PERBEDAAN PENGALAMAN PASIEN PADA PRAKTIK DOKTER KELUARGA DENGAN PENGGUNAAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK DAN KONVENSIONAL

(Skripsi)

Oleh

ALYA NABILA NURRAHMA
1858011011

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS LAMPUNG

2022

PERBEDAAN PENGALAMAN PASIEN PADA PRAKTIK DOKTER KELUARGA DENGAN PENGGUNAAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK DAN KONVENSIONAL

(Skripsi)

Oleh:

ALYA NABILA NURRAHMA
1858011011

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memeroleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN

Pada

Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2022

Judul Skripsi : **PERBEDAAN PENGALAMAN PASIEN PADA PRAKTIK DOKTER KELUARGA DENGAN PENGGUNAAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK DAN KONVESIONAL**

Nama : **Alya Nabila Nurrahma**

No. Pokok Mahasiswa : 1858011011

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran

MENYETUJUI

Komisi Pembimbing

Dr.dr. TA Larasati, M.Kes., FISPH, FISCM
Pembimbing 1
NIP. 197706182005012012

dr. Intanri Kurniati, Sp. PK.
Pembimbing 2
NIP. 198012222008122002

MENGETAHUI

Dekan Fakultas Kedokteran

Prof. Dr. Dyah Wulan S.R. Wardani, SKM, M. Kes.
NIP. 197206281997022001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

   Ketua : **Dr. dr. T.A. Larasati, M. Kes., FISPH, FISCM** .....

   Sekretaris : **dr. Intanri Kurniati, Sp. PK** .....

   Penguji

   Bukan pembimbing : **Bayu Anggileo Pramesona, Ners., MMR., Ph.D** .....

2. Dekan Fakultas Kedokteran

Prof. Dr. Dyah Wulan S.R. Wardani, SKM, M. Kes
NIP. 197206281997022001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : **29 November 2022**

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa

1. Skripsi dengan judul "**PERBEDAAN PENGALAMAN PASIEN PADA PRAKTIK DOKTER KELUARGA DENGAN PENGGUNAAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK DAN KONVENSIONAL**" adalah hasil karya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarism.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, Desember 2022

Pembuat pernyataan,

Alya Nabila Nurrahma
NPM 1858011011

ABSTRACT

THE DIFFERENCES IN PATIENT EXPERIENCE IN FAMILY DOCTOR PRACTICE WITH THE USE OF ELECTRONIC AND CONVENTIONAL MEDICAL RECORDS

By

ALYA NABILA NURRAHMA

Background: In assessing patient experiences related to medical record services in health care facilities is using the dimensions of access and continuity/continuous. There are 2 types of medical records used by health facilities which are paper-based (conventional) and electronic-based. Because of these differences, researchers want to see the differences in patient experiences in family doctor practices with electronic and conventional medical records.
Methods: The research method is a quantitative survey. The total subjects of the study were 60 patients consisting of 30 patients at family doctor practices with electronic medical records and 30 patients at family doctor practices with conventional medical records taken using the purposive sampling method. The research locations are 2 family doctor practices with electronic medical records in Bandung (Mitra Sehati Clinic and Adi Husada Sadang Clinic) and 2 family doctor practices with conventional medical records in Bandar Lampung (Panjang Medika Family Clinic and Family Lab Clinic &Pharmacies). Data were collected from July – September 2022 by observation and questionnaire. Categorical data were analyzed with the Chi-Square test and numerical data were analyzed with Mann-Whitney U test.
Results: There were significant differences in the medical record service time (p-value: <0.001) and the patient experience related to access to medical records (p-value: 0.006) in family doctor practices with the use of electronic and conventional medical records. There was no difference in the patient experience related to continuous care (p-value: 0.228) in family doctor practices with the use of electronic and conventional medical records
Conclusions: There are differences in patient experience at the time of service and access to medical records in family doctor practices with the use of electronic and conventional medical records.

Keywords: differences, patient experience, medical record

ABSTRAK

PERBEDAAN PENGALAMAN PASIEN PADA PRAKTIK DOKTER KELUARGA DENGAN PENGGUNAAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK DAN KONVENSIONAL

Oleh

ALYA NABILA NURRAHMA

Latar Belakang: Dalam menilai pengalaman pasien yang terkait dengan pelayanan rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan adalah dengan dimensi akses dan kontinuitas/pelayanan berkelanjutan. Rekam medis yang digunakan fasilitas kesehatan terdapat 2 jenis, yaitu berbasis kertas (konvensional) dan berbasis elektronik. Oleh karena adanya perbedaan tersebut peneliti ingin melihat perbedaan pengalaman pasien yang dialami pada praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik dan konvensional.
Metode: Metode penelitian adalah kuantitatif survei. Total subjek penelitian adalah 60 pasien yang terdiri atas 30 pasien pada praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik dan 30 pasien pada praktik dokter keluarga dengan rekam medis konvensional yang diambil menggunakan metode *purposive sampling*. Lokasi penelitian adalah 2 praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik (Klinik Mitra Sehati, Bandung dan Klinik Adi Husada Sadang, Bandung) dan 2 praktik dokter keluarga dengan rekam medis konvensional (Klinik Keluarga Panjang Medika, Bandar Lampung dan Klinik&Apotik Lab Keluarga, Bandar Lampung). Pengumpulan data dilakukan pada bulan Juli – September 2022 dengan cara observasi dan kuesioner. Data kategorik dianalisis dengan uji *Chi Square* dan data numerik dianalisis dengan uji non-parametrik *Mann-Whitney U*.
Hasil: Terdapat perbedaan bermakna pada variabel waktu layanan rekam medis (nilai p: <0,001) dan variabel pengalaman pasien terkait akses layanan rekam medis (nilai p: 0,006) pada praktik dokter keluarga dengan penggunaan rekam medis elektronik dan konvensional. Tidak terdapat perbedaan pada variabel pengalaman pasien terkait pelayanan berkelanjutan (nilai p: 0,228) pada praktik dokter keluarga dengan penggunaan rekam medis elektronik dan konvensional.
Kesimpulan: Terdapat perbedaan pengalaman pasien pada waktu layanan dan akses rekam medis pada praktik dokter keluarga dengan penggunaan rekam medis elektronik dan konvensional.

Kata kunci: perbedaan, pengalaman pasien, rekam medis

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Jakarta pada 12 Juli 2000 sebagai anak pertama dari dua bersaudara, dari Bapak H. Dr. Bambang Nurakhim, MM., MAP. dan Ibu Hj. Dr. Amin Lestari, M. Pd.

Penulis menempuh pendidikan formal Taman Kanak-kanak (TK) diselesaikan di TK Hang Tuah VII Jakarta pada tahun 2006, Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SDS Plus Hang Tuah IV Jakarta pada tahun 2012, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMP Negeri 161 Jakarta pada tahun 2015, Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di SMA Negeri 47 Jakarta pada tahun 2018.

Penulis menempuh pendidikan non-formal di LBPP LIA pada tahun 2015 – 2017 dan Kursus Tari Tradisional Bali pada tahun 2011 – 2017.

Pada tahun 2018 penulis terdaftar sebagai mahasiswa pada Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Pada masa perkuliahan penulis menjadi anggota aktif pada lembaga kemahasiswaan *Lampung University Medical Research* (Lunar) pada tahun 2019 – 2021.

SANWACANA

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Kaya dan Maha Pengampun, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada Nabi Muhammad SAW beserta keluarganya, para sahabatnya dan semua umatnya.

Skripsi ini berjudul "Perbedaan Pengalaman Pasien pada Praktik Dokter Keluarga dengan Penggunaan Rekam Medis Elektronik dan Konvensional" adalah salah satu syarat untuk memeroleh gelar sarjana kedokteran di Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Mohammad Sofwan Effendi, M. Ed, selaku Plt. Rektor Universitas Lampung.
2. Prof. Dr. Dyah Wulan S.R Wardani, M. Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
3. Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, M. Kes., AIFO., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
4. Dr. dr. TA Larasati, M. Kes., FISPH, FISCM., selaku pembimbing satu yang telah bersedia meluangkan waktu, memberikan bimbingan, kritik, saran, nasihat, serta dukungan dalam penelitian skripsi ini.
5. dr. Intanri Kurniati, Sp. PK., selaku pembimbing dua atas kesediaan dalam memberikan ilmu, bimbingan, dan saran dalam proses penelitian skripsi ini.
6. Bapak Bayu Anggileo Pramesona, Ners., MMR., Ph. D., selaku penguji utama atas kebaikan hati, ilmu, saran, dan kritik yang telah diberikan.
7. dr. Rizki Hanriko, Sp. PA, selaku pembimbing akademik atas motivasi, saran, dan masukan selama perkuliahan.

8. Terima kasih kepada seluruh staf di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas bantuan serta kerja sama selama perkuliahan ini.
9. Terima kasih kepada kepala klinik yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian, seluruh tenaga kesehatan di klinik yang telah membantu selama proses pengambilan data, serta seluruh responden yang telah bersedia menjadi subjek penelitian.
10. Terima kasih yang tulus kepada Papa, H. Dr. Bambang Nurakhim, M.M., MAP., yang telah membesarkan, memberikan afeksi, menyayangi, menghibur, dan mengayomi. Terima kasih karena selalu menceritakan pengalaman-pengalaman papa yang dapat menjadi pembelajaran saya. Terima kasih karena selalu mendoakan walau terpaut jarak. Terima kasih karena telah menerima diri saya yang masih perlu banyak belajar. Terima kasih karena papa selalu memberi tahu bahwa papa bangga dengan diri saya. Terima kasih karena telah menjadi papa saya.
11. Terima kasih yang tulus kepada Mama, Hj. Dr. Amin Lestari, M. Pd., yang telah melahirkan, membesarkan, mendidik, menemani, dan menyayangi sepenuh hati. Terima kasih karena selalu hadir sebagai pendengar yang baik, pemberi nasihat, pemberi pelukan yang hangat. Terima kasih karena selalu mendoakan dan memotivasi saya tentang perkuliahan maupun kehidudpan. Terima kasih karena selalu memberi tahu bahwa mama bangga dengan diri saya. Terima kasih telah menerima diri dan menasihati saya yang masih membutuhkan kehadiran mama. Terima kasih karena telah menjadi mama saya.
12. Terima kasih yang tulus kepada adik saya, Muhammad Daffa Nurhanif yang selama ini selalu mendoakan, mendukung dan memotivasi saya. Terima kasih karena telah menghibur dan menemani saya selama perkuliahan maupun proses pengerjaan skripsi. Terima kasih karena telah menerima saya sebagai kakaknya. Terima kasih karena telah menjadi adik saya.
13. Terima kasih kepada para sahabat di Jakarta (Rani, Reta, Fira, dan Aqila) yang selalu mendengarkan keluh-kesah, memberikan semangat, serta menghibur penulis.

14. Terima kasih kepada teman-teman kuliah (Citra, Erye, Eka, Alfina, Deana, Desy, dan Farah) yang selalu membantu dan memberi motivasi selama penyusunan skripsi.
15. Terima kasih kepada kakak dan teman tutor online (Kak Chandra, Kak Edwin, Kak Jamal, Kak Setya, Yanto, dan Jay) yang selalu membantu belajar, memotivasi, serta menghibur.
16. Last but not least I want to thank me. I want to thank me for believing in me, for doing all this hard work, for having no days off, for never quitting, for trying to give more than I receive, for trying to do more right than wrong, and for just being me at all times.

DAFTAR ISI

Halaman

ABSTRAK v
DAFTAR ISI x
DAFTAR TABEL xiii
DAFTAR LAMPIRAN xiv
BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 4
1.3 Tujuan Penelitian 4
1.3.1 Tujuan Umum 4
1.3.2 Tujuan Khusus 4
1.4 Manfaat Penelitian 4
1.4.1 Bagi Peneliti 4
1.4.2 Bagi Klinik 4
1.4.3 Bagi Universitas Lampung 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 6
2.1 Pengalaman Pasien 6
2.1.1 Definisi 6
2.1.2 Dimensi 7
2.1.3 Pengukuran Pengalaman Pasien 12
2.2 Rekam Medis pada Dokter Keluarga 13
2.2.1 Definisi 13
2.2.2 Isi 14
2.2.3 Penyimpanan 15

2.2.4 Kerahasiaan 15
2.2.5 Manfaat Rekam Medis 16
2.2.6 Komponen Rekam Medis 16
2.2.7 Rekam Medis Elektronik 17
2.2.8 Prinsip Manajemen Pengoperasian Rekam Medis 20
2.2.9 Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik 22
2.3 Kerangka Teori 24
2.4 Kerangka Konsep 25
2.5 Hipotesis Penelitian 25
BAB III METODE PENELITIAN 26
3.1 Jenis Penelitian 26
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian 26
3.3 Populasi dan Sampel 27
3.3.1 Populasi 27
3.3.2 Sampel 27
3.4 Kriteria Penelitian 27
3.4.1 Kriteria Inklusi 27
3.4.2 Kriteria Eksklusi 27
3.5 Variabel Penelitian 28
3.5.1 Variabel Bebas 28
3.5.2 Variabel Terikat 28
3.6 Definisi Operasional 28
3.7 Instrumen Penelitian 29
3.8 Uji Instrumen 30
3.9 Alur Penelitian 32
3.10 Pengolahan Data dan Analisis Data 32
3.10.1 Pengolahan Data 32
3.10.2 Analisis Data 33
3.11 Etik Penelitian 33
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 34
4.1 Hasil 34
4.1.1 Karakteristik Responden 34
4.1.2 Analisis Univariat 35
4.1.3 Analisis Bivariat 37
4.2 Pembahasan 39
4.2.1 Karakteristik Responden 39

4.2.2 Waktu Layanan terkait Rekam Medis 41
4.2.3 Pengalaman Pasien terkait Akses Layanan Rekam Medis 42
4.2.4 Pengalaman Pasien terkait Pelayanan Berkelanjutan 43
BAB V SIMPULAN DAN SARAN 46
5.1 Simpulan 46
5.2 Saran 46
DAFTAR PUSTAKA 47
LAMPIRAN 54

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1. Definisi Operasional 28
Tabel 2. Definisi Operasional (lanjutan)..... 29
Tabel 3. Hasil uji validitas kuesioner pengalaman pasien 31
Tabel 4. Hasil uji reliabilitas kuesioner pengalaman pasien..... 32
Tabel 5. Hasil karakteristik responden (n=60)..... 34
Tabel 6. Hasil karakteristik responden (n=60) (lanjutan) 35
Tabel 7. Hasil univariat waktu layanan terkait rekam medis (dalam detik) (n=60) 35
Tabel 8. Hasil univariat pengalaman pasien terkait akses layanan rekam medis (n=60)..... 36
Tabel 9. Hasil univariat pengalaman pasien terkait pelayanan berkelanjutan (n=60) 36
Tabel 10. Hasil bivariat waktu layanan rekam medis (n=60) 37
Tabel 11. Hasil bivariat pengalaman pasien terkait akses layanan rekam medis (n=60)..... 38
Tabel 12. Hasil bivariat pengalaman pasien terkait pelayanan berkelanjutan (n=60)..... 38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian
Lampiran 2. Surat *Ethical Clearance*
Lampiran 3. Lembar *informed consent*
Lampiran 4. Kuesioner Modifikasi
Lampiran 5. Lembar pengamatan waktu layanan rekam medis
Lampiran 6. Kuesioner Acuan
Lampiran 7. Dokumentasi
Lampiran 8. Hasil SPSS

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Era teknologi informasi saat ini telah menyentuh berbagai bidang dan aspek kehidupan, termasuk bidang kesehatan. Penerapan teknologi informasi di bidang kesehatan diyakini dapat memberikan berbagai manfaat, yaitu tersedianya informasi kesehatan pasien yang akurat, mudah diakses, cepat dan komperehensif sehingga penyedia pelayanan kesehatan dapat meminimalisir kesalahan medis dan menawarkan perawatan kesehatan terbaik dengan biaya yang terjangkau (Juanedi & Barsasella, 2018). Salah satu pelayanan pada fasilitas pelayanan kesehatan non-klinis yang diintegerasikan dengan teknologi informasi adalah rekam medis. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pada Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022, pemerintah telah mewajibkan penggunaan rekam medis elektronik pada semua tempat fasilitas kesehatan di Indonesia paling lambat tanggal 31 Desember 2023.

Hingga saat ini pada umumnya banyak fasilitas pelayanan kesehatan yang menggunakan rekam medis konvensional. Selain lebih familiar, mereka beranggapan bahwa penggunaan rekam medis konvensional lebih murah dibandingkan dengan rekam medis elektronik (Setyawan, 2017). Rekam medis elektronik menjadi sebuah inovasi teknologi informasi di bidang kesehatan

sebagai pengganti atau pelengkap rekam kesehatan berbentuk kertas yang dianggap mampu meningkatkan proses dan kualitas pelayanan kesehatan.

Layanan ambulans di Australia, Amerika Serikat, dan Inggris telah memperkenalkan sistem rekam medis elektronik. Namun sebuah survei di Amerika Serikat menunjukkan bahwa hanya 4% dokter rawat jalan yang memiliki sistem catatan elektronik yang berfungsi penuh dan ekstensif serta 13% dokter yang memiliki sistem catatan dasar (DesRoches, et al., 2012). Penggunaan rekam medis elektronik di praktik dokter Indonesia masih belum diketahui. Beberapa penelitian terkait penggunaan rekam medis elektronik ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Eryanan, dkk (2022) di Rumah Sakit MRCCC Siloam Semanggi dan penelitian oleh Andriani, dkk (2017) di Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada. Sebuah penelitian tentang penggunaan rekam medis elektonik pada fasilitas pelayanan primer dilakukan oleh Apriliyani (2021) di Praktik Dokter Ranny untuk menilai peran rekam medis dalam efektivitas pendaftaran.

Rekam medis elektronik didefinisikan sebagai catatan elektronik informasi terkait kesehatan pada individu yang dapat dibuat, dikumpulkan, dikelola, dan dikonsultasikan oleh dokter dan staf yang berwenang dalam satu organisasi perawatan kesehatan (Triyanti & Weningsih, 2018). Sistem ini dapat memfasilitasi alur kerja dan meningkatkan kualitas perawatan pasien dan keselamatan pasien. Penelitian dari *Annals of Internal Medicine* menunjukkan bahwa sejak penggunaan rekam medis elektronik selama 2 bulan terdapat penurunan waktu identifikasi pasien saat masuk fasilitas pelayanan kesehatan sebesar 65% (dari 130 menjadi 46 jam) (Chaudhry, et al., 2012).

Pengalaman pasien atau *patient experience* merupakan interaksi yang dimiliki pasien dengan sistem perawatan kesehatan yang meliputi perlindungan rencana kesehatan, interaksi dengan dokter, perawat, dan staf di rumah sakit, praktik dokter serta fasilitas kesehatan lainnya (Wolf, et al., 2014). Pengukuran pengalaman pasien dilakukan untuk memberikan kesempatan dalam meningkatkan perawatan kesehatan, meningkatkan pengambilan keputusan strategis, memenuhi harapan pasien, mengelola dan memantau kinerja

perawatan kesehatan secara efektif serta mendokumentasikan tolak ukur untuk fasilitas pelayanan kesehatan (Wolf, et al., 2014). Penelitian tentang pengalaman pasien dapat membantu pembuat kebijakan, manajer kesehatan dan dokter untuk mengidentifikasi aspek-aspek pengalaman perawatan yang paling penting bagi pasien dan domain yang dapat diprioritaskan untuk meningkatkan kualitas layanan (Kumah, 2017). Pengukuran pengalaman pasien juga dapat meningkatkan keselamatan pasien, sebagai rujukan pasien kepada keluarga atau teman mereka, dan meningkatkan loyalitas pasien (Utari, 2018).

Pengalaman pasien didapatkan dari pertemuan yang berlangsung terus-menerus secara rutin. Pengalaman pasien adalah observasi langsung secara personal oleh pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya (Bowling, et al., 2012). Menurut Wong dan Haggerty (2013), pengalaman pasien dapat dilihat dari Akses (*Access)*, Komunikasi Interpersonal (*Interpersonal Communication*), Kontinuitas dan Koordinasi (*Continuity and Coordination*), Layanan Komprehensif (*Comprehensiveness of Services*), Kepercayaan (*Trust*), serta Dampak Perawatan yang Dilaporkan Pasien (*Patient-Reported Impacts of Care*). Pengalaman pasien mencakup penyampaian pelayanan kesehatan oleh seluruh komponen organisasi penyedia layanan jasa kesehatan (staf lini depan dan manajemen), pengalaman rasional dan emosional pasien serta persepsi intuitif pasien atau kenyataan yang dipikirkan oleh pasien. Menurut Utari (2018), pengalaman pasien meliputi beberapa aspek pemberian perawatan kesehatan yang dihargai pasien saat mereka mencari dan menerima perawatan, seperti mendapatkan janji temu tepat waktu, akses mudah terhadap informasi, dan komunikasi yang baik dengan penyedia layanan kesehatan.

Survei pengalaman pasien meminta pasien untuk melaporkan aspek pengalaman yang penting bagi mereka. Menurut Utari (2018) memahami pengalaman pasien merupakan langkah kunci dalam menuju perawatan yang berpusat pada pasien (*patient centered care*). Dengan melihat berbagai aspek pengalaman pasien, seseorang dapat menilai sejauh mana pasien menerima perawatan yang responsif dan dihargai terhadap preferensi, kebutuhan, dan nilai pasien secara personal.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Perbedaan Pengalaman Pasien di Praktik Dokter Keluarga dengan Penggunaan Rekam Medis Elektronik dan Konvensional".

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat perbedaan pengalaman pasien pada praktik dokter keluarga yang menggunakan rekam medis elektronik dengan praktik dokter keluarga yang menggunakan rekam medis konvensional?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan pengalaman pasien pada praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik dan konvensional

1.3.2 Tujuan Khusus

1) Untuk mengetahui perbedaan waktu layanan rekam medis pada praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik dan konvensional
2) Untuk mengetahui perbedaan pengalaman pasien terkait akses layanan rekam medis elektronik pada praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik dan konvensional
3) Untuk mengetahui perbedaan pengalaman pasien terkait pelayanan berkelanjutan pada praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik dan konvensional

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Menambah pengetahun peneliti dalam bidang penelitian khususnya yang berkaitan dengan pengalaman pasien terhadap penggunaan rekam medis elektronik.

1.4.2 Bagi Klinik

Untuk memberikan informasi terkait manfaat penggunaan rekam medis elektronik pada aspek akses dan waktu layanan di klinik dokter keluarga.

1.4.3 Bagi Universitas Lampung

Sebagai salah satu referensi mengenai pengalaman pasien dan rekam medis elektronik yang dapat digunakan pada penelitian terkait.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengalaman Pasien

2.1.1 Definisi

Menurut Wolf, J.A dkk (2014), pengalaman pasien mencakup berbagai interaksi yang dimiliki pasien dengan sistem perawatan kesehatan yang meliputi perlindungan rencana kesehatan, interaksi dengan dokter, perawat, dan staf di rumah sakit, praktik dokter serta fasilitas kesehatan lainnya. Pengalaman pasien adalah sejumlah interaksi yang tersusun atas budaya sebuah organisasi yang dapat memengaruhi persepsi pasien di seluruh rangkaian perawatan.

Pengalaman pasien didapat bukan dari sekali pertemuan tetapi pertemuan yang berlangsung terus-menerus secara rutin. Hal ini diharapkan fasilitas kesehatan dapat memertahankan kualitas dan nilai dari semua interaksi. Dalam hasil temuan Wolf, dkk (2014) juga mengungkapkan bahwa pengalaman pasien secara total sebagai pengurangan penderitaan dan pengurangan kecemasan. Bowling dkk (2012) menyatakan bahwa pengalaman pasien mencakup 2 konsep, yaitu harapan pra-kunjungan dan pengalaman pasien pasca-kunjungan pada pasein-dokter umum dan pasien rawat jalan di rumah sakit. Konsep pengalaman pasien yang dikumpulkan Wolf, dkk (2014) dari artikel yang dianalisis meliputi pengalaman hidup emosional dan fisik, interaksi pribadi, mencakup seluruh aspek, dibentuk oleh organisasi atau

budaya, kepentingan kemitraan atau keterlibatan pasien, persepsi, informasi, dan daya tanggap.

Menurut Bowling, dkk (2012), pengalaman pasien adalah observasi langsung secara personal oleh pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya. Pengalaman pasien dan kepuasan pasien merupakan dua hal terkait tetapi bukan konsep yang identik. Survei kepuasan pasien melaporkan peringkat kepuasan pasien secara keseluruhan dengan perawatan, sedangkan studi pengalaman passien memeroleh umpan balik dari pasien mengenai apa yang mereka lakukan atau tidak alami dalam interaksi mereka dengan sistem perawatan kesehatan. Namun yang pasti diketahui, dengan meneliti pengalaman pasien atau kepuasan pasien dapat membantu pembuat kebijakan, manajer kesehatan dan dokter untuk mengidentifikasi aspek-aspek pengalaman perawatan yang paling penting bagi pasien dan domain yang dapat diprioritaskan untuk peningkatan kualitas (Kumah, 2017).

2.1.2 Dimensi

Menurut Wong dan Haggerty (2013), pengalaman pasien di pelayanan kesehatan primer terdiri atas 6 dimensi, yaitu:

1) Akses (*Access*)

   Dimensi akses meliputi kemampuan memberikan akses pelayanan pertama dengan waktu yang sesuai dengan urgensi masalah, akomodasi dalam menerima pasien serta kemudahan akses ekonomi. Akses pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai suatu bentuk pelayanan kesehatan dengan berbagai macam jenis pelayanannya yang dijangkau oleh masyarakat (Megatsari, et al., 2018). Akses pelayanan kesehatan adalah kemampuan untuk memperoleh pelayanan kesehatan, seperti pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan pengelolaan penyakit, gejala dan kondisi lain yang berdampak pada kesehatan (Anon., 2020). Menurut Jones (2012), akses

pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

2) Komunikasi interpersonal (*Interpersonal comunication*)

Dimensi komunikasi interpersonal meliputi komunikasi secara umum (kemampuan penyedia layanan dalam memahami masalah pasien), penuh rasa menghormati, berbagi informasi terhadap setiap keputusan dan *whole-person care* (sejauh mana penyedia layanan menangani aspek fisik, emosional, dan sosial dari kondisi kesehatan pasien). Menurut Roem dan Sarmiati (2019), komunikasi interpersonal adalah komunikasi antara dua orang atau lebih secara bertatap muka yang memiliki kemungkinan setiap pesertanya menangkap reaksi dari pesan yang disampaikan sang komunikator secara langsung, baik secara verbal maupun non-verbal.

3) Kontinuitas dan koordinasi (C*ontinuity and coordination*)

Dimensi ini meliputi keberlangsungan hubungan (memberikan pelayanan yang konsisten), keberlangsungan informasi, koordinasi, dan fungsi tim (kemampuan penyedia layanan bekerja sama sebagai tim kolaboratif dalam memberikan pelayanan kepada pasien). Pelayanan berkelanjutan (*continuing care*) adalah pelayanan masalah medis kronis yang memerlukan pemantauan teratur dan juga pelayanan komplikasi yang mungkin meningkat (Gan, et al., 2004). Spektrum pelayanan berkelanjutan dalam dokter keluarga luas dan berkisar dari pasien yang sangat muda hingga mereka yang sangat tua serta mereka yang sakit parah. Menurut Kusman (2016), pelayanan berkelanjutan merupakan bentuk pelayanan yang dilakukan dari hulu ke hilir, mulai dari rumah sakit hingga kembali ke rumah. Pelayanan berkelanjutan adalah serangkaian peristiwa pelayanan kesehatan yang dialami oleh pasien yang bersangkut paut dan saling berhubungan dari waktu ke waktu serta konsisten dengan kebutuhan dan preferensi kesehatan pasien (WHO, 2018).

Metode yang memfasilitasi pelayanan berkelanjutan (Gan, et al., 2004):

a. Rekam medis

   Dokumentasi yang tepat diperlukan untuk perawatan berkelanjutan yang efisien, serta untuk tujuan medikolegal. Informasi medis harus dicatat secara sistematis dan dapat dibaca, serta harus mencerminkan masalah utama pasien, temuan, pengobatan dan rencana pengobatan. Mereka juga harus menyertakan fitur catatan khusus, seperti alergi obat, defisiensi G6PD, dll. Rekam medis yang dimaksud adalah rekam medis berorientasi masalah. Sistem rekam medis dengan penggunaan komputer direkomendasikan untuk efisiensi pengarsipan dan pengambilan.

b. Sistem janji temu dan pengingat

   Hal ini penting dalam pelacakan pasien yang datang untuk kunjungan tindak lanjut secara teratur. Setiap pasien yang melewatkan janji temu harus dikirimi pengingat atau dihubungi melalui telepon. Penggunaan sistem komputer akan membuat hal ini menjadi lebih sederhana. Penggunaan sistem janji temu akan memastikan bahwa pasien mengunjungi dokter reguler mereka sesering mungkin karena janji temu dapat dijadwal ulang.

c. Jam praktik dan orientasi staf

   Perpanjangan jam buka praktik hingga malam hari dan akhir pekan untuk mengakomodasi pasien dengan jam kerja reguler dan anggota keluarga mereka, akan sangat memudahkan tindak lanjut pengobatan. Pemberitahuan sebelumnya setiap perubahan jam praktik harus diberi tahukan. Staf praktik harus diorientasikan untuk memfasilitasi perawatan berkelanjutan, di mana pasien dengan janji temu harus diprioritaskan daripada pasien rawat jalan, ketika mereka tepat waktu untuk janji temu.

Kepatuhan dalam pelayanan berkelanjutan dipengaruhi oleh (Gan, et al., 2004):

a. Pasien. Karakteristik sosio-demografis (usia, jenis kelamin, etnis); Sikap terhadap penyakit, pelayanan kesehatan, pengobatan medis; dan Pengetahuan tentang penyakit dan pengobatannya.
b. Penyakit. Peningkatan keparahan penyakit dikaitkan dengan kepatuhan yang lebih baik; dan Tingkat kronis penyakit menurunkan kepatuhan.
c. Pengobatan. Pengobatan yang melibatkan perubahan perilaku biasanya dikaitkan dengan kepatuhan yang buruk, misalnya perubahan kebiasaan makan, olahraga, berhenti merokok; Semakin banyak jumlah obat yang diresepkan, semakin buruk kepatuhannya; Konsumsi obat dengan dosis yang rumit menyebabkan kepatuhan yang buruk; Cara pemberian obat, misalnya via injeksi; Efek samping obat yang tidak menyenangkan menyebabkan pasien tidak meminum obat tertentu; dan Biaya pengobatan.
d. Dokter. Kebiasaan dokter meresepkan obat; dan Sikap dokter terhadap pasien dan penyakitnya (jenis perawatan dan hubungan dokter-pasien).

Deteksi kepatuhan yang buruk (Gan, et al., 2004):

a. Penilaian klinis

   Dari penelitian yang dilakukan hal ini terbukti tidak nyata terlepas dari jenis hubungan yang dimiliki dokter dengan pasiennya.
b. Memantau kehadiran

   Pasien yang melakukan janji temu untuk tindak lanjut biasanya tidak patuh.
c. Respon terhadap pengobatan

   Kegagalan pada respon pengobatan dapat menjadi indikator kepatuhan. Beberapa pasien yang merespon baik terhadap

pengobatan mungkin melakukannya karena resep yang berlebihan, bukan dari kepatuhan yang baik. Pasien yang tidak merespon baik pengobatan mungkin dikarenakan dosis yang ditentukan tidak memadai.

d. Menanyakan kepada pasien

Tidak selalu dapat diandalkan bahkan dalam kondisi wawancara yang optimal, setengah dari pasien yang tidak patuh akan menyangkal fakta tersebut.

e. Menghitung pil

Secara umum, jumlah pil memberikan perkiraan kepatuhan yang lebih tinggi daripada tes obat kuantitaif dan perkiraan yang lebih rendah daripada laporan diri pasien.

f. Tingkat obat

Berguna pada obat dengan waktu paruh panjang yang menghasilkan kadar serum yang relatif stabil tetapi tidak begitu baik untuk obat dengan waktu paruh pendek.

4) Layanan komperehensif (*Comprehensiveness of service*)

Dimensi ini meliputi jenis layanan yang disediakan yaitu promosi kesehatan, pencegahan, dan pengobatan. Promosi kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat yang memungkinkan mereka mampu mengendalikan determinan-determinan kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya (Susilowati, 2016). Pencegahan penyakit merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan untuk menghindari atau mengurangi risiko, masalah, dan sampak buruk akibat penyakit menular maupun tidak menular. Pengobatan merupakan proses menyembuhkan dengan menggunakan alat bantu yang berupa terapi maupun obat-obatan secara tradisional atau modern. (Anon., 2017).

5) Kepercayaan (*Trust*)

Dimensi kepercayaan meliputi rasa percaya dan keyakinan terhadap sistem pelayanan kesehatan publik yang ada. Kepercayaan pasien

terhadap pelayanan kesehatan dapat dilihat sebagai sejauh mana keyakinan mereka terhadap kemampuan penyedia layanan kesehatan untuk memenuhi harapan mereka, serta sejauh mana mereka percaya terhadap kemampuan dari pihak penyedia layanan kesehatan (Ramadhani & Sediawan, 2022).

6) Dampak perawatan yang dilaporkan pasien (*Patient-reported impacts of care*)

   Dimensi ini meliputi perkembangan aktif pasien (pemahaman pasien terhadap penyakitnya), keamanan pasien (laporan medis pasien), dan kepercayaan terhadap sistem pelayanan kesehatan. *Patient-reported impacts of care* menilai berbagai hasil termasuk gejala, kesehatan fungsional, kesejahteraan, dan masalah psikologis dari perspektif pasien tanpa interpretasi oleh dokter (Rivera, et al., 2019).

2.1.3 Pengukuran Pengalaman Pasien

Pengukuran pengalaman pasien dilakukan untuk memberikan kesempatan dalam meningkatkan perawatan, meningkatkan pengambilan keputusan strategis, memenuhi harapan pasien, mengelola dan memantau kinerja perawatan kesehatan secara efektif, dan mendokumentasikan tolak ukur untuk organisasi perawatan kesehatan. Pengukuran pengalaman pasien juga dapat menginformasikan organisasi tentang peningkatkan proses dan hasil klinis, pemanfaatan sumber daya, dan peningkatan keselamatan. (Wolf, et al., 2014). Pengukuran pengalaman pasien dapat dilakukan pada saat perawatan atau beberapa waktu setelah pertemuan perawatan kesehatan atau perawatan diterima. (LaVela & Gallan, 2014).

a. Pendekatan kuantitatif

   Pengukuran pengalaman pasien dengan metode pendekatan kuantitatif dapat menggunakan kuesioner terstruktur. Kuesioner dirancang untuk menghasilkan data numerik yang dapat dianalisis

secara statistik untuk memberikan pola, asosiasi, dan tren. Metode ini dapat digunakan dengan sampel yang relatif besar, memberikan keluasan, dan kemampuan untuk analisis dan perbandingan tingkat lanjut. Survei yang terkenal dan sering digunakan adalah HCAHPS (*Hospital Consumer Assessment of Healthcare Provides and System*) yang meliputi komunikasi dengan perawat, komunikasi dengan dokter, responsif, kenyamanan fisik, kontrol terhadap nyeri, komunikasi tentang obat, dan informasi *discharge* (LaVela & Gallan, 2014).

b. Pendekatan kualitatif

Metode pendekatan kualitatif memberikan kesempatan untuk memeroleh pemahaman mendalam tentang pengalaman pasien. Metode ini memungkinkan peneliti untuk melampaui batasan pertanyaan terstruktur melalui pertanyaan-pertanyaan terbuka sehingga pasien dapat menggambarkan pengalaman dan persepsi mereka dengan kata-kata mereka sendiri. Metode pendekatan kualitatif yang dapat dilakukan antara lain wawancara dan kelompok fokus (LaVela & Gallan, 2014).

c. Pendekatan campuran

Pengukuran pengalaman pasien dengan pendekatan campuran dilakukan dengan menggabungkan metode kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan ini membantu mendapatkan persepektif yang lebih luas dan gambaran yang lengkap. Metode campuran juga membantu menafsirkan konvergensi temuan untuk memperkuat klaim pengetahuan atau menjelaskan kurangnya konvergensi. (LaVela & Gallan, 2014)

2.2 Rekam Medis pada Dokter Keluarga

2.2.1 Definisi

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, rekam medis adalah dokumen yang

berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Jenis data rekam medis dapat berupa catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (*imaging*), dan rekaman elektro diagnostik. Adapun menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 tentang Pekerjaan Perekam Medis, pelaksanaan pekerjaan rekam medis dan informassi kesehatan secara profesional dilakukan oleh seorang perekam medis yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, serta mendapatkan Surat Tanda Registrasi Perekam Medis dan Surat Izin Kerja Perekam Medis.

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesis, penentuan fisik, laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien. Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis mulai dari pencatatan selama pasien mendapatkan pelayanan medik, dilanjutkan dengan penyelenggaraan, penyimpanan serta pengeluaran berkas rekam medis dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman oleh pasien atau untuk keperluan lainnya (Setyawan, 2017).

2.2.2 Isi

Menurut Permekes RI Nomor 24 Tahun 2022 pasal 26, isi rekam medis paling sedikit terdiri atas:

a. Identitas pasien
b. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang
c. Diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan
d. Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan

2.2.3 Penyimpanan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022, rekam medis konvensional pada sarana pelayanan kesehatan bukan rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 2 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Jika telah melebihi batas waktu tersebut maka rekam medis dapat dimusnahkan.

2.2.4 Kerahasiaan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 2022, isi rekam medis harus dijaga kerahasiaannya oleh semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan walaupun pasien telah meninggal. Pembukaan isi rekam medis dapat dilakukan atas persetujuan pasien dan/atau tidak atas persetujuan pasien.

1) Pembukaan isi rekam medis atas persetujuan pasien
   a. Untuk kepentingan pemeliharaan kesehatna, pengobatan, penyembuhan, dan perawatan pasien
   b. Permintaan pasien sendiri
   c. Untuk keperluan addministrasi, pembayaran asuransi atau jaminan pembiayaan kesehatan
2) Pembukaan isi rekam medis tidak atas persetujuan pasien
   a. Untuk kepentingan pemenuhan permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum
   b. Penegakan etik atau disiplin
   c. Audit medis
   d. Penanganan kejadian luar biasa/wabah penyakit menular/kedaruratan kesehatan masyarakat/bencana
   e. Pendidikan dan penelitian
   f. Upaya perlindungan terhadap bahaya ancaman keselamatan orang lain secara individual atau masyarakat

2.2.5 Manfaat Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 menyebutkan bahwa rekam medis memiliki 5 manfaat, yaitu:

a. Sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien
b. Bahan pembuktian dalam perkara hukum
c. Bahan untuk kepentingan penelitian
d. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan
e. Bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan

2.2.6 Komponen Rekam Medis

Menurut Gan, dkk (2004), komponen rekam medis terdiri atas:

1) Catatan utama

a. Biodata. Berbagai parameter yang digunakan sebagai indeks untuk pengarsipan ditulis di tepi terlipat yang mudah terlihat saat diarsipkan di dalam laci. Ruang tertentu lainnya dialokasikan untuk data termasuk bahasa lisan, data sosial dan keluarga, dan alergi obat. Semua penting dalam perawatan holistik pasien dan keluarganya.

b. Daftar permasalahan. Daftar permasalahan berbentuk tabel dengan 3 kolom, yaitu tanggal aktif, masalah, dan tanggal tidak aktif. Bidang tidak aktif yang kosong menunjukkan bahwa masalahnya masih aktif, sedangkan entri di bidang tidak aktif menunjukkan bahwa masalahnya telah teratasi.

c. Ringkasan laporan. Terdapat tabel untuk catatan imunisasi dan juga peristiwa. Peristiwa adalah ringkasan informasi seperti rujukan, rawat inap, dan informasi lainnya. Catatan di sini dapat dirujuk ke sumber dokumen lain jika ada yang diajukan di dalam folder atau di tempat lain.

d. Ruang grafis. Ini dimaksudkan untuk genogram keluarga atau tanda-tanda fisik penting yang lebih baik digambar.

2) Catatan kemajuan
   a. Format 2 kolom. Kolom pertama berisi data Subyektif, Objektif, dan Penilaian. Kolom kedua berisi Rencana.
   b. Format 4 kolom. Satu kolom masing-masing berisi salah satu elemen data Subyektif, Objektif, Penilaian, dan Rencana, bergerak dari kiri ke kanan.

3) Bagan alur

   Bagan alur berguna untuk perawatan berkelanjutan untuk masalah kronis atau konsultasi struktur. Grafik berfungsi untuk meningkatkan perawatan dengan memberikan pengingat visual dan juga gambaran parameter klinis tertentu dari waktu ke waktu.

4) Dokumen lain

   Dokumen lain dapat berupa hasil laboratorium, EKG atau radiologi yang tidak mudah ditranskripsi, surat rujukan dan balasan.

2.2.7 Rekam Medis Elektronik

Teknologi informasi dan komunikasi telah berkembang pesat di berbagai sektor, termasuk sektor kesehatan seperti penggunaan rekam medis terkomputerisasi atau rekam kesehatan elektronik. Penyedia layanan rekam kesehatan elektronik pertama kali dilakukan tahun 1967 oleh Rumah Sakit Latter Day Saint di Utah, Amerika Serikat melalui software *Health Evaluation through Logical Programming* (HELP) (Honavar, 2020). Tahun 1988, pemerintah Amerika Serikat menginvestasikan biaya besar ke *Science Applications International Coorperation Composite Health Care System* untuk masyarakat dan pusat kesehatan militer OCONUS yang selanjutnya digunakan sebagai fondasi Rekam Medis Elektronik Departemen Pertahanan Amerika Serikat. Pada tahun 1992, platform rekam medis elektronik pertama berbasis Windows bernama *Epic Care* diluncurkan. Presiden Barack Obama pada tahun 2009 menyatakan siap menyambut RME secara nasional pada tahun 2014. (Honavar, 2020).

Selain negara maju, perkembangan rekam medis elektronik juga terjadi di negara berkembang. Dalam proses penyempurnaan manajemen rekam medis, rekam medis elektronik (RME) mulai diterapkan di beberapa fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Namun tenaga kesehatan dan pengelola sarana pelayanan kesehatan masih ragu untuk menggunakannya karena belum ada peraturan perundangan yang secara khusus mengatur penggunaannya (Setyawan, 2017). Sejak dikeluarkannya Undang-undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik telah memberikan peluang untuk implementasi RME. Aspek kerahasiaan dan keamanan dokumen rekam medis pun telah diatur di UU RI Nomor 11 Tahun 2008 tentang ITE pasal 16. Pada Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022 pasal 3 menyatakan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis elektronik.

Menurut Andriani, dkk (2017), rekam medis elektronik (RME) adalah suatu sistem informasi kesehatan terkomputerisasi yang berisi data demografi, data medis, dan dapat dilengkapi dengan sistem pendukung keputusan. Menurut Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022, rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis. RME juga dapat didefinisikan sebagai lingkungan aplikasi yang tersusun atas penyimpanan data klinis, sistem pendukung keputusan klinis, standardisasi istilah medis, pemasukan data terkomputerisasi, dan dokumentasi medis dan farmasi (Setyawan, 2017).

National Alliance for Health Information Technology menyatakan definisi standar Rekam Medis Elektronik adalah rekaman/catatan elektronik tentang informamsi terkait kesehatan seseorang yang dibuat, dikumpulkan, dikelola, digunakan, dan dirujuk oleh dokter atau tenaga kesehatan yang berhak di suatu organisasi pelayanan kesehatan. Menurut Amatayakul dalam Setyawan, DA (2017), rekam medis elektronik harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

a. Mengintegrasikan data dari berbagai sumber (*Integrated data from multiple source*)
b. Mengumpulkan data pada titik pelayanan (*Capture data at the point of care*)
c. Mendukung pemberi pelayanan dalam pengambilan keputusan (*Support caregiver decision making*)

RME bermanfaat untuk mendokumentasikan, memonitor, dan mengelola pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien di rumah sakit. RME digunakan sebagai upaya meningkatkan kualitas pelayanan, meningkatkan kepuasan pasien, meningkatkan akurasi pendokumentasian, mengurangi kesalahan klinis, dan memercepat akses data pasien (Andriani, et al., 2017).

Manfaat penerapan rekam medis elektronik yang dirasakan oleh negara berkembang, antara lain: (Tiorentap, 2020)

a. Manfaat ekonomi: penghematan biaya, efisiensi biaya, efektivitas biaya, meningkatkan akurasi penagihan biaya pelayanan, meningkatkan efisiensi organisasi, dan memudahkan kegiatan monitoring serta evaluasi.

b. Manfaat klinis: mengurangi kesalahan medis, meningkatkan keterbacaan data, memudahkan tenaga medis dalam memantau, mengevaluasi, dan meningkatkan perawatan, meningkatkan kesinambungan perawatan dan pelaporan, akurasi, proses evaluasi pasien, penelitian medis, dan analisis kebijakan, serta meningkatkan produktivitas tenaga medis

c. Manfaat akses informasi klinis: meningkatkan aksesibilitas informasi riwayat pasien dan membantu proses pengambilan keputusan

Akan tetapi dalam penggunaan rekam medis elektronik pengelola pelayanan kesehatan harus mengeluarkan biaya besar dan waktu yang cukup lama untuk menyediakan sistem teknologi informasi. Kantor

Anggaran Kongres Amerika Serikat menyatakan bahwa penghematan biaya pada implementasi rekam medis elektronik hanya terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan tidak di praktik dokter kecil (Shah, 2012). Selain biaya yang besar, hilangnya produktivitas selama implementasi rekam medis elektronik dianggap mengurangi efisiensi kerja. Sebuah studi yang dilakukan di *BMC Medical Informatics and Decision Making* menunjukkan bahwa meskipun penerapan sistem rekam medis elektronik telah banyak membantu dokter umum, tetapi masih banyak hal yang perlu direvisi dalam kerangka keseluruhan serta jumlah pelatihan yang diberikan (Bouamrane & Mair, 2013).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Alkureishi, dkk (2016) menyatakan bahwa dampak penggunaan rekam medis elektronik pada komunikasi dokter-pasien menunjukkan perilaku komunikasi yang negatif, yaitu pola bicara pasien dan dokter yang terganggu, peningkatan pergerseran pandangan dan episode *multitasking*, serta tingkat rendah berbagi layar komputer dengan pasien. Menurut Ajami dan Bagheri-Tadi (2013), hambatan yang dialami dalam implementasi rekam medis elektronik, yaitu gangguan alur kerja, khawatir tentang keamanan dan privasi data, komunikasi antar pengguna, interaksi dokter dan pasien, kompleksitas (kerumitan), dukungan teknis, interoperabilitas, dan dukungan ahli.

2.2.8 Prinsip Manajemen Pengoperasian Rekam Medis

Prinsip manajemen pengoperasian pada rekam medis konvensional: (Gan, et al., 2004)

1) Memiliki sistem pengarsipan yang bisa diterapkan. Ada berbagai cara pengarsipan: menurut nomor identitas, menurut nama, menurut keluarga, dan menurut alamat atau kombinasinya.
2) Memiliki disiplin pengarsipan. Pengarsipan adalah tugas membosankan yang mungkin tidak dilakukan dengan benar dan ini akan menghasilkan catatan yang hilang. Ada kebutuhan untuk

menentukan batas waktu yang diperbolehkan agar catatan tidak diarsipkan. Pergerakan catatan juga perlu dilacak.

3) Memiliki aturan operasional untuk catatan yang hilang. Pembuatan arsip sementara dan penggabungannya saat arsip utama ditemukan perlu dilakukan.
4) Memiliki prosedur pemusnahan. Durasi rekam medis yang harus disimpan umumnya tujuh tahun tetapi ada pengecualian untuk catatan anak-anak dan catatan yang mungkin memiliki kepentingan medikolegal.

Prinsip manajemen pengoperasian pada rekam medis elektronik: (Gan, et al., 2004)

1) Memiliki program pelatihan penggunaan komputer untuk semua staf. Pembatasan penggunaan komputer hanya untuk staf tertentu dapat menimbulkan kesulitan ketika staff tersebut mengundurkan diri
2) Memiliki konvensional operasional yang ditulis dengan baik untuk dirujuk oleh staf. Konvensional semacam itu membantu untuk mengatasi kesulitan, membantu dalam penggunaan peralatan yang tepat dan pengkodean yang tepat dari informasi yang disimpan.
3) Telah menetapkan prosedur pencadangan harian untuk data. Pencadangan data harian diperlukan jika terjadi kehilangan data.
4) Memiliki sistem keamanan password. Ini mungkin diperlukan untuk menjaga terhadap akses yang tidak sah dan gangguan data.
5) Gunakan sistem yang sudah dicoba. Dalam penggunaan komputer, sistem yang unik harus dihindari jika memungkinkan. Sistem perangkat keras dan perangkat lunak yang banyak digunakan adalah sistem yang cenderung tidak mengalami masalah.
6) Komputerisasi dengan mempertimbangkan masa depan. Peningkatan perangkat keras yang ada di masa mendatang yang mungkin diperlukan harus dipertimbangkan sebelum membeli sistem komputer.

2.2.9 Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik

Proses penyelenggaraan rekam medis elektronik menurut Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022 adalah sebagai berikut:

1) Registrasi pasien

   Registrasi pasien merupakan kegiatan pendaftaraan berupa pengisian data identitas dan data sosial pasien rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap. Data identitas berisi nomor rekam medis, nama pasien, dan nomor induk kependudukan (NIK). Data sosial berisi agama, pekerjaan, pendidikan, dan status perkawinan.

2) Pendistribusian data rekam medis elektronik

   Pendistribusian data rekam medis elektronik merupakan kegiatan pengiriman data rekam medis elektronik dari satu unit pelayanan ke unit pelayanan lain di fasilitas pelayanan kesehatan.

3) Pengisian informasi klinis

   Pengisian informasi klinis merupakan kegiatan pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan kesehatan lain yang telah dan akan diberikan kepada pasien. Pengisian informasi klinis dilakukan oleh tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.

4) Pengolahan informasi rekam medis elektronik

   Pengolahan informasi rekam medis elektronik terdiri atas pengkodean, pelaporan, dan penganalisisan. Pengkodean dilakukan sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru. Pelaporan dilakukan secara internal dan eksternal. Penganalisisan dilakukan terhadap data rekam medis elektronik secara kuantitatif dan kualitatif.

5) Penginputan data untuk klaim pembiayaan

   Kegiatan penginputan kode klasifikasi penyakit pada aplikasi pembiayaan berdasarkan hasil diagnosis dan tindakan yang ditulis oleh tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan sesuai dengan rekam medis dalam rangka pengajuan penagihan biaya pelayanan.

6) Penyimpanan rekam medis elektronik

Penyimpanan RME dilakukan pada media penyimpanan berbasis dgital di fasilitas pelayanan kesehatan yang terjamin keamanan, keutuhan, kerahasiaan, dan ketersediaan datanya. Penyimpanan data rekam medis elektronik dilakukan palin singkat 25 tahun sejak tanggal kunjungan terakhir pasien.

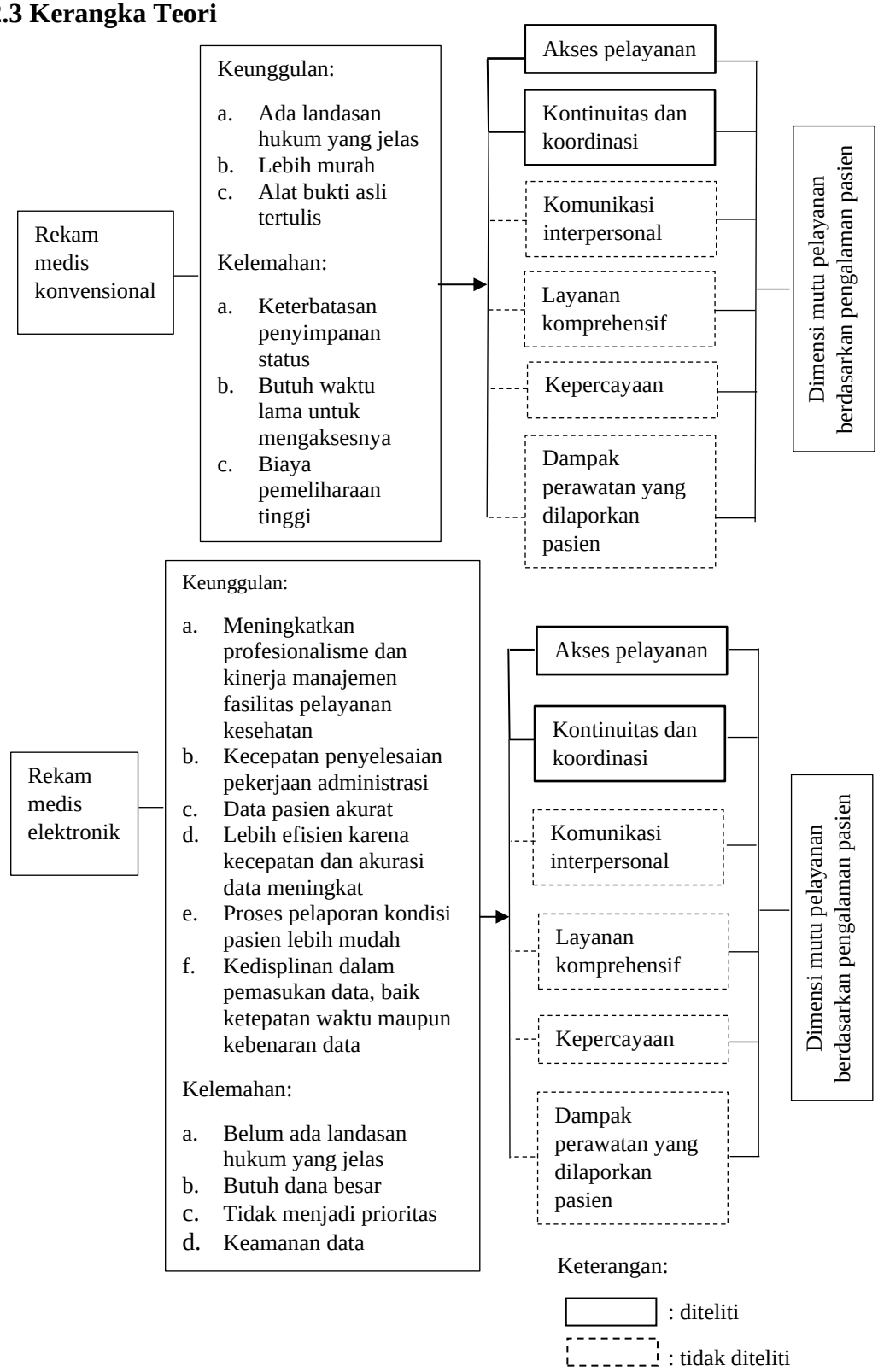
7) Penjaminan mutu rekam medis elektronik

   Penjaminan mutu RME merupakan audit mutu RME yang dilakukan secara berkala dan internal oleh tim reviu rekam medis yang dibentuk oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.

8) Transfer isi rekam medis elektronik

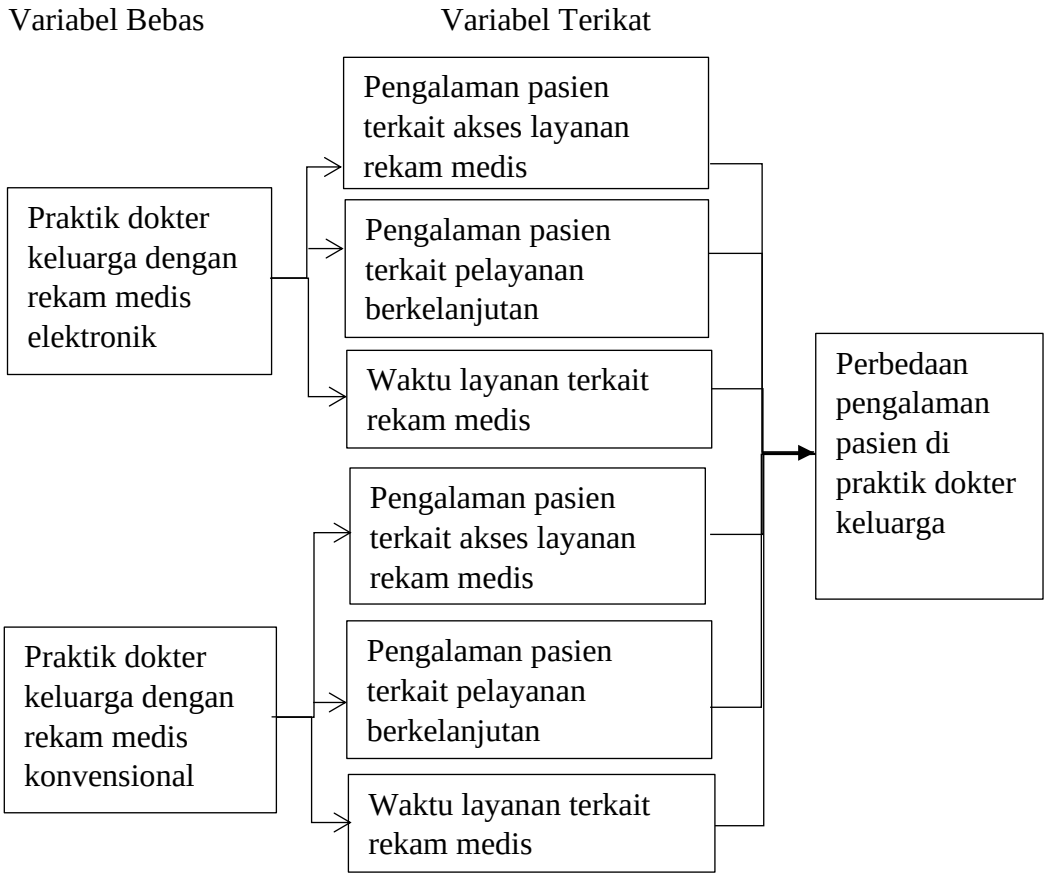
   Transfer isi RME adalah kegiatan pengiriman rekam medis dalam rangka rujukan pelayanan kesehatan perorangan ke fasilitas pelayanan kesehatan penerima rujukan. Kegiatan transfer isi RME dilakukan melalui platform layanan interoperabilitas dan integrasi data kesehatan yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan.

2.3 Kerangka Teori



Kerangka teori modifikasi berdasarkan pengalaman pasien oleh Wong, dkk (2013) dan rekam medis oleh Setyawan, DA (2017).

2.4 Kerangka Konsep



2.5 Hipotesis Penelitian

Ho: tidak terdapat perbedaan pengalaman pasien pada praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik dan konvensional

Ha: terdapat perbedaan pengalaman pasien pada praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik dan konvensional

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Desain penelitian yang digunakan peneliti adalah penelitian kuantitatif dengan metode survei. Penelitian kuantitatif adalah jenis penelitian yang menghasilkan penemuan-penemuan yang dapat diperoleh dengan mengguankan prosedur statistik atau cara lain kuantifikasi (Sujarweni & Wiratna, 2014). Menurut Sugiyono (2013), metode penelitian survei adalah metode penelitian kuantitatif yang digunakan untuk mendapatkan data yang terjadi di masa lalu atau saat ini, tentang keyakinan, pendapat, karakteristik, perilaku hubungan variabel dan untuk menguji hipotesis tentang variabel sosiologi dan psikologis dari sampel yang diambil dari populasi tertentu, teknik pengumpulan data dengan pengamatan yang tidak mendalam dan hasil penelitian cenderung untuk digenerasikan.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik dan praktik dokter keluarga dengan rekam medis konvensional pada bulan Juli – September 2022. Tempat penelitian dilakukan 2 praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik dan 2 praktik dokter keluarga dengan rekam medis konvensional. Klinik dengan rekam medis elektronik yaitu Klinik Keluarga Mitra Sehati, Bandung dan Klinik Keluarga Adi Husada, Bandung. Klinik dengan rekam medis konvensional yaitu Klinik Keluarga Apotik&Lab, Bandar Lampung dan Klinik Keluarga Panjang Medika, Bandar Lampung.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. (Sugiyono, 2013). Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien yang berobat di praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik dan pasien yang berobat di praktik dokter keluarga dengan rekam medis konvensional.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2013). Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien yang berobat di praktik dokter keluarga dengan rekam medis elektronik dan pasien yang berobat di praktik dokter keluarga dengan rekam medis konvensional. Jumlah sampel dengan metode penelitian survei adalah 30 subjek per grup sehingga total subjek adalah 60 orang dengan teknik pengambilan sampel secara *purposive sampling* (Sugiyono, 2013).

3.4 Kriteria Penelitian

3.4.1 Kriteria Inklusi

a. Pasien yang terdaftar dan berobat di praktik dokter keluarga sebanyak > 1 kali
b. Bersedia mengisi kuesioner
c. Jika kondisi pasien tidak memungkinkan/perlu bantuan untuk mengisi kuesioner maka dapat diwakili oleh keluarga/wali

3.4.2 Kriteria Eksklusi

a. Pasien tidak kooperatif
b. Kuesioner tidak lengkap

3.5 Variabel Penelitian

3.5.1 Variabel Bebas

Variabel bebas penelitian adalah penggunaan rekam medis pada praktik dokter keluarga.

3.5.2 Variabel Terikat

Variabel terikat penelitian adalah pengalaman pasien:

a. Waktu layanan terkait rekam medis
b. Pengalaman pasien terkait akses layanan rekam medis
c. Pengalaman pasien terkait pelayanan berkelanjutan

3.6 Definisi Operasional

Tabel 1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Nilai ukur	Skala
1.	Penggunaan rekam medis	Penggunaan rekam medis di praktik dokter keluarga (Andriani, et.al, 2017)	Kuesioner	0: RME (Rekam Medis Elektronik) 1: RMK (Rekam Medis Konvensional)	Kategorik
2.	Waktu layanan terkait rekam medis	Waktu yang digunakan sejak pasien melakukan registrasi hingga rekam medis siap digunakan oleh dokter (Megatsari, et.al, 2018)	Observasi	Menit	Numerik
3.	Pengalaman pasien terkait layanan rekam medis	Pengalaman pasien pada waktu penyiapan rekam medis di praktik dokter keluarga (Wolf, et.al, 2014)	Kuesioner modifikasi dari Wong, S dan Haggerty, J (2013)	Total skor yang didapatkan 5-20 0: baik (skor 14-20)	Kategorik

Tabel 2. Definisi Operasional (lanjutan)

No	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Nilai ukur	Skala
				1: kurang baik (5-13)	
4.	Pengalaman pasien terkait pelayanan berkelanjutan	Pengalaman pasien yang diperoleh pasien yang saling berhubungan dari waktu ke waktu dan konsisten sesuai dengan rekam medis pasien di klinik dokter keluarga (Wolf, et.al, 2014)	Kuesioner modifikasi dari Wong, S dan Haggerty, J (2013)	Total skor yang didapatkan 10-40 0: baik (skor 27-40) 1: kurang baik (skor 10-26)	Kategorik

3.7 Instrumen Penelitian

Alat atau instrumen yang digunakan pada penelitian adalah observasi dan kuesioner. Observasi dilakukan oleh peneliti untuk mengamati variabel waktu layanan rekam medis pada subjek. Kuesioner acuan dan kuesioner modifikasi terlampir. Kuesioner yang digunakan pada penelitian merupakan kuesioner modifikasi dari kuesioner pengalaman pasien oleh Wong&Haggerty (2013) dan kuesioner pengalaman pasien oleh Utari, U (2018). Dimensi pengalaman pasien yang diambil dari kuesioner Wong&Haggerty (2013) dalam penelitian ini adalah akses pelayanan dan pelayanan berkelanjutan/kontinuitas. Sedangkan cara skoring mengacu pada kuesioner pengalaman pasien oleh Utari, U (2018), yaitu poin Tidak pernah, poin Jarang, poin Sering, dan poin Hampir selalu.

Pada kuesioner modifikasi variabel pengalaman pasien terkait waktu layanan terdapat 5 pernyataan, yang terdiri penyataan *unfavourable* dan penyataan *favourable*. Penyataan *favourable* terdapat pada pernyatan nomor 3 dan 5. Skoring pernyataan *favourable*, yaitu poin Tidak pernah bernilai 1, poin Jarang bernilai 2, poin Sering bernilai 3, dan poin Hampir selalu bernilai 4. Pernyatan *unfavourable* terdapat pada pernyataan nomor 1, 2, dan 4. Skoring pernyataan *unfavourable*, yaitu poin Tidak pernah bernilai 4, poin Jarang bernilai 3, poin

Sering bernilai 2, dan poin Hampir selalu bernilai 1. Pada variabel akses pelayanan rekam medis total skor yang didapatkan 5-20, dimana skor 5-13 artinya kurang baik dan skor 14-20 artinya baik (Utari, 2018).

Pada kuesioner modifikasi variabel pengalaman pasien terkait pelayanan berkelanjutan terdapat 13 pernyataan, yang terdiri penyataan *unfavourable* dan penyataan *favourable*. Penyataan *favourable* terdapat pada pernyatan nomor 3, 7, 8, 9, dan 12. Skoring pernyataan *favourable*, yaitu poin Tidak pernah bernilai 1, poin Jarang bernilai 2, poin Sering bernilai 3, dan poin Hampir selalu bernilai 4. Pernyatan *unfavourable* terdapat pada pernyataan nomor 1, 2, 4, 5, 6, 10, 11, dan 13. Skoring pernyataan *unfavourable*, yaitu poin Tidak pernah bernilai 4, poin Jarang bernilai 3, poin Sering bernilai 2, dan poin Hampir selalu bernilai 1. Pada variabel pelayanan berkelanjutan total skor 13-52, dimana skor 13-33 artinya kurang baik dan skor 34-52 artinya baik (Utari, 2018).

3.8 Uji Instrumen

3.8.1 Uji Validitas

Validitas dalam penelitian menyatakan derajat ketepatan alat ukur penelitian terhadap isi sebenarnya yang diukur. Suatu kuesioner dikatakan valid apabila item pernyataan mampu mengungkapkan suatu hal yang diukur oleh kuesioner tersebut, sedangkan suatu item pernyataan dinyatakan valid, apabila memiliki skor validitas yang berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya (Oktavia, 2015). Penelitian mengenai “Perbedaan Pengalaman Pasien pada Praktik Dokter Keluarga dengan Penggunaan Rekam Medis Elektronik dan Konvensional” ini telah melakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validasi kuesioner dilakukan kepada 20 subjek yang bukan menjadi subjek penelitian sesungguhnya. Uji validasi dilakukan setelah proposal penelitian disetujui. Data dari kuesioner validasi diolah menggunakan program SPSS dengan teknik korelasi *Bivariate Pearson*.

Kuesioner modifikasi pengalaman pasien yang digunakan dalam penelitian ini telah dilakukan uji validitas dengan hasil akhir terdapat 5

pernyataan pengalaman pasien terkait akses layanan rekam medis dan 10 pernyataan pengalaman pasien terkait pelayanan berkelanjutan yang dapat digunakan serta 3 pernyataan terkait pelayanan berkelanjutan yang di-*drop out*. Tiga pernyataan yang tidak valid yaitu pernyataan pengalaman pasien terkait pelayanan berkelanjutan nomor 1, 9, dan 11. Hasil tersebut disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 3. Hasil uji validitas kuesioner pengalaman pasien

Dimensi	**Item**	**R hitung**	**R tabel**	**Keterangan**
Akses layanan rekam medis	Item_1	0,470	0,4227	Valid
	Item_2	0,688	0,4227	Valid
	Item_3	0,651	0,4227	Valid
	Item_4	0,624	0,4227	Valid
	Item_5	0,784	0,4227	Valid
Pelayanan berkelanjutan	Item_2	0,652	0,4227	Valid
	Item_3	0,547	0,4227	Valid
	Item_4	0,569	0,4227	Valid
	Item_5	0,747	0,4227	Valid
	Item_6	0,679	0,4227	Valid
	Item_7	0,482	0,4227	Valid
	Item_8	0,547	0,4227	Valid
	Item_10	0,808	0,4227	Valid
	Item_12	0,470	0,4227	Valid
	Item_13	0,586	0,4227	Valid

3.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana sebuah alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Reliabilitas menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tersebut tetap konstan atau sama apabila dilakukan 2 kali pengukuran atau lebih dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmojo, 2012). Data dari kuesioner reliabilitas diolah menggunakan program SPSS dengan teknik *Alpha Cronbach*. Item pernyataan yang telah valid, diuji reliabilitasnya dengan hasil nilai *Cronbach's Alpha* 0,859. Nilai 0,859

pada uji reliabilitas memiliki arti reliabel menurut kategori koefisien reliabilitas. Hasil uji reliabilitas disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 4. Hasil uji reliabilitas kuesioner pengalaman pasien

No	Dimensi	*Cronbach's Alpha*	Koefisien reliabilitas	Keterangan
1	Akses layanan rekam medis	0,859	0,60	Reliabel
2	Pelayanan berkelanjutan	0,859	0,60	Reliabel

3.9 Alur Penelitian

1) Menentukan populasi penelitian
2) Menentukan sampel penelitian
3) Melakukan uji validitas kuesioner
4) Mengajukan perizinan etik penelitian skripsi.
5) Mengumpulkan data dengan observasi dan membagikan kuesioner pada sampel penelitian
6) Melakukan pengolahan dan analisis data

3.10 Pengolahan Data dan Analisis Data

3.10.1 Pengolahan Data

Data diolah dengan menggunakan SPSS dengan langkah-langkah sebagai berikut.

a. *Editing*, data yang ada pada kuesioner diperiksa kelengkapan jawabannya dan keterbacaan tulisan
b. *Coding*, memberikan kode berkenaan dengan memberikan nomor atau simbol lainnya bagi jawaban-jawaban yang masuk sehingga jawaban dapat dikelompokkan ke dalam sejumlah kelas atau kategori yang terbatas. Koding dilakukan untuk memberikan kode pada atribut dari variabel untuk memudahkan analisa
c. *Entry*, data diinput ke dalam lembar kerja program SPSS untuk masing-masing variabel

d. *Cleaning*, dilakukan pada semua lembar kerja untuk membersihkan kesalahan yang mungkin terjadi selama proses input data. Proses ini dilakukan melalui analisis frekuensi pada semua variabel
e. *Tabulating*, mengelompokkan data sesuai dengan tujuan penelitian kemudian dimasukkan dalam tabel yang sudah disiapkan

3.10.2 Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran umum masalah penelitian dengan cara mendeskripsikan tiap-tiap variabel yang digunakan dalam penelitian. Analisis univariat dilakukan dengan mendeskripsikan karakteristik sampel dari tiap variabel yang diukur. Data skala kategorik dianalisis dengan menggunakan data tunggal. Sedangkan data dengan skala numerik dianalisis dengan ukuran pemusatan dan penyebaran data.

b. Analisis Bivariat

Data kategorik dianalisis menggunakan uji *Chi Square*, yaitu uji komparatif non-parametrik yang dilakukan pada variabel dengan skala data nominal (Carlo, 2019). Data numerik dilakukan pengujian normalitas dengan menggunakan Uji Normalitas *Shapiro-Wilk* dengan tingkat signifikasi $\alpha = 0,05$. Jika data terdistribusi normal ($p>0,05$) maka dilakukan uji beda *independent t test*. Jika data tidak terdistribusi normal ($p<0,05$) maka dilakukan uji alternatif non-parametrik, yaitu uji *Mann-Whitney U*.

3.11 Etik Penelitian

Penelitian yang dilakukan di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung harus melalui uji kelulusan etik penelitian terlebih dahulu, hal ini dilakukan untuk menjamin hak, kerahasiaan, dan keamanan data responden penelitian. Oleh karena itu peneliti melakukan pengajuan kaji etik untuk penelitian ini ke tim etik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan telah mendapatkan persetujuan etik penelitian dengan Nomor 3441/UN.26.18/PP.05.02.00/2022.

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

1. Terdapat perbedaan bermakna pada waktu layanan rekam medis pada praktik dokter keluarga
2. Terdapat perbedaan bermakna pada pengalaman pasien terkait akses layanan rekam medis elektronik pada praktik dokter keluarga
3. Tidak terdapat perbedaan pengalaman pasien terkait pelayanan berkelanjutan pada praktik dokter keluarga

5.2 Saran

1. Peneliti menyarankan bagi fasilitas kesehatan menggunakan rekam medis elektronik untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan serta keselamatan pasien.
2. Peneliti menyarankan untuk dapat dilakukan penelitian terkait dimensi-dimensi pengalaman pasien lain (HCAHPS) yang tidak diteliti pada penelitian ini.
3. Peneliti menyarankan untuk melakukan penelitian tentang pengalaman pasien dengan pendekatan kualitatif sehingga mendapatkan data yang lebih akurat dan mendalam.

DAFTAR PUSTAKA

Afrashtehfar, K., Assery, M. & Bryant, S., 2020. Patient Satisfaction in Medicine and Dentistry. *International Journal of Dentistry.*

Ajami, S. & Bagheri-Tadi, T., 2013. Barriers for Adopting Electronic Health Records (EHRs) by Physicians. *Acta Inform Medicine,* pp. 129-134.

Algarini, B., 2021. *Hubungan Mutu Pelayanan dengan Loyalitas Pasien di Puskesmas Jetis Kabupaten Mojokerto.* Mojokerto: Stikes Bina Sehat PPNI.

Alkureishi, M., Lee, W., Lyons, M. & dkk, 2016. Impact of Electronic Medical Record Use on the Patient-Doctor Relationship and Communication: A Systematic Review. *J Gen Intern Med,* 31(5), pp. 548-560.

Ama, P., Wahyuni, D. & Kurniawati, Y., 2020. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Preferensi dalam Memilih Pelayanan Kesehatan pada Mahasiswa Perantau. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat,* 9(1), pp. 35-42.

Amin, M., Setyonugroho, W. & Hidayah, N., 2021. Implementasi Rekam Medik Elektronik: Sebuah Studi Kualitatif. *Jurnal Teknik Informatika dan Sistem Informasi.,* 8(1), pp. 430-442.

Andriani, R., Kusnanto, H. & Istiono, W., 2017. Analisis Kesuksesan Implementasi Rekam Medis Elektronik di RS Universitas Gadjah Mada. *Jurnal Sistem Informasi,* 13(2), pp. 90-96.

Anon., 2004. *Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.* Jakarta: Presiden Republik Indonesia.

Anon., 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahunn 2013 Tentang Pekerjaan Perekam Medis.* Jakarta: Menteri Kesehatan.

Anon., 2017. *Naskah Akademis Sistem Kesehatan Provinsi Riau.* Riau: Dinas Kesehatan Provinsi Riau.

Anon., 2020. *School of Medicine University of Missouri.* [Online] Available at: https://medicine.missouri.edu/centers-institutes-labs/health-ethics/faq/health-care-access
[Accessed 29 Juli 2022].

Anon., 2021. *Profil Kesehatan Kota Bandung Tahun 2020.* Bandung: Dinas Kesehatan Kota Bandung.

Anon., 2021. *Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2020.* Bandar Lampung: Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.

Anon., 2022. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.* Jakarta: Menteri Kesehatan.

Apriliyani, S., 2021. Penggunaan Rekam Medis Elektronik Guna Menunjang Efektivitas Pendaftaran Pasien Rawat Jalan di Klinik Dr Ranny. *Jurnal Ilmiah Indonesia,* 1(10), pp. 1399-1410.

Ariana, D. & Rawi, M., 2018. *Dampak Penumpukan Berkas Rekam Medis di Ruang Fillig RSUD Wonosari Tahun 2018.* Yogyakarta: Universitas Jenderal Achmad Yani.

Basuki, S., 2019. *Analisis Penyebab Ketidakterbacaan Tulisan Dokter dan Ketidaklengkapan Pengisian Formulir Resume Medis Pasien Rawat Inap Non-jiwa di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.* Semarang: Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.

Bouamrane, M. & Mair, F., 2013. A Study of General Practitioners' Perspectives on Electronic Medical Records Systems in NHSScotland. *BMC Medical Informatics and Decision Making,* 13(58).

Bowling, A., Rowe, G., La bert, N. & dkk, 2012. The Measurement of Patient's Expectations for Health Care: A Review and Psychometric Testing of A Measure of Patient's Expectations. *Health Technology Assessment,* 16(30).

Calligaris, L. et al., 2012. Errors and Omissions in Hospital Prescriptions: A Survey of Prescription Writing in A Hospital. *BMC Clin Pharmacol.*

Carlo, J., 2019. *Aplikasi Kai-Kuadrat Untuk Analisis Hubungan Antara Jumlah Penduduk dan Jumlah Personil Polisi Terhadap Jumlah Kejahatan di Kabupaten Karo Tahun 2018,* Medan: Universitas Sumatera Utara.

Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S. & dkk, 2012. Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. *Annals of Internal Medicine,* 144(10), pp. 742-752.

Danarahmanto, P., Pratami, J., Prihadi, M. & Nurfadillah, N., 2021. Pengaruh Rekam Medis Elektronik terhadap Loyalitas Pasien di Tami Dental Care. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia,* 9(2), pp. 145-151.

Davidson, E., Edwards, R., Jamieson, L. & dan Weller, S., 2019. Big Data, Qualitative Style: A Breadth-and-Depth Method for Working with Large Amounts of Secondary Qualitative Data. *Quality & Quantity,* 53(1), pp. 363-376.

DesRoches, C., Campbell, E., Rao, S. & dkk, 2012. Electronic Health Records in Ambulatory Care-A National Survey of Physicians. *N Engl Journal Medicine,* 359(1), pp. 50-60.

Diantika, A. & Widodo, A., 2018. Perbandingan Data Pelaporan Rekam Medis Manual dan SIMRS di Rumah Sakit Medika Permata Hijau. *Indonesian of Health Information Management Journal.,* 6(2).

Erawantini, F., Nugroho, E., Sanjaya, G. & Hariyanto, S., 2013. *Rekam Medis Elektronik: Telaah Manfaat dalam Konteks Pelayanan Kesehatan Dasar.* Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

Eryanan, A., Dewi, D., Indawati, L. & Fannya, P., 2022. Tinjauan Peralihan Media Rekam Medis Rawat Jalan Manual ke Rekam Medis Elektronik di Rumah

Sakit MRCCC Siloam Semanggi. *Indonesian Journal of Health Information Management,* 2(1).

Gan, G., Azwar, A. & dan Wonodirekso, S., 2004. *A Primer on Family Medicine Practice.* Singapore: Singapore International Foundation.

Gunawan, T. & Christianto, G., 2020. Rekam Medis/Kesehatan Elektronik (RMKE): Integrasi Sistem Kesehatan. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia,* pp. 27-31.

Haikal, S. & Susilo, A., 2021. Kontinuitas Perawatan, dan Pencegahan Komplikasi pada Luka Bakar. *Jurnal Kedokteran Mulawarman,* 8(1), pp. 32-36.

Han, H. & Lopp, L., 2013. Writing and Reading in the Electronic Health Record: An Entirely New World. *Med Education Online.*

Hasibuan, M., 2014. *Manajemen Sumber Daya Manusia.* Jakarta: PT. Bumi Aksara.

Herisa, D., 2017. *Analisis Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Rizki Amalia Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2017.* Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani.

Honavar, S., 2020. Electronic Medical Records-The Good, The Bad, and The Ugly. *Indian Journal of Ophthalmology,* 68(3), pp. 417-418.

Jayadipraja, E., Junaid & Nurzalmariah, W., 2016. Hubungan Kualitas Pelayanan terhadap Loyalitas Pasien Rawat Inap Umum di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2016. *International Journal of Health and Medicine,* 1(2).

Jones, L. & Stephen, G., 2012. *Development of Multi-Dimensional Health Care Access Index.* s.l., ESRI Health Geographical Information System Conference.

Juanedi, F. & Barsasella, D., 2018. *Teknologi Informasi Kesehatan I Aplikasi Komputer Dasar.* Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kumah, E., 2017. Patient Experience and Satisfaction with A Healthcare System: Connecting the Dots. *International Journal of Healthcare Management.*

Larasati, T., 2019. Komunikasi Dokter-Pasien Berfokus Pasien pada Pelayanan Kesehatan Primer. *JK Unila,* 3(1), pp. 160-166.

LaVela, S. & Gallan, A., 2014. Evaluation and Measurement of Patient Experience. *Patient Experience Journal,* 1(1), pp. 28-36.

Logen, Y., Balqis & Darmawansyah, 2015. *Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Pemulung di TPA Tamangapa.* Makassar: Universitas Hassanudin.

Maulana, A., 2016. *Keterlibatan Aktif Keluarga Dibutuhkan dalam Perawatan Berkelanjutan.* Bandung, Universitas Padjajaran.

Megatsari, H., Laksono, A., Ridlo, I. Y. M. & Azizah, A., 2018. Perspektif Masyarakat tentang Akses Pelayanan Kesehatan. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan,* 21(4), pp. 247-253.

Notoatmojo, S., 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta.

Oktarlina, R. & Wafiyatunisa, Z., 2017. Kejadian Medication Error pada Fase Prescribing di Poliklinik Pasien Rawat Jalan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi. *JK Unila,* 1(3).

Oktavia, N., 2015. *Sistematika Penulisan Karya Ilmiah.* Yogyakarta: Deepublish.

Pratami, J., Danarahmanto, P. & Salsabila, Z., 2020. Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Pada Periode Covid-19. *Prosiding Senantias 2020,* 1(1).

Pribadi, Y., Dewi, S. & Kusumanto, H., 2018. Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Kartini Jakarta. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan,* 8(2).

Ramadhani, R. & Sediawan, M., 2022. Kepercayaan Pasien terhadap Layanan Kesehatan Suatu Studi Tinjauan Sistematis. *Jurnal Ilmiah Media Husada,* 11(1), pp. 71-83.

Rini, M., Jak, Y. & Wiyono, T., 2019. Analisis Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap Kebidanan RSIA Bunad Aliyah Jakarta Tahun 2019. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia,* 3(2).

Rita, N., 2015. Hubunngan Bauran Pemasaran Jasa Pelayanan Keperawatan dengan Loyalitas Pasien. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia,* Volume 3, pp. 186-203.

Rivera, S. et al., 2019. The Impact of Patient-Reported Outcome (PRO) Data from Clinical Trials: A Systematic Review and Critical Analysis. *Health and Quality of Life Outcomes,* 17(156).

Roem, E. & Sarmiati, 2019. *Komunikasi Interpersonal.* Malang: CV IRDH.

Rumengan, D. & Kandou, J., 2015. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. *JIKMU,* Volume 5, pp. 88-100.

Samandari, N., Wila, C. & dan Rahim, A., 2016. Kekuatan Pembuktian Rekam Medis Konvensional dan Elektronik. *SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan,* 2(2), pp. 154-164.

Setyanda, Y., Machmud, R. & Putra, A., 2020. Hubungan Kualitas Komunikasi Dokter dan Dokter Gigi dengan Loyalitas Pasien. *Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Baiturrahmah,* 7(2), pp. 136-142.

Setyawan, D., 2017. *Handout Sistem Informasi Kesehatan Rekam Medis Elektronik (RME).* Surakarta: Politeknik Kesehatan Surakarta.

Shah, S., 2012. Column: Why MDs Dread EMRs. *Journal of Surgical Radiology,* Volume 1, pp. 1-60.

Sugiyono, 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D.* Bandung: CV Alfabeta.

Sujarweni, V. & Wiratna, 2014. *Metode Penelitian: Lengkap, Praktis, dan Mudah Dipahami.* Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Susilowati, D., 2016. *Promosi Kesehatan.* Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Tiorentap, D., 2020. Manfaat Penerapan Rekam Medis Elektronik di Negara Berkembang: Systematic Literature Review. *Indonesian of Health Information Management Journal,* pp. 69-79.

Triyanti, E. & Weningsih, I., 2018. *Manajemen Informasi Kesehatan III Desain Formulir.* Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Utari, U., 2018. *Hubungan Pengalaman Pasien dengan Loyalitas Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar.* Makassar: Universitas Hassanudin.

Valentina & Ritonga, S., 2019. *Pelatihan Pembuatan dan Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional (SPO) Penyimpanan Rekam Medis dalam Penanggulangan Terjadinya Duplikasi Nomor Rekam Medis di Puskesmas Bromo.* Medan: Universitas Imelda Medan.

WHO, 2018. *Continuity and Coordination of Care.* Spain: World Health Organization.

Windari, A. & Kristijono, A., 2016. Analisis Ketepatan Koding yang Dihasilkan Koder di RSUD Ungaran. *Jurnal Riset Kesehatan,* 5(1).

Wolf, J., Niederhauser, V. & Marshburn, D., 2014. Defining Patient Experience. *Patient Experience Journal,* Volume 2.

Wong, S. & Haggerty, J., 2013. *Measuring Patient Experiences in Primary Health Care.* Vancouver: UBC Centre for Health Services and Policy Research.