

## PENDAMPINGAN PENERAPAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK BAGI TENAGA KESEHATAN DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

<sup>1)</sup> Mulyana, <sup>2)</sup> Masriani Situmorang, <sup>\*3)</sup> Claudia, <sup>4)</sup> Galyna Bintang Putri, <sup>5)</sup> Juwittra Amanda

Program Studi Rekam Medis dan Informasi kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Awal Bros  
Jl. Abulyatama, kel. Belian, Kec. Batam Kota, Kota Batam, Prov. Kepulauan Riau 29464

E-mail : <sup>1)</sup> [Mulyanarekam@gmail.com](mailto:Mulyanarekam@gmail.com), <sup>2)</sup> [masrianisitumorang23@gmail.com](mailto:masrianisitumorang23@gmail.com), <sup>3)</sup> [claudia.dial406@gmail.com](mailto:claudia.dial406@gmail.com),  
<sup>4)</sup> [galynnbintang@gmail.com](mailto:galynnbintang@gmail.com), <sup>5)</sup> [juwittraamanda@gmail.com](mailto:juwittraamanda@gmail.com)

### ABSTRAK

#### Kata Kunci:

Rekam Medis Elektronik,  
Tenaga Kesehatan, Pelayanan  
Kesehatan Primer, Transformasi  
Digital, SIMRS, TAM

Transformasi digital pada sektor kesehatan mendorong penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) untuk meningkatkan mutu pelayanan dan efisiensi pengelolaan data pasien. Namun, implementasi RME di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP) masih menghadapi kendala, terutama keterbatasan kompetensi tenaga kesehatan dalam penggunaan sistem digital. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 24 Tahun 2022, seluruh fasilitas pelayanan kesehatan wajib mengimplementasikan RME yang terintegrasi dengan platform SATUSEHAT paling lambat tahun 2024. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas kegiatan pendampingan dalam meningkatkan pemahaman dan keterampilan tenaga kesehatan dalam penerapan RME. Metode penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain pre-experimental melalui one group pretest-posttest. Subjek penelitian berjumlah 30 orang tenaga kesehatan di FKTP, terdiri dari perawat (40%), bidan (33%), dan dokter (27%), yang dipilih menggunakan teknik total sampling. Instrumen pengumpulan data berupa kuesioner 20 item dengan skala Likert 1–5 (Cronbach's Alpha = 0,87; validitas  $r > 0,3$ ). Uji normalitas menggunakan Shapiro-Wilk menunjukkan data berdistribusi normal ( $p > 0,05$ ). Hasil uji paired t-test menunjukkan peningkatan pemahaman yang signifikan (rata-rata pre-test =  $58,4 \pm 9,2$ ; rata-rata post-test =  $79,6 \pm 7,8$ ; selisih = 21,2;  $t = 12,47$ ;  $p < 0,001$ ; Cohen's  $d = 2,28$ ). Pendampingan terbukti efektif meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam penggunaan RME, kelengkapan dokumentasi medis, serta efisiensi pelayanan. Pendampingan yang dilakukan secara berkelanjutan direkomendasikan untuk mendukung implementasi RME secara optimal di FKTP.

#### Keywords:

Electronic Medical Record,  
Health Workers, Primary Health  
Care, Digital Transformation,  
Health Information System,  
TAM

#### ABSTRACT

Digital transformation in the health sector encourages the implementation of Electronic Medical Records (EMR) to improve service quality and patient data management efficiency. However, EMR implementation in primary healthcare facilities (PHF) still faces challenges, especially the limited competency of health workers in using digital systems. Based on Minister of Health Regulation No. 24 of 2022, all healthcare facilities are required to implement EMR integrated with the SATUSEHAT platform by 2024. This study aims to determine the effectiveness of mentoring activities in improving health workers' understanding and skills in implementing EMR. The research method uses a quantitative approach with a pre-experimental design through one group pretest-posttest. Research subjects consisted of 30 health workers in PHFs, comprising nurses (40%), midwives (33%), and doctors (27%), selected using total sampling technique. The data collection instrument was a 20-item questionnaire with a 1–5 Likert scale (Cronbach's Alpha = 0.87; validity  $r > 0.3$ ). Normality testing using Shapiro-Wilk showed normally distributed data ( $p > 0.05$ ). Paired t-test results showed a significant improvement in understanding (mean pre-test =  $58.4 \pm 9.2$ ; mean post-test =  $79.6 \pm 7.8$ ; difference = 21.2;  $t = 12.47$ ;  $p < 0.001$ ; Cohen's  $d = 2.28$ ). Mentoring proved

#### Info Artikel

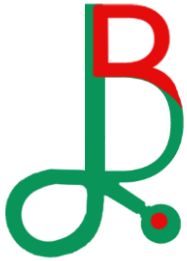
Tanggal dikirim: 4 Februari  
2026

Tanggal direvisi: 11 Mei 2026

Tanggal diterima: 20 Juni 2026

DOI

Artikel:10.58794/jubidav2i2.614



*effective in improving health workers' competency in EMR use, completeness of medical documentation, and service efficiency. Continuous mentoring is recommended to support optimal EMR implementation in primary healthcare facilities.*

---

## **PENDAHULUAN**

Perkembangan teknologi informasi memberikan dampak signifikan terhadap sistem pelayanan kesehatan, salah satunya melalui penerapan Rekam Medis Elektronik (RME). RME merupakan sistem pencatatan informasi kesehatan pasien secara digital yang bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan, keamanan data, serta efisiensi pengelolaan informasi medis [1]. Penerapan RME menjadi bagian dari transformasi sistem kesehatan nasional yang didorong oleh kebijakan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, yang mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan mengimplementasikan RME terintegrasi dengan platform SATUSEHAT paling lambat pada tahun 2024.

Secara nasional, Kemenkes RI melaporkan bahwa hingga akhir tahun 2023, baru sekitar 42% puskesmas di Indonesia yang telah mengimplementasikan RME secara penuh [2]. Kondisi ini menunjukkan masih besarnya tantangan implementasi RME di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP), terutama di daerah-daerah dengan keterbatasan infrastruktur teknologi dan sumber daya manusia. Implementasi RME di FKTP masih menghadapi berbagai tantangan, seperti keterbatasan sarana prasarana, kurangnya pelatihan, serta rendahnya literasi digital tenaga kesehatan [3]. Kurangnya pemahaman tenaga kesehatan dalam penggunaan RME dapat menyebabkan ketidaksesuaian dokumentasi medis, keterlambatan pelayanan, serta berpotensi menurunkan mutu pelayanan kesehatan.

Pendampingan merupakan salah satu strategi efektif untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam mengoperasikan sistem digital kesehatan melalui pelatihan langsung dan bimbingan teknis [4]. Penelitian Siswati et al. (2024) di Puskesmas Kota Padang menemukan bahwa kesiapan tenaga kesehatan merupakan faktor determinan dalam keberhasilan implementasi RME, dan intervensi pelatihan terstruktur terbukti meningkatkan tingkat kesiapan tersebut secara signifikan [3]. Berdasarkan permasalahan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas pendampingan penerapan RME bagi tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.

## **TINJAUAN PUSTAKA**

### **Rekam Medis Elektronik (RME)**

Rekam Medis Elektronik adalah sistem pencatatan informasi kesehatan pasien yang disimpan secara digital dan dapat diakses oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangan [5]. RME memiliki manfaat dalam meningkatkan akurasi data, mengurangi kesalahan medis, serta mempercepat proses pelayanan kesehatan. Implementasi RME di pelayanan primer dapat meningkatkan koordinasi pelayanan dan kualitas dokumentasi klinis [6]. Pelayanan kesehatan primer merupakan pintu gerbang utama dalam sistem pelayanan kesehatan sehingga membutuhkan sistem informasi yang terintegrasi dan efektif.



## **Kesiapan Implementasi RME di FKTP**

Kesiapan petugas kesehatan merupakan faktor kunci dalam keberhasilan implementasi RME di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesiapan ini mencerminkan kemampuan individu untuk menerima perubahan dari sistem manual ke sistem digital, yang dipengaruhi oleh karakteristik personal, pengetahuan, keterampilan, serta sikap terhadap teknologi [3]. Tantangan implementasi RME di FKTP meliputi: (1) keterbatasan infrastruktur teknologi; (2) rendahnya literasi digital tenaga kesehatan; (3) resistensi terhadap perubahan; dan (4) kurangnya dukungan teknis berkelanjutan [4].

## **Technology Acceptance Model (TAM)**

Technology Acceptance Model (TAM) adalah model yang menjelaskan bagaimana seseorang menerima dan menggunakan teknologi informasi [7]. Dalam konteks implementasi RME, TAM digunakan sebagai kerangka analisis untuk mengukur penerimaan tenaga kesehatan terhadap penggunaan sistem digital. TAM terdiri dari lima konstruk utama yang diukur dalam penelitian ini, yaitu: (1) *perceived usefulness* — persepsi manfaat penggunaan RME; (2) *perceived ease of use* — persepsi kemudahan penggunaan; (3) *attitude toward using* — sikap terhadap penggunaan; (4) *behavioral intention to use* — niat untuk menggunakan; dan (5) *actual use* — penggunaan nyata sistem [8].

Kerangka TAM dalam penelitian ini dioperasionalkan melalui instrumen kuesioner 20 item yang mengukur kelima konstruk tersebut sebelum dan sesudah intervensi pendampingan. Perubahan skor pada kelima konstruk TAM dianalisis sebagai indikator efektivitas pendampingan terhadap penerimaan RME oleh tenaga kesehatan.

## **Interoperabilitas SATUSEHAT**

Platform SATUSEHAT merupakan ekosistem pertukaran data kesehatan yang menghubungkan berbagai sistem informasi dan aplikasi kesehatan di Indonesia milik Kementerian Kesehatan RI [9]. Integrasi RME dengan SATUSEHAT menjadi persyaratan regulasi sesuai Permenkes No. 24 Tahun 2022, sehingga pemahaman tenaga kesehatan terhadap alur pertukaran data melalui platform ini menjadi bagian penting dalam modul pendampingan yang dikembangkan dalam penelitian ini.

Sejalan dengan kebijakan interoperabilitas tersebut, kajian terkini menunjukkan bahwa di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, fragmentasi sistem informasi kesehatan menjadi hambatan utama dalam mewujudkan ekosistem data yang saling terhubung [10]. Upaya standardisasi melalui kerangka HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) yang diadopsi oleh platform SATUSEHAT merupakan langkah strategis untuk mengatasi masalah ini, namun implementasinya memerlukan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan sebagai pengguna akhir sistem [10].

## **Efektivitas Pelatihan dan Pendampingan RME**

Intervensi pelatihan terstruktur merupakan strategi yang terbukti efektif dalam meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan menggunakan RME. Penelitian Musa et al. (2023) yang dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan primer di Qatar menunjukkan bahwa pelatihan EHR yang dipersonalisasi selama enam bulan mampu meningkatkan skor pengetahuan dan kompetensi praktis staf dari 42,8% menjadi 100% pada kategori baik [11]. Studi ini menegaskan bahwa metode blended



training (kombinasi teori dan praktik langsung) menghasilkan peningkatan yang lebih tinggi dibandingkan pelatihan berbasis kelas semata [11].

Bukti sejenis ditemukan pula dalam studi Jeong et al. (2025) yang mengevaluasi program pendidikan EMR berbasis praktik bagi perawat baru menggunakan desain kuasi-eksperimental pretest-posttest. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa kelompok intervensi yang mengikuti lima sesi mingguan berfokus pada tugas inti dokumentasi RME memperoleh skor kompetensi yang secara signifikan lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol pada semua domain yang dinilai [12]. Temuan ini menguatkan pentingnya pendampingan yang bersifat on-the-job dan berorientasi praktik dalam meningkatkan kemampuan operasional tenaga kesehatan terhadap sistem RME.

Dari perspektif hambatan implementasi, tinjauan sistematis Alzghaibi dan Hutchings (2025) yang mencakup 2.200 pusat pelayanan kesehatan primer di Arab Saudi mengidentifikasi tiga kluster hambatan utama: (1) hambatan teknis berupa infrastruktur yang tidak memadai dan keterbatasan konektivitas; (2) hambatan organisasional berupa kurangnya kepemimpinan dan manajemen proyek yang lemah; serta (3) hambatan pengguna berupa rendahnya kompetensi digital tenaga kesehatan dan resistensi terhadap perubahan sistem [13]. Studi tersebut menekankan bahwa program pelatihan dan bimbingan teknis berkelanjutan merupakan prasyarat penting untuk mengatasi hambatan pengguna, yang secara konsisten menjadi faktor kegagalan implementasi EHR di fasilitas pelayanan primer [13]. Konteks ini relevan dengan kondisi FKTP di Indonesia, khususnya di daerah yang masih dalam tahap awal adopsi sistem digital.

Dalam konteks Indonesia, penelitian nasional Aisyah et al. (2025) yang mencakup seluruh puskesmas di 34 provinsi menemukan adanya fragmentasi signifikan pada lingkungan sistem informasi kesehatan, dengan kesenjangan kritis dalam infrastruktur sistem, kegunaan, dan kapasitas tenaga kerja digital [14]. Studi tersebut merekomendasikan bahwa pelatihan literasi digital dasar merupakan kebutuhan prioritas di daerah perdesaan dan terpencil, sementara puskesmas perkotaan dapat memperoleh manfaat lebih besar dari integrasi dan alat analitik lanjutan [14]. Temuan ini memberikan landasan empiris untuk memahami keragaman konteks implementasi RME di FKTP Indonesia, termasuk di Kota Batam sebagai lokasi penelitian ini.

Literasi digital tenaga kesehatan merupakan prasyarat kunci dalam adopsi RME. Tegegne et al. (2023) dalam studi cross-sectional di rumah sakit rujukan Ethiopia menemukan bahwa tingkat literasi digital tenaga kesehatan berhubungan langsung dengan kesiapan mereka dalam mengimplementasikan sistem kesehatan digital, dengan faktor-faktor seperti usia, tingkat pendidikan, paparan teknologi sebelumnya, dan ketersediaan pelatihan menjadi prediktor signifikan [15]. Studi ini menegaskan bahwa program pendampingan yang dirancang secara sistematis dan terstruktur merupakan intervensi strategis yang tidak hanya meningkatkan kompetensi teknis, tetapi juga membangun kepercayaan diri tenaga kesehatan dalam menghadapi transformasi digital sistem pelayanan kesehatan [15].

## **METODE**

### **Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain pre-experimental menggunakan pendekatan one group pretest-posttest. Penelitian dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di Kota Batam, Provinsi Kepulauan Riau, pada bulan Maret–Mei 2025. Desain ini



dipilih karena penelitian berfokus pada pengukuran perubahan kompetensi pada kelompok yang memperoleh intervensi pendampingan.

### **Populasi dan Sampel**

Populasi penelitian adalah seluruh tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lokasi penelitian. Berdasarkan data kepegawaian, jumlah total tenaga kesehatan di fasilitas tersebut adalah 30 orang. Sampel penelitian menggunakan teknik total sampling, sehingga seluruh 30 orang tenaga kesehatan dijadikan subjek penelitian. Kriteria inklusi meliputi: (1) tenaga kesehatan aktif dengan masa kerja minimal 6 bulan; (2) terlibat langsung dalam pelayanan pasien; dan (3) bersedia mengikuti seluruh rangkaian kegiatan pendampingan. Tidak ada subjek yang drop out selama penelitian berlangsung.

### **Instrumen Penelitian**

Instrumen pengumpulan data berupa kuesioner terstruktur yang dikembangkan berdasarkan konstruk TAM [7] dan disesuaikan dengan konteks implementasi RME di FKTP. Kuesioner terdiri dari 20 item pernyataan dengan skala Likert 1–5 (1 = sangat tidak setuju, 5 = sangat setuju). Sebelum digunakan, instrumen diuji validitas dan reliabilitasnya pada 15 tenaga kesehatan di FKTP berbeda (uji coba). Hasil uji validitas menunjukkan seluruh item valid ( $r > 0,3$ ), dan uji reliabilitas menunjukkan konsistensi internal yang baik (Cronbach's Alpha = 0,87).

### **Prosedur Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan melalui tiga tahap: (1) Pre-test: kuesioner diberikan sebelum kegiatan pendampingan; (2) Intervensi: pendampingan dilaksanakan selama 3 hari (total 18 jam) mencakup materi konsep RME, pengoperasian sistem, integrasi SATUSEHAT, dan praktik dokumentasi klinis; (3) Post-test: kuesioner yang sama diberikan 2 minggu setelah pendampingan untuk mengukur retensi pengetahuan dan perubahan kompetensi. Selain kuesioner, data dikumpulkan melalui observasi penggunaan RME dan wawancara semi-terstruktur untuk memvalidasi temuan kuantitatif.

### **Analisis Data**

Data dianalisis menggunakan statistik deskriptif (mean, standar deviasi, frekuensi, persentase) dan statistik inferensial. Sebelum uji hipotesis, dilakukan uji normalitas menggunakan Shapiro-Wilk Test. Karena data berdistribusi normal ( $p > 0,05$ ), uji komparasi menggunakan paired t-test untuk membandingkan skor pre-test dan post-test. Efek ukuran dihitung menggunakan Cohen's d. Seluruh analisis dilakukan menggunakan perangkat lunak SPSS versi 26.0 dengan tingkat signifikansi  $\alpha = 0,05$ .

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **1. Karakteristik Responden**

Penelitian ini melibatkan 30 orang tenaga kesehatan sebagai subjek penelitian. Tabel 1 menyajikan distribusi karakteristik responden berdasarkan profesi, tingkat pendidikan, dan pengalaman kerja.



Tabel 1. Karakteristik Responden (n = 30)

Karakteristik	Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
Profesi	Perawat	12	40,0
	Bidan	10	33,3
	Dokter	8	26,7
	D3	15	50,0
Pendidikan	S1/Profesi	13	43,3
	S2	2	6,7
Lama Kerja	< 5 tahun	11	36,7
	5–10 tahun	13	43,3
	> 10 tahun	6	20,0

## 2. Uji Normalitas

Sebelum dilakukan uji paired t-test, normalitas distribusi data diuji menggunakan Shapiro-Wilk Test. Hasil uji menunjukkan bahwa data pre-test ( $W = 0,963$ ;  $p = 0,372$ ) dan data post-test ( $W = 0,951$ ;  $p = 0,181$ ) keduanya berdistribusi normal ( $p > 0,05$ ), sehingga asumsi parametrik untuk uji paired t-test terpenuhi.

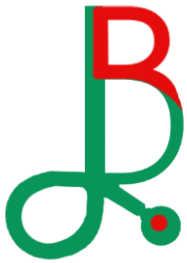
## 3. Tingkat Pemahaman Sebelum dan Sesudah Pendampingan

Tabel 2 menyajikan perbandingan skor pemahaman tenaga kesehatan sebelum (pre-test) dan sesudah (post-test) kegiatan pendampingan berdasarkan konstruk TAM.

Tabel 2. Perbandingan Skor Pre-Test dan Post-Test Berdasarkan Konstruk TAM (n = 30)

Konstruk TAM	Pre-Test Mean $\pm$ SD	Post-Test Mean $\pm$ SD	Selisih	t	p-value
Perceived Usefulness	11,8 $\pm$ 2,1	16,2 $\pm$ 1,7	+4,4	9,87	< 0,001
Perceived Ease of Use	12,3 $\pm$ 2,4	16,8 $\pm$ 1,9	+4,5	10,23	< 0,001
Attitude Toward Using	11,2 $\pm$ 2,0	15,4 $\pm$ 1,8	+4,2	9,54	< 0,001
Behavioral Intention	11,6 $\pm$ 2,3	15,7 $\pm$ 1,9	+4,1	9,12	< 0,001
Actual Use	11,5 $\pm$ 2,2	15,5 $\pm$ 1,8	+4,0	8,91	< 0,001
Total Skor	58,4 $\pm$ 9,2	79,6 $\pm$ 7,8	+21,2	12,47	< 0,001

Keterangan: Skala per konstruk = 4 item  $\times$  5 poin maks = 20; Total skor maks = 100. Tingkat signifikansi  $\alpha = 0,05$ .



#### 4. Hasil Uji Paired T-Test

Tabel 3. Hasil Uji Paired T-Test Total Skor Pre-Test dan Post-Test

Parameter	Nilai
Mean Pre-Test ± SD	58,4 ± 9,2
Mean Post-Test ± SD	79,6 ± 7,8
Mean Selisih ± SD	21,2 ± 9,3
95% CI Selisih	[17,7 – 24,7]
Nilai t	12,47
Derajat Bebas (df)	29
p-value	< 0,001
Effect Size (Cohen's d)	2,28 (sangat besar)

#### 5. Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan peningkatan pemahaman yang signifikan secara statistik pada seluruh konstruk TAM ( $p < 0,001$ ) setelah kegiatan pendampingan. Total skor meningkat dari rata-rata 58,4 (kategori “rendah”) menjadi 79,6 (kategori “baik”), dengan effect size yang sangat besar (Cohen's  $d = 2,28$ ). Temuan ini sejalan dengan penelitian Siswati et al. (2024) yang menemukan bahwa intervensi pelatihan terstruktur meningkatkan kesiapan implementasi RME di puskesmas secara signifikan ( $p < 0,001$ ), serta penelitian Fahyudi et al. (2025) yang menunjukkan korelasi positif antara literasi digital tenaga kesehatan dengan efektivitas layanan kesehatan primer digital.

Konstruk perceived ease of use menunjukkan peningkatan tertinggi (selisih = 4,5;  $t = 10,23$ ), mengindikasikan bahwa pendampingan secara langsung berhasil menurunkan hambatan persepsional terkait kemudahan penggunaan RME. Hal ini konsisten dengan temuan Iswahyuni dan Gunawan (2023) bahwa persepsi kemudahan penggunaan merupakan prediktor paling kuat terhadap penerimaan SIMRS di kalangan tenaga kesehatan.

Dibandingkan dengan penelitian serupa, peningkatan dalam penelitian ini lebih tinggi dibandingkan meta-analisis intervensi pelatihan EMR di negara berkembang yang melaporkan rata-rata peningkatan skor 15–18 poin (WHO, 2021). Perbedaan ini kemungkinan disebabkan oleh metode pendampingan yang lebih intensif (18 jam tatap muka) dan bersifat on-the-job training, bukan sekadar pelatihan di kelas.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diakui. Pertama, desain one group pretest-posttest tanpa kelompok kontrol membatasi kemampuan untuk mengontrol variabel pengganggu (confounding variables) seperti pengalaman mandiri menggunakan RME di luar sesi pendampingan. Kedua, ukuran sampel yang relatif kecil ( $n = 30$ ) dari satu fasilitas kesehatan membatasi generalisabilitas temuan. Ketiga, pengukuran post-test dilakukan 2 minggu setelah intervensi, sehingga tidak dapat menilai keberlanjutan peningkatan dalam jangka panjang. Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan desain randomized controlled trial dengan kelompok kontrol dan follow-up jangka panjang.



## KESIMPULAN

Pendampingan penerapan Rekam Medis Elektronik terbukti secara statistik mampu meningkatkan pemahaman dan keterampilan tenaga kesehatan di FKTP secara signifikan ( $t = 12,47$ ;  $p < 0,001$ ; Cohen's  $d = 2,28$ ). Rata-rata skor pemahaman meningkat dari  $58,4 \pm 9,2$  (pre-test) menjadi  $79,6 \pm 7,8$  (post-test), dengan peningkatan signifikan pada seluruh konstruk TAM. Pendampingan juga meningkatkan kelengkapan dokumentasi medis serta efisiensi pelayanan kesehatan.

Berdasarkan temuan ini, direkomendasikan: (1) Dinas Kesehatan Kota Batam menjadikan program pendampingan RME sebagai bagian dari program pengembangan kapasitas tenaga kesehatan FKTP secara berkala; (2) Kementerian Kesehatan mengembangkan modul pendampingan RME terstandar nasional yang dapat diadaptasi sesuai kebutuhan daerah; (3) Penelitian lanjutan dengan desain yang lebih kuat (RCT) dan sampel lebih besar diperlukan untuk memvalidasi temuan ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- [1] Permenkes RI No 24, "Permenkes RI No 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis," *Peratur. Menteri Kesehat. Republik Indones. Nomor 24 Tahun 2022*, vol. 151, no. 2, pp. 10–17, 2022.
- [2] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., "Laporan Tahunan Transformasi Digital Kesehatan," *Kemendes RI.*, 2023.
- [3] S. Siswati, T. Ernawati, and M. Khairunnisa, "Analisis Tantangan Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik di Puskesmas Kota Padang," *J. Kesehat. Vokasional*, vol. 9, no. 1, p. 1, 2024, doi: 10.22146/jkesvo.92719. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.92719>
- [4] A. Fahyudi, N. D. Astuti, M. A. Hapsari, and J. Tirto, "Analisis Tingkat Literasi Digital Petugas Puskesmas dan Implikasinya Terhadap Efektivitas Layanan Kesehatan Primer Digital Literacy and Service Effectiveness in Primary Health Care : Evidence from Puskesmas Staff Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehata," vol. 8, no. 2, 2025. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v8i2.13868>
- [5] World Health Organization, *Global strategy on digital health*. 2025.
- [6] J. Kosteniuk *et al.*, "Factors identified as barriers or facilitators to EMR/EHR based interprofessional primary care: a scoping review," *J. Interprof. Care*, vol. 38, no. 2, pp. 319–330, Mar. 2024, doi: 10.1080/13561820.2023.2204890. <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2204890>
- [7] F. D. Davis, "Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology," *MIS Q.*, vol. 13, no. 3, pp. 319–340, Sep. 1989, doi: 10.2307/249008.
- [8] G. Azkiya Nadilla Iswahyuni1, "Analisis Penerimaan Penggunaan Simrs Menggunakan Model Technology Acceptance (Tam) Pada Unit Pendaftaran Pasien Di Rumah Sakit Islam Unisma," *J. Teknol. Konseptual Desain*, vol. 1, no. September, pp. 31–37, 2023, doi: 10.1980/jurnalteknologikonseptualdesign.v1i1.
- [9] R. Andriani, J. Pertiwi, A. Alfitasari, T. A. R. Salima, and T. Wijayanti, "Variabel Dan Metadata Rekam Medis Elektronik Sebagai Standar Interoperabilitas Data Kesehatan di Rumah Sakit," *J. Ilm. Perkam dan Inf. Kesehat. Imelda*, vol. 10, no. 2, pp. 230–239, 2025, doi: 10.52943/jipiki.v10i2.1946. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v10i2.1946>
- [10] B. Sylla, O. Ismaila, and G. Diallo, "25 Years of Digital Health Toward Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries: Rapid Systematic Review," *J. Med. Internet Res.*, 2025, doi: 10.2196/59042. <https://doi.org/10.2196/59042>



- [11] S. Musa, I. Dergaa, R. Al Shekh Yasin, and R. Singh, “The Impact of Training on Electronic Health Records Related Knowledge, Practical Competencies, and Staff Satisfaction: A Pre-Post Intervention Study Among Wellness Center Providers in a Primary Health-Care Facility,” *J. Multidiscip. Healthc.*, vol. 16, pp. 1551–1563, 2023, doi: 10.2147/JMDH.S414200. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S414200>
- [12] S. Jeong, “Effect of a Practice-Oriented Electronic Medical Record Education Program for New Nurses,” *BMC Nurs.*, 2025, doi: 10.1186/s12912-025-02850-w.
- [13] H. Alzghaibi and H. A. Hutchings, “Barriers to the Implementation of Large-Scale Electronic Health Record Systems in Primary Healthcare Centers: A Mixed-Methods Study in Saudi Arabia,” *Front. Med.*, vol. 12, 2025, doi: 10.3389/fmed.2025.1516714. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1516714>
- [14] D. N. Aisyah, “Understanding Health Information Systems Utilization Across Public Health Centers in Indonesia: Cross-Sectional Study,” *JMIR Med. Informatics*, 2025, [Online]. Available: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12407222/> <https://doi.org/10.2196/68613>
- [15] M. Tegegne, “Digital Literacy Level and Associated Factors Among Health Professionals in a Referral and Teaching Hospital: An Implication for Future Digital Health Systems Implementation,” *Front. Public Heal.*, vol. 11, 2023, doi: 10.3389/fpubh.2023.1130894. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1130894>