

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Rekam Medis Elektronik (RME)

2.1.1 Definisi Rekam Medis Elektronik

Sistem informasi kesehatan berbasis komputer seperti Rekam Medis Elektronik (RME) atau Rekam Medis Elektronik (EMR) dirancang untuk merekam, menyimpan, mengelola, dan menampilkan data digital pasien. Tujuan dari sistem ini adalah untuk meningkatkan akurasi, efektivitas, dan kemudahan akses ke informasi medis di fasilitas kesehatan (McMullen et al., 2014). RME adalah rekam medis digital yang berisi informasi pasien secara *real-time* yang dapat diakses dengan aman dan cepat oleh tenaga medis (Uslu & Stausberg, 2021). RME memiliki fitur ini untuk membantu modernisasi layanan kesehatan, terutama dalam mendukung keputusan klinis dan meningkatkan kualitas. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggambarkan RME sebagai bagian dari sistem informasi kesehatan elektronik yang mencatat data medis individu dalam satu fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini berbeda dari *Electronic Health Record* (EHR), yang didefinisikan sebagai catatan kesehatan yang terintegrasi yang digunakan oleh berbagai penyedia layanan atau fasilitas (Wang et al., 2023). Disisi lain, EHR mencakup lebih banyak topik dan mencakup data tentang kesehatan seseorang.

2.1.2 Sejarah dan Perkembangan Rekam Medis Elektronik

RME pertama kali dikembangkan pada tahun 60-an sebagai tanggapan terhadap kebutuhan dokumentasi medis yang lebih cepat dan akurat di lingkungan kesehatan modern (McMullen et al., 2014). Pada awalnya, RME hanya digunakan di

beberapa rumah sakit besar di Amerika Serikat untuk mendukung proses administrasi dan pelaporan klinis. Namun, seiring dengan kemajuan teknologi informasi dan komunikasi, RME terus berkembang. Sejak abad kedua puluh satu, penggunaan RME meningkat di seluruh dunia karena banyak negara menyadari kemampuan sistem ini untuk meningkatkan koordinasi perawatan dan meningkatkan keselamatan pasien (Uslu & Stausberg, 2021). Kebijakan internasional seperti *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) di Amerika Serikat memperketat interoperabilitas dan keamanan data RME yang membuatnya menjadi salah satu indikator sistem kesehatan yang paling canggih.

Rekam medis elektronik di Indonesia telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir sebagai hasil dari berbagai peraturan yang mengatur sistem informasi kesehatan dan percepatan digitalisasi pelayanan publik. Menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, fasilitas kesehatan harus secara bertahap beralih dari rekam medis kertas ke sistem elektronik. Meskipun demikian, implementasi RME di Indonesia masih menghadapi masalah seperti sumber daya manusia yang tidak siap, infrastruktur teknologi yang tidak memadai, dan masalah interoperabilitas antara fasilitas kesehatan (Tilaar & Sewu, 2023).

Pengembangan RME di Indonesia dimulai dengan penerapan sistem informasi berbasis data lokal di setiap rumah sakit. Selanjutnya, upaya untuk mengintegrasikan RME ke dalam sistem nasional seperti Peduli Lindungi dan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA). Salah satu bagian dari upaya pemerintah untuk menciptakan *blueprint* transformasi digital kesehatan nasional adalah transformasi ini (Puspitaning Ati, 2024). Oleh karena itu, sejarah RME menunjukkan

perkembangan dokumentasi medis yang mengalami pergeseran teknologi selain perubahan budaya kerja, model pelayanan, dan tata kelola data kesehatan di seluruh dunia.

2.1.3 Komponen dan Fungsi Rekam Medis Elektronik

Rekam Medis Elektronik (RME) adalah sistem yang terdiri dari sejumlah komponen fungsional yang saling terintegrasi yang membantu proses dokumentasi medis, pelayanan klinis, dan pengambilan keputusan. Komponen utama RME biasanya terdiri dari beberapa modul tergantung pada desain dan kebutuhan dari fasilitas pelayanan kesehatan:

1. Data Demografis Pasien

Identitas dasar pasien, seperti nama, tanggal lahir, alamat, nomor rekam medis, dan informasi kontak keluarga, dapat dicatat oleh modul ini. Informasi ini sangat penting untuk pelacakan dan integrasi data klinis (McMullen et al., 2014).

1) Catatan Klinis Elektronik (*Electronic Clinical Notes*)

Komponen ini memungkinkan dokter dan perawat untuk memasukkan hasil pemeriksaan klinis, riwayat medis, observasi, dan diagnosis secara digital. Catatan ini dapat diakses secara real-time sehingga mendukung koordinasi tim medis (Uslu & Stausberg, 2021).

2) Sistem Pemesanan Terkomputerisasi atau CPOE (*Computerized Physician Order Entry*)

Fitur yang memungkinkan dokter untuk memasukkan permintaan pemeriksaan laboratorium, rontgen, hingga resep obat secara elektronik. Hal

ini terbukti mengurangi kesalahan preskripsi akibat tulisan tangan dan mempercepat alur pelayanan (Hayati et al., 2025).

3) Sistem Manajemen Obat (*e-Prescribing*)

Komponen ini mengatur sirkulasi obat, mulai dari permintaan resep, verifikasi farmasi, serta pencatatan pemberian obat kepada pasien. Data ini penting untuk mencegah interaksi obat dan mendukung keamanan pasien (Wang et al., 2023).

4) Modul Pelaporan dan Analitik

Pelaporan otomatis digunakan untuk keperluan administrasi, manajemen mutu, dan pelaporan penyakit ke dinas kesehatan atau Kementerian Kesehatan. Fitur-fitur ini membuat pelaporan data kesehatan publik lebih efisien (Tilaar & Sewu, 2023).

5) Sistem Keamanan dan Akses Kontrol

Menjamin kerahasiaan dan integritas data pasien melalui penggunaan autentikasi pengguna, enkripsi data, dan kontrol akses berbasis peran. Komponen ini sangat penting dalam mencegah pelanggaran data dan memastikan kepatuhan terhadap etika medis dan peraturan perlindungan data (Puspitaning Ati, 2024). Secara keseluruhan, RME mendukung dokumentasi medis yang lebih akurat, efektif, dan terstruktur serta memfasilitasi kolaborasi antarprofesi dalam pelayanan kesehatan. Dengan adanya sistem RME, pelayanan klinis dapat dilakukan secara lebih efisien, aman, dan terintegrasi untuk meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan (Uslu & Stausberg, 2021).

2.1.4 Manfaat Implementasi Rekam Medis Elektronik

Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) telah memberikan banyak manfaat signifikan bagi dunia pelayanan kesehatan, terutama dalam aspek klinis, administratif, keselamatan pasien, dan efisiensi kerja tenaga kesehatan. Peralihan dari sistem manual berbasis kertas ke sistem digital telah membawa perubahan paradigma dalam pengelolaan data medis.

1. Manfaat Klinis

Peningkatan kualitas dan kecepatan pengambilan keputusan klinis adalah manfaat utama RME. Menurut (McMullen et al., 2014), RME memungkinkan akses cepat dan *real-time* ke riwayat medis pasien yang membantu dokter dan perawat membuat diagnosis dan rencana perawatan yang lebih tepat waktu dan efektif. RME juga memungkinkan integrasi hasil radiologi, obat yang diresepkan, dan laboratorium, yang mempermudah koordinasi antarprofesi.

2. Manfaat Administratif

RME meningkatkan efisiensi administrasi dengan digitalisasi proses pencatatan, pelaporan, dan manajemen rekam medis yang sebelumnya memakan waktu dan rawan kesalahan (Uslu & Stausberg, 2021). Selain itu, sistem pelaporan otomatis dalam RME memudahkan manajemen rumah sakit untuk membuat laporan yang akurat dan cepat, mengurangi risiko duplikasi data dan kehilangan catatan.

3. Dampak Positif terhadap Keselamatan Pasien

Implementasi RME juga berkontribusi pada peningkatan keselamatan pasien

dengan meminimalkan kesalahan medis, seperti kesalahan penulisan resep obat atau interpretasi data (Wang et al., 2023). Fitur seperti *clinical decision support system* (CDSS) dalam RME dapat memberikan peringatan dini terhadap alergi obat atau interaksi obat yang berbahaya, sehingga meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien.

4. Efisiensi Kerja Tenaga Kesehatan

Penggunaan RME dalam bidang kesehatan membantu alur kerja, keterlibatan kerja, dan kepuasan di tempat kerja (Maawati et al., 2025). Dokter dan perawat dapat dengan cepat mengakses data pasien tanpa mencari dokumen asli, sehingga waktu yang dihabiskan untuk tugas administratif dapat dialokasikan untuk memberikan pelayanan langsung kepada pasien. Selain itu, hal ini berdampak pada peningkatan produktivitas, pencapaian kualitas layanan yang lebih baik, dan pengurangan beban kerja (Jedwab et al., 2021).

2.1.5 Tantangan dan Hambatan Implementasi Rekam Medis Elektronik

RME memiliki banyak manfaat untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, tetapi ada banyak masalah saat menerapkannya di berbagai fasilitas kesehatan. Tiga komponen utama menggabungkan tantangan ini: masalah teknis, masalah sumber daya manusia, dan masalah regulasi atau pendanaan.

1. Tantangan Teknis

Infrastruktur teknologi informasi yang memadai, termasuk perangkat keras, jaringan internet yang stabil, dan sistem penyimpanan data berskala besar diperlukan untuk melaksanakan RME. Beberapa rumah sakit terutama di negara berkembang, menghadapi masalah infrastruktur seperti jaringan yang

tidak stabil, kapasitas server yang rendah, dan kurangnya dukungan teknis (Puspitaning Ati, 2024). Karena data medis bersifat sensitif dan dilindungi oleh undang-undang, masalah keamanan data juga menjadi perhatian utama. Kesalahan pengelolaan data dapat merusak privasi pasien dan kepercayaan pasien pada fasilitas kesehatan (Tilaar & Sewu, 2023). Tantangan lainnya adalah kurangnya interoperabilitas, yaitu kemampuan sistem RME untuk berkomunikasi atau bertukar data dengan sistem lain. Kurangnya standar sistem menyebabkan data yang tersimpan dalam satu sistem tidak dapat digunakan oleh fasilitas lain, sehingga menghambat integrasi layanan kesehatan antar institusi (Wang et al., 2023).

2. Tantangan Sumber Daya Manusia

Selain masalah teknis, masalah sumber daya manusia juga menjadi hambatan besar untuk menerapkan RME. Pergeseran dari sistem manual ke digital memerlukan pelatihan dan penyesuaian bagi tenaga kesehatan, termasuk dokter, perawat, dan staf administrasi. Pelatihan yang tidak memadai dapat membuat pengguna tidak nyaman dan menolak untuk menerapkan sistem baru karena dianggap sulit atau menambah beban kerja (Maawati et al., 2025). Menurut *Theory of Technology Acceptance Model* (TAM), persepsi pengguna tentang kemudahan dan kegunaan RME sangat memengaruhi adopsi teknologi yang rendah. Oleh karena itu, dukungan manajemen dan pelatihan yang efektif sangat penting untuk meningkatkan adopsi teknologi di tempat kerja tenaga kesehatan.

3. Tantangan Regulasi dan Pendanaan

RME membutuhkan dukungan kebijakan dan dana yang memadai dari pemerintah dan manajemen rumah sakit untuk dilaksanakan. Meskipun beberapa undang-undang, seperti Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, telah dibuat oleh pemerintah Indonesia untuk mendukung transformasi digital kesehatan, implementasinya masih terhambat oleh masalah anggaran dan prioritas kebijakan di beberapa wilayah (Tilaar & Sewu, 2023). Selain itu, fasilitas kesehatan yang memiliki dana terbatas sering menghadapi masalah karena biaya awal yang tinggi untuk pengadaan perangkat, lisensi software, dan pemeliharaan sistem (Uslu & Stausberg, 2021).

2.1.6 Implementasi Rekam Medis Elektronik di Indonesia

Penggunaan RME di Indonesia telah berkembang secara bertahap dalam sepuluh tahun terakhir sebagai hasil dari kemajuan dalam teknologi informasi serta kebijakan pemerintah mengenai sistem informasi kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis menetapkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan wajib menerapkan rekam medis, baik secara manual maupun elektronik, untuk meningkatkan kualitas layanan dan meningkatkan akurasi data pasien. Selain itu, pemerintah Indonesia menggunakan Blueprint Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2021-2024 untuk mendorong transformasi ke arah digitalisasi layanan kesehatan, termasuk penerapan RME di seluruh negeri (Puspitaning Ati, 2024). RME telah digunakan di beberapa rumah sakit besar dan fasilitas kesehatan swasta untuk mendukung dokumentasi medis,

pelayanan klinis, dan sistem pelaporan kesehatan elektronik.

Namun demikian, banyak hambatan masih menghalangi penerapan RME di Indonesia, terutama pada fasilitas kesehatan tingkat menengah dan kecil, seperti puskesmas dan rumah sakit daerah (Tilaar & Sewu, 2023). Keterbatasan dana, infrastruktur teknologi informasi yang tidak memadai, dan kurangnya literasi digital di kalangan tenaga kesehatan adalah beberapa kendala tersebut. Selain itu, tidak adanya standar interoperabilitas antar sistem RME menghambat pertukaran data pasien antara fasilitas. Akibatnya, ini menghambat integrasi layanan kesehatan nasional (Wang et al., 2023). Untuk meningkatkan pelaksanaan RME di Indonesia, diperlukan pendekatan menyeluruh yang mencakup pelatihan sumber daya manusia, penguatan infrastruktur, dan dukungan kebijakan yang konsisten dari pemerintah pusat hingga daerah.

2.1.7 Hubungan Rekam Medis Elektronik dengan Kepuasan Kerja Perawat

Penggunaan RME tidak hanya memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan tetapi juga kondisi kerja dan kepuasan karyawan kesehatan, termasuk perawat. RME meningkatkan efisiensi alur kerja dan mengurangi tanggung jawab administrasi karena memungkinkan perawat untuk mengakses dan mencatat informasi pasien dengan cepat dan tepat (Maawati et al., 2025). Teori Kepuasan Kerja menyatakan bahwa persepsi perawat tentang beban kerja, kualitas pekerjaan, dan kesempatan untuk berpartisipasi secara efektif dalam pelayanan klinis semuanya memengaruhi kepuasan kerja perawat. RME dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat karena waktu yang sebelumnya dihabiskan untuk pekerjaan administratif dapat dialihkan untuk perawatan langsung pasien (Jedwab et al., 2021).

Penggunaan RME juga dapat menimbulkan stres kerja jika tidak didukung pelatihan yang memadai dan infrastruktur yang stabil. Ketika perawat merasa terbebani dalam mengoperasikan sistem baru atau terjadi gangguan teknis, hal tersebut dapat mengurangi motivasi dan kepuasan kerja (Nurkharisma et al., 2025). Persepsi kemudahan dan persepsi kegunaan RME sangat menentukan sikap dan keinginan pengguna untuk menerima teknologi, menurut *Technology Acceptance Model* (TAM). RME cenderung lebih tinggi ketika pengguna merasa mudah menggunakan sistem dan menikmati pekerjaan mereka. Hal ini berdampak positif pada kepuasan kerja (Rahimi et al., 2018; Saputra et al., 2025).

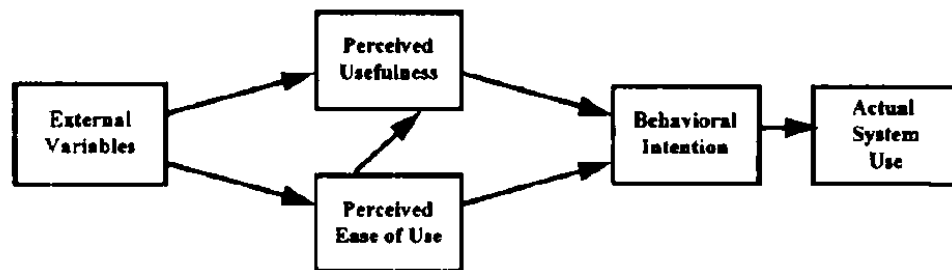
2.2 Technology Acceptance Model (TAM)

2.2.1 Definisi TAM

Technology Acceptance Model (TAM) adalah salah satu kerangka teori yang paling banyak digunakan untuk memahami dan memprediksi penerimaan pengguna terhadap teknologi informasi. Model ini pertama kali dikembangkan oleh Davis (1986) dan didasarkan pada *Theory of Reasoned Action* (TRA) yang menjelaskan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh sikap dan niatnya. Dalam TAM, dua variabel utama yang memengaruhi penerimaan teknologi adalah *Perceived Usefulness* (PU) dan *Perceived Ease of Use* (PEOU). PU merujuk pada sejauh mana individu percaya bahwa teknologi akan meningkatkan kinerjanya, sedangkan PEOU adalah sejauh mana individu merasa bahwa penggunaan teknologi tersebut tidak membutuhkan banyak usaha.

TAM telah banyak digunakan dalam bidang kesehatan dan keperawatan untuk menilai penerimaan tenaga kesehatan terhadap sistem teknologi seperti Rekam

Medis Elektronik (RME). Persepsi perawat tentang kemudahan penggunaan teknologi dan manfaatnya terhadap dokumentasi, keselamatan pasien, dan efisiensi kerja sangat berpengaruh (Aldosari et al., 2018).



Gambar 2.1 Model FINAL yang diusulkan oleh Fred Davis & Venkatesh tahun 1996

2.2.2 Komponen Utama dalam TAM

1. *Perceived Usefulness* (PU)

Perceived Usefulness (persepsi manfaat) adalah tingkat keyakinan seseorang bahwa menggunakan teknologi tertentu akan meningkatkan kinerjanya di tempat kerja (Davis, 1989). Perawat percaya bahwa penggunaan sistem seperti RME mempercepat dokumentasi, meningkatkan akurasi data, dan membantu dalam pengambilan keputusan klinis dalam konteks keperawatan. Manfaat yang dirasakan pengguna meningkat seiring dengan adopsi teknologi (Aldosari et al., 2018).

2. *Perceived Ease of Use* (PEOU)

Perceived Ease of Use adalah tingkat kepercayaan seseorang bahwa memanfaatkan teknologi tidak akan membutuhkan banyak usaha (Davis, 1989). Pengguna lebih cenderung menerima dan menggunakan sistem seperti

RME jika dianggap mudah digunakan, digunakan, dan dioperasikan tanpa hambatan teknis yang signifikan. Persepsi kemudahan ini sangat penting di lingkungan rumah sakit karena banyaknya tugas yang dilakukan oleh perawat yang membutuhkan teknologi yang praktis dan efisien (Alhur, 2023).

Kedua konstruk ini saling berhubungan dan memengaruhi sikap pengguna terhadap teknologi. Sikap ini kemudian memengaruhi niat pengguna untuk menggunakan teknologi yang akhirnya memengaruhi perilaku nyata. Meskipun PU dan PEU penting, banyak penelitian menemukan bahwa PU sering memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap niat penggunaan dibandingkan PEU, terutama dalam lingkungan profesional seperti kesehatan.

3. *Behavioral Intention*

Behavioral intention (niat perilaku) adalah keinginan seseorang untuk menggunakan suatu sistem atau teknologi di masa mendatang. Dalam Model Pengakuan Teknologi (TAM), *behavioral intention* dianggap sebagai komponen utama yang menentukan perilaku aktual dalam penggunaan teknologi. Fokus ini berasal dari pandangan seseorang tentang manfaat teknologi (dianggap bermanfaat) dan kemudahan penggunaannya (dianggap mudah). Ketika seseorang percaya bahwa teknologi dapat meningkatkan kinerja dan mudah digunakan, maka mereka lebih cenderung menggunakannya. Oleh karena itu, *behavioral intention* menjadi alat utama yang sangat penting untuk menilai kesiapan pengguna sebelum penerapan teknologi (El Rahmah et al., 2025; Himawan, 2025; Rahimi et al., 2018).

Behavioral intention menentukan seberapa baik sistem dapat diterima dan

dimanfaatkan dalam konteks pelayanan kesehatan, terutama dalam hal penggunaan EMR oleh perawat. Pengalaman sebelumnya, persepsi sistem yang efektif, dukungan organisasi, dan kesiapan teknologi adalah semua faktor yang memengaruhi niat untuk menggunakan EMR. Tingginya *behavioral intention* menunjukkan bahwa perawat termotivasi dan siap untuk memasukkan teknologi ke dalam praktik keperawatan untuk meningkatkan efisiensi kerja, kualitas dokumentasi, dan keselamatan pasien. Sebaliknya, *behavioral intention* yang rendah dapat menunjukkan bahwa ada masalah yang perlu ditangani dan diperbaiki sebelum teknologi dapat diterapkan dengan baik.

4. *Actual System Use*

Perilaku individu dalam menggunakan suatu sistem atau teknologi setelah adanya niat untuk menggunakannya dikenal sebagai *actual system use* (ASU). Dalam *Technology Acceptance Model* (TAM), penggunaan sebenarnya dianggap sebagai hasil dari berbagai proses persepsi dan niat yang terbentuk pada diri pengguna. Pada tahap sebelumnya, niat perilaku menunjukkan keinginan atau rencana untuk menggunakan teknologi. *Actual system use* menunjukkan seberapa sering, seberapa lama, dan sejauh mana pengguna benar-benar menggunakan teknologi dalam aktivitas pekerjaan sehari-hari. Oleh karena itu, *actual system use* sering digunakan sebagai ukuran keberhasilan implementasi sistem informasi karena menunjukkan penerimaan pengguna yang sebenarnya.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, seperti penggunaan rekaman medis

elektronik (RME), *actual system use* menunjukkan seberapa banyak tenaga medis, khususnya perawat, menggunakan fitur sistem untuk membantu proses dokumentasi, penilaian, pemantauan, dan pengambilan keputusan klinis. Tingkat penggunaan yang rendah dapat menunjukkan adanya hambatan seperti kurangnya pelatihan, kompleksitas sistem, ketidaksesuaian alur kerja, atau masalah teknis. Tingkat penggunaan yang tinggi menunjukkan bahwa sistem telah diterima dengan baik, mudah digunakan, relevan dengan kebutuhan kerja, dan mampu memberikan manfaat praktis. Oleh karena itu, penggunaan sistem merupakan ukuran penerimaan teknologi dan evaluasi langsung tentang seberapa baik sistem informasi kesehatan bekerja di lingkungan layanan (El Rahmah et al., 2025; Himawan, 2025; Rahimi et al., 2018).

2.2.3 Perkembangan dan Modifikasi TAM

TAM terus berkembang untuk memenuhi kebutuhan penelitian tentang penerimaan teknologi yang semakin kompleks, termasuk penerapan RME dalam layanan kesehatan. Untuk konteks keperawatan, model TAM telah dimodifikasi dan diintegrasikan dengan teori lain untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi penerimaan RME oleh perawat di fasilitas kesehatan.

1. TAM2 dalam Implementasi RME

TAM2 (Venkatesh & Davis, 2000) menambahkan variabel sosial dan kognitif sebagai penentu utama *Perceived Usefulness* (PU). Variabel-variabel ini termasuk gambar, relevansi pekerjaan, kualitas output, dan demonstrasi hasil, serta *subjective norm*. Dalam penelitian penerapan RME, hal-hal seperti

norma sosial dan dukungan organisasi telah ditunjukkan untuk memengaruhi keinginan perawat untuk menggunakan sistem RME. Hal ini berlaku di rumah sakit dengan budaya kerja yang harus memenuhi peraturan dan standar akreditasi (Aldosari et al., 2018; Alhur, 2023). Artinya, terdapat korelasi antara penerimaan RME oleh perawat dan tekanan sosial untuk menggunakannya.

2. TAM3 dan Faktor Pengalaman Pengguna RME

TAM3 (Venkatesh & Bala, 2008) menambah faktor-faktor seperti kemampuan komputer sendiri (keyakinan diri dalam menggunakan komputer), kegembiraan yang dilihat, dan kecemasan untuk meningkatkan elemen *Perceived Ease of Use* (PEU). Perawat percaya bahwa RME mudah digunakan berkat pelatihan, pengalaman kerja sebelumnya, dan dukungan teknis dari rumah sakit. Studi oleh Himawan (2025) dan El Rahmah et al (2025) menemukan bahwa tingkat literasi digital perawat dan pengalaman sebelumnya dengan menggunakan sistem informasi kesehatan berkorelasi positif dengan persepsi mereka bahwa RME mudah dan bermanfaat dalam pekerjaan klinis sehari-hari.

3. Integrasi TAM dengan Model Lain (UTAUT, TTF) dalam Penelitian RME

Untuk meningkatkan daya prediksi perilaku pengguna, TAM juga digabungkan dengan model lain seperti *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) dan *Task-Technology Fit* (TTF). UTAUT menawarkan konstruk tambahan yang relevan, seperti *performance expectancy*, *effort expectancy*, *social influence*, dan *facilitating conditions*

yang telah digunakan dalam penelitian penerimaan RME oleh tenaga kesehatan di negara berkembang (Alqudah et al., 2021; Derecho et al., 2024). Sementara TTF berfokus pada kecocokan antara tugas profesi dan kemampuan teknologi. Dalam implementasi RME, misalnya, kesesuaian fitur RME dengan kebutuhan pencatatan keperawatan dan alur klinis akan sangat menentukan tingkat penerimaan dan penggunaan teknologi tersebut oleh perawat (Nugraha & Dewi, 2025).

2.2.4 Penerapan TAM dalam Bidang Kesehatan

TAM telah banyak digunakan untuk menilai penerimaan teknologi kesehatan oleh tenaga kesehatan di berbagai negara, termasuk penerimaan RME. Studi yang dilakukan oleh Aldosari et al (2018) di Arab Saudi menunjukkan bahwa *Perceived Usefulness* (PU) dan *Perceived Ease of Use* (PEU) memengaruhi keinginan perawat untuk menggunakan sistem EMR. Hal ini terjadi karena teknologi tersebut memiliki kemampuan untuk meningkatkan kualitas layanan dan efisiensi dokumentasi. Hasil ini menunjukkan bahwa dua faktor penting dalam penerimaan teknologi di lingkungan rumah sakit adalah persepsi bahwa sistem baru sangat bermanfaat dan mudah digunakan.

Studi serupa oleh Alhur (2023) dan Shiferaw & Mehari (2019) juga menunjukkan bahwa TAM penting dalam bidang keperawatan, khususnya di negara berkembang. Alhur menemukan bahwa persepsi perawat tentang seberapa mudah dan bermanfaat EMR memengaruhi adopsi sistem, terutama dalam konteks rumah sakit yang sedang berubah digital. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Shiferaw dan Mehari di Ethiopia menemukan bahwa norma sosial dan dukungan

organisasi membantu penerimaan teknologi. Secara keseluruhan, penggunaan TAM dalam penelitian kesehatan memberikan pemahaman yang jelas tentang bagaimana faktor psikologis dan teknis memengaruhi adopsi sistem informasi kesehatan oleh perawat serta membantu perencanaan penggunaan teknologi yang lebih baik.

2.2.5 Relevansi TAM dalam Penelitian RME dan Kepuasan Kerja Perawat

Model TAM sangat penting untuk menjelaskan bagaimana penerimaan perawat terhadap penggunaan RME dapat memengaruhi tingkat kepuasan kerja mereka. Persepsi perawat tentang manfaat (dianggap bermanfaat) RME karena RME erat terkait dengan tugas klinis perawat. Lebih sedikit tanggung jawab manajemen, dokumentasi yang lebih efektif, dan kemudahan akses ke data pasien adalah beberapa keuntungan RME. Teknologi yang dinilai berguna dan efektif untuk membantu tugas keperawatan akan membentuk perspektif positif terhadap pekerjaan perawat. Pada akhirnya, sikap perawat akan memengaruhi seberapa nyaman dan puas dengan pekerjaannya.

Persepsi kemudahan penggunaan merupakan faktor penting selain kemanfaatan. Dalam penelitian sebelumnya, telah ditunjukkan bahwa tingkat kesejahteraan karyawan yang bekerja di bidang kesehatan berkorelasi positif dengan persepsi bahwa sistem informasi kesehatan seperti RME mudah digunakan dan tidak membutuhkan banyak usaha. Perawat yang tidak merasa terbebani secara teknis dalam penggunaan sistem akan lebih fokus pada asuhan pasien yang akan mengurangi stres kerja dan membuat mereka merasa lebih baik tentang apa yang dilakukan. Dengan demikian, TAM menjadi kerangka teori yang tepat untuk

penelitian ini untuk mengukur korelasi antara persepsi perawat terhadap RME dan kepuasan kerja perawat.

2.2.6 Penilaian TAM

Technology Acceptance Model (TAM) yang diperkenalkan oleh Fred & Davis (1989) menjelaskan bahwa TAM tidak hanya berfungsi sebagai kerangka konseptual, tetapi juga menyediakan dasar pengembangan alat ukur kuantitatif untuk menilai penerimaan pengguna terhadap teknologi informasi. Konstruksi utama *Perceived Usefulness* (PU) dan *Perceived Ease of Use* (PEOU) yang digunakan untuk menilai alat ukur TAM melalui instrumen kuesioner berbasis persepsi pengguna. Kedua konstruksi ini dianggap dapat menggambarkan proses kognitif pengguna saat menilai suatu sistem sebelum menciptakan niat dan perilaku penggunaan yang sebenarnya.

Instrumen Perceived Usefulness dibuat untuk mengukur sejauh mana pengguna percaya bahwa menggunakan suatu sistem akan meningkatkan kinerja pekerjaan. Indikator yang biasanya dimasukkan dalam penilaian PU adalah efisiensi waktu, produktivitas, efektivitas, akurasi hasil, kontrol pekerjaan, dan keterkaitan sistem dengan tugas pengguna. Dalam sistem informasi kesehatan dan Rekam Medis Elektronik (RME), PU sering dikaitkan dengan membantu tenaga kesehatan membuat keputusan klinis yang lebih baik, kelengkapan data klinis yang lebih baik, percepatan alur kerja, dan peningkatan kualitas dokumentasi (Aldosari et al., 2018; Alhur, 2023; Uslu & Stausberg, 2021).

Instrument Perceived Ease of Use menilai kemudahan sistem dari sudut pandang pengguna, yang mencakup kemudahan pengoperasian, kejelasan tampilan dan alur kerja, kemudahan diingat, dan minimnya usaha fisik dan mental yang

dibutuhkan untuk menggunakannya. PEOU memainkan peran penting dalam TAM karena memengaruhi niat penggunaan secara langsung dan persepsi sistem sebagai *useful*. Pengguna cenderung menganggap sistem yang lebih mudah digunakan (Alqudah et al., 2021; Rahimi et al., 2018).

Untuk mengkuantifikasi secara sistematis persepsi subjektif pengguna, penilaian alat ukur TAM biasanya menggunakan skala Likert lima tingkat, mulai dari sangat tidak setuju hingga sangat setuju. Instrumen yang baik harus valid dan reliabel. Validitas menunjukkan kemampuan item untuk menggambarkan konstruk PU dan PEOU dengan benar, sedangkan reliabilitas menunjukkan konsistensi internal antaritem dalam konstruk. Instrumen TAM yang tervalidasi memiliki nilai reliabilitas yang tinggi dan stabil di berbagai lingkungan pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit di negara berkembang (Rahimi et al., 2018; Widiyanto et al., 2023).

Alat ukur TAM terbukti efektif untuk menilai penerimaan perawat dan tenaga kesehatan saat menerapkan RME. Hasil penilaian PU dan PEOU sering digunakan sebagai dasar untuk mengevaluasi keberhasilan implementasi sistem, menemukan hambatan penggunaan, dan membuat rencana untuk memperluas adopsi teknologi. Oleh karena itu, TAM berfungsi sebagai alat ukur empiris yang kuat dalam penelitian sistem informasi kesehatan. Hal ini juga berfungsi sebagai model teoritis (Agustiningrum et al., 2024; Hayati et al., 2025; Santoso et al., 2023). Oleh karena itu, penilaian alat ukur TAM yang berfokus pada PU dan PEOU memberikan kerangka evaluasi yang sistematis dan terukur untuk menilai penerimaan RME. Metode ini memungkinkan peneliti mendapatkan gambaran yang menyeluruh

tentang persepsi perawat, niat, dan kemungkinan penggunaan sistem oleh perawat, sehingga mendukung pengembangan dan optimalisasi sistem rekam medis elektronik di rumah sakit.

2.3 Konsep Dasar Kepuasan Kerja Perawat

2.3.1 Definisi Kepuasan Kerja

Perasaan atau sikap positif seseorang terhadap pekerjaannya yang berasal dari penilaian tentang pengalaman kerja yang dikenal sebagai kepuasan kerja. Locke (1976) mengatakan kepuasan kerja adalah perasaan emosional yang menyenangkan yang muncul sebagai hasil dari menilai aspek-aspek tertentu dari pekerjaan seseorang. Menurut Spector (1997), kepuasan kerja adalah sejauh mana seseorang menyukai atau tidak menyukai pekerjaannya yang dipengaruhi oleh kondisi kerja, kompensasi, supervisi, dan hubungan sosial di tempat kerja.

Kualitas pelayanan kesehatan, retensi tenaga keperawatan, dan kesejahteraan psikologis perawat sangat dipengaruhi oleh kepuasan kerja perawat. Perawat yang puas dengan pekerjaannya cenderung memiliki motivasi yang lebih tinggi, kinerja yang lebih baik, dan tingkat stres yang lebih rendah. Hal ini berdampak positif pada keselamatan dan kepuasan pasien (Isfahani et al., 2024; Wu et al., 2021), sehingga kepuasan kerja sering digunakan dalam studi keperawatan untuk menilai efektivitas manajemen dan kualitas sistem pelayanan termasuk penggunaan teknologi seperti RME.

2.3.2 Teori-Teori Kepuasan Kerja

Untuk memahami kepuasan kerja perawat, penting untuk mempelajari teori motivasi dan kepuasan kerja yang telah dikembangkan oleh para profesional. Teori

Dua Faktor Herzberg dan Teori Keadilan (*Equity Theory*) adalah dua teori yang sering digunakan dalam penelitian keperawatan dan memberikan kerangka pemahaman yang kuat tentang faktor-faktor yang memengaruhi tingkat kepuasan kerja perawat di lingkungan pelayanan kesehatan, termasuk dalam konteks penggunaan teknologi seperti RME.

Pada tahun 1959, Herzberg membuat teori dua faktor, juga dikenal sebagai teori hygiene-motivator yang membedakan dua kelompok faktor dalam pekerjaan: faktor hygiene (kondisi lingkungan kerja seperti gaji, kebijakan, dan supervisi) dan faktor motivator (faktor intrinsik seperti prestasi, tanggung jawab, dan pengakuan). Dalam keperawatan, faktor higienis dapat mencakup beban kerja, hubungan dengan dokter, dan akses ke teknologi seperti RME, sedangkan faktor motivator dapat mencakup otonomi klinis, kesempatan untuk berkembang, dan arti pekerjaan sebagai pelayanan kemanusiaan. Kepuasan kerja perawat cenderung meningkat ketika kedua hal ini dipenuhi secara proporsional (Isfahani et al., 2024).

Namun, Teori Keadilan (*Equity Theory*) pertama kali diusulkan oleh Adams pada tahun 1963 dan berpusat pada cara karyawan melihat keadilan dalam hubungan antara *input* (seperti kompetensi, waktu, dan tenaga) dan *output* (seperti gaji, pengakuan, dan lingkungan kerja). Teori ini dapat diterapkan dalam keperawatan untuk memahami kepuasan kerja melalui perbandingan tenaga kesehatan dalam hal beban kerja, kompensasi, dan dukungan organisasi, terutama saat ada perubahan sistem seperti penerapan RME. Ketidakpuasan kerja sering menyebabkan ketidakadilan dalam pembagian beban kerja atau akses teknologi yang pada gilirannya dapat menyebabkan penurunan kinerja perawat (Wu et al., 2021).

2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Kerja Perawat

Interaksi antara berbagai aspek pekerjaan, termasuk pengalaman pribadi dengan sistem organisasi dan lingkungan kerja, menentukan kepuasan kerja perawat. Sebagaimana ditunjukkan oleh penelitian Isfahani et al (2024) dan Wu et al (2021) beberapa komponen penting adalah sebagai berikut:

1. Beban Kerja

Stres seringkali melanda perawat karena beban kerja yang berlebihan, terutama ketika tidak ada tenaga. Wu et al (2021) menemukan bahwa kepuasan kerja berkorelasi negatif dengan beban kerja fisik dan emosional yang berat. Ini terutama berlaku untuk kelompok dengan rasio perawat dan pasien yang tidak seimbang.

2. Hubungan Antar Kolega (Interpersonal)

Kepuasan kerja perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya sangat dipengaruhi oleh hubungan kerja yang harmonis. Isfahani et al (2024) menemukan bahwa dukungan sosial di tempat kerja, yang mencakup interaksi positif dengan rekan kerja, meningkatkan kesejahteraan dan retensi perawat.

3. Lingkungan Kerja Fisik dan Budaya Organisasi

Faktor penting dalam kepuasan kerja adalah fasilitas fisik yang aman, memadai, dan nyaman. Budaya perusahaan yang mendorong kerja sama, profesionalisme, dan kesehatan kerja mental juga memengaruhi kenyamanan perawat saat bekerja (Isfahani et al., 2024).

4. Penggunaan Teknologi (Termasuk Rekam Medis Elektronik)

Penggunaan teknologi seperti RME dapat memengaruhi tugas administratif

perawat. Teknologi seperti ini dapat mengurangi pekerjaan manual dan memberikan waktu lebih banyak untuk merawat pasien secara langsung. Menurut Aldosari et al (2018) menyampaikan RME mudah digunakan dan bermanfaat serta dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat.

5. Gaji dan Penghargaan

Salah satu faktor utama yang memengaruhi tingkat kepuasan karyawan adalah faktor keuangan. Isfahani et al (2024) menemukan bahwa salah satu penyebab utama ketidakpuasan kerja adalah kompensasi yang tidak sebanding dengan beban kerja.

6. Supervisi dan Peluang Pengembangan Karier

Kepuasan kerja meningkat dengan dukungan atasan dan peluang pengembangan karier, seperti pelatihan atau pendidikan lanjutan. Wu et al (2021) mengatakan bahwa rasa dihargai dan keinginan untuk bekerja sebagai perawat diperkuat oleh sistem supervisi yang mendukung dan terbuka.

2.3.4 Indikator Kepuasan Kerja Perawat

Kepuasan kerja perawat dapat diukur melalui beberapa indikator atau dimensi yang menggambarkan sejauh mana perawat merasa puas dalam menjalani profesinya. Indikator tersebut biasanya diadaptasi dari instrumen standar seperti *McCloskey/Mueller Satisfaction Scale* (MMSS), *Job Descriptive Index* (JDI), atau *Minnesota Satisfaction Questionnaire* (MSQ) yang telah banyak digunakan dalam penelitian keperawatan.

1. Kepuasan terhadap Pekerjaan Itu Sendiri

Kepuasan pekerjaan mencakup bagaimana perawat melihat pekerjaan mereka

dan apa artinya, seperti merasa baik memberikan perawatan dan berdampak baik pada pasien. Terutama bagi perawat yang bekerja di layanan langsung kepada pasien, dimensi ini sering disebut sebagai salah satu prediktor terkuat untuk kepuasan kerja secara keseluruhan.

2. Kepuasan dengan Supervisor

Kepuasan dengan atasan adalah ukuran hubungan dan komunikasi yang terjadi antara perawat dan atasan langsung. Aspek-aspek ini termasuk keadilan dalam pengambilan keputusan, dukungan supervisor, dan gaya kepemimpinan. Lingkungan supervisi yang membantu cenderung membuat perawat merasa lebih dihargai dan lebih termotivasi untuk bekerja.

3. Kepuasan terhadap Rekan Kerja

Kepuasan rekan kerja terkait dengan kualitas hubungan interpersonal antar perawat dan anggota tim kesehatan lainnya. Hubungan yang baik memengaruhi kenyamanan dan suasana kerja yang pada akhirnya berdampak pada kepuasan karyawan dan retensi perawat.

4. Kepuasan terhadap Imbalan Finansial

Persepsi perawat tentang gaji, tunjangan, insentif, dan kompensasi lainnya adalah bagian penting dari kepuasan kerja mereka. Gaji yang dianggap adil dibandingkan dengan beban kerja dan tanggung jawab adalah faktor penting dalam kepuasan kerja.

5. Kepuasan terhadap Peluang Pengembangan Karir

Kepuasan terhadap peluang pengembangan karir adalah ukuran seberapa banyak perawat merasa memiliki kesempatan untuk berkembang melalui

pelatihan, sertifikasi, promosi jabatan, dan pendidikan lanjutan. Peluang karier yang jelas mendorong perawat untuk terus bekerja untuk organisasi.

6. Kepuasan dengan Sistem Kerja dan Teknologi yang Digunakan

Persepsi tentang kelengkapan fasilitas, tata kelola kerja yang diterapkan, dan sistem pendokumentasian seperti RME adalah semua contohnya. Teknik yang meningkatkan proses asuhan, mengurangi tanggung jawab administratif, dan menjaga keselamatan pasien cenderung meningkatkan kepuasan kerja perawat (Aldosari et al., 2018).

2.3.5 *McCloskey/Mueller Satisfaction Scale* (MMSS) sebagai Instrumen Pengukuran Kepuasan Kerja

McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS) merupakan instrumen yang secara luas digunakan untuk mengukur kepuasan kerja perawat dan dikembangkan berdasarkan karakteristik unik profesi keperawatan. Instrumen ini menilai kepuasan kerja sebagai kondisi emosional yang timbul dari evaluasi individu terhadap berbagai aspek pekerjaannya. Kepuasan kerja adalah kondisi emosional yang dihasilkan dari penilaian seseorang terhadap berbagai aspek pekerjaan mereka (Abdullah & Maqbali, 2015; Isfahani et al., 2024). MMSS terdiri dari tiga puluh satu item yang dibagi menjadi delapan dimensi: interaksi sosial, fleksibilitas jadwal, pengenalan, hadiah eksternal, peluang karir, kontrol dan tanggung jawab, dukungan dan penghargaan, dan lingkungan kerja (Mueller & McCloskey, 1990).

Secara teoretis, MMSS dibangun pada gagasan bahwa kepuasan kerja perawat dipengaruhi oleh sejumlah faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor-faktor ini termasuk supervisi, akses ke pendidikan berkelanjutan, kompensasi, hubungan

interpersonal, dan kualitas lingkungan kerja. Menurut penelitian sebelumnya, MMSS dianggap sebagai alat yang dapat diandalkan dan stabil untuk mengukur kepuasan kerja perawat; nilai Cronbach's alpha lebih dari 0,70.

Dalam pengukurannya, MMSS menggunakan skala Likert lima poin, yaitu Sangat Setuju (5), Setuju (4), Ragu-ragu (3), Tidak Setuju (2), dan Sangat Tidak Setuju (1). Total skor berada pada rentang 31 hingga 155, yaitu nilai yang lebih tinggi menunjukkan tingkat kepuasan kerja yang lebih baik. Penentuan kategorisasi kepuasan kerja dapat dilakukan dengan menggunakan nilai rata-rata (mean) sebagai batas, sehingga skor $< \text{mean}$ dikategorikan sebagai tidak puas dan skor $\geq \text{mean}$ dikategorikan sebagai puas. Pendekatan ini banyak digunakan dalam penelitian keperawatan yang menilai kepuasan kerja dalam konteks perubahan sistem kerja, seperti digitalisasi, beban dokumentasi, dan dukungan organisasi (Agustiningrum et al., 2024; Hayati et al., 2025; Himawan, 2025).

MMSS dinilai cocok digunakan dalam penelitian keperawatan modern karena mampu menangkap aspek psikososial, profesional, organisasi, dan lingkungan kerja yang memengaruhi kepuasan perawat. Berbagai studi terkini menunjukkan bahwa penerapan teknologi kesehatan seperti sistem informasi dan Rekam Medis Elektronik (RME) dapat memengaruhi dimensi MMSS melalui perubahan alur kerja, peningkatan atau penurunan beban dokumentasi, serta keterlibatan supervisor dan organisasi dalam mendukung adaptasi teknologi (Mirsanda et al., 2025; Nugraha & Dewi, 2025; Nurkharisma et al., 2025). Dengan demikian, MMSS memberikan kerangka yang komprehensif untuk menilai kepuasan kerja perawat dalam berbagai konteks operasional pada sistem pelayanan Kesehatan.

2.4 Penelitian yang Relevan

Tabel 2.1 Tabel Penelitian yang Relevan

No	Judul	Desain	Sampel dan teknik sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
1.	Analisis Penerapan Rekam Medis Elektronik di FKTP Menggunakan Metode Technology Acceptance Model (TAM)	Kuantitatif dengan pendekatan survei dan wawancara, serta penggunaan model struktural (SEM)	Sampel: 150 responden (dokter, perawat, dan staf administrasi medis di FKTP Solo Raya) Teknik sampling: <i>Purposive Sampling</i>	Variabel Independen : Penerapan Rekam Medis Elektronik Variabel Dependen : Metode Technology Acceptance Model (TAM)	Kuesioner dengan skala Likert, serta wawancara mendalam. Instrumen telah diuji validitas dan reliabilitasnya	<i>Regresi linier dan Structural Equation Modeling (SEM)</i> menggunakan AMOS 20. Dilengkapi dengan uji validitas dan reliabilitas	a) <i>Perceived Ease of Use</i> berpengaruh signifikan terhadap <i>Perceived Usefulness</i> (Ha1 diterima) b) <i>Perceived Usefulness</i> berpengaruh signifikan terhadap <i>Intention to Use</i> (Ha3 diterima) c) <i>Intention to Use</i> berpengaruh signifikan terhadap <i>Actual System Usage</i> (Ha4 diterima) d) Tidak ada hubungan signifikan antara <i>Perceived Ease of Use</i> dan <i>Intention to Use</i> (Ha2 ditolak)
2.	Penerimaan Sistem Informasi Rekam Medis Elektronik (SIRME) oleh Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Menggunakan Pendekatan <i>Technology Acceptance Model (TAM)</i>	Penelitian kuantitatif deskriptif dengan pendekatan <i>cross-sectional</i>	Sampel: 78 tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga administrasi) di rumah sakit Teknik sampling: <i>Purposive sampling</i>	Variabel Independen : Sistem Informasi Rekam Medis Elektronik (SIRME) Variabel Dependen : Pendekatan Technology Acceptance Model (TAM)	Kuesioner TAM dengan skala Likert 1–5, disusun berdasarkan konstruk TAM Davis (1989) dan dimodifikasi untuk konteks rumah sakit	Uji validitas dan reliabilitas untuk instrumen Analisis regresi linier berganda menggunakan SPSS	a) Terdapat pengaruh signifikan antara PU dan PEOU terhadap BI ($p < 0,05$) b) PU memiliki pengaruh dominan terhadap BI PEOU juga berpengaruh melalui mediasi ATU
3.	Analisis Faktor yang	Penelitian kuantitatif	Sampel: 65 tenaga kesehatan di rumah	Variabel Independen : Faktor yang	Kuesioner TAM berbasis skala	Uji validitas dan reliabilitas instrumen	a) PU dan PEOU berpengaruh signifikan terhadap sikap (ATU)

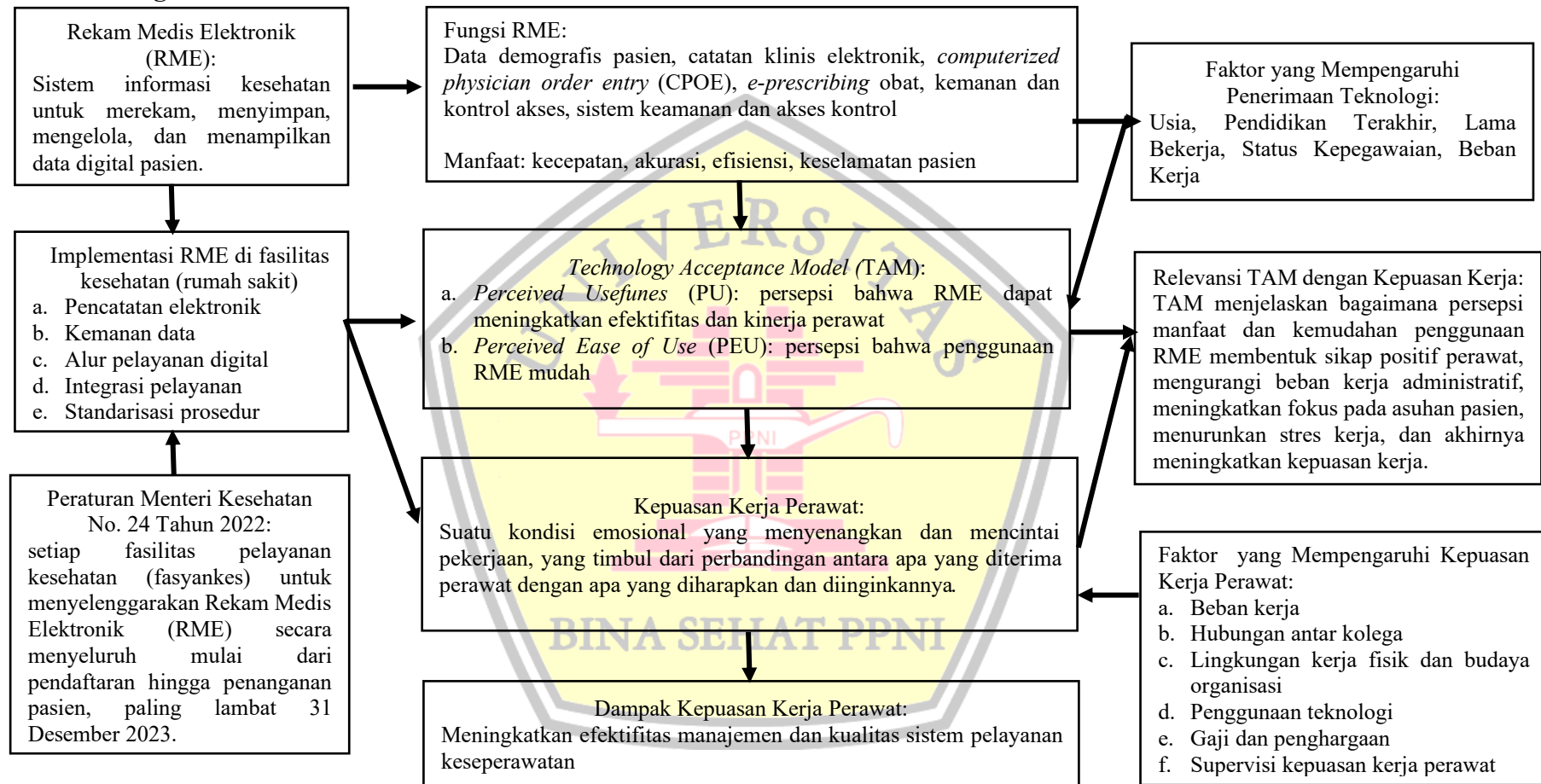
	Mempengaruhi Penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dengan Pendekatan Technology Acceptance Model (TAM) pada Tenaga Kesehatan	analitik dengan pendekatan cross-sectional	sakit (dokter, perawat, dan staf IT) Teknik sampling: Total sampling	Mempengaruhi Penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Variabel Dependen : Pendekatan Technology Acceptance Model (TAM)	Likert (1–5), disusun berdasarkan teori Variabel Independen: Variabel Dependen: Davis (1989) dan dimodifikasi untuk SIMRS	Analisis regresi linier berganda menggunakan SPSS	dan niat menggunakan sistem (BI) b) PEOU memiliki pengaruh tidak langsung terhadap BI melalui PU dan ATU c) PU merupakan variabel paling dominan dalam memengaruhi niat menggunakan SIMRS
4.	Efektivitas Perubahan Sistem Rekam Medis Elektronik Menggunakan Pendekatan Technology Acceptance Model (TAM) pada Rumah Sakit X Jakarta	Kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional	Sampel: 13 staf medis dan non-medis pengguna RME di RS X Jakarta Teknik sampling: Total sampling (karena seluruh populasi pengguna dijadikan responden)	Variabel Independen : Sistem Rekam Medis Elektronik Variabel Dependen : Pendekatan Technology Acceptance Model (TAM)	Kuesioner TAM berbasis skala Likert (1–5), disusun dari teori Davis et al. (1989) dan dimodifikasi untuk konteks RME	Uji korelasi bivariat - Penggunaan Pearson Product Moment untuk mengetahui kekuatan dan arah hubungan antar variabel	a) Terdapat hubungan positif dan signifikan antara <i>Perceived Ease of Use</i> dan <i>Perceived Usefulness</i> ($p=0,001$; $r=0,771$) b) <i>Perceived Usefulness</i> berpengaruh terhadap <i>Attitude Toward Using</i> ($p=0,001$; $r=0,622$) c) <i>Perceived Ease of Use</i> juga berpengaruh terhadap <i>Attitude Toward Using</i> ($p=0,001$; $r=0,692$) d) <i>Attitude Toward Using</i> berpengaruh terhadap <i>Actual Usage</i> ($p=0,001$; $r=0,700$)
5.	Evaluasi Penerapan Sistem Informasi Rekam Medis Elektronik Metode	Deskriptif dengan pendekatan kualitatif	Kepala IGD, Dokter, Perawat, dan Bidan pengguna RME. Teknik sampling tidak dijelaskan	Variabel Independen: Sistem Informasi Rekam Medis Elektronik Variabel Dependen: Metode Technology	Pedoman wawancara dan observasi	Analisis kualitatif deskriptif berdasarkan 3 komponen model TAM	a) Aspek Kemudahan: Penggunaan RME dianggap mudah dipahami dan dioperasikan, namun ada kendala seperti gangguan sistem, jaringan internet tidak stabil, dan fitur yang belum lengkap (misalnya hasil radiologi).

	Technology Acceptance Model (TAM) di RS X Kota Surabaya		secara eksplisit (kemungkinan <i>purposive sampling</i> karena pemilihan berdasarkan peran pengguna RME di IGD)	<i>Acceptance Model</i> (TAM)			b) Aspek Kebermanfaatan: RME mempercepat pelayanan, meningkatkan efisiensi dan produktivitas kerja tenaga kesehatan, meski tetap ditemukan hambatan teknis. c) Aspek Minat Penggunaan: Pengguna menunjukkan minat kuat dalam menggunakan RME karena manfaat dan kemudahan yang dirasakan, serta keinginan mengikuti perkembangan teknologi.
6.	<i>Evaluation of the Application of Electronic Medical Records with a Technology Acceptance Model Approach in Hospital X</i>	Kuantitatif, desain cross-sectional non-intervensi menggunakan pendekatan Technology Acceptance Model (TAM)	Sampel: 220 responden (tenaga medis dan non-medis di RS X) Teknik sampling: <i>Purposive sampling</i> (responden adalah pegawai tetap dan pengguna aktif EMR)	Variabel Independen: <i>Application of Electronic Medical Records</i> Variabel Dependen: <i>Technology Acceptance Model Approach</i>	Kuesioner daring berbasis model TAM, menggunakan skala Likert, diuji validitas dan reliabilitas (dengan nilai loading factor > 0,7 dan R^2 variabel hingga 0,989)	a) PLS-SEM (<i>Partial Least Squares Structural Equation Modeling</i>) menggunakan software SmartPLS 4 b) Uji hipotesis dengan <i>bootstrapping</i> dan <i>T-statistic</i> satu ekor (1-tailed) pada $\alpha = 0,05$	a) - PEOU berpengaruh signifikan terhadap ATU, PU, dan AU b) PU berpengaruh signifikan terhadap BI dan ATU c) PT berpengaruh signifikan terhadap ATU, tetapi tidak terhadap BI d) PM tidak signifikan terhadap sebagian besar variabel lain e) $ATU \rightarrow AU$ dan $AU \rightarrow BI$ tidak signifikan f) Model menunjukkan bahwa kemudahan penggunaan dan persepsi kegunaan adalah kunci dalam meningkatkan penerimaan dan penggunaan EMR
7.	<i>Implementasi of technology acceptance model (TAM) in electronic</i>	Penelitian kuantitatif deskriptif analitik dengan pendekatan	Sampel: 31 responden tenaga kesehatan pengguna sistem RME di Puskesmas X	Variabel Independen: <i>electronic documentation of nursing care</i>	Kuesioner berbasis model TAM Davis (1989), disusun dengan skala	Uji validitas dan reliabilitas instrumen Uji regresi linier berganda dengan bantuan SPSS	a) <i>Perceived Ease of Use</i> berpengaruh signifikan terhadap <i>Perceived Usefulness</i> dan <i>Attitude</i> ($p < 0,05$) b) <i>Perceived Usefulness</i>

	<i>documentation of nursing care: phenomenology explorative</i>	cross-sectional	Teknik sampling: Total sampling	Variabel Dependen: <i>technology acceptance model</i> (TAM)	Likert 1–5 dan telah melalui uji validitas dan reliabilitas		berpengaruh signifikan terhadap <i>Behavioral Intention to Use</i> ($p < 0,05$) c) <i>Attitude Toward Using</i> menjadi variabel mediasi penting antara persepsi dan intensi penggunaan
8.	<i>An Investigation of Nurses' Perceptions of the Usefulness and Easiness of Using Electronic Medical Records in Saudi Arabia: A Technology Acceptance Model</i>	Penelitian kuantitatif deskriptif dengan pendekatan cross-sectional	Sampel: 72 tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan petugas administrasi) di beberapa puskesmas di Kota Bandung Teknik sampling: Stratified random sampling	Variabel Independen: <i>Investigation of Nurses' Perceptions of the Usefulness and Easiness</i> Variabel Dependen: <i>Using Electronic Medical Records</i>	Kuesioner TAM dengan skala Likert 1–5, dimodifikasi dari model Davis (1989); telah diuji validitas dan reliabilitasnya	Uji validitas dan reliabilitas Analisis regresi linier berganda menggunakan SPSS	a) PU dan PEOU berpengaruh positif dan signifikan terhadap ATU dan BI ($p < 0,05$) b) PEOU juga memengaruhi PU secara signifikan c) PU adalah variabel yang paling dominan dalam memengaruhi BI
9.	<i>Technology Readiness and Nurses' Acceptance Model Towards the Implementation of Electronic Medical Record (EMR) at Hospital X Tangerang</i>	Kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional dan analisis <i>Structural Equation Modeling</i> (SEM-PLS)	Jumlah sampel: 264 perawat dari populasi 336 Teknik sampling: Purposive sampling dengan kriteria memiliki pengalaman menggunakan EMR	Variabel Independen : <i>Implementation of Electronic Medical Record (EMR)</i> Variabel Dependen : <i>Technology Readiness and Nurses' Acceptance Model Towards</i>	Kuesioner TAM + <i>Technology Readiness</i> dengan skala Likert (1–5), diuji validitas & reliabilitas ($\alpha > 0.8$)	a) Deskriptif statistik untuk karakteristik responden b) SEM-PLS dengan SmartPLS untuk uji hubungan antar variabel c) Evaluasi model: R^2 , SRMR, d_G, NFI	a) Optimism dan innovativeness berpengaruh positif signifikan terhadap <i>Perceived Ease of Use</i> dan <i>Perceived Usefulness</i> b) <i>Perceived Ease of Use</i> → <i>Behavioral Intention</i> ($\beta = 0.434$, $p = 0.000$) c) <i>Perceived Usefulness</i> → <i>Behavioral Intention</i> ($\beta = 0.378$, $p = 0.000$) d) Insecurity dan discomfort tidak signifikan terhadap <i>Ease of Use</i> dan <i>Usefulness</i> e) Model prediktif kuat ($R^2 = 0.58$ untuk niat perilaku; 0.71 untuk usefulness)

10.	<i>Technology Acceptance Model to Measure Perception Use of Electronic Nursing Documentation</i>	Deskriptif kuantitatif dengan pendekatan survey	Sampel: 90 clinical preceptors di rumah sakit tempat praktik klinik mahasiswa keperawatan Teknik sampling: Purposive sampling	Variabel Independen : <i>Perception Use of Electronic Nursing Documentation</i> Variabel Dependen : <i>Technology Acceptance Model</i>	Kuesioner berbasis <i>Technology Acceptance Model</i> (TAM) Davis (1989), mencakup: PU: produktivitas, efektivitas, kinerja, kecepatan, relevansi, PEOU: kemudahan belajar, pengoperasian, kejelasan, fleksibilitas, pengurangan beban kerja, kenyamanan	Distribusi frekuensi dan kategori interpretasi skor (rendah, sedang, tinggi); uji validitas (Pearson $r > 0.361$), reliabilitas (Cronbach's Alpha PU = 0.923; PEOU = 0.879)	a) PU: >90% responden memiliki persepsi tinggi terhadap semua indikator b) PEOU: mayoritas persepsi sedang pada indikator kejelasan (78,9%), tinggi pada fleksibilitas (76,7%), namun persepsi rendah pada indikator kemudahan belajar dan pengoperasian c) Kesimpulan: Persepsi positif terhadap teknologi dibentuk jika pengguna menilai teknologi bermanfaat dan mudah digunakan
-----	--	---	--	---	---	--	--

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori Analisis Penerimaan Rekam Medis Elektronik (RME) BERBASIS TECHNOLOGI ACCEPTANCE MODEL (TAM) terhadap Kepuasan Kerja Perawat di Rsn Tuban