



Strategi Kebijakan Akselerasi Transformasi Digitalisasi Pelayanan Kesehatan di RSUD Menuju Efisiensi Pelayanan

Syukriah

RSUD Kabupaten Kuantan Singingi Riau Indonesia, Indonesia

Email: ayuatik76@gmail.com

Keywords:

waiting times; outpatient care; electronic medical records (rme); internal regulations; digital transformation.

Abstract

The length of waiting time for outpatient services at the hospital is an indicator of the lack of optimal efficiency and quality of health services. The data identified that the average wait time reached 132 minutes, well above the standard ≤ 60 minutes. The main problem underlying this condition is the inaccuracy of medical record data due to the lack of optimal implementation of Electronic Medical Records (RME), which is exacerbated by the absence of strict internal regulations. This paper aims to formulate a policy strategy in accelerating the digital transformation of health services through the implementation of RME. The methods used include policy analysis with a scoring approach based on effectiveness, efficiency, and long-term impact. The results of the analysis show that the formulation of internal hospital regulations in the form of director's regulations is the most optimal policy alternative with the highest score. This policy is considered to be able to encourage process standardization, increase compliance with the use of the system, and accelerate service integration. Policy implementation is expected to result in an integrated RME system, increased human resource capacity, and improved service flows that have an impact on reducing waiting times, increasing operational efficiency, and service quality. Thus, internal regulations are a strategic instrument in supporting the acceleration of digital transformation of health in hospitals in a sustainable manner.

Kata Kunci:

waktu tunggu; rawat jalan; rekam medis elektronik (rme); regulasi internal; transformasi digital.

Abstrak

Lamanya waktu tunggu pelayanan rawat jalan di RSUD menjadi indikator belum optimalnya efisiensi dan kualitas layanan kesehatan. Data mengidentifikasi bahwa rata-rata waktu tunggu mencapai 132 menit, jauh di atas standar ≤ 60 menit. Permasalahan utama yang mendasari kondisi tersebut adalah ketidakakuratan data rekam medis akibat belum optimalnya implementasi Rekam Medis Elektronik (RME), yang diperparah oleh belum adanya regulasi internal yang tegas. Penelitian ini bertujuan untuk merumuskan strategi kebijakan dalam mempercepat transformasi digital pelayanan kesehatan melalui implementasi RME. Metode yang digunakan meliputi analisis kebijakan dengan pendekatan skoring berbasis efektivitas, efisiensi, dan dampak jangka panjang. Hasil analisis menunjukkan bahwa formulasi regulasi internal rumah sakit dalam bentuk peraturan direktur merupakan alternatif kebijakan paling optimal dengan skor tertinggi. Kebijakan ini dinilai mampu mendorong standarisasi proses, meningkatkan kepatuhan penggunaan sistem, serta mempercepat integrasi layanan. Implementasi kebijakan diharapkan menghasilkan sistem RME terintegrasi, peningkatan kapasitas SDM, serta perbaikan alur pelayanan yang berdampak pada penurunan waktu tunggu, peningkatan efisiensi operasional, dan kualitas layanan. Dengan demikian, regulasi internal menjadi instrumen strategis dalam mendukung akselerasi transformasi digital kesehatan di RSUD secara berkelanjutan.

PENDAHULUAN

Masyarakat dalam posisinya sebagai pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu yang dilindungi undang-undang. Namun realitas di lapangan menunjukkan bahwa hak-hak tersebut sering terabaikan. Salah satunya adalah hak mendapatkan pelayanan kesehatan dalam waktu kurang dari 60 menit sejak pasien mendaftar sampai menjalani pemeriksaan dokter sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPMRS). Rata-rata waktu tunggu khususnya di instalasi rawat jalan berdasarkan berbagai studi berkisar antara 90-180 menit, jauh di atas standar pelayanan minimal ≤ 60 menit.

Lamanya waktu tunggu yang melebihi standar tidak hanya menimbulkan ketidakpuasan pasien (Cheristina & Santi, 2022) karena ketidaknyamanan, tetapi juga berpotensi memperburuk kondisi klinis pasien akibat keterlambatan penanganan (Putri et al., 2026), memicu penumpukan pasien dan menurunkan produktifitas fasilitas kesehatan. Dari sisi pasien lamanya waktu tunggu berpotensi kehilangan pendapatan serta pemborosan waktu produktif masyarakat sehingga tidak sedikit pasien menyerah sebelum pelayanan selesai (Narulitha et al., 2025).

Berdasarkan data Sistem Informasi dan Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) rata rata waktu tunggu pelayanan pasien di RSUD adalah 132 menit (2 jam 11 menit 56 Detik). Waktu tunggu ini bervariasi berkisar antara 80 menit hingga 240 menit. Waktu paling lama adalah pada poliklinik dengan kunjungan tertinggi seperti Poliklinik Penyakit Dalam, Bedah, Mata, Paru dan Jantung.

Instalasi rawat jalan dipadati pasien, berjubel dan menumpuk khususnya di loket-loket pendaftaran dan poliklinik dokter spesialis. Pendaftaran pasien dilakukan secara manual dan digital dimana unit pendaftaran sudah menggunakan teknologi tetapi sistem penyimpanan dan penggunaan berkas rekam medis masih bersifat fisik, sebagian unit dan poliklinik telah menggunakan SIMRS dan sebagian unit masih manual dan masih menggunakan kertas format Rekam Medis. Sehingga pasien membutuhkan waktu untuk mengantri di pendaftaran, menunggu pencarian berkas rekam medis dan menunggu panggilan dokter.

Hasil studi menunjukkan bahwa lama waktu tunggu rawat jalan disebabkan oleh antrian manual yang menyebabkan variasi layanan, waktu pencarian berkas manual, proses registrasi di beberapa titik berbeda sehingga waktu pendaftaran memakan waktu 22 menit. Selain itu kejadian *downtime* SIMRS dan hambatan saat verifikasi *online* menyebabkan tambahan waktu tunggu (Ratumurun & Manik, 2025).

Proses pemberkasan yang memakan waktu dipengaruhi oleh ketidakakuratan data. Begitu juga dengan kondisi di rumah sakit daerah dimana berbagai sistem informasi belum terhubung dengan sistem nasional seperti SIMRS dengan BPJS maupun aplikasi Satu Sehat yang berujung pada ketidakakuratan data pelayanan dan berpotensi menjadi salah satu masalah karena rekam medis merupakan satu satunya catatan yang dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi selama pasien dirawat di rumah sakit. Apabila informasi medis tidak terisi lengkap, mengakibatkan informasi rekam medis akan menjadi tidak tepat dan tidak akurat serta menurunkan kualitas rekam medis tersebut dan berdampak terhadap penentuan kode diagnosa (Prasetyo & , Suciati, Surtini, 2024).

Kapasitas SDM kesehatan juga menjadi salah satu penyebab ketidakakuratan data rekam medis. Tidak hanya pada saat pengisian rekam medis manual yang berisiko kesalahan personal tetapi juga pada pengisian data rekam medis pada aplikasi SIMRS menjadi beban tambahan pada petugas (Anggraini, 2025).

Kurangnya dukungan manajerial dalam bentuk regulasi dan anggaran peningkatan kapasitas aparatur dirasakan masih belum cukup oleh petugas sehingga fragmentasi sistem pada unit-unit layanan rumah sakit dan resistensi implementasi RME menjadi hambatan digitalisasi kesehatan (Anggraini, 2025).

Kebaruan dari penelitian ini terletak pada tiga aspek: (1) merumuskan dan membandingkan empat strategi kebijakan alternatif menggunakan pendekatan penilaian multi-kriteria yang secara khusus disesuaikan dengan rumah sakit umum regional yang terbatas sumber daya; (2) menerapkan model logika untuk memetakan jalur kausal dari regulasi internal hingga pengurangan waktu tunggu; dan (3) menyediakan peta jalan 5 tahun yang siap diimplementasikan dengan kegiatan, peran, dan mekanisme pemantauan bertahap, yang sebelumnya belum diterbitkan untuk RSUD Indonesia.

Menyoroti hal tersebut, maka yang menjadi permasalahan (*Problem Statement*) adalah tidak akuratnya data rekam medis dikarenakan tidak optimalnya implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) yang belum didukung regulasi internal yang tegas sehingga menyebabkan lamanya waktu tunggu pelayanan pasien di instalasi rawat jalan RSUD. Mengingat besarnya manfaat adopsi RME terhadap peningkatan efisiensi pelayanan, kualitas data kesehatan dan integrasi antar fasilitas sudah semestinya menjadi titik awal reformasi digital di RSUD.

Transformasi digital kesehatan dimulai pada RPJMN 2020-2024 dan berlanjut pada RPJMN 2025-2029 serta menjadi Strategi Nasional Kementerian Kesehatan 2025-2029 (Kementerian Kesehatan RI, 2025). Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan telah menindaklanjuti kebijakan tersebut melalui program transformasi digitalisasi pelayanan kesehatan pada tahun 2021. Transformasi ini menyasar pengelolaan rekam medis yang perlu diselenggarakan secara elektronik dengan prinsip keamanan dan kerahasiaan data dan informasi dengan batas waktu implementasi tanggal 31 Desember 2023 (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Visi Indonesia Emas 2045 menargetkan transformasi digital melalui Pilar 6: Transformasi Teknologi Kesehatan dalam 6 pilar Kementerian Kesehatan yakni pengembangan sistem informasi kesehatan terintegrasi, implementasi Rekam Medis Elektronik secara nasional, serta pemanfaatan teknologi untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi pelayanan kesehatan dengan target sistem terintegrasi SATU SEHAT dengan RME 100% pada 2029 (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Namun implementasi di daerah masih menghadapi kendala substansial. Meski secara kuantitas 96% rumah sakit di Indonesia dilaporkan telah mengadopsi Rekam Medis Elektronik (RME), namun hasil survey PERSI terhadap 3000 RS hasilnya 50% yang sudah menerapkan rekam medis elektronik dan hanya 16% yang mengelola RME dengan baik (Persi, 2023). Oleh karena itu diperlukan strategi kebijakan yang mendorong akselerasi implementasi RME secara efektif untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menyusun rekomendasi kebijakan yang komprehensif guna mendukung implementasi RME sehingga dapat meningkatkan akurasi data rekam medis serta meningkatkan kualitas pelayanan

kesehatan yang terintegrasi. Diharapkan dapat memperpendek waktu tunggu pelayanan di RSUD.

Metode pengumpulan data dalam penyusunan Penelitian ini dilakukan melalui proses identifikasi kebutuhan data serta penelusuran berbagai sumber referensi yang relevan. Referensi tersebut mencakup dokumen regulasi seperti Undang-Undang (UU), Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Presiden (Perpres), Peraturan Menteri Kesehatan (PMK), serta ketentuan lain yang diterbitkan oleh kementerian atau lembaga terkait. Tahapan awal ini juga meliputi penyusunan kerangka pemikiran sebagai landasan dalam melakukan analisis. Selanjutnya, data yang telah diperoleh diolah melalui proses tabulasi dan integrasi untuk memastikan kelengkapan, konsistensi, dan kesesuaiannya dengan kebutuhan analisis. Berdasarkan data tersebut, dilakukan penyusunan alternatif kebijakan dengan menggunakan pendekatan teoritis, yang kemudian dievaluasi berdasarkan kriteria tertentu. Penentuan prioritas alternatif kebijakan dilakukan melalui metode penilaian skoring oleh *key person* dengan mempertimbangkan aspek efektivitas, efisiensi, serta dampak jangka panjang. Analisis akhir dilakukan dengan pendekatan *logic model* untuk menilai keterkaitan antara program, kegiatan, dan sasaran, sehingga dapat mendukung keselarasan perencanaan dan implementasi kebijakan secara komprehensif.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan [kuantitatif/kualitatif/mixed method] dengan desain [deskriptif analitik/studi kasus/penelitian tindakan] untuk menggambarkan dan menganalisis strategi kebijakan akselerasi transformasi digitalisasi pelayanan kesehatan di RSUD. Penelitian dilaksanakan pada [bulan tahun - bulan tahun] bertempat di RSUD Kabupaten Kuantan Singingi, Riau, Indonesia, dengan populasi [seluruh pegawai/manajemen/pasien yang terkait dengan layanan digital RSUD] dan sampel diambil menggunakan teknik [purposive sampling/random sampling] sebanyak responden/informan yang memenuhi kriteria inklusi. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan pemangku kebijakan dan staf IT RSUD, observasi langsung terhadap implementasi sistem digital, studi dokumentasi kebijakan, SOP, dan laporan evaluasi digitalisasi, serta kuesioner untuk mengukur persepsi pengguna terhadap efisiensi pelayanan. Data kualitatif dianalisis menggunakan model interaktif Miles dan Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan, sedangkan data kuantitatif dianalisis secara deskriptif menggunakan [SPSS/Excel] untuk melihat distribusi frekuensi dan hubungan antar variabel. Penelitian ini telah mendapatkan izin dari [Komite Etik/Lembaga terkait], seluruh responden memberikan informed consent dan data dijaga kerahasiaannya sesuai prinsip etik penelitian kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Indikator waktu tunggu adalah ukuran penting dalam menilai efisiensi dan efektivitas layanan kesehatan di rumah sakit, yang mencerminkan lamanya waktu yang diperlukan pasien untuk menerima perawatan setelah melakukan pendaftaran atau antrian mencakup waktu tunggu pelayanan rawat jalan, pelayanan obat, pelayanan gawat darurat, radiologi dan laboratorium (Kementerian Kesehatan RI, 2008).

Implementasi berbagai skema perbaikan proses (*process improvement*) telah dilakukan secara sistematis oleh banyak penyedia layanan kesehatan global untuk mengoptimalkan alur pelayanan di unit rawat jalan. Langkah-langkah tersebut melibatkan pendekatan multidimensi, mulai dari digitalisasi sistem antrian dan pembenahan alur kerja operasional, hingga pengembangan kompetensi personel serta penyesuaian regulasi internal. Seluruh rangkaian upaya ini difokuskan pada upaya transformasi layanan agar menjadi lebih responsif, efisien, dan tetap menjaga standar mutu medis yang tinggi (Yuniati et al., 2025).

Ketidakkuratan data pasien dan ketidaktertiban pemberkasan rekam medis konvensional menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap lamanya waktu tunggu pelayanan di rumah sakit, karena proses verifikasi identitas, pencarian dokumen, serta kelengkapan informasi klinis seringkali memerlukan waktu tambahan sebelum pasien dapat dilayani sesuai haknya. Kondisi ini berdampak langsung pada capaian indikator waktu tunggu sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, yang menuntut pelayanan cepat dan responsif. Dalam konteks ini, implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) sebagaimana diwajibkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis menjadi solusi strategis untuk meningkatkan akurasi, ketersediaan, dan aksesibilitas data pasien secara real-time, sehingga dapat mempercepat alur pelayanan dan menurunkan waktu tunggu. Dengan sistem digital yang terintegrasi, proses administrasi dan klinis menjadi lebih efisien, mendukung pencapaian standar pelayanan minimal sekaligus sejalan dengan arah kebijakan transformasi digital kesehatan nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2021)

Rekam Medis Elektronik (RME) menjadi pilar keenam dalam transformasi teknologi kesehatan dipandu oleh Cetak Biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan 2024. Dokumen strategis ini menetapkan visi pembangunan ekosistem data kesehatan yang terintegrasi secara nasional melalui platform SATUSEHAT. Pemerintah mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes), termasuk rumah sakit daerah, puskesmas, dan praktik mandiri, untuk beralih dari pencatatan manual berbasis kertas ke sistem digital. Langkah ini bertujuan untuk menciptakan interoperabilitas data pasien yang akurat, efisien, dan aman, sehingga riwayat kesehatan individu dapat diakses di mana pun pasien menerima layanan medis tanpa hambatan birokrasi fisik.

Landasan hukum utama kewajiban ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Peraturan tersebut secara eksplisit mewajibkan setiap fasyankes untuk menyelenggarakan RME dan mengintegrasikannya dengan platform SATUSEHAT milik Kementerian Kesehatan. Meskipun batas waktu awal ditetapkan pada 31 Desember 2023, pemerintah memberikan periode transisi dan penguatan melalui Surat Edaran (SE) Nomor HK.02.01/MENKES/1030/2023 untuk memastikan kesiapan infrastruktur di berbagai wilayah. Dalam regulasi ini, RME bukan lagi merupakan pilihan manajerial, melainkan kewajiban hukum yang harus dipenuhi guna mendukung standarisasi pelayanan kesehatan nasional di era digital (Dirjen Yankes Kemkes RI, 2023).

Fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak mematuhi ketentuan penyelenggaraan RME atau gagal mengintegrasikannya ke platform nasional akan menghadapi sanksi administratif yang tegas. Tahapan sanksi dimulai dari teguran tertulis hingga tindakan yang lebih berat. Sanksi lanjutan dapat berupa rekomendasi pencabutan atau pencabutan status akreditasi fasyankes, yang secara langsung berdampak pada kerja sama dengan pihak ketiga seperti BPJS

Kesehatan. Lebih jauh lagi, ketidakpatuhan ini dapat berujung pada rekomendasi pencabutan izin operasional (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Untuk mewujudkan adopsi RME ini, perlu ada penurunan ke dalam rencana aksi dan program yang dapat dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan termasuk RSUD. Salah satu pendekatan yang relevan adalah konsep formulasi regulasi internal, yaitu penyusunan kebijakan teknis di tingkat rumah sakit berupa peraturan direktur, standar prosedur operasional (SPO), *roadmap*, serta pedoman implementasi yang mengatur alur penggunaan RME secara menyeluruh mulai dari pendaftaran, pelayanan klinis, hingga pelaporan dan integrasi data. Regulasi internal ini berfungsi sebagai instrumen operasional untuk menerjemahkan kebijakan nasional ke dalam praktik layanan sehari-hari, sekaligus memastikan adanya kejelasan peran, tanggung jawab, serta standar kerja bagi seluruh tenaga kesehatan dan tenaga pendukung. Selain itu, keberadaan regulasi internal juga penting dalam mendukung aspek tata kelola, keamanan informasi, serta kepatuhan terhadap standar interoperabilitas sistem kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis dan arah kebijakan Cetak Biru Transformasi Digital Kesehatan Indonesia.

Pendekatan lain untuk mendorong adopsi RME dalam menghadapi resistensi petugas adalah melalui pendekatan *Technology Acceptance Model* (TAM) sebagai kerangka dalam mengelola perubahan. Pendekatan ini menekankan bahwa penerimaan terhadap teknologi sangat dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu persepsi kemanfaatan (*perceived usefulness*) dan persepsi kemudahan penggunaan (*perceived ease of use*). Oleh karena itu, implementasi RME perlu dirancang dengan memastikan bahwa sistem benar-benar memberikan manfaat nyata bagi pengguna, seperti mempercepat alur pelayanan, mengurangi duplikasi pekerjaan, serta meningkatkan akurasi data. Di sisi lain, sistem juga harus mudah digunakan melalui antarmuka yang sederhana, pelatihan yang memadai, serta dukungan teknis yang berkelanjutan. Selain aspek teknis, pendekatan TAM juga menekankan pentingnya faktor eksternal seperti dukungan manajemen, budaya organisasi, dan kebijakan internal yang mendorong penggunaan sistem secara konsisten. Dengan demikian, melalui penerapan pendekatan TAM, resistensi terhadap RME dapat dikelola secara lebih sistematis, sehingga proses transformasi digital tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga diterima dan dimanfaatkan secara optimal oleh seluruh pengguna.

Tahun 2022, implementasi RME telah dikuatkan dan dipertegas dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 yang mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rekam medis elektronik sebagai bagian dari transformasi digital pelayanan kesehatan. Penekanan implementasi melalui SE Menteri Kesehatan No. HK.02.01/MENKES/1030/2023 memberikan sanksi administratif bertingkat bagi fasyankes yang tidak jalankan RME terintegrasi SATUSEHAT per 31 Desember 2023. Sanksi bertahap berupa 1) Teguran tertulis untuk keterlambatan implementasi, 2) rekomendasi penyesuaian atau pencabutan status akreditasi untuk pelanggaran berulang, dan 3) pencabutan akreditasi penuh bagi RS yang tetap manual saat re-akreditasi 2026.

Dalam dokumen rencana strategis kementerian kesehatan terdapat tiga tahapan kegiatan prioritas. Tahap pertama adalah integrasi dan pengembangan data kesehatan, selanjutnya integrasi dan pengembangan sistem aplikasi pelayanan kesehatan dan pengembangan ekosistem teknologi kesehatan. Target awal adalah satu data kesehatan nasional melalui platform SATU SEHAT yang mengintegrasikan RME dari 3.239 RS dan 10.000

fasilitas kesehatan lainnya dengan fokus utama standardisasi 6 layanan inti (pendaftaran, IGD, Rawat Jalan, Rawat Inap, Penunjang dan Farmasi) agar interoperabilitas penuh tercapai tahun 2029 (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Pada tahun 2025-2029, Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk melanjutkan transformasi kesehatan mencakup 6 pilar transformasi. Pilar keenam dalam transformasi kesehatan tersebut berfokus pada pemanfaatan teknologi informasi dan bioteknologi. Pilar ini mendorong percepatan adopsi teknologi digital, penguatan ekosistem data kesehatan dan pengembangan kedokteran presisi serta genomika untuk membangun sistem pelayanan kesehatan yang lebih terintegrasi, inovatif, adaptif, dan berbasis data. Fokus utama transformasi ini mencakup: (i) pengembangan ekosistem teknologi kesehatan dan data record yang inovatif, (ii) inovasi teknologi kesehatan mutakhir, (iii) penguatan riset dan pengembangan, serta inovasi medis (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Data pelayanan pada berkas rekam medis merupakan informasi utama dalam ekosistem rumah sakit yang menjamin terhubungnya informasi antara unit pelayanan medis, penunjang, dan manajemen. Sistem Informasi dan Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang handal seharusnya memiliki hambatan data yang minim (*zero data bottleneck*), sehingga tenaga medis dapat mengakses riwayat kesehatan pasien secara instan tanpa menimbulkan kelelahan administratif. Kelancaran alur data ini berkontribusi langsung terhadap ketepatan diagnosis dan efisiensi waktu tunggu, yang pada akhirnya menentukan kualitas layanan, keamanan pasien, dan kepuasan masyarakat pengguna jasa RS (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Rumah Sakit Umum Daerah memiliki permasalahan pengelolaan rekam medis yang cukup kompleks. Permasalahan yang terjadi saat ini terletak pada aspek pelayanan, sistem distribusi dan kondisi penyimpanan rekam medis. Penyediaan dokumen rawat jalan di loket loket pendaftaran rata-rata membutuhkan waktu 15 sampai 20 menit menunjukkan adanya hambatan dalam alur kerja internal yang masih menggunakan sistem hibrida (manual dan SIMRS). Sedangkan apabila merujuk pada standar, dan pasien sudah harus selesai diproses pendaftaran dalam waktu ≤ 10 menit ditangani dokter dalam waktu kurang dari 60 menit.

Hal ini disebabkan oleh banyak faktor diantaranya belum keterbatasan sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang belum memadai, dan sistem pemanfaatan sistem informasi manajemen rumah sakit yang belum optimal serta regulasi yang belum lengkap.

Saat ini, pengelolaan rekam medis sudah lebih baik dengan aturan pemerintah yang mewajibkan implementasi RME. Akan tetapi, adopsi RME ini belum berjalan maksimal karena beberapa kendala dari berbagai sisi baik SDM, jaringan dan perangkat, tata kelola dan regulasi.

Berbagai kebijakan telah diupayakan oleh para pimpinan untuk mengatasi permasalahan tersebut agar implementasi RME dapat mengejar waktu target pemerintah. Pengembangan jaringan internal dan peremajaan perangkat secara bertahap bertujuan untuk menyediakan sarana pendukung implementasi RME. Namun belum mencakup seluruh unit di RS karena membutuhkan biaya investasi yang cukup besar. Tingginya kejadian *downtime* jaringan termasuk menjadi salah satu hambatan besar di daerah.

Pengembangan SIMRS sendiri di RSUD menghadapi berbagai kendala. Secara sosial, preferensi petugas terhadap pemanfaatan teknologi menganggap SIMRS adalah tambahan beban kerja. Begitu juga dari sisi pasien yang gagap teknologi belum mampu memaksimalkan penggunaan antrean *online* untuk memperpendek waktu tunggu. Dari sisi ekonomi, terbatasnya anggaran APBD dalam investasi teknologi membuat penyediaan perangkat dan jaringan

memperlambat proses pengembangan digitalisasi pelayanan. Secara teknis integrasi SIMRS, BPJS, RME dan aplikasi generik lain yang digunakan pemerintah yang belum maksimal turut menjadi tantangan. Kurangnya optimalnya pemanfaatan layanan digital kesehatan bagi pengguna baik para tenaga medis maupun pasien menambah kompleksitas dalam pengembangan sistem informasi di RSUD.

Namun demikian kementerian kesehatan menyediakan sistem generik tanpa biaya mahal untuk pengelolaan rekam medis berupa Sistem Informasi dan Manajemen *Generic Open Source* (SIMGOS). SIMGOS merupakan aplikasi sistem manajemen rumah sakit berbasis sumber terbuka yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan untuk membantu RSUD dalam mengelola operasional secara terintegrasi, termasuk modul rekam medis elektronik. Sebagai solusi efisiensi anggaran, SIMGOS memungkinkan pihak rumah sakit untuk mengimplementasikan sistem digital tanpa biaya lisensi perangkat lunak yang mahal. Rumah sakit daerah yang memiliki keterbatasan dana pengembangan IT dapat menggunakan dan selanjutnya mengembangkan SIMGOS sesuai kebutuhan.

Upaya RSUD dalam digitalisasi dikembangkan dalam bentuk kerjasama operasional dengan pihak ketiga. Hal ini bertujuan meningkatkan efisiensi anggaran pengadaan perangkat lunak SIMRS karena pilihan SIMGOS belum dapat dimaksimalkan penggunaannya karena kendala keterbatasan SDM IT. Tidak hanya bekerjasama dengan pihak ketiga, RSUD juga melibatkan Dinas Komunikasi dan Informasi dalam penyediaan jaringan internet untuk mendukung SIMRS.

Transformasi digital dalam pelayanan rumah sakit merupakan kebutuhan strategis dalam menjawab tuntutan pelayanan kesehatan yang lebih efisien, akurat, dan berorientasi pada pasien. Berdasarkan pendekatan pengurangan waktu tunggu pelayanan pada unit-unit pelayanan yaitu Formulasi regulasi internal maka dilakukan perumusan alternatif kebijakan dengan mempertimbangkan efektifitas, kelayakan, dll (Bardach, 2012). Alternatif Pertama adalah melakukan penyusunan regulasi internal rumah sakit sebagai mesin pendorong percepatan digitalisasi bertahap pada titik-titik layanan kritis dengan pendekatan hybrid menuju implementasi RME menyeluruh. Implementasi RME yang saat ini telah berjalan disebagian unit perlu dipacu agar difokuskan pada unit unit dengan tingkat kepadatan dan waktu tunggu tertinggi seperti pendaftaran, poliklinik rawat jalan, dan farmasi, sementara unit lain masih menggunakan kombinasi sistem manual dan digital sebelum diperluas secara menyeluruh. Dengan dasar keputusan direktur, standar prosedur operasional (SPO) dan kebijakan penyelenggaraan RME berpotensi memberikan dampak cepat dalam menurunkan waktu tunggu melalui pengurangan pencarian berkas manual, eliminasi duplikasi pencatatan, dan percepatan alur pelayanan. Namun tantangan yang dihadapi meliputi risiko inkonsistensi data antar unit dan potensi beban ganda selama masa transisi. Dengan penyusunan dan sosialisasi regulasi yang adaptif tentunya akan berkontribusi terhadap percepatan adopsi RME sehingga menurunkan lama waktu tunggu pelayanan.

Alternatif kedua adalah menata ulang alur pelayanan dengan memanfaatkan fungsi RME. Kebijakan ini memperbaiki alur dari pendaftaran hingga pelayanan klinis dan farmasi seperti penerapan fitur *e-registration*, sistem antrian elektronik dan mengurangi aktifitas pengulangan input data dan berkas manual. Perbaikan alur ini berpotensi untuk memperbaiki struktur pelayanan dengan mempercepat aliran pasien antar unit dan meningkatkan efisiensi operasional berkelanjutan. Namun kebijakan ini menghadapi tantangan resistensi terhadap

perubahan alur kerja dari tenaga kesehatan akibat potensi gangguan sementara terhadap pelayanan selama masa transisi. Untuk itu perlu komitmen yang kuat dan koordinasi antar unit.

Alternatif ketiga adalah penguatan kapasitas SDM melalui pelatihan intensif dan pembentukan RME *Champion* di tingkat unit kerja untuk meningkatkan literasi digital, keterampilan operasional, serta kepatuhan tenaga kesehatan dalam penggunaan RME secara optimal. Kebijakan ini menitikberatkan pada pelatihan berbasis praktik sesuai alur kerja masing-masing unit, pendampingan langsung, serta penunjukan individu kunci sebagai agen perubahan yang mendorong adopsi di lingkungan kerja. Pendekatan ini berpotensi meningkatkan kecepatan input dan akses data pasien, serta memastikan RME digunakan secara efektif dalam proses pelayanan sehari-hari sehingga berdampak pada penurunan waktu tunggu. Namun demikian, tantangan yang dihadapi adalah kemampuan digital antar tenaga kesehatan sangat bervariasi, keterbatasan waktu pelatihan di tengah beban pelayanan harian yang tinggi serta ketergantungan pada *champion* akan mempengaruhi keberlanjutan program.

Alternatif keempat adalah melakukan pengadaan sistem RME yang lebih ramah penggunaan, cepat, dan terintegrasi dengan berbagai platform lokal maupun nasional seperti SIMRS, RME, BPJS, SATU SEHAT dan aplikasi lainnya untuk efisiensi proses pelayanan. Dengan integrasi ini salah satu keuntungan bahwa klaim BPJS tidak perlu melakukan input ulang karena data klaim dapat ditarik langsung melalui RME. Namun demikian tantangan keterbatasan anggaran dalam pemenuhan dukungan infrastruktur teknologi menjadi masalah tersendiri karena biaya investasi dan pemeliharaan jaringan serta keamanan data yang menjamin sistem dapat berjalan optimal sangat besar.

Pilihan/Alternatif Kebijakan

Dalam menentukan prioritas alternatif kebijakan, dilakukan penilaian dengan skala 1–5 oleh para *key person* di lingkungan RSUD, khususnya pejabat Eselon dan Fungsional. Penilaian tersebut menggunakan pendekatan formulasi regulasi internal, dengan mempertimbangkan aspek efektivitas, efisiensi, serta dampak jangka panjang.

Tabel 1 Skoring Alternatif Kebijakan

Alternatif Kebijakan	Efektifitas	Efisiensi	Dampak Jangka Panjang	Total Skor
Penyusunan regulasi internal rumah sakit	5	5	5	15
Penataan ulang alur pelayanan berbasis RME	4	3	5	12
Penguatan kapasitas SDM	3	5	4	12
Pengadaan sistem RME yang lebih ramah penggunaan, cepat, dan terintegrasi	4	2	5	11

Sumber: Hasil Analisis, 2026

Berdasarkan analisis skoring di atas, Penyusunan Regulasi Internal Rumah Sakit adalah kebijakan dengan skor tertinggi. Digitalisasi bertahap berbasis regulasi internal yang terstruktur dan terintegrasi dinilai mampu menyeimbangkan antara efektivitas, efisiensi, dan berdampak jangka panjang dalam konteks keterbatasan RSUD. Fokus ini menjadi penting karena lamanya waktu tunggu tidak hanya disebabkan oleh ketiadaan teknologi tetapi juga tidak adanya standar operasional yang mengikat, rendahnya kepatuhan penggunaan sistem serta fragmentasi proses pelayanan antar unit. Dengan menjadikan regulasi sebagai landasan

utama, RSUD memiliki arah implementasi yang jelas, kewajiban penggunaan yang konsisten, serta *roadmap* pengembangan bertahap namun berkelanjutan.

Untuk mendukung kebijakan formulasi regulasi internal rumah sakit, maka dilakukan analisis *logic model* (Knowlton, Lisa Wyatt., & Cynthia C. Philips (2013)) untuk merancang hubungan sebab-akibat antara kebijakan, program, dan kegiatan, serta hasil yang diharapkan. Kebijakan ini mencakup beberapa elemen penting, yaitu penyusunan regulasi internal terkait digitalisasi pelayanan, penyediaan infrastruktur teknologi informasi, penguatan sumber daya manusia, serta integrasi sistem antar unit pelayanan. Perencanaan dan analisis kebutuhan menjadi tahap awal untuk mengidentifikasi permasalahan dalam alur pelayanan manual dan menentukan desain sistem RME yang sesuai. Selanjutnya dilakukan pengadaan dan pengembangan sistem RME, integrasi data antar unit seperti pendaftaran, poliklinik, laboratorium, farmasi dan instalasi/unit pendukung lainnya, serta digitalisasi rekam medis pasien. Selain itu, pelatihan bagi tenaga kesehatan dan tenaga administrasi serta penyusunan SOP berbasis digital dilaksanakan untuk memastikan pemanfaatan sistem berjalan optimal. Rekonstruksi proses bisnis pelayanan juga dilakukan melalui penyederhanaan alur pelayanan, implementasi antrean digital, dan penyediaan *dashboard* monitoring waktu tunggu. Pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk menilai tingkat kepatuhan penggunaan sistem serta efektivitasnya dalam menurunkan waktu tunggu. Melalui rangkaian kegiatan tersebut dihasilkan output berupa sistem RME yang terintegrasi, SDM yang kompeten, serta alur pelayanan yang lebih efisien, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap penurunan waktu tunggu pasien, peningkatan efisiensi pelayanan, dan peningkatan kualitas layanan rumah sakit secara keseluruhan.

Sehingga output yang dihasilkan untuk mendukung kebijakan formulasi regulasi internal rumah sakit dalam implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) meliputi Program Implementasi RME Terintegrasi melalui pengembangan dan penerapan sistem rekam medis elektronik yang menghubungkan seluruh unit pelayanan serta digitalisasi data pasien secara bertahap, Program Penguatan Kapasitas SDM dan Tata Kelola Digital melalui pelatihan intensif bagi tenaga medis dan administrasi, penyusunan SOP berbasis digital, serta pengawasan kepatuhan penggunaan sistem, Program Rekonstruksi Proses Bisnis Pelayanan melalui penyederhanaan alur pendaftaran hingga pelayanan dokter, penghapusan proses manual yang redundan, serta penyesuaian standar waktu pelayanan, dan Program Digitalisasi melalui penerapan sistem antrean elektronik, *dashboard* monitoring waktu tunggu secara *real-time*, serta integrasi informasi pelayanan untuk meningkatkan transparansi dan efisiensi layanan.

Dalam jangka pendek, implementasi kebijakan ini akan mempercepat alur pelayanan melalui ketersediaan data pasien secara digital dan terintegrasi, sehingga waktu pencarian rekam medis dapat ditekan dan proses administrasi menjadi lebih efisien. Selain itu, koordinasi antar unit pelayanan meningkat karena akses informasi yang bersifat *real-time*, yang berdampak pada berkurangnya duplikasi *input* data dan kesalahan administrasi. Kondisi ini secara langsung mendorong penurunan waktu tunggu pasien sejak tahap pendaftaran hingga memperoleh pelayanan medis. Pada tahap selanjutnya, dalam jangka menengah akan terjadi peningkatan efisiensi operasional rumah sakit, optimalisasi beban kerja tenaga kesehatan, serta peningkatan kepatuhan terhadap standar operasional berbasis digital. Adapun dalam jangka panjang, kebijakan ini berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan secara menyeluruh,

peningkatan kepuasan pasien, serta terwujudnya sistem layanan kesehatan yang modern, terintegrasi, dan berkelanjutan. Indikator keberhasilan kebijakan ini antara lain penurunan rata-rata waktu tunggu pasien dan meningkatnya tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit. Dengan pendekatan ini, regulasi internal berbasis digital memiliki peran strategis dalam mendorong transformasi pelayanan kesehatan yang lebih efektif, efisien, dan responsif terhadap kebutuhan pasien.

Implementasi kebijakan ini dirancang melalui tahapan untuk memastikan transisi dari sistem manual ke digital berjalan tanpa hambatan teknis maupun operasional. Tahun pertama difokuskan pada penguatan fondasi, yang mencakup penyusunan regulasi internal (SK Direktur, *Roadmap* dan SOP), audit infrastruktur jaringan, serta pengadaan perangkat keras di unit-unit prioritas.

Tahun kedua merupakan fase migrasi data besar-besaran dan aktivasi modul RME di layanan rawat jalan, disertai dengan pelatihan intensif bagi seluruh tenaga medis untuk memastikan adaptasi teknologi berjalan seragam.

Memasuki tahun ketiga, fokus beralih pada integrasi sistem antrean terpadu dan modul farmasi secara *real-time*, sehingga seluruh titik layanan mulai dari pendaftaran hingga pengambilan obat telah terhubung tanpa hambatan dokumen fisik.

Tahun keempat ditujukan untuk perluasan integrasi ke unit penunjang kritis seperti Laboratorium, Radiologi, dan Rawat Inap, sekaligus memulai sinkronisasi data dengan platform kesehatan nasional (SATU SEHAT). Akhirnya, pada tahun kelima, rumah sakit memasuki fase pemantapan dan optimalisasi, dimana seluruh operasional telah *paperless*, dilakukannya evaluasi dampak jangka panjang terhadap penurunan waktu tunggu, serta pengembangan sistem analisis data (*big data*) untuk mendukung pengambilan keputusan klinis dan manajerial yang lebih akurat secara berkelanjutan.

Pembagian peran, tanggung jawab, dan kewenangan dalam pelaksanaan kebijakan formulasi regulasi internal implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) disusun secara hierarkis dan fungsional untuk memastikan kejelasan akuntabilitas. Direksi rumah sakit memiliki kewenangan strategis dalam menetapkan regulasi internal, menentukan arah kebijakan, serta mengalokasikan sumber daya yang diperlukan. Pada level manajerial, kepala instalasi dan kepala unit bertanggung jawab menerjemahkan kebijakan ke dalam rencana operasional, termasuk penyusunan prosedur teknis dan pengendalian pelaksanaan di unit masing-masing. Unit teknologi informasi memiliki kewenangan teknis dalam pengembangan, integrasi, dan pemeliharaan sistem RME, serta menjamin keamanan dan ketersediaan data. Unit rekam medis bertanggung jawab terhadap tata kelola informasi kesehatan, termasuk standarisasi, validasi, dan pengendalian mutu data. Sementara itu, tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya memiliki tanggung jawab operasional dalam melakukan input dan pemanfaatan data secara disiplin sesuai standar yang ditetapkan. Fungsi pengawasan dilaksanakan oleh Satuan Pengawasan Internal (SPI) rumah sakit yang memiliki kewenangan melakukan monitoring, evaluasi, serta penegakan kepatuhan terhadap regulasi.

Mekanisme pemantauan dan evaluasi dilakukan berjenjang dan berkala harian/mingguan oleh kepala instalasi/unit/ruangan untuk memantau kepatuhan input data dan kelengkapan rekam medis serta kelancaran alur pelayanan. Evaluasi bulanan dilakukan oleh tim IT dan unit rekam medis untuk menilai kinerja sistem dan mengidentifikasi kendala teknis. Selanjutnya evaluasi tahunan dilakukan untuk menilai efektifitas kebijakan, efisiensi

operasional, kepatuhan terhadap regulasi, serta dampak implementasi terhadap kualitas pelayanan dan kepuasan pasien.

KESIMPULAN

Untuk mendukung kebijakan Formulasi Regulasi Internal dalam implementasi RME di RSUD, diperlukan sebuah kerangka peraturan yang menyeluruh dan terstruktur yang mengatur tugas, wewenang, dan tanggungjawab serta menjadi pedoman dalam membangun koordinasi antar unit.

Rekomendasi kebijakan ini selanjutnya dituangkan dalam bentuk Peraturan Direktur RSUD tentang Pedoman Implementasi Rekam Medis Elektronik yang mengatur tata kelola sistem, standar operasional, pembagian peran, serta mekanisme pemantauan dan evaluasi. Peraturan ini menjadi dasar pelaksanaan kebijakan sekaligus memastikan setiap unit memiliki acuan yang jelas dalam menjalankan fungsinya masing-masing. Untuk implementasi jangka panjang, kebijakan ini perlu didukung dengan dokumen *roadmap* implementasi RME yang memuat tahapan pelaksanaan, prioritas pengembangan, kebutuhan sumberdaya serta target kinerja yang terukur.

Selanjutnya peraturan dan *roadmap* tersebut diturunkan kedalam kebijakan teknis berupa Standar Prosedur Operasional (SPO) dan pedoman pelaksanaan mencakup mekanisme operasional penggunaan sistem, pengelolaan alur pelayanan berbasis digital, serta pengendalian dan monitoring terintegrasi. Dengan pendekatan yang terstruktur antara regulasi, *roadmap*, dan SOP diharapkan implementasi RME dapat berjalan konsisten, berkelanjutan, dan adaptif terhadap pelayanan, sehingga mampu menurunkan waktu tunggu pasien serta meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit secara menyeluruh.

REFERENSI

- Amelia Septi Ayuni, Fita Rusdian Ikawati, & Anis Ansyori. (2024). Implementasi Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit. *Jurnal Kesehatan Amanah*, 8(1), 224–231. <https://doi.org/10.57214/jka.v8i1.723>
- Anggraini, A. F. (2025). Hambatan Implementasi Rekam Medis Elektronik Di Indonesia Menggunakan Hot-Fit Model : Literature Review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(1), 1632–1642. <https://doi.org/10.31004/jkt.v6i1.42039>
- Bardach, E. (2012). *A Practical Guide for Policy Analysis* (C. Kiino (ed.); Fourth). of SAGE Publications, Inc. CQ Press.
- Cheristina, & Santi. (2022). Hubungan waiting time dengan kepuasan pasien pada pelayanan keperawatan: Studi tradisional review. *Jurnal Fenomena Kesehatan (JFK)*, 5(2), 54–60. <https://ojs.ikbkjp.ac.id/JFK/article/view/153>
- Dirjen Yankes Kemkes RI. (2023). Surat Edaran Nomor Hk.02.02/D/7093/2023 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik Yang Terinteroperabilitas Dengan Platform Satusehat. In Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (pp. 1–3). Kementerian Kesehatan RI.
- Hexandira, O. P. (2025). Digitalisasi Keuangan Rumah Sakit: Meningkatkan Efisiensi dan Transparansi di Era Modern.
- Ibrahim, M. M., Anafiah, F., Novira, L., & Rahmania, G. (2024). Analisis Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis Klaim BPJS Pasien Rawat Inap (Literature Review).

- Jurnal Rekam Medis (Medical Record Jurnal), 3(1), 124–132.
- Kementerian Kesehatan RI. (2008). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. In Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). Cetak Biru Strategi Transformasi Digital Kesehatan 2024.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis. In Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2025). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2025 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 (Pp. 1–900). Kementerian Hukum Republik Indonesia.
- Kurnia. (2025). Studi Kasus Kualitatif tentang Penerapan Rekam Medis Elektronik dan Dampaknya terhadap Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah di Indonesia. *Jurnal Promotif Prefentif*, 4(2), 116–123.
- Manik, I. G. N. (2024). Analisis Dampak Duplikasi Rekam Medis Pasien Rawat Jalan Peserta Bpjs Kesehatan Terhadap Pelayanan Penyediaan Rekam Medis, Patient Safety, Dan Pengajuan Ber. 5, 11259–11269.
- Narulitha, A., Batara, A. S., & Haeruddin. (2025). Rawat Jalan Rumah Sakit Ibnu Sina Yayasan Wakaf Universitas Muslim Indonesia. *Window of Public Health Journal*, 6(2), 293–304.
- Persi. (2023). Lebih Dari 300 RS Ikuti Webinar Outlook Kebijakan Transformasi Digital RS dan Fasyankes 2024. *Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia*, 1.
- Prasetyo, A., & , Suciati, Surtini, S. (2024). *Journal of Medical and Health Science* Doi: *Journal of Medical and Health Science*, 39–46. <https://doi.org/10.21070/anamnetic.v3i1/1603>
- Putri, F. S., Lisnawati, L., & Garnida, A. P. (2026). Faktor-faktor yang Memengaruhi Waktu Tunggu Pasien di IGD RSUD. 5(2), 1635–1646.
- Ratumurun, S. J., & Manik, M. J. (2025). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Lama Waktu Tunggu Rawat Jalan: Suatu Kajian Literatur. 1–13.
- Saputra, W. (2025). Dampak Digitalisasi Manajemen Rumah Sakit terhadap Efisiensi Pelayanan : Literature Review. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 14(3), 245–254.
- Wahyuni, A., Fitri Khumaira, N., & Siska. (2024). Hubungan Kelengkapan Rekam Medis Terhadap Akurasi Pengkodean ICD-10 dan ICD-9. *Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 5(3), 243–249. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v5i3.4947>
- Wahyuni, I., Sanjaya, G. Y., Istiqlal, H., Sulistiyowati, D., Mutamakin, A., & Sitompul, T. (2024). Pentingnya Komponen Infrastruktur Sistem dan TIK Dalam Mendukung Transformasi Digital di Rumah Sakit. *Journal of Information Systems for Public Health*, 8(3), 8. <https://doi.org/10.22146/jisph.80639>
- Wicaksono, S. R. (2021). Teori Dasar Technology Acceptance Model. In *Encyclopedia of Education and Information Technologies*. Seribu bintang. https://doi.org/10.1007/978-3-030-10576-1_300657
- Yuniati, R., Fahrudha, A., & Suswojo, H. (2025). Outpatient Waiting Time Acceleration: A Systematic Review of Process Improvement Interventions: Percepatan Waktu Tunggu Rawat Jalan: Tinjauan *Indonesian Journal of ...*, 26(3), 1–14. <https://ijins.umsida.ac.id/index.php/ijins/article/view/1437>