

Sistem Informasi Fasilitas Kesehatan yang Patuh, Terpadu, dan Terbukti

Bagaimana rumah sakit, klinik, dan puskesmas di Indonesia dapat memenuhi kewajiban rekam medis elektronik, interoperabilitas SATUSEHAT, penjaminan BPJS, dan perlindungan data pribadi — dalam satu sistem, tanpa menumpuk aplikasi yang tidak saling bicara.

Disusun untuk direksi, komite medik, kepala unit rekam medis, kepala TI, dan panitia pengadaan.

Cara membaca dokumen ini. Setiap klaim kemampuan pada bagian 5–8 dapat Anda uji sendiri melalui lingkungan demo langsung yang kami sediakan. Bagian 9 menjelaskan tepatnya bagaimana caranya, dan bagian 11 menyatakan terbuka hal-hal yang *belum* selesai. Kami menilai daftar keterbatasan yang jujur lebih berguna bagi keputusan Anda daripada janji yang tidak dapat dibuktikan.

1. Ringkasan Eksekutif

Fasilitas kesehatan Indonesia hari ini dituntut memenuhi empat kewajiban sekaligus: menyelenggarakan rekam medis elektronik, mengirimkan data ke platform SATUSEHAT, mengelola penjaminan dan klaim BPJS Kesehatan secara tertib, serta melindungi data pribadi pasien sesuai undang-undang. Keempatnya bertumpu pada hal yang sama: **data klinis yang tercatat rapi sejak pasien mendaftar.**

Masalahnya, sebagian besar fasilitas menjawab keempat kewajiban itu dengan empat sistem berbeda. Akibatnya data pasien diketik ulang, nomor rekam medis berganda, berkas klaim tidak lengkap karena dokumentasi klinis tercecer, dan jejak akses data pribadi tidak dapat dipertanggungjawabkan saat diaudit.

Medcore Pro menempuh jalan lain: seluruh fungsi — pendaftaran, rekam medis, penunjang, farmasi, rawat inap, keuangan, hingga pelaporan — berdiri di atas **satu basis data dan satu identitas pasien**, di atas platform ERP kelas enterprise yang sisi bisnisnya sudah matang puluhan tahun. Kepatuhan tidak ditempelkan di akhir, melainkan menjadi bagian dari model data sejak awal.

2. Empat Tekanan yang Dihadapi Fasilitas Kesehatan

2.1 Rekam medis elektronik bukan lagi pilihan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan rekam medis elektronik. Kewajiban ini bukan sekadar mengganti kertas dengan layar: rekam medis elektronik harus dapat ditelusuri, dikunci setelah difinalisasi, dan dipertanggungjawabkan siapa mengisi apa dan kapan.

2.2 Interoperabilitas SATUSEHAT

Data pelayanan wajib dikirimkan ke platform SATUSEHAT Kementerian Kesehatan dalam format standar HL7 FHIR. Ini menuntut pemetaan yang benar antara data internal fasilitas dengan sumber daya FHIR, penanganan identitas (IHS Number), serta mekanisme pengiriman ulang ketika jaringan atau layanan pusat sedang tidak tersedia.

2.3 Penjaminan dan klaim BPJS menentukan arus kas

Bagi mayoritas fasilitas, sebagian besar pendapatan datang dari klaim. Berkas klaim yang tidak lengkap atau tidak konsisten dengan dokumentasi klinis berujung pada pending klaim — yang berarti kas tertahan. Ketertiban dokumentasi klinis dan ketertiban klaim adalah persoalan yang sama.

2.4 Pelindungan data pribadi kini bersanksi

Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pelindungan Data Pribadi menempatkan data kesehatan sebagai data pribadi yang bersifat spesifik. Fasilitas kesehatan berkedudukan sebagai pengendali data, dengan kewajiban memperoleh persetujuan, membatasi akses, mencatat pemrosesan, memenuhi permintaan subjek data, dan melaporkan kegagalan pelindungan.

3. Mengapa Banyak Implementasi Tersendat

Dari pola yang berulang di lapangan, kegagalan jarang disebabkan oleh kekurangan fitur. Penyebabnya lebih sering struktural:

Pola	Akibat yang dirasakan
Pulau-pulau sistem Pendaftaran, farmasi, laboratorium, dan keuangan dari vendor berbeda.	Data pasien diketik berulang kali; angka pendapatan versi keuangan berbeda dengan versi unit layanan; rekonsiliasi manual tiap bulan.
Kepatuhan sebagai tempelan Modul SATUSEHAT atau PDP dipasang belakangan di atas sistem yang tidak dirancang untuk itu.	Data tidak lengkap saat hendak dikirim; jejak audit tidak dapat merekonstruksi siapa mengakses rekam medis siapa.
Identitas pasien ganda Tidak ada penjagaan keunikan identitas sejak pendaftaran.	Satu pasien memiliki beberapa nomor rekam medis; riwayat klinis terpecah; pengiriman SATUSEHAT tertolak.
Biaya lisensi per pengguna Setiap perawat dan kasir tambahan menambah biaya berulang.	Fasilitas membatasi jumlah akun, lalu akun dipakai bersama — jejak audit menjadi tidak bermakna dan justru melanggar prinsip PDP.
Ketergantungan vendor Struktur data tertutup dan tidak terdokumentasi.	Fasilitas tidak dapat berpindah, tidak dapat mengintegrasikan alat baru, dan tidak benar-benar memegang datanya sendiri.

4. Pendekatan Medcore Pro

4.1 Berdiri di atas platform ERP kelas enterprise

Rumah sakit adalah organisasi klinis *sekaligus* badan usaha. Ia memerlukan buku besar, piutang, persediaan berbatch dan berkedaluwarsa, pengadaan, aset tetap, kepegawaian, dan

penggajian — kebutuhan yang identik dengan industri lain dan sudah dipecahkan matang oleh platform ERP kelas dunia selama puluhan tahun.

Medcore Pro tidak membangun ulang bagian itu. Seluruh modul medis dibangun di atas platform tersebut, sehingga setiap tindakan medis yang tercatat **langsung menjadi transaksi keuangan** pada basis data yang sama — tanpa ekspor-impor, tanpa rekonsiliasi antar sistem. Konsekuensi praktisnya: laporan laba rugi per unit layanan, piutang per penjamin, dan nilai persediaan farmasi berasal dari satu sumber angka yang sama.

4.2 Satu tulang punggung data klinis

Seluruh modul klinis bertumpu pada rangkaian yang tegas: **pasien → kunjungan → rekam medis**. Janji temu membentuk kunjungan; kunjungan menjadi wadah bagi asesmen, diagnosis, resep, order penunjang, dan tagihan. Tidak ada modul yang boleh membuat data klinis di luar rangkaian ini.

Aturan itu terdengar sederhana, tetapi justru di situlah letak sebagian besar manfaatnya: nomor rekam medis tunggal, riwayat pasien yang utuh, dan berkas klaim yang otomatis konsisten dengan dokumentasi klinisnya.

4.3 Kepatuhan sebagai fondasi, bukan lapisan akhir

Enkripsi identitas, pencatatan akses, persetujuan pasien, penguncian rekam medis yang telah difinalisasi, dan kebijakan retensi bukan modul terpisah yang bisa dinyalakan belakangan — semuanya melekat pada model data inti. Contoh konkretnya: nomor induk kependudukan tidak pernah tersimpan sebagai teks biasa di basis data, sehingga pencarian pasien pun harus melalui jalur khusus yang dirancang untuk itu.

5. Cakupan Fungsional

Sistem terdiri atas 90 modul medis yang saling terkait, mencakup keseluruhan perjalanan pasien:

Tahap	Kemampuan
Pendaftaran & Antrean	Pendaftaran pasien baru dan lama, pemindaian KTP melalui kamera untuk mengisi NIK otomatis, penomoran antrean loket dan poliklinik, kios antrean mandiri, layar antrean dengan pemanggilan bersuara yang disintesis di peladen — sehingga terdengar sama di layar mana pun dan tidak bergantung pada suara yang kebetulan terpasang di perangkat, dengan nama unit berbahasa Inggris diucapkan oleh suara penutur Inggris — serta pendaftaran online mandiri dari halaman publik.
Rawat Jalan	Jadwal dan kuota dokter, janji temu, asesmen, catatan SOAP yang terkunci setelah difinalisasi, diagnosis berkode ICD-10, resep elektronik, dan order penunjang.
Perawatan Intensif	Pemantauan berkala tanda vital dan nilai laboratorium, lama rawat dan lama ventilasi mekanik, serta <i>skor SOFA</i> yang dihitung sistem atas enam sistem organ — lengkap dengan tren yang menunjukkan arah perjalanan pasien, bukan sekadar angka tunggal. Skala Koma Glasgow dijumlahkan sekali dan langsung menjadi komponennya.
Kebidanan & Kamar Bersalin	Catatan persalinan beserta riwayat obstetri dan taksiran persalinan, <i>partograf</i> yang menghitung sendiri posisi tiap pengamatan terhadap garis waspada dan garis bertindak, penandaan denyut jantung janin di luar rentang normal dan perdarahan pascasalin, serta catatan bayi baru lahir dengan skor APGAR, derajat asfiksia, dan kategori berat lahir yang diturunkan sistem.
Observasi His	Ibu hamil datang mengeluh mulas; yang harus diputuskan bukan bagaimana menolong persalinannya, melainkan apakah ini benar-benar persalinan. Lembar pengamatannya berdiri di atas kunjungan, bukan di atas rekam persalinan — sehingga bidan tidak perlu membuka rekam persalinan bagi ibu yang mungkin sekali dipulangkan. <i>His adekuat</i> dihitung sistem dari pengamatan TERAKHIR, bukan dari yang terbaik: his yang sempat adekuat lalu melemah berarti persalinannya tidak berjalan, dan justru itu temuan pentingnya. Ibu yang denyut jantung janinnya masih di luar rentang 120–160 tidak dapat ditutup sebagai “dipulangkan”. Bila ternyata inpartu, seluruh pengamatan terbawa ke partograf tanpa diketik ulang.

Bedah Sentral	Penjadwalan kamar operasi, tim operasi lengkap, klasifikasi luka dan status fisik ASA, serta <i>Surgical Safety Checklist</i> WHO yang menegakkan alur kerja: Sign In sebelum induksi anestesi, Time Out sebelum insisi, dan Sign Out yang menahan penutupan operasi hingga hitungan instrumen, kasa, dan jarum dinyatakan cocok.
Hemodialisis	Master mesin beserta statusnya, jadwal rutin pasien kronis per hari dan shift, serta dokumentasi sesi: akses vaskuler, dializer beserta batas pemakaian ulang, berat pra/pasca dan ultrafiltrasi tercapai, parameter mesin, dan komplikasi intradialitik.
Gawat Darurat	Triase berjenjang dengan level warna, survei primer ABCDE, penilaian GCS otomatis, dan ringkasan triase yang mengalir ke kunjungan.
Rawat Inap	Surat perintah rawat inap, persetujuan umum, papan okupansi tempat tidur, asesmen awal 24 jam, catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT), pemberian obat, balans cairan, perencanaan pemulangan, dan rujukan keluar.
Gizi & Dietetik	Skrining gizi dengan tenggat 24 jam yang dihitung dari waktu masuk dan menandai keterlambatannya sendiri, skor MST dan indeks massa tubuh yang dihitung sistem, order diet beserta pantangan, serta pencatatan porsi yang benar-benar dihabiskan pasien.
Jiwa & Napza	Asesmen psikiatri dengan status mental dan penilaian risiko — asesmen berisiko tinggi tidak dapat ditutup tanpa rencana keselamatan dan tingkat pengawasan. Pengendalian fiksasi menegakkan indikasi, dokter pemberi perintah, upaya kurang membatasi yang sudah dicoba, batas waktu, serta evaluasi ulang yang disertai catatan pemantauan. Program napza mencakup tahapan detoksifikasi sampai rawat lanjut beserta pemeriksaan urin berkala.
Kamar Jenazah	Registrasi, penyimpanan, dan serah terima yang ditahan sampai identifikasi dikonfirmasi serta penerima tercatat berikut hubungannya dan nomor identitasnya — salah serah adalah kegagalan yang tidak dapat diperbaiki. Jenazah tanpa identitas maupun yang belum diambil lebih dari tiga hari ditandai.

Ambulans	Armada beserta kesiapannya, perjalanan dengan cap waktu berurutan, dan <i>waktu tanggap yang dihitung sistem</i> dari permintaan diterima sampai kru tiba di lokasi — angka yang ditanyakan saat kinerja layanan dievaluasi. Panggilan gawat darurat yang melampaui target ditandai, dan urutan cap waktu ditegakkan agar tidak ada waktu tanggap mustahil yang lolos ke laporan.
Rehabilitasi Medik	Program terapi dengan rencana jumlah sesi — sesi yang melampaui rencana menuntut alasan perpanjangan tertulis, karena penjamin membatasi jumlahnya. Skor nyeri sebelum dan sesudah tiap sesi membuat perbaikan terukur, dan program tanpa satu pun sesi terlaksana tidak dapat ditutup sebagai selesai. Mencakup fisioterapi, terapi okupasi, terapi wicara, dan ortotik prostetik.
Patologi Anatomi	Rantai kustodi spesimen dengan nomor unik yang melekat sampai hasil keluar, penandaan selisih jumlah wadah, uraian makroskopik yang wajib sebelum spesimen dipotong, verifikasi oleh patolog yang berbeda dari pembacanya, serta penahanan hasil keganasan sampai penyampaian kepada dokter pengirim tercatat.
Medical Check-Up	Paket pemeriksaan yang dibentangkan otomatis menjadi baris hasil, penilaian terhadap rentang normal untuk hasil berupa angka, klien korporat sebagai penerima hasil, serta kesimpulan kebugaran yang tidak dapat disusun selama masih ada butir yang kosong. Sejak Agustus 2026 MCU termasuk pada paket klinik (Penunjang Medis) — kerja sama MCU korporat adalah salah satu sumber pendapatan klinik yang paling terukur, dan pemeriksaannya bertumpu pada laboratorium yang sudah ada pada paket itu.
Bank Darah	Stok kantong beserta golongan, komponen, dan kedaluwarsanya; permintaan darah; uji silang serasi dengan <i>kecocokan ABO/Rh yang dihitung sistem</i> — kantong tidak dapat dinyatakan cocok bila golongannya sendiri tidak sesuai; serta pencatatan transfusi beserta tanda vital dan reaksi. Penyerahan hanya atas kantong yang cocok dan belum kedaluwarsa, dan transfusi hanya atas kantong yang sudah diserahkan.
Clinical Pathway & Dukungan	Template alur perawatan per diagnosis yang <i>dibentangkan otomatis</i> menjadi aktivitas berjatuh tempo begitu ditugaskan

Keputusan Klinis	kepada pasien. Aktivitas wajib yang harinya sudah lewat menandai dirinya sendiri sebagai varians — tidak menunggu seseorang mengingat untuk mencatatnya — dan aktivitas yang dinyatakan tidak dilaksanakan wajib menyebutkan alasan beserta kategorinya. Angka kepatuhan dan selisih lama rawat terhadap rencana terhitung sendiri, sehingga bahan rapat mutu tersedia tanpa rekap manual. Pada sisi peresepan, sistem memeriksa obat terhadap <i>kondisi</i> pasien berdasarkan diagnosis yang tercatat pada seluruh riwayat kunjungannya; aturan berkategori kontraindikasi menahan peresepan dan penembusannya menuntut alasan tertulis, sedangkan kontraindikasi relatif hanya memperingatkan — pengaman yang ditembus setiap hari berhenti menjadi pengaman. Basis aturan bawaan bersifat titik awal dan wajib ditinjau apoteker serta komite medik fasilitas.
Imunisasi & Edukasi Pasien	Pemberian imunisasi dicatat atas master vaksin berkode SNOMED — nama yang diketik bebas tidak pernah konsisten dan tidak dapat dihitung — beserta <i>nomor bets</i>, yang pada penarikan vaksin merupakan satu-satunya cara menemukan siapa saja yang menerimanya. Pemantauan tumbuh kembang mengirimkan berat, tinggi, dan lingkaran kepala berkode LOINC, sebab pertumbuhan hanya bermakna bila dapat dibandingkan antar waktu dan antar fasilitas. Edukasi pasien dan keluarga mencatat apa yang dijelaskan, dengan metode apa, dan seberapa jauh pasien memahaminya; pemahaman yang belum penuh ditandai agar perawat sif berikutnya tahu apa yang harus diulang sebelum pasien pulang.
Penunjang Medis	Laboratorium dengan verifikasi berjenjang dan penandaan nilai kritis; radiologi beserta ekspertise; odontogram gigi; tanda vital.
Penanganan CITO	Prioritas yang hanya menjadi label tidak menolong siapa pun: petugas tetap harus ingat menyaringnya, dan ingatan adalah hal pertama yang habis pada pagi yang sibuk. Di sini permohonan CITO <i>naik sendiri ke puncak daftar kerja</i> laboratorium, radiologi, farmasi, dan bank darah — permohonan CITO pukul delapan tidak lagi tenggelam di bawah permohonan rutin pukul sembilan. Papan triase gawat darurat berurut kegawatan, dan di dalam warna yang sama yang <i>paling lama menunggu</i> berada di atas; pasien meninggal saat tiba ditempatkan paling akhir, sebab ia tidak lagi menunggu pertolongan. Prioritas ikut terkirim ke SATUSEHAT sebagai <i>ServiceRequest</i> menurut HL7 FHIR, sehingga penanda CITO tidak berhenti di layar kami sendiri. Pemeriksaan radiologi yang belum berkode LOINC sengaja

	dilewati alih-alih dikirim tanpa kode — kiriman tanpa kode ditolak, dan penolakannya baru terbaca sehari-hari kemudian sementara layarnya sudah lama menyatakan terkirim. Yang belum ada: pemberitahuan atau alarm ke unit tujuan, dan target waktu layan (TAT) beserta penandaan pelampauannya.
Farmasi	Resep elektronik, verifikasi apoteker, penyerahan obat yang memotong stok per batch dan kedaluwarsa, obat kronis dan iterasi resep, serta kasir apotek.
Pemeriksaan Kelengkapan Klaim	Klaim yang ditolak hampir selalu ditolak karena hal yang sudah dapat diketahui sebelum dikirim: SEP belum bernomor, diagnosis primer belum dikonfirmasi, tindakan tanpa kode ICD-9-CM, kelas rawat pada klaim berbeda dengan kelas pada SEP, atau resume medis yang belum ditulis. Sistem memeriksa semuanya dari data yang sudah ada dan <i>menahan pengiriman</i> klaim yang masih memiliki temuan berkategori penghalang, lengkap dengan daftar apa yang perlu dilengkapi. Tidak ada penalaran kecerdasan buatan di sini — tiap temuan berasal dari aturan tertulis yang dapat dibaca dan diperdebatkan dengan verifikasi, dan itulah yang dibutuhkan ketika klaim dipertanyakan. Tiap aturan adalah catatan tersendiri: fasilitas dapat menurunkan tingkatnya atau menonaktifkannya, dan keputusan itu tercatat serta berlaku menyeluruh, bukan diselipkan pada satu klaim.
Portal Pasien & Telekonsultasi	Halaman tempat pasien melihat datanya sendiri tanpa menelepon: janji temu, riwayat kunjungan, hasil laboratorium yang sudah divalidasi, resep, dan tagihan. <i>Kode masuk hanya dikirim ke alamat surel yang sudah tercatat pada rekam pasien</i> , tidak pernah ke alamat yang diketik pengunjung — portal yang mengirim kode ke alamat mana pun yang diketik bukan mekanisme masuk, melainkan mekanisme pengambilalihan akun. Jawaban halaman masuk pun selalu sama persis, ada atau tidak ada pasiennya. Hasil laboratorium yang belum divalidasi sengaja tidak ditampilkan. Telekonsultasi tersedia dalam dua bentuk: <i>percakapan tertulis</i> yang tersimpan sebagai bagian rekam medis dan tidak dapat disunting setelah terkirim, serta <i>panggilan video</i> yang dimulai tenaga kesehatan dan diikuti pasien dari portalnya. Tiap panggilan memakai ruang baru yang tidak dapat ditebak — tautan panggilan kemarin tidak membuka panggilan hari ini — dan bila peladen video fasilitas mengaktifkan token, tiap peserta menerima tiket bertanda tangan yang menyebut ruangnya, perannya, dan masa berlakunya. Penutupan telekonsultasi

	menuntut kesimpulan tertulis, dan setiap halaman menegaskan bahwa kanal ini bukan untuk keadaan gawat darurat.
Ruang Kerja Casemix	Pekerjaan koder casemix menyentuh empat hal yang biasanya tersebar di empat tempat: koding diagnosis dan tindakan, pemeriksaan kelengkapan berkas, pengiriman klaim, dan penyesuaian hasil verifikasi. Semuanya dikumpulkan dalam satu ruang kerja, dibuka oleh satu daftar: <i>kunjungan selesai yang berkasnya belum layak dikirim, beserta alasan tepatnya</i> — diagnosis primer belum dikonfirmasi, belum berkode ICD-10, atau ada tindakan selesai yang belum berkode ICD-9-CM. Perhitungannya memakai aturan yang sama persis dengan pemeriksaan kelengkapan klaim, sehingga daftar kerja dan gerbang pengiriman tidak pernah berselisih. Pengelompokan INA-CBG tetap dikerjakan aplikasi E-Klaim resmi Kementerian Kesehatan ; sistem ini menyimpan kode, deskripsi, dan tarif hasilnya lalu memakainya sebagai nilai klaim. Tidak ada grouper bayangan di dalamnya, dan kami menyebutkannya agar tidak ada yang mengira sebaliknya.
Keuangan & Klaim	Tagihan yang terbentuk dari layanan, pemecahan tagihan antara pasien dan penjamin (koordinasi manfaat/COB) beserta plafon, diskon per penjamin, penerbitan SEP, dan penyiapan klaim INA-CBG.
Surat Kontrol & SPRI	Pasien BPJS yang perlu kembali membawa selebar surat kontrol, tetapi yang menentukan ia dilayani bukan kertas itu melainkan nomornya di sistem BPJS — dan bila nomornya tidak ada, pasien dipulangkan dari loket dan disuruh mengurus rujukan baru dari puskesmas. Karena itu surat di sini <i>tidak dianggap terbit sebelum BPJS membalas dengan nomor</i> , dan tidak dapat dicetak sebelum bernomor. Jadwal praktik dokter diambil dari BPJS sebelum tanggal ditetapkan, sebab tanggal tanpa praktik akan ditolak — lebih baik diketahui ketika pasiennya masih di depan petugas dan tanggalnya masih dapat digeser. Pembatalan dikirim ke BPJS lebih dulu, baru dicatat di sini: urutan sebaliknya meninggalkan surat yang masih hidup di BPJS dengan kuota dokter tetap terpakai.
Pemantauan Paket BPJS	Klaim rawat inap dibayar per paket INA-CBG, bukan per tindakan; selisih antara biaya sesungguhnya dan tarif paket ditanggung rumah sakit, dan selisih itu baru terlihat ketika klaimnya diverifikasi berminggu-minggu setelah pasien pulang — ketika tidak ada lagi yang dapat dilakukan. Di sini angkanya tersedia selagi pasien

	masih dirawat. Yang dipantau bukan kelayakan klinis, dan tidak ada tindakan yang ditahan karena biayanya. Tarif paket tidak ditebak: sebelum pengelompokan dijalankan aplikasi E-Klaim Kemenkes, statusnya dinyatakan belum diketahui — pemantauan yang menampilkan angka tebakan lebih buruk daripada tidak memantau.
Notifikasi WhatsApp	Pengingat janji temu dan pemberitahuan bahwa hasil pemeriksaan sudah dapat diambil. Nomor telepon pasien adalah data pribadi, dan isi pesan yang menyebut poli tujuan sudah cukup untuk menyingkap keadaan kesehatan seseorang kepada siapa pun yang memegang ponselnya — karena itu tiga hal ditegakkan dan tidak dapat dilewati: hanya nomor yang tercatat pada rekam pasien yang dikirim (bukan nomor yang diketik petugas saat itu juga, sebab salah ketik adalah kebocoran yang tidak dapat ditarik), isi pesan tidak pernah memuat keterangan klinis, dan persetujuan pasien dicatat serta dapat ditarik kapan saja. Pengiriman lewat antrean, sehingga gerbang yang sedang mati tidak menggagalkan pekerjaan yang sudah selesai.
Penilaian Kinerja (KPI)	Indikator kinerja ditetapkan sekali sebagai data induk, sebab penilaian yang indikatornya diketik ulang tiap periode tidak dapat dibandingkan antar periode maupun antar orang — dan perbandingan itulah satu-satunya alasan menilai. Arah baik dinyatakan tegas: “angka infeksi 2%” tidak berarti apa-apa tanpa menyebut apakah lebih kecil lebih baik. Kartu penilaian <i>menolak difinalkan</i> bila bobotnya tidak berjumlah seratus, sebab kartu berbobot delapan puluh menghasilkan nilai akhir yang lebih rendah bagi semua orang — dan tidak seorang pun akan menyadarinya, karena angkanya tetap terlihat masuk akal.
Manajemen	Remunerasi jasa medis berbasis aturan per layanan, penilaian kinerja, dan pelaporan.
Dasbor Eksekutif (Command Center)	Sembilan belas halaman terkelompok per konteks kerja — pelayanan pasien, unit perawatan, penunjang medis, keuangan, dan sumber daya — ditambah <i>laporan keuangan berformat standar</i> (neraca dan laba rugi bertingkat dengan subtotal). Dasbor berjalan sebagai layanan terpisah dan masuk memakai akun sistem yang sama, sehingga <i>angka yang tampil mengikuti hak akses pengguna</i>: pengguna tanpa kewenangan tidak melihat angka yang bukan haknya, dan itu perilaku yang benar, bukan kegagalan pemuatan. Rincian klinis per pasien sengaja tidak pernah ditampilkan — hanya ringkasan agregat, termasuk

pada lapisan analisisnya.

Tiap halaman menjelaskan angkanya sendiri: temuan bertingkat *kritis* dan *perlu perhatian* beserta langkah yang disarankan, dan ringkasannya tetap terbaca meski panelnya tertutup — peringatan yang ikut tersembunyi bersama panelnya sama saja dengan tidak ada. Tersedia pula proyeksi kunjungan, pendapatan, dan okupansi beberapa hari ke depan beserta rentang keyakinannya, dihitung dari tren dan pola mingguan data fasilitas sendiri. Analisisnya berjalan di atas **aturan klinis dan statistik yang dapat dibaca dan diperdebatkan**, sehingga tiap temuan dapat ditelusuri sampai ke angka yang melahirkannya — dan itulah yang dibutuhkan ketika sebuah angka dipertanyakan di rapat direksi atau di hadapan verifikator.

6. Interoperabilitas Nasional

6.1 SATUSEHAT

Pengiriman data mengikuti standar HL7 FHIR R4 dan mencakup 19 sumber daya: Patient, Encounter, Location, Condition, Observation, Procedure, Practitioner, Medication, MedicationRequest, MedicationDispense, ServiceRequest, DiagnosticReport, Specimen, AllergyIntolerance, ImagingStudy, NutritionOrder, Communication, CarePlan, dan Immunization. Pengiriman yang gagal ditahan dan dapat dikirim ulang, sehingga gangguan jaringan tidak berujung pada data yang hilang diam-diam.

Dua hal yang sering terlewat ditangani tersendiri. Pemetaan unit layanan ke Location membuat setiap kunjungan terkirim dengan tempat yang sebenarnya, bukan satu nomor yang sama untuk seluruh rumah sakit. Persetujuan pasien atas pertukaran data dicatat sebagai pernyataan bertanggal, dan yang berlaku adalah pernyataan terakhir — sehingga pasien yang menarik izinnya benar-benar berhenti terkirim.

6.2 BPJS Kesehatan

Mencakup penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), antrean online, dan penyiapan klaim e-Claim/INA-CBG. Tagihan pasien penjaminan tertaut pada SEP-nya, sehingga berkas klaim tidak perlu dirakit ulang secara manual.

6.3 Pelaporan Kementerian Kesehatan

Laporan RL untuk SIRS Online disusun langsung dari data operasional — fasilitas tempat tidur, kegiatan rawat inap, pengunjung, kunjungan rawat jalan, serta sepuluh besar penyakit rawat inap dan rawat jalan — sehingga tidak perlu rekapitulasi manual. Ketersediaan tempat tidur dikirim ke SIRANAP dari status bed yang sama dengan yang dipakai petugas, sehingga angka yang dilihat masyarakat tidak dapat menyimpang dari angka internal.

6.4 Verifikasi Data Kependudukan

Identitas pasien dapat dicocokkan terhadap data kependudukan, sehingga rekam medis tunggal terjaga sejak pendaftaran. Nomor induk kependudukan tidak pernah tertulis pada log integrasi.

6.5 SISROUTE

Rujukan keluar terdokumentasi dan terlacak dari layar rawat inap maupun gawat darurat, siap dihubungkan dengan Sistem Rujukan Terintegrasi Kementerian Kesehatan.

Yang perlu Anda siapkan. Seluruh integrasi nasional menggunakan kredensial milik fasilitas Anda sendiri, bukan milik vendor. Ini berarti fasilitas memerlukan registrasi dan persetujuan produksi dari masing-masing penyelenggara — dan berarti pula data Anda tidak pernah melewati akun pihak ketiga.

7. Pelindungan Data Pribadi dan Keamanan

Kewajiban UU PDP diterjemahkan menjadi mekanisme teknis yang dapat diperiksa, bukan sekadar pernyataan kebijakan:

Kewajiban	Mekanisme dalam sistem
Keamanan pemrosesan	Identitas pasien (NIK) disimpan dalam bentuk terenkripsi dengan enkripsi simetris terautentikasi, bukan teks biasa. Kunci enkripsi berada pada berkas konfigurasi server, terpisah dari basis data. Lalu lintas dilindungi TLS.
Persetujuan	Persetujuan pasien tercatat sebagai data tersendiri beserta versi dan waktunya, serta dapat ditarik.
Akuntabilitas pemrosesan	Jejak audit mencatat akses terhadap data pasien untuk kebutuhan investigasi dan pembuktian kepatuhan.
Hak subjek data	Permintaan subjek data (akses, koreksi, penghapusan, pembatasan, portabilitas) dikelola sebagai berkas permintaan yang dapat ditelusuri penyelesaiannya.
Retensi	Kebijakan retensi beserta catatan pelaksanaannya; data pribadi pendukung dapat dimusnahkan tanpa menghapus rekam medis yang wajib disimpan.
Kegagalan pelindungan	Pencatatan insiden sebagai dasar pemberitahuan kepada subjek data dan lembaga berwenang.
Pembatasan akses	Hak akses berbasis peran, autentikasi dua faktor melalui surel, dan penguncian rekam medis yang telah difinalisasi dari perubahan maupun penghapusan.

8. Arsitektur dan Keandalan

Sistem berjalan sebagai layanan web yang diakses dari peramban pada perangkat apa pun, dikemas dalam kontainer sehingga pemasangan di server fasilitas maupun di pusat data dapat direproduksi secara identik. Antarmuka publik — pendaftaran online dan kios antrean — dilayani oleh proses terpisah dari antarmuka petugas, sehingga lonjakan kunjungan halaman publik tidak mengganggu pekerjaan di loket dan poliklinik.

Basis data tunggal berarti tidak ada sinkronisasi antar sistem yang dapat tertinggal. Cadangan data mencakup basis data beserta berkas lampiran, dan seluruh berkas konfigurasi rahasia dipisahkan dari kode.

9. Bagaimana Anda Dapat Memverifikasi Klaim Ini

Bagian ini kami anggap paling penting. Perangkat lunak layanan kesehatan mudah dijanjikan dan sulit dibuktikan; berikut cara memeriksanya tanpa harus mempercayai kami terlebih dahulu.

9.1 Lingkungan demo langsung

Kami menyediakan lingkungan demo berisi data operasional dalam jumlah realistis, yang dipulihkan otomatis setiap hari sehingga Anda bebas mencoba tanpa khawatir merusak apa pun. Anda dapat menelusuri sendiri alur pasien dari pendaftaran sampai pembayaran.

9.2 Rekaman alur kerja yang sebenarnya

Tersedia 33 video tutorial bernarasi Bahasa Indonesia. Seluruhnya adalah **rekaman layar sistem yang benar-benar berjalan** — bukan animasi, bukan maket, bukan salindia. Nomor kunjungan, nomor antrean, dan nomor tagihan yang tampil pada video adalah hasil pemrosesan nyata.

9.3 Ukuran yang dapat diperiksa

Diukur pada 19 Agustus 2026:

Ukuran	Nilai	Arti bagi Anda
Modul medis	90	Cakupan fungsi yang saling terkait, bukan satu aplikasi monolitik.
Model data	391	Kedalaman pemodelan proses klinis dan administratif.
Berkas tampilan	681	Antarmuka yang disesuaikan untuk pekerjaan nyata, bukan formulir generik.
Pengujian otomatis yang dijalankan dan lulus	1393	Seluruhnya lulus pada 63 modul inti klinis — pasien, kunjungan, rekam medis, jadwal, gawat darurat, rawat inap, bedah, kebidanan, intensif, hemodialisis, gizi, bank darah, farmasi, clinical pathway, penagihan, kelengkapan klaim, casemix, perlindungan data, portal pasien, dan pendaftaran online. Perilaku sistem dikunci oleh pengujian, sehingga perbaikan tidak diam-diam merusak yang lain.

Kami bersedia menjalankan rangkaian pengujian ini di hadapan tim teknis Anda.

10. Model Penerapan

Penerapan bertahap sesuai skala, sehingga fasilitas dapat mulai dari fondasi dan menambah modul seiring kebutuhan tanpa mengganti sistem:

Paket	Sasaran	Cakupan
Mandiri	Praktik mandiri, klinik pratama	Pendaftaran dan data pasien, rekam medis elektronik, jadwal dan janji temu, penagihan, laporan, odontogram.
Penunjang Medis	Klinik utama, puskesmas	Seluruh cakupan Mandiri, ditambah laboratorium, apotek dan manajemen obat, radiologi, layar antrean, serta bantuan koding diagnosa.
Kompleks	Rumah sakit	Seluruh cakupan Penunjang, ditambah rawat inap siap akreditasi, papan okupansi, alergi dan intoleransi, clinical pathway beserta pelacakan variansnya, remunerasi tenaga medis, dan klaim INA-CBG.

Integrasi SATUSEHAT, layanan BPJS Kesehatan (SEP & antrean online), dan rujukan SISROUTE tersedia pada seluruh paket — kepatuhan nasional bukan fitur tambahan berbayar. Klaim INA-CBG menyertai paket rumah sakit; klinik pratama adalah FKTP berkapitasi dan tidak menagih INA-CBG.

Tidak terdapat biaya lisensi per pengguna. Fasilitas dapat memberikan akun kepada setiap petugas yang memang perlu, yang justru merupakan prasyarat agar jejak audit bermakna. Seluruh data sepenuhnya milik fasilitas.

11. Yang Perlu Anda Ketahui Sebelum Memutuskan

Kami menuliskan bagian ini karena keputusan yang baik memerlukan gambaran yang utuh.

- **Integrasi nasional memerlukan kredensial dan persetujuan produksi milik fasilitas Anda.** Waktu penerbitannya berada di luar kendali kami dan perlu diperhitungkan dalam jadwal implementasi.
- **Fitur bantuan kecerdasan buatan memerlukan kredensial penyedia model milik fasilitas.** Rancangannya memang demikian: fasilitas memilih sendiri penyediannya, dan data pasien di-de-identifikasi sebelum dikirim. Tanpa kredensial tersebut, fitur ini tidak aktif.
- **Kecerdasan buatan bersifat membantu, bukan memutuskan.** Saran kode diagnosa dan bantuan penyusunan catatan selalu menunggu persetujuan koder atau dokter. Tidak ada isi klinis yang dibuat sistem tanpa sepengetahuan tenaga medis.

- **Basis aturan kontraindikasi obat–kondisi bukan daftar lengkap.** Yang kami sertakan adalah aturan mapan sebagai titik awal, dan mekanismenya dirancang agar fasilitas menambah serta menetapkan sendiri tingkat keparahan tiap aturan. Peninjauan oleh apoteker dan komite medik fasilitas adalah bagian dari implementasi, bukan tambahan opsional — sistem ini membantu penilaian klinis, tidak menggantikannya.
- **Panggilan video memerlukan peladen video milik fasilitas.** Kami sengaja tidak memberi nilai bawaan yang menunjuk ke layanan rapat umum: konsultasi pasien tidak boleh berjalan di infrastruktur yang berada di luar tanggung jawab dan di luar perjanjian pemrosesan data fasilitas, dan nilai bawaan yang “langsung jalan” akan membuat itu terjadi tanpa ada yang pernah memutuskan. Fitur ini mati sampai alamat peladen diisi. Lingkupnya pun sengaja masih ringkas: belum ada perekaman, penjadwalan panggilan, maupun berbagi berkas di dalam panggilan.
- **Aplikasi mobile native tersedia atas permintaan.** Portal pasien berjalan pada peramban ponsel dan tidak menuntut pemasangan apa pun. Aplikasi native di Play Store maupun App Store adalah lingkup pengembangan tersendiri di luar paket standar — kami menyebutkannya di sini agar tidak terbaca sebagai bagian dari yang Anda terima langsung.
- **Migrasi data dari sistem lama adalah pekerjaan tersendiri.** Mutu data lama — terutama duplikasi nomor rekam medis — menentukan lamanya tahap ini, dan sebaiknya dinilai sebelum kontrak ditandatangani.
- **Perubahan proses kerja adalah bagian tersulit, bukan perangkat lunaknya.** Penguncian rekam medis setelah finalisasi dan pencatatan yang tertib menuntut kedisiplinan baru; pendampingan pada bulan-bulan pertama menentukan keberhasilan.

12. Langkah Selanjutnya

Kami menyarankan urutan berikut, yang dapat dihentikan kapan saja tanpa komitmen:

1. Penelusuran mandiri pada lingkungan demo, dipandu video tutorial.
2. Sesi demonstrasi bersama unit terkait — rekam medis, kasir, farmasi, dan TI — menggunakan skenario kasus milik fasilitas Anda.
3. Penilaian kesenjangan: pemetaan proses berjalan, kondisi data lama, dan kesiapan integrasi.
4. Rencana implementasi bertahap beserta jadwal dan ukuran keberhasilan yang disepakati.

Hubungi kami

Surel: official@medcorepro.co.id

Demo dan video tutorial: medcorepro.co.id

Dokumen ini disusun berdasarkan keadaan sistem pada 19 Agustus 2026. Angka-angka pada bagian 9 diukur langsung dari basis kode dan dapat diperagakan ulang atas permintaan. Rujukan peraturan bersifat ringkas dan bukan merupakan nasihat hukum.