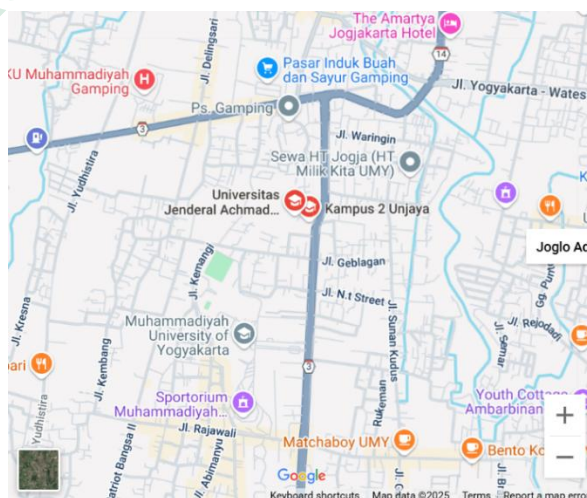


BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta. Program studi ini berada di bawah naungan Fakultas Kesehatan yang memiliki visi menjadi fakultas unggul dan terdepan di bidang kesehatan di tingkat nasional serta mewarisi nilai-nilai kejuangan Jenderal Achmad Yani. Prodi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan telah terakreditasi "Unggul" oleh LAM-PTKes berdasarkan SK Nomor 0118/LAM-PTKes/Akr/Dip/II/2023. Dalam mendukung proses pembelajaran, prodi ini dilengkapi dengan berbagai sarana dan prasarana penunjang, termasuk laboratorium terpadu yang mencakup laboratorium rekam medis manual, rekam medis elektronik, *coding and reimbursement*, statistik dan pelaporan, audit dan dokumen klinis, serta laboratorium komputer. Kurikulum yang diterapkan berbasis Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) dan telah disesuaikan dengan perkembangan teknologi serta kebutuhan dunia kerja, dengan total beban studi 118 SKS yang ditempuh selama 6 semester. Program studi ini juga menekankan pada kompetensi praktis mahasiswa melalui praktik laboratorium dan praktik kerja lapangan, salah satunya dalam bentuk PKL Elektif Rekam Medis Elektronik. Adapun gambaran lokasi penelitian sebagai berikut :



Gambar 4. 1 Peta Lokasi Penelitian

B. Gambaran Pelaksanaan PKL Elektif RME

Penelitian ini dilakukan pada mahasiswa aktif semester VI Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, yang mengikuti mata kuliah Praktik Kerja Lapangan (PKL) Elektif Rekam Medis Elektronik (RME). PKL Elektif RME ini dilaksanakan dari tanggal 17 Februari 2025 hingga 15 Maret 2025, yang merupakan bentuk pembelajaran praktik lapangan yang dirancang untuk membekali mahasiswa dalam pengelolaan sistem informasi kesehatan berbasis elektronik secara langsung di fasilitas pelayanan kesehatan. Kegiatan ini mencakup identifikasi kebutuhan sistem, struktur dan elemen data, penerapan standarisasi dan interoperabilitas, aspek keamanan serta hukum RME, hingga evaluasi terhadap implementasi sistem RME yang digunakan di lahan praktik. Selain itu, mahasiswa juga dilatih untuk menganalisis permasalahan yang muncul di lapangan dan merancang solusi melalui pendekatan *problem solving*. Proses PKL dilakukan secara terstruktur, termasuk pengisian *log book* harian dan penyusunan laporan individu sebagai bentuk pertanggungjawaban. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur perubahan tingkat pengetahuan mahasiswa sebelum dan sesudah mengikuti PKL Elektif RME. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 124 mahasiswa, yang terbagi ke dalam kelompok *pre-test* dan *pos-test*. Jumlah tersebut telah melampaui batas minimum sampel yang dihitung menggunakan rumus Slovin, yaitu sebanyak 49 responden, sehingga data yang diperoleh dinilai representatif untuk dianalisis secara deskriptif.

Pelaksanaan Praktik Kerja Lapangan (PKL) Elektif Rekam Medis Elektronik (RME) diikuti oleh mahasiswa semester VI Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta. Kegiatan ini dilaksanakan di beberapa rumah sakit mitra yang berada di wilayah Yogyakarta dan sekitarnya terdapat 23 RS Tipe A-D. Mahasiswa dibagi ke dalam kelompok-kelompok kecil dan ditempatkan di masing-masing rumah sakit tersebut selama masa praktik. Sebelum pelaksanaan PKL, mahasiswa mendapatkan pembekalan berupa teori dasar tentang sistem

RME, termasuk pemahaman alur kerja sistem informasi kesehatan, aspek keamanan data, peraturan hukum yang berlaku, serta simulasi penggunaan sistem RME. Pembekalan ini menjadi tahap awal atau input yang penting untuk membekali mahasiswa dengan pengetahuan dasar sebelum terjun ke lapangan. Selain itu, mahasiswa juga dibekali dengan panduan teknis terkait pengisian *log book* dan pelaporan hasil kegiatan.

Tahap proses dilakukan selama mahasiswa menjalankan PKL di rumah sakit. Dalam tahap ini, mahasiswa bertugas untuk mengamati dan mempelajari sistem RME yang digunakan di masing-masing rumah sakit, melakukan identifikasi kebutuhan sistem, mengevaluasi keamanan data, interoperabilitas antar unit, serta mengkaji efektivitas implementasi sistem tersebut. Mahasiswa juga melakukan wawancara dengan petugas rekam medis dan pihak terkait untuk mendalami kendala serta kelebihan sistem yang digunakan. Semua kegiatan tersebut dicatat secara sistematis dalam *log book* harian. Hasil dari kegiatan PKL ini menjadi tahap output, yang diwujudkan dalam bentuk laporan akhir berisi analisis implementasi sistem RME, serta rekomendasi perbaikan berdasarkan pendekatan pemecahan masalah (*problem solving*). Selain itu, mahasiswa juga melakukan presentasi hasil kegiatan di hadapan dosen pembimbing dan mitra rumah sakit. Evaluasi kegiatan dilakukan berdasarkan keaktifan mahasiswa, kelengkapan *log book*, kualitas laporan akhir, dan hasil *pos-test* yang menggambarkan peningkatan pengetahuan mahasiswa setelah mengikuti kegiatan PKL.

C. Hasil Penelitian

1. Gambaran Karakteristik Responden

Hasil penelitian yang dilaksanakan di Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta diperoleh dari jawaban responden terhadap kuesioner tingkat pengetahuan mahasiswa yang terdiri dari 63 responden pada tahap *pre-test* dan 61 responden pada tahap *post-test*. Karakteristik tersebut meliputi kelas, jenis kelamin, moda transportasi, indeks prestasi kumulatif (IPK), serta lokasi rumah sakit tempat pelaksanaan PKL Elektif Rekam Medis Elektronik (RME).

Tabel 4. 1 Karakteristik Responden Mahasiswa Program Studi D-3 RMIK Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta Sebelum dan Sesudah Mengikuti PKL Elektif RME

Kategori Responden	Pretest		Posttest	
	n	%	n	%
Kelas				
A	23	36,51	25	40,98
B	40	63,49	36	59,02
Total	63	100,00	61	100,00
Jenis Kelamin				
Laki-laki	14	22,22	10	16,39
Perempuan	46	73,02	48	78,69
Tidak Mau Menyebutkan	3	4,76	3	4,92
Total	63	100,00	61	100,00
IPK				
≤2,50	1	1,59	0	0,00
2,51-3,50	15	23,81	19	31,15
>3,50	45	71,43	36	59,02
Tidak Mau Menyebutkan	2	3,17	6	9,84
Total	63	100,00	61	100,00
Moda Transportasi				
Berboncengan dengan teman	13	20,63	13	21,31
Menggunakan jasa transportasi online (Gojek, Grab dsb)	4	6,35	5	8,20
Berkendara sendiri	41	65,08	42	69,85
Diantar	1	1,59	0	0,00
Lainnya	4	6,35	1	1,64
Total	63	100,00	61	100,00
Tempat Praktik				
Tipe A	3	4,76	2	3,28
Tipe B	22	34,92	19	31,15
Tipe C	14	22,22	14	22,95
Tipe D	24	38,10	26	42,62
Total	63	100,00	61	100,00

Sumber : Data Primer Penelitian 2025

Pada tabel 4.1 menyajikan distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik demografis dan latar belakang, bahwa dari 63 responden pada tahap *pre-test* dan 61 responden pada tahap *post-test*, mayoritas berasal dari Kelas B, yaitu 40 responden (63,49%) pada *pre-test* dan 36 responden (59,02%) pada *post-test*. Berdasarkan jenis kelamin, mayoritas responden

adalah perempuan, yaitu 46 responden (73,02%) pada *pre-test* dan 48 responden (78,69%) pada *post-test*. Pada kategori IPK, mayoritas responden memiliki IPK >3,50, yaitu 45 responden (71,43%) pada *pre-test* dan 36 responden (59,02%) pada *post-test*. Moda transportasi yang paling banyak digunakan adalah berkendara sendiri, sebanyak 41 responden (65,08%) pada *pre-test* dan 42 responden (69,85%) pada *post-test*. Sementara itu, tempat praktik paling banyak dilakukan di rumah sakit tipe D dengan jumlah 24 responden (38,10%) pada *pre-test* dan 26 responden (42,62%) pada *post-test*. Karakteristik ini memberikan gambaran umum mengenai latar belakang responden dalam penelitian ini dan mengindikasikan bahwa sebagian besar mahasiswa cenderung memiliki capaian akademik tinggi, menggunakan kendaraan pribadi karena faktor fleksibilitas, dan memilih tempat praktik tipe tertentu yang mungkin dirasa lebih sesuai atau strategis.

2. Gambaran Deskripsi Jawaban Butir Kuesioner yang Diisi Responden

Pada Tabel 4.2 menyajikan data mengenai karakteristik jawaban responden terhadap butir soal kuesioner yang meliputi empat dimensi utama: Pengetahuan Umum, Standarisasi dan *Interoperabilitas* Data, Evaluasi Kualitas, serta Keamanan Rekam Medis Elektronik (RME). Tabel ini membandingkan jumlah dan persentase jawaban benar dan salah pada *pre-test* dan *post-test* yang dilakukan sebelum dan sesudah mahasiswa Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta mengikuti PKL Elektif RME.

Tabel 4. 2 Deskripsi Berdasarkan Hasil Jawaban Butir Kuesioner Tingkat Pengetahuan Mahasiswa Program Studi D-3 RMIK Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta Sebelum dan Sesudah PKL Elektif RME

Pernyataan	<i>Pre-test</i>				Jumlah (%)	<i>Pos-test</i>				Jumlah (%)
	Salah		Benar			Salah		Benar		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Pengetahuan Umum RME										
Rekam medis adalah salah satu bagian dari sistem informasi kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan dan terhubung dengan bagian sistem	7	11,11	56	88,89	63 (100,00)	3	4,92	58	95,08	61 (100,00)

Pernyataan	<i>Pre-test</i>				Jumlah (%)	<i>Pos-test</i>				Jumlah (%)
	Salah		Benar			Salah		Benar		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
informasi lain dalam fasilitas kesehatan										
PMIK berwenang dalam melakukan pengisian informasi klinis dalam rekam medis elektronik	39	61,90	24	38,10	63 (100,00)	28	45,90	33	54,10	61 (100,00)
Kementerian kesehatan adalah badan yang bertugas memfasilitasi dan mengawasi penyelenggaraan rekam medis elektronik pada fasyankes di Indonesia	4	6,35	59	93,65	63 (100,00)	3	4,92	58	95,08	61 (100,00)
Isi dokumen rekam medis elektronik hanya berisikan dokumen klinis	15	23,81	48	76,19	63 (100,00)	49	80,33	12	19,67	61 (100,00)
Standarisasi dan Interoperabilitas Data										
Rekam medis elektronik harus memiliki kemampuan interoperabilitas tanpa perlu memerhatikan kompatibilitas	14	22,22	49	77,78	63 (100,00)	50	81,97	11	18,03	61 (100,00)
Interoperabilitas merupakan kemampuan sistem elektronik untuk saling bertukar data dengan sistem elektronik lain menggunakan standar pertukaran data	1	1,59	62	98,41	63 (100,00)	3	4,92	58	95,08	61 (100,00)
Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/ MENKES/ 1423/ 2022 adalah regulasi yang mengatur tentang variabel dan metadata pada penyelenggaraan rekam medis elektronik	2	3,17	61	96,83	63 (100,00)	1	1,64	60	98,36	61 (100,00)
Rekam medis elektronik tidak wajib diintegrasikan dengan SatuSehat	14	22,22	49	77,78	63 (100,00)	53	86,89	8	13,11	61 (100,00)
Analisis kualitatif rekam medis elektronik tidak dapat dilakukan hanya oleh PMIK	22	34,92	41	65,08	63 (100,00)	19	31,15	42	68,85	61 (100,00)
Meta data kesehatan pada rekam medis elektronik berisi definisi, format dan kodifikasi	7	11,11	56	88,89	63 (100,00)	5	8,20	56	91,80	61 (100,00)
Evaluasi Kualitas RME										
Parameter penilaian <i>digital maturity index</i> (DMI)	3	4,76	60	95,24	63 (100,00)	1	1,64	60	98,36	61 (100,00)

Pernyataan	Pre-test				Jumlah (%)	Pos-test				Jumlah (%)
	Salah		Benar			Salah		Benar		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
adalah kepemimpinan dan tata kelola, manajemen SDM, infrastruktur TIK pendukung, standar dan interoperabilitas, Kualitas dan penggunaan data										
EMRAM bukan merupakan metode untuk menilai kematangan rekam medis elektronik	20	31,75	43	68,25	63 (100,00)	49	80,33	12	19,67	61 (100,00)
Penerimaan rekam medis elektronik oleh pengguna dapat diidentifikasi menggunakan <i>technology acceptance model</i> (TAM)	1	1,59	62	98,41	63 (100,00)	1	1,64	60	98,36	61 (100,00)
Kemudahan penggunaan merupakan aspek yang menentukan penerimaan rekam medis elektronik oleh pengguna	2	3,17	61	96,83	63 (100,00)	0	0,00	61	100,00	61 (100,00)
Keamanan Rekam Medis Elektronik										
Penyimpanan data Rekam Medis Elektronik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan paling singkat selama 20 tahun sejak tanggal kunjungan terakhir	36	57,14	27	42,86	63 (100,00)	20	32,79	41	67,21	61 (100,00)
Keamanan data pada rekam medis elektronik belum diatur pada PMK nomor 24 tahun 2022 tentang rekam medis	28	44,44	35	55,56	63 (100,00)	33	54,10	28	45,90	61 (100,00)
Rekam medis elektronik memungkinkan setiap tenaga kesehatan melihat keseluruhan data pasien secara lengkap tanpa ada batasan	25	39,68	38	60,32	63 (100,00)	33	54,10	28	45,90	61 (100,00)
Rekam medis elektronik harus memenuhi prinsip keamanan data dan informasi berupa kerahasiaan, integritas dan ketersediaan	1	1,59	62	98,41	63 (100,00)	1	1,64	60	98,36	61 (100,00)
Jaminan keamanan data dan informasi dari gangguan pihak internal dan eksternal pada rekam medis elektronik merupakan bentuk dari integritas	53	84,13	10	15,87	63 (100,00)	8	13,11	53	86,89	61 (100,00)

Pernyataan	Pre-test				Jumlah (%)	Pos-test				Jumlah (%)
	Salah		Benar			Salah		Benar		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Isi rekam medis elektronik bukan hanya milik pasien namun juga milik fasilitas pelayanan kesehatan	50	79,37	13	20,63	63 (100,00)	0	0,00	61	100,00	61 (100,00)

Sumber : Data Primer Penelitian 2025

Berdasarkan Tabel 4.2, mayoritas butir soal mengalami peningkatan pemahaman setelah mahasiswa mengikuti PKL Elektif RME. Namun demikian, analisis terhadap butir pernyataan *unfavorable* dan *favorable* menunjukkan adanya beberapa miskonsepsi yang perlu ditindaklanjuti dalam proses pembelajaran. Adapun uraian pada masing-masing dimensi sebagai berikut:

a. Pengetahuan Umum RME

Sebagian besar mahasiswa memahami bahwa RME adalah bagian dari sistem informasi kesehatan, ditunjukkan dari peningkatan jawaban benar dari 88,89% menjadi 95,08%. Namun, pada pernyataan "PMIK berwenang dalam melakukan pengisian informasi klinis dalam RME", yang merupakan pernyataan *unfavorable*, justru terjadi peningkatan kesalahan: terdapat 24 responden (38,10%) yang menjawab benar pada *pre-test*, dan meningkat menjadi 33 orang (54,10%) pada *post-test*. Ini menunjukkan bahwa semakin banyak mahasiswa yang menganggap PMIK berwenang, padahal pengisian informasi klinis merupakan tanggung jawab dokter atau perawat. Sebaliknya, pada soal *unfavorable* "Isi dokumen RME hanya berisikan dokumen klinis", justru terjadi peningkatan pemahaman: dari 76,19% (48 orang) pada *pre-test* menjadi 19,67% (12 orang) pada *post-test*. Karena ini pernyataan salah, penurunan jumlah jawaban "benar" (dalam arti responden menganggap pernyataan ini benar) berarti lebih banyak mahasiswa yang bisa mengidentifikasi bahwa pernyataan ini keliru yang menunjukkan peningkatan pemahaman.

b. Standarisasi dan *Interoperabilitas* Data

Peningkatan pemahaman terjadi secara signifikan pada dimensi ini. Responden menunjukkan pemahaman tinggi terhadap pernyataan *favorable*

seperti definisi *interoperabilitas* dan metadata. Untuk pernyataan *unfavorable* seperti "RME harus memiliki *interoperabilitas* tanpa memperhatikan kompatibilitas" dan "RME tidak wajib diintegrasikan dengan SatuSehat", terjadi peningkatan tajam dalam jumlah responden yang menjawab benar (mengenali bahwa pernyataan tersebut salah), yang menggambarkan bahwa mahasiswa semakin memahami pentingnya integrasi dan kompatibilitas sistem.

c. Evaluasi Kualitas RME

Pada Evaluasi Kualitas RME Responden juga menunjukkan peningkatan pemahaman terhadap indikator evaluasi kualitas. Pernyataan *favorable* seperti kemudahan penggunaan sistem dan peran *Digital Maturity Index* dipahami sangat baik. Pada pernyataan *unfavorable* "EMRAM bukan metode evaluasi kematangan RME", terjadi peningkatan signifikan dalam jawaban benar (responden memahami bahwa ini pernyataan salah) dari 31,75% menjadi 80,33%, yang menandakan pemahaman lebih baik terhadap metode penilaian sistem informasi.

d. Keamanan Data RME

Pada Keamanan Data RME Mayoritas responden menunjukkan pemahaman yang kuat terhadap prinsip dasar keamanan data seperti kerahasiaan, integritas, dan ketersediaan, sebagaimana terlihat dari tingginya persentase jawaban benar pada butir *favorable*. Selain itu, pemahaman terhadap pernyataan *unfavorable* juga meningkat, misalnya pada soal "Keamanan belum diatur dalam PMK" dan "Setiap tenaga kesehatan dapat mengakses semua data pasien tanpa batasan", jumlah responden yang menjawab benar meningkat dari 44,44% menjadi 54,10% dan dari 39,68% menjadi 54,10%. Hal ini menunjukkan bahwa mahasiswa semakin memahami pentingnya dasar hukum serta pembatasan akses dalam penerapan RME.

3. Gambaran Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Masing-Masing Dimensi

Berdasarkan hasil pengukuran tingkat pengetahuan mahasiswa pada *pre-test* dan *pos-test* yang dibagi menjadi 4 indikator utama, didapatkan hasil sebagaimana dirangkum pada tabel 4.3 berikut.

Tabel 4. 3 Deskripsi Berdasarkan Indikator Tingkat Pengetahuan Mahasiswa Program Studi D-3 RMIK Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta Berdasarkan Masing-Masing Dimensi Sebelum dan Sesudah PKL Elektif RME

INDIKATOR	<i>Pre-test</i>						
	Mean Skor	Kurang		Cukup		Baik	
	\bar{x}	n	%	n	%	n	%
Pengetahuan umum RME	14,84	3	4,76	14	22,22	46	73,02
Standarisasi dan Interoperabilitas RME	16,83	1	1,59	17	26,98	45	71,43
Kualitas RME	17,94	1	1,59	2	3,17	60	95,24
Keamanan data RME	9,79	25	39,68	34	53,97	4	6,35
Rerata Skor	14,53						

INDIKATOR	<i>Pos-test</i>						
	Mean Skor	Kurang		Cukup		Baik	
	\bar{x}	n	%	n	%	n	%
Pengetahuan umum RME	13,33	4	6,56	24	39,34	33	54,10
Standarisasi dan Interoperabilitas RME	12,67	5	8,20	46	75,41	10	16,39
Kualitas RME	15,67	0	0,00	2	3,28	59	96,72
Keamanan data RME	14,67	2	3,28	29	47,54	30	49,18
Rerata Skor	14,10						

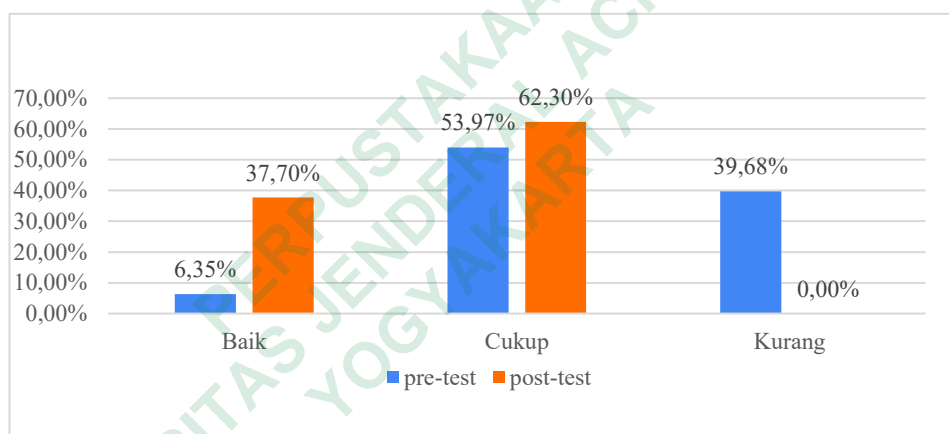
Sumber : Data Primer Penelitian 2025

Berdasarkan Tabel 4.3 di atas, terlihat variasi tingkat pengetahuan mahasiswa pada masing-masing dimensi sebelum dan sesudah PKL Elektif RME. Sebelum PKL, kategori "baik" paling tinggi terdapat pada dimensi Kualitas RME (95,24%) dengan mean skor 17,94 dan paling rendah pada Keamanan Data (6,35%) dengan mean skor 9,79. Setelah PKL, dimensi Kualitas RME tetap menempati posisi tertinggi dengan 96,72% responden berada di kategori "baik", sedangkan Pengetahuan Umum mengalami penurunan menjadi 54,10% pada kategori yang sama. Sementara itu, Standarisasi mengalami penurunan signifikan dari 71,43% menjadi 16,39% pada kategori "baik". Secara umum terjadi pergeseran positif pada dimensi Keamanan Data yang sebelumnya didominasi kategori "kurang" (39,68%) menjadi mayoritas "cukup" (47,54%) dan "baik" (49,18%). Jika dilihat dari rata-rata skor keseluruhan, terjadi penurunan dari 14,53 pada *pre-test* menjadi 14,10 pada *post-test*. Meskipun mengalami penurunan, nilai rerata tersebut masih berada dalam kategori pengetahuan baik. Hal ini menunjukkan bahwa secara umum mahasiswa telah

memiliki dasar pengetahuan yang kuat, namun terdapat beberapa aspek yang perlu diperkuat kembali agar capaian kompetensi lebih optimal dan merata di seluruh dimensi.

4. Gambaran Tingkat Pengetahuan Mahasiswa Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta Sebelum dan Sesudah PKL Elektif RME.

Pengukuran tingkat pengetahuan mahasiswa secara keseluruhan sebelum dan sesudah mengikuti PKL Elektif RME ditunjukkan melalui diagram batang berikut. Diagram ini menyajikan persentase responden dalam tiga kategori tingkat pengetahuan, yaitu kurang, cukup, dan baik, berdasarkan hasil *pre-test* dan *post-test*.



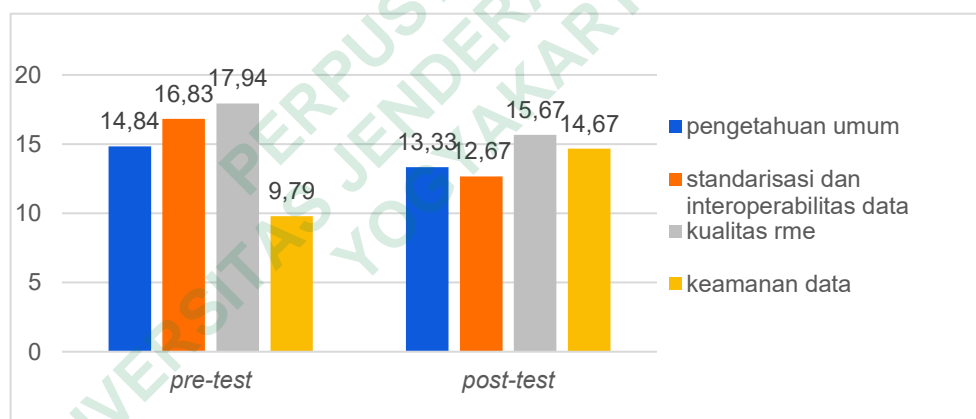
Gambar 4. 2 Deskripsi Berdasarkan Tingkat Pengetahuan *Pre-test* dan *Pos-test*

Berdasarkan hasil pengukuran tingkat pengetahuan mahasiswa sebelum dan sesudah mengikuti PKL Elektif Rekam Medis Elektronik (RME), terlihat adanya peningkatan yang signifikan. Pada saat *pre-test*, mayoritas mahasiswa berada pada kategori cukup sebesar 53,97%, disusul oleh kategori kurang sebanyak 39,68%, dan hanya 6,35% mahasiswa yang berada pada kategori baik. Setelah mengikuti PKL Elektif RME, terjadi perubahan yang mencolok, di mana seluruh mahasiswa yang sebelumnya berada pada kategori kurang berhasil meningkat, sehingga pada *pos-test* tidak terdapat lagi mahasiswa dalam kategori kurang (0,00%). Selain itu, proporsi mahasiswa pada kategori baik meningkat signifikan dari 6,35% menjadi 37,70%, sedangkan kategori cukup juga

mengalami peningkatan dari 53,97% menjadi 62,30%. Hasil ini menunjukkan bahwa pelaksanaan PKL Elektif RME memberikan dampak positif dalam meningkatkan pemahaman dan pengetahuan mahasiswa terkait materi Rekam Medis Elektronik.

5. Gambaran Rerata Skor Masing-Masing Dimensi Pada Tingkat Pengetahuan Mahasiswa Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta Sebelum dan Sesudah PKL Elektif RME.

Rerata skor pada masing-masing dimensi pengetahuan mahasiswa, yang terbagi ke dalam empat dimensi yaitu Pengetahuan Umum RME, Standarisasi dan Interoperabilitas Data, Evaluasi Kualitas RME, dan Keamanan Data RME disajikan dalam diagram berikut. Rerata skor ditampilkan untuk tahap *pre-test* dan *post-test* guna memberikan gambaran perubahan pemahaman mahasiswa setelah mengikuti kegiatan PKL.



Gambar 4.3 Hasil Rerata Skor Masing-Masing Dimensi

Berdasarkan Gambar 4.3, rerata skor pengetahuan mahasiswa pada saat *pre-test* tertinggi terdapat pada dimensi Evaluasi Kualitas RME (17,94), diikuti oleh Standarisasi dan Interoperabilitas (16,83), Pengetahuan Umum RME (14,84), dan Keamanan Data RME sebagai yang terendah (9,79). Setelah PKL (*post-test*), hanya dimensi Keamanan Data yang mengalami peningkatan menjadi (14,67), sedangkan tiga dimensi lainnya justru mengalami penurunan, yaitu Standarisasi dan Interoperabilitas (12,67), Pengetahuan Umum RME

(13,33), dan Evaluasi Kualitas RME (15,67). Meskipun sebagian besar dimensi mengalami penurunan, peningkatan pada aspek keamanan data menunjukkan adanya penguatan pemahaman mahasiswa terhadap hal-hal yang bersifat esensial setelah pelaksanaan PKL Elektif.

D. Pembahasan

Hasil penelitian menggambarkan adanya peningkatan tingkat pengetahuan mahasiswa setelah mengikuti PKL Elektif Rekam Medis Elektronik (RME). Peningkatan ini tercermin dari perbandingan hasil *pre-test* dan *post-test* yang menunjukkan pergeseran ke arah pemahaman yang lebih baik. Namun, untuk memahami bagaimana peningkatan ini terjadi, perlu dilihat secara menyeluruh mulai dari latar belakang mahasiswa, pengalaman praktik, hingga respon mereka terhadap setiap indikator pengetahuan yang diukur.

Dari sisi karakteristik, sebagian besar responden berasal dari kelas B (63,49% saat *pre-test* dan 59,02% saat *post-test*) dan didominasi oleh perempuan (73,02% *pre-test* dan 78,69% *post-test*). Sebagian besar memiliki IPK di atas 3,50 (71,43% *pre-test* dan 59,02% *post-test*), serta berkendara sendiri ke tempat praktik (65,08% *pre-test* dan 69,85% *post-test*). Mayoritas juga ditempatkan di rumah sakit tipe D (38,10% *pre-test* dan 42,62% *post-test*). Karakteristik ini cukup penting karena memberikan gambaran bahwa responden memiliki latar belakang akademik yang baik dan cenderung mandiri. Faktor-faktor ini berpengaruh terhadap kesiapan mahasiswa dalam mengikuti kegiatan praktik, terutama dalam hal kemampuan menyerap dan mengaplikasikan materi di lapangan.

Hal ini sejalan dengan pendapat Veronika et al., (2021) yang menyatakan bahwa faktor internal seperti usia dan prestasi akademik berperan besar dalam penyerapan informasi. Mayoritas responden juga berada pada tahap perkembangan *kognitif* formal operasional (Piaget), yang memungkinkan mereka berpikir lebih logis dan kritis. Selain itu, variasi lokasi praktik turut memperkaya pengalaman belajar mahasiswa. Thaariq et al., (2024) juga menjelaskan bahwa kualitas fasilitas dan pembimbing di tempat praktik memengaruhi kedalaman pemahaman yang

diperoleh mahasiswa. Dengan demikian, karakteristik responden menjadi fondasi awal yang mendukung tercapainya peningkatan pengetahuan selama PKL.

Jika dilihat dari hasil isian kuesioner, sebagian besar mahasiswa menunjukkan peningkatan jumlah jawaban benar setelah PKL. Namun, tidak semua soal mengalami perbaikan pemahaman secara merata. Pada dimensi Pengetahuan Umum, terdapat dua indikator *favorable* dan dua indikator *unfavorable*. Peningkatan pemahaman terjadi pada pernyataan *favorable* seperti “RME merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan” yang dijawab benar oleh 88,89% mahasiswa saat *pre-test* dan meningkat menjadi 95,08% pada *post-test*. Selain itu, pemahaman juga meningkat pada indikator *favorable* lainnya, yaitu “RME merupakan sistem informasi berbasis komputer untuk mendokumentasikan data klinis”, dari 93,65% menjadi 96,72%. Namun, pada indikator *unfavorable* seperti “PMIK berwenang dalam melakukan pengisian informasi klinis”, justru terjadi peningkatan jumlah mahasiswa yang menjawab ‘benar’, dari 24 mahasiswa (38,10%) menjadi 33 mahasiswa (54,10%). Karena pernyataan ini salah, maka jawaban ‘benar’ menunjukkan miskonsepsi. Artinya, semakin banyak mahasiswa yang mengalami kekeliruan dalam memahami batas kewenangan PMIK setelah PKL. Temuan ini menunjukkan bahwa kegiatan praktik belum sepenuhnya berhasil mengoreksi pemahaman dasar mahasiswa mengenai peran profesi dalam sistem RME, dan hal ini perlu menjadi perhatian dalam evaluasi kurikulum. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Raharjo et al., (2025) yang juga menggunakan format *pre-post test* dalam konteks pengenalan RME menunjukkan pola serupa, di mana terdapat peningkatan pemahaman dasar secara signifikan setelah intervensi sosialisasi dan praktik, tetapi pemahaman terhadap aspek teknis tingkat lanjut tetap memerlukan pendalaman lanjutan.

Temuan ini menunjukkan bahwa tidak semua peningkatan skor mencerminkan pemahaman yang tepat. Dalam konteks pernyataan *unfavorable*, peningkatan jumlah jawaban ‘benar’ justru menunjukkan miskonsepsi yang semakin meluas. Hal ini menjadi catatan penting bagi pendidik untuk lebih menekankan aspek kritis terhadap isi pernyataan dalam evaluasi pembelajaran,

serta memperkuat materi mengenai batas peran profesi dan pentingnya komunikasi interpersonal dalam pelayanan kesehatan.

Kondisi serupa juga terlihat pada dimensi Standarisasi dan Interoperabilitas. Mahasiswa menunjukkan pemahaman yang sangat baik terhadap definisi interoperabilitas sejak awal, meskipun terjadi sedikit penurunan jumlah jawaban benar dari 98,41% pada *pre-test* menjadi 95,08% pada *post-test*. Di sisi lain, pada pernyataan unfavorable seperti “RME harus memiliki kemampuan interoperabilitas tanpa perlu memerhatikan kompatibilitas,” terjadi peningkatan jumlah mahasiswa yang menjawab salah (sesuai dengan kunci jawaban), dari 14 mahasiswa (22,22%) pada *pre-test* menjadi 50 mahasiswa (81,97%) pada *post-test*. Hal ini menunjukkan bahwa pemahaman mahasiswa terhadap pentingnya kompatibilitas sebagai syarat interoperabilitas semakin baik setelah mengikuti PKL. Temuan ini juga sejalan dengan realitas di lapangan yang tidak selalu seideal konsep teori, sehingga mahasiswa perlu menyesuaikan pemahamannya terhadap situasi faktual yang mereka temui. Dalam konteks ini, Alawiyah, (2022) menyatakan bahwa pemahaman teknis mengenai interoperabilitas seringkali sulit dikuasai apabila mahasiswa tidak mendapatkan paparan langsung dalam bentuk praktik sistem yang terintegrasi. Maka, pembelajaran tidak cukup hanya dengan pendekatan konseptual.

Pada dimensi Evaluasi Kualitas RME, indikator seperti DMI dan TAM cukup dipahami mahasiswa. Namun untuk soal mengenai EMRAM sebagai metode evaluasi, jawaban benar justru menurun dari 68,25% menjadi 19,67%. Ini menunjukkan bahwa materi evaluasi kualitas belum sepenuhnya tersampaikan secara efektif dalam praktik. Hal ini sejalan dengan pendapat Kolb, (1984), bahwa pengalaman langsung sangat memengaruhi efektivitas pembelajaran. Maka, diperlukan pendekatan yang lebih konkret agar mahasiswa dapat mengaitkan teori dengan praktik secara lebih utuh. Sejalan dengan itu, Veronika et al., (2021) juga menyebutkan bahwa evaluasi sistem informasi memerlukan pemahaman komprehensif dari sisi teori dan keterpaparan terhadap praktik penilaian mutu sistem di fasilitas kesehatan.

Sebaliknya, dimensi Keamanan Data memperlihatkan hasil yang lebih positif dan stabil. Mahasiswa mulai memahami pentingnya kerahasiaan dan

pembatasan akses terhadap data pasien. Pada soal tentang prinsip kerahasiaan, integritas, dan ketersediaan, jawaban benar tetap tinggi yaitu 98,41% saat *pre-test* dan 98,36% saat *post-test*. Pemahaman mengenai hak akses juga mengalami perbaikan, meskipun jawaban benar justru menurun dari 60,32% menjadi 54,10%. Hal ini memperlihatkan bahwa praktik di lapangan mampu memperkuat kesadaran mahasiswa terhadap urgensi keamanan informasi dalam sistem RME. Pergeseran pemahaman mahasiswa juga terlihat jelas dalam analisis dimensi pengetahuan. Sebelum PKL, dimensi Kualitas RME berada pada kategori “baik” tertinggi (95,24%), disusul Standarisasi dan Interoperabilitas (71,43%), Pengetahuan Umum (73,02%), dan Keamanan Data (6,35%). Setelah PKL, Kualitas RME tetap tinggi (96,72%) dan Keamanan Data meningkat signifikan menjadi 49,18%. Sementara itu, dimensi Standarisasi dan Interoperabilitas mengalami penurunan kategori “baik” menjadi 16,39%, walaupun kategori “cukup” meningkat dari 26,98% menjadi 75,41%. Hal ini menandakan bahwa mahasiswa cenderung menilai pemahamannya secara lebih realistis setelah terjun langsung ke lapangan. Fenomena ini sejalan dengan teori *constructivism* oleh Piaget, (1972) dalam Saputro & Pakpahan, (2021), yang menyatakan bahwa pengetahuan akan terus dibentuk ulang berdasarkan pengalaman baru. Mahasiswa yang sebelumnya merasa paham secara teoritis, justru menemukan kompleksitas yang belum mereka antisipasi saat praktik berlangsung. Perubahan persepsi ini merupakan bagian dari proses belajar yang sehat, karena menunjukkan adanya penyesuaian dan refleksi terhadap pengalaman nyata. Kolb, (1984) juga menekankan bahwa kualitas pengalaman akan menentukan sejauh mana pengetahuan dapat dipahami dan diterapkan. Pandangan ini diperkuat oleh Notoatmodjo, (2011) dalam Wicaksana, (2018), yang menjelaskan bahwa pembelajaran melalui pengalaman langsung merupakan cara paling efektif dalam meningkatkan pemahaman peserta didik secara berkelanjutan.

Jika dilihat secara keseluruhan, terjadi pergeseran kategori tingkat pengetahuan mahasiswa setelah mengikuti PKL Elektif RME. Sebelum PKL, mayoritas mahasiswa berada pada kategori “cukup” (53,97%) dan “kurang” (39,68%), serta hanya 6,35% yang termasuk kategori “baik”. Setelah PKL, kategori

“kurang” tidak lagi ditemukan (0,00%), sementara kategori “baik” meningkat signifikan menjadi 37,70%. Temuan ini menunjukkan bahwa keterlibatan langsung dalam praktik memberikan dampak nyata terhadap peningkatan pengetahuan mereka dalam memahami sistem RME. Peningkatan ini tidak terlepas dari pendekatan pembelajaran berbasis pengalaman yang diterapkan dalam kegiatan PKL. Hal ini sejalan dengan pendekatan *andragogi* oleh *Knoewles*, (1984) dalam *Abeni*, (2020), yang menyatakan bahwa pembelajaran orang dewasa akan lebih efektif jika dikaitkan dengan pengalaman nyata dan kebutuhan aktual peserta didik. Melalui keterlibatan aktif dalam praktik di lapangan, mahasiswa tidak hanya memperoleh pemahaman konseptual, tetapi juga mampu menyesuaikannya dengan konteks situasi nyata yang mereka hadapi.

Selain dilihat dari distribusi kategori, tingkat pengetahuan mahasiswa juga dapat dianalisis melalui rerata skor keseluruhan. Pendekatan ini memberikan perspektif kuantitatif yang lebih spesifik terhadap pencapaian pengetahuan mahasiswa sebelum dan sesudah praktik. Berdasarkan hasil penelitian, rerata skor total mahasiswa justru mengalami sedikit penurunan, dari 14,53 menjadi 14,10. Meskipun terjadi penurunan nilai rata-rata, skor tersebut masih berada dalam kategori “baik”. Temuan ini tidak serta-merta menunjukkan penurunan pemahaman, tetapi bisa menjadi cerminan dari proses reflektif mahasiswa setelah terjun ke lapangan. Artinya, setelah melihat kondisi nyata di fasilitas pelayanan kesehatan, mahasiswa mungkin menilai ulang pemahamannya secara lebih kritis dan realistis. Hal ini sejalan dengan teori pembelajaran *experiential learning* dari *Kolb*, (1984), yang menyatakan bahwa pengalaman konkret memicu proses refleksi dan rekonstruksi pengetahuan. Dalam konteks ini, PKL bukan hanya sarana untuk menerapkan teori, tetapi juga ruang untuk merefleksikan pemahaman sebelumnya dan menyesuaikannya dengan realitas praktik.

Selaras dengan hal tersebut, *Technology Acceptance Model* (TAM) oleh *Davis* (1989) dalam *Wicaksono*, (2022), menjelaskan bahwa penerimaan terhadap teknologi sangat dipengaruhi oleh persepsi terhadap kemudahan dan manfaatnya. Dengan menyaksikan langsung bagaimana sistem RME digunakan dalam pelayanan kesehatan, mahasiswa menjadi lebih memahami nilai praktis teknologi

tersebut sehingga kesiapan mereka dalam menghadapi dunia kerja yang berbasis teknologi pun meningkat. Peningkatan kategori pengetahuan secara keseluruhan serta penguatan pemahaman di berbagai dimensi menjadi indikator bahwa pengalaman praktik memiliki peran yang signifikan dalam proses pembelajaran mahasiswa. Dengan melihat dinamika hasil dan keterkaitannya dengan teori, pembelajaran berbasis praktik dapat diposisikan sebagai fondasi utama dalam strategi pendidikan vokasi kesehatan.

Berdasarkan hasil tersebut, diperoleh gambaran pentingnya penguatan kurikulum pembelajaran, khususnya dalam mempersiapkan mahasiswa menghadapi praktik lapangan. Materi terkait interoperabilitas data, standarisasi, dan evaluasi kualitas RME sebaiknya tidak hanya diajarkan secara teoritis, namun perlu disampaikan melalui pendekatan praktis seperti studi kasus, simulasi, dan pemanfaatan sistem RME tiruan (*mock system*). Pendekatan ini dapat membantu mahasiswa memahami konteks implementasi secara lebih nyata, sehingga kesiapan mereka saat menjalani PKL lebih optimal. Di sisi lain, hasil ini juga mendorong perlunya evaluasi berkala terhadap kurikulum dan pemilihan tempat praktik, agar mahasiswa memperoleh pengalaman yang relevan dengan perkembangan sistem informasi kesehatan terkini. Selain aspek pengetahuan, peningkatan kompetensi mahasiswa dalam memahami RME juga sangat mungkin dipengaruhi oleh faktor lain seperti keterampilan teknis, sikap terhadap teknologi, dan kepuasan terhadap sistem yang digunakan. Penelitian ini belum mencakup variabel-variabel tersebut, sehingga penelitian lanjutan disarankan untuk mengembangkan instrumen dan desain yang lebih komprehensif, misalnya melalui pendekatan kuantitatif longitudinal atau campuran, agar diperoleh gambaran yang lebih menyeluruh terhadap efektivitas pembelajaran RME di lingkungan pendidikan vokasi.

E. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan, di antaranya :

1. Penelitian ini belum dilakukan identifikasi data *pre-test* dan *post-test* secara individual, melainkan dilakukan secara global berdasarkan total responden

yang mengisi masing-masing tahap. Pendekatan ini dipilih karena kondisi lapangan yang tidak memungkinkan memastikan keterlibatan responden yang sama di dua tahap pengisian. Meskipun demikian, metode ini tetap mampu memberikan gambaran umum mengenai perubahan tingkat pengetahuan mahasiswa setelah mengikuti PKL.

2. Responsivitas responden dalam pengisian kuesioner tergolong rendah, sehingga proses pengumpulan data memerlukan waktu lebih panjang dari yang direncanakan. Kondisi ini menjadi tantangan teknis yang cukup umum dalam penelitian berbasis partisipasi sukarela, namun tetap dapat diatasi dengan penyesuaian waktu dan metode penyampaian instrumen.
3. Penelitian ini hanya melibatkan mahasiswa D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dari satu institusi pendidikan, namun hal ini telah disesuaikan dengan fokus dan ruang lingkup penelitian yang memang bertujuan untuk menggambarkan pengetahuan mahasiswa berdasarkan pengalaman PKL di institusi tersebut.
4. Penelitian ini belum mencakup identifikasi langsung ke rumah sakit tempat mahasiswa melaksanakan PKL, sehingga data yang diperoleh terbatas pada persepsi mahasiswa dan belum mewakili kondisi lapangan secara menyeluruh. Keterbatasan ini muncul seiring dengan keterbatasan waktu dan ruang lingkup penelitian yang difokuskan pada mahasiswa yang terlibat langsung dalam kegiatan PKL Elektif RME.