JMIAK: Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan
Vol. 9, No. 2, Bulan November Tahun 2026, hlm. 211 -
eISSN: 2622-6944
pISSN: 2621-6612
URL : https://journal.univetbantara.ac.id/index.php/jmiak-rekammedis/



Penerimaan Fitur Analisis Rekam Medis Elektronik Berbasis TAM di Rumah Sakit Kanker Dharmais

Jumadi[1*], Wahyu Wijaya Widiyanto[2]

[1,2]Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan, Politeknik Indonusa Surakarta
25.jumadi.jumadi@poltekindonusa.ac.id, wahyuwijaya@poltekindonusa.ac.id

Keywords:

electronic medical record;
medical record analysis;
Technology Acceptance Model;
perceived usefulness;
perceived ease of use

ABSTRACT

The medical-record analysis feature of an electronic medical record (EMR) application is intended to support completeness review and patient-data retrieval. This study described users' perceived usefulness and perceived ease of use of the feature at Dharmais Cancer Hospital and identified operational gaps requiring improvement. A descriptive qualitative design was used. Three medical-record analysis officers, representing all direct users in the study unit, were purposively included. Data were obtained through in-depth interviews and direct observation and analyzed through data reduction, data display, and conclusion drawing. Method triangulation compared interview accounts with observed work practices. The three users perceived the feature as useful for electronic completeness checking, patient-data retrieval, and reducing reliance on spreadsheets during the initial review. They also considered the main workflow relatively easy after routine use and informal assistance. Nevertheless, reporting remained partly manual because several recapitulations and quality indicators still required other applications and Microsoft Excel. Users reported intermittent slowing; one observation recorded a delay of approximately one to two minutes at 10:15 a.m., but the study did not verify its frequency or technical cause. Therefore, the findings describe user perceptions of two core TAM constructs rather than overall technology acceptance. Development priorities include a needs-based dashboard, automatic reports, system integration, notifications for incomplete records, user guidance, and a technical assessment using response-time logs.

Kata Kunci

rekam medis elektronik;
analisis rekam medis;
Technology Acceptance Model;
perceived usefulness;
perceived ease of use

ABSTRAK

Fitur analisis pada aplikasi Rekam Medis Elektronik (RME) digunakan untuk mendukung pemeriksaan kelengkapan dan pencarian data pasien. Penelitian ini bertujuan menggambarkan persepsi kegunaan (*perceived usefulness*) dan persepsi kemudahan penggunaan (*perceived ease of use*) fitur tersebut di Rumah Sakit Kanker Dharmais serta mengidentifikasi kesenjangan operasional yang perlu diperbaiki. Penelitian menggunakan desain kualitatif deskriptif. Tiga petugas analisis rekam medis yang mewakili seluruh pengguna langsung pada unit penelitian dipilih secara *purposive*. Data diperoleh melalui wawancara mendalam dan observasi langsung, kemudian dianalisis melalui reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan. Triangulasi metode dilakukan dengan membandingkan keterangan informan dan praktik kerja yang diamati. Ketiga pengguna menilai fitur bermanfaat untuk pemeriksaan kelengkapan secara elektronik, pencarian data pasien, dan mengurangi ketergantungan pada *spreadsheet* dalam analisis awal. Alur utama juga dinilai relatif mudah setelah digunakan secara rutin dan mendapat pendampingan informal. Namun, pelaporan masih sebagian manual karena sejumlah rekapitulasi dan indikator mutu tetap memerlukan aplikasi lain serta *Microsoft Excel*. Pengguna melaporkan perlambatan yang terjadi sesekali;

satu sesi observasi mencatat keterlambatan sekitar satu sampai dua menit pada pukul 10.15 WIB, tetapi frekuensi dan penyebab teknisnya tidak diverifikasi. Dengan demikian, temuan menggambarkan persepsi pada dua konstruk inti TAM, bukan penerimaan tekno*log*i secara menyeluruh. Prioritas perbaikan meliputi *dashboard* berbasis kebutuhan, laporan otomatis, integrasi sistem, notifikasi ketidaklengkapan, panduan pengguna, dan evaluasi teknis menggunakan *log response time*.

Korespondensi Penulis:
Jumadi
Politeknik Indonusa Surakarta,
Jl. Palem No. 8 Jati, Cemani, Grogol, Kabupaten Sukoharjo,
Jawa Tengah 57552,
Telepon : +62 852-8484-8151,
Email: 25.jumadi.jumadi@poltekindonusa.ac.id

Submitted : -12-07-2026;
Accepted : 07-08-2026; Published : 23-11-2026
Copyright *(c) 2024 The Author (s)*
This article is distributed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0)

1. PENDAHULUAN

Digitalisasi pelayanan kesehatan mendorong rumah sakit mengelola data klinis dan administratif secara terintegrasi. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan Rekam Medis Elektronik (RME) tidak hanya berfungsi sebagai sarana pencatatan, tetapi juga sebagai sumber informasi untuk pelaporan, kendali mutu, koordinasi pelayanan, dan pengambilan keputusan. Di Indonesia, penyelenggaraan SIMRS dan RME telah diperkuat melalui ketentuan mengenai SIMRS dan rekam medis elektronik [1], [2]. Keberhasilan implementasi suatu fitur RME karena itu perlu ditelaah dari kesesuaiannya dengan proses kerja serta dari manfaat dan kemudahan yang dirasakan pengguna langsung.

Salah satu proses penting dalam manajemen informasi kesehatan adalah analisis rekam medis untuk menilai kelengkapan, ketepatan, kejelasan, dan konsistensi dokumentasi pelayanan. Pada proses berbasis kertas, pemeriksaan dan rekapitulasi sering membutuhkan pekerjaan manual yang panjang. Fitur analisis dalam RME diharapkan membantu pencarian data, penandaan item yang belum lengkap, dan penyusunan rekapitulasi. Namun, manfaat tersebut tidak otomatis tercapai apabila *dashboard* belum memenuhi kebutuhan, laporan belum tersedia secara otomatis, atau pengguna masih harus berpindah ke aplikasi lain.

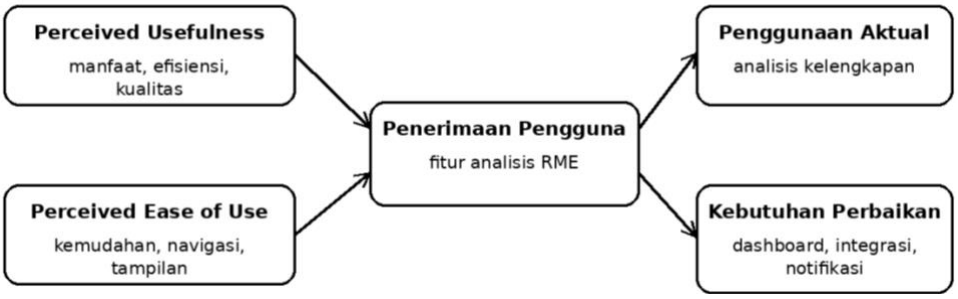
Technology Acceptance Model (TAM) menjelaskan bahwa *perceived usefulness* dan *perceived ease of use* merupakan keyakinan utama yang berkaitan dengan respons pengguna terhadap tekno*log*i [3], [4]. *Perceived usefulness* menggambarkan sejauh mana pengguna meyakini sistem membantu kinerjanya, sedangkan *perceived ease of use* menunjukkan sejauh mana sistem dipandang mudah dipahami dan dioperasikan. TAM secara lebih luas juga memuat hubungan dengan sikap, niat menggunakan, dan penggunaan aktual. Penelitian ini tidak mengukur keseluruhan rangkaian tersebut, tetapi menggunakan dua konstruk inti sebagai lensa analisis kualitatif terhadap pengalaman pengguna fitur analisis rekam medis.

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kegunaan dan kemudahan penggunaan merupakan aspek penting dalam evaluasi RME dan SIMRS [5], [6]. Sebagian penelitian menilai penerimaan RME secara umum atau menguji hubungan antarvariabel TAM pada kelompok pengguna yang lebih luas. Bukti mengenai pengalaman penggunaan fitur analisis rekam medis sebagai fungsi khusus di unit rekam medis masih terbatas. Fokus yang lebih spesifik diperlukan karena kebutuhan pemeriksaan kelengkapan, rekapitulasi, *monitoring* indikator mutu, dan tindak lanjut dokumen tidak selalu dapat dijelaskan oleh evaluasi RME secara umum.

Studi pendahuluan di Rumah Sakit Kanker Dharmais menunjukkan bahwa fitur analisis rekam medis telah digunakan dalam pekerjaan harian. Pemeriksaan dasar sudah dilakukan melalui RME, tetapi beberapa laporan bulanan dan indikator mutu masih memerlukan aplikasi lain serta *Microsoft Excel*. Kondisi tersebut menunjukkan adanya perbedaan antara fungsi yang tersedia dan kebutuhan operasional unit. Evaluasi dari perspektif pengguna langsung diperlukan untuk mengidentifikasi manfaat yang dirasakan, kemudahan penggunaan, keterbatasan fungsi, dan prioritas pengembangan.

Penelitian ini bertujuan menggambarkan *perceived usefulness* dan *perceived ease of use* fitur analisis rekam medis pada aplikasi RME di Rumah Sakit Kanker Dharmais, sekaligus mengidentifikasi kendala operasional dan kesesuaian fitur dengan kebutuhan pengguna. Artikel ini tidak menyimpulkan penerimaan pengguna secara keseluruhan karena tidak menganalisis *attitude*, *behavioral intention*, atau *actual use*

sebagai konstruk terpisah. Kebaruan penelitian terletak pada fokus terhadap satu fitur operasional yang digunakan petugas analisis rekam medis serta perbandingan antara keterangan pengguna dan praktik kerja yang diamati.



Gambar 1. Kerangka analisis implementasi fitur analisis RME berbasis TAM

2. METODE PENELITIAN

2.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif deskriptif untuk memahami pengalaman, persepsi, dan kendala pengguna dalam mengoperasikan fitur analisis rekam medis [7]. TAM digunakan secara terbatas sebagai kerangka konseptual untuk mengelompokkan data ke dalam *perceived usefulness* dan *perceived ease of use*. Tema kendala operasional dan kesesuaian fitur ditambahkan agar analisis tetap dekat dengan kebutuhan kerja. Desain ini tidak dimaksudkan untuk menguji hubungan kausal antarvariabel atau menilai penerimaan tekno*log*i secara menyeluruh.

Penelitian dilaksanakan di Unit Rekam Medis Rumah Sakit Kanker Dharmais, Jakarta Barat, pada tahun 2026. Observasi langsung dilakukan dalam satu sesi pada pukul 08.30-11.00 WIB untuk melihat penggunaan fitur analisis, pencarian data, perpindahan antaraplikasi, penyusunan rekapitulasi, dan respons sistem selama proses kerja. Karena observasi dilakukan dalam waktu terbatas, kejadian yang ditemukan diperlakukan sebagai bukti kontekstual, bukan sebagai pola frekuensi atau penyebab teknis.

2.2 Informan Penelitian

Informan dipilih secara *purposive* berdasarkan keterlibatan langsung dalam penggunaan fitur analisis rekam medis. Tiga petugas dilibatkan dan jumlah tersebut mencakup seluruh pengguna langsung fitur pada unit yang diteliti. Kriteria inklusi meliputi petugas yang menggunakan fitur dalam pekerjaan sehari-hari, memahami alur analisis rekam medis, aktif bekerja pada periode penelitian, dan bersedia diwawancarai. Kriteria eksklusi meliputi petugas yang tidak aktif, tidak menggunakan fitur, tidak bersedia berpartisipasi, atau tidak menyelesaikan wawancara. Informan dari tim IT dan manajemen tidak dilibatkan; oleh karena itu, penjelasan mengenai penyebab teknis sistem dibatasi sebagai persepsi pengguna.

Seluruh informan diberi kode I-1, I-2, dan I-3 untuk menjaga anonimitas. Kode digunakan pada penyajian kutipan dan matriks temuan agar identitas personal tidak ditampilkan. Karakteristik informan disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik informan penelitian

Kode	JK	Usia	Pendidikan	Jabatan	Lama bekerja	Lama menggunakan RME	Frekuensi
I-1	P	28	D3 RMIK	Petugas Analisis RM	4 tahun	4 tahun	Setiap hari
I-2	P	28	D3 RMIK	Petugas Analisis RM	4 tahun	4 tahun	Setiap hari
I-3	P	25	D3 RMIK	Petugas Analisis RM	4 tahun	4 tahun	Setiap hari

Sumber: Data primer, 2026.

2.3 Teknik Pengumpulan dan Analisis Data

Data utama dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur dan observasi langsung. Pertanyaan wawancara menggali manfaat yang dirasakan, kemudahan belajar dan mengoperasikan fitur,

kendala, kesesuaian fungsi, serta kebutuhan pengembangan. *Probing* digunakan untuk memperoleh contoh, dampak, dan cara pengguna mengatasi kendala. Dokumen administratif hanya digunakan untuk memahami konteks unit dan tidak diperlakukan sebagai sumber temuan utama karena tidak dilakukan analisis dokumen yang terpisah dan sistematis.

Observasi diarahkan pada urutan kerja, navigasi menu, pencarian data pasien, penggunaan aplikasi lain atau *Microsoft Excel*, dan kejadian perlambatan selama sesi pengamatan. Keabsahan data diperkuat melalui triangulasi metode, yaitu membandingkan keterangan wawancara dengan perilaku dan proses yang terlihat saat observasi. Penelitian ini tidak mengklaim triangulasi sumber karena ketiga informan memiliki jabatan dan fungsi kerja yang sama.

Analisis data mengikuti model interaktif Miles, Huberman, dan Saldana yang meliputi kondensasi atau reduksi data, penyajian data, serta penarikan dan verifikasi kesimpulan [8]. Transkrip wawancara dan catatan observasi dikodekan ke dalam tema *perceived usefulness*, *perceived ease of use*, kendala operasional, dan kesesuaian fitur. Pernyataan tentang *server*, jaringan, atau beban akses dikodekan sebagai penjelasan informan dan tidak ditetapkan sebagai penyebab teknis tanpa data *log* atau konfirmasi dari petugas IT.

2.4 Perizinan dan Perlindungan Informan

Penelitian dilaksanakan setelah surat izin penelitian memperoleh persetujuan langsung dari pimpinan Rumah Sakit Kanker Dharmais. Peneliti utama merupakan karyawan rumah sakit yang telah bekerja selama 10 tahun, sehingga pelaksanaan penelitian dan akses terhadap unit penelitian dikoordinasikan melalui prosedur internal rumah sakit. Seluruh informan memperoleh penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penelitian serta memberikan persetujuan untuk berpartisipasi. Kerahasiaan dan anonimitas dijaga dengan mengganti identitas informan menggunakan kode, dan setiap informan berhak menolak atau menghentikan partisipasi tanpa konsekuensi. Data digunakan hanya untuk kepentingan akademik.

3. HASIL DAN ANALISIS

3.1 Gambaran Implementasi Fitur Analisis Rekam Medis

Hasil wawancara menunjukkan bahwa fitur analisis rekam medis telah digunakan dalam aktivitas harian ketiga petugas. Proses kerja dimulai dengan *login* menggunakan akun masing-masing, membuka menu analisis, memilih data pasien, kemudian memeriksa komponen seperti identitas, diagnosis, tindakan, resume medis, tanda tangan DPJP, persetujuan tindakan, dan dokumen penunjang. Apabila ditemukan ketidaklengkapan, petugas memberikan tanda atau catatan pada sistem untuk ditindaklanjuti oleh unit terkait.

Menurut informan, pemeriksaan kelengkapan dasar telah beralih ke aplikasi RME. Meskipun demikian, penyusunan laporan bulanan, *monitoring* indikator mutu, dan rekapitulasi tertentu masih memerlukan aplikasi lain serta *Microsoft Excel* karena keluaran *dashboard* belum mencakup seluruh kebutuhan unit. Temuan ini menunjukkan bahwa fungsi pemeriksaan sudah terdigitalisasi, sedangkan proses pelaporan belum sepenuhnya terintegrasi.

Selama observasi, petugas dapat *login* dalam waktu sekitar 15-30 detik, menemukan menu analisis, dan menyelesaikan pemeriksaan secara mandiri. *Observer* juga melihat petugas membuka *Microsoft Excel* dan aplikasi lain saat menyusun rekapitulasi. Bukti ini mendukung keterangan pengguna mengenai fungsi pemeriksaan yang telah berjalan dan keterbatasan integrasi pelaporan.

3.2 *Perceived Usefulness*

Pada *perceived usefulness*, ketiga informan menyatakan bahwa fitur membantu pemeriksaan kelengkapan dan pencarian data pasien. Data yang tersedia dalam RME memungkinkan analisis awal dilakukan tanpa selalu memulai dari *spreadsheet*. I-2 menjelaskan bahwa data pasien dapat diperiksa langsung melalui aplikasi, sedangkan I-3 menilai pencarian menjadi lebih praktis. Pernyataan ini menunjukkan manfaat yang dirasakan pengguna, tetapi penelitian tidak mengukur perubahan waktu penyelesaian sebelum dan sesudah implementasi secara kuantitatif.

Informan juga menilai tampilan data yang lebih terstruktur dan penanda pada item wajib membantu mengarahkan perhatian pada dokumen yang belum lengkap. Namun, validasi otomatis belum mencakup seluruh informasi klinis sehingga pemeriksaan profesional tetap diperlukan. Penelitian ini tidak memiliki data pembanding tingkat kesalahan; karena itu, temuan tidak ditafsirkan sebagai bukti bahwa fitur telah meningkatkan ketelitian secara objektif.

Dalam TAM, *perceived usefulness* menggambarkan keyakinan pengguna bahwa tekno*log*i mendukung kinerja [9], [10]. Temuan penelitian ini selaras dengan studi RME yang menempatkan manfaat kerja sebagai salah satu penilaian penting pengguna [11]. Pada konteks unit yang diteliti, manfaat paling jelas terdapat pada pemeriksaan elektronik dan pencarian data, sedangkan manfaat untuk pelaporan masih terbatas karena sebagian rekapitulasi tetap dikerjakan di luar aplikasi.

3.3 *Perceived Ease of Use*

Pada *perceived ease of use*, fitur dinilai relatif mudah oleh ketiga petugas yang telah menggunakan RME setiap hari selama empat tahun. Informan menyatakan bahwa proses belajar awal memerlukan pendampingan. I-1 memperkirakan pengguna baru membutuhkan satu sampai dua minggu untuk memahami menu yang digunakan, sedangkan I-2 memperkirakan sekitar satu minggu. Estimasi tersebut merupakan pengalaman informan, bukan hasil pengukuran waktu belajar yang terstandar.

Menu utama dinilai mudah dikenali, tetapi beberapa submenu dan proses penyusunan laporan khusus masih dianggap kurang jelas. Pencarian data pasien dapat dilakukan dengan nomor rekam medis ketika akses berjalan normal. Dengan demikian, kemudahan tidak bersifat merata pada seluruh fungsi: alur pemeriksaan utama relatif mudah bagi pengguna berpengalaman, sedangkan navigasi tertentu dan pelaporan masih membutuhkan penyederhanaan [12].

Observasi menunjukkan bahwa ketiga petugas dapat menjalankan alur analisis tanpa meminta bantuan pada saat pengamatan. Temuan tersebut menguatkan persepsi kemudahan pada pengguna yang telah berpengalaman, tetapi tidak dapat digeneralisasikan kepada pengguna baru atau unit lain. Panduan singkat, standardisasi istilah menu, dan pendampingan saat pembaruan fitur tetap diperlukan.

3.4 Kendala Implementasi

Kendala yang dilaporkan pengguna meliputi perlambatan akses, keterbatasan integrasi, dan fungsi pelaporan. Informan mengaitkan perlambatan dengan *server* sibuk, jaringan tidak stabil, atau banyaknya pengguna yang mengakses sistem. Namun, penjelasan tersebut merupakan persepsi pengguna karena penelitian tidak melibatkan petugas IT dan tidak menganalisis *log server*, jaringan, maupun *response time* secara serial.

Dalam satu sesi observasi, terjadi perlambatan sekitar satu sampai dua menit pada pukul 10.15 WIB. Kejadian ini konsisten dengan keluhan informan bahwa akses dapat melambat, tetapi satu kejadian belum cukup untuk membuktikan pola pada jam sibuk atau menetapkan beban akses sebagai penyebab. Verifikasi teknis memerlukan pengukuran berulang pada beberapa waktu, pencatatan *response time*, analisis *log*, dan konfirmasi dari tim IT [13].

Keterbatasan integrasi terlihat dari penggunaan aplikasi lain dan *Microsoft Excel* untuk laporan bulanan, indikator mutu, dan rekapitulasi tertentu. *Dashboard* belum menampilkan seluruh kebutuhan seperti ketidaklengkapan berdasarkan dokter, unit, ruangan, periode, atau jenis dokumen. Konsekuensi yang dapat diamati adalah perpindahan antaraplikasi dan pengolahan ulang data; penelitian ini tidak mengukur besarnya tambahan waktu atau risiko perbedaan angka secara kuantitatif.

Tabel 2. Matriks tema hasil wawancara informan

Tema	I-1	I-2	I-3	Analisis
Perceived usefulness	Mempercepat analisis dan *monitoring*; pencarian data lebih mudah.	Memudahkan analisis dan mengurangi pekerjaan manual.	Mempercepat pencarian data dan meningkatkan efisiensi.	Seluruh informan menilai fitur memberikan manfaat nyata untuk analisis rekam medis.

Tema	I-1	I-2	I-3	Analisis
Perceived ease of use	Mudah digunakan setelah pendampingan; beberapa submenu kurang jelas.	Menu utama mudah dipahami; laporan khusus masih sulit.	Mudah dipelajari; beberapa menu perlu penyederhanaan.	Ketiga pengguna berpengalaman menilai alur utama relatif mudah; submenu dan pelaporan khusus perlu disederhanakan.
Kendala operasional	*Dashboard* dan integrasi belum optimal; akses dilaporkan melambat sesekali.	Laporan masih diolah dengan *Excel*; data kadang perlu dimuat ulang.	Masih menggunakan aplikasi lain dan mengalami kendala akses.	Pelaporan belum terintegrasi. Dugaan *server* atau jaringan merupakan persepsi pengguna dan belum diverifikasi teknis.
Kebutuhan pengembangan	*Dashboard real-time* dan notifikasi dokter.	Laporan otomatis dan grafik rekapitulasi.	*Dashboard* interaktif berdasarkan dokter, ruangan, dan periode.	Pengguna mengusulkan otomatisasi, integrasi, *monitoring*, dan notifikasi; kelayakan teknis perlu dinilai bersama tim IT.

Sumber: Hasil wawancara informan, 2026.

3.5 Kesesuaian Fitur dengan Kebutuhan Pengguna

Fitur dinilai sesuai untuk kebutuhan dasar pemeriksaan kelengkapan dan pencarian data pasien. Kedua fungsi tersebut digunakan setiap hari dan menjadi manfaat yang paling konsisten disebutkan informan. Namun, kesesuaian belum mencakup kebutuhan rekapitulasi, *monitoring*, dan tindak lanjut ketidaklengkapan secara terintegrasi.

Kebutuhan yang muncul dari ketiga informan meliputi *dashboard monitoring*, laporan otomatis, integrasi dengan sistem pelaporan, dan notifikasi kepada dokter atau unit terkait. *Dashboard* diharapkan dapat memfilter kelengkapan berdasarkan dokter, unit, ruangan, periode, dan jenis ketidaklengkapan. Rekomendasi tersebut merupakan kebutuhan pengguna dan masih memerlukan penilaian kelayakan, prioritas, keamanan, serta desain teknis bersama tim IT dan manajemen rumah sakit [14].

Kesesuaian fitur perlu dipahami sebagai hubungan antara fungsi aplikasi dan tuntutan kerja. Sistem yang mudah digunakan tetap dapat menimbulkan pekerjaan tambahan apabila keluaran yang diperlukan belum tersedia. Sebaliknya, penambahan fitur tanpa desain yang sederhana dapat meningkatkan kompleksitas. Karena itu, pengembangan sebaiknya melibatkan pengguna akhir, petugas IT, penanggung jawab mutu, dan manajemen agar kebutuhan operasional dan kemampuan teknis dapat dipertemukan.

Tabel 3. Triangulasi metode antara wawancara dan observasi

Fokus	Data wawancara	Data observasi	Interpretasi
Kegunaan fitur	Informan menyatakan fitur mempercepat analisis dan pencarian data.	Petugas melakukan pemeriksaan dokumen secara elektronik dan mandiri.	Fitur bermanfaat untuk pemeriksaan kelengkapan rekam medis.
Kemudahan penggunaan	Informan menilai menu utama mudah dipahami setelah terbiasa.	Petugas tidak meminta bantuan saat menggunakan fitur.	Sistem relatif mudah digunakan oleh pengguna berpengalaman.
Integrasi pelaporan	Informan masih menggunakan aplikasi lain dan *Excel*.	*Observer* melihat petugas berpindah aplikasi dan membuka *Excel*.	Proses pelaporan belum sepenuhnya terintegrasi.
Performa sistem	Informan melaporkan akses melambat pada waktu tertentu.	Satu kejadian perlambatan sekitar 1-2 menit diamati pada pukul 10.15 WIB.	Observasi mendukung adanya kejadian perlambatan, tetapi tidak membuktikan pola jam sibuk atau penyebab teknis.

Sumber: Perbandingan data wawancara dan observasi, 2026.

3.6 Implikasi Pengembangan Sistem

Temuan mengarahkan pengembangan pada dua tingkat. Pertama, pengembangan fungsional berupa *dashboard* berbasis kebutuhan, laporan otomatis, fitur ekspor, dan notifikasi ketidaklengkapan. Prioritas

ini berasal dari konsistensi keluhan pengguna dan bukti observasi bahwa sebagian rekapitulasi masih dilakukan melalui aplikasi lain dan *Microsoft Excel*.

Kedua, diperlukan evaluasi teknis sebelum menetapkan solusi infrastruktur. Pengukuran *response time* pada beberapa hari dan jam, analisis *log server* dan jaringan, pencatatan jumlah pengguna serentak, serta konfirmasi tim IT diperlukan untuk membedakan masalah aplikasi, jaringan, *server*, atau perangkat pengguna. Dengan demikian, rekomendasi optimalisasi tidak hanya didasarkan pada satu kejadian observasi atau dugaan pengguna [15].

Notifikasi kepada dokter atau unit pelayanan dapat dipertimbangkan untuk mempercepat tindak lanjut dokumen belum lengkap. Fitur tersebut perlu dirancang dengan pengaturan prioritas, batas waktu, otorisasi, dan mekanisme eskalasi agar tidak menambah beban notifikasi. *Dashboard* juga perlu menyediakan definisi indikator dan sumber data yang jelas sehingga hasil rekapitulasi dapat ditelusuri dan digunakan secara konsisten [16], [17].

Pelatihan dan panduan pengguna tetap diperlukan, terutama bagi petugas baru dan ketika terjadi pembaruan fitur. Pendampingan informal dari tim IT telah membantu adaptasi menurut informan, tetapi *user manual*, panduan singkat, *FAQ*, dan kanal umpan balik akan membuat dukungan lebih terstruktur. Rekomendasi pengembangan dirangkum pada Tabel 4.

Tabel 4. Rekomendasi pengembangan fitur analisis RME

Masalah	Dampak	Rekomendasi	Prioritas
Dashboard terbatas	*Monitoring* ketidaklengkapan belum *real-time*.	Membangun *dashboard* interaktif berdasarkan dokter, unit, ruangan, periode, dan jenis ketidaklengkapan.	Tinggi
Laporan belum otomatis	Petugas masih mengolah data dengan *Excel*.	Menyediakan *template* laporan otomatis dan fitur ekspor sesuai kebutuhan unit.	Tinggi
Integrasi belum penuh	Data harus diambil dari beberapa aplikasi.	Mengintegrasikan fitur analisis dengan modul pelaporan dan indikator mutu rumah sakit.	Tinggi
Perlambatan akses dilaporkan; satu kejadian teramati	Waktu tunggu dapat bertambah, tetapi frekuensi dan penyebab belum diketahui.	Lakukan audit *response time* dan *log server*/jaringan pada beberapa waktu sebelum menentukan intervensi teknis.	Sedang-Tinggi
Pengguna perlu pendampingan	Pengguna baru membutuhkan waktu adaptasi.	Pelatihan berkala, panduan singkat, *FAQ*, dan kanal umpan balik pengguna.	Sedang

Sumber: Sintesis hasil penelitian, 2026.

3.7 Keterbatasan Penelitian

Penelitian melibatkan seluruh pengguna langsung fitur pada unit yang diteliti, tetapi jumlahnya hanya tiga orang dan karakteristiknya homogen: seluruhnya perempuan, berpendidikan D3 RMIK, memiliki masa kerja empat tahun, dan menggunakan RME setiap hari. Petugas IT, kepala unit, dan manajemen tidak diwawancarai sehingga penyebab teknis, kebijakan integrasi, dan kelayakan pengembangan tidak dapat diverifikasi dari sumber pembanding. Observasi dilakukan dalam satu sesi tanpa data *log* atau pengukuran *response time* berulang; karena itu, temuan perlambatan tidak dapat digunakan untuk menyimpulkan pola jam sibuk. Penelitian juga tidak memiliki data sebelum-sesudah mengenai waktu, ketelitian, atau ketepatan laporan. Selain itu, analisis dibatasi pada *perceived usefulness* dan *perceived ease of use* sehingga tidak dapat disimpulkan sebagai penerimaan pengguna secara keseluruhan [18].

4. KESIMPULAN

Implementasi fitur analisis rekam medis pada aplikasi RME di Rumah Sakit Kanker Dharmais telah mendukung proses pemeriksaan kelengkapan rekam medis. Berdasarkan konstruk perceived usefulness, pengguna menilai fitur bermanfaat karena mempercepat analisis, memudahkan pencarian data pasien, mengurangi pekerjaan manual, meningkatkan ketelitian pemeriksaan, dan mempercepat penyampaian informasi. Berdasarkan konstruk perceived ease of use, fitur dinilai relatif mudah dipahami dan

dioperasikan setelah pengguna terbiasa serta memperoleh pendampingan. Temuan wawancara diperkuat oleh observasi yang menunjukkan bahwa petugas dapat menjalankan proses analisis secara mandiri.

Meskipun penerimaan pengguna cenderung positif, implementasi fitur belum sepenuhnya optimal. Kendala utama meliputi dashboard yang belum lengkap, laporan otomatis yang belum tersedia sesuai kebutuhan unit, penggunaan Microsoft Excel dan aplikasi lain untuk rekapitulasi, serta perlambatan sistem pada jam pelayanan padat. Fitur telah memenuhi kebutuhan dasar analisis, tetapi belum memenuhi kebutuhan monitoring, pelaporan, dan tindak lanjut ketidaklengkapan secara terintegrasi.

Penelitian ini merekomendasikan pengembangan dashboard real-time, laporan otomatis, integrasi sistem pelaporan, notifikasi kepada dokter atau unit terkait, peningkatan performa server dan jaringan, serta pelatihan berkala ketika terdapat pembaruan fitur. Penelitian selanjutnya dapat melibatkan informan yang lebih luas, seperti dokter, petugas IT, manajemen mutu, dan manajemen rumah sakit, serta mengombinasikan pendekatan kualitatif dengan pengukuran kuantitatif untuk menilai pengaruh fitur terhadap waktu penyelesaian analisis, tingkat kelengkapan rekam medis, dan ketepatan waktu laporan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Rumah Sakit Kanker Dharmais dan Politeknik Indonusa Surakarta yang telah mendukung proses penelitian ini. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada informan penelitian di Unit Rekam Medis yang telah memberikan informasi dan pengalaman terkait penggunaan fitur analisis rekam medis pada aplikasi RME.

REFERENSI

[1] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022.
[2] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013.
[3] F. D. Davis, "Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology," MIS Quarterly, vol. 13, no. 3, pp. 319-340, 1989.
[4] V. Venkatesh and F. D. Davis, "A theoretical extension of the Technology Acceptance Model: Four longitudinal field studies," Management Science, vol. 46, no. 2, pp. 186-204, 2000.
[5] J. W. Creswell and C. N. Poth, Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches, 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2022.
[6] M. B. Miles, A. M. Huberman, and J. Saldana, Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook, 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2020.
[7] E. W. Faida, S. Supriyanto, S. Haksama, H. B. Notobroto, R. D. Wulandari, D. R. Suminar, and W. Suryaningtyas, "A cross sectional study on physicians' perceived usefulness and ease of use electronic medical records," Journal of Pharmaceutical Negative Results, vol. 13, no. 9, 2022.
[8] M. R. Putri, F. Wulandari, and W. Agung, "Technology Acceptance Model (TAM) dalam evaluasi pelaksanaan rekam medis elektronik di rumah sakit," Jurnal Kesehatan, vol. 16, no. 1, pp. 37-42, 2023.
[9] J. F. M. Kassiuw, B. Hidayat, and P. Oktamianti, "Implementasi rekam medis elektronik dengan pendekatan metode Technology Acceptance Model," Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, vol. 8, no. 6, 2023.
[10] C. A. Bhoko, P. E. Pradnyani, P. C. S. Putri, L. Y. Adiningsih, and G. W. Putra, "Evaluasi penerapan rekam medis elektronik rawat jalan di RSAD Tk. II Udayana dengan metode Technology Acceptance Model (TAM) tahun 2024," Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, vol. 2, pp. 38-44, 2024.
[11] K. Rahmawati, R. Andriani, J. Pertiwi, and A. Nisaa, "Analisis penerimaan pengguna RME di RSJD Surakarta menggunakan Technology Acceptance Model," Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, 2024.
[12] L. A. Husnaeni and A. S. Susanti, "Analisis penerimaan SIMRS menggunakan metode TAM (Technology Acceptance Model) di RS Hermina Arcamanik Bandung," Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal, vol. 14, no. 1, pp. 107-116, 2023.
[13] R. Kapitan, A. Farich, and A. A. Perdana, "Analisis kesiapan penerapan rekam medis elektronik di RSUD Bandar Negara Husada Provinsi Lampung Tahun 2023," Jurnal Kesehatan, vol. 12, no. 4, pp. 205-213, 2023.
[14] Y. Munazhifah, N. Yulia, D. R. Dewi, and P. Fannya, "Identifikasi kelengkapan pengisian rekam medis elektronik pasien rawat inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Tahun 2022," SEHATRAKYAT: Jurnal Kesehatan Masyarakat, vol. 2, no. 1, pp. 68-75, 2023.

[15] R. A. Siregar, "Penerapan Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang rekam medis terhadap efektivitas pelayanan kesehatan," Jurnal Ilmu Hukum dan Kesehatan, vol. 5, no. 2, pp. 1-11, 2024.
[16] V. Gatriningtyas, S. D. Wulandari, and D. Y. Pangkey, "Improving the implementation of electronic medical records through accuracy, content, format, ease of use, and timeliness in the EUCS method at the outpatient department of Dr. Soedarsono General Hospital, Pasuruan," Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia, vol. 8, pp. 2906-2915, 2025.
[17] R. I. Nugraha and F. N. Dewi, "Evaluasi penerapan sistem informasi rekam medis elektronik metode Technology Acceptance Model (TAM) di RS X Kota Surabaya," Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan, vol. 11, no. 1, pp. 28-40, 2025.
[18] P. Q. Srisantoso and O. Jayanagara, "Pengaruh perceived usefulness, perceived ease of use, dan self efficacy terhadap continuance intention to use electronic medical record dimediasi attitude pada petugas Rumah Sakit X Serang," Jurnal Ekonomi Manajemen Sistem Informasi, vol. 6, no. 5, pp. 3257-3270, 2025