektivitas teknologi berkaitan dengan sejauh mana individu menilai teknologi tersebut dapat meningkatkan kinerja atau produktivitas pribadi dalam menyelesaikan tugas tertentu. Ketika seseorang menggunakan teknologi, diharapkan manfaatnya dapat dirasakan agar kinerja mereka meningkat. Kegunaan teknologi diukur berdasarkan sejauh mana teknologi tersebut dianggap bermanfaat bagi penggunanya. Jika individu percaya bahwa teknologi dapat membantu mereka mencapai tujuan dengan lebih efektif dan efisien, maka mereka cenderung lebih mudah menerima dan mengadopsinya (Aulia, 2024).

b. *Perceived Ease of Use*

Menurut Davis (1989) kemudahan penggunaan yang dipersepsikan (*Perceived ease of use*) didefinisikan sebagai tingkat keyakinan seseorang bahwa penggunaan suatu teknologi tidak akan memerlukan banyak usaha. Persepsi ini didasarkan pada sejauh mana calon pengguna menganggap bahwa sistem baru yang akan digunakan tidak akan menimbulkan kesulitan (Aditya & Wardhana, 2016). Kemudahan dalam menggunakan teknologi dapat mengurangi kecemasan dan ketidakpastian individu terhadap teknologi baru, sehingga dapat meningkatkan minat serta motivasi mereka untuk mempelajarinya. Keyakinan individu terhadap manfaat suatu sistem bergantung pada sejauh mana mereka merasa bahwa sistem tersebut mudah digunakan dan tidak memerlukan banyak usaha (Pillai et al., 2020).

Pentingnya persepsi ini terletak pada pengaruhnya terhadap adopsi teknologi. Perceived Ease of Use berhubungan dengan tingkat kepuasan individu dalam menggunakan teknologi, karena ketika seseorang merasa bahwa teknologi tersebut mudah digunakan dan memberikan pengalaman yang positif, maka kepuasan mereka akan meningkat. Kepuasan pengguna yang tinggi dapat memberikan manfaat jangka panjang, seperti meningkatkan loyalitas serta mendorong mereka untuk memberikan rekomendasi positif kepada orang lain. Konsep ini mengacu pada sejauh mana individu atau organisasi meyakini bahwa adopsi teknologi dapat memberikan kemudahan bagi pengguna potensial (Aulia, 2024).

c. *Attitude Toward Using*

Sikap (Attitude) merupakan salah satu aspek penting yang mencerminkan bagaimana individu memandang teknologi. Sikap ini dapat beragam, mulai dari penerimaan dan antusiasme hingga ketakutan dan penolakan. Individu dengan sikap positif terhadap teknologi cenderung melihatnya sebagai alat yang dapat meningkatkan efisiensi, kenyamanan, serta kualitas hidup. Mereka lebih terbuka untuk mengadopsi teknologi karena merasa tertantang untuk memahami dan memanfaatkannya secara optimal dalam kehidupan sehari-hari. Dalam memahami niat dan motivasi seseorang dalam menggunakan teknologi, sikap dianggap sebagai faktor yang sangat berpengaruh (Jain et al., 2020).

Sikap terbentuk dari pengalaman, pengetahuan, dan keyakinan individu, yang dapat memengaruhi cara mereka berpikir, merasakan, dan bertindak terhadap sesuatu. Sikap terhadap teknologi berperan dalam menentukan sejauh mana seseorang bersedia mengadopsi teknologi tersebut. Individu dengan pandangan positif terhadap teknologi baru lebih cenderung untuk mencoba dan menggunakannya. Sikap dapat dipahami sebagai konsep psikologis yang digunakan untuk menilai kinerja seseorang, baik dalam aspek positif maupun negatif. Sementara itu, individu dengan sikap negatif terhadap teknologi baru cenderung lebih tertutup dan kurang terbuka terhadap adopsi teknologi (Akram et al., 2021).

d. *Behavioral Intention to Use*

Minat penggunaan (behavioral intention) sistem informasi merujuk pada niat seseorang untuk menggunakan sistem informasi, yang kemudian berkembang menjadi kecenderungan untuk terus menggunakannya. Sementara itu, minat penggunaan (behavioral intention) teknologi informasi dapat diartikan sebagai tingkat keinginan individu dalam memanfaatkan teknologi informasi secara berkelanjutan, dengan asumsi bahwa mereka memiliki akses terhadap teknologi tersebut (Chamid, 2022). Mengacu pada perilaku konsumen yang mencerminkan keinginan untuk menggunakan suatu layanan secara berulang atau berkelanjutan. Perilaku ini mencakup tindakan di mana konsumen menunjukkan ketertarikan dan kepercayaan terhadap layanan yang disediakan (Jatnika et al., 2023).

Dalam model Penerimaan Teknologi (TAM), intensi memengaruhi penggunaan sistem yang sebenarnya dan dipengaruhi oleh sikap terhadap

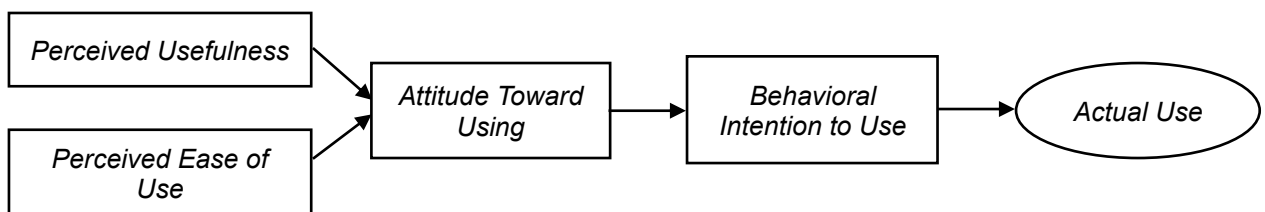
penggunaan serta persepsi kegunaan. Terdapat dua indikator yang digunakan untuk mengukur intensi, yaitu pemanfaatan sistem dalam menjelaskan tugas yang diberikan serta perencanaan penggunaannya di masa mendatang (Pratama et al., 2022). Berdasarkan kedua indikator tersebut, minat pengguna dalam menggunakan aplikasi rekam medis elektronik tetap tinggi, ditunjukkan oleh ketertarikan petugas dalam memanfaatkannya. Hal ini menunjukkan bahwa sistem yang saat ini digunakan sangat dibutuhkan karena membantu mempermudah pekerjaan petugas. Selain itu, rekam medis elektronik dinilai relevan dalam mendukung layanan kesehatan, memastikan data pasien tersimpan dengan baik dan tidak mudah hilang, serta memberikan manfaat yang signifikan di era digital saat ini (Febrianti et al., 2020).

e. *Actual Use*

Menurut Davis (1989), “actual use” diartikan sebagai “kinerja seseorang dari perilaku tertentu”. Konsep ini dapat dilihat melalui penggunaan sistem informasi dalam praktik nyata, seperti intensitas pemanfaatan sistem rekam medis elektronik, frekuensi penggunaan sistem informasi, serta konsistensi dalam menggunakan sistem RME secara berkelanjutan. Pengguna akan merasa puas dalam menggunakan sistem apabila mereka meyakini bahwa sistem tersebut mudah digunakan, mampu meningkatkan produktivitas, dan tercermin dalam penggunaan aktualnya (Ardiani, 2023).

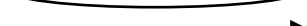
Penggunaan sistem yang sesungguhnya terjadi ketika pengguna meyakini bahwa sistem tersebut mudah digunakan dan dapat meningkatkan efisiensi dan produktivitas mereka, sehingga tercermin dalam praktik nyata penggunaannya. Pengukuran penggunaan aktual atau “actual use” dapat dilakukan dengan menghitung total durasi interaksi pengguna dengan teknologi serta frekuensi penggunaannya (Jatnika et al., 2023). Tiga indikator digunakan untuk mengukur komponen penggunaan sistem yang sebenarnya, yaitu tingkat penggunaan aktual, frekuensi penggunaan, dan tingkat kepuasan pengguna (Pratama et al., 2022).

Berdasarkan penjelasan di atas, alur penelitian dapat disajikan dalam bentuk kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 1. 6 Kerangka Konsep

Keterangan:

- | | |
|---|-----------------------|
|  | : Variabel Independen |
|  | : Variabel Dependen |
|  | : Arah Hubungan |

1.9 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 1.3 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
1.	<i>Perceived Usefulness</i>	Perceived Usefulness atau persepsi kemanfaatan menunjukkan keyakinan pengguna bahwa pada kontribusi sistem rekam medis elektronik akan meningkatkan kinerja pengguna (Tulodo & Sulichin, 2019).	Kuesioner sebanyak 7 pertanyaan dengan menggunakan skala likert: 1 = Sangat Tidak Setuju 2 = Tidak Setuju 3 = Cukup Setuju 4 = Setuju 5 = Sangat Setuju	Skor tertinggi: $7 \times 5 = 35$ Skor terendah: $7 \times 1 = 7$ Skor range: $35 - 7 = 28$ Interval Skor: $28/2 = 14$ Kriteria Objektif: a. Rendah: 7-21 b. Tinggi: 22-35	Interval
2.	<i>Perceived Ease of Use</i>	Persepsi <i>Ease Of use</i> atau kemudahan penggunaan adalah diartikan sebagai tingkat dimana petugas atau tenaga medis meyakini bahwa penggunaan sistem rekam medis elektronik mempermudah dan tidak memerlukan usaha keras dari pengguna untuk bisa menggunakan.	Kuesioner sebanyak 7 pertanyaan dengan menggunakan skala likert: c. = Sangat Tidak Setuju d. = Tidak Setuju 3 = Cukup Setuju 4 = Setuju 5 = Sangat Setuju	Skor tertinggi: $7 \times 5 = 35$ Skor terendah: $7 \times 1 = 7$ Skor range: $35 - 7 = 28$ Interval Skor: $28/2 = 14$ Kriteria Objektif: a. Rendah: 7-21 b. Tinggi: 22-35	Interval
3.	<i>Attitude Toward Using</i>	Merupakan perilaku pengguna yang dipengaruhi oleh keyakinan terkuat dalam penggunaan sistem rekam medis elektronik serta evaluasi	Kuesioner sebanyak 4 pertanyaan dengan menggunakan skala likert: 1 = Sangat Tidak Setuju 2 = Tidak Setuju 3 = Cukup Setuju	Skor tertinggi: $4 \times 5 = 20$ Skor terendah: $4 \times 1 = 4$ Skor range: $20 - 4 = 16$ Interval Skor: $16/2 = 8$	Interval

		positif atau negatif petugas terhadap penggunaan sistem rekam medis elektronik	4 = Setuju 5 = Sangat Setuju	Kriteria Objektif: a. Rendah: 4-12 b. Tinggi: 13-20	
4.	<i>Behavioral Intention to Use</i>	<i>Behavioral Intention to Use</i> atau minat perilaku adalah suatu keinginan petugas untuk menggunakan sistem rekam medis elektronik dalam menjalankan tugas.	Kuesioner sebanyak 3 pertanyaan dengan menggunakan skala likert: 1 = Sangat Tidak Setuju 2 = Tidak Setuju 3 = Cukup Setuju 4 = Setuju 5 = Sangat Setuju	Skor tertinggi: $3 \times 5 = 15$ Skor terendah: $3 \times 1 = 3$ Skor range: $15 - 3 = 12$ Interval Skor: $12/2 = 6$ Kriteria Objektif: a. Rendah: 3-9 b. Tinggi: 10-15	Interval
5.	<i>Actual Use</i>	<i>Actual Use</i> atau Penggunaan aktual adalah tindakan petugas dalam menggunakan sistem rekam medis elektronik.	Kuesioner sebanyak 2 pertanyaan dengan menggunakan skala likert: 1 = Sangat Tidak Setuju 2 = Tidak Setuju 3 = Cukup Setuju 4 = Setuju 5 = Sangat Setuju	Skor tertinggi: $2 \times 5 = 10$ Skor terendah: $2 \times 1 = 2$ Skor range: $10 - 2 = 8$ Interval Skor: $8/2 = 4$ Kriteria Objektif: a. Rendah: 2-6 b. Tinggi: 7-10	Interval

1.10 Hipotesis Penelitian

1.10.1 Hipotesis Null (H_0)

1. Tidak ada pengaruh yang signifikan antara persepsi kemanfaatan (*perceived usefulness*) terhadap sikap perilaku pengguna (*attitude toward using*) dalam penggunaan RME.
2. Tidak ada pengaruh yang signifikan antara persepsi kemudahan (*perceived ease of use*) terhadap sikap perilaku pengguna (*attitude toward using*) dalam penggunaan RME.
3. Tidak ada pengaruh yang signifikan antara sikap perilaku pengguna (*attitude toward using*) terhadap minat perilaku penggunaan (*Behavioral intention to use*) dalam penggunaan RME.
4. Tidak ada pengaruh yang signifikan antara minat perilaku penggunaan (*Behavioral intention to use*) terhadap penggunaan RME secara aktual (*actual use*).

1.10.2 Hipotesis Alternatif (H_a)

1. Ada pengaruh yang signifikan antara persepsi kemanfaatan (*perceived usefulness*) terhadap sikap perilaku pengguna (*attitude toward using*) dalam penggunaan RME.
2. Ada pengaruh yang signifikan antara persepsi kemudahan (*perceived ease of use*) terhadap sikap perilaku pengguna (*attitude toward using*) dalam penggunaan RME.
3. Ada pengaruh yang signifikan antara sikap perilaku pengguna (*attitude toward using*) terhadap minat perilaku penggunaan (*Behavioral intention to use*) dalam penggunaan RME.
4. Ada pengaruh yang signifikan antara minat perilaku penggunaan (*Behavioral intention to use*) terhadap penggunaan RME secara aktual (*actual use*).

BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan analitik dan desain penelitian *cross-sectional study*, yaitu studi yang menganalisis hubungan serta pengaruh antara variabel independen terhadap variabel dependen pada waktu yang sama. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi penggunaan rekam medis elektronik di RSUD Kota Makassar pada Tahun 2025. Dalam penelitian ini, faktor-faktor yang berpengaruh berperan sebagai variabel independen, sedangkan penggunaan rekam medis elektronik (RME) menjadi variabel dependen.

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Kota Makassar yang terletak di Jl. Perintis Kemerdekaan KM. 14, Daya Kec. Biringkanayya Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret - Juli Tahun 2025.

2.3 Populasi dan Sampel

2.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini mencakup seluruh tenaga kesehatan yang bertugas serta memiliki tanggung jawab dalam penggunaan Rekam Medis Elektronik (RME) di RSUD Kota Makassar pada Tahun 2025 yang berjumlah 468 tenaga kesehatan.

Tabel 2.1 Jumlah Tenaga Kesehatan/Unit

No.	Jenis Tenaga Kesehatan/Unit	Jumlah Populasi
1.	Dokter Spesialis	39
2.	Perawat	204
3.	Dokter Umum	17
4.	Petugas Fisioterapi	11
5.	Dokter Gigi dan Mulut	11
6.	Bidan	118
7.	Petugas Farmasi	5
8.	Ahli Gizi	22
9.	Petugas Laboratorium	21
10.	Petugas Radiologi	20
Total		468

2.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi atau wakil populasi yang diteliti dan diambil sebagai sumber data serta dapat mewakili seluruh populasi (Jailani & Jeka, 2023). Sampel dalam penelitian ini ditentukan menggunakan teknik *proportional random sampling*, yaitu pengambilan secara acak dengan mempertimbangkan proporsi setiap sub kelompok dalam populasi. Dalam penelitian ini, untuk menentukan ukuran sampel maka digunakan perhitungan dengan rumus Krejcie dan Morgan Table yaitu apabila populasinya sebesar 468 orang, maka sampel yang diperoleh sebanyak 214 orang.

Untuk mendapatkan sampel yang proporsional dari setiap sub populasi, peneliti menggunakan rumus yaitu:

$$n = \frac{\text{Jumlah Sub Populasi}}{\text{Jumlah Populasi}} \times \text{Jumlah Sampel}$$

Dengan demikian maka didapatkan jumlah sampel berdasarkan jenis tenaga kesehatan/unit di RSUD Kota Makassar Tahun 2025 antara lain:

Tabel 2.2 Jumlah Sampel Berdasarkan Jenis Tenaga Kesehatan/Unit

No.	Jenis Tenaga Kesehatan/Unit	Jumlah Karyawan	Jumlah Sampel
1.	Dokter Spesialis	39	18
2.	Perawat	204	93
3.	Dokter Umum	17	8
4.	Petugas Fisioterapi	11	5
5.	Dokter Gigi dan Mulut	11	5
6.	Bidan	118	54
7.	Petugas Farmasi	5	2
8.	Ahli Gizi	22	10
9.	Petugas Laboratorium	21	10
10.	Petugas Radiologi	20	9
Total		468	214

2.4 Instrumen Penelitian

2.4.1 Laptop

Peneliti menggunakan laptop dalam penelitian ini untuk mengumpulkan data, mengelola, dan menganalisis data dengan menggunakan program SPSS (*Statistical Package for the Social Science*)

2.4.2 Kuesioner

Kuesioner adalah instrumen yang digunakan untuk mengukur suatu peristiwa atau kejadian yang berisi kumpulan pertanyaan untuk memperoleh informasi terkait penelitian yang dilakukan. Kuesioner penelitian disusun dengan cara mengajukan pertanyaan tertutup serta pilihan jawaban untuk disampaikan kepada sampel penelitian (Amalia et al., 2022).

2.4.3 Handphone

Handphone digunakan peneliti untuk mendokumentasikan untuk mendukung pengambilan data selama pelaksanaan penelitian berlangsung guna menyediakan bukti pendukung yang relevan.

2.5 Operasional Penelitian

2.5.1 Data Primer

Data primer diperoleh peneliti secara langsung melalui kuesioner yang diisi oleh responden. Kuesioner tersebut memuat sejumlah pertanyaan yang berkaitan dengan variabel yang mempengaruhi penggunaan rekam medis

elektronik. Dalam penelitian ini responden diminta memilih jawaban dari beberapa opsi yang relevan dengan pengalaman mereka selama bekerja di RSUD Kota Makassar.

2.5.2 Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh langsung dari bagian Instalasi Rekam Medis dan Kepegawaian RSUD Kota Makassar.

2.6 Pengolahan dan Analisis Data

2.6.1 Pengolahan Data

Pengolahan data adalah proses *Input* dan *Output* data menjadi bentuk yang lain yang sangat dibutuhkan yaitu berupa informasi (Nawassyarif et al., 2020). Pengolahan data juga merupakan suatu proses untuk mendapatkan data dari setiap variabel penelitian yang siap dianalisis. Dalam penelitian ini, seluruh data yang dikumpulkan dari responden melalui kuesioner diolah menggunakan perangkat lunak komputer, yaitu *Statistical Program for Social Science* (SPSS). Proses pengolahan data dilakukan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

1. *Screening Data*

Tahap penyaringan data dilakukan dengan memeriksa data yang diperoleh untuk mengidentifikasi apakah terdapat data yang belum diisi atau terabaikan oleh responden.

2. *Editing Data*

Pengeditan adalah pemeriksaan atau koreksi data yang telah dikumpulkan. Pengeditan dilakukan karena kemungkinan data yang masuk tidak memenuhi syarat atau tidak sesuai dengan kebutuhan (Nasional, 2008). Proses editing data dilakukan setelah pengumpulan data untuk memastikan bahwa data yang telah dikumpulkan terisi secara lengkap dan jelas, serta tidak ada kekurangan.

3. *Coding Data*

Coding (pengkodean) data adalah pemberian kode-kode tertentu pada tiap-tiap data termasuk memberikan kategori untuk jenis data yang sama. Kode adalah simbol tertentu dalam bentuk huruf atau angka untuk memberikan identitas data. Data yang diperoleh dari responden kemudian diberi kode berupa angka atau simbol numerik untuk setiap kategori. Pengkodean dilakukan untuk mempermudah proses analisis pada setiap pertanyaan di kuesioner.

4. *Entrying Data*

Setelah proses coding data selesai, dilakukan entry data atau memasukkan data ke dalam setiap variabel. Dalam tahapan ini peneliti menginput data ke komputer menggunakan aplikasi pengolahan data yaitu SPSS.

5. *Cleaning Data*

Cleaning data merupakan tahap untuk memastikan tidak ada kesalahan dalam pengisian, dan untuk mendeteksi keberadaan missing data, yang kemudian diperbaiki atau dibersihkan sebelum tahap analisis dilakukan.

2.6.2 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan Program SPSS (*Statistical Program for the Social Science*). Analisis data dilakukan dengan 2 cara yaitu:

1. Analisis Univariat

Analisis data univariat adalah jenis analisis yang melibatkan hanya satu variabel. Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran umum masalah penelitian dengan cara mendeskripsikan variabel yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu dengan melihat gambaran dari masing-masing variabel agar mendapatkan gambaran dasar tentang data yang dikumpulkan

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah metode analisis statistik yang digunakan untuk memahami hubungan antara dua variabel yaitu variabel dependen dan variabel independen. Tujuan dari analisis ini adalah untuk melihat apakah terdapat hubungan atau asosiasi antara kedua variabel tersebut dan seberapa kuat hubungan tersebut. Untuk menguji hubungan antara variabel dependen dan variabel independen maka dilakukan Uji Spearman yang bertujuan untuk mengetahui kekuatan dan arah hubungan atau pengaruh antara dua variabel atau data yang tidak berdistribusi normal. jenis hubungan antara variabel dependen dan variabel independen dapat bersifat positif dan negatif. Apabila nilai sig. (2-tailed) $< 0,05$ maka terdapat hubungan secara signifikan. Adapun kekuatan antar variabel dapat dilihat ketika nilai koefisien korelasi $0,00 - 0,199$ memiliki tingkat hubungan (sangat lemah), nilai korelasi $0,20 - 0,399$ (lemah), nilai korelasi $0,40 - 0,599$ (sedang/cukup), nilai korelasi $0,60 - 0,799$ (kuat) dan nilai korelasi $0,80 - 1,00$ (sangat kuat).

2.7 Penyajian Data

Dalam penelitian ini data akan disajikan dalam bentuk narasi dan tabel yang disertai penjelasan atau penafsiran setiap tabel dalam bentuk naratif sehingga data yang disajikan dapat dipahami dengan mudah.