Indo Green Journal
https://idngreen.com/index.php/green

e-ISSN: 3025 – 4574, p-ISSN: 3025 – 2679
Volume 4 Nomor 4 Tahun 2026
Halaman: 695 – 702

RESEARCH ARTICLE

Analisa Pelaksanaan Pelaporan Rekam Medis Elektronik Terintegrasi SATUSEHAT di Puskesmas Kota Palembang

Dini Liany Handayani[1*], Ali Harokan[2], Dianita Ekawati[3], Yusnilasari[4]
Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang, Indonesia
diniliany.h@gmail.com[1], aliharokan@yahoo.com[2], dianita_ekawati@yahoo.co.id[3], ynsari@ymail.com[4]

Kata Kunci: *Rekam medis elektronik, SATUSEHAT, pelaporan, perangkat lunak*

Abstrak

Rekam Medis Elektronik (RME) terintegrasi SATUSEHAT merupakan kewajiban bagi seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022, namun observasi awal menunjukkan capaian pelaporan di Puskesmas Kota Palembang baru sebesar 44%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan pelaporan RME SATUSEHAT dan faktor-faktor yang berhubungan di Puskesmas Kota Palembang tahun 2026 menggunakan pendekatan teori implementasi kebijakan Edwards III. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 5 April-8 Mei 2026 dengan desain penelitian adalah kuantitatif cross-sectional dengan teknik total sampling terhadap 42 penanggung jawab RME dari 42 Puskesmas. Data dikumpulkan melalui kuesioner terstruktur yang telah diuji validitas dan reliabilitas, serta data sekunder Dashboard SATUSEHAT, kemudian dianalisis secara univariat, bivariat (*Chi-Square*), dan multivariat (regresi logistik ganda metode Enter). Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar Puskesmas (66,7%) memiliki pelaporan RME SATUSEHAT dalam kategori kurang baik. Analisis bivariat menunjukkan hanya ketersediaan perangkat lunak (software) yang berhubungan signifikan dengan pelaporan RME (p=0,010; OR=11,00; 95% CI 2,366–51,242), sedangkan pelatihan, fitur RME, perangkat keras, motivasi, beban tugas, dukungan pimpinan, supervisi, SOP, dan komunikasi tidak menunjukkan hubungan signifikan (p>0,05). Analisis multivariat mengonfirmasi ketersediaan software sebagai prediktor paling dominan (p=0,014; OR=10,031; 95% CI 1,593–62,970) dengan Nagelkerke R^2 sebesar 36,8%. Disimpulkan bahwa keberhasilan pelaporan RME SATUSEHAT di Puskesmas Kota Palembang lebih ditentukan oleh kesiapan sumber daya teknologi dibandingkan faktor komunikasi, disposisi, atau struktur birokrasi. Dinas Kesehatan dan Puskesmas disarankan memprioritaskan optimalisasi perangkat lunak, jaringan internet, dan evaluasi vendor aplikasi RME secara berkala.

Keyword: *Electronic medical record, SATUSEHAT, reporting,software*

Abstract

SATUSEHAT integrated Electronic Medical Records (EMR) is mandatory for all healthcare facilities in Indonesia according to the Minister of Health Regulation Number 24 of 2022, however, initial observations indicate that reporting achievement in Palembang City Community Health Centers is only 44%. This study aims to determine the overview of the implementation of SATUSEHAT EMR reporting and related factors in Palembang City Community Health Centers in 2026 using the Edwards III policy implementation theory approach. The study was conducted on April 5-May 8, 2026, with a quantitative cross-sectional research design with a total sampling technique of 42 EMR managers from 42 Community Health Centers. Data were collected through structured questionnaires that had been tested for validity and reliability, as well as secondary data from the SATUSEHAT Dashboard, then analyzed univariately, bivariately (Chi-Square), and multivariate (multiple logistic regression using the Enter method). The results showed that the majority of Community Health Centers (66.7%) had SATUSEHAT EMR reporting in the poor category. Bivariate analysis showed that only software availability was significantly associated with RME reporting (p=0.010; OR=11.00; 95% CI 2.366–51.242), while training, RME features, hardware, motivation, workload, leadership support, supervision, SOPs, and communication did not show a significant relationship (p>0.05). Multivariate analysis confirmed software availability as the most dominant predictor (p=0.014; OR=10.031; 95% CI 1.593–62.970) with a Nagelkerke R^2 of 36.8%. It was concluded that the success of SATUSEHAT RME reporting in Palembang City Community Health Centers was more determined by the readiness of technological resources than communication factors, disposition, or bureaucratic structure. The Health Office and Community Health Centers are advised to prioritize software optimization, internet networks, and periodic evaluation of RME application vendors.

Information Production:
© 2026 *by the authors of this article. This work is licensed under an Attribution-ShareAlike 4.0 International (CC BY-SA 4.0)*

PENDAHULUAN

Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan bentuk pemanfaatan teknologi informasi dalam kegiatan pengumpulan, penyimpanan, pemrosesan, dan penyajian data rekam medis pasien di fasilitas pelayanan kesehatan (Astuti et al., 2025). Implementasi RME bertujuan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, kepuasan pasien, akurasi pendokumentasian klinis, menurunkan kesalahan medis, serta mempercepat akses terhadap informasi kesehatan pasien (Widyanti et al., 2025), sekaligus mendukung ketersediaan data *real-time*

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

untuk pengambilan keputusan medis, monitoring mutu pelayanan, dan perencanaan kebijakan (Purniari & Nilna Muna, 2024).

Secara global, adopsi *Electronic Health Record* (EHR) terus meningkat, namun survei *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) tahun 2021 terhadap 27 negara menemukan bahwa fragmentasi data rekam medis masih menjadi tantangan utama karena hanya 15 negara yang berhasil mengintegrasikan sistem EHR secara nasional (Slawomirski et al., 2023). Kondisi tersebut menegaskan bahwa keberhasilan implementasi EHR tidak semata ditentukan oleh ketersediaan teknologi, tetapi juga oleh aspek organisasi, sumber daya manusia, dan tata kelola sistem informasi kesehatan.

Di Indonesia, kewajiban integrasi RME dengan platform SATUSEHAT ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, yang mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan terhubung dengan standar data Kementerian Kesehatan paling lambat 31 Desember 2023 disertai sanksi administratif bagi fasilitas yang tidak memenuhi ketentuan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, 2022), sebagai bagian dari pilar keenam Transformasi Sistem Kesehatan Indonesia (Rubiyanti, 2023). Meski demikian, data Dashboard SATUSEHAT hingga akhir 2025 mencatat baru 40.359 dari 130.085 fasilitas kesehatan terdaftar yang telah terintegrasi (Dashboard SATUSEHAT, 2025).

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peran strategis dalam keberhasilan pelaporan RME SATUSEHAT karena berada di garda terdepan pelayanan kesehatan masyarakat (Maulina et al., 2025). Berbagai penelitian mengidentifikasi hambatan implementasi RME antara lain keterbatasan pelatihan, kompetensi dan literasi komputer, keterbatasan infrastruktur teknologi informasi, serta belum tersedianya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas (Asminoto et al., 2024; Siswati et al., 2024). Studi di negara berpenghasilan rendah juga menunjukkan bahwa kegagalan adopsi EHR dipengaruhi oleh pelatihan, infrastruktur, komitmen manajemen, interoperabilitas, kualitas sistem, dan kepuasan pengguna (Rodriguez et al., 2025; Woldemariam & Jimma, 2023), sementara kerangka evaluasi kontekstual menegaskan pentingnya keterpaduan faktor manusia, organisasi, dan teknologi secara simultan agar sistem informasi kesehatan memberi manfaat optimal (Rahman, 2025).

Observasi awal di Puskesmas Kota Palembang pada Desember 2025 menemukan rata-rata capaian pelaporan RME SATUSEHAT baru sebesar 44%, dengan capaian tertinggi 86% pada satu Puskesmas dan capaian terendah 36% pada 12 Puskesmas (Dashboard SATUSEHAT, 2025). Kondisi ini menunjukkan bahwa pelaksanaan pelaporan RME di Kota Palembang belum optimal, baik dari sisi keteraturan maupun kelengkapan data. Sampai saat ini belum tersedia hasil penelitian yang menganalisis secara komprehensif faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaporan RME SATUSEHAT di Puskesmas Kota Palembang, sehingga artikel ini bertujuan mengisi kesenjangan tersebut dengan menganalisis gambaran pelaksanaan pelaporan RME SATUSEHAT beserta faktor pelatihan, fitur sistem, perangkat keras, perangkat lunak, motivasi, beban tugas, dukungan pimpinan, supervisi, SOP, dan komunikasi menggunakan kerangka teori implementasi kebijakan Edwards III (Edwards III, 1980), yang menempatkan komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi sebagai empat determinan utama keberhasilan implementasi kebijakan publik.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain cross-sectional. Seluruh 42 Puskesmas di Kota Palembang dijadikan sampel (total sampling), dengan penanggung jawab RME di masing-masing Puskesmas sebagai responden. Variabel dan Pengukuran. Variabel dependen adalah hasil pelaporan RME SATUSEHAT, diukur dari data Dashboard SATUSEHAT dan dikategorikan kurang baik (≤71%) atau baik (>71%). Variabel independen: pelatihan, fitur RME, perangkat keras, perangkat lunak, motivasi, beban tugas, dukungan pimpinan, supervisi, SOP, dan komunikasi diukur melalui kuesioner Likert 1–5 berbasis teori Edwards III. Kategori tiap variabel independen ditentukan dari nilai median (data tidak normal) atau mean (data normal) berdasarkan uji Shapiro-Wilk. Instrumen. Kuesioner telah diuji valid (Pearson Product Moment, r-tabel 0,361) dan reliabel (Cronbach's Alpha >0,60) pada seluruh item. Analisis Data. Data dianalisis bertahap: univariat (distribusi frekuensi), bivariat (Chi-Square, p-value≤0,05), dan multivariat (regresi logistik ganda metode Enter untuk variabel dengan p-value≤0,25 pada tahap bivariat) guna menentukan faktor paling dominan (Notoatmodjo, 2018a). Etika Penelitian. Penelitian memperhatikan informed consent, kerahasiaan data, dan izin dari instansi terkait.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Demografi Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografi Responden di Puskesmas Kota Palembang

Karakteristik	Kategori	n	%

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

Jenis Kelamin	Laki-laki	10	23,8
	Perempuan	32	76,2
Usia	20–44 tahun (dewasa muda)	40	95,3
	45–59 tahun (dewasa pertengahan)	2	4,7
Pendidikan Terakhir	SMA	3	7,2
	D3	30	71,5
	S1	8	19,0
	S2	1	2,3
Total		42	100

Sumber: Data primer, 2026

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (76,2%), berada pada kelompok usia dewasa muda 20–44 tahun (95,3%), dan memiliki pendidikan terakhir Diploma III (71,5%). Keterangan tabel ini menggambarkan bahwa penanggung jawab RME di Puskesmas Kota Palembang secara umum berada pada usia produktif dengan latar belakang pendidikan vokasional rekam medis, yang secara teoritis mendukung kemampuan teknis dalam mengoperasikan sistem RME meskipun tidak secara langsung menjamin kepatuhan pelaporan.

Gambaran Pelaksanaan Pelaporan RME SATUSEHAT dan Distribusi Variabel Independen

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Variabel Dependen dan Independen di Puskesmas Kota Palembang

Variabel	Kategori	n	%
Hasil Pelaporan RME SATUSEHAT (Dependen)	Kurang baik	28	66,7
	Baik	14	33,3
Pelatihan	Kurang	21	50,0
	Baik	21	50,0
Fitur RME	Sulit	25	59,5
	Mudah	17	40,5
Ketersediaan Perangkat Keras (*Hardware*)	Tidak memadai	20	47,6
	Memadai	22	52,4
Ketersediaan Perangkat Lunak (*Software*)	Tidak memadai	24	57,1
	Memadai	18	42,9
Motivasi Petugas	Kurang	22	52,4
	Baik	20	47,6
Beban Tugas	Berat	25	59,5
	Ringan	17	40,5
Dukungan Pimpinan	Kurang	23	54,8
	Baik	19	45,2
Supervisi	Kurang	21	50,0
	Baik	21	50,0
SOP	Kurang	21	50,0
	Baik	21	50,0
Komunikasi	Kurang	23	54,8
	Baik	19	45,2

Sumber: Data primer dan Dashboard SATUSEHAT, 2026

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar Puskesmas (66,7%) memiliki hasil pelaporan RME SATUSEHAT dalam kategori kurang baik, sedangkan hanya 33,3% Puskesmas yang mencapai kategori baik. Pada variabel independen, sebagian besar responden menilai fitur RME sulit digunakan (59,5%) dan menyatakan ketersediaan perangkat lunak tidak memadai (57,1%), sementara ketersediaan perangkat keras relatif lebih berimbang (52,4% memadai). Variabel pelatihan, supervisi, dan SOP terdistribusi merata antara kategori kurang dan baik (masing-masing 50,0%), sedangkan mayoritas responden menyatakan beban tugas berat (59,5%), motivasi kurang (52,4%), dukungan pimpinan kurang (54,8%), dan komunikasi kurang baik (54,8%). Keterangan ini menegaskan bahwa rendahnya capaian pelaporan RME di Kota Palembang sejalan dengan masih terbatasnya kesiapan sistem (fitur dan *software*) serta faktor organisasi pendukung.

Hasil Analisis Bivariat

Tabel 3. Hasil Analisis Bivariat Hubungan Variabel Independen dengan Pelaksanaan Pelaporan RME SATUSEHAT di Puskesmas Kota Palembang

Variabel	Kategori	Kurang Baik n (%)	Baik n (%)	Total n (%)	*p-value*

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

Pelatihan	Kurang	15 (71,4)	6 (28,6)	21 (100)	0,513
	Baik	13 (61,9)	8 (38,1)	21 (100)	
Fitur RME	Sulit	19 (76,0)	6 (24,0)	25 (100)	0,120
	Mudah	9 (52,9)	8 (47,1)	17 (100)	
Perangkat Keras (*Hardware*)	Tidak memadai	16 (80,0)	4 (20,0)	20 (100)	0,081
	Memadai	12 (54,5)	10 (45,5)	22 (100)	
Perangkat Lunak (*Software*)	Tidak memadai	21 (87,5)	3 (12,5)	24 (100)	0,010*
	Memadai	7 (38,9)	11 (61,1)	18 (100)	
Motivasi	Kurang	16 (72,7)	6 (27,3)	22 (100)	0,382
	Baik	12 (60,0)	8 (40,0)	20 (100)	
Beban Tugas	Berat	18 (72,0)	7 (28,0)	25 (100)	0,374
	Ringan	10 (58,8)	7 (41,2)	17 (100)	
Dukungan Pimpinan	Kurang	18 (78,3)	5 (21,7)	23 (100)	0,079
	Baik	10 (52,6)	9 (47,4)	19 (100)	
Supervisi	Kurang	16 (76,2)	5 (23,8)	21 (100)	0,190
	Baik	12 (57,1)	9 (42,9)	21 (100)	
SOP	Kurang	15 (71,4)	6 (28,6)	21 (100)	0,513
	Baik	13 (61,9)	8 (38,1)	21 (100)	
Komunikasi	Kurang	17 (73,9)	6 (26,1)	23 (100)	0,273
	Baik	11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)	

Sumber: Data primer, 2026, Tanda (*) menunjukkan p<0,05 (signifikan).

Tabel 3 menunjukkan bahwa dari sepuluh variabel independen yang diuji, hanya ketersediaan perangkat lunak (*software*) yang berhubungan signifikan secara statistik dengan pelaksanaan pelaporan RME SATUSEHAT (p-value=0,010; p-value<0,05). Pada kelompok Puskesmas dengan *software* tidak memadai, 87,5% memiliki pelaporan kurang baik, sedangkan pada kelompok dengan *software* memadai, 61,1% memiliki pelaporan baik selisih proporsi yang jauh lebih besar dibandingkan variabel lain. Nilai *Odds Ratio* sebesar 11,00 (95% CI 2,366–51,242) mengindikasikan bahwa Puskesmas dengan *software* memadai memiliki peluang 11 kali lebih besar menghasilkan pelaporan RME yang baik. Sembilan variabel lain (pelatihan, fitur RME, perangkat keras, motivasi, beban tugas, dukungan pimpinan, supervisi, SOP, dan komunikasi) tidak menunjukkan hubungan yang signifikan (p-value>0,05), meskipun lima di antaranya (fitur RME, perangkat keras, dukungan pimpinan, supervisi, dan komunikasi) memiliki nilai p-value<0,25 sehingga tetap diikutsertakan sebagai kandidat pada analisis multivariat.

Hasil Analisis Multivariat

Tabel 4. Hasil Akhir Analisis Regresi Logistik Berganda Metode *Enter* terhadap Pelaksanaan Pelaporan RME SATUSEHAT di Puskesmas Kota Palembang

Variabel Prediktor	*p-value*	*OR*	CI 95% Lower	CI 95% Upper
Fitur RME	0,797	0,741	0,073	7,220
Perangkat Keras (*Hardware*)	0,528	1,747	0,309	9,867
Perangkat Lunak (*Software*)	0,014*	10,031	1,593	62,970
Dukungan Pimpinan	0,730	1,431	0,187	10,964
Supervisi	0,380	2,590	0,309	21,680
Komunikasi	0,622	0,544	0,043	6,111

Sumber: Data primer, 2026, Tanda (*) menunjukkan p<0,05 (signifikan).

Tabel 4 menunjukkan bahwa setelah dikontrol secara bersamaan terhadap lima variabel kandidat lainnya, ketersediaan perangkat lunak (*software*) tetap menjadi satu-satunya variabel yang berhubungan signifikan dengan pelaksanaan pelaporan RME SATUSEHAT (p-value=0,014; *OR*=10,031; 95% CI 1,593–62,970). Artinya, Puskesmas dengan *software* memadai memiliki peluang 10 kali lebih besar menghasilkan pelaporan RME yang baik dibandingkan Puskesmas dengan *software* tidak memadai, setelah mengendalikan pengaruh fitur RME, perangkat keras, dukungan pimpinan, supervisi, dan komunikasi. Nilai Nagelkerke R^2 sebesar 0,368 menunjukkan bahwa model yang terbentuk mampu menjelaskan 36,8% variasi pelaporan RME SATUSEHAT, sedangkan 63,2% sisanya dipengaruhi oleh faktor lain di luar model penelitian ini. Uji *Omnibus* (p=0,044) menegaskan bahwa model regresi logistik secara keseluruhan signifikan, dan uji kelayakan model *Hosmer and Lemeshow* (p-value=0,813) menunjukkan model telah sesuai (*fit*) dengan data penelitian, sehingga

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

layak digunakan untuk menjelaskan faktor yang berhubungan dengan pelaporan RME SATUSEHAT di Puskesmas Kota Palembang.

Pembahasan

Gambaran Umum Pelaksanaan Pelaporan RME SATUSEHAT

Temuan bahwa mayoritas Puskesmas (66,7%) berada pada kategori pelaporan kurang baik memperkuat hasil observasi awal yang mencatat rata-rata capaian pelaporan RME SATUSEHAT di Kota Palembang sebesar 44% (Dashboard SATUSEHAT, 2025), serta sejalan dengan data nasional yang menunjukkan baru sekitar 31% fasilitas kesehatan terdaftar yang telah terintegrasi penuh dengan SATUSEHAT. Kondisi ini juga konsisten dengan temuan Kundari dkk. (2025) di Rumah Sakit Sumber Waras yang melaporkan bahwa implementasi rekam medis elektronik masih menghadapi kendala interoperabilitas sistem dan kualitas data yang belum konsisten, serta hasil kajian Lisnawati dkk. (2025) pada Puskesmas Kesunean Kota Cirebon yang menemukan bahwa implementasi E-Puskesmas terintegrasi SATUSEHAT masih memerlukan peningkatan pada aspek penyajian laporan dan akurasi input data. Kesamaan pola pada berbagai fasilitas pelayanan kesehatan primer ini menunjukkan bahwa tantangan pelaporan RME SATUSEHAT bersifat sistemik, tidak semata persoalan lokal Kota Palembang.

Aspek Komunikasi

Berdasarkan uji bivariat, komunikasi tidak berhubungan signifikan dengan pelaksanaan pelaporan RME SATUSEHAT (p-value=0,273). Menurut teori Edwards III, komunikasi yang efektif memungkinkan tujuan dan prosedur kebijakan dipahami secara jelas oleh pelaksana, namun komunikasi yang baik tidak cukup menjamin keberhasilan implementasi apabila tidak didukung sumber daya yang memadai (Edwards III, 1980). Hasil ini sejalan dengan penelitian Eka dkk. (2024) di RSUD Provinsi Banten yang menegaskan bahwa komunikasi efektif memperlancar koordinasi lintas profesi, namun keberhasilan pelaporan tetap bergantung pada kesiapan teknis sistem. Karena pelaporan RME SATUSEHAT bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Permenkes Nomor 24 Tahun 2022, seluruh Puskesmas tetap dituntut melaksanakan pelaporan terlepas dari variasi kualitas komunikasi organisasi, sehingga pengaruh komunikasi terhadap keberhasilan pelaporan menjadi kurang tampak secara statistik.

Aspek Sumber Daya: Pelatihan, Fitur, Perangkat Keras, dan Perangkat Lunak

Pelatihan tidak berhubungan signifikan dengan pelaporan RME SATUSEHAT (p-value=0,513). Temuan ini sejalan dengan Kundari dkk. (2025) yang menyatakan bahwa keterbatasan pelatihan formal tidak selalu berbanding lurus dengan kegagalan pelaporan apabila petugas menempuh jalur pembelajaran alternatif seperti pendampingan internal dan konsultasi dengan vendor aplikasi. Sifat pelaporan yang wajib mendorong petugas mencari strategi adaptasi mandiri, sehingga efek pelatihan formal terhadap hasil pelaporan menjadi kurang terlihat secara statistik, sebagaimana juga ditemukan pada variabel fitur RME (p-value=0,120) yang menurut Luftiana dan Anggraeni (2024) seharusnya memengaruhi penerimaan sistem, namun pada penelitian ini belum menunjukkan hubungan bermakna karena kendala kemudahan fitur cenderung teratasi melalui pembiasaan penggunaan sehari-hari, meskipun Setiyoko dan Perwirani (2025) tetap mengingatkan bahwa keterbatasan fitur aplikasi merupakan salah satu hambatan nyata implementasi RME di Puskesmas.

Ketersediaan perangkat keras juga tidak berhubungan signifikan (p-value=0,081), yang dapat dijelaskan oleh relatif seragamnya sarana dasar komputer antar-Puskesmas di Kota Palembang sehingga variasinya tidak cukup besar untuk memengaruhi hasil pelaporan secara statistik, sejalan dengan temuan Wikansari dan Febrianta (2024) bahwa kemampuan finansial Puskesmas turut membatasi pemenuhan standar perangkat keras pada sebagian fasilitas. Berbeda dengan ketiga variabel di atas, ketersediaan perangkat lunak (*software*) terbukti berhubungan signifikan baik pada analisis bivariat (p-value=0,010; *OR*=11,00) maupun multivariat (p=0,014; *OR*=10,031), menjadikannya prediktor paling dominan dalam penelitian ini. Menurut teori Edwards III, sumber daya mencakup fasilitas dan teknologi pendukung implementasi kebijakan, dan dalam konteks RME, perangkat lunak merupakan komponen inti yang menjalankan fungsi pencatatan, pengolahan, penyimpanan, dan pengiriman data ke SATUSEHAT (Edwards III, 1980). Temuan ini konsisten dengan Muchlis (2024) yang menegaskan bahwa kualitas sistem dan teknologi informasi menjadi faktor penentu keberhasilan implementasi RME di Puskesmas DKI Jakarta, serta dengan kajian Puspita dan Wisnuwardhana (2025) dan Kissi dkk. (2023) yang menunjukkan bahwa kualitas sistem, informasi, dan layanan berkontribusi signifikan terhadap kepatuhan pelaporan dan kualitas data kesehatan elektronik. *Software* yang memadai memungkinkan stabilitas sistem, kemudahan sinkronisasi, dan interoperabilitas dengan platform SATUSEHAT yang lebih baik, sedangkan *software* yang tidak memadai berisiko menimbulkan kegagalan

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

sinkronisasi dan keterlambatan pengiriman data, sebagaimana juga diperkuat oleh meta-analisis Kurniawan dkk. (2024) mengenai efektivitas RME terhadap mutu pelayanan kesehatan.

Aspek Disposisi: Motivasi dan Beban Tugas

Motivasi (p=0,382) dan beban tugas (p=0,374) tidak berhubungan signifikan dengan pelaporan RME SATUSEHAT. Dalam kerangka Edwards III, disposisi mencerminkan sikap dan komitmen pelaksana kebijakan, namun hasil ini menunjukkan bahwa pelaporan RME lebih banyak didorong oleh tuntutan regulasi dan kewajiban kerja dibandingkan dorongan intrinsik individu, sejalan dengan temuan Yulianita dan Sandiasa (2025) di RSUD Kabupaten Buleleng yang mencatat adanya komitmen pelaksana yang cukup baik meski masih terdapat resistensi kecil terhadap perubahan. Sementara itu, meskipun secara statistik tidak signifikan, Yuliati dkk. (2025) menemukan bahwa motivasi tetap menjadi salah satu faktor paling berpengaruh terhadap kepatuhan implementasi RME pada layanan rawat jalan rumah sakit kelas B, sehingga perbedaan konteks fasilitas primer dan rujukan perlu dipertimbangkan dalam menginterpretasikan hasil ini. Terkait beban tugas, penelitian Budi dkk. (2022) menunjukkan bahwa sistem RME justru mampu meningkatkan kapasitas kerja petugas hingga lima kali lipat dibandingkan sistem manual, sehingga beban tugas yang tinggi tidak selalu berbanding lurus dengan buruknya hasil pelaporan apabila didukung sistem yang efisien.

Aspek Struktur Birokrasi: Dukungan Pimpinan, Supervisi, dan SOP

Dukungan pimpinan (p-value=0,079), supervisi (p-value=0,190), dan SOP (p-value=0,513) tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan pelaporan RME SATUSEHAT, meskipun dukungan pimpinan dan supervisi tetap masuk kandidat multivariat karena p<0,25. Struktur birokrasi menurut Edwards III berperan sebagai mekanisme pengendalian yang memastikan pelaksanaan kebijakan berjalan sesuai ketentuan (Edwards III, 1980), dan tidak signifikannya ketiga variabel ini mengindikasikan bahwa struktur birokrasi telah relatif seragam di seluruh Puskesmas Kota Palembang sehingga tidak lagi menjadi faktor pembeda utama variasi capaian pelaporan. Hasil ini melengkapi temuan Risnawati dan Purwaningsih (2024) yang menekankan pentingnya dukungan manajemen dan supervisi dalam keberhasilan pelaporan RME, dengan catatan bahwa pada konteks Kota Palembang aspek teknologi tampak lebih menentukan dibandingkan aspek kelembagaan.

Implikasi Temuan terhadap Kerangka Edwards III

Secara keseluruhan, dari empat dimensi implementasi kebijakan Edwards III, hanya dimensi sumber daya secara spesifik ketersediaan perangkat lunak yang terbukti berhubungan signifikan dengan keberhasilan pelaporan RME SATUSEHAT di Puskesmas Kota Palembang, baik pada tahap bivariat maupun setelah dikontrol pada tahap multivariat. Temuan ini memberikan kontribusi empiris bahwa pada level pelayanan kesehatan primer, kesiapan teknologi merupakan faktor strategis yang menentukan keberhasilan transformasi digital kesehatan, sejalan dengan kajian sistematis Woldemariam dan Jimma (2023) serta Rodriguez dkk. (2025) yang menyimpulkan bahwa kualitas sistem dan interoperabilitas menjadi determinan utama keberhasilan EHR di fasilitas kesehatan berpenghasilan rendah dan menengah. Implikasinya, intervensi peningkatan pelaporan RME SATUSEHAT di Puskesmas Kota Palembang perlu diprioritaskan pada optimalisasi perangkat lunak, jaringan internet, dan interoperabilitas sistem, tanpa mengabaikan penguatan komunikasi, disposisi, dan struktur birokrasi sebagai faktor pendukung jangka panjang.

KESIMPULAN

Sebagian besar Puskesmas Kota Palembang (66,7%) memiliki pelaksanaan pelaporan RME terintegrasi SATUSEHAT dalam kategori kurang baik. Dari sepuluh faktor yang diteliti berdasarkan kerangka Edwards III, hanya ketersediaan perangkat lunak (*software*) yang berhubungan signifikan dengan pelaporan RME SATUSEHAT, baik pada analisis bivariat dan merupakan variabel yang paling dominan dengan kontribusi penjelasan sebesar 36,8% (Nagelkerke R^2). Pelatihan, fitur RME, perangkat keras, motivasi, beban tugas, dukungan pimpinan, supervisi, SOP, dan komunikasi tidak menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik. Disarankan Dinas Kesehatan Kota Palembang melakukan audit teknis berkala terhadap Puskesmas dengan capaian pelaporan rendah, mengevaluasi kinerja vendor aplikasi RME terkait interoperabilitas dan kecepatan sinkronisasi data, serta melaksanakan monitoring dan evaluasi terjadwal setiap 3–6 bulan. Puskesmas disarankan mengoptimalkan pemeliharaan *software*, meningkatkan kualitas jaringan internet dan kapasitas *bandwidth*, menunjuk koordinator RME/SATUSEHAT untuk memantau kegagalan sinkronisasi harian, serta mengalokasikan anggaran berkelanjutan untuk pembaruan infrastruktur teknologi informasi. Penelitian selanjutnya disarankan mengeksplorasi faktor lain seperti kompetensi petugas, penerimaan teknologi, kualitas interoperabilitas sistem, dan budaya organisasi, dengan jumlah sampel yang lebih besar atau kombinasi metode kuantitatif dan kualitatif.

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

DAFTAR REFERENSI

Asminoto, H. A., Rusdi, A. J., & Ansyori, A. (2024). Tantangan Implementasi Rekam Medis Elektronik di Puskesmas. Jurnal Kesehatan Amanah, 8(1), 289–298. https://doi.org/10.57214/jka.v8i1.728

Astuti, S. S. W., Rezal, M., Widjaja, L., & Indiawati, L. (2025). Gambaran Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik Pada Poliklinik di Rumah Sakit Atma Jaya. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, 13(2), 166–178. https://doi.org/10.33560/jmiki.v13i2.695

Budi, A. P., Sasti, I., & Widiyanto, W. W. (2022). Perbandingan Beban Kerja Tenaga Rekam Medis Elektronik Dan Manual Menggunakan Metode ABK Kesehatan. Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan (JMIAK), 5(2).

Dashboard SATUSEHAT. (2025). Dashboard Pemantauan Aliran Data SATUSEHAT. https://satusehat.kemkes.go.id/data/dashboard/47ef4c43-4ea0-4d1f-a5e5-7d38afcb4edf

Edwards III, G. C. (1980). Implementing public policy. Congressional Quarterly Press.

Eka, N., Amiruddin, S., & Jumiati, I. E. (2024). Implementasi Kebijakan Rekam Medis Elektronik Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten. Jurnal Desentralisasi Dan Kebijakan Publik (JDKP), 5(2).

Kissi, J., Annobil, C., Tijani, A., & Kissi, A. A. (2023). Electronic health record impact on data quality: An integrated review. Integrated Health Research Journal, 1(2), 77–85. https://doi.org/10.47963/ihrj.v1i2.1376

Kundari, A., Aji, B., & Rejeki, D. S. S. (2025). Evaluation of the implementation of an inpatient electronic medical record system using the DeLone and McLean method. Indonesian Journal of Global Health Research, 7(5).

Kurniawan, H. D., Widiyanto, A., Putri, S. I., & Prisusanti, R. D. (2024). Meta Analysis: Effectiveness of Electronic Medical Record (EMR) on the Quality of Health Services. Journal of Health Policy and Management, 9(2), 168–176. https://doi.org/10.26911/thejhpm.2024.09.02.03

Lisnawati, S., Karmanto, B., Mohammad, M. I., & Khasanah, L. (2025). Analisis Implementasi E-Puskesmas Rekam Medis Elektronik yang Terintegrasi dengan Aplikasi SATUSEHAT di Puskesmas Kesunean Kota Cirebon. Jurnal Kesehatan, Sains, dan Teknologi (JAKASAKTI), 4(1), 145–156. https://doi.org/10.36002/js.v4i1.3819

Luftiana, R. M., & Anggraeni, I. (2024). Hubungan Persepsi Manfaat, Persepsi Kemudahan dan Sikap Pengguna terhadap Penggunaan Aktual Rekam Medis Elektronik e-Puskesmas di Puskesmas Sidomulyo Samarinda. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, 23(4), 356–360. https://doi.org/10.14710/mkmi.23.4.356-360

Maulina, F. C., Firmansyah, M. P., & Isnaani, S. N. (2025). Implementasi Sistem Informasi Puskesmas pada Pendaftaran Rawat Jalan untuk Menunjang Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (Studi Kasus di Puskesmas Mampang Depok). Edu RMIK Jurnal Edukasi Rekam Medis Informasi Kesehatan, 4(1), 125–134.

Muchlis, H. A. (2024). Model Sukses Implementasi Rekam Medis Elektronik di Puskesmas DKI Jakarta. Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM), 12(1), 31–41. https://doi.org/10.47007/inohim.v12i01.561

Notoatmodjo, S. (2018). Metodologi Penelitian Kesehatan. Rineka Cipta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis. (2022).

Purniari, N. K. T., & Nilna Muna. (2024). Optimizing Healthcare Performance Through Electronic Medical Records: An Efficiency Analysis. Jurnal Nasional Pendidikan Teknik Informatika: JANAPATI, 13(3), 532–545. https://doi.org/10.23887/janapati.v13i3.85783

Puspita, M., & Wisnuwardhana, I. A. (2025). Hubungan Kualitas RME (Sistem, Informasi dan Layanan) dengan Kepuasan Tenaga Kesehatan serta Signifikansi Kepatuhan Pengguna di Rumah Sakit: Studi Literatur. JEMARI: Journal of Health and Medical Record Indonesia, 2(2), 65–69. https://doi.org/10.32660/jemari.v2i2.1001

Rahman, B. (2025). HOT-FIT-BR: A context-aware evaluation framework for digital health systems in resource-limited settings. https://doi.org/10.48550/arXiv.2505.20585

Risnawati, R., & Purwaningsih, E. (2024). Analisis Hambatan Dalam Implementasi Rekam Medis Elektronik Di Puskesmas Karang Asam Samarinda. Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Nusantara, 5(2), 1603–1608. https://doi.org/10.55338/jpkmn.v5i2.3053

Rodriguez, B., Demoral, J. K., Carpio, J., Gultia, A., Coyoca, G. S., Garciano, C., & Velasco, L. C. (2025). Electronic health records in non-hospital settings of developing economies: A systematic review on enablers and barriers. Informatics in Medicine Unlocked, 54, 101634. https://doi.org/10.1016/j.imu.2025.101634

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

Rubiyanti, N. S. (2023). Penerapan Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit di Indonesia: Kajian Yuridis. Aladalah: Jurnal Politik, Sosial, Hukum dan Humaniora, 1(1), 179–187. https://doi.org/10.59246/aladalah.v1i1.163

Setiyoko, R., & Perwirani, R. (2025). Analisis Hambatan dalam Implementasi Rekam Medis Elektronik di Puskesmas Kaliangkrik Kabupaten Magelang. Jurnal Ners, 9(2), 3168–3173. https://doi.org/10.31004/jn.v9i2.44617

Siswati, S., Ernawati, T., & Khairunnisa, M. (2024). Analisis Tantangan Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik di Puskesmas Kota Padang. Jurnal Kesehatan Vokasional, 9(1), 1. https://doi.org/10.22146/jkesvo.92719

Slawomirski, L., Lindner, L., Bienassis, K. de, Haywood, P., Hashiguchi, T. C. O., Steentjes, M., & Oderkirk, J. (2023). Progress on implementing and using electronic health record systems: Developments in OECD countries as of 2021 (No. 160). OECD. https://doi.org/10.1787/4f4ce846-en

Sugiyono. (2024). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Alfabeta.

Widyanti, N., Khoiri, A., & Dewanto, I. (2025). Faktor-Faktor Penentu Keberhasilan Implementasi Sistem Informasi Kesehatan Ditinjau Dari Perspektif Pengguna: Tinjauan Literatur Sistematis. Jurnal Ilmiah Global Education, 6(3), 1241–1256. https://doi.org/10.55681/jige.v6i3.3836

Wikansari, N., & Febrianta, N. (2024). Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik di Puskesmas Pajangan Kabupaten Bantul. Journal Health Information Management Indonesian (JHIMI), 3(1), 72–76. https://doi.org/10.46808/jhimi.v3i1.169

Woldemariam, M. T., & Jimma, W. (2023). Adoption of electronic health record systems to enhance the quality of healthcare in low-income countries: A systematic review. BMJ Health & Care Informatics, 30(1), e100704. https://doi.org/10.1136/bmjhci-2022-100704

Yulianita, A. A., & Sandiasa, G. (2025). Implementasi Kebijakan Rekam Medis Elektronik (RME) di RSUD Kabupaten Buleleng. Locus, 17(2), 80–94. https://doi.org/10.37637/locus.v17i2.2490

Yuliati, D., Rindu, & Ulya, F. (2025). Kepatuhan Implementasi Rekam Medis Elektronik pada Rawat Jalan Rumah Sakit di Kota Depok. Jurnal Masyarakat Sehat Indonesia, 4(3). https://doi.org/10.70304/jmsi.v4i03.5