

Implementasi Klasifikasi Tipe Dasar Telekesehatan pada Rumah Sakit

Syi'ar Aprilla Tanazza^{1*}, Ni Putu Desy Purnama Sari², Bayu Prastowo³

^{1,2,3}Department of Physiotherapy, Universitas Muhammadiyah Malang, Indonesia

ARTICLE INFORMATION

Received: 6 September 2023

Revised: 18 Mei 2024

Accepted: 30 Mei 2024

DOI: 10.57151/jsika.v3i1.272

KEYWORDS

Telekesehatan; telemedis; e-kesehatan; *pattial least square*; skala *likert*

Telehealth; telemedicine; e-health; partial least square; likert scale

CORRESPONDING AUTHOR

Nama : Syi'ar Aprilla Tanazza

Address: Malang, Indonesia

E-mail : syiarat104@gmail.com

A B S T R A C T

Pelayanan fasilitas kesehatan jarak jauh di Indonesia diatur dalam kebijakan pemerintah dan asosiasi kesehatan. Pelayanan tersebut diartikan sebagai telemedisin guna memfasilitasi sistem informasi, komunikasi dan klinis bagi kesehatan individu ataupun kelompok. Penerapan sistem telekesehatan tertuang di dalam peraturan menteri kesehatan nomor 20 tahun 2019. Kesiapan kebijakan tersebut memberikan nilai positif dilingkungan rumah sakit untuk memaksimalkan dalam memberikan pelayanan. Namun, apakah dukungan pemerintah tersebut berkaitan dengan implementasi sistem telekesehatan dilingkungan rumah sakit. Penelitian ini tidak menganalisis sistem telekesehatan secara kompleks melainkan dasar telekesehatan mengikuti standar protokol *Indian Medical Council*. Dasar standar protokol telekesehatan berupa karakteristik tekstual dikonversikan menjadi nilai angka dengan memodifikasi skala *likert*. Penilaian berdasarkan observasi kesesuaian standar dengan media telekesehatan yang digunakan di setiap rumah sakit. Rumah sakit yang menjadi sampel penelitian yaitu yang terdaftar dalam data set komisi akreditasi rumah sakit. Nilai kesesuaian tersebut dianalisis menggunakan *partial least square*. Pengolahan data menunjukkan bahwa nilai *average variance extracted*, reabilitas komposit dan *cronbach's alpha* berada direntang 0.8 hingga 1.0, nilai korelasi antar indikator ≥ 0.06 serta nilai R^2 sebesar 1.0. Nilai-nilai tersebut menyatakan bahwa karakteristik dasar telekesehatan yang digunakan sebagai indikator memiliki validitas diskriminan, realinitas dan reabilitas yang tinggi dalam penyusunan hipotesis. Indikator tersebut memiliki keterkaitan yang positif terhadap konstruksya dan membentuk model struktural yang kuat.

Remote health facility services in Indonesia are regulated by government and health association policies. The service is defined as telemedicine to facilitate information, communication and clinical systems for individual or group health. The implementation of the telehealth system is contained in the Minister of Health Regulation number 20 of 2019. The readiness of this policy provides a positive value in the hospital environment to maximize service delivery. However, is this government support related to the implementation of the telehealth system in the hospital environment? This study does not analyze the telehealth system in a complex manner, but the basis of telehealth following standard protocols of the Indian Medical Council. The standard basis for telehealth protocols in the form of textual characteristics is converted into numerical values by modifying the Likert scale. The assessment is based on observing the conformity of the standards with the telehealth media used in each hospital. The hospitals that are the research sample are those listed in the hospital accreditation commission data set. The suitability value is analyzed using a partial least square. Data processing shows that the average variance extracted, composite reliability and Cronbach's alpha values are in the range of 0.8 to 1.0, the correlation value between indicators is ≥ 0.06 and the R^2 value is 1.0. These values indicate that the basic characteristics of telehealth used as indicators have discriminant validity, high reliability and reliability in the formulation of hypotheses. These indicators have a positive relationship to the construct and form a strong structural model.

PENDAHULUAN

Pemikiran konsep pelayanan kesehatan *face to face* menjadi *healing at a distance* telah dikemukakan pada tahun 1970-an (ACI, 2015). Konsep *healing at a distance* merupakan awal perkembangan sistem pelayanan berjarak atau tele. Perkembangan konsep tersebut menciptakan istilah e-kesehatan, telekesehatan dan telemedisin yang memiliki pengertian berbeda-beda (Kuntardjo, 2020).

Penerapan konsep pelayanan kesehatan berbasis tele dipengaruhi perkembangan revolusi industri, kebijakan organisasi kesehatan dunia, geografis dan fenomena penyakit dunia (Prawiroharjo et al., 2019). Sedangkan saat ini di Indonesia dipengaruhi oleh kebijakan menteri kesehatan yang tertuang dalam PMKRI No. 20 Tahun 2019. Kebijakan tersebut mengatur tentang penyelenggaraan pelayanan telemedisin antar fasilitas pelayanan kesehatan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Menurut organisasi kesehatan dunia telekesehatan berorientasi pada integrasi sistem penunjang kesehatan masyarakat. Integrasi tersebut meliputi sistem layanan kesehatan, promosi kesehatan, penerapan sistem teknologi informasi dan komunikasi. Berbeda dengan konsep telemedisin yang berorientasi pada layanan kuratif dan rehabilitatif pada masyarakat. Sedangkan konsep e-kesehatan berorientasi pada penerapan sistem teknologi informasi dan komunikasi baik dilayanan kesehatan berjarak ataupun tatap muka (Kuntardjo, 2020). Namun, kebijakan di Indonesia mengeneralisir ketiga konsep tersebut menjadi telemedisin. Pelaksanaan konsep telekesehatan atau telemedisin di Indonesia menggunakan pendekatan *real time* (sinkronisasi) dan *store-and-forward* (asinkronisasi). Berdasarkan kebijakan di Indonesia sistem pelayanan tele terbagi menjadi lima kategori. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Sedangkan penelitian ini membaginya menjadi empat kategori dasar yaitu sistem komunikasi, sistem informasi, sistem konsultasi, dan sistem interaktif (ACI, 2015; Indian Medical Council, 2020).

Implementasi konsep telekesehatan dasar merupakan kebutuhan primer di lingkungan rumah sakit. Mengingat peningkatan proyeksi penduduk dari tahun ke tahun semakin meningkat. Peningkatan tersebut berbanding lurus dengan banyaknya keluhan kesehatan di masyarakat. Badan Pusat Statistik (BPS) mempublikasikan bahwa populasi penduduk di Kota Batu mencapai 213.046 jiwa. Persentasi sebaran polulasi tersebut 55% berada di wilayah Kecamatan Batu dan 45% berada di wilayah Kota Batu yang secara keseluruhan didominasi oleh penduduk laki-laki (BPS, 2021). Penduduk tersebut mendapatkan fasilitas kesehatan sebanyak 4 rumah sakit (BPPSDMK, 2021; KARS, 2020). Fasilitas kesehatan Kota Batu yang terangkum dalam rencana kerja dinas kesehatan menyatakan bahwa dalam periode 2018 sampai 2023 mendukung pencapaian *sustainable development goals* (SDGs). Pencapaian tersebut berfokus pada peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan melalui pendekatan promotif dan preventif tanpa mengesampingkan layanan kuratif dan rehabilitatif (DinKes, 2019). Pertanyaan selanjutnya yaitu apakah sistem telekesehatan telah diimplementasikan secara optimal. Pertanyaan tersebut seharusnya terjawab dengan gamblang, karena Indonesia merupakan anggota regional *Asia Pacific Association for Medical Informatics* (APAMI) (Kuntardjo, 2020) sub-organisasi dari *International Medical Informatics Association* (IMIA) (IMIA, 2017). Oleh karena itu, hal tersebut selaras dengan tujuan penelitian ini terkait implementasi sistem telekesehatan dasar dilingkungan rumah sakit yang secara spesifik belum pernah dilakukan pada penelitian sebelumnya.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan statistik deskriptif untuk mendeskripsikan hasil interpretasi analisis data skunder. Sedangkan analisis data tersebut bertujuan untuk memaparkan keterkaitan antara beberapa variabel secara objektif. Karakteristik subjek penelitian berdasarkan data skunder Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS, 2020) dan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK, 2021). Penelitian tersebut dilakukan pada rentang tahun 2020 hingga April 2022. Skala pengukuran data skunder memodifikasi skala *likert*. Skala tersebut merupakan metode pengukuran yang dapat digunakan untuk menginterpretasikan skala karakteristik menjadi angka (Androga et al., 2022). Karakteristik penilaian mengacu pada klasifikasi dasar telekesehatan yang meliputi sistem komunikasi, sistem pelayanan informasi, sistem konsultasi, dan sistem interaktif antar petugas kesehatan dengan pasien ataupun sebaliknya (Indian Medical Council, 2020). Interpretasi angka karakteristik tersebut dianalisis menggunakan *partial least square* (PLS) melalui perangkat lunak SmartPLS 3 (Hamid et al., 2019). Perangkat lunak tersebut bertujuan untuk melakukan fungsi perhitungan pada variabel latent dan prediksi melalui analisis *outer* model dan *inner* model (Garson, 2016).

HASIL & PEMBAHASAN

Penelurusan Data Sekunder

Data skunder dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS, 2020) dan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan menggunakan kata kunci pencarian kabupaten atau kota Batu dan provinsi Jawa Timur pada daftar rumah sakit terakreditasi atau rumah sakit belum akreditasi. Secara keseluruhan diperoleh data pencarian sebanyak 5 Rumah Sakit yang ditunjukkan

gambar 1. Terdapat dua rumah sakit dengan status tingkat paripurna, satu dengan status tingkat utama dan dua dengan status tingkat perdana. Secara detail yaitu RS A dan B memiliki status tingkat paripurna, RS C memiliki status tingkat utama, RS D dan E memiliki status tingkat perdana. Daftar nama rumah sakit yang diperoleh dari data skunder tidak dipublikasikan karena mengikuti etika anonimitas (BPPSDMK, 2021; KARS, 2020).



Gambar 1. Daftar Rumah Sakit Kabupaten dan Kota Batu

Penilaian Data Sekunder

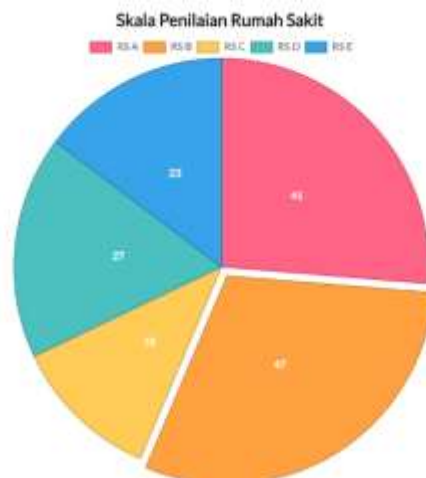
Klasifikasi dasar sistem telekesehatan merupakan parameter utama dalam skala pengukuran penelitian (Androga et al., 2022). Klasifikasi dasar berdasarkan rangkuman standar protokol yang telah dipublikasikan (Indian Medical Council, 2020). Skala pengukuran meliputi penilaian dari angka 1 sampai 5. Setiap nilai angka tersebut mewakili ketersediaan dan aksesibilitas sistem telekesehatan di rumah sakit. Penilaian diperoleh melalui observasi secara langsung oleh peneliti melalui ketersediaan dan aksesibilitas perangkat lunak atau website oleh seluruh pengguna atau masyarakat umum (ACI, 2015; ACRRM, 2018). Skema penilaian pada tabel 1 menunjukkan kriteria sistem telekesehatan dan klasifikasi dasar telekesehatan (Indian Medical Council, 2020).

Tabel 1. Klasifikasi Dasar Sistem Telekesehatan

Sistem Telekesehatan	Klasifikasi Dasar Telekesehatan	Kode
Sistem Komunikasi	Video meliputi fasilitas telemedis/kesehatan, aplikasi, video <i>chat</i> , <i>skype/face time</i> .	SK1A
	Audio meliputi telepon, aplikasi panggilan lainnya.	SK1B
	Teks meliputi aplikasi perangkat gawai, website, platform chat (<i>WhatsApp</i> , <i>Facebook Messenger</i>), asinkron (<i>e-mail</i> , <i>fax</i>).	SK1C
Sistem Informasi	Video/audio/teks media informasi yang relevan tentang diagnosis, pengobatan dan kesehatan pendidikan serta konseling.	SI1A
	Asinkronisasi media informasi yang relevan untuk keluhan pasien, data tambahan, laporan laboratorium atau pemeriksaan radiologi yang dapat diakses sesuai kebutuhan.	SI1B
Sistem Konsultasi	Pasien dapat berkonsultasi dengan tim medis/kesehatan tentang diagnosis dan pengobatannya kondisi atau untuk pendidikan kesehatan serta penyuluhan.	SK2A
	Pasien dapat menggunakan layanan untuk konsultasi rawat jalan.	SK2B
Sistem Interaktif	Layanan telekesehatan dapat menghubungkan pasien ke tim medis/kesehatan.	SI2A
	Layanan telekesehatan dapat menghubungkan tim administrasi ke tim medis/kesehatan.	SI2B
	Tim medis/kesehatan dapat menggunakan layanan telekesehatan untuk berdiskusi masalah perawatan pasien.	SI2C
	Tim administrasi dapat memfasilitasi sesi konsultasi untuk pasien dengan tim medis/kesehatan untuk melakukan anamnesis dan menjelaskan saran terkait kondisi yang dialami pasien.	SI2D

Secara keseluruhan hasil penilaian pada setiap rumah sakit ditunjukkan oleh gambar 2. Poin konversi kriteria telekesehatan dasar menjadi nilai angka menunjukkan apakah setiap rumah sakit di Kota Batu telah mengimplementasikan telekesehatan. Nilai hasil konversi dari skala penilaian tersebut tersimpan dalam format data berbasis *Comma Separated Values* (CSV). File CSV digunakan sebagai file input pada pengolahan data di SmartPLS 3. Format tersebut dapat diakses menggunakan penyunting teks *microsoft excel* (Hamid et al., 2019). Hasil penilaian pada kedua rumah sakit dengan

tingkat paripurna memiliki poin tertinggi pada penerapan telekesehatan dasar. Sedangkan pada rumah sakit tingkat utama memiliki poin terendah dalam penerapan telekesehatan dasar apabila dibandingkan dengan kedua rumah sakit tingkat perdana. Sistem ketersediaan dan aksesibilitas website masing-masing dilakukan pembaharuan secara berkala pada rentang tahun 2020 sampai 2022. Namun, pada rumah sakit dengan kode RS C tidak ditemukan pembaharuan berkala hingga penelitian ini dilakukan (KARS, 2020).



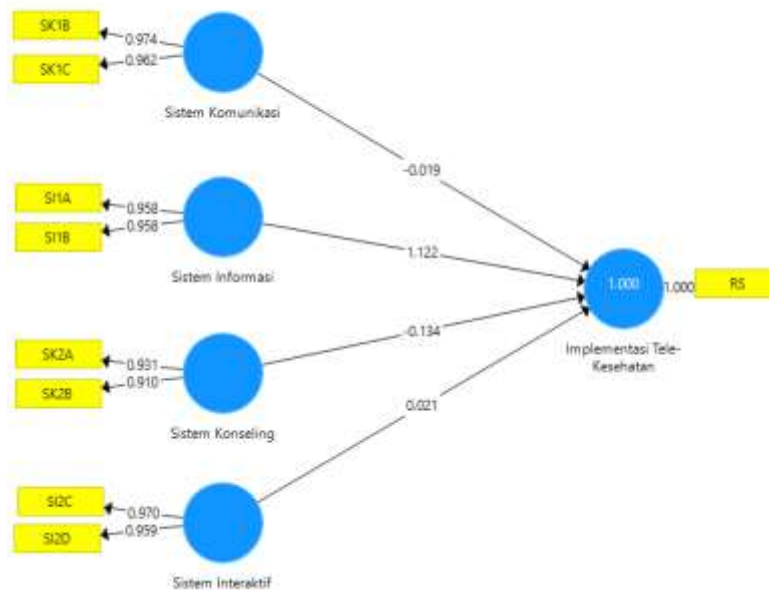
Gambar 2. Hasil Skala Penilaian Rumah Sakit

Sistem karakteristik telekesehatan dasar yang terdiri dari sistem komunikasi, informasi, konsultasi dan interaktif tidak diterapkan secara keseluruhan dan optimal oleh rumah sakit. Skala penilaian menunjukkan bahwa secara umum rumah sakit telah menerapkan sistem informasi dan komunikasi secara optimal apabila dibandingkan dengan sistem konsultasi dan interaktif. Media sistem informasi dan komunikasi yang digunakan secara umum yaitu menggunakan website, telepon, dan *platform* chat. Penggunaan media aplikasi dengan sistem operasi gawai berbasis android atau iOS masih belum diimplementasikan secara optimal. Namun, ditemukan adanya penerapan sistem konsultasi secara interaktif untuk memfasilitasi penyintas corona virus-19 pada rumah sakit yang menjadi rujukan (Indian Medical Council, 2020).

Analisis Data Sekunder

Pengujian statistik menggunakan metode PLS yang merupakan analisis pengujian alternatif berbasis varian *structural equation modeling* (Garson, 2016). Metode tersebut untuk menganalisis model pengukuran atau *outer model* dan model struktural atau *inner model*. Pengujian dilakukan dengan perhitungan prediksi persamaan struktural pada setiap varian menggunakan perangkat lunak SmartPLS 3. Perhitungan prediksi melalui pendekatan model konstruk formatif untuk menjelaskan asumsi indikator terhadap karakteristik domain konstraknya (Hamid et al., 2019).

Pengujian menggunakan model stuktural konstruk formatif ditunjukkan oleh gambar 3. Analisis pengujian model pengukuran atau *outer model* digunakan untuk mengetahui spesifikasi keterkaitan antara setiap nilai indikator sistem karakteristik telekesehatan dasar dengan nilai konstruk implementasi telekesehatan. Nilai yang ditunjukkan pada setiap indikator digambar 3 merupakan nilai validitas konvergen. Indikator tersebut dinyatakan reliabel apabila memiliki nilai korelasi ≥ 0.07 untuk penelitian konfirmatori. Sedangkan pada penelitian eksploratif nilai reliabel terdapat pada *outer loading* direntang nilai 0.06 sampai 0.07. Berdasarkan *outer loading* tersebut menunjukkan adanya indikator yang berada dibawah nilai standar toleransi. Hasil luaran *outer loading* pertama menunjukkan terdapat adanya nilai yang berada dibawah standar *outer loading*. Nilai tersebut berada pada indikator sistem komunikasi (*SK1A*) dan sistem interaktif (*SI2A*, *SI2B*), sehingga masing-masing dinyatakan tidak signifikan. Nilai yang dinyatakan tidak signifikan dihapus dan dilakukan perhitungan ulang pada indikator valid, sehingga diperoleh hasil *outer loading* kedua (Garson, 2016; Hamid et al., 2019).



Gambar 3. Model Struktural

Analisis pengujian validitas diskriminan digunakan untuk mengetahui apakah nilai konstruk implementasi telekesehatan berkaitan dengan setiap nilai indikator sistem karakteristik telekesehatan dasar. Hal tersebut berkebalikan dengan prinsip validitas konvergen. Pengujian validitas dinyatakan reliabel apabila nilai *average variance extracted* (AVE) berada ≥ 0.05 . Masing-masing variabel pada penelitian menunjukkan nilai AVE, reabilitas komposit dan *cronbach's alpha* berada direntang 0.8 hingga 1.0. Sehingga masing-masing variabel menunjukkan tingkat realinitas dan reabilitas yang tinggi (Garson, 2016; Hamid et al., 2019).

Analisis pengujian model struktural atau *inner model* bertujuan untuk mengkonfirmasi apakah struktural penelitian yang dilakukan memiliki model kuat, moderat atau lemah. Konfirmasi model struktural menggunakan indikator koefisien determinasi atau *R-Square* (R^2). Hasil pengujian menunjukkan bahwa nilai R^2 sebesar 1.0 (Hamid et al., 2019). Nilai tersebut mengindikasikan kuatnya model struktural atau terdapat pengaruh antara variabel sistem klasifikasi dasar telekesehatan terhadap implementasinya di rumah sakit.

Penelitian ini menggunakan pendekatan konstruk formatif (Hamid et al., 2019). Hal tersebut dikarenakan indikator pada penelitian berperan untuk mendefinisikan implementasi karakteristik konstruk. Sedangkan penggunaan metode PLS dikarenakan mampu menganalisis data set skunder yang kecil pada beberapa model hipotesis reflektif ataupun formatif. Selain hal tersebut metode PLS mampu melakukan pengujian persamaan data set tanpa menyaratkan data terdistribusi dengan normal. Namun, penelitian menggunakan metode PLS memiliki beberapa keterbatasan yaitu nilai signifikansi yang dihasilkan tidak dapat difalsifikasikan serta tidak mampu membaca data set yang homogen. Sehingga untuk mengkonversi karakteristik menjadi nilai angka dibutuhkan perluasan atau memodifikasi variasi angka pada skala pengukuran yang digunakan (Garson, 2016).

Sistem komunikasi, informasi, konsultasi dan interaktif merupakan bentuk dasar dari perkembangan telekesehatan, telemedisin dan e-kesehatan (Indian Medical Council, 2020). Sistem tersebut diadopsi oleh Indonesia menjadi pelayanan teleradiologi, teleelektrokardiografi, teleultrasonografi, telekonsultasi klinis dan pelayanan lain berbasis tele (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Peran pemerintah dalam menunjang kemajuan telekesehatan dibuktikan oleh beberapa kebijakan dan program penunjang. Kendala utama dalam layanan sistem tele telah dioptimalisasi dengan adanya fasilitas satelit komunikasi kesehatan. Kemudian tersedianya sistem komunikasi *low-speed* dan *wireless acces protocol* (WAP) (Kuntardjo, 2020). Perubahan keadaan memberikan dampak dalam trasformasi sistem layanan kesehatan. Keadaan dunia tidak terkecuali Indonesia yang terdampak pandemi menjadi pemicu untuk merubah beberapa sistem konvensional walaupun telah tersistem selama bertahun-tahun. Perubahan tersebut meliputi sistem layanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan sistem pendidikan kesehatan ataupun kedokteran yang berbasis *bed side teaching* (Prawiroharjo et al., 2019).

Penelitian memperlihatkan bahwa tingkat rating akreditasi rumah sakit tidak menjamin diterapkannya sistem telekesehatan dengan optimal. Penerapan tersebut bukan dikarenakan ketidakmampuan sumber daya manusia. Kesiapan sumber daya manusia dapat dilakukan melalui program pendampingan, seminar dan *workshop* secara terstruktur. Penghambat implementasi sistem telekesehatan di Indonesia yaitu tingginya biaya konversi sistem teknologi dan informasi dari konvensional menjadi modern juga menjadi kendala lainnya. Namun, permasalahan tersebut menjadi prioritas negara melalui terbukanya program kerjasama investasi skala nasional hingga global. Pada saat ini yang menjadi penghambat dasarnya adalah masih banyaknya kebutuhan kesehatan dasar dimasyarakat yang belum terselesaikan atau terpenuhi (Abigael & Ernawaty, 2020). Penelitian lainya menyatakan secara detail bahwa kendala implementasi telekesehatan meliputi dukungan peraturan asosiasi/negara, keuangan, infrasturktur dan pemerataan teknologi (Riyanto, 2021), sumber daya manusia pada lingkup masyarakat serta tenaga kesehatan (Androga et al., 2022).

PENUTUP

Karakteristik dasar telekesehatan yang digunakan sebagai variabel atau indikator memiliki validitas diskriminan, realinitas dan reabilitas yang tinggi dalam penyusunan hipotesis. Selain hal tersebut, variabel atau indikator pada penelitian memiliki keterkaitan yang positif terhadap konstruksya dan membentuk model struktural yang kuat. Namun, karakteristik dasar telekesehatan belum diimplementasikan secara keseluruhan dan optimal oleh rumah sakit. Indikator yang menjadi dominasi implementasi yaitu sistem komunikasi (SK1). Hal tersebut dikonfirmasi melalui tingginya nilai reabilitas dan validitas dibandingkan sengan indikator lainnya. Peneliti tidak memiliki konflik kepentingan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan berbasis tele di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Abigael, N. F., & Ernawaty. (2020). Literature Review : Readiness Assessment of Health Workers to Accept Telehealth and Telemedicine between Develope. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 302–310.
- ACI. (2015). *Guidelines for the use of Telehealth for Clinical and Non Clinical Settings in NSW* (4th ed.). Agency for Clinical Innovation.
- ACRRM. (2018). *ACRRM Framework and Guidelines for Telehealth Services*. Australian Digital Health Agency.
- Androga, L. A., Amundson, R. H., Hickson, L. J., Thorsteinsdottir, B., Garovic, V. D., Manohar, S., Viehman, J. K., Zoghby, Z., Norby, S. M., Kattah, A. G., & Albright, R. C. (2022). Telehealth versus face-to-face visits: A comprehensive outpatient perspective-based cohort study of patients with kidney disease. *Plos One*, 17(3), e0265073. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265073>
- BPPSDMK. (2021). *Akreditasi Rumah Sakit*. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/web/>
- BPS. (2021). *Berita Resmi Statistik Sensus Penduduk 2020 Kota Batu*. Badan Pusat Statistik Kota Batu. batukota.bps.go.id
- DinKes. (2019). Rencana Kerja Dinas Kesehatan Kota Batu Tahun 2019. In *Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Batu* (pp. 1–46). Pemerintah Kota Batu.
- Garson, G. D. (2016). Partial Least Squares. In *Partial Least Squares: Regression & Structural Equation Models* (2016th ed.). Statistical Associates Publishing. <https://doi.org/10.1201/b16017-6>
- Hamid, R. S., Suhardi, & Anwar, M. (2019). *Structural Equation Modeling (SEM) Berbasis Varian*. PT Inkubator Penulis Indonesia.
- IMIA. (2017). Information on IMIA Regional Groups. *Yearbook of Medical Informatics*, 23(01), 295–305. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1639010>
- Indian Medical Council. (2020). Telemedicine Practice Guidelines. In *Board of Governors of the*

Medical Council of India.

KARS. (2020). *Akreditasi Rumah Sakit*. <https://kars.or.id/>

Kuntardjo, C. (2020). Dimensions of Ethics and Telemedicine in Indonesia: Enough of Permenkes Number 20 Year 2019 As a Frame of Telemedicine Practices in Indonesia? *SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan*, 6(1), 1–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.24167/shk.v6i1.2606>

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2019 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan*.

Prawiroharjo, P., Pratama, P., & Librianty, N. (2019). Layanan Telemedis di Indonesia: Keniscayaan, Risiko, dan Batasan Etika. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*, 3(1), 1–9. <https://doi.org/10.26880/jeki.v3i1.27>

Riyanto, A. (2021). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Telemedicine (Systematic Review). *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 165–174. <https://doi.org/doi.10.33560/jmiki.v9i2.337>