



UNIVERSITAS INDONESIA

**EVALUASI SISTEM INFORMASI MANAJEMEN DI
BAGIAN RAWAT JALAN RUMAH SAKIT UMUM
BHAKTI YUDHA, DEPOK TAHUN 2012**

TESIS

TITANIA NUR SHELLY

1006746344

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK
JULI 2012**

Universitas Indonesia



UNIVERSITAS INDONESIA

**EVALUASI SISTEM INFORMASI MANAJEMEN DI BAGIAN RAWAT
JALAN RUMAH SAKIT UMUM BHAKTI YUDHA, DEPOK TAHUN 2012**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

TITANIA NUR SHELLY

1006746344

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

DEPOK

JULI 2012

Universitas Indonesia

HALAMAN PERNYATAAN

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama1 : Titania Nur Shelly

NPM : 1006746344

Tanda tangan:



Tanggal: 13 Juli 2012

ii

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama I : Titania Nur Shelly
NPM : 1006746344
Program : S2 Kajian Administrasi Rumah Sakit
Tahun Akademik: 2010-2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

Evaluasi Implementasi Kebijakan Sistem Informasi Manajemen di Bagian Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Bhakti Yudha Depok, Tahun 2012

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 13 Juli 2012



(Titania Nur Shelly)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Titania Nur Shelly
NPM : 1006746344
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Evaluasi Implementasi Kebijakan Sistem Informasi
Manajemen di Bagian Rawat Jalan Rumah Sakit Umum
Bhakti Yudha Depok, Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing :

Dr. Dr. dr. Hafizurrachman, MPH

Penguji I :

Prof. Dr. Purnawan Junadi, MPH., Ph.D

Penguji II:

drg. Sjahrul Amri, MHA

Penguji III :

dr. H. Takdir Mustovam D, TMH, MSc, M.Kes

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis ini tepat pada waktunya. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Dr. dr. Hafizurrachman, MPH selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan dan membimbing penulis dalam menyelesaikan tesis ini;
2. Pihak Rumah Sakit Umum Bhakti Yudha, Depok yang telah dengan tangan terbuka membantu dalam penelitian tesis ini
3. dr. H. Takdir Mustovam D, TMH, MSc, M.Kes Selaku pembimbing lapangan yang telah memberikan banyak bantuan dan masukan bagi penulis
4. Kepada seluruh penguji yang telah memberikan banyak masukan bagi tesis ini
5. Suami dan anakku tercinta, Deni Lukmanul Hakim, S.Kom dan Habibie Lukmanul Hakim yang telah memberikan semangat dan dukungan bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini
6. Seluruh keluarga besar penulis yang dengan cinta kasihnya memberikan dukungan mori bagi penulis
7. Teman-teman KARS 2010, terima kasih untuk kebersamaan yang indah
8. Manajer IT RSUD Bhakti Yudha, yang telah memberikan banyak dukungan dalam penulisan tesis ini

Depok, Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di
bawah ini:

Nama : Titania Nur Shelly
NPM : 1006746344
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**EVALUASI SISTEM INFORMASI MANAJEMEN DI BAGIAN RAWAT
JALAN RUMAH SAKIT UMUM BHAKTI YUDHA, DEPOK TAHUN 2012**

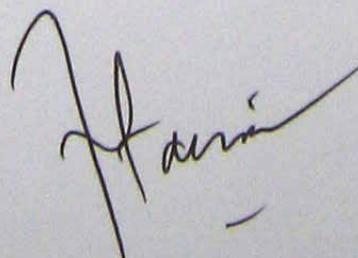
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : Juli 2012

yang menyatakan,



(Titania Nur Shelly)

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di
bawah ini:

Nama : Titania Nur Shelly
NPM : 1006746344
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada
Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-
Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**EVALUASI SISTEM INFORMASI MANAJEMEN DI BAGIAN RAWAT
JALAN RUMAH SAKIT UMUM BHAKTI YUDHA, DEPOK TAHUN 2012**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti
Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan,
mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*),
merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama
saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : Januari 2012

yang menyatakan,

(Titania Nur Shelly)

ABSTRAK

Nama : Titania Nur Shelly
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : **EVALUASI SISTEM INFORMASI MANAJEMEN DI BAGIAN RAWAT JALAN RUMAH SAKIT UMUM BHAKTI YUDHA, DEPOK TAHUN 2012**

Sejak kebijakan SIMRS di bagian rawat jalan diimplementasikan, SIMRS di RSU Bhakti Yudha belum pernah di evaluasi. Padahal, kebijakan harus diawasi, dan salah satu mekanisme pengawasan tersebut adalah evaluasi. Berdasarkan timing implementasi (Nugroho, 2011), seharusnya evaluasi dilakukan antara tahun ke-3 atau ke-5 sejak implementasi penuh suatu kebijakan, sedangkan saat ini implementasi kebijakan SIMRS Bhakti Yudha telah mencapai tahun ke-8. Penelitian mengenai evaluasi implementasi kebijakan SIMRS di bagian rawat jalan RSU Bhakti Yudha tahun 2012 menggunakan desain kualitatif interpretatif dengan wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Penelitian ini menggunakan informan yang berjumlah 10 orang informan dari staf pelayanan rawat jalan hingga direktur rumah sakit. Dari hasil triangulasi sumber, metode, dan analisis diperoleh hasil bahwa saat ini kualitas sistem informasi manajemen secara keseluruhan masih belum efektif. Dari analisis Fit/Gap didapatkan hanya 11% dari aplikasi software yang digunakan yang sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, dan 56% masih mengalami kesenjangan. Pada analisis QSPM yang didahului dengan menggunakan matriks EFAS dan IFAS serta SWOT, diperoleh bahwa rekomendasi kebijakan bagi sistem informasi manajemen RSU Bhakti Yudha adalah dengan meminimalisir kelemahan internal, yaitu dengan mengganti sistem informasi yang ada dengan sistem vendor, namun dengan penetapan rumusan kebijakan akan sistem informasi manajemen terlebih dahulu.

Kata kunci: *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit, Evaluasi, Kebijakan, Implementasi, Rekomendasi*

ABSTRACT

Name : Titania Nur Shelly
Study Program : Study of Hospital Administration
Thesis Title : Evaluation of Management Information System in the Outpatient Ward at Bhakti Yudha Hospital, Year 2012

The implementation of management information system policy in the outpatient ward in the RSU Yudha Bhakti has never been evaluated. In fact, the policy should be monitored, and one of these control mechanisms are evaluated. Based on the timing of implementation, the evaluation should be conducted between the third or the fifth since the full implementation of a policy, while the current policy implementation of management information system Yudha Bhakti has achieved year 8. This research on the evaluation of policy implementation in the outpatient Bhakti Yudha Hospital in 2012 was using an interpretive qualitative design with in-depth interviews, observation, and document review. This study used 10 informants from the operational staff of outpatient services, IT manager, hospital consultant, and the director of the hospital. From the sources, methods, and analyzes triangulation, the results obtained that the current quality of management information systems as a whole is still not effective. From the analysis of Fit / Gap, the research showed thatd only 11% of software applications used in accordance with the hospital needs, and 56% still have gaps. In the analysis that preceded QSPM by using matrix EFAs and IFAs, and SWOT, this research result in the recommendation that the management of information system in the outpatient ward of Bhakti Yudha RSU need to minimize its internal weaknesses, by replacing the existing information systems with vendor development, but with the determination of policy formulation for a system of information managementi in advance.

Key words: Hospital Management Information Systems, Evaluation, Policy, Implementation, Recommendations

Daftar Isi

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xii
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	9
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	9
1.4. Tujuan Penelitian	9
1.4.1. Tujuan Umum	9
1.4.2. Tujuan Khusus	10
1.5. Manfaat Penelitian	10
1.5.1. Bagi Pihak Manajemen Rumah Sakit	10
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	10
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1. Evaluasi	11
2.2. Kebijakan.....	11
2.3. Proses Kebijakan	11
2.4. Evaluasi Kebijakan.....	14
2.5. Evaluasi kebijakan menurut Dunn	15
2.6. Evaluasi Implementasi Kebijakan.....	18
2.7. Analisis Kebijakan.....	19
2.8. Rekomendasi Kebijakan.....	23
2.9. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.....	25
2.9.1. Definisi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.....	25

2.9.2.	Manfaat yang dapat dicapai dengan penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.....	25
2.9.3.	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.....	27
2.9.4.	Penyebab Kegagalan sebuah Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit29	
2.9.5.	Evaluasi implementasi kebijakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit	29
2.9.6.	Sintesa Analisis Teori Evaluasi Kebijakan Dan Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.....	31
2.10.	Rawat Jalan	31
2.11.	Analisis strategi kebijakan.....	32
2.11.1.	Analisis SWOT	32
2.12.	Analisis QSPM (<i>Quantitative Strategic Planning Matrix</i>).....	37
2.12.1.	Langkah-langkah QSPM	38
3.	METODOLOGI PENELITIAN.....	39
3.1.	Jenis Penelitian	39
3.2.	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	39
3.3.	Informan	39
3.4.	Metode Pengumpulan Data.....	40
3.4.1.	Sumber Data	40
3.4.2.	Instrumentasi	40
3.4.3.	Validasi Penelitian.....	41
3.4.4.	Petugas Pengumpul Data.....	42
3.5.	Pengolahan Data dan Analisis Data	42
3.5.1.	Pengolahan Data	42
3.5.2.	Analisis Data.....	42
4.	KERANGKA PIKIR	44
5.	PROFIL RUMAH SAKIT UMUM BHAKTI YUDHA, DEPOK.....	46
5.1.	Gambaran Umum	46
5.2.	Sejarah Berdiri dan Perkembangan	46
5.3.	Visi dan Misi Rumah Sakit	47
5.3.1.	Visi.....	47
5.3.2.	Misi:.....	47
5.4.	Nilai dan Motto Rumah Sakit.....	47

5.4.1.	Nilai	47
5.4.2.	Motto	48
5.5.	Lokasi Rumah Sakit	48
5.6.	Pelayanan.....	49
5.7.	Penunjang Pelayanan.....	50
5.8.	Sumber Daya Manusia	51
5.9.	Struktur Organisasi	52
5.10.	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit RSU Bhakti Yudha	53
6.	HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN.....	56
6.1.	Pelaksanaan Penelitian	56
6.2.	Batasan Penelitian	56
6.3.	Hasil dan Pembahasan.....	57
6.3.1.	Karakteristik informan	57
6.3.2.	Hasil Penelitian.....	58
6.3.3.	ANALISIS ORGANISASI.....	76
6.3.4.	Rekomendasi Kebijakan SIMRS Rawat Jalan.....	86
7.	KESIMPULAN DAN SARAN.....	97
7.1.	Kesimpulan.....	97
7.2.	Saran dan Rekomendasi.....	98
8.	DAFTAR PUSTAKA	99
	LAMPIRAN 1: PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (<i>IN-DEPTH INTERVIEW</i>) STAF MANAJEMEN.....	xiii
	LAMPIRAN 2: MATRIKS HASIL WAWANCARA MENDALAM	xliiii
	LAMPIRAN 2: PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (<i>IN-DEPTH INTERVIEW</i>) STAF MANAJEMEN.....	lxii
	LAMPIRAN 3: PENJELASAN WAWANCARA DAN DAFTAR PERTANYAAN	lxiv
	LAMPIRAN 4: PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (<i>IN-DEPTH INTERVIEW</i>) STAF PELAYANAN.....	lxvi
	LAMPIRAN 5: PENJELASAN WAWANCARA DAN DAFTAR PERTANYAAN	lxviii

Daftar Gambar

Gambar 1.1, Grafik Kegiatan Rawat Jalan & UGD.....	7
Gambar 1.2, Grafik Kegiatan Radiologi	7
Gambar 1.3, Grafik Kegiatan Farmasi	8
Gambar 1.4, Grafik Pemeriksaan Laboratorium	8
Gambar 2.1. Pemahaman Dasar Proses Kebijakan	12
Gambar 2.2. Proses Kebijakan Secara Umum	13
Gambar 2.3. Analisis Kebijakan versi Patton dan Savicky	19
Gambar 2.4. <i>D&M IS Success Model yang telah diperbaharui</i>	30
Gambar 2.5. Diagram SWOT	33
Gambar 4.0.1. Proses Kebijakan versi Patton & Savicky	44
Gambar 4.2. Skema Kerangka Pikir Penelitian Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Bhakti Yudha, Depok tahun 2012.....	45
Gambar 5.1, Peta Lokasi RSUD Bhakti Yudha	48
Gambar 5.2. Struktur Organisasi RSUD Bhakti Yudha	52
Gambar 6.1. Perbandingan Hasil Analisis Aplikasi SIMRS Pada Prosedur Rawat Jalan	76
Gambar 6.2. Hasil Analisa Matriks EFAS dan IFAS	82

Daftar Tabel

Tabel 2.1. Kriteria Evaluasi menurut Dunn	15
Tabel 2.2. Pendekatan-pendekatan dalam Evaluasi Kebijakan versi Dunn.....	17
Tabel 2.3. Kategori Keuntungan Bisnis dari Sistem Informasi Rumah Sakit.....	25
Tabel 2.4. Faktor-Faktor Strategis Eksternal (<i>Eksternal Strategic Factors Analysis Summary/EFAS</i>).....	35
Tabel 2.5. Faktor-Faktor Strategis Internal (<i>Internal Strategic Factors Analysis Summary/IFAS</i>).....	36
Tabel 5.1. Gambaran Umum RSUD Bhakti Yudha.....	46
Tabel 5.2. Jumlah SDM Pada RSUD Bhakti Yudha	51
Tabel 5.3. Daftar Perangkat Keras RSUD Bhakti Yudha.....	53
Tabel 5.4. Daftar Brainware RSUD Bhakti Yudha.....	55
Tabel 6.1. Karakteristik Informan Wawancara Mendalam.....	58
Tabel 6.2. Hasil Wawancara Proses Pengambilan Kebijakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit	59
Tabel 6.3. Hasil Wawancara Kualitas Aplikasi Software SIMRS	60
Tabel 6.4. Hasil Wawancara Kualitas Informasi/data yang dihasilkan oleh Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit	64
Tabel 6.5. Hasil Wawancara Kualitas Pelayanan dari pihak pengelola SIMRS di Rumah Sakit	68
Tabel 6.6. Kesesuaian Aplikasi SIMRS Dengan Proses Bisnis Bagian Rawat Jalan Rumah Sakit.....	72
Tabel 6.7. Perbandingan Hasil Analisis Aplikasi SIMRS Pada Prosedur Rawat Jalan	75
Tabel 6.8. Persentase Fit, Partial Fit, dan Gap Aplikasi SIMRS pada prosedur Rawat Jalan RSUD Bhakti Yudha	76
Tabel 6.9. Penilaian Keadaan Kunci Faktor Sukses Internal (<i>Key Internal Factor</i>) Pada Organisasi Dan Manajemen	77
Tabel 6.10. Penilaian Keadaan Kunci Faktor Sukses Eksternal(<i>Key External Factor</i>) Pada Organisasi Dan Manajemen	79
Tabel 6.11. Matriks EFAS (<i>External Factor Analysis Summary</i>)	80
Tabel 6.12. Matriks IFAS (<i>Internal Factor Analysis Summary</i>)	80
Tabel 6.13. Matriks QSPM	84
Tabel 6.14. Detil pengadaaan SIMRS	89

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat (Leevey dan Loomba, 1973 dalam Azwar, 1996). Pelayanan kesehatan dibedakan dalam dua golongan, yakni pelayanan kesehatan primer (*primary health care*), atau pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (*secondary and tertiary health care*). Pelayanan kesehatan primer adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan. Sedangkan pelayanan kesehatan sekunder dan tersier merupakan rumah sakit, dimana masyarakat dapat memperoleh perawatan lebih lanjut atau rujukan (Juanita, 2002). Tujuan utama dari adanya pelayanan kesehatan adalah untuk dapat mencegah dan menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan serta sasaran utamanya untuk perseorangan dan keluarga, hingga masyarakat (Hodgetts dan Cascio, 1983 dalam Azwar, 1996).

Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan individu dan merupakan unit perawatan rujukan, yang memberdayakan berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik. Rumah Sakit menurut *WHO Expert Committee On Organization Of Medical Care* adalah bagian integral dari organisasi sosial dan medis, yang berfungsi untuk menyediakan pelayanan kesehatan masyarakat secara menyeluruh, baik kuratif maupun preventif serta pelayanan pasien rawat jalan hingga menjangkau keluarga dan lingkungan rumah; rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan pekerja kesehatan dan penelitian biososial. (WHO, 1966). Rumah sakit bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan individu penggunanya.

Dalam menjalankan rumah sakit, pihak manajemen memiliki kewajiban untuk dapat membangun sebuah sistem tatakelola rumah sakit yang baik, karena hanya tatakelola yang baik yang dapat membuat rumah sakit bertahan untuk jangka waktu yang lama dengan kualitas pelayanan yang dapat diterima oleh penggunanya. Dalam sistem tatakelola yang baik, informasi antar bagian di dalam rumah sakit menjadi hal yang sangat penting. Tidak baiknya sistem monitoring dapat menyebabkan mudahnya terjadi kehilangan atau rawan penyelewengan. Kesalahan informasi dari bagian pelaksana dapat menyebabkan ketidakakuratan data dan akhirnya pengambil keputusan memutuskan solusi yang tidak tepat dalam menangani sebuah masalah. Selain itu, penghitungan manual menyebabkan waktu penghitungan yang lama dan risiko tidak akurat. Hal ini tentunya dapat merugikan rumah sakit, terutama dari sisi finansial. Oleh karena itu, pengenalan sistem informasi dalam billing system menjadi sangat diterima oleh rumah sakit-rumah sakit yang ditandai dengan semakin meningkatnya jumlah rumah sakit yang menggunakan sistem informasi dengan cakupan pelayanan yang senantiasa berkembang. (Moradi, 2003)

Dengan semakin meningkatnya pengetahuan masyarakat, tuntutan terhadap tatakelola rumah sakit menjadi semakin besar, tidak hanya dalam sisi manajemen, tapi juga klinis (*clinical governance*). Seperti telah diketahui, bahwa pelayanan kesehatan bersifat terfragmentasi, rentan error dan dijalankan dengan proses yang tidak selalu konsisten yang menghasilkan keluaran yang juga tidak selalu konsisten. Kelemahan-kelemahan yang terkait dengan *patient safety* misalnya, tidak jarang membawa masalah hukum bagi pihak rumah sakit. Hal ini tentu saja merugikan rumah sakit, tidak hanya dalam aspek finansial, tapi juga mengancam kredibilitas rumah sakit. Padahal, seringkali tuntutan-tuntutan dari pihak pasien pada dasarnya hanyalah merupakan masalah informasi.

Masalah informasi merupakan hal yang penting. Miskomunikasi akibat peralihan shift yang terburu-buru dapat menyebabkan kesalahan fatal bila tidak ada pencatatan yang baik dan akurat mengenai apa yang harus dilakukan oleh shift berikutnya. Dengan pencatatan manual, masalah yang sering timbul adalah

kesalahan membaca, akibat tulisan yang tidak jelas. Selain itu, waktu tunggu yang lama akibat terlambatnya informasi bukan tidak dapat merugikan pasien. Contohnya, pada pasien dengan penurunan kesadaran yang tiba-tiba, menunggu hasil laboratorium yang lama dapat memperlama dokter dalam mendiagnosa, dan pada akhirnya terjadi keterlambatan terapi yang dapat mengancam jiwa. Padahal, masalahnya hanya sederhana, yaitu hasil laboratorium terlambat datang karena sedang banyak pemeriksaan lab yang harus dikerjakan sedangkan kurangnya jumlah SDM untuk mengantarkan hasil. Atau, telepon yang tidak diangkat-angkat karena perawat jaga sibuk memberikan pelayanan kepada pasien. Seiring dengan kemajuan teknologi, pengenalan teknologi informasi pada sistem pelayanan kesehatan memberikan harapan-harapan akan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dengan bantuan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS).

Pada faktanya, kebutuhan untuk mengurangi biaya perawatan, meningkatkan kualitas pelayanan dan pengembangan pelayanan kesehatan, serta pertimbangan strategis menjadi dasar kebutuhan rumah sakit untuk mengembangkan SIMRS. (Hosseini, 2004) Kemudian, investasi yang luar biasa telah dikeluarkan oleh banyak rumah sakit di dunia untuk memperoleh sistem informasi rumah sakit yang terkomputerisasi. Di rumah sakit- rumah sakit besar di Amerika, diperkirakan biaya pada setiap rumah sakit besar adalah sekitar 50 juta US dollar, yang setara dengan sekitar 450 milyar rupiah (Littlejohns, Wyatt, dan Garvican, 2003). Pada saat dilakukan evaluasi sistem, ternyata tiga per empatnya dinyatakan sebagai sistem yang gagal (Friedman C, Wyatt J. , 1997 dalam Littlejohns, Wyatt, dan Garvican, 2003).

Di Indonesia, biaya perkiraan untuk pengadaan SIMRS adalah sekitar 700 juta rupiah untuk rumah sakit tipe B. (Sumber: HPS pengadaan SIMRS Rumah Sakit RS Soekanto tahun 2012). Sedangkan untuk rumah sakit tipe C, sekitar 300 juta (Sumber : HPS pengadaan SIMRS Rumah Sakit Pasuruan tahun 2012). Hal ini pada umumnya belum termasuk biaya pemeliharaan dan pengembangan rumah sakit, yang dapat mencapai ratusan juta rupiah setiap tahunnya. Namun Melihat besarnya investasi yang harus dikeluarkan oleh rumah sakit, maka kebijakan

nasional menjadi perlu mengenai standar SIMRS agar rumah sakit memiliki panduan dalam pengadaan SIMRS. Pemerintah Indonesia sebenarnya telah memberikan kebijakan untuk mewajibkan rumah sakit untuk menyelenggarakan Sistem Informasi Rumah sakit dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang sistem informasi rumah sakit. Selanjutnya permenkes ini diturunkan dalam Juklak Teknis Sistem Informasi Rumah Sakit (JUKNIS SIRS) 2011. Didalam juknis ini tertera apa saja yang dibutuhkan oleh rumah sakit dalam SIRS dan wajib dilaporkan kepada negara untuk dapat menjadi laporan acuan. Namun demikian, perbedaan-perbedaan yang menjadi karakteristik setiap rumah sakit membuat kebutuhan teknis akan SIRS menjadi berbeda pula di setiap rumah sakit, sehingga pengadaan dan pengembangan SIMRS sepenuhnya menjadi kebijakan intern rumah sakit. Oleh karena itu, kebijakan lokal rumah sakit yang tepat menjadi faktor penentu dalam menghasilkan SIMRS yang sukses.

Sistem informasi adalah rangkaian kegiatan atau komponen yang terdiri dari pengumpulan data, yang kemudian diproses menjadi informasi yang bermanfaat dalam pengambilan keputusan. Bagi manajemen rumah sakit, informasi yang diperoleh akan dijadikan landasan untuk membuat suatu keputusan atau menilai kinerja suatu bagian di rumah sakit yang biasa dikenal dengan Sistem Informasi Manajemen (SIM) (Raymond 2002, Indrajit 2002, dan Suwami 1996 dalam Dwivieni 2003; Hafizurrachman 2011).

Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit berfungsi dari sisi medis maupun bisnis. Beberapa penelitian institusi kedokteran mendapatkan bahwa pelayanan pasien dengan kualitas yang tinggi bergantung pada dokumentasi yang baik dari setiap pasien mengenai riwayat medis, status kesehatan, kondisi medis saat ini dan rencana pengobatan. Informasi finansial juga esensial untuk perencanaan strategis dan pendukung operasional yang efisien dalam proses perawatan pasien. Disamping itu, manajemen rumah sakit membutuhkan informasi yang dapat diandalkan, akurat, terkini, aman, dan relevan baik dari segi klinis maupun administratif (Glandon, Smaltz, dan Slovensky, 2008). Dengan semakin

berkembangnya teknologi komputer dan pengetahuan manajerial dan bisnis, peran informasi telah berubah dari sekedar alat bantu menjadi keunggulan kompetitif dan strategi bagi rumah sakit.(Dwivieni, 2003).

Dalam proses penggunaan sistem informasi, bagian implementasi adalah salah satu bagian yang paling krusial dalam menentukan kesuksesan atau kegagalan sistem. Implementasi adalah seluruh aktivitas kerja organisasi dalam mengadopsi, manajemen, dan merutinisasi sebuah inovasi (Loudon dan Loudon, 2000). Untuk dapat mengukur kesuksesan dan kegagalan sebuah sistem, diperlukan evaluasi. Pada fase ini, ditentukan apakah sistem yang berjalan sudah baik dan perlu dipertahankan atau diperlukan lagi perencanaan baru untuk perbaikan, atau bahkan penggantian sistem yang sudah ada. Apabila dirasakan bahwa sistem yang berjalan sudah tidak sesuai dengan tujuan organisasi, maka langkah yang dapat diambil adalah kembali ke fase perencanaan yang terdiri dari analisis situasi rumah sakit, menentukan tujuan dan strategi dan menentukan perubahan-perubahan yang diperlukan.

SIMRS terdiri dari komponen *hardware*, *software*, dan *brainware*. Dalam bidang manajemen, SIMRS lebih banyak diukur dari *output software*. Pengukuran kesuksesan sistem informasi saat ini telah banyak bergerak dari pengukuran secara tradisional, yaitu dalam hal finansial (Rubin (2004) dalam Peter et al(2008) ke arah Salah satu pendekatan yang dapat dilakukan untuk mengukur kesuksesan sebuah sistem informasi adalah dengan menilai kepuasan pengguna terhadap sistem (Loudon dan Loudon, 2000). Menurut DeLone dan McLean (2003), kesuksesan sebuah sistem informasi merupakan hubungan antara kualitas software aplikasi pada SIMRS, kualitas informasi/data yang dihasilkan dari penggunaan aplikasi SIMRS, dan kualitas pelayanan dari pihak pengelola SIMRS di Rumsah Sakit.

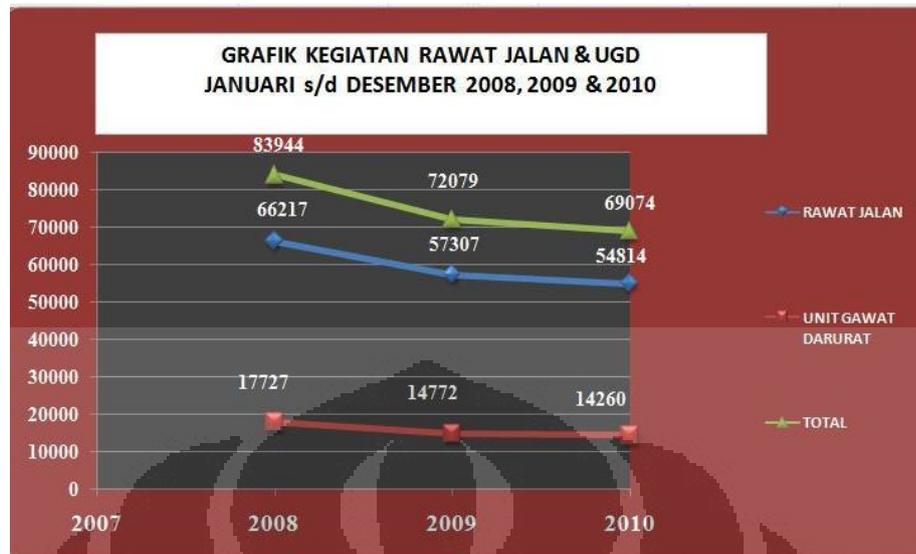
Dalam penggunaan teknologi informasi dalam sebuah sistem pelayanan rumah sakit, kebijakan manajemen memerankan peranan yang penting. Proses kebijakan yang berawal dari isu kebijakan, yang dilanjutkan dengan pembuatan rumusan

kebijakan sehingga dapat diimplementasikan harus menjadi pijakan dalam membuat kebijakan yang baik. Patton dan Savicky dalam Nugroho (2011) menyatakan bahwa implementasi sama pentingnya dengan kebijakan itu sendiri, sehingga kegagalan implementasi dianggap sama dengan kegagalan kebijakan. Menurut Pressmen dan Wildavsky (1973) dalam Shanon (2005), kegagalan implementasi terutama diakibatkan karena penentuan kebijakan dengan tanpa dasar. Oleh karena itu, penelitian kebijakan menjadi salah satu bidang kajian yang penting.

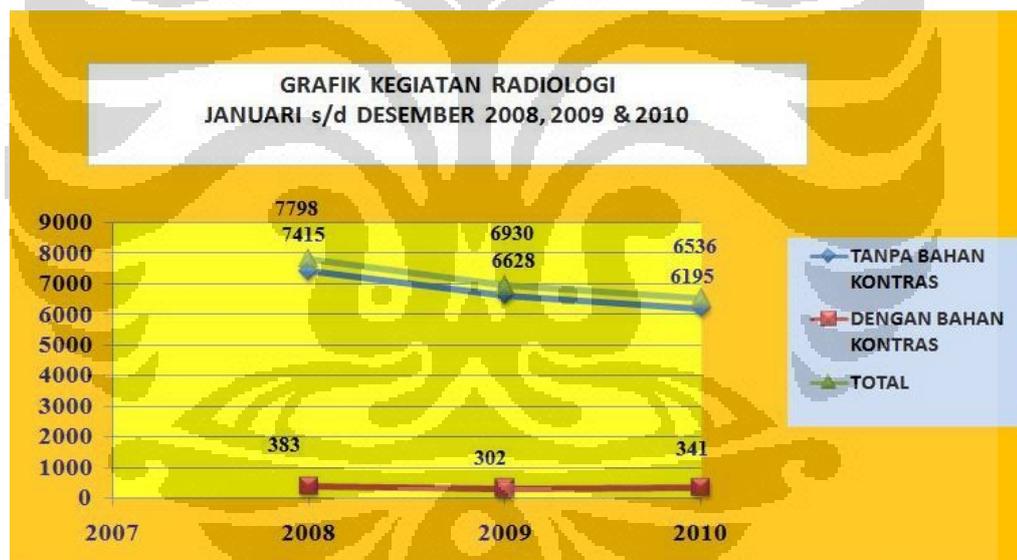
Penelitian kebijakan merupakan penelitian yang dilakukan untuk verifikasi aspek alat-tujuan dalam pembuatan kebijakan, dan bertujuan akhir untuk pemecahan masalah praktis. Pusat dari penelitian ini adalah tindakan, yang tidak hanya menghasilkan prediktor atau deskriptor mengenai kondisi atau kebutuhan dimana kebutuhan kebijakan harus disampaikan, tetapi juga mampu menghasilkan dan memvalidasi tindakan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. (Nugroho, 2011)

Rumah Sakit Umum (RSU) Bhakti Yudha merupakan rumah sakit swasta tipe C yang telah berdiri sejak tahun 1980. Hingga saat ini, pelayanan rawat jalan di RSU Bhakti Yudha sudah mencapai 22 poliklinik dengan penunjang utama berupa laboratorium dan radiologi. Adapun visi dan misi RSU Bhakti Yudha adalah untuk menjadi rumah sakit umum terbaik di kota Depok pada tahun 2012, dengan kepemimpinan visioner yang mampu menghasilkan budaya organisasi yang kompetitif dan profesional, dan menyediakan pelayanan spesialisik yang didukung oleh sarana penunjang yang canggih.

Namun demikian, pada hasil kinerja RS tahun hingga tahun 2010 diperoleh jumlah kunjungan hampir pada semua bagian pelayanan rumah sakit mengalami penurunan, termasuk juga bagian rawat jalan (Gambar 1.1, 1.2, 1.3, 1.4). Padahal, bila dilihat dari kuantitas pengunjung, bagian rawat jalan memiliki jumlah yang lebih tinggi daripada unit gawat darurat. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara harapan rumah sakit yang ada pada visi dan misi rumah sakit, dengan kondisi pada pelayanan, salah satunya pada bagian rawat jalan.



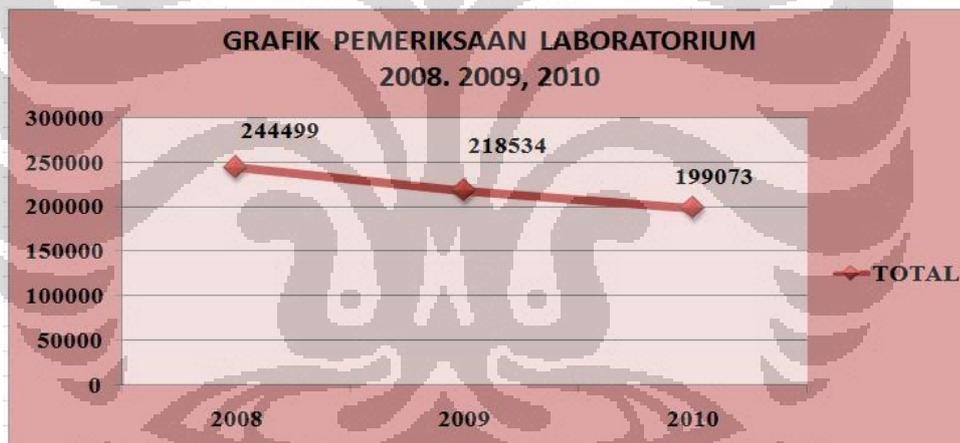
Gambar 1.1, Grafik Kegiatan Rawat Jalan & UGD



Gambar 1.2, Grafik Kegiatan Radiologi



Gambar 1.3, Grafik Kegiatan Farmasi



Gambar 1.4, Grafik Pemeriksaan Laboratorium

Ketertarikan pasien untuk berkunjung ke rumah sakit pastilah didukung dengan kepercayaan akan mutu pelayanan rumah sakit. Salah satu faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan adalah SIMRS. Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, RSUD Bhakti Yudha mulai mengimplementasikan SIMRS, salah satunya pada bagian rawat jalan sejak tahun 2004 hingga saat ini. Sistem informasi di rumah sakit ini merupakan produk dari salah satu vendor lokal Indonesia dengan pengelolaan SIMRS saat ini dilakukan oleh departemen IT rumah sakit. Sejak mulai di implementasikannya hingga saat ini, SIMRS RSUD

Bhakti Yudha belum pernah dilakukan evaluasi. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti implementasi kebijakan SIMRS di bagian rawat jalan RSUD Bhakti Yudha, Depok pada tahun 2012.

1.2. Rumusan Masalah

Sejak kebijakan SIMRS di bagian rawat jalan diimplementasikan, SIMRS di RSUD Bhakti Yudha belum pernah di evaluasi. Padahal, kebijakan harus diawasi, dan salah satu mekanisme pengawasan tersebut adalah evaluasi. Berdasarkan timing implementasi (Nugroho, 2011), seharusnya evaluasi dilakukan antara tahun ke-3 atau ke-5 sejak implementasi penuh suatu kebijakan, sedangkan saat ini implementasi kebijakan SIMRS Bhakti Yudha telah mencapai tahun ke-8. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai evaluasi implementasi kebijakan SIMRS di bagian rawat jalan RSUD Bhakti Yudha tahun 2012. Tujuan pokok dari evaluasi bukanlah untuk menyalah-nyalahkan, tetapi untuk melihat seberapa besar kesenjangan antara pencapaian dan harapan akan suatu kebijakan, dan memberikan penilaian apakah implementasi kebijakan SIMRS RSUD Bhakti Yudha masih layak dijalankan, perlu perbaikan, ataukah SIMRS yang saat ini digunakan tidak sukses sehingga perlu diganti.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana implementasi kebijakan SIMRS di bagian Rawat Jalan RSUD Bhakti Yudha, Depok tahun 2012?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diperolehnya evaluasi dan rekomendasi kebijakan SIMRS yang komprehensif bagi bagian Rawat Jalan RSUD Bhakti Yudha, Depok tahun 2012

1.4.2. Tujuan Khusus

- Diketuainya evaluasi SIMRS berupa:
 - Didapatkannya isi kebijakan SIMRS pada bagian rawat jalan RSU Bhakti Yudha, Depok tahun 2012
 - Diketuainya hasil implementasi kebijakan dari segi kualitas aplikasi software
 - Diketuainya hasil implementasi kebijakan dari segi kualitas informasi yang diperoleh kepada pengguna akhir (end-user)
 - Diketuainya hasil implementasi kebijakan dari segi kualitas pelayanan pengelola SIMRS tahun 2012
 - Diketuainya kesesuaian hasil hasil kebijakan SIMRS dengan proses bisnis rawat jalan RSU Bhakti Yudha, Depok tahun 2012
- Diperolehnya alternatif-alternatif kebijakan SIMRS yang saat ini dibutuhkan oleh RSU Bhakti Yudha, Depok tahun 2012
- Diperolehnya rumusan kebijakan yang paling sesuai dengan kebutuhan RSU Bhakti Yudha, Depok tahun 2012

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi Pihak Manajemen Rumah Sakit

Penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi perumusan kebijakan berikutnya mengenai SIMRS Rawat Jalan.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif terkait evaluasi implementasi kebijakan SIMRS di bagian Rawat Jalan RSU Bhakti Yudha, Depok tahun 2012. Penelitian ini dilakukan di bagian rawat jalan RSU Bhakti Yudha, Depok, yang meliputi bagian pendaftaran, bagian pembayaran, poliklinik, laboratorium, radiologi, dan farmasi pada bulan Mei-Juli 2012. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan observasi, wawancara mendalam, dan telaah dokumen.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Evaluasi

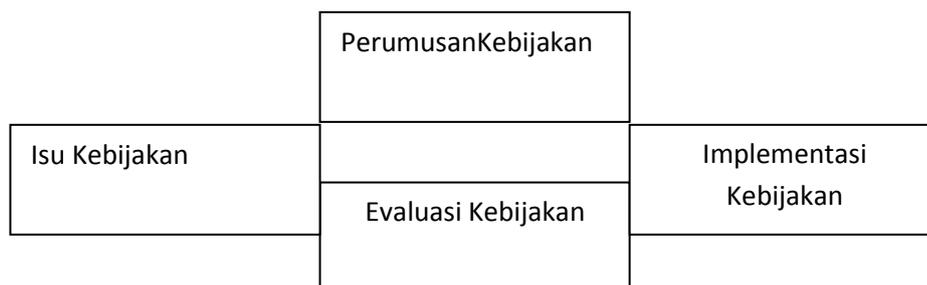
Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, evaluasi adalah suatu penilaian dimana penilaian itu ditujukan pada orang yang lebih tinggi atau yang lebih tahu kepada orang yang lebih rendah, baik itu dari jabatan strukturnya atau orang yang lebih rendah keahliannya. Evaluasi adalah suatu proses penelitian positif dan negatif atau juga gabungan dari keduanya (Departemen Pendidikan dan Kebudayaan (1978) dalam Bangsa (2011).

2.2. Kebijakan

Menurut Nugroho (2011), kebijakan adalah keputusan yang dibuat oleh suatu lembaga pemerintahan atau organisasi dan bersifat mengikat para pihak yang terkait dengan lembaga tersebut. Kata kebijakan sebenarnya adalah terjemahan langsung dari kata "*policy*" dalam bahasa Inggris. Kata "*policy*" sendiri secara etimologis berasal dari kata *polis* (bahasa Yunani), yang berarti negara-kota. Dalam bahasa Latin kata ini kemudian menjadi "*politia*" yang berarti negara, dan dalam bahasa Inggris lama, kata tersebut menjadi *policie*, yang definisinya berkaitan dengan urusan pemerintah atau administrasi pemerintah. Oleh karena itu, pemaparan-pemaparan terkait kebijakan yang biasanya digunakan merupakan istilah-istilah dalam kebijakan publik. Namun demikian, manajemen rumah sakit dapat mengadopsi konsep kebijakan publik. Hal ini disebabkan rumah sakit juga merupakan integrasi dari sebuah kumpulan orang-orang yang heterogen, yang diorganisir, untuk mencapai tujuan yang sama.

2.3. Proses Kebijakan

Menurut Nugroho (2011), kebijakan publik sebenarnya dapat dikatakan sebagai hukum dalam artian yang luas, sehingga menjadi "Sesuatu yang mengikat dan memaksa" untuk dapat membuat sebuah kebijakan yang baik. Nugroho (2011) berpendapat perlu untuk mengetahui bagaimana siklus skematik dari kebijakan. (Gambar 2.1.)



Gambar 2.1. Pemahaman Dasar Proses Kebijakan

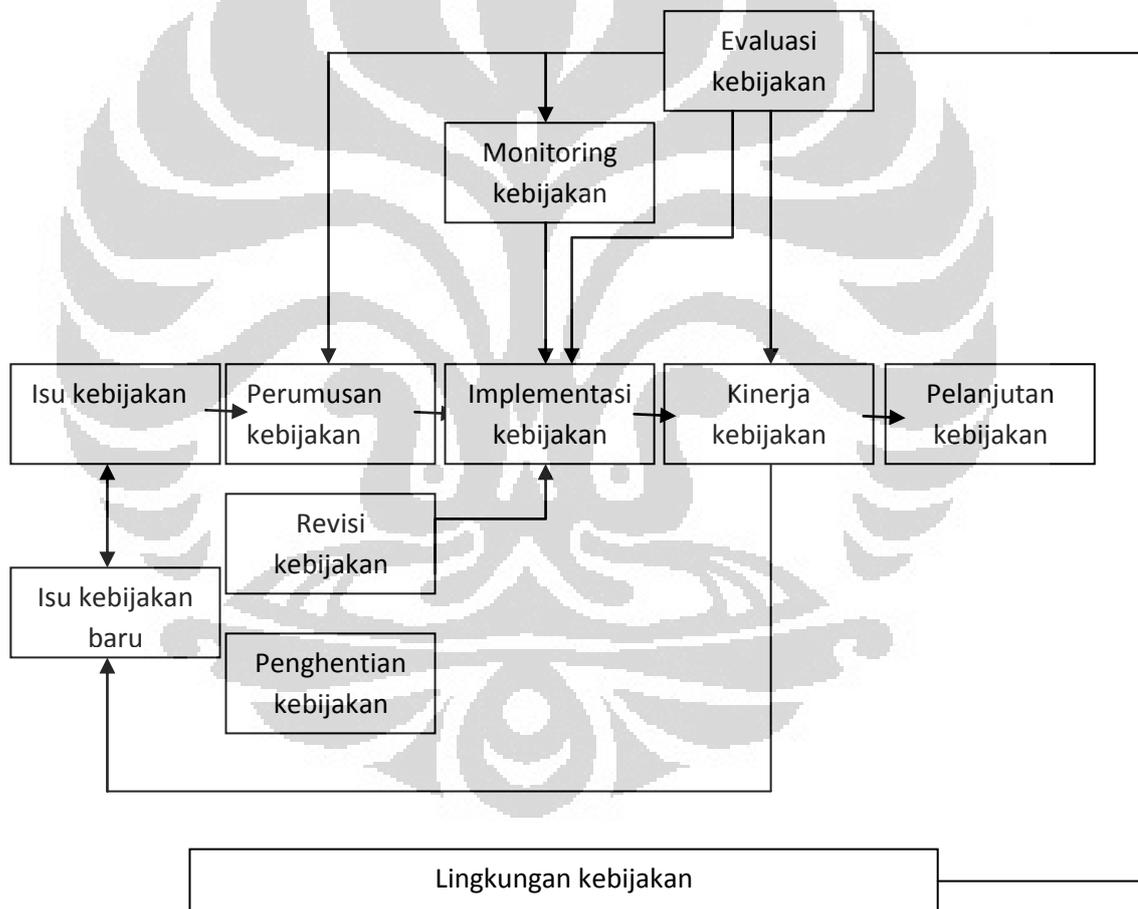
Sumber: Nugroho R. 2011. Public Policy.

Nugroho (2011) memaparkan bahwa gambar tersebut dapat dijelaskan dalam sekuensi berikut:

1. Isu kebijakan. Dikatakan sebagai isu apabila permasalahan bersifat strategis, artinya bersifat mendasar, yang menyangkut banyak orang atau bahkan keselamatan bersama, biasanya jangka panjang, tidak dapat diselesaikan oleh perseorangan, dan memang perlu untuk diselesaikan. Isu kebijakan publik berorientasi pada masalah (problem) dan tujuan (goal). Artinya, kebijakan publik dapat berorientasi pada permasalahan yang muncul pada kehidupan publik, dan dapat pula berorientasi pada tujuan atau goal yang hendak dicapai pada kehidupan politik.
2. Isu kebijakan kemudian mengerakkan pemerintah yang berwenang untuk merumuskan kebijakan publik dalam rangka menyelesaikan masalah tersebut. Rumusan kebijakan ini akan menjadi hukum bagi seluruh negara dan masyarakatnya, termasuk juga pihak pimpinan negara.
3. Setelah dirumuskan, kebijakan publik selanjutnya dilaksanakan oleh pemerintah atau masyarakat, ataupun pihak pemerintah bersama-sama dengan masyarakatnya.
4. Pada setiap perumusan, pelaksanaan, dan pasca-pelaksanaan, diperlukan tindakan evaluasi sebagai sebuah siklus baru, untuk menilai apakah kebijakan tersebut sudah dirumuskan dengan baik dan benar, dan juga diimplementasikan dengan baik dan benar.

5. Implementasi kebijakan bermuara pada keluaran yang dapat berupa kebijakan itu sendiri ataupun manfaat langsung yang dapat dirasakan oleh pemanfaat.
6. Dalam jangka panjang, kebijakan tersebut menghasilkan hasil dalam bentuk dampak kebijakan yang diharapkan semakin meningkatkan tujuan yang hendak dicapai dengan kebijakan tersebut.

Dasar proses kebijakan ini kemudian digambarkan dengan bentuk lengkapnya menurut Nugroho (2011) dengan:



Gambar 2.2. Proses Kebijakan Secara Umum

Sumber: Nugroho R. 2011. Public Policy.

Sebuah isu dalam organisasi, dapat berupa masalah atau tujuan bersama. Hal ini kemudian dapat ditetapkan sebagai suatu isu kebijakan. Dengan isu kebijakan ini, dirumuskan dan ditetapkan kebijakan publik. Kebijakan ini kemudian diimplementasikan. Pada saat kebijakan diimplementasikan, dilakukan pemantauan atau monitoring untuk memastikan apakah implementasi kebijakan konsisten dengan rumusan kebijakan. Salah satu implementasi kebijakan adalah kinerja kebijakan. Pada saat inilah diperlukan evaluasi kebijakan. Evaluasi yang pertama berkaitan dengan kinerja kebijakan, yaitu seberapa jauh kebijakan mencapai hasil yang diharapkan. Selanjutnya dilakukan evaluasi secara paralel pada implementasi kebijakan, rumusan kebijakan dan lingkungan tempat kebijakan tersebut dilaksanakan, misalnya pada rumah sakit. Hasil evaluasi menentukan apakah kebijakan dilanjutkan atau membawa isu kebijakan baru, yang mengarah pada dua pilihan, yaitu diperbaiki atau revisi kebijakan, ataukah dihentikan kebijakan tersebut.

2.4. Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan biasanya ditujukan untuk menilai sejauh mana keefektifan kebijakan publik untuk dapat dipertanggungjawabkan kepada konstituennya. Menurut Nugroho (2011), evaluasi biasanya ditujukan untuk menilai sejauh mana tujuan dicapai. Evaluasi diperlukan untuk melihat kesenjangan antara “harapan” dan “kenyataan”.

Menurut Nugroho (2011), tujuan pokok dari evaluasi adalah bukan untuk menyalah-nyalahkan, tetapi untuk mengetahui seberapa besar kesenjangan antara pencapaian dan harapan suatu kebijakan publik. Tugas selanjutnya adalah bagaimana mengurangi atau menutup kesenjangan tersebut. Jadi, evaluasi kebijakan harus dipahami sebagai sesuatu yang bersifat positif. Evaluasi bertujuan untuk mencari kekurangan dan menutup kekurangan. Ciri dari evaluasi kebijakan adalah:

1. Tujuannya menemukan hal-hal strategis untuk meningkatkan kinerja kebijakan

2. Evaluator mampu mengambil jarak dari pembuat kebijakan, pelaksana kebijakan, dan target kebijakan.
3. Prosedur dapat dipertanggungjawabkan secara metodologis
4. Dilaksanakan tidak dalam suasana permusuhan atau kebencian.
5. Mencakup rumusan, implementasi, lingkungan, dan kinerja kebijakan.

2.5. Evaluasi kebijakan menurut Dunn

Menurut William, N. Dunn (1999) dalam Nugroho (2011), istilah evaluasi dapat disamakan dengan penaksiran (*appraisal*), pemberian angka (*rating*), dan penilaian (*assessment*). Evaluasi berkenaan dengan menghasilkan informasi mengenai nilai dan manfaat hasil kebijakan. Evaluasi dapat memberikan informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu seberapa valid kebutuhan, nilai, dan kesempatan telah mampu diraih melalui tindakan dari kebijakan publik; memberikan sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target; memberikan sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk juga perumusan masalah dan rekomendasi. Meskipun berkenaan dengan keseluruhan proses kebijakan, evaluasi lebih berkenaan dengan kinerja dari kebijakan, khususnya pada implementasi kebijakan.

Dunn menggambarkan kriteria-kriteria evaluasi kebijakan publik dengan:

Tabel 2.1. Kriteria Evaluasi menurut Dunn

Tipe kriteria	Pertanyaan	Ilustrasi
Efektivitas	Apakah hasil yang diinginkan telah dicapai?	Unit pelayanan
Efisiensi	Seberapa banyak usaha yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan?	Unit biaya, manfaat bersih, rasio cost-benefit
Kecukupan	Seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan memecahkan	Biaya tetap. Efektivitas tetap.

Tipe kriteria	Pertanyaan	Ilustrasi
	masalah?	
Perataan	Apakah biaya manfaat didistribusikan dengan merata kepada kelompok-kelompok yang berbeda?	Kriteria pareto, Kriteria Kaldor-Hicks, Kriteria Rawls.
Responsivitas	Apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai kelompok-kelompok tertentu?	Konsistensi dengan survei warga negara
Ketepatan	Apakah hasil (tujuan) yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai?	Program publik harus merata dan efisien.

Sumber: Nugroho R. 2011. Public Policy.

Evaluasi implementasi kebijakan dibagi menjadi tiga menurut waktunya, yaitu pada saat sebelum dilaksanakan, pada waktu dilaksanakan, dan setelah dilaksanakan. Evaluasi pada waktu pelaksanaan biasanya disebut evaluasi proses, sedangkan evaluasi setelah kebijakan tersebut dilaksanakan disebut sebagai evaluasi konsekuensi (output) kebijakan dan/atau evaluasi dampak/pengaruh (outcome) kebijakan. Evaluasi setelah pelaksanaan disebut juga evaluasi sumatif. Pengembangan pendekatan evaluasi implementasi kebijakan menurut Dunn(1999) dalam Nugroho (2011) terdiri dari tiga pendekatan, yaitu evaluasi semi, evaluasi formal, dan evaluasi keputusan teoritis. (tabel 2.2.)

Tabel 2.2. Pendekatan-pendekatan dalam Evaluasi Kebijakan versi Dunn

Pendekatan	Tujuan	Asumsi	Bentuk-bentuk utama	Teknik
Evaluasi semu	Menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang valid tentang hasil kebijakan	Ukuran manfaat atau nilai terbukti dengan sendirinya atau tidak kontroversial	Eksperimental sosial. Akuntansi sistem sosial. Pemeriksaan sosial. Sintesis riset dan praktik.	Sajian grafik. Tampilan tabel. Angka indeks. Analisis seri waktu terinterupsi. Analisis seri terkontrol. Analisis diskontinu regresi.
Evaluasi formal	Menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang terpercaya dan valid mengenai hasil kebijakan secara formal diumumkan sebagai tujuan program-kebijakan	Tujuan dan sasaran pengambil kebijakan dan administrator yang secara resmi diumumkan merupakan ukuran yang tepat dari manfaat atau nilai	Evaluasi perkembangan. Evaluasi eksperimental. Evaluasi proses retrospektif (ex post) Evaluasi hasil retrospektif.	Pemetaan sasaran. Klarifikasi nilai. Kritik nilai. Pemetaan hambatan. Analisis dampak-silang. Discounting.
Evaluasi Keputusan teoretis	Menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang	Tujuan dan sasaran dari berbagai pelaku yang diumumkan secara formal	Penilaian tentang dapat-tidaknya di evaluasi. Analisis utilitas multi atribut, yaitu serangkaian	Brainstorming. Analisis argumentasi. Delphi kebijakan. Analisis survei-pemakai, yaitu

Pendekatan	Tujuan	Asumsi	Bentuk-bentuk utama	Teknik
	terpercaya dan valid mengenai hasil kebijakan yang secara eksplisit diinginkan oleh berbagai pelaku kebijakan.	maupun diam-diam merupakan ukuran yang tepat dan manfaat atau nilai .	prosedur yang diciptakan untuk mengambil dari para pelaku kebijakan yang banyak memiliki pandangan subjektif tentang probabilitas terjadinya sesuatu atau nilai dari hasil kebijakan.	serangkaian prosedur untuk mengumpulkan informasi dari calon pemakai dan pelaku-pelaku kebijakan lainnya mengenai evaluabilitas suatu kebijakan atau program.

Sumber: Nugroho, R. 2011. *Public Policy*.

2.6. Evaluasi Implementasi Kebijakan

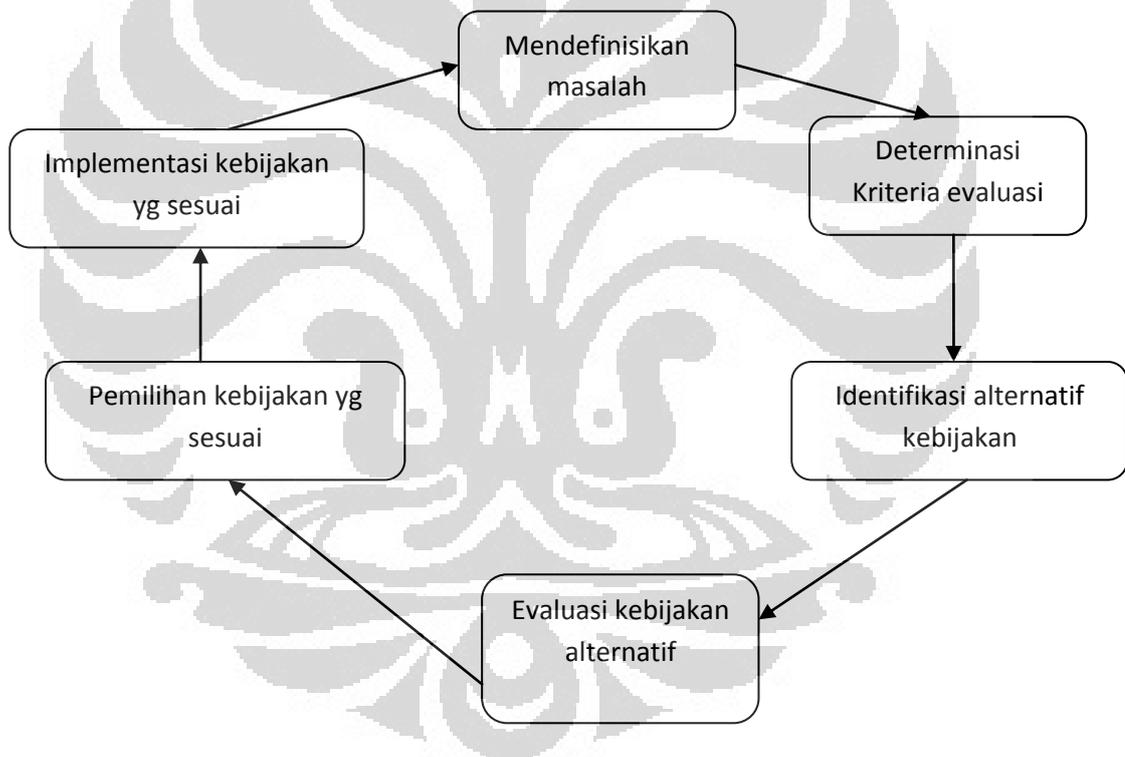
Implementasi kebijakan ialah suatu kegiatan atau proses pelaksanaan atau penerapan kebijakan yang telah ditetapkan. Tujuan evaluasi implementasi kebijakan adalah untuk mengetahui variasi dalam indikator kinerja. Menurut Nugroho (2011), indikator kinerja selanjutnya akan digunakan untuk menjawab:

- a. Bagaimana kinerja implementasi kebijakan? Jawabannya berkaitan dengan kinerja implementasi publik (variasi dari *outcome*) terhadap variabel independen tertentu.
- b. Faktor-faktor apa saja yang menyebabkan variasi itu? Jawabannya berkenaan dengan faktor kebijakan itu sendiri, organisasi implementasi kebijakan, dan lingkungan implementasi kebijakan yang mempengaruhi variasi *outcome* implementasi kebijakan.
- c. Bagaimana strategi meningkatkan kinerja implementasi kebijakan? Pertanyaan ini berkenaan dengan “tugas” pengevaluasi untuk memilih variabel-variabel yang dapat diubah (*actional variable*) atau variabel lain

yang tidak dapat diubah sehingga tidak dapat dimasukkan sebagai variabel evaluasi.

2.7. Analisis Kebijakan

Menurut Dunn(2004) dalam Nugroho (2011), analisis kebijakan adalah disiplin ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai metode pengajian multipel dalam konteks argumentasi dan debat politik untuk menciptakan, secara kritis menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan. Untuk dapat menghasilkan kebijakan yang baik, diperlukan proses analisis kebijakan yang baik pula. Secara visual, Patton dan Savicky menggambarkan proses analisis kebijakan untuk pemecahan masalah dengan:



Gambar 2.3. Analisis Kebijakan versi Patton dan Savicky

Sumber: Nugroho R. 2011. Public Policy.

Patton dan Savicky mempromosikan 6 langkah analisis kebijakan yang disebutnya *Basic policy Analysis Process* sebagai berikut :

1. Mendefinisikan, verifikasi, dan mendetailkan permasalahan kebijakan

Langkah ini sering kali sangat sulit karena tidak jarang tujuan atau keinginan klien tidak jelas, atau tujuan yang hendak dicapai bersifat konfliktual. Berkenaan dengan masalah ini, analisis kebijakan tidak punya pilihan lain selain harus melakukan verifikasi, mendefinisikan, dan mendetailkan permasalahan.

Ada banyak pendekatan untuk identifikasi dan definisi masalah. Dua metode yang banyak digunakan adalah, pertama, *pragmatic approach* yang digunakan apabila analisis kebijakan dihadapkan pada pertentangan bagaimana seharusnya suatu isu kebijakan ditangani sehingga pertimbangan dijatuhkan pada *biaya* yang paling rendah; kedua, *social-criterion approach* yang digunakan apabila analisis kebijakan mencari ekspresi tersembunyi dari permasalahan sosial yang harus diatasi.

2. Membangun kriteria evaluasi

Untuk memahami, perlu pertama-tama dibedakan beberapa konsep. *Goals* adalah pernyataan yang dinyatakan secara formal dan luas tentang apa yang akan dicapai di masa depan. *Objectives* adalah pernyataan yang lebih konkret dan focus tentang tujuan yang hendak dicapai, biasanya dilengkapi dengan dimensi waktu dan target populasi yang menjadi kliennya. *Criteria* adalah pernyataan khusus tentang dimensi-dimensi sasaran (*objectives*) yang akan digunakan untuk mengevaluasi alternative kebijakan atau program. Dimensi penting tersebut termasuk biaya, manfaat, keefektifan, risiko, viabilitas politik, kemudahan administrative, legalitas, ketidakpastian, kesetaraan, dan waktu. *Measures* adalah criteria definisi yang operasional dan tampak (*tangible*) yang sering kali berbentuk *kuantitatif*. Ukuran (*measures*) dapat dipergunakan secara komparatif melintasi ruang dan waktu untuk mengukur permasalahan yang sama.

3. Mengidentifikasi alternatif

Berikut ini adalah kriteria alternatif yang baik:

1. Biaya – mampukah kita menjangkau biaya dari pilihan tersebut dan apakah akan efektif dari segi biaya?
2. Stabilitas – akankah objektif dapat tetap dipertahankan disamping gangguan yang ada pada operasional normal?
3. Reliabilitas – bagaimana kemungkinan pilihan tersebut dapat dioperasikan pada waktu kapan saja.
4. Invulnerabilitas – akankah alternatif dapat dilanjutkan untuk dilanjutkan apabila salah satu bagiannya gagal atau rusak?
5. Fleksibilitas – dapatkah alternatif menghasilkan lebih dari satu tujuan
6. Tingkat risiko – apakah alternatif memiliki kemungkinan yang besar untuk gagal?
7. Komunikabilitas –apakah pilihan mudah untuk dimengerti untuk orang-orang yang tidak terlibat dalam analisis?
8. *Merit* – apakah alternatif harus berhadapan dengan validitas yang hal tersebut tampak harus dilakukan dalam analisis?
9. *Simplicity* – apakah alternatif mudah untuk di implementasikan?
10. Kompatibilitas – apakah pilihan tidak bertentangan dengan norma dan prosedur?
11. Reversibilitas – seberapa sulit alternatif untuk dikembalikan pada kondisi sebelumnya jika pilihan gagal?
12. *Robustness* – Seberapa luas kemungkinan alternatif dilaksanakan pada lingkungan yang berbeda di masa yang akan datang?

4. Evaluasi alternatif kebijakan

Langkah ini khusus digunakan untuk kebijakan yang diambil atau *ex-ante evaluation*.

Analisis peramalan : ekstrapolasi, modeling, dan intuitif. Teknik peramalan yang pertama adalah ekstrapolasi, yaitu membuat proyeksi masa depan dengan mempergunakan data masa kini dan tren yang ada. Kedua modeling teoretis, yaitu peramalan yang mempergunakan pendekatan teori tertentu. Ketiga, peramalan intuitif, yang disebut Dunn sebagai *retroductive*. Peramalan intuitif dilakukan dengan melakukan

interview kepada ahli (pakar) dengan dua prinsip utama : wawancara kepada yang benar-benar mempunyai keahlian yang berkenaan dengan kebijakan dan prinsip anonimitas. Jika ada 10 orang pakar yang diwawancarai, kesepuluhnya tidak boleh saling mengetahui.

5. Menyajikan alternatif kebijakan

Pertama, konflik antara rasionalitas individu dan rasionalitas kelompok. Model ini digambarkan dalam teori “*prisoner’s dilemma*”. Dalam teori ini dua tertuduh diperiksa dalam dua sel yang berbeda dan jawaban mereka saling dikonfrontasikan secara terpisah. Namun demikian, dalam analisis kebijakan, konflik juga terjadi karena keputusan individual berbeda dengan keputusan kelompok. Katakan suatu tim analisis kebijakan terdiri dari 3 orang : A, B dan C. Pilihan dari A, B dan C kombinas AB dan AC, dan kombinasi ABC acap kali berbeda dan bahkan konflik

Kedua, masalah kriteria-kriteria berganda (*multiple criteria*). Dalam analisis kebijakan kita pasti menemukan konflik antara tujuan kebijakan dan kriteria keberhasilan kebijakan. Beberapa metode yang dapat dipergunakan untuk memecahkan konflik antara tujuan dan kriteria diatas. Yaitu dengan (1) pendekatan perbandingan sederhana, (2) matriks *score-card* dan (3) matriks lainnya.

6. Pemantauan dan evaluasi kebijakan yang diimplementasikan.

Terdapat 19 karakteristik analisis kebijakan yang berhasil, yaitu:

1. Adanya usaha substansial yang dilakukan untuk memformulasi masalah
2. Pencarian alternatif sebanyak-banyaknya
3. Mengenali secara eksplisit dan melakukan tindakan yang hati-hati terhadap ketidakpastian.
4. Adanya ujicoba yang substansial untuk menguji sensitifitas.
5. Adanya pernyataan yang jelas mengenai asumsi, batas-batas, dan kesenjangan

6. Data diteliti untuk akurasi dan relevansi sebelum ditransformasi menjadi informasi dan bukti.
7. Memilih model yang sesuai dan dikembangkan
8. Model diverifikasi dan diujicoba untuk validitas
9. Keputusan subjektif dibuat secara eksplisit dan dibenarkan
10. Perhatian yang cukup terhadap kepentingan pihak lain, termasuk masyarakat umum, dalam rekomendasi
11. Laporan tertulis sehingga temuan dapat digunakan dalam pemikiran selanjutnya mengenai masalah
12. Paling tidak perencanaan implementasi preeliminier
13. Pengenalan eksplisit dari lingkungan, generasi selanjutnya, dan kelompok tertentu yang dapat terkena akibat buruk
14. Perhatian pada pertanyaan akuitas dan cara untuk mengkompensasi "losers"
15. Konsisten dengan standar moral dan kesejahteraan publik
16. Alternatif diinvestigasi untuk feasibilitas politik dan organisasi
17. Upaya untuk mendapatkan biaya tersembunyi yang dapat membawa masalah pada implementasi
18. Komunikasi yang sering antara tim analis dan klien/sponsor dan stafnya
19. Dokumentasi dan justifikasi pekerjaan yang ekstensif

2.8. Rekomendasi Kebijakan

Untuk dapat membuat rekomendasi kebijakan, diperlukan penentuan alternatif yang terbaik dan alasannya karena prosedur analisis kebijakan berkaitan dengan masalah etika dan moral. Rekomendasi pada dasarnya adalah pernyataan advokasi, dan advokasi memiliki empat pertanyaan yang harus dijawab adalah apakah pernyataan advokasi tersebut dapat ditindaklanjuti, bersifat prospektif, memiliki nilai dan memiliki etik.

Dalam memutuskan suatu alternatif kebijakan, salah satu pendekatan yang paling banyak dipergunakan adalah rasionalitas (Nugroho, 2011). Namun, nasionalitas

juga berarti multirasional. Artinya, terdapat dasar-dasar rasional ganda yang mendasari sebagian besar pilihan-pilihan kebijakan, yaitu:

1. rasionalitas teknis, berkenaan dengan pilihan efektif
2. rasionalitas ekonomis, berkenaan dengan efisiensi
3. rasionalitas legal, berkenaan dengan legalitas
4. rasionalitas sosial, berkenaan dengan akseptabilitas
5. rasionalitas substantif, yang merupakan kombinasi keempat rasionalitas di atas.

Namun demikian, menurut Dunn, model rasional komprehensif, yang merupakan sinkronisasi dari kelima model di atas, lebih disarankan. Dunn juga mempromosikan dalil kemustahilan Arrow yang menyatakan bahwa mustahil untuk mendapatkan pilihan terbaik melalui prosedur megagregasikan pilihan-pilihan individu. Karena itu, diperlukan keterlibatan pakar untuk melakukan pilihan rasional transitif yang kemudian dikembangkan menjadi pilihan kolektif. Selanjutnya, Nugroho (2011) mengemukakan bahwa rekomendasi kebijakan mempunyai enam kriteria utama yang sama dengan evaluasi kebijakan, yaitu:

1. efektivitas, berkenaan dengan apakah suatu alternatif mencapai hasil yang diharapkan
2. efisiensi, berkenaan dengan jumlah usaha yang diperlukan untuk menghasilkan tingkat efektivitas yang dikehendaki
3. kecukupan, berkenaan dengan seberapa jauh suatu tingkat efektivitas memuaskan kebutuhan, nilai, atau kesempatan yang menumbuhkan adanya masalah
4. pemerataan (*equity*), berkenaan dengan pemerataan distribusi manfaat kebijakan
5. responsivitas, berkenaan dengan seberapa jauh suatu kebijakan dapat memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai kelompok-kelompok masyarakat yang menjadi target kebijakan
6. kelayakan (*appropriateness*), berkenaan dengan pertanyaan apakah kebijakan tersebut tepat untuk suatu masyarakat.

2.9. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

2.9.1. Definisi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) merupakan himpunan atau kegiatan dan prosedur yang terorganisasikan dan saling berkaitan serta saling ketergantungan dan dirancang sesuai dengan rencana dalam usaha menyajikan info yang akurat dan tepat waktu di rumah sakit. Selain itu, sistem ini berguna untuk menunjang proses fungsi-fungsi manajemen dan pengambilan keputusan dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sistem tersebut, saat ini ditujukan untuk menunjang fungsi perencanaan dan evaluasi dari penampilan kerja rumah sakit antara lain adalah jaminan mutu pelayanan rumah sakit yang bersangkutan, pengendalian keuangan dan perbaikan hasil kerja rumah sakit tersebut, kajian dalam penggunaan dan penaksiran permintaan pelayanan kesehatan rumah sakit oleh masyarakat, perencanaan dan evaluasi program rumah sakit, penyempurnaan laporan rumah sakit serta untuk kepentingan pendidikan dan pelatihan.

2.9.2. Manfaat yang dapat dicapai dengan penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Menurut Garrido, Raymond, Jamieson, Liang, dan Wiesenthal (2004), pada perhitungan bisnis, SIMRS dapat memberikan tiga kategori keuntungan, yaitu penurunan biaya operasional (*reduce operating cost*), meningkatkan pendapatan (*Increased Revenue*), dan mengurangi pengeluaran kapital (*Reduction in Capital Expenditure*). (Tabel 2.1.). Selain itu, terdapat banyak sekali keuntungan yang tidak dapat di kuantifikasi, seperti peningkatan kualitas, *patient safety*, *continuity of care*, dan *patient centeredness*.

Tabel 2.3. Kategori Keuntungan Bisnis dari Sistem Informasi Rumah Sakit

Reduksi biaya operasional
Efisiensi staf <ul style="list-style-type: none"> • meningkatkan efisiensi staf dalam billing • meningkatkan efisiensi staf perawatan • meningkatkan efisiensi staf pendukung klinis

- mengurangi pengeluaran lab
- meningkatkan efisiensi rekam medik
- mengurangi pengeluaran transkripsi
- meningkatkan efisiensi *bed management*
- mengurangi waktu pembuatan *review chart* untuk laporan kualitas
- meningkatkan efisiensi staf farmasi
- mengurangi pencarian terapi fisik dan waktu tunggu
- mengurangi pencarian ahli gizi dan waktu tunggu

Average Length of Stay

- Mengurangi pendaftaran yang tidak sesuai
- Mengurangi hari-hari yang dicegah
- Penekanan ALOS
- Mengurangi penumpukandi UGD

Litigasi dan malpraktik

- Penurunan litigasi dan malpraktik

Manajemen material

- Pengurangan pengeluaran kertas

Efisiensi staf rekam medik

- Menurunkan pengeluaran untuk suplai rekam medik
- Adanya ruangan yang dapat dipergunakan ulang

Farmasi

- Mengurangi efek samping obat
- Meningkatkan peresepan yang baik

Peningkatan pendapatan

Billing

- Meningkatkan identifikasi billing pasien
- Meningkatkan tagihan billing yang sesuai untuk pasien

Risiko medis

- Meningkatkan akurasi untuk risiko medis

Produk baru

- Dapat meningkatkan koleksi produk

<ul style="list-style-type: none"> • Dampak market
Harga
<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan pemberian harga yang akurat
Mengurangi pengeluaran kapital
<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan ALOS pada tempat tidur yang baru digunakan • Pencegahan untuk membuat ruang baru baru rekam medik

Sumber: Garrido, Raymond, Jamieson, Liang, Wiesenthal. 2004. *Making the Business Case for Hospital Information Systems—A Kaiser Permanente Investment Decision*

2.9.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Menurut Kuhn et al.(2001), Kiu kim (1990), Gladwin et al. (2003), Berndt (2001) dan Chetley et al. (2004) dalam Archangel (2007) dibutuhkan kerangka kerja (*framework*) untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang paling mempengaruhi introduksi dan kesuksesan SIMRS di negara berkembang. Menurut Kuhn et al (2001) dalam Archangel (2007), kesuksesan sebuah proyek 80% bergantung pada pengembangan keterampilan sosial dan politik dari pengembang dan 20% bergantung dari implementasi teknologi hardware dan software. Sehingga, dapat dikatakan bahwa kebijakan dari rumah sakit sebagai salah satu pemeran dalam pengembangan rumah sakit memiliki andil yang besar dalam menentukan kesuksesan sebuah SIMRS.

Menurut (Amin, Hussein, dan Isa, 2011), faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi SIMRS:

1. Pada tujuan jangka panjang

Pada tujuan jangka panjang merupakan area strategik. Implementasi SIMRS membutuhkan perencanaan yang baik dari pihak manajemen. Selanjutnya, kontribusi manajemen yang efektif terhadap proses implementasi bergantung pada asupan informasi yang berkelanjutan mengenai kinerja sistem. Jika manajemen pada proses implementasi tidak

dapat mensuplai proses implementasi dengan tambahan sumberdaya dan kompetensi yang dibutuhkan, dapat dikatakan proses tersebut gagal.

Diperlukan pengembangan yang berkelanjutan tidak hanya pada saat awal implementasi SIMRS, namun setelah sistem telah berjalan. Hal ini disebabkan oleh kondisi rumah sakit yang senantiasa berubah, sehingga seringkali membutuhkan penyesuaian secara teknis untuk dapat mempertahankan kinerja sistem yang optimal. Jika manajemen kurang memperhatikan kompleksitas dari rutinitas klinis dan pentingnya pengguna untuk di ikutsertakan pada proses implementasi SIMRS, hasil yang akan diperoleh adalah inefisiensi dan pada akhirnya akan mempengaruhi kinerja rumah sakit.

2. Pada tujuan jangka menengah

Pada tujuan jangka menengah merupakan area taktis, dimana sistem perlu untuk fit dengan alur kerja klinis yang sering kali berbeda antara pengembang sistem dan manajer, dan tim yang ada pada pelayanan. Kelebihan dan kekurangan implementasi sistem bergantung pada nilai yang dapat mereka berikan pada pengguna akhir, dan penyesuaian hubungan antara tugas pekerjaan dari pengguna yang berbeda harus menjadi perhatian.

3. Pada tujuan jangka pendek

Pada tujuan jangka pendek merupakan area operasional harian. Hal ini diobservasi pada kasus dimana implementasi SIMRS tidak bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan pasien karena praktisi cenderung untuk tidak mau menggunakan sistem. Kecenderungan ini juga berkaitan dengan apakah klinisi dilibatkan dalam desain dan implementasi atau tidak. Harmonisasi antara tujuan organisasi dan tujuan klinis individu pada tingkat penggunaan harian merupakan hal yang penting, terutama karena interpretasi kemudahan penggunaan sebuah sistem dapat berbeda antara stakeholder dan praktisi pelayanan. Pada berbagai penelitian, partisipasi dan kolaborasi lintas grup pengguna berkaitan kritis dengan implementasi

sistem klinis yang sukses. Profesional dari kedokteran, keperawatan, dan disiplin laboratorium perlu untuk belajar berkolaborasi dalam pengembangan SIMRS yang membutuhkan pengalaman personal mereka mengenai fungsi sistem.

2.9.4. Penyebab Kegagalan sebuah Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Menurut Littlejohns, Wyatt dan Garvican (2003) penyebab kegagalan SIMRS:

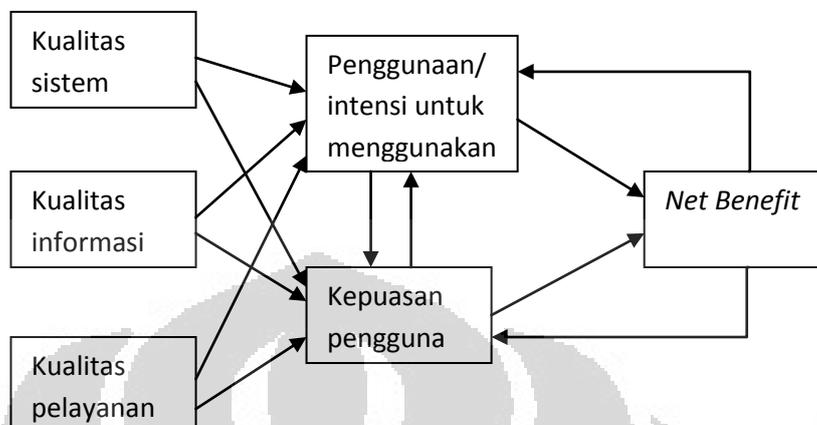
1. Gagal untuk menyesuaikan dengan budaya sosial dan profesional rumah sakit dan untuk mengenali pendidikan pengguna dan staf
2. Meng-*underestimate* kompleksitas dari proses rutinitas klinis dan manajerial
3. Ketidaksesuaian antara harapan komisioner, pembuat, dan pengguna sistem
4. Menolak untuk berhenti mengeluarkan uang dengan sistem yang gagal
5. Tidak melakukan evaluasi pada sistem sebelumnya.

2.9.5. Evaluasi implementasi kebijakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Menurut Salmela dan Turunen, evaluasi dari sebuah SIMRS dapat diukur berdasarkan kepuasan pengguna, dampak individual, dan outcome organisasi. Namun demikian, pengukuran yang paling sering digunakan adalah mengukur kualitas informasi berdasarkan kepuasan pengguna.

Definisi kualitas dari sistem informasi digambarkan dalam D&M IS Success Model oleh DeLone dan McLean yang diawali pada tahun 1992 yang kemudian dikembangkan menjadi ID Succes Model terbaru di tahun 2003. Pada D&M IS Success Model yang telah diperbaharui ini, indikator kesuksesan sebuah sistem informasi dikategorikan dalam enam dimensi utama, yaitu kualitas sistem,

kualitas informasi, kualitas pelayanan, penggunaan, kepuasan pengguna, dan *net benefit* (Peter, DeLone, dan McLean, 2008), yang digambarkan dengan:



Gambar 2.4. D&M IS Success Model yang telah diperbaharui

Sumber: Peter, DeLone, dan McLean. Measuring information systems success: models, dimensions, measures, and interrelationships. European Journal of Information Systems (2008) 17, 236–263.

Kualitas sistem adalah karakteristik yang diharapkan dari sebuah sistem informasi. Misalnya: kemudahan penggunaan, fleksibilitas sistem, reliabilitas sistem, dan mudah dipelajari. Kualitas informasi merupakan karakteristik yang diharapkan dari output atau keluaran sistem informasi, yaitu laporan manajemen dan halaman web. Misalnya: relevansi, mudah dipahami, akurasi, ringkas, lengkap, cepat, dan dapat digunakan. Kualitas pelayanan adalah kualitas dukungan yang diperoleh pengguna dari departemen IT dan personil pendukung IT. Sistem informasi yang dikelola oleh vendor, akan mengukur kualitas pelayanan vendor dan bukan lagi departemen IT. Penggunaan sistem adalah derajat atau cara pengguna memanfaatkan kemampuan sistem informasi. Misalnya: besarnya penggunaan, frekuensi penggunaan, kesesuaian penggunaan, dan tujuan penggunaan. Kepuasan pengguna adalah tingkat kepuasan pengguna dengan laporan, situs Web, dan layanan pendukung. Sedangkan Net benefit adalah perluasan kontribusi yang dapat diberikan terhadap kesuksesan individu, kelompok, organisasi, industri, dan negara. Misalnya: mempermudah pembuatan

keputusan, meningkatkan produktivitas, meningkatkan penjualan, mengurangi biaya, dan meningkatkan keuntungan.

2.9.6. Sintesa Analisis Teori Evaluasi Kebijakan Dan Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Teori kebijakan yang dihubungkan dengan penelitian mengenai evaluasi implementasi kebijakan sistem informasi manajemen rumah sakit dapat dipersepsikan sebagai penelitian yang berkenaan dengan perumusan dan rumusan kebijakan, implementasi kebijakan, dan lingkungan kebijakan. Pada prinsipnya penelitian kebijakan merupakan memiliki fokus yang sama dengan penelitian sosial terapan, yaitu sama-sama bertujuan untuk memecahkan permasalahan praktis. Namun, keluaran/output dari penelitian kebijakan adalah berupa pemahaman yang mendalam akan suatu kebijakan secara keilmuan dengan tujuan mendapatkan justifikasi ataupun falsafah ilmiah. Pendekatan pada penelitian didasari metodologi keilmuan dan teoritis, dan dapat dilakukan sebelum ataupun sesudah implementasi dari kebijakan tersebut. Penelitian mengenai evaluasi kebijakan bukanlah untuk menyalah-nyalahkan, tetapi untuk pengawasan terhadap kebijakan dan perbaikan kebijakan di masa yang akan datang.

Implementasi kebijakan SIMRS bukanlah hal yang bisa dilepas begitu saja, tetapi harus disertai dengan pengawasan yang salah satunya adalah evaluasi kebijakan. Namun demikian, tidak mudah untuk membuat, mengawasi, dan mengendalikan sebuah kebijakan publik. Oleh karena itu, untuk dapat membuat sebuah kebijakan yang sukses, langkah-langkah dari proses kebijakan harus diikuti sehingga ada dasar dari setiap langkah kebijakan yang diambil.

2.10. Rawat Jalan

Secara sederhana, perawatan rawat jalan dapat didefinisikan sebagai perawatan kedokteran bagi pasien yang tidak membutuhkan rawat inap. Berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1165/MENKES/SK/X/2007 tentang pola

tarif rumah sakit, pelayanan rawat jalan rumah sakit, bahwa rawat jalan adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di rumah sakit. Instalasi rawat jalan merupakan gerbang utama untuk menentukan apakah pasien memerlukan perawatan inap atau tidak, atau membutuhkan rujukan ke tempat pelayanan kesehatan lain atau tidak. Menurut *North Carolina Department of Health and Human Services*(1999), pelayanan rawat jalan rumah sakit merupakan tindakan preventif, diagnostik, terapi, rehabilitasi, atau paliatif dengan arahan dari dokter atau dokter gigi kepada penerima pada institusi yang berlisensi atau secara formal disetujui sebagai sebuah rumah sakit. Seluruh pelayanan medis harus sesuai dengan ketentuan medis dan tidak boleh hanya berdasarkan eksperimen.

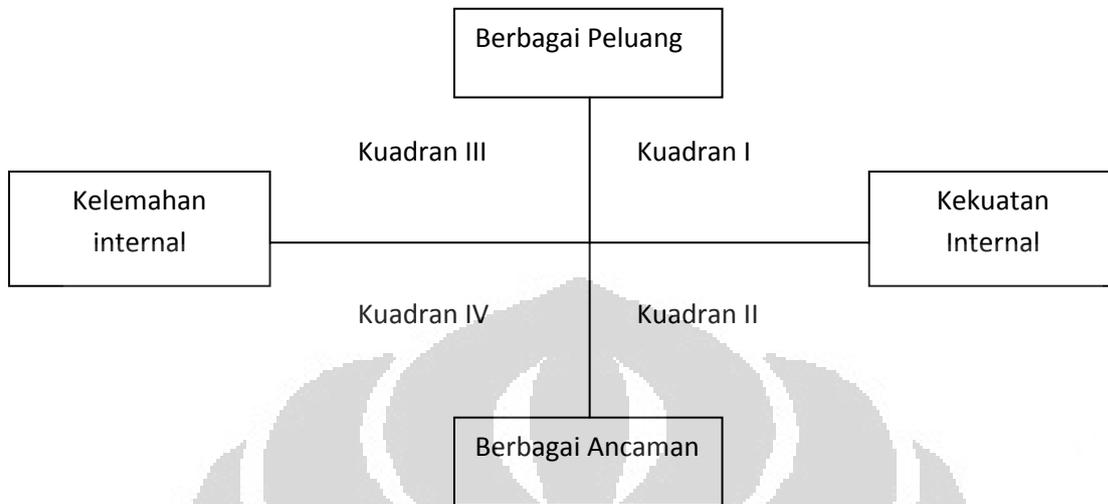
Alur pada pasien di bagian rumah sakit berbeda-beda bergantung pada kebijakan rumah sakit. Namun demikian, secara umum alur rawat jalan rumah sakit terdiri dari pendaftaran, poliklinik, dan dilanjutkan dengan pembayaran, baik disertai atau tanpa pemeriksaan laboratorium dan radiologi. Selanjutnya pasien mengambil obat di bagian farmasi.

2.11. Analisis strategi kebijakan

2.11.1. Analisis SWOT

Menurut Rangkuti (2006), analisis SWOT salah satu cara untuk menetapkan sebuah strategi dengan cara mengidentifikasi berbagai faktor secara sistematis untuk merumuskan strategi organisasi. Analisis ini didasarkan pada logika yang dapat memaksimalkan kekuatan (*strengths*) dan peluang (*opportunities*), namun secara bersamaan dapat meminimalkan kelemahan (*weakness*) dan ancaman (*threats*).

Analisis SWOT digunakan untuk membandingkan faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal terdiri dari peluang dan ancaman, sedangkan faktor internal terdiri dari kekuatan dan kelemahan (Gambar 2.4.)



Gambar 2.5. Diagram SWOT

Sumber: Rangkuti. 2006. Analisis SWOT : Teknik Membedah Kasus Bisnis

Kuadran I :

Ini merupakan situasi yang menguntungkan. Perusahaan tersebut memiliki peluang dan kekuatan sehingga dapat memanfaatkan peluang yang ada. Strategi yang diterapkan dalam kondisi ini adalah mendukung kebijakan pertumbuhan yang agresif.

Kuadran II :

Meskipun menghadapi berbagai ancaman, perusahaan ini masih memiliki kekuatan dari segi internal. Strategi yang harus diterapkan adalah menggunakan kekuatan untuk memanfaatkan peluang jangka panjang dengan cara strategi *diversifikasi* (produk/pasar).

Kuadran III :

Perusahaan menghadapi peluang pasar yang sangat besar, tetapi di lain pihak menghadapi beberapa kendala/kelemahan internal. Fokus strategi ini yaitu

meminimalkan masalah internal perusahaan sehingga dapat merebut pasar yang lebih baik (*turn around*).

Kuadran IV :

Ini merupakan situasi yang sangat tidak menguntungkan, perusahaan tersebut menghadapi berbagai ancaman dan kelemahan internal. Fokus strategi yaitu melakukan tindakan penyelamatan agar terlepas dari kerugian yang lebih besar (*defensive*).

Dalam analisis SWOT, dilakukan perbandingan antara faktor-faktor strategis internal maupun eksternal untuk memperoleh strategi terhadap masing-masing faktor tersebut, kemudian dilakukan skoring. Berdasarkan hasil yang diperoleh kemudian ditentukan fokus rekomendasi strategi.

2.11.1.1. Analisis Faktor Strategis Eksternal

Analisis faktor strategis eksternal difokuskan pada kondisi yang ada dan kecenderungan yang muncul dari luar, tetapi dapat memberi pengaruh kinerja organisasi. Setelah mengetahui faktor-faktor strategi eksternal, selanjutnya susun tabel faktor-faktor Strategis Eksternal (*External Strategic Factors Analysis Summary/EFAS*), dengan langkah sebagai berikut :

1. Menyusun faktor peluang dan ancaman pada kolom 1.
2. Memberikan bobot masing-masing faktor pada kolom 2, mulai dari 1,0 (sangat penting) sampai dengan 0,0 (tidak penting). Bobot dari semua faktor strategis yang berupa peluang dan ancaman ini harus berjumlah 1.
3. Menghitung rating dalam (dalam kolom 3) untuk masing-masing faktor dengan memberi skala mulai dari 4 (sangat baik/*outstanding*) sampai dengan 1 (sangat tidak baik/*poor*) berdasarkan pengaruh faktor tersebut pada kondisi organisasi. Pemberian nilai rating untuk peluang bersifat positif, artinya peluang yang semakin besar diberi rating +4, tetapi jika peluangnya kecil diberi nilai +1. Sementara untuk rating ancaman bersifat

sebaliknya, yaitu jika nilai ancamannya besar, maka ratingnya -4 dan jika nilai ancamannya kecil, maka nilainya -1.

4. Mengalikan bobot faktor pada kolom 2 dengan rating pada kolom 3. Hasilnya adalah skor pembobotan untuk masing-masing faktor.
5. Menghitung jumlah skor pembobotan. Nilai ini adalah untuk memetakan posisi organisasi pada diagram analisa SWOT.

Tabel 2.4. Faktor-Faktor Strategis Eksternal (*Eksternal Strategic Factors Analysis Summary/EFAS*)

Faktor-faktor Strategis Eksternal	Bobot	Rating	Skor Pembobotan (Bobot x Rating)
Peluang (Opportunities/O) :	bobot	rating	
1. Peluang 1	peluang 1	peluang 1	
2. Peluang 2	bobot peluang 2	rating peluang 2	
Jumlah O	a		B
Ancaman (Threats/T) :	bobot	rating	
1. Ancaman 1	ancaman 1	ancaman 1	
2. Ancaman 2	bobot ancaman 2	rating ancaman 2	
Jumlah T	c		D
T o t a l	(a+c) = 1		(b+d)

Sumber : Rangkuti, 2006. Analisis SWOT : Teknik Membedah Kasus Bisnis

2.11.1.2. Analisis Faktor Strategis Internal

Analisis faktor strategis internal adalah analisis yang menilai prestasi/kinerja yang merupakan faktor kekuatan dan kelemahan yang ada untuk mencapai tujuan organisasi. Seperti halnya pada Analisis Faktor Strategis Eksternal, maka dengan cara yang sama menyusun tabel Faktor-faktor Strategis Internal (Internal Strategic Factors Analysis Summary/IFAS). Bentuk tabel IFAS adalah seperti terlihat pada Tabel 2. 3.

Tabel 2.5. Faktor-Faktor Strategis Internal (*Internal Strategic Factors Analysis Summary/IFAS*)

Faktor-faktor Strategis Internal	Bobot	Rating	Skor Pembobotan (Bobot x Rating)
Kekuatan (Strengths/S): 1. Kekuatan 1 2. Kekuatan 2	bobot kekuatan 1 bobot kekuatan 2	rating kekuatan 1 rating kekuatan 2	
Jumlah S	a		B
Kelemahan (Weaknesses/W): 1. Kelemahan 1 2. Kelemahan 2	Bobot kelemahan 1 bobot kelemahan 2	rating kelemahan 1 rating kelemahan 2	
Jumlah W	c		D
T o t a l	(a+c) = 1		(b+d)

Sumber : Rangkuti. 2006. Analisis SWOT : Teknik Membedah Kasus Bisnis

2.12. Analisis QSPM (*Quantitative Strategic Planning Matrix*)

Analisis QSPM merupakan pendekatan strategi manajemen tingkat tinggi untuk mengevaluasi strategi-strategi yang mungkin. Metode ini merupakan metode analitik untuk membandingkan tindakan alternatif yang mungkin. Kerangka kerja pada analisis ini terdiri dari tiga tahap, yaitu:

1. Tahap Masukan

Tahap ini pada dasarnya tidak hanya sekedar kegiatan pengumpulan data, tetapi juga merupakan suatu kegiatan pengklasifikasian dan pra-analisis. Pada tahap ini data dapat dibedakan menjadi dua, yaitu data eksternal dan data internal. Dalam evaluasi faktor strategis yang digunakan pada tahap ini dapat digunakan model Matrik Faktor Strategis Eksternal dan Matrik Faktor Strategi Internal

2. Tahap Analisis

Setelah mengumpulkan semua informasi yang berpengaruh terhadap kelangsungan perusahaan, tahap selanjutnya adalah memanfaatkan semua informasi tersebut dalam model-model kuantitatif perumusan strategi. Dalam hal ini dapat digunakan model matrik TOWS atau matriks SWOT.

3. Tahap Pengambilan Keputusan

Setelah tahapan-tahapan terdahulu dibuat dan dianalisa, maka tahap selanjutnya disusunlah daftar prioritas yang harus di-implementasikan. *Quantitative Strategic Planning Matrix* (QSPM) merupakan teknik yang secara obyektif dapat menetapkan strategi alternatif yang diprioritaskan.

2.12.1. Langkah-langkah QSPM

1. Menyusun daftar kunci eksternal (peluang dan ancaman) dan daftar kunci internal (kekuatan dan kelemahan) perusahaan pada kolom kiri dari QSPM. Informasi tersebut diperoleh dari IFE dan EFE Matrix
2. Berikan nilai bobot untuk setiap faktor kritikal keberhasilan internal maupun eksternal, nilai ini sama dengan bobot pada IFE dan EFE Matrix.
3. Menentukan dan mengidentifikasi alternatif strategi yang dapat dilaksanakan, tuliskan pada baris pertama dari QSPM.
4. Tentukan *Attractiveness Scores* (AS) sebagai nilai numerik yang menunjukkan *relative attractiveness* terhadap setiap alternatif strategi. AS ditentukan dengan menghitung tiap faktor kunci internal maupun eksternal dalam satu waktu.
5. Hitung total AS (TAS) dengan mengalikan setiap bobot dengan AS masing-masing. TAS menunjukkan *relative attractiveness* setiap alternatif strategi.
6. Hitung rata-rata *Total Attractiveness Scores*, masukkan TAS pada setiap kolom strategi. Nilai rata-rata TAS menunjukkan strategi yang paling atraktif. Alternatif strategi dengan jumlah nilai TAS tertinggi adalah alternatif strategi terbaik, dimana peluang eksternal cukup besar untuk dimanfaatkan dengan menggunakan kekuatan dan kelemahan perusahaan saat ini.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan *interpretative* (Nugroho, 2002), dengan mengamati sistem yang digunakan oleh aktor sosial dalam seting alamiah, yang kemudian dianalisis.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Bhakti Yudha, Depok. Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei hingga Juli 2012.

3.3. Informan

Menurut Sugiyono (2010), penelitian kualitatif tidak menggunakan istilah populasi, tetapi dinamakan "*social situation*" atau situasi sosial yang terdiri dari tiga elemen, yaitu tempat (*place*), pelaku (*Actor*) dan aktivitas (*Activity*) yang terintegrasi secara sinergis. Sedangkan sampel pada penelitian kualitatif tidak dinamakan sebagai responden, tetapi sebagai narasumber, atau partisipan, atau informan.

Dalam penelitian kualitatif biasanya digunakan sampel yang sedikit dan dipilih menurut tujuan penelitian (*purposive sampling*). Oleh karena itu sesuai dengan kebutuhan data dan tujuan penelitian, serta pertimbangan yang berdasarkan akuntabilitas dan kelayakannya dalam memberikan pemahaman makna terhadap masalah yang diteliti, maka yang dijadikan informan dalam penelitian ini:

- Jajaran manajemen: pemilik (1 orang), direktur utama RS (1 orang), perwakilan manajer (1 orang)
- Staf dan pelaksana(6 orang)

Jumlah sampel tersebut bersifat fleksibel dan dapat terus berkembang atau berubah bergantung dari tujuan dan pertimbangan kelengkapan informasi sesuai data yang diperlukan. Nasution(1992) menjelaskan bahwa untuk memperoleh

informasi tertentu, sampling dapat diteruskan sampai ketentuan atau kejenuhan, artinya bahwa dengan menggunakan responden selanjutnya dapat dikatakan tidak akan lagi diperoleh tambahan informasi baru yang berarti. Dengan kata lain, sampel dianggap memadai bila sudah ditemukan pola tertentu dari informasi yang dikumpulkan saat itu.

Kriteria informan yang digunakan adalah:

- Kriteria inklusi : telah bekerja di RSUD Bhakti Yudha minimal 1 tahun dan status kepegawaiannya tidak sedang dalam masa percobaan
- Kriteria eksklusi : tidak bersedia mengikuti penelitian

3.4. Metode Pengumpulan Data

3.4.1. Sumber Data

Sumber data yang dikumpulkan dalam penelitian ini berasal dari observasi, wawancara mendalam (*in dept interview*), dan telaah dokumen terkait SIMRS RSUD Bhakti Yudha, Depok.

Pengumpulan data kualitatif baik untuk kegiatan wawancara mendalam dilakukan tidak lebih dari 90 menit pada setiap kegiatannya. Alat perekam suara dan alat tulis untuk pencatatan setiap informasi penting yang diberikan oleh informan, dan kemudian data tersebut akan diolah. Sedangkan untuk observasi, yang dilakukan adalah pengamatan terhadap SIMRS RSUD Bhakti Yudha. Untuk telaah dokumen yang akan dikumpulkan adalah segala sesuatu mengenai dokumen pendukung kebijakan yang terlaksana, serta semua SPO yang telah disahkan, berikut beberapa internal memo yang telah dikeluarkan bila ada.

3.4.2. Instrumentasi

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian kualitatif tidak bersifat terstruktur, terfokus, rigid, tetapi lebih bersifat longgar, fleksibel dan dapat berubah-ubah sesuai dengan kebutuhan. Teknik atau instrumen

yang paling sering digunakan adalah wawancara mendalam (*in depth interview*), studi dokumentasi serta observasi langsung terhadap obyek penelitian (Irawan, 2004). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan pendoman wawancara mendalam (*in-depth interview*), lembar telaah dokumen, alat pencatat, dan tape recorder

Pedoman pengumpulan data dibuat sendiri oleh penulis berdasarkan hasil kajian dari tinjauan pustaka. Pendoman pengumpulan data telah dilakukan perbaikan atas saran dan arahan dari pembimbing dari pihak rumah sakit.

3.4.3. Validasi Penelitian

3.4.3.1. Validitas Internal

1. Pada penelitian kualitatif, validitas internal disebut sebagai “kredibilitas”, yang berkenaan dengan fungsi melaksanakan inkuiri sedemikian rupa sehingga tingkat kepercayaan dapat dicapai, dan mempertunjukkan hasil penelitian dengan jalan pembuktian oleh peneliti pada kenyataan ganda yang diteliti. Untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber dengan di deskripsikan, dikategorisasikan, mana pandangan yang sama, yang berbeda, dan mana yang spesifik dari sumber-sumber data tersebut. Triangulasi merupakan cara yang paling umum digunakan bagi peningkatan validitas data dalam penelitian kualitatif (Sutopo, 2002). Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain (Moleong, 2009: 330). Pada penelitian ini, untuk menguji ekabsahan data akan digunakan metode triangulasi metode, yaitu dengan menggunakan metode wawancara mendalam, observasi, dan juga telaah dokumen terkait kebijakan SIMRS. Selain itu, peneliti juga melakukan triangulasi sumber data dengan membandingkan informasi antara informan, baik antar sesama staf pelayanan, sesama penentu kebijakan, dan juga antara staf pelayanan dan penentu kebijakan. Bentuk triangulasi ketiga yang dilakukan oleh peneliti adalah triangulasi analisis.

3.4.3.2. Validitas Eksternal

Validitas eksternal dalam penelitian kualitatif diwakili oleh “transferabilitas” atau “keteralihan” (Nugroho, 2002). Untuk memenuhi kriteria ini, diajukan pertanyaan kepada peneliti hingga dimanakah penelitian itu dapat diaplikasikan atau digunakan dalam situasi-situasi lain, sehingga dapat dicapai generalisasi yang menunjukkan bahwa hasil penelitian itu dapat diaplikasikan atau digunakan dalam populasi yang relative sama dengan yang diteliti. Transferabilitas adalah suatu kemungkinan dengan memberikan deskripsi lebih lengkap tentang bagaimana ia mencapai hasil penelitian itu (Nasution (2003) dalam Nugroho (2002)).

3.4.4. Petugas Pengumpul Data

Petugas pengumpul data adalah penulis sendiri dengan bantuan perekam suara berupa handphone dan catatan observasi.

3.5. Pengolahan Data dan Analisis Data

3.5.1. Pengolahan Data

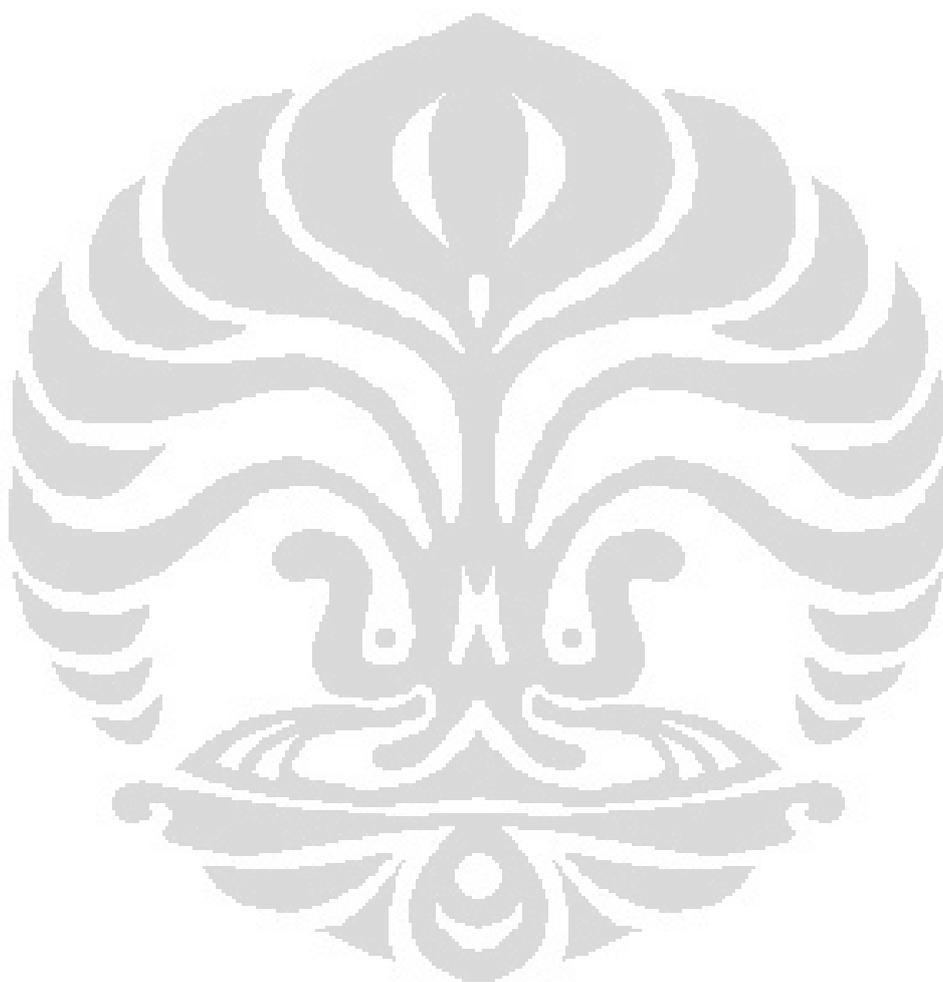
Pengolahan data dilakukan dengan :

1. Rekaman hasil wawancara mendalam dibuat dalam bentuk transkrip data dengan bantuan komputer. (*data transcription*)
2. Dilakukan reduksi data untuk memperoleh inti isi dari wawancara mendalam. (*data reduction*)
3. Hasil reduksi data kemudian disajikan dalam bentuk matriks. (*data display*)

3.5.2. Analisis Data

Strategi analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data kualitatif. Analisis data kualitatif adalah proses menyusun data (menggolongkannya dalam tema atau kategori) agar dapat ditafsirkan atau diinterpretasikan (Moleong, 1999). Pada penelitian ini dilakukan proses analisis isi (*content analysis*) dengan cara bertahap:

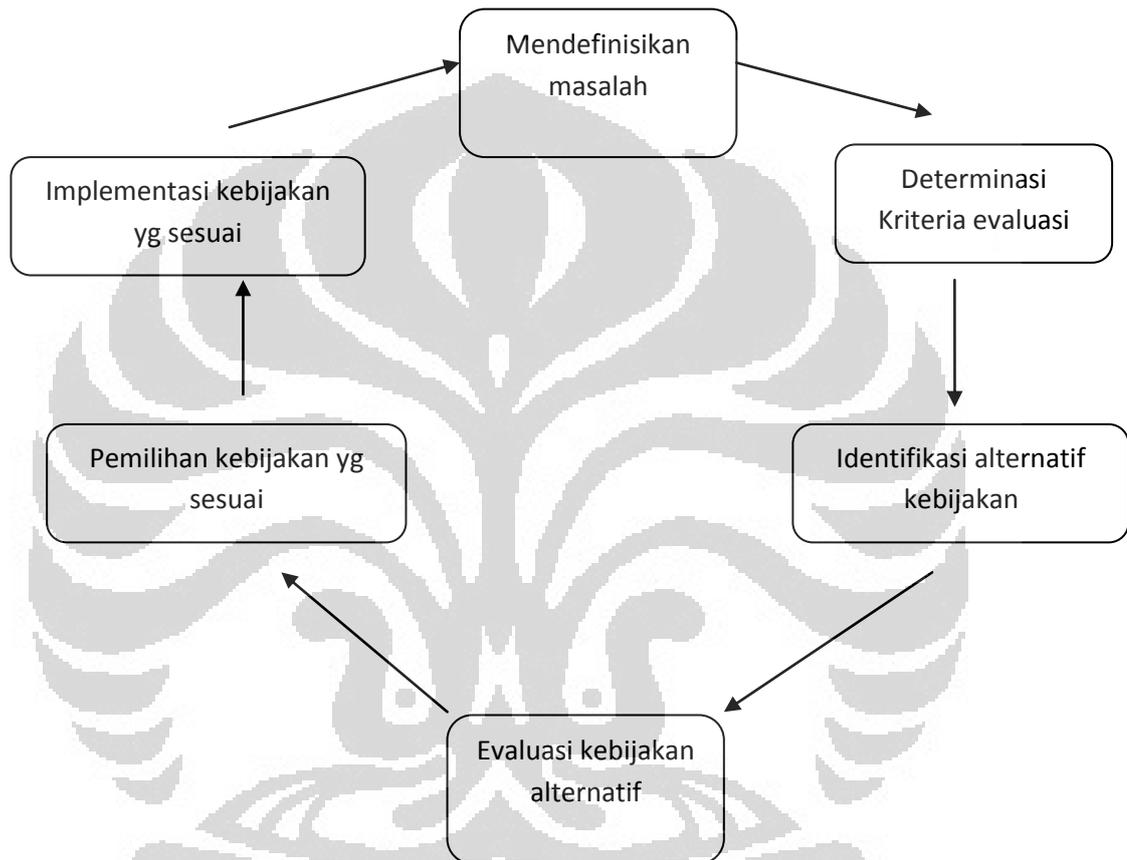
1. Menelaah seluruh data hasil observasi, wawancara mendalam, dan dokumen
2. Menganalisis seluruh data hasil penelitian dengan menggunakan triangulasi metode, sumber dan analisis
3. Menyusun pembahasan hasil penelitian dalam bentuk naskah.



BAB IV

KERANGKA PIKIR

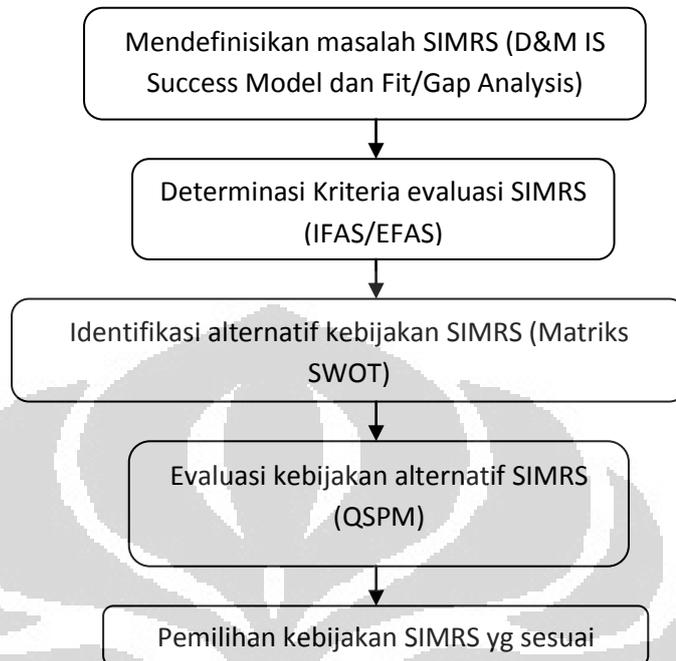
Pada penelitian ini, digunakan analisis kebijakan dengan model klasik proses pemecahan masalah versi Patton & Savicky(1993) yaitu:



Gambar 4.0.1. Proses Kebijakan versi Patton & Savicky

Sumber: Nugroho R. Public Policy. Jakarta: PT Elex Media Komputindo; 2002. Hal. 320.

sehingga diperoleh kerangka pikir penelitian:



Gambar 4.2. Skema Kerangka Pikir Penelitian Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Bhakti Yudha, Depok tahun 2012

BAB V

PROFIL RUMAH SAKIT UMUM BHAKTI YUDHA, DEPOK

5.1. Gambaran Umum

Tabel 5.1, Gambaran Umum RSUD Bhakti Yudha

Kelas Rumah Sakit	Tipe C
Status Kepemilikan	Swasta
Status Pengelolaan	PT (Perseroan Terbatas)
Status Lain	-
Alamat	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rumah Sakit Umum Bhakti Yudha terletak Di Jalan raya Sawangan No 2A ○ Telp: 021 7520082
Jumlah TT	128 Tempat Tidur
Luas Lahan	14.930 m ²

5.2. Sejarah Berdiri dan Perkembangan

Pada Tahun 28 November 1978, Klinik Bersalin Bhakti Yudha didirikan oleh Yayasan Bhakti Yudha yang pada awalnya adalah sebuah klinik bersalin dengan kapasitas 12 tempat tidur yang terletak di Jl. Panglima Polim Raya 102 Jakarta.

Lalu pada tahun 1980, RSUD Bhakti Yudha didirikan dengan kapasitas 82 tempat tidur, dengan fasilitas : Poliklinik, Unit Gawat Darurat, Rawat Inap Umum & Rawat Inap Kebidanan.

Pada tahun 1984, RSUD Bhakti Yudha merubah kapasitas tempat tidur menjadi 110 tempat tidur. Dan di tahun 2005, RSUD Bhakti Yudha menambah ruang Poliklinik dengan membangun gedung baru dan merenovasi gedung Poliklinik yang lama.

Di tahun 2007, RSBY berubah kepemilikan yaitu milik PT. AIG (Arthamas Investama Guna), kemudian di tahun 2008, RSU Bhakti Yudha merenovasi dan memperluas gedung Poliklinik, Ruang Fisioterapy dan Radiologi.

Dan terakhir, di tahun 2010, RS. Bhakti Yudha membangun Gedung Rawat Inap Catheliya.

5.3. Visi dan Misi Rumah Sakit

5.3.1. Visi

Pada tahun 2015 menjadi rumah sakit umum terbaik di Kota Depok dengan unggulan pelayanan kesehatan keluarga terpadu.

5.3.2. Misi:

1. Mewujudkan kepemimpinan visioner yang mampu menghasilkan budaya organisasi yang kompetitif dan professional.
2. Meningkatkan SDM yang berkualitas secara berkesinambungan.
3. Menyediakan pelayanan spesialistik yang berorientasi pada pelayanan kesehatan keluarga terpadu dengan didukung oleh sarana penunjang yang canggih.
4. Menyediakan jasa pelayanan kesehatan atas dasar paradigma sehat secara pro aktif
5. Memberikan pelayanan kesehtan yang bersahabat dengan pelanggan.

5.4. Nilai dan Motto Rumah Sakit

5.4.1. Nilai

1. TANGGUNG JAWAB

Kewajiban untuk memikul segala akibat yang timbul karena hasil pekerjaannya dalam memberikan pelayanan yang terbaik bagi pelanggan internal dan eksternal.

2. PROFESIONAL

Tindak tanduk yang bercirikan susatu profesi atau orang yagn ahli di didangnya dengan memegang teruh etika dan standart mutu keahlian yang tinggi.

3. RAMAH

Sikap serta berbudi bahasa menarik dan selalu berusaha untuk menilong pelanggan dengan tulus dan ikhlas.

4. PEDULI

Berusaha untuk segera mengetahui atau sangat menghiraukan persoalan pelanggan dengan sungguh-sungguh dan langsung membantu menyelesaikan persoalan tersebut dengan tuntas dena memuaskan keinginan pelanggan.

5.4.2. Motto

"Kesehatan Keluarga Anda adalah Prioritas Kami"

5.5. Lokasi Rumah Sakit

Berada di Rumah Sakit Umum Bhakti Yudha terletak Di Jalan raya Sawangan No 2A, dengan Luas Lahan: 14.930 m².



Gambar 5.1, Peta Lokasi RSU Bhakti Yudha

5.6. Pelayanan

a. Kapasitas Tempat Tidur (TT) : 128 TT

b. Jenis Pelayanan

i. Rawat Jalan

1. Klinik Kebidanan
2. Klinik Kesehatan Anak
3. Klinik Penyakit Dalam
4. Klinik Bedah Umum
5. Klinik Paru
6. Klinik Kulit & Kelamin
7. Klinik Mata
8. Klinik THT
9. Klinik Jantung
10. Klinik Syaraf
11. Klinik Bedah Mulut
12. Klinik Anastesi
13. Klinik Bedah Urologi
14. Klinik Gizi
15. Klinik Gigi
16. Klinik Umum
17. Klinik Akupunktur
18. Klinik Diabetes
19. Klinik Psikiatri
20. Klinik Ortopedi
21. Klinik MCU
22. Klinik Bedah Syaraf

ii. Rawat Inap

o Berdasarkan ruang rawat terdiri dari :

1. Ruang Ranap Kebidanan 15 tt
2. Ruang Ranap Anak 22 tt
3. Ruang Ranap Perinatologi 6 tt

4. Ruang Ranap Umum 82 tt
5. Ruang Ranap ICU 3 tt

○ Berdasarkan Kelas Perawatan :

1. Kelas VIP: 19 tt
 2. Kelas I : 34 tt
 3. Kelas II : 48 tt
 4. Kelas III : 18 tt
 5. Kelas Perinatologi : 6 tt
 6. ICU: 3 tt
- TOTAL: 128 TT

5.7. Penunjang Pelayanan

- a. Laboratorium 24 jam
- b. Radiologi
 - iii. Rontgen gigi panoramic
 - iv. CT Scan 16 slices
 - v. USG 4D
 - vi. Xray 640 mA Fluoroskopi
- c. Farmasi 24 jam
- d. Gizi
- e. Informasi Teknologi (IT)
- f. Logistik
- g. Pendidikan
 - vii. Pendidikan kepaniteraan dokter umum (UKRIDA dan YARSI)
 - viii. Pendidikan keperawatan

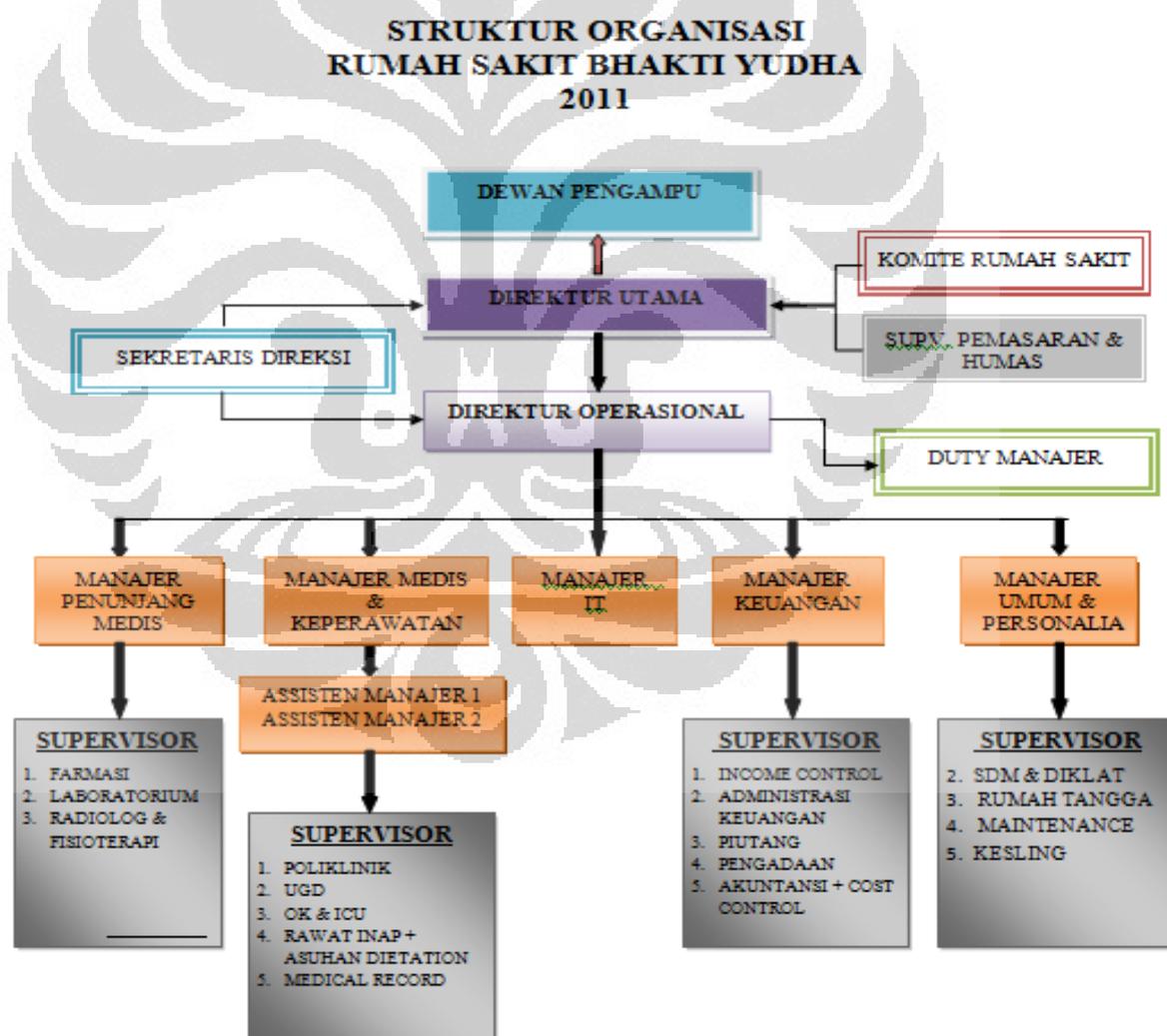
5.8. Sumber Daya Manusia

Tabel 5.2. Jumlah SDM Pada RSUD Bhakti Yudha

SDM	Jabatan	Jumlah	Persentase (%)
Tenaga Medis Organik	Dokter Umum	4	1,00
	Dokter Gigi	3	0,75
	Dokter Spesialis	1	0,25
	Dokter Gigi Spesialis	0	0,00
Tenaga Medis Non organik	Dokter Umum	14	3,49
	Dokter Gigi	2	0,50
	Dokter Spesialis	49	12,22
	Dokter Gigi Spesialis	1	0,25
Paramedis	Keperawatan	144	35,91
	Bidan	6	1,50
	Apoteker	2	0,50
	Asisten apoteker	14	3,49
	Penata Rontgen	4	1,00
	Penata Anastesi	2	0,50
	Penata analisis	13	3,24
	Penata elektro Medis	1	0,25

SDM		Jabatan	Jumlah	Persentase (%)
		Fisioterapis	1	0,25
Tenaga Medis	Non	Manajemen dan administrasi	140	34,91
TOTAL			401	100,00

5.9. Struktur Organisasi



Gambar 5.2. Struktur Organisasi RSU Bhakti Yudha

5.10. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit RSU Bhakti Yudha

Sebelum tahun 2004, SIM RS RSU Bhakti Yudha dilaksanakan secara manual. Laporan rutin dibuat secara rutin oleh masing-masing bidang kerja dan dilaporkan secara internal untuk keperluan manajemen dan eksternal kepada instansi-instansi yang membutuhkan, seperti kepada Dinas Kesehatan.

Dengan adanya perkembangan yang terjadi di instansi RSU, pada tahun 2004 pihak manajemen membeli perangkat lunak pendukung SIMRS berbasis komputer pada suatu perusahaan vendor swasta. Untuk perangkat keras pendukung SIMRS, pihak manajemen IT RSU membuat pengadaan sendiri.

Perangkat pendukung sistem informasi terdiri dari perangkat keras, perangkat lunak, dan *brainware*. Yang terdiri dari:

- Perangkat Keras (Hardware)

Tabel 5.3. Daftar Perangkat Keras RSU Bhakti Yudha

No.	Nama Hardware	Spesifikasi	Jumlah
1.	Server Database	Operating System: Windows Server 2003 Model: Dell PowerEdge 2900 Processor: Intel(R) Xeon(R) CPU E5320 1.86GHz Memory: 4090MB RAM Hardisk: 350 GB	1 buah
2.	Server Aplikasi 1	Operating System: Windows Server 2003 Model: Fujitsu Primergy Processor: Intel(R) Xeon(TM) CPU 3.00GHz Memory: 2558MB RAM	1 buah

No.	Nama Hardware	Spesifikasi	Jumlah
		Hardisk: 136 GB	
3	Server Aplikasi 2	Operating System: Windows Server 2003 Model: HP ProLiant ML150 G2 Processor: Intel(R) Xeon(TM) CPU 3.00GHz Memory: 2046MB RAM Hardisk: 136 GB	1 buah
4	Server Aplikasi 3	Operating System: Windows Server 2003 Model: HP Processor: Intel(R) Xeon(TM) CPU 2.80GHz Memory: 2048MB RAM Hardisk: 136 GB	1 buah
3.	Core Switch	Model: HP V1910-24G Jumlah Port: 4 port FO, 24 Port UTP	1 buah
4.	Access Switch	Model: HP V1910-24G Jumlah Port: 4 port FO, 24 Port UTP	5 buah
5.	Komputer	Operating System: Windows XP Professional Model: G41MT-S2 Processor: Intel(R) Pentium(R) D CPU 3.20GHz Memory: 988MB RAM Hardisk: 250 GB	70 buah
6.	Modem	Speedy ADSL 2Mbps	1 buah

- **Perangkat Lunak (*software*)**

Spesifikasi:

- Windows XP
- Internet explorer (max.6.0)
- Report → crystal report active viewer
- Modul:
 - modul rawat jalan dan IGD
 - rawat inap
 - laboratorium
 - farmasi
 - penunjang diagnostik
 - keuangan
 - Logistik

- ***Brainware***

Tabel 5.4. Daftar Brainware RSUD Bhakti Yudha

No.	Uraian	Jumlah
1.	Pengelola aplikasi	2
2.	Pengelola Database	7
3.	User	140
4.	Programmer	0

BAB VI

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

6.1. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Bhakti Yudha pada bulan Mei sampai dengan Juli 2012. Pengumpulan data dengan wawancara mendalam kepada staf pelayanan dilakukan dengan metode *purposive sampling* dengan bantuan bagian diklat (pendidikan dan pelatihan) untuk mencari informan yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Pada penelitian ini dipilih informan yang berasal dari staf pelayanan di unit rawat jalan RSUD Bhakti Yudha, yang terdiri dari staf pendaftaran, perawat poliklinik, kasir pendaftaran, staf laboratorium, staf radiologi, dan farmasi. Untuk informan dari pihak pengambil keputusan di pilih manajer IT, konsultan rumah sakit, dan direktur rumah sakit. Sebenarnya pemilik rumah sakit juga memiliki kompetensi untuk menjadi informan. Namun, karena tidak bersedianya pemilik rumah sakit untuk menjadi informan, pemilik rumah sakit masuk menjadi kriteria eksklusi dalam penelitian ini.

Observasi penelitian dilakukan oleh peneliti dengan mengamati fenomena yang terjadi pada implementasi SIMRS pada pelayanan dan pelaksanaan kerja departemen IT di RSUD Bhakti Yudha. Data dokumen yang terkait mengenai SIMRS peneliti dapatkan terutama dari manajer IT sebagai aktor yang paling terlibat aktif dalam pelaksanaan implementasi SIMRS.

6.2. Batasan Penelitian

Penelitian ini hanya mengukur kualitas dan kepuasan pengguna dari sistem informasi manajemen rumah sakit yang saat ini berjalan di RSUD Bhakti Yudha dan kesesuaian SIMRS dengan kebutuhan bagian rawat jalan rumah sakit. Untuk penghitungan net benefit (*net benefit analysis*), akan dilakukan pada penelitian selanjutnya untuk dapat lebih mendukung hasil yang diperoleh dari penelitian ini.

6.3. Hasil dan Pembahasan

6.3.1. Karakteristik informan

Informan dalam penelitian ini terdiri dari sembilan orang yang terdiri dari tiga kelompok yang berbeda. Kelompok pertama merupakan enam orang dari staf pelayanan yang terdiri dari staf pendaftaran, perawat poliklinik, staf radiologi, staf laboratorium, staf farmasi dan kasir. Kelompok kedua berjumlah dua orang dari pihak manajemen RS yang berperan dalam pembuatan kebijakan SIMRS, dan satu orang pakar IT dari luar RS. Wawancara mendalam dilakukan pada 9 – 26 Juni 2012, dengan frekuensi 2-3 kali dan durasi sekitar 30-90 menit. Karakteristik informan yang dikumpulkan meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan, jabatan, dan lama bekerja di instansi tempat mereka bekerja (**tabel 6.1.**)

Berdasarkan jenis kelamin, diperoleh informan yang berjenis kelamin perempuan berjumlah 6 orang, sedangkan laki-laki berjumlah 3 orang. Pendidikan terakhir informan terendah adalah lulusan setara SMA/SMK yang berjumlah 2 orang, D3 berjumlah 1 orang, D4 berjumlah 1 orang, S1 berjumlah 4 orang, dan S2 berjumlah 2 orang. Lama bekerja para informan bervariasi dari 3 hingga 10 tahun. Yang menjadi informan dalam wawancara ini terdiri 9 orang yang terdiri dari dari staf pendaftaran, perawat poliklinik, kasir pendaftaran, staf laboratorium, staf radiologi, farmasi, dan manajer Teknologi Informasi,. Wawancara mendalam dilakukan pada 9-26 Juni 2012 di RSUD Bhakti Yudha dengan durasi antara 60-90 menit pada setiap informan. Karakteristik informan dapat dilihat pada tabel 6.1. Bila dilihat dari karakteristik informan, dapat dilihat bahwa latar belakang pendidikan informan sangat bervariasi, dari setara dengan SMA (Sekolah Menengah Atas), hingga pascasarjana. Informan ditentukan berdasarkan *purposive sampling* dari keterwakilan dari setiap bagian di sistem informasi manajemen pelayanan rawat jalan. Informan dipilih dari karyawan dengan lama kerja diatas satu tahun.

Tabel 6.1. Karakteristik Informan Wawancara Mendalam

No.	Informan	Jabatan Informan	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan	Lama Kerja
1.	Informan#1	Staf Pendaftaran	Perempuan	47 tahun	SMA	10 tahun
2.	Informan#2	Perawat Poliklinik	Perempuan	22 tahun	S1	6 tahun
3.	Informan#3	Kasir Rawat Jalan	Perempuan	29 tahun	D3	4 tahun
4.	Informan#4	Staf Laboratorium	Perempuan	27 tahun	S1	4 tahun
5.	Informan#5	Staf Radiologi	Perempuan	32 tahun	D4	4 tahun
6.	Informan#6	Asisten Apoteker	Perempuan	22 tahun	SMK	3 tahun
7.	Informan#7	Manajer IT	Laki-laki	30 tahun	S1	6 tahun
8.	Informan#8	Konsultan RS	Laki-laki	50 tahun	dr., S2	6 tahun
9.	Informan#9	Direktur RS	Laki-laki	tahun	Drg, S2	12 tahun

6.3.2. Hasil Penelitian

Tahap pertama pada penelitian ini adalah mengevaluasi mekanisme pengambilan kebijakan akan SIMRS dan hasil kebijakan SIMRS rawat jalan RSU Bhakti Yudha berdasarkan *D&M IS Success Model* dan analisis *Fit/Gap*. Dari hasil penelitian diperoleh:

6.3.2.1. Proses Pengambilan Kebijakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Dalam proses kebijakan, perumusan kebijakan merupakan masalah kritikal pertama (Nugroho, 2011). Berdasarkan wawancara mendalam dan telaah dokumen, diperoleh bahwa:

Tabel 6.2. Hasil Wawancara Proses Pengambilan Kebijakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

No.	Sumber	Hasil
I	Wawancara Mendalam I	Selama ini tidak ada perumusan kebijakan untuk SIMRS
II	Telaah dokumen	Berdasarkan telaah dokumen SIMRS, pada pencarian dokumen tidak ditemukan adanya <i>Term of Reference</i> (TOR) ataupun <i>Standard of Procedure</i> (SOP) mengenai SIMRS
III	Wawancara mendalam II	Pihak manajemen belum sepenuhnya memahami SIMRS yang tepat untuk rumah sakit

Perumusan kebijakan diperlukan untuk dapat menjadi acuan bagi implementasi kebijakan. Pada wawancara mendalam pada para informan yang berasal dari pihak manajemen, didapatkan bahwa sebelum implementasi SIMRS yang digunakan saat ini, tidak ada perumusan kebijakan terlebih dahulu.

Menurut Informan#7:

“..nggak ada kalo perencanaanya, jadi hanya berdasarkan presentasi dari para vendor dulu..”

Hal ini juga disetujui oleh informan#8 yang menyatakan:

“Nggak ada perencanaan kalo selama ini. Tidak ada TOR(Term of Reference)nya sampai sekarang”

Selanjutnya, informan#8 menyampaikan:

“Awalnya...ada tawaran dari x, mau bikin simrs. Saat itu belum ada satupun yang ngerti. Jadi main iya-iya saja”

Informan#9 menyatakan:

“Kita dulu itu memang belum mengerti bagaimana SIMRS itu seharusnya”

Pada upaya pencarian dokumen terkait perumusan kebijakan SIMRS, peneliti tidak menemukan adanya TOR ataupun SOP untuk pengadaan SIMRS.

Dari data-data tersebut, peneliti mengamati bahwa pengambilan kebijakan terkait SIMRS tidak mengikuti proses kebijakan.

6.3.2.2. Kualitas Aplikasi Software Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Kualitas aplikasi software Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah karakteristik yang diharapkan dari sebuah sistem informasi (Peter, et al, 2009). Pada penelitian ini, kualitas aplikasi software yang dimaksud adalah persepsi pengguna terhadap aplikasi SIMRS yang digunakan. Misalnya: kemudahan penggunaan, fleksibilitas sistem, dan reliabilitas sistem. Ribiere et al (1999), memasukkan integrasi sistem sebagai salah satu bagian dari kualitas aplikasi software. Dari hasil wawancara mendalam, telaah dokumen, dan observasi, diperoleh bahwa:

Tabel 6.3. Hasil Wawancara Kualitas Aplikasi Software SIMRS

No.	Sumber	Hasil
I	Wawancara Mendalam	SIMRS di bagian rawat jalan sudah berjalan dan mudah untuk digunakan. Namun sistem tidak fleksibel, tidak reliabel, dan tidak sepenuhnya terintegrasi dengan bagian lain di RS.
II	Telaah dokumen	Berdasarkan telaah dokumen Profil Rumah Sakit Umum Bhakti Yudha Depok, SIMRS hanya terdiri dari 6 modul, yaitu modul rawat jalan dan IGD, rawat inap, laboratorium, farmasi, penunjang diagnostik, keuangan, dan logistik. Pada tingkat manajemen selain bagian keuangan, belum menggunakan SIMRS yang terintegrasi.
III	Observasi	Dari observasi pada aplikasi pada tanggal 4 Juni 2012 di bagian departemen IT, didapatkan bahwa pada aplikasi SIMRS, kode sumber tidak dapat ditemukan (sistem bersifat

No.	Sumber	Hasil
		<p><i>close source)</i></p> <p>Dari observasi pada penggunaan SIMRS pada bagian rawat jalan tanggal 17-21 Juni, didapatkan bahwa laporan-laporan dilakukan dengan sistem manual, baik manual dengan menggunakan tulisan tangan ataupun menggunakan komputer tanpa terintegrasi dengan SIMRS.</p>

Dari hasil wawancara mendalam dengan informan mengenai kemudahan penggunaan SIMRS, diperoleh jawaban yang telah mencapai jenuh karena hampir seluruh informan sepakat bahwa SIMRS yang saat ini berjalan mudah untuk digunakan. Berikut petikan jawaban dari informan ketika ditanya mengenai kemudahan penggunaan aplikasi SIMRS:

“Tampilan menyua cukup jelas. Mudah dipakainya” (Informan#1)

“Mudah. Waktu pertama masuk si, nggak sampe satu minggu udah ngerti sih.”(Informan#3)

“lumayan, mudah dimengerti kok. belajar nggak sampe 1 hari sudah bisa.” (informan#4)

“Sampe sekarang si, kalo menurut saya si, mudah dimengerti.”(informan#6)

Namun demikian, masih terdapat beberapa kekurangan mengenai tidak mampunya sistem untuk melakukan pengubahan mekanisme (*tidak fleksibel*). Hal ini digambarkan pada penggunaan SIMRS juga muncul di aplikasi retur obat farmasi.

Menurut informan#6:

“jadi memperlama karena daftar harga obat beli dan retur yang beda. Akhirnya pasien biasanya harus nunggu lama sambil kita cari harga benarnya berapa”

Selanjutnya informan#6 juga menyampaikan bahwa:

“Kita si pengen bisa ngubah data harga obat retur, Cuma ga tau caranya”

Ketika peneliti mengkonfirmasi dengan pihak IT rumah sakit, dikatakan bahwa memang SIMRS tidak fleksibel:

“source code untuk SIMRS kita itu dikunci sama vendor. Jadi istilahnya source code kita itu dipakenya sistem closed source dan akhirnya nggak bisa kita apa-apa. Makanya kalo ada masalah-masalah di program, kita bergantung sama vendor” (informan#7)

Hal ini kemudian ditunjukkan oleh Manajer IT bahwa kode sumber program (*source code*) tidak ditemukan saat dicari pada aplikasi SIMRS.

Reliabilitas sistem informasi yang ada juga masih mengalami beberapa kendala, seperti seringnya sistem mengalami *system bugs*.

Menurut informan#2:

“sering juga kalo entri diagnosa kan entri MR, nama, kan di click-click-in. Giliran udah di save diagnosa, keluarnya kayak gini (tidak respon)”

Menurut informan#3:

“menu cost sharing ga bisa digunain. Jadinya kalo pasien yang jaminan tapi ga full, kayak askes, itu jadinya semi manual. Kuitansinya semuanya dijadiin sebagian piutang, nanti saya tulis di kuitansinya pake pulpen, berapa yang uda pasien bayar, untuk laporan”

Menurut informan#4:

“label yang menunya tidak bisa dipakai . soalnya label itu penting juga, jadi kita ngepasin mr-nya, nggak double kerjaan ya, kita begitu ngentri pasien, dari data kan langsung keluar pemeriksaannya apa, mr-nya berapa. Jadinya juga lebih akurat kan. Kadang ktia suka salah misalnya masukin no. MR atau namanya gitu.”

Software bugs merupakan istilah umum untuk mendeskripsikan error, kesalahan, kegagalan, atau kecacatan pada program komputer atau sistem yang menghasilkan hasil yang tidak tepat atau yang tidak diharapkan, atau menyebabkan sistem bekerja dengan cara yang tidak seharusnya. Sebagian besar *bugs* disebabkan oleh kesalahan atau error yang dibuat oleh manusia dalam sumber kode (*source code*) atau desain programnya, dan sebagian kecil disebabkan oleh pengkompilasi yang menghasilkan kode yang tidak benar. Hal ini seharusnya dapat diperbaiki oleh programmer dengan memperbaiki bahasa pemrograman didalam sumber kode.

SIMRS yang saat ini berjalan di RSUD Bhakti Yudha juga masih belum terintegrasi. Hal ini di gambarkan bahwa untuk laporan keuangan, pihak pelayanan menyatakan bahwa ada sebagian sistem pencatatan dilakukan manual sehingga tidak terintegrasi dengan SIMRS.

Menurut informan#3:

“Untuk laporan, saya harus ngitungin satu-satu lagi, trus di ketik di ms. Excel. Soalnya kan ada sebagian yang ditulisnya masih manual, kayak pembagian cost sharing ama tindakan yang ga ada gitu. Soalnya ini buat nyocokin sama yang nanti diitung sama bagian keuangan.”

Hal ini juga disampaikan oleh informan#7:

“kita ada namanya GL, general ledger, ee..kita tidak bisa narik secara otomatis. pengentrian ulang. tetapi pake aplikasi yang sama. sama2 satu vendor. emang semestinya kan setiap hari kita bisa pake sistem tarik, tapi sistem tarik itu tidak berjalan dengan lancar”

Menurut informan#9:

“Utamanya, sistem disini tidak terintegrasi. Mana bisa dibilang sistem kalo apa-apa masih tidak terintegrasi. Tidak terintegrasi beda ya sama pake manual. Kalo pake komputer si sekarang uda hampir semuanya pake komputer. Sama apa-apa harus diketik ulang.”

Hal ini didukung pula oleh dokumen profil RSUD Bhakti Yudha, 2012 yang menyatakan bahwa SIMRS hanya terdiri dari 6 modul, yaitu modul rawat jalan dan IGD, rawat inap, laboratorium, farmasi, penunjang diagnostik, keuangan, dan logistik. Pada bagian keuangan, sistem integrasi pun tidak berjalan, sehingga pada tingkat manajemen selain bagian keuangan, belum menggunakan SIMRS yang terintegrasi dengan beberapa bagian yang lain dalam sistem rumah sakit.

Dari observasi pada penggunaan SIMRS pada bagian rawat jalan juga peneliti mendapatkan bahwa laporan-laporan dilakukan dengan sistem manual, baik manual dengan menggunakan tulisan tangan ataupun menggunakan komputer tanpa terintegrasi dengan SIMRS.

Hasil triangulasi berbagai komponen kualitas sistem pada penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas sistem dari SIMRS saat ini merupakan kelemahan.

6.3.2.3. Kualitas Informasi/data yang dihasilkan oleh Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Kualitas informasi merupakan karakteristik yang diharapkan dari output atau keluaran sistem informasi, yaitu laporan manajemen dan halaman web. Misalnya: relevansi, mudah dipahami, akurasi, ringkas, lengkap, cepat, dan dapat digunakan. (Peter, et al, 2008) Berdasarkan hasil wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen, diperoleh hasil:

Tabel 6.4. Hasil Wawancara Kualitas Informasi/data yang dihasilkan oleh Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

No.	Sumber	Hasil
I	Wawancara Mendalam	Output atau keluaran dari SIMRS yang sudah berjalan saat ini mudah dipahami, ringkas, dan cepat, namun belum relevan dengan kebutuhan, tidak seluruhnya akurat, dan tidak seluruhnya dapat digunakan untuk mengisi kebutuhan pengguna.

No.	Sumber	Hasil
II	Telaah dokumen	<p>Berdasarkan telaah dokumen Profil Rumah Sakit Umum Bhakti Yudha Depok, SIMRS hanya terdiri dari 6 modul, yaitu modul rawat jalan dan IGD , rawat inap, laboratorium, farmasi, penunjang diagnostik, keuangan, dan logistik. Pada tingkat manajemen selain bagian keuangan, belum menggunakan SIMRS yang terintegrasi.</p> <p>Berdasarkan telaah dokumen, tidak didapatkan dokumen yang menjadi rumusan kebijakan SIMRS pada RSU Bhakti Yudha, Depok, seperti Kerangka Acuan Kegiatan / Term of Reference (TOR) untuk menggambarkan rumusan kebutuhan RS dalam SIMRS</p>
III	Observasi	<p>Dari observasi pada aktivitas operasional departemen IT pada tanggal 4 Juni 2012, peneliti mengamati adanya 2 komplain dalam 60 menit pengamatan dari pelayanan terkait tidak updatenya tanggal lahir pasien.</p> <p>Dari observasi pada pelayanan, diperoleh bahwa di seluruh bagian walaupun sudah menggunakan SIMRS, masih melakukan pencatatan ulang secara manual.</p>

Output atau keluaran informasi dari sebuah SIMRS merupakan hal yang penting. Pada tingkat pengguna akhir (end user), tampilan merupakan hasil keluaran atau output dari SIMRS. Ketika ditanyakan pendapat mengenai informasi yang ada pada tampilan halaman Web, sebagian besar informan menyatakan bahwa kualitas keluaran SIMRS dalam bentuk tampilan sudah cukup baik.

Menurut informan#1:

“Sudah bagus. Sudah lengkap. Cukup lah”

Menurut informan#3:

“Isi tampilannya sudah mudah, ringkas, dan lengkap”

Menurut informan#4:

“Kelengkapan tampilannya juga sudah baik, jadi begitu buka, data-data pasien yang periksa radiologi bisa dilihat semua.”

Untuk kecepatan akses informasi, hampir seluruh informan menyatakan bahwa SIMRS yang saat ini berjalan sudah cepat untuk diakses, kecuali pada saat tingkat pemakaian sedang tinggi, seperti saat pasien ramai, atau pada saat stock opname.

Menurut informan#1:

“Cukup cepat, kecuali saat sedang banyak yang menggunakan, seperti stock opname, nanti jadi lama.”

Menurut informan#4:

“cukup cepat untuk mengakses, palingan kalo lagi saat-saat tertentu aja yang suka lama, biasanya kalo pas stock opname atau lagi rame pasiennya”

Hanya 1 informan yang menyatakan ada kecepatan akses yang selalu lambat, yaitu untuk melihat diagnosis pasien pada waktu lampau.

Menurut informan#2:

“Klo ngeliat diagnosis hari2 sebelumnya, itu lama.”

Namun demikian, saat peneliti melakukan penghitungan waktu saat informan memperagakan aktivitas tersebut, peneliti mendapatkan bahwa untuk mengakses diagnosis pasien pada masa lampau membutuhkan waktu 1 menit. Hal ini menurut peneliti masih dapat ditoleransi.

Namun, kualitas tampilan dan kecepatan akses data ini seringkali tidak diikuti dengan keakuratan data yang ada didalamnya. Menurut informan#4:

“yang nggak akurat tu, datanya kadang2 hasilnya ilang mbak. hasil bacaan radiologinya. jadi dokter udah baca, hasil di kertasnya uda ada.tapi di sistemnya ilang...nggak ada gitu.”

Menurut informan#5:

“...sistem x ini tu kok suka beda ya antara tanggal lahir dan umur. Jadi nggak update gitu. Kan harusnya tiap tahun umur bertambah ya mbak. Kalo ini nggak, tetep di umur waktu dia daftar aja”

Ketidakkuratan ini juga diamati peneliti saat melakukan observasi di ruang operasional IT, dengan seringnya komplain untuk perubahan usia pasien. Pada pengamatan peneliti selama 1 jam, terdapat 2 kali komplain mengenai hal ini.

Menurut informan#6:

“..retur, yang data saat pasien kembalikan barang tidak akurat, ga sama dengan harga waktu dia beli..”

Dari sisi pengguna akhir (*end-user*), keluaran informasi merupakan laporan-laporan untuk di sampaikan pada tingkatan yang lebih tinggi (manajemen) sehingga mampu membantu dalam membuat keputusan.(McLeod, 2000). Namun, pada SIMRS RSUD Bhakti Yudha, informasi yang sudah diinput didalam SIMRS pelayanan tidak dapat dilanjutkan ke pihak manajemen secara otomatis karena modul-modul SIMRS yang digunakan tidak mencakup bagian manajemen. Sebenarnya, pada bagian keuangan sudah digunakan modul SIMRS, namun karena penggunaan SIMRS di tingkat pelayanan tidak sepenuhnya menggunakan SIMRS, maka hasil pelaporan kepada pihak keuanganpun menjadi tidak akurat. Pada kenyataannya, akhirnya bagian keuangan lebih memilih untuk menginput kembali satu per satu bon/kuitansi/laporan dari pelayanan.

Menurut informan#7:

“...GL, general ledger, kita tidak bisa narik secara otomatis. pengentrian ulang. tetapi pake aplikasi yang sama. sama2 satu vendor. emang semestinya kan setiap

hari kita bisa pake sistem tarik, tapi sistem tarik itu tidak berjalan dengan lancar, berbeda hasilnya. jadi karena data nggak akurat, kita tetep pengentrian ulang...”

Sehingga, pada bagian manajemen, dapat dikatakan bahwa seluruhnya masih belum menggunakan SIMRS, sehingga menurut hemat peneliti kualitas informasi pada SIMRS tidak dapat dinilai. Namun, dengan kondisi yang ada, masih terdapat kelemahan-kelemahan seperti tidak akurat, sehingga pada akhirnya fungsi SIMRS yang seharusnya dapat meningkatkan keakuratan data tidak dapat dicapai.

6.3.2.4. Kualitas Pelayanan dari pihak pengelola SIMRS di Rumsah Sakit

Kualitas pelayanan adalah kualitas dukungan yang diperoleh pengguna dari departemen IT dan personil pendukung IT. Sistem informasi yang dikelola oleh vendor, akan mengukur kualitas pelayanan vendor dan bukan lagi departemen IT. (Peter et al, 2008). Dari hasil wawancara mendalam, telaah dokumen, dan telaah dokumen diperoleh:

Tabel 6.5. Hasil Wawancara Kualitas Pelayanan dari pihak pengelola SIMRS di Rumsah Sakit

No.	Sumber	Hasil
I	Wawancara Mendalam	Dukungan pihak mengelola SIMRS saat ini yaitu departemen IT sudah cukup baik, dengan selalu cepat tanggap bila ada komplain. Tetapi, departemen IT sendiri tidak dapat secara maksimal dalam membantu pengguna mengimplementasikan SIMRS karena model SIMRS yang dibeli tanpa dapat mengubah bahasa pemrograman sistem, sehingga masih bergantung pada vendor.
II	Telaah dokumen	Berdasarkan telaah dokumen pembelian SIMRS, didapatkan bahwa produk SIMRS dibeli dari vendor tanpa mengikutsertakan pembelian source code dan tidak disertai dengan kerjasama maintenance.
III	Observasi	Dari observasi pada aktivitas operasional departemen IT pada

No.	Sumber	Hasil
		tanggal 4 Juni 2012, peneliti mengamati adanya staf departemen IT langsung memperbaiki usia pasien pada saat ada komplain dari staf pelayanan. Selain itu, peneliti juga mengamati bahwa staf departemen IT berkeliling setiap minggu untuk mengecek kondisi penggunaan SIMRS saat ini.

Dukungan pengelola IT merupakan salah satu faktor penting untuk dapat menjalankan SIMRS secara optimal. Pada saat ditanya mengenai kepuasan informan terhadap dukungan departemen IT dalam membantu menyelesaikan masalah-masalah yang ada pada SIMRS, seluruh informan menyatakan bahwa departemen IT sebagai pengelola SIMRS sudah tanggap untuk membantu. Kata kunci yang disampaikan oleh seluruh informan mengenai dukungan departemen IT adalah: “...cepat...”

Menurut informan#1:

“Cepet tanggapnya sih petugas IT itu. kalo misalnya tiba-tiba nge-hang gitu, kalo lagi ga sibuk biasanya orang Itnya langsung dateng dan dibenerin.”

Menurut informan#2:

“Kalo kita ada masalah memang langsung menghubungi pihak IT ya. Selama ini sih cepet tanggapnya kalo dipanggil”

Kecepatan tanggap departemen IT dalam membantu pengguna menyelesaikan masalah juga diamati oleh peneliti pada saat observasi, yaitu setelah menerima telepon untuk dapat membantu masalah kesalahan usia pasien yang terjadi, staf IT langsung melakukan perbaikan dan segera menghubungi staf pelayanan untuk memastikan apakah masalah sudah teratasi atau belum setelah diperbaiki.

Diluar kecepatan tanggap staf departemen IT terhadap penanganan masalah, terdapat beberapa masalah laten yang hingga saat ini tidak terselesaikan, yaitu :

“...memasukkan nomor rekam medis pasien kan sampai saat ini masih manual ya, kita sebenarnya sudah memberi masukan kepada petugas IT untuk bisa otomatis, tapi belum bisa..” (informan#1)

“...menu cost sharing yang nggak bisa dipake ini ga dibener-benerin...”(informan#3)

“...menu label yang nggak bisa ini kayaknya emang uda ga bisa ya, soalnya sampe sekarang tetep nggak bisa. Sama kalo untuk data yang ilang juga, kita si pasrah aja, palinganantisipasi dengan tetep nyimpen berkasnya.”(informan#4)

“...masalah sistem retur ga bisa ya kayaknya untuk jadi sama antara harga beli sama retur...”(informan#6)

Pada saat dikonfirmasi dengan pihak manajemen, informan#7 menyatakan bahwa masalah-masalah yang tidak bisa diselesaikan hingga saat ini adalah akibat dari staf IT tidak dapat mengubah bahasa pemrograman yang ada pada sumber kode (*source code*) karena *source code* tidak diberikan oleh pihak vendor.

Menurut informan#7:

“memang ada beberapa lainnya menu itu tidak bisa digunakan. Ini bukan karena kita tidak bisa, tetapi karena untuk memperbaiki masalah ini, kita perlu source code. Dan pada SIMRS ini, kita tidak dikasih source code-nya sama vendor. Untuk membeli source code lagi, itu biayanya sangat mahal, saya nggak bisa bilang deh berapa, tapi yang pasti nggak murah.”

Hal ini didukung juga oleh informan#8 dengan menyatakan:

“kita beli langsung dari vendor itu, kodenya itu dikunci sama dia. Kalo mau dikembangkan atau mau benerin yang bermasalah, harus ke dia lagi. Terus terusan mereka minta bayaran dan cari keuntungan dari kita akhirnya. Padahal kan rs itu ngga mungkin statis, pasti selalu berkembang. Akhirnya ya kayak sekarang ini, sistemnya tambal sulam, jadi ya apa adanya begini.”

Pada telaah dokumen yang dilakukan peneliti pada dokumen pembelian SIMRS, terdapat pernyataan bahwa pembelian modul SIMRS terdiri dari 6 modul, dengan pembelian sistem tanpa *maintanance* dan tidak mengikutsertakan *source code* dalam pembelian. Telaah dokumen ini juga didukung dari hasil observasi peneliti pada aplikasi pada tanggal 4 Juni 2012 di bagian departemen IT, yang didapatkan bahwa pada aplikasi SIMRS, kode sumber tidak dapat ditemukan (sistem bersifat *closed source*).

Pada wawancara kepada para informan mengenai kepuasan terhadap SIMRS secara umum, jawabannya beragam. Akan tetapi, pada intinya sebagian besar masih menyampaikan bahwa SIMRS yang ada sekarang belum optimal.

Menurut informan#1:

“Puas sih, tapi akan lebih puas kalau sistemnya semuanya bisa otomatis”

Menurut informan#3:

“Masih belum bisa dibilang puas si. Cuma uda bersyukur aja ada gitu, dari pada ga ada sama sekali.”

Menurut informan#6:

“Masih belum puas. Karena saya berharap sistem pelaporan semuanya bisa otomatis jadi kita ga harus manual lagi”

Berdasarkan jawaban-jawaban yang serupa dari sebagian besar informan, dapat dikatakan bahwa kepuasan pengguna akan SIMRS masih rendah.

6.3.2.5. Analisis Fit/Gap

Tahap selanjutnya dari penelitian ini adalah dengan mengevaluasi alur bisnis yang sedang berjalan di bagian rawat jalan dan bagaimana dukungan SIMRS dalam menjalankan alur proses bisnis tersebut. Analisis dengan metode *fit/gap*

merupakan sebuah proses mengidentifikasi setiap proses bisnis yang dibutuhkan oleh rumah sakit yang kemudian dikategorikan apakah setiap aplikasi SIMRS yang digunakan saat ini mampu mendukung setiap kriteria tersebut. Proses analisis kriteria pada RS Bhakti Yudha dimulai dengan mengklasifikasi setiap kriteria berdasarkan prioritas (*rank*) untuk menentukan tingkat pentingnya kebutuhan tersebut harus dipenuhi. Prioritas dikatakan sebagai *high priority* apabila kriteria bisnis itu dianggap sangat penting, sehingga tanpa hal tersebut proses bisnis tidak dapat berjalan dengan baik. Prioritas medium adalah dimana kriteria proses bisnis cukup penting, tetapi tidak terlalu mendesak karena hal tersebut tidak mempengaruhi proses bisnis secara kritikal, namun memberikan nilai tambah yang signifikan pada proses bisnis. Sedangkan prioritas dianggap sebagai *low priority* apabila kriteria proses tersebut tidak mendesak, tetapi bila dimiliki akan dapat memberikan nilai tambah pada proses bisnis yang sudah ada. Selanjutnya ditentukan sejauh mana sistem aplikasi yang ada dapat memenuhi kriteria-kriteria tersebut.

Kriteria-kriteria yang telah ditentukan kemudian dianalisis dengan penetapan beberapa kondisi, yaitu *fit*, *partial fit*, dan *gap*. Kategori *fit* ialah apabila kriteria proses bisnis dapat dipenuhi secara keseluruhan oleh aplikasi SIMRS. Kategori *partial fit* ialah jika aplikasi SIMRS dapat mendukung secara fungsional proses bisnis tersebut, namun perlu dilakukan perubahan/kustomisasi agar dapat sepenuhnya mendukung proses bisnis. Sedangkan kategori *gap* ialah bila aplikasi SIMRS belum dapat mendukung proses bisnis.

Dari hasil analisis, diperoleh kesesuaian aplikasi SIMRS dengan proses bisnis bagian rawat jalan rumah sakit adalah:

Tabel 6.6. Kesesuaian Aplikasi SIMRS Dengan Proses Bisnis Bagian Rawat Jalan Rumah Sakit

No.	Submodul	Proses bisnis	Prioritas	Kategori
	Registrasi	Adanya validasi pada input identitas pasien dan data penanggung jawab	M	P

No.	Submodul	Proses bisnis	Prioritas	Kategori
		Adanya keluaran nomor rekam medis secara otomatis	H	G
		Adanya sistem antrian yang sesuai dengan kedatangan pasien	M	P
		Adanya penyesuaian dengan ruang kosong/dipesan/isi pada menu rawat inap	M	P
		Adanya checklist kriteria yang harus dipenuhi pada pasien non-pribadi	H	G
		Adanya transfer data pasien secara online di seluruh bagian	H	F
	Pembayaran	Tersedianya format pembayaran dengan metode pembayaran terbagi	H	G
		Adanya sistem yang dapat terintegrasi dengan sistem askes	M	G
		Adanya rekapitulasi transaksi pembayaran yang akurat	H	G
		Adanya kesesuaian antara harga pembelian dan harga retur	H	G
	Poliklinik	Adanya pilihan untuk update status kehadiran	M	G

No.	Submodul	Proses bisnis	Prioritas	Kategori
		dokter		
		Adanya pilihan untuk update pasien yang masuk ke poliklinik	M	G
		Adanya menu untuk penambahan jenis tindakan baru	M	P
	Laboratorium	Adanya sistem pencatatan hasil laboratorium yang otomatis	H	G
		Dapat dilihatnya hasil laboratorium secara online oleh poliklinik	M	G
		Dapat dilihatnya hasil laboratorium secara online oleh rawat inap	H	P
		Dapat dilihatnya hasil laboratoriu secara online oleh IGD	H	F
		Adanya menu penggantian nilai normal	H	P
		Adanya rekapitulasi hasil pemeriksaan lab yang akurat	H	G
	Radiologi	Adanya sistem pelabelan yang otomatis	L	P
		Adanya penyimpanan data yang dapat diandalkan	H	P
		Adanya rekapitulasi kehadiran dokter yang	M	G

No.	Submodul	Proses bisnis	Prioritas	Kategori
		membaca hasil radiologi		
	Farmasi	Adanya validasi pemasukkan data obat	H	P
		Adanya daftar obat yang update	H	F
		Adanya sistem pelabelan etiket yang otomatis	L	G
		Adanya format rekapitulasi transaksi farmasi antara obat racikan dan non racikan	H	G
		Adanya format rekapitulasi transaksi farmasi yang sesuai kebutuhan	H	G

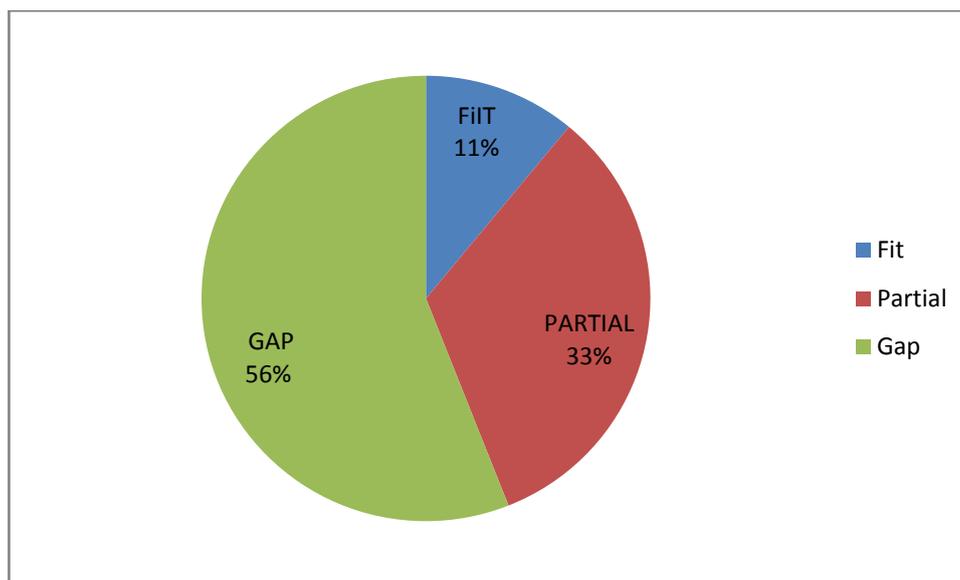
Dari hasil tersebut, diperoleh perbandingan hasil analisis aplikasi SIMRS pada prosedur rawat jalan secara keseluruhan:

Tabel 6.7. Perbandingan Hasil Analisis Aplikasi SIMRS Pada Prosedur Rawat Jalan

Prioritas proses bisnis	Jumlah proses bisnis	F	P	G
H	16	3	4	9
M	9	0	4	5
L	2	0	1	1

Tabel 6.8. Persentase Fit, Partial Fit, dan Gap Aplikasi SIMRS pada prosedur Rawat Jalan RSUD Bhakti Yudha

Kode	Perhitungan
Fit	$3/27 \times 100\% = 11\%$
Partial	$9/27 \times 100\% = 33\%$
Gap	$15/27 \times 100\% = 56\%$



Gambar 6.1. Perbandingan Hasil Analisis Aplikasi SIMRS Pada Prosedur Rawat Jalan

6.3.3. ANALISIS ORGANISASI

Berdasarkan hasil penelitian diatas, kualitas sistem, kualitas informasi dan kualitas pelayanan tidak optimal sehingga peneliti menilai bahwa SIMRS yang berjalan saat ini di RSUD Bhakti Yudha tidak efektif. Pada akhirnya, kepuasan terhadap keseluruhan sistem masih menunjukkan tidak puas. Sebagian besar ketidakpuasan berasal dari belum seluruh pekerjaan pengguna dapat secara otomatis dilakukan dan diproses pada SIMRS. Pada penelitian mengenai persepsi pengguna terhadap kualitas SIMRS di Rumah Sakit di Madinah juga menyimpulkan bahwa masalah-masalah karena tidak adekuatnya kualitas

informasi dari sistem dan tidak sesuai dengan kebutuhan pengguna menyebabkan turunnya kepuasan pengguna terhadap sistem (Vafae, 2010).

Tidak efektifnya SIMRS yang ada saat ini disebabkan terutama karena tidak adanya perumusan kebijakan yang jelas akan pengadaan SIMRS. Menurut Pressmen dan Wildavsky (1973) dalam Shanon (2005), kegagalan implementasi terutama diakibatkan karena penentuan kebijakan dengan tanpa dasar.

Namun demikian, untuk sebuah sistem yang memang baru berkembang di Indonesia, pengalaman merupakan pelajaran terbaik untuk melakukan perbaikan-perbaikan. Kegagalan implementasi SIMRS bukan hal yang aneh lagi di negara berkembang, bahkan negara maju seperti Inggris saja pernah mengalami kegagalan pada sistem informasi rumah sakit dengan membuang banyak biaya. (Audit Commission, 1995 dalam Littlejohns, Wyatt, Garvican, 2003). Patton dan Savicky dalam Nugroho (2011) menyatakan bahwa implementasi sama pentingnya dengan kebijakan itu sendiri, sehingga kegagalan implementasi dianggap sama dengan kegagalan kebijakan. Dari hasil evaluasi implementasi yang telah dilakukan, dilakukan evaluasi pemecahan masalah berdasarkan teori Patton dan Savicky, dengan penilaian keadaan kunci faktor sukses internal dan eksternal yang dimatrikulasi.

Tabel 6.9. Penilaian Keadaan Kunci Faktor Sukses Internal (*Key Internal Factor*) Pada Organisasi Dan Manajemen

NO	VARIABEL	KEY INTERNAL FACTOR	KONDISI
	Misi Rumah Sakit	Misi rumah sakit yang ingin menjadi RS terbaik di kota depok	Kekuatan
	Sumber Daya Manusia	Adanya ahli IT di RS	Kekuatan
		Jumlah staf IT yang sangat sedikit	Kelemahan

NO	VARIABEL	KEY INTERNAL FACTOR	KONDISI
		Tingkat pendidikan pada staf pelayanan dan manajemen minimal SMA	Kekuatan
		Sudah adanya pengalaman akan pembuatan kebijakan dan pelaksanaan SIMRS	Kekuatan
		Kurangnya pemahaman akan SIMRS yang baik	Kelemahan
	Sumber Keuangan	Terbatasnya jumlah anggaran untuk SIMRS	Kelemahan
	Kondisi Material	Sudah tersedianya hardware untuk menjalankan SIMRS	Kekuatan
		Aplikasi software yang ada belum dapat memenuhi seluruh kebutuhan proses bisnis rawat jalan	Kelemahan
		Aplikasi software yang ada tidak dapat dikembangkan secara mandiri oleh RS (<i>closed source</i>)	Kelemahan
	Metode	Sudah berjalannya diklat bagi pegawai baru	Kekuatan
		Belum adanya TOR bagi SIMRS	Kelemahan
		Belum adanya SOP pada SIMRS	Kelemahan
		Tidak adanya penilaian kinerja SIMRS untuk bahan evaluasi	Kelemahan
		Metode pembelian SIMRS yang tanpa maintenance	Kelemahan

Tabel 6.10. Penilaian Keadaan Kunci Faktor Sukses Eksternal(*Key External Factor*) Pada Organisasi Dan Manajemen

NO	VARIABEL	KEY EXTERNAL FACTOR	KONDISI
1	Tipe kelas RSU Bhakti Yudha	RSU Bhakti Yudha merupakan RS Swasta tertua di kota Depok sehingga sudah dikenal banyak orang	Peluang
2	Lokasi	Terletak pada tepi kota Depok yang padat penduduk	Peluang
3	Jaringan mitra dan rekanan yang banyak	Karena RSU Bhakti Yudha merupakan RS yang sudah lama didirikan, sudah banyak rekanan dan pelanggan tetap yang loyal	Peluang
4	Demografi masyarakat sekitar	Masyarakat sekitar kota Depok dari berbagai lapisan masyarakat	Peluang
5	Adanya RS kompetitor di sekitar RSU Bhakti Yudha	Banyaknya RS baru yang beridiri di sekitar RSU Bhakti Yudha yang saling bersaing	Ancaman
6	Vendor	Banyaknya vendor yang bergerak di bidang SIMRS dan saling berkompetisi	Peluang
7	Komitmen pelayanan	Komitmen para pemberi layanan untuk menggunakan SIMRS	Ancaman

Sebagai landasan dari masing-masing faktor kunci diberi bobot yang sama, yaitu 0,5, sehingga total skor dari masing-masing faktor eksternal dan internal adalah 1. Sedangkan untuk pembuatan *rating* diberi nilai positif 1-4.

Tabel 6.11. Matriks EFAS (*External Factor Analysis Summary*)

FAKTOR STRATEGI EKSTERNAL	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING
PELUANG : Tipe kelas RSSM	0,05	2	0,1
Lokasi padat penduduk	0,10	2	0,2
Jaringan mitra dan rekanan bisnis yang banyak	0,10	3	0,3
Demografi masyarakat sekitar	0,05	2	0,1
Banyaknya vendor yang bersaing	0,20	4	0,8
SUBTOTAL	0,50		1,5
ANCAMAN : Adanya RS kompetitor di sekitar RSU Bhakti Yudha	0,30	3	0,9
Komitmen para pemberi layanan	0,20	2	0,4
SUBTOTAL	0,50		(-)1,3
TOTAL	1,0		0,2

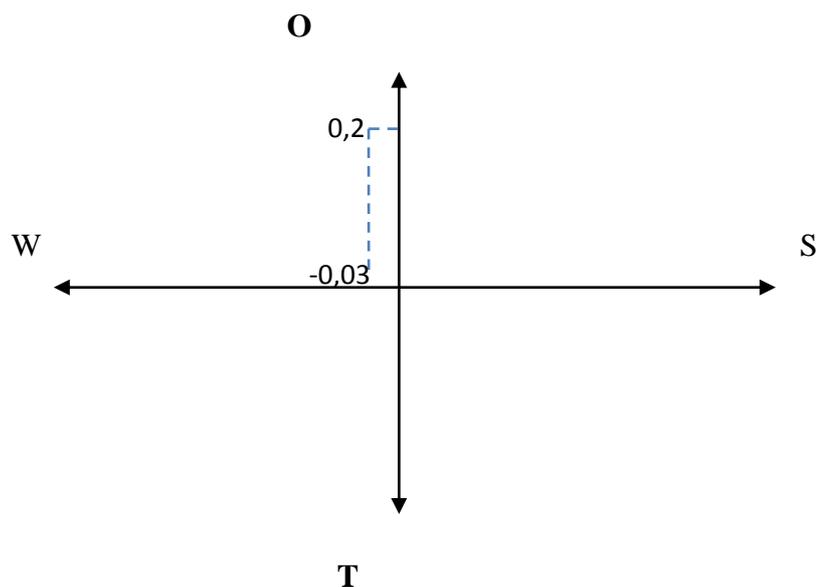
Tabel 6.12. Matriks IFAS (*Internal Factor Analysis Summary*)

FAKTOR STRATEGI INTERNAL	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING
KEKUATAN :			
Misi rumah sakit yang ingin menjadi RS terbaik di kota depok	0,10	3	0,90

FAKTOR STRATEGI INTERNAL	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING
Adanya ahli IT di RS	0,10	3	0,30
Tingkat pendidikan pada staf pelayanan dan manajemen minimal SMA	0,05	2	0,10
Sudah adanya pengalaman akan pembuatan kebijakan dan pelaksanaan SIMRS	0,10	3	0,30
Sudah tersedianya hardware untuk menjalankan SIMRS	0,10	3	0,30
Sudah berjalannya diklat bagi pegawai baru	0,05	2	0,10
SUBTOTAL	0,5		2,00
KELEMAHAN :			
Jumlah staf IT yang sangat sedikit	0,02	2	0,04
Kurangnya pemahaman akan SIMRS yang baik	0,03	2	0,06
Terbatasnya jumlah anggaran untuk SIMRS	0,10	4	0,80
Aplikasi software yang ada belum dapat memenuhi seluruh kebutuhan proses bisnis rawat jalan	0,05	4	0,20
Aplikasi software yang ada tidak dapat dikembangkan secara mandiri oleh RS (closed source)	0,05	3	0,15
Belum adanya TOR bagi SIMRS	0,07	3	0,21
Belum adanya SOP pada	0,05	3	0,15

FAKTOR STRATEGI INTERNAL	BOBOT	RATING	BOBOT X RATING
SIMRS			
Tidak adanya penilaian kinerja SIMRS untuk bahan evaluasi	0,08	4	0,32
Metode pembelian SIMRS yang tanpa maintanance	0,05	2	0,10
SUBTOTAL	0,5		(-)2,03
TOTAL	1,0		(-)0,03

Dari hasil analisa matriks EFAS dan IFAS sebelumnya, maka dapat disajikan dalam gambar berikut di bawah ini :



Gambar 6.2. Hasil Analisa Matriks EFAS dan IFAS

Pada hasil analisis diatas, didapatkan bahwa tipe strategis yang sesuai dengan kondisi RSUD Bhakti Yudha adalah strategi WO, yaitu memperbaiki kelemahan internal dan menggunakan kesempatan eksternal. Perusahaan menghadapi peluang pasar yang sangat besar, tetapi di lain pihak menghadapi beberapa kendala/kelemahan internal. Fokus strategi ini yaitu meminimalkan masalah

internal perusahaan sehingga dapat merebut pasar yang lebih baik (*turn around*). Strategi dari sisi Sistem Informasi yang dapat dilakukan adalah:

- a. Memanfaatkan dan memperbaiki sistem informasi yang sudah ada
- b. Mengganti dan mengembangkan sistem informasi baru dengan cara *in house development*
- c. Mengganti dan mengembangkan sistem informasi baru dengan cara vendor development

Tabel 6.13. Matriks QSPM

FAKTOR-FAKTOR SWOT	STRATEGI ALTERNATIF						
	BOBOT	STRATEGI A		STRATEGI B		STRATEGI C	
		AS	TAS	AS	TAS	AS	TAS
S1 Misi rumah sakit yang ingin menjadi RS terbaik di kota depok	0,10	2	0,20	4	0,40	4	0,40
S2 Optimalisasi kinerja ahli IT di RS	0,10	4	0,40	4	0,40	2	0,20
S3 Optimalisasi kemampuan staf pelayanan	0,05	4	0,20	4	0,20	4	0,20
S4 Optimalisasi dan eksplorasi kualitas SDM yang paham SIMRS	0,10	2	0,20	4	0,40	3	0,30
S5 Optimalisasi penggunaan hardware SIMRS	0,10	4	0,40	4	0,40	4	0,40
S6 Optimalisasi pelaksanaan diklat bagi pegawai	0,05	4	0,20	4	0,20	4	0,20
W1 Menambah jumlah staf IT	0,02	-2	-0,04	-4	-0,08	-1	-0,02
W2 Meningkatkan pemahaman akan SIMRS dengan membuat diskusi dan sosialisasi dengan konsultasi SIMRS serta kerjasama yang baik antara bagian IT, akuntansi, pelayanan, dan manajemen yang lain.	0,03	-1	-0,03	-4	-0,12	-2	-0,06
W3 Membuat strategi implementasi SIMRS yang	0,10	-2	-0,20	-4	-0,40	-1	-0,10

paling menguntungkan dengan dana yang terbatas							
W4 Membuat alur proses bisnis rawat jalan yang dapat didukung oleh SIMRS	0,05	-1	-0,05	-2	-0,10	-2	-0,10
W5 Menggunakan SIMRS dengan sistem open source sehingga dapat dikembangkan	0,05	-4	-0,20	-1	0,05	-3	-0,15
W6 Dibuatnya TOR kebutuhan SIMRS	0,07	-3	-0,21	-3	-0,21	-3	-0,21
W7 Dibuatnya SOP SIMRS	0,05	-3	-0,15	-3	-0,15	-1	-0,05
W8 Dibuatnya sistem penilaian kinerja SIMRS (termasuk software, hardware, dan brainware)	0,08	-2	-0,16	-2	-0,16	-2	-0,16
W9 menggunakan sistem yang dapat dikelola (maintanance) sendiri	0,05	-4	-0,20	-1	-0,05	-2	-0,10
O1 Optimalisasi RSUD Bhakti Yudha sebagai RS swasta tertua di kota Depok sehingga sudah dikenal	0,20	2	0,40	3	0,60	3	0,60
O2 Lokasi RS pada pinggir jalan, dengan wilayah padat penduduk	0,10	2	0,30	3	0,60	3	0,60
O3 Mengembangkan jaringan dan mitra	0,10	2	0,20	2	0,20	2	0,20
O4 Demografi masyarakat sekitar yang heterogen dari sisi ekonomi	0,05	2	0,10	2	0,10	2	0,10

O5 Mencari vendor dengan sistem yang paling menguntungkan RS	0,20	1	0,20	2	0,40	4	0,80
T1 kompetitor sekitar RSU Bhakti Yudha cukup banyak dan sedang berkembang	0,30	-4	-1,2	-3	-0,90	-1	-0,30
T2 Komitmen pemberi layanan	0,20	-1	-0,20	-3	0,60	-3	0,60
Total TAS			0,16		2,38		3,35

Berdasarkan matriks QSPM, didapatkan skor tertinggi pada pilihan strategi C, yaitu Mengganti dan mengembangkan sistem informasi baru dengan cara vendor development. Dalam hal ini, menurut peneliti, pembuatan kebijakan akan sistem baru tidaklah semudah itu dan tetap harus mengikuti alur proses kebijakan, yaitu dimulai dari perumusan kebijakan. Untuk pembuatan kebijakan SIMRS, tidak boleh dilupakan aspek profesionalitas dari segi kemudahan adaptasi pengguna, waktu yang cepat, dan mendukung seluruh kebutuhan bisnis rawat jalan dengan kualitas yang baik, sehingga dapat meningkatkan aspek kepuasan pengguna dari sisi staf rumah sakit maupun pasien sebagai penerima hasil akhir layanan, dengan pengorbanan biaya rumah sakit yang paling minimal, sehingga pada akhirnya menjadikan RSU Bhakti Yudha mencapai misinya yaitu menjadi rumah sakit terbaik di kota Depok.

6.3.4. Rekomendasi Kebijakan SIMRS Rawat Jalan

Rekomendasi ini dibentuk dalam sebuah kerangka kerja (framework) berupa rumusan kebijakan strategi C serta kemungkinan penerapannya pada kebijakan SIMRS rawat jalan RSU Bhakti Yudha.

Peneliti melakukan klarifikasi dengan pihak RSU Bhakti Yudha untuk mengetahui kemampulaksanaan dari strategi ini. Selanjutnya, strategi C akan disebut sebagai “Rancangan Kebijakan Sistem Informasi Manajemen Rumah

Sakit bagian Rawat Jalan RSUD Bhakti Yudha”. Strategi ini merupakan draft usulan kebijakan baru bagi RSUD Bhakti Yudha, yang dalam perkembangannya dapat diubah atau ditambahkan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

Draft Usulan Kebijakan SIMRS bagian Rawat Jalan RSUD Bhakti Yudha

Draft usulan kebijakan ini akan disajikan dalam bentuk 4M, yaitu Man, Money, Material dan Method. Bentuk terjemahan pada draft ini adalah :

1. Sumber Daya Manusia

- Vendor haruslah yang memiliki SDM yang berkualitas, dan memiliki: dokter, ahli IT yang berpengalaman, ahli akuntansi, dan konsultan rumah sakit
- Supervisor pelayanan adalah sebagai monitoring dan kinerja staf pelayanan rawat jalan dari sisi kinerja staf pelayanan
- Departemen IT merupakan pendukung dari sisi rumah sakit untuk dapat:
 - Monitoring dan evaluasi hardware dan software SIMRS
 - Mengelola dan memelihara SIMRS
 - Mengembangkan SIMRS
- Untuk dapat membangun komitmen pengguna SIMRS (yaitu pemberi layanan rawat jalan), vendor harus melatih seluruh staf rawat jalan RS baik lama maupun baru selama masa waktu tertentu
- Kuantitas SDM yang ada harus disesuaikan dengan beban kerja, dengan penghitungan yang dianalisis oleh Kepala bidang terkait dan didukung oleh pihak manajemen teratas.

2. Anggaran

- Anggaran yang dialokasikan untuk peningkatan mutu pelayanan rawat jalan melalui SIMRS berdasarkan kebutuhan yang diperoleh dari nilai terendah pada pengajuan penawaran vendor dengan sistem yang transparan dan terbuka, yang telah dilakukan analisis dan penkajian yang komprehensif dan terintegrasi oleh tim yang dibentuk oleh pimpinan RS dalam rangka pengadaan SIMRS
- Anggaran yang dikeluarkan harus dapat dipertanggungjawabkan bila dilakukan audit, baik audit internal maupun audit eksternal

3. Material

- Perangkat lunak
 - Perangkat lunak yang digunakan harus sesuai dengan alur proses bisnis rawat jalan dan seluruh bagian lain, serta manajemen terkait
 - Perangkat lunak harus bersifat *open source*
 - Perangkat lunak harus akurat, update, dan dapat diandalkan (reliable)
- Perangkat keras
 - Perangkat keras yang digunakan harus memiliki kapasitas yang sesuai dengan kuantitas penggunaan SIMRS di rawat jalan dan bagian lain yang terkait sehingga downtime rendah
- Pendukung lain
 - kriteria evaluasi bagi software dan hardware harus dibuat untuk mendukung evaluasi sistem di masa yang akan datang
 - SOP SIMRS dapat digunakan untuk pelatihan dan petunjuk pelaksanaan

4. Metode

- Sistem pengadaan SIMRS dengan menggunakan model tender, dengan minimal 3 perusahaan sebagai pembanding
- Pengadaan dibuat dengan transparan dan diumumkan dalam rentang waktu tertentu

Rumusan kebijakan diatas tetap membutuhkan investasi yang besar, namun hal ini dapat diatasi dengan sistem KSO atau cicilan, bergantung pada perhitungan biaya yang dibutuhkan dibandingkan dengan rerata pendapatan rumah sakit, yang dianalisis setelah masuknya dokumen penawaran vendor. Selain itu, hal ini juga membutuhkan komitmen dan kerja sama yang kuat dari seluruh pihak rumah sakit, terutama pihak manajemen, departemen IT, keuangan, dan juga staf pelayanan rawat jalan. Namun demikian, dalam pandangan peneliti, peneliti

menilai pengambilan langkah maju perlu untuk segera dipertimbangkan mengingat ancaman-ancaman yang datang dari luar rumah sakit, terutama kompetitor-kompetitor di sekitar rumah sakit yang baru dan sedang berkembang.

Untuk dampak kebijakan yang dapat terjadi adalah akan membutuhkan beberapa waktu bagi pengguna untuk dapat beradaptasi, namun hal ini tidak terlalu berarti karena dengan sistem informasi pendukung layanan yang handal, peluang rumah sakit untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanan dapat meningkat hingga mencapai misi menjadi rumah sakit terbaik di kota Depok dapat tercapai.

Berikut ini adalah contoh yang dapat digunakan rumah sakit sebagai bentuk keputusan dalam pemilihan vendor sistem informasi manajemen rumah sakit:

- Vendor memiliki pengalaman mengerjakan SIMRS yang sukses di rumah sakit swasta tipe C sebelumnya
- Vendor harus memiliki ahli/ekspertise dalam bidang SIMRS dengan pengalaman minimal 2 tahun
- Ekspertise/ahli adalah
 - o Programer IT yang telah memiliki pengalaman minimal 2 tahun dalam mengembangkan SIMRS yang sukses
 - o Dokter yang telah berpengalaman minimal 2 tahun dalam mengembangkan SIMRS yang sukses
 - o Ahli akuntan yang telah berpengalaman minimal 2 tahun dalam mengembangkan SIMRS yang sukses
- Adanya hasil evaluasi SIMRS bulanan

Tabel 6.14 Detil pengadaan SIMRS

No	Nama Detail	Keterangan
1.	Nama	Sistem Informasi Rumah Sakit
2.	Jenis / Tipe	Sistem Informasi
3.	Deskripsi	Aplikasi untuk pengelolaan manajemen Rumah Sakit
4.	Teknologi	Aplikasi Berbasis Web

5.	Bahasa Pemrograman	Open Source berbasis framework modular yang dapat dikembangkan di masa yang akan datang
6.	Database	Multi Database Support (DB2, Oracle, SQL Server)
7.	Arsitektur	Client Server
8.	Server Sistem	Linux
9.	Client Browser	Internet Explorer, Mozilla Firefox, Opera
10.	Modul	Modul yang terdapat pada system yang ditawarkan sesuai dengan proses bisnis di RSUD Bhakti Yudha Depok (lihat detail modul sistem sebagai referensi).
11.	Data	Sistem mengarah ke Paperless. Kegiatan pasien dimulai dari pendaftaran, diagnosis, apotik sampai kasir semua tercatat di sistem, dan bersifat Centralized Data. Data yang telah dimasukkan di sistem SIMRS dapat dimanfaatkan untuk kepentingan di bagian yang lain
12.	User Interface	<ul style="list-style-type: none"> · Customizable role definition. Hak akses dapat diatur per-user sehingga sangat dinamis untuk manajemen user dan hak akses. · Tampilan user friendly. Penggunaan icon sebagai menu dapat mempermudah penggunaan sistem.
13.	Informasi dan Reporting	<ul style="list-style-type: none"> · Informasi yang dihasilkan dari sistem yang ditawarkan dapat digunakan sebagai penunjang untuk membuat laporan resmi dari RSUD Bhakti Yudha Depok. · Informasi yang dihasilkan dapat membantu pihak manajemen dan owner melakukan analisis dan forecasting kebutuhan RSUD Bhakti Yudha Depok · Mendukung kegiatan transparansi terhadap informasi pada rumah sakit bersangkutan. Meningkatkan performa bisnis rumah sakit yang bersangkutan.
14.	Implementasi	<ul style="list-style-type: none"> · Menjamin kesuksesan dari implementasi pengembangan sistem informasi di rumah sakit dengan memberikan tenaga professional dan berpengalaman. · Menjamin konfigurasi sistem dan aplikasi yang optimal. · Menjamin pengembangan teknologi sistem dan aplikasi yang berkelanjutan. · Melakukan pelatihan yang diperlukan untuk manajemen, user dan administrator. · Menjamin pengembangan dimasa mendatang.

		· Semua fase dipaparkan dengan menggunakan time schedule yang detail, sehingga implementasi bisa berjalan baik dan mendekati sempurna.
15.	Jaringan Komputer	Jaringan komputer mencakup fasilitas firewall untuk melindungi akses dari berbagai ancaman yang tersebar di internet, load balancing untuk membagi beban akses jaringan, fasilitas tunneling untuk membuat akses aman VPN (Virtual Private Network), bandwidth management untuk mengatur berbagai protokol dan port, serta memiliki kemampuan untuk dikombinasikan dengan jaringan nirkabel (Wifi).
16.	Pendampingan Pasca Implementasi	Fase pendampingan sebagai penunjang untuk mensukseskan fase implementasi SIMRS pada Rumah Sakit terhitung sejak selesai pekerjaan minimal selama 6 Bulan.

Detail Modul Sistem Rawat Jalan:

1. Admission Pasien

- Cetak Kartu Antrian
- Cetak Kartu Pasien
- Demografi Pasien
- Kunjungan Rawat Jalan (IGD dan Poliklinik)
- Mutasi Rawat Inap dan ICU
- Pasien Rawat Inap
- Status Ketersediaan Bed
- Cetak nota
- Pasien lama
- Pasien baru
- Pendapatan dari pendaftaran
- Pencetakan nomor antrian otomatis
- Laporan-laporan / informasi-informasi

2. Farmasi

- Pencatatan obat menurut:
- Formularium Obat

- Farmakologi
- Macam sediaan
- VEN (Vital Essential Non Essential)
- Generic dan non generik
- HargaJual
- Nota Retur
- Retur Unit
- Pembuatan surat pemesanan
- Pencatatan pembelian
- Pencatatan distribusi obat ke unit2
- Pencatatan obat kadaluwarsa termasuk alertnya
- Pencatatan penjualan perbekalan farmasi
- Pencatatan sejarah stok dan nilainya
- Pencatatan harga pokok pembelian dan penjualan
- Pencatatan pemusnahan dan alasannya
- Jumlah surat pemesanan dan rinciannya
- Analisis ABC
- Pemakaian Obat Formularium
- Pemakaian Obat Narkotik
- Pemakaian Obat Psikotropik
- Pemakaian Obat VEN
- Pendapatan Penjualan
- Penjualan Farmasi Resep dan Bebas (umum, asuransi, jaminan pemerintah, perusahaan)
- Stok obat dan nilainya
- Sejarah stok
- Penjualan rawat jalan (umum, asuransi, jaminan pemerintah, perusahaan)
- Penjualan rawat inap per unit dan total (umum, asuransi, jaminan pemerintah, perusahaan)
- Distribusi per unit
- Pemusnahan karena rusak atau kadaluwarsa
- Laporan-laporan / informasi-informasi

3. Akuntansi

- Data Master Kode Rekening Pembukuan
- Setting Jurnal Entry & Metode Posting
- Transaksi Jurnal Umum
- Transaksi Kas Masuk & Kas Keluar
- Transaksi Jurnal Penerimaan
- Transaksi Jurnal Pengeluaran
- Posting Transaksi Jurnal ke Buku Besar & Buku Bantu
- Jurnal Koreksi
- Jurnal Pembalik
- Jurnal Penyesuaian
- Proses Tutup Buku
- General Ledger
- Subsidiary Account & Subsidiary Ledger
- Neraca Lajur
- Perhitungan Neraca (Per-Tanggal, Per-Tahun & Perbandingan)
- Perhitungan Aktifitas (Per-Tanggal, Per-Tahun & Perbandingan)
- Arus Kas
- Realisasi
- Pembukuan Per-Unit Kerja pelayanan
- Laporan-laporan / informasi-informasi

4. Rekam Medis

- Master Data ICD IX-CM
- Maser Data ICD X
- Pelayanan Rawat Inap
- Pengunjung R.S.
- Kunjungan Rawat Jalan
- Kegiatan Kebidanan dan Perinatologi
- Pembedahan
- IGD

- Rehabilitasi Medik
- KB
- Visite Dokter
- Penyuluhan Kesehatan
- Kesehatan Gigi dan Mulut
- Pembedahan Mata
- Cara Pembayaran
- Rujukan
- Laporan-laporan / informasi-informasi

5. Laboratorium

- Standar pemeriksaan Laboratorium
- Data pemeriksaan Laboratorium
- Laporan Hasil Pemeriksaan
- Kode Test dan Nilai Normal
- Mencetak Buku Besar Pemeriksaan
- Menerbitkan Rekap Pemeriksaan Laboratorium
- Laporan-laporan / informasi-informasi

6. Radiologi

- Data Film
- Laporan Inventory Film
- Laporan Hasil Pemeriksaan
- Hasil Pemeriksaan
- Data Kegiatan Harian
- Menerbitkan Rekap Pemeriksaan Radiologi
- Laporan-laporan / informasi-informasi

7. Administrasi User

- Privilege
- Role
- User Account

- Autentikasi User (Login, Logout dan Ganti Password)

8. Modul Buku Bantuan dalam bahasa indonesia

Berupa buku panduan untuk Manajemen, administrator dan user dalam penggunaan dan pemeliharaan semua yang terkait dengan SIMRS.

Tabel 6.15 Evaluasi SIMRS

Komponen	Tolak Ukur	Nilai
Infrastruktur	Server	
	Storage dapat menampung kebutuhan penyimpanan data RSUD Bhakti Yudha	
	Memory dapat mencukupi total jumlah proses seluruh <i>concurrent users</i>	
	Uptime 99.8% pertahun (maksimal downtime 0.2% atau 15 jam dalam kurun 1 tahun)	
	Jaringan	
	Dapat menampung total aliran data di dalam LAN	
	Uptime 99.9% pertahun (maksimal downtime 0.1% atau 7.5 jam dalam kurun 1 tahun)	
	PC	
	Tingkat kerusakan rendah (<2x/6 bulan)	
Aplikasi	Front End System	
	Mempunyai modul yang lengkap untuk menunjang operasi RSUD Bhakti Yudha	
	Uptime 99.8% pertahun (maksimal downtime 0.2% atau 15 jam dalam kurun 1 tahun)	
	Dapat di- <i>customize</i> ketika ada pengembangan prosedur RSUD Bhakti Yudha	
	Database (Back End System)	
	Memfasilitasi adanya role management untuk melakukan restriksi dalam akses database	
	Dapat di- <i>customize</i> ketika ada pengembangan prosedur RSUD Bhakti Yudha	
	Uptime 99.9% pertahun (maksimal downtime 0.1% atau 7.5 jam dalam kurun 1 tahun)	
	User Interface	
	Pengguna dapat memahami flow dan penggunaan Sistem	
Brainware	Operator	
	Memahami process flow dari sistem	
	Mempunyai 1 login yang terpisah yang tidak diketahui oleh orang lain	

	Administrator	
	Memahami process flow dari sistem	
	Memiliki respon yang baik dalam proses dinamika operasi RSU Bhakti Yudha	
	Mempunyai 1 login yang hanya bisa diakses oleh administrator	
	Tingkat komplain rendah (maksimal 5 kali/hari)	

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

1. Berdasarkan evaluasi yang telah dilakukan adalah dengan mengukur kualitas sistem pada SIMRS pada tahun 2012, didapatkan bahwa sistem yang ada cukup mudah untuk digunakan. Akan tetapi, sistem masih tidak reliabel, tidak fleksibel, dan masih belum terintegrasi.
2. Berdasarkan evaluasi yang telah dilakukan adalah dengan mengukur kualitas informasi pada SIMRS pada tahun 2012, didapatkan bahwa output atau keluaran dari SIMRS yang sudah berjalan saat ini mudah dipahami, ringkas, dan cepat, namun belum relevan dengan kebutuhan, tidak seluruhnya akurat, dan tidak seluruhnya dapat digunakan untuk mengisi kebutuhan pengguna.
3. Berdasarkan evaluasi yang telah dilakukan adalah dengan mengukur kualitas pelayanan pada SIMRS pada tahun 2012, didapatkan bahwa staf IT cepat dalam ketanggapan mengatasi masalah, namun tetap ada beberapa permasalahan yang tidak mampu diperbaiki karena sistem bersifat closed source
4. Pada wawancara kepada para informan mengenai kepuasan terhadap SIMRS secara umum, didapatkan bahwa sebagian besar masih menyampaikan bahwa SIMRS yang ada sekarang belum optimal.
5. Berdasarkan evaluasi pada perencanaan SIMRS, didapatkan bahwa tidak ada perencanaan pada proses pengambilan kebijakan SIMRS sebelum sistem di implementasikan.

7.2. Saran dan Rekomendasi

1. Peneliti merekomendasikan untuk mengganti sistem yang lama dengan sistem baru yang lebih menguntungkan baik untuk saat ini maupun di masa yang akan datang
2. Berdasarkan hasil analisis, metode pengadaan SIMRS yang paling menguntungkan rumah sakit adalah sistem kerja sama dengan vendor, dengan kerangka acuan kerja yang telah ditetapkan sebelumnya oleh pihak rumah sakit.
3. Dilakukan penelitian-penelitian selanjutnya mengenai SIMRS RSUD Bhakti Yudha

DAFTAR PUSTAKA

Amin IM, Hussein SS, Isa WA. 2011. Assessing User Satisfaction of using Hospital Information System (HIS) in Malaysia. 2011 International Conference on Social Science and Humanity. Singapore: IACSIT Press.

Archangel N. 2007. Thesis: The critical issues affecting the introduction of Health Management Information Systems in developing countries in Africa. [online] [disitasi pada tanggal 3 Januari 2012]. Diunduh dari: www.iicd.org

Bangsa AP. Evaluasi Program Bantuan Langsung Tunai di Kelurahan Mangga Kecamatan Medan Tuntungan (Skripsi). Diunduh dari: www.repository.usu.ac.id (diunduh pada tanggal 3 Juni 2012)

Dwivieni E. 2003. Analisis pemanfaatan sistem informasi manajemen RS.M. Ridwan Meuraksa Desember 2002 - Pebruari 2003 (Tesis). diunduh dari www.lontar.ui.ac.id (diunduh pada tanggal 2 Juni 2012)

Garrido T, Raymond B, Jamiedon L, Liang L, Wiedenthal A. 2004. Making the Business Case for Hospital Information Systems—A Kaiser Permanente Investment Decision. *Journal of Health Care Finance* 2004;31(2):16–25

Glandon GL, Smaltz DH, Slovensky DJ. 2008. *Austin and Boxerman's: Information System for Healthcare Management*. 7th Edition. Chocago: AUPHA.

Hafizurrachman. 2011. Kuliah Perspektif Manajerial Informatika Kesehatan Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat peminatan Kajian Administrasi Rumah Sakit tahun ajaran 2011/2012.

Hosseini A. 2004. Designing of hospital information system conceptual model to educational-general hospitals of Tehran medical science university [PhD thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences.

Irawan, Prasetya. 2004. Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif Untuk Ilmu-Ilmu Sosial, DIA

Ismail A, et al. 2010. Implementation of Hospital Information System (HIS) in Tertiary Hospitals in Malaysia: A Qualitatif Study. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* 2010, Vol. 10(2):16-24

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang sistem informasi rumah sakit. diunduh dari www.djpp.depkmham.go.id (diunduh pada tanggal 23 Juni 2012)

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1165/MENKES/SK/X/2007 Tentang Pola Tarif Badan Layanan Umum. Diunduh dari: www.hukor.depkes.go.id (Diunduh pada tanggal 26 Juni 2012)

Kementrian Kesehatan RI Direktorat Bina Upaya Kesehatan. 2011. JUKNIS SIRS 2011. diunduh dari: www.buk.depkes.go.id (diunduh pad tanggal 25 Juni 2012)

Laudon KC, Laudon JP.2000. Management Information Systems:Organization and Technology in the Networked Enterprise 6th Edition.USA: Prentice-Hall.

Littlejohns P, Wyatt JC, Garvican L. 2003. Evaluating computerised health information systems: hard lessons still to be learnt. British Medical Journal 326:860-3.

Moleong, J. Lexy. 1999. Metodologi Penelitian Kualitatif. Remaja Rosdakarya. Bandung.

Mulyadi. 2007. Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen. Edisi 3. Salemba Empat. Jakarta.

North Carolina Department of Health and Human services. 1999. Hospital Manual Section 06: Outpatient Hospital Sevices. Diunduh dari: <http://www.ncdhhs.gov/dma/hospital> (pada tanggal 20 Juni 2012)

NN. 2002. Editorial: Critical research in information systems:issue 1. Journal of Information Technology (2002) 17, 45–47

Nugroho R. 2011. Public Policy. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Panitia Pengadaan Barang dan Jasa non e-procurement. 2012. Paket pembangunan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) RS Soekanto Nomor pengadaan: Peng/12L/VI/2012.Rspolpus.

Petter S, DeLone W, McLean E. 2008. Measuring information systems success:models, dimensions, measures, and interrelationships. European Journal of Information Systems (2008) 17, 236–263

Rahimi B, Vimarlund V, Timpka T. 2009. Health Information System Implementation: A Qualitative Meta-analysis.Journal of medical systems, 5(33);359-368.

Rangkuti, F. (2006), *Analisis SWOT : Teknik Membedah Kasus Bisnis*, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama ; Jakarta

Ribiere V, LaSalle AJ, Khorramshahgol R, Gousty Y. 1999. Hospital Information Systems Quality: A Customer Satisfaction Assessment Tool. Proceedings of the 32nd Hawaii International Conference on System Sciences 1999. Diunduh dari: <http://ieeexplore.ieee.org>. (diunduh pada tanggal 6 Juni 2012)

Salmela H, Turunen P. nd. Evaluation of information systems in health care: a framework and its application. Finland: Turku School of Economics and Business Administration

Sekari GG, Nithyanandam K, Veluchamy G. Digital Information Architecture. Dalam: 2nd International CALIBER-2004, New Delhi, 11-13 February, 2004. Diunduh dari: <http://ir.inflibnet.ac.in> (diunduh pada 5 Juni 2012)

Shannon J. 2005. Implementation: How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland

Sutopo HB. 2002. Metodologi Penelitian Kualitatif Dasar Teori dan Terapannya dalam Penelitian. UNS Press. Surakarta.

Umar H. 2001. *Strategic Management in Action: Konsep, Teori, dan Teknik Menganalisis Manajemen Strategis*. PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.

ULP Kota Pasuruan. 2012. Paket Pembangunan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS). diunduh dari: <http://lpse-kotapasuruan.net/eproc/app>. (diunduh pada tanggal 25 Juni 2012)

Vafae A, Vahedian M, Esmaily H, Kimiafar K. 2010. Views of Users towards the Quality of Hospital Information System in Training Hospital. *Journal of Research in Health Science* 2010; 10(1): 47-53

LAMPIRAN 1: PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*IN-DEPTH INTERVIEW*) STAF MANAJEMEN

**MATRIKS HASIL WAWANCARA MENDALAM
DENGAN STAF RAWAT JALAN RSU BHAKTI YUDHA, DEPOK**

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
Penggunaan SIMRS	Manfaat bagi pelayanan	Meningkatkan kualitas pelayanan. karena kalau pakai komputer kan, identitas pasien mudah dibaca, kalau manual kan, tulisan orang beda-beda ya, ada juga kan yang susah sekali dibacanya. kasir juga jadi lebih cepat, dan untuk mencari arsip lebih cepat kalau dari komputer. Jadi pasiennya bisa dilayani dengan lebih cepat	Bermanfaat. Untuk liat biaya terutama kalo di poliklinik	Bermanfaat, karena pelayanan kan jadi lebih cepet, data dari pendaftaran langsung masuk ke kasir, jadi nggak perlu enri2 ulang, pasien jadi nggak menunggu lama.
	Persentase manual	99% sudah pakai komputer.	Kira2 50% an masih manual kalo saya	Kira2 15% masih manual

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
Tampilan antarmuka	Tampilan desain dan kelengkapan isi	Sudah bagus. Sudah lengkap. Cukup lah.	Udah sih cukup, ga usah rame2. Udah cukup, ga menarik, cuman Udahlah pas gitu kan, kalo terlalu menarik ntar keramean nanti juga pusing. Kalo kelengkapan isinya sih udah lengkap, bisa lihat daftar pasien.	Udah sih, udah cukup baik
	Kualitas tampilan antar muka	Sudah lengkap kebutuhan untuk mengisi data pasien. Sudah ada formnya di komputer.	Sudah bagus sih ya kualitasnya, kita bisa liat daftar pasien harian, jumlahnya, dan nama-namanya. Bentuk laporannya juga gampang mbak dilihatnya.	Isi tampilannya sudah mudah, ringkas, dan lengkap
Tampilan antarmuka	Kemudahan penggunaan SIMRS dengan desain yang ada	Mudah kok. Mudah dimengerti	Mudah. Waktu pertama masuk si, nggak sampe satu minggu udah ngerti sih. Soalnya kan kalo di poli kerjanya masukin diganosa aja sama liat jumlah pasien. Udah gitu aja.	Mudah, palingan klo harus masukin data pemeriksaan lab aja, kadang2 saya suka nggak ngerti, kalo per satuan2 gitu. Misalnya ditulisnya pemeriksaan apa gitu, suka ga ketemu pas nyari di daftar. Pas nanya sama org lab, baru tau deh, yang di daftar itu apa namanya harusnya.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
	Kemudahan penggunaan menu	Tampilan menunya cukup jelas. Mudah dipakainya	Karna di poli rawat jalan kan kita nggak ngeliat hasil lab, paling Cuma ngeliat jumlah pasien, ngeliat biaya tindakan, jadi nggak ribet. Karena kan Cuma itu aja	Menunya cukup baik ya. Tapi menu cost sharing ga bisa digunain. Jadinya kalo pasien yang jaminan tapi ga full, kayak askes, itu jadinya semi manual. Kuitansinya semuanya dijadiin sebagian piutang, nanti saya tulis di kuitansinya pake pulpen, berapa yang uda pasien bayar, untuk laporan.
	Kemudahan memasukkan data	mudah, karena begitu di click langsung bisa. Tapi kalau masukin data, harus pakai huruf cetak karena nanti yang di print kan harus huruf cetak ya.	Nggak susah si, karna uda tau yang mau di ketik atau di klik dimana.	Mudah mbak, soalnya harga2 uda tercantum semua, jd saya nggak usah nyari lagi.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
Tampilan antarmuka			kalo kita memasukkan, ngentriin juga, kita nulis di bon ini juga. Jadi ada 2.pasien bawa ini, kuitansi, kuitansi juga sekalian nyocokin, bener apa nggak namanya. Tapi kalo tindakannya ga ada disini, kita tulis nama tindakannya, tanya ke dokternya, trus kita iphone ke kasirnya, ini ada tindakan ya. Print-nya print manual, ga bisa di entri.	
	Kemudahan pengubahan data	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak lama, tetapi menjadi lama bila sedang padat. Jadi kalau lg padat digunakan komputernya, sistemnya suka lama kerjanya. 	Cukup mudah sih, asal belum bayar ke kasir aja.	Untuk pengubahan data mudah. Kalo misalnya ada yang salah, nanti tinggal saya void aja, baru di ubah.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
		<ul style="list-style-type: none"> • Tapi kalau data instansi saya yang mengubah. Misalnya ada instansi baru yang bekerja sama untuk asuransi, nanti saya masukin kode baru untuk instansi tersebut. Tapi sayang, sampe sekarang masukin kode instansi masih, eh iya, masih manual ya. Jadi saya catetin dulu. 		
	Kemudahan entri banyak data	Cukup mudah kok. Namun saat-saat tertentu, mungkin karena pemakaian bengkok, jadi sering hang. Tapi ya jarang si. sekitar 5x per bulan	Kalo pasien banyak, ngentri terakhir, kita ke pasien dulu, nulis pun terakhir deh, ditumpukin dulu, nanti udah ditulis, baru kita entriin. Soalnya kan harus dimaukinnya satu per satu pasiennya. Nah, Kalo uda kebanyakan kadang hang. Kalo udah kebanyakan. Misalnya, sering juga kalo entri diagnosa kan entri MR, nama, kan di click-click-in. Giliran udah di save diagnosa, keluarnya kayak gini (tidak respon).	Untuk entri banyak data ga susah, paling kalo lagi hang aja, jadi pasien harus agak nunggu.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
Fungsi	Kemudahan cara memperbaiki kesalahan entri data	Cukup mudah.	Kalo diagnosa, kan ada tanda silangnya (sambil mnunjukkan). Gampang si. Asal belum ke kasir, kalo uda ke kasir udah kekunci. Kalau sudah kekasir saya belum pernah si.	Kalo perbaiki data, saya harus void dulu mbak, kayak gini (menunjukkan menu void pada monitor). Nah, kalo uda di void, baru datanya bisa di edit.
	Pengamanan sistem informasi	Ya, disini ada tulisan siapa yang update data terakhir dan juga ada sistem password kan	Ga ada pengamanan khusus si. Jadi orang lain bisa ganti2 yang saya kerjain kalo memang perlu. Kalo ngunci ke kasir.	Untuk pengamanan, kalo untuk void ga ada pengamanan khusus si, paling nanti terakhirnya saya harus kasi tau aja kenapa di void.
	Kecepatan SIMRS dalam melakukan fungsi kerja	Cukup cepat, kecuali saat sedang banyak yang menggunakan, seperti stock opname, nanti jadi lama.	Klo ngeliat diagnosis hari2 sebelumnya, itu lama.	Cukup cepat si, kecuali pas pasien lagi rame-ramenya tu biasanya suka jadi lambat.
Kinerja sistem	Jenis komunikasi	memasukkan data pasien, nanti datanya masuk ke bagian yang dientri. Udah si itu aja.	<ul style="list-style-type: none"> Informasi yang saya pakai, paling ini pasien jaminan/bukan, dan mau ke dokter mana. 	Kalo saya Cuma validasi harga aja. Jadi saya validasi itu artinya pasien udah bayar.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
			<ul style="list-style-type: none">• kita masuknya diagnosa, diagnosa pasiennya. Sama tindakannya kalo ada.• trus tindakan apa yang dilakukan• Buat stock opname obat juga, ngamprah obat• Kalo untuk komunikasi misal ada yangharus dikonfirmasi atau salah gitu, harus telepon manual. Tapi emang lebih enak pake iphone si. Langsung kasi tau orangnya. Misalnya pasien daftar bedah, tapi kok dimasukinya ke internis..	Trus kalo pasien periksa lab atau radiologi juga saya yang masukin tindakannya. Kalo harga kan udah tercantum. Kalo sumber data dari pendaftaran.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
	Integrasi sistem	<ul style="list-style-type: none"> • Sudah cukup baik. Tapi sampe sekarang masih ga bisa mastiin kamar yang kosong dirawat inap, soalnya kadang disitunya udah kosong, tapi ternyata tempatnya sudah dipesan. Misalnya ada pasien dari kamar lain yang ingin pindah ke kamar itu, kan datanya ga masuk sistem, jadi disananya ditulisnya dipapan. Untuk taunya, kita harus nelepon dulu untuk mastiin • kalau di rawat jalan ini, kita masih manual untuk tau dokternya udah dateng apa belum. Jadi kalau pasiennya pengen ke dokter yang cepet dateng, ya harus manual telepon dokter siapa aja yang udah dateng gitu. 	<p>Sudah cukup baik. Tapi dari sini ke rawat inap belum bisa. Jadi tidak bs lihat rawat inap..</p> <p>dan juga kalo untuk laporan harian, walaupun sudah ada datanya di x, tapi ga akurat, jadinya tetep percaya yang manual kalo untuk laporan ke manajemen</p>	Sudah cukup baik, Cuma karna letak kasir jauh dari kasir apotik, dan radiologi, jadinya pasien masih harus bolak balik. Apalagi kalo pasien jaminan, bisa bolak-balik ksininya untuk ambil kartu.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
Kinerja sistem	akurasi	Sudah cukup akurat, kecuali untuk data kamar kosong rawat inap	Masih bisa ga akurat tentang data pasien daftar. saat ini bingung ni, karena pasien yang daftar lewat telepon, itu mereka sudah mereka input duluan dikomputer, gitu ya. Padahal itu pasien belum tentu datang atau tidak kan. Nah, sementara kalau sudah selesai pasien, sudah datang dokternya, udah pemeriksaan, itu kita jadi bingung di komputer ada 9, ternyata pasiennya yang dateng hanya 5 atau hanya 6 gitu kan, jadi kan nggak sinkron	Sudah update kok daftar2nya. Palingan kalo ada tindakan di poli misalnya, yang ga ada di daftar tindakan, itu nanti ditulisnya manual aja. Ya jadi memang nggak smuanya akurat banget ya.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
Kinerja sistem	pengamanan	cukup baik. Kan ada pasword untuk setiap orang. Cuma ya kalo orangnya males, jadi lupa nutup, akhirnya dipake orang lain. Tapi sekarang kan uda disiasatin ya, kalo lamanya online itu menentukan kinerja. Jadi kan kalo dia ga nutup dulu sebelum pergi, trus ada yang nemuin. Kalo yang nemun itu pake pasword orang sebelumnya kan, dia yang rugi, nambahin nilai kinerja orang, dia sendiri jadi sedikit kinerjanya. Tapi emang susah juga sih ya, karna kadang kita lupa ini kompuer itu pake paswordnya siapa, soalnya ga ada tandanya (Diperlihatkan ke layar) jadi kalo ragu, biasanya saya tutup aja dulu. Tapi kadang orang suka males juga.	kalo sharing pasword sering juga. Ga ada pengamanan khusus si. Jadi orang lain bisa ganti2 yang saya kerjain kalo memang perlu. Kalo ngunci ke kasir.	Sudah ada pasword sih mbak
	Ketepatan waktu	Iya, selalu bisa saya dapatkan tepat waktu.	Untuk mencari diagnosis kemarin-kemarin aja lama. Lainnya sih cepet	Sudah tepat waktu

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
	Terhadap kualitas kerja	Iya, karena bisa bekerja lebih cepat	Meningkatkan si, kan lumayan kita bisa tau ni, pasiennya brp lagi. Misalnya pasien bedah, tadi baru dua, periksa lagi, satu lagi ada, kan jadi tiga. Jadi kan bisa ngeliatlah. Kan dokter suka langsung pulang, jadi bisa ditahan, “dok, ntar dulu dok, masi ada satu lagi” baru kita konfirmasi iphone lagi, ini ada lagi pasiennya.	Kualitas kerja gimana ya mbak.. jadi leboh cepet untuk pasien.. tapi kalo untuk laporan, saya harus ngitungin satu2 lagi, trus di ketik di ms. Excel. Soalnya kan ada sebagian yang ditulisnya masih manual, kayak pembagian cost sharing ama tindakan yang ga ada gitu. Soalnya ini buat nyocokin sama yang nanti diitung sama bagian keuangan.
	Terhadap efisiensi kerja	Jelas lebih efisien dong.	nambah kerjaan, tapi kan membantu juga. Kalo lagi ribet, lama, x terakhir. Jangan di x dulu. Kalo lagi santai gini ya bisa masukin di x langsung.	Nggak juga karena saya masih harus kerja manual
	Bagi kontrol kerja	Iya, kecuali untuk nomor rekam medik yang masih manual, kadang kalau tidak mengontrol sendiri dengan baik, ga bisa kontrol pake komputer.	Nggak juga. Sama aja.	Iya, soalnya harga2 kan uda tercantum di komputer. Jadi ga bisa maen harga.
	Dapat membantu	iya, membantu, karena saya jadi	Membantu.	Cukup membantu. Kan karena uda

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
	pekerjaan	bisa lebih cepat bekerja.		pake komputer jadi lebih pekerjaan.
			Untuk melihat jumlah pasien yang mungkin ada di hari itu. Kayak dr. Agus itu kan ga pernah mau nunggu. Jadi kita langsung liat x , misalnya dari 7 jadi 8, langsung kita iphone, kasi tau, “Ada lagi dok pasiennya.”	
	Terhadap keamanan bekerja	Ya, karena keliatan siapa updaternya. Jadinya ketauan siapa yang ngerjain kalo ada salah-salah.	Sama aja, lagian kan di poli RJ kan cuma masukin diagnosa sama tindakan.	Iya. Soalnya ketauan kan pake pasword. Jadinya bisa di cek kalo ada yang salah.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
Kualitas layanan	dukungan departemen IT pada SIMRS	Cepet tanggapnya sih petugas IT itu. kalo misalnya tiba-tiba ngehang gitu, kalo lagi ga sibuk biasanya orang ITnya langsung dateng dan dibenerin. Tapi memang untuk memasukkan nomor rekam medis pasien kan sampai saat ini masih manual ya, kita sebenarnya sudah memberi masukan kepada petugas IT untuk bisa otomatis, tapi belum bisa kayaknya ya.	Kalo kita ada masalah memang langsung menghubungi pihak IT ya. Selama ini sih cepet tanggapnya kalo dipanggil	Cepet mbak tanggapnya kalo kita tiba-tiba bermasalah gitu. Cuma ya menu cost sharing yang nggak bisa dipake ini ga dibener-benerin ya
	Terhadap SIMRS secara keseluruhan	Puas sih, tapi akan lebih puas kalau sistemnya semuanya bisa otomatis.	Ya puas ga puas si, soalnya kan masi harus tetep ngandelin yang manual ya untuk laporan harian gini	Masih belum puas si, kalo bisa semua laporan itu otomatis jadi ga usah repot-repot nulis ulang

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#1 (petugas pendaftaran)	Informan#3 (perawat poliklinik)	Informan#2 (kasir)
Pengembangan	Saran perbaikan SIMRS	<ul style="list-style-type: none"> • mungkin perlu ya untuk ada namanya siapa gitu di monitor yang lagi online, jadi bisa inget. . Ini sebenarnya kadang-kadang ada si namanya, tapi seringnya ilang gitu lama2, • bagus juga kalo misalnya kita lupa nutup, trus kita buka di tempat lain, trus ditempat sebelumnya langsung ketutup gitu. • jangan suka lama • klo bisa kedatangan dokter juga bisa online, jadi disini juga bisa tau dokter siapa yang udah dateng gitu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jangan sering tiba2 error. Kalau lagi cepet, cepet, kalo lagi lama, lama • kalo misalnya saya buka di tempat lain, trus disini ke log out otomatis • Trus juga bisa liat pasien rawat inap. Jadi kalo ada orang nanya, bisa lihat juga. 	<p>Jangan suka lemot, Sama kalo bisa cost sharing itu bisa dipake menunya Dan kalo bagusny si, laporan itu bisa online, jadinya kan atasan bisa langsung tau dari data yang saya input aja. Ga perlu saya cek-in dan ketik satu2 lagi.</p>

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
<p>Penggunaan SIMRS</p> <p>Tampilan antarmuka</p>	<p>Manfaat bagi pelayanan</p>	<p>pasti akan lbh cepat waktunya, dengan lebih cepat waktu, pasien kan apa2 pengennya cepet tertangani, cepet selesai dilaksanakan, jadi bsa memberi kepuasan pasien, data yang pasti tersimpan, kecuali yang td saya bilang hilang itu, jdi kapanpun pasien membuthka data bisa cepet, nggak perlu kita bongkar2 lagi</p>	<p>enaknya sistem x itu. enakya, tanpa kita mesti..ee..jalan, uda bisa liat di komputer. termasuk ruangan ni. ruangan. orang ruangan itu, misalnya hasil yang ini ni, baru dateng pak wahyudi ni. ini kan periksa gds, itu kan td yang ngambil darah org laboratorium kan, tanpa mesti ada hasil dalam bentuk print-an ini, dia udah bisa liat dari komputer.</p>	<p>Iya, membantu meningkatkan pelayanan ya. Kalo farmasi manual, cari obat satu per satu kan lama jadinya. Jadi pelayanan bisa lebih cepat. Tapi ya itu tadi, kalo untuk sistem retur, kita malah kebalikannya, jadi memperlama karena daftar harga obat beli dan retur yang beda. Akhirnya pasien biasanya harus nunggu lama sambil kita cari harga benarnya berapa. Kita si pengen bisa ngubah data harga obat retur, Cuma ga tau caranya</p>

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
	Persentase manual	kalo saya si, masi 75% yang manual. kayak harus bikin label, nyatet, bikinlaporan harian.. itu masih manual.	Persentase kalo dibagi kan kerjaan saya entri, catet hasil , sama bikin laporan. Jadi kalo diitung2 yang manual ya 35% an.	Kira-kira 20% masih harus dikerjain manual..Seperti untuk menulis laporan itu masih manual atau semi manual ya hitungan racikannya berapa, rawat inap , kebidanan harusnya udah ada. Tapikita harus ngebukuin lagi, kayak gini kan makan waktu, udah gitu harusnya bisa bantuin temen yang lagi sibuk, jadi nggak bisa.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
	Tampilan desain dan kelengkapan isi	kalo untuk masukin data, udah menarik mbak. Ukuran tulisan sih udah cukup. Kelengkapan tampilannya juga sudah baik, jadi begitu buka, data-data pasien yang periksa radiologi bisa dilihat semua .	Sudah cukup bagus mbak tampilannya	Kalo kubilang si biasa aja. Kalo dibilang menarik, biasa aja, standarlah. Buat kerja kali. Standar aja. kalo desain si, nggak masalah. Tapi tulisannya agak diperbesar kali ya, untuk yang ee,yang agak orang tua mungkin kan matanya udah agak-agak ini
	Kualitas tampilan antar muka	Isinya sih udah lengkap, udah bagus, bisa lihat semua apakah hasil lab udah keluar atau belum, langsung tanpa kita harus ke lab induk	Lengkap mbak.	Sudah bagus dan lengkap isinya sistem ini
	Kemudahan penggunaan SIMRS dengan desain yang ada	lumayan, mudah dimengerti kok. belajar nggak sampe 1 hari sudah bisa.	Mudah dimengerti	Sampe sekarang si, kalo menurut saya si, mudah dimengerti.
	Kemudahan penggunaan menu	menu, mudah, jadi klik pasien, kalo untuk kebutuhan kita sih mudah. kecuali itu aja, label yang menunya tidak bisa dipakai .	Mudah digunakan.	Mudah kok, semua menu bisa digunakan

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
		soalnya label itu penting juga, jadi kita ngepasin mr-nya, nggak double kerjanya, kita begitu ngentri pasien, dari data kan langsung keluarpemeriksaannya apa, mr-nya berapa. Jadinya juga lebih akurat kan. Kadang ktia suka salah misalnya masukin no. MR atau namanya gitu.		

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
	Kemudahan memasukkan data	mudah mbak	Untuk memasukkan data hasil pemeriksaan itu kita masih manual. Jadi print-an dari alat labnya kan keluar. Nanti kita catetin satu2 deh tu di hasil pemeriksaan yang akan dikasi ke pasien. Nah, kendalanya jadi harus hati2 banget, karena sering salah juga, dan kalo uda salah satu kan bisa salah sampe ke bawah2nya	Mudah si. Karena kita kan hanya validasi aja.
	Kemudahan pengubahan data	dulu menu pilihan dokter pengirim kan masih bisa kita masukin data dokter pengirim sendiri. skrg udah nggak bisa. katanya sih penuh datanya.	Kita tidak bisa mengubah data apa2 si mbak, kebetulan juga memang ga ada kayaknya data yang perlu diubah.	Kalo untuk tampilan si ga ada masalah, cukup gampang mencari2 tempat editnya.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
	Kemudahan entri banyak data	<p>kalo pas lagi rame,ya, nggak sulit si, cuma repot aja, kadang nahan orang biar sabar aja karna lama. lama krn jumlah orangnya banyak.</p> <p>Kalo sistemnya ngesave-nya itu kadang2 lama, ya kayak..kayak komputer, lemot aja kadang2. pernah juga, jadi kita sudah ngesave tapi nggak.. nggak muncul2 nama pasiennya.jadi kayak pasien keluar begini, kita kan masukin baru, kita kan bisa masukin juga. jd kalo pasien dari rawat jalan dari luar ya langsung ksini, jadi kan kita yang ngentri semuanya. kan, ngantri dari daftar pasien masuk, smpe smua pemeriksaan kita yang ngentri sendiri. Nah, pas udah di entri, ternyata ga ke save. Jadi harus ngentri</p>	<p>Bisa aja kok ngentri banyak data. Paling kalo lagi hang ajajadi kita harus nunggu.</p>	<p>Ya tergantung, kalo lagi ngehang, kadang-kadang jadi service unable. Kadang-kadang kita kalo pagi misalkan, kita masukin data, tau-tau nggak bisa ngeprove, entah nggak bisa ngeprove, atau ada tulisan service unable, trus datanya berat gitu, nggak bisa ngeprove. Nah, pada saat nggak bisa ngeprove tu, pernah kita, akhirnya kita jadi manual.</p>

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
		ulang,		
Fungsi	Kemudahan cara memperbaiki kesalahan entri data	mudah... Lumayan mudah sih, asal sebelum ke kasir aja. Klo uda di kunci di kasir harus divoid dulu kalo mau diubah.	Mudah si mbak. Palingan tinggal minta void kasir dulu, trus diganti aja. Kalo belum ke kasir bisa langsung di edit sendiri.	Mudah sih..dari kasirnya doang aja, yang harus batal posting. Misalnya untuk yang tanggal sekian.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
	Pengamanan sistem informasi	mm..nggak ada pengamanan khusus si, selama pasien blm bayar..bisa langsung diubah. tapi kalo dia radiologi ya. kalo dia radiologi hanya radiologi yang bisa editnya.klo ke lab, kita nggak bisa	Kalo pengamanan, bisa ketauan siapa yang ngentri berdasarkan siapa yang lagi online saat itu mbak. Palingan kadang2 aja suka lupa ini tu loginnya make punya siapa ya. Kadang2 masih pake punya orang sebelumnya. Soalnya ga ketauan si mbak siapa yang online.	Pake pasword sendiri-sendiri. Beda-beda. Pengamanan disini si sudah cukup menurut saya.
	Kecepatan SIMRS dalam melakukan fungsi kerja	cukup cepat untuk mengakses, palingan kalo lagi saat-saat tertentu aja yang suka lama, biasanya kalo pas stock opname atau lagi rame pasiennya	Cepet si mbak. Yang lama itu, , buat bagian sampling, bagian sampling poli itu kekurangannya adalah letak lokasi, karena terlalu jauh dengan laboratorium induk. Jadi sistem komputernya si cepet, tapi kan kita harus nganter sampel dulu ke lab induk, itu yang lama.	Cepat si mbak kalo untuk aksesnya.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
Kinerja sistem	Jenis komunikasi	Jadi kalo komunikasi langsung itu pake iphone. Nah,kalo informasi yang saya pakenya si dari pendaftaran sama kasir, atau rawat inap. Kalo data yang saya masukin, bisa entri data pasien kalo pasien yang langsung ke radiologi, sama entri tindakan. Udah. Kalo dokternya entri hasil.	Kalo komunikasi, dari pendaftaran kanmasukin data, jadi sisini tinggal liat aja data pasiennya. Trus untuk liat pasien udah bayar apa belum, juga bisa liat di komputer, udah di kunci atau di validasi sama kasir apa belum. Kalo dari lab, Cuma masukin data aja. Kalo laporan2, itu uda bisa langsung si mbak pake sistem x	Kalo untuk biaya dan pembayaran ke kasir, klo ke pendaftaran hanya pendaftaran, sama informasi, sama data, sama status biasanya. Sama untuk datanya dia input, jaminan apa. Kalo di farmasi masukin data obat yang dari resepnya. Untuk laporan ke keuangan, data-data kita yang kita input-input itu, harga semuanya. Kan dari kasir kan terakhir mau pergantian, kan keluar tu, rawat jalan berapa juta, rawat inap berapa juta.
	Integrasi sistem	kalo yang rawat inap masih kurang. karena seharusnya kan kata mereka ya, kata susternya yang nggak tau apa gmn, harusnya untuk hasil mereka harusnya buka mr aja kan bisa tu. ngeliat nggak perlu kita nganter kesana. itu yang katanya mereka belum bisa buka.tap	Kalo integrasi bisa bikin bahaya kalo sampe salah masukin, karena sistem xnya ga terintegrasi sengan alat labnya, jadi hasil kan masih ditulisnya manual.	Kalo untuk integrasinya, uda baik si ya sebenarnya. Cumanya gimana ya, kalo kasir pisah-pisah kayak harus pasien harus gesek lagi ke depan, kasian pasiennya gimana ya, harus bolak-balik gitu.harusnya udah selesai pada saat di farmasi sini, dia harus balik lagi ke depan kan, kasian pasiennya.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
		mungkin itu jpegnya atau apanya itu ya..nggak tau..		

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
Kualitas informasi	akurasi	<p>yang nggak akurat tu, datanya kadang2 hasilnya ilang mbak. hasil bacaan radiologinya. jadi dokter udah baca, hasil di kertasnya uda ada. tapi di sistemnya ilang...nggak ada gitu. kadang2 pasien jaminan, kan keuangan butuh jawaban, daripada mereka minta ke pasien, gitu kan..itu mereka minta dari x, orang keuangan..untuk data hasilnya. tapi begitu dilihat di x, di komputer nggak ada, mereka minta untuk itu. itu yang kita nggak tau, kemana kok bisa ilang.. dan itu tiap bulan past ada. ada sekitar 10 pasienlah setiap bulan itu</p>	<p>Akurasi, karena pencatatan hasil masih manual, jadi ya tetep ga berani juga bilang sangat akurat. Kadang kan, suka salah titik koma, gitu. Walaupun sih di lab uda di crosscek ulang biasanya.</p> <p>Trus juga, sistem x ini tu kok suka beda ya antara tanggal lahir dan umur. Jadi nggak update gitu. Kan harusnya tiap tahun umur bertambah ya mbak. Kalo ini nggak, tetep di umur waktu dia daftar aja.</p>	<p>Baik si, Cuma ya itu dia, kendalanya Cuma retur, yang data saat pasien kembalikan barang tidak akurat, ga sama dengan harga waktu dia beli. sama kadang-kadang itu macet gitu, pada saat pasien lagi rame-ramenya, kan x itu human service error gitu-gitu, kitanya jadinya, kitanya jadinya nggak enak sama pasien..</p>

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
	pengamanan	bagus si, selama kita mentaati aturan penggunaan passwordnya. kadang tu dinas pagi, dia kan nggak close. klo kita males masukin password kita kadang2 terus aja dari pagi sampe malem pake passwordnya yang pagi.	Bagus yah, uda pake password sendiri2. Cuma ya palingan itu, kalo lupa nutup, suka kepake sama orang-orang lain jadinya.	Lumayan, nggak semua orang tau password kita. kalo kita lupa nutup, bisa dipake orang lain.. Sebenarnya si nggak bagus Karna kan password. Jadi nanti kalo ada kesalahan obat, kesalahan ngentri. Pasti pertama yang diliat, siapa yangngentri nih, ceritanya gimana
	Ketepatan waktu	cukup tepat waktu	Tepat waktu	Iya kok, tepat waktu
Kepuasan pengguna	Terhadap kualitas kerja	cukup meningkatkan kualitas kerja	Iya meningkatkan, soalnya ga perlu nunggu dianter kan bagian2 yang perlu liat hasil lab. Klo udah jadi mereka bisa langsung liat di komputer.	Berguna si cukup berguna. Tapi kalo kualitasnya si. Ya. Tergantung lagi error apa nggaknya. kalo lagi rame-ramenya, retur doang yang ribet itu sebenarnya.harganya itu...beda antara beli dan retur...

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
	Terhadap efisiensi kerja	ribet kayaknya kalo nggak pake komputer. Kalo disini minimal kita uda terkomputerisasi , jadi ga smuanya manual	Lebih efisien mbak karena meminimalisir tunggu menunggu hasil fisik kan	Lumayan, paling nggak stok obat cepet ketauan. Tapi klo yang masih harus bikin catetan manual itu yang jadinya nggak efisien.
	Bagi kontrol kerja	meningkatkan kontrol kerja tentunya. Kalo salah2 jadi lebih keliatan	Karena nulis hasilnya itu mbak, masih manual, jadi kontrolnya juga masih manual.	Iya. Soalnya kalo stok obat kan disini update terus ya mbak. Jadi kalo ada misalnya kita lupa ambil obat dari gudang misalnya, pasti ketauan karna jumlah yang di sistem sama kenyataannya beda. Trus juga untuk entri obat. Karena uda pake sistem diketik jadinya tulisannya mudah dibaca.
	Dapat membantu pekerjaan	cukup berguna. ya x kuitansi, kita uda nggak perlu manual lg, nyari hasil kita ngecek, ini pasien bener nggak dilakuin...		Cukup membantu. Karena saya kan jadi bisa masukin dan nyari obat dengan lebih mudah.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
	Terhadap keamanan bekerja	iya. karna pake pasword dan bisa dilacak. kalo pake pasword ga bisa dilacak sama aja	Ya lebih aman, kan ada pasword...	dengan sistem pasword ini jadi ketauan siapa2 yang lagi online pas ada kesalahan apa gimana gitu..
Kualitas layanan	dukungan departemen IT pada SIMRS	Kalo lagi hang gitu si cepet datengnya mbak biasanya, kecuali kalo lagi sibuk aja, tapi jarang si. Biasanya langsung bener abis orang IT dateng. Untuk menu label yang nggak bisa ini kayaknya emang uda ga bisa ya, soalnya sampe sekarang tetep nggak bisa. Sama kalo untuk data yang ilang juga, kita si pasrah aja, palinganantisipasi dengan tetep nyimpen berkasnya.	Cepet mbak, langsung dateng kalo ada masalah. Tapi sejauh ini disini jarang si ada masalah	Cepat mbak kalo disuruh dateng. Tapi nggak tau nih, masalah sistem retur ga bisa ya kayaknya untuk jadi sama antara harga beli sama retur.

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
	Terhadap SIMRS secara keseluruhan	Masih belum bisa dibilang puas si. Cuma uda bersyukur aja ada gitu, dari pada ga ada sama sekali.	Udah bagus mbak, uda bisa otomatis. Tapi ya belum puasnya soalnya masih harus nulis hasil satu-satu, itu kan risiko salah nulis	Masih belum puas. Karena saya berharap sistem pelaporan semuanya bisa otomatis jadi kita ga harus manual lagi
Pengembangan	Saran perbaikan SIMRS	yang sekali jalan.. kita uda bisa cetak label, ga perlu manual lagi, jadi kita uda ngingput, dia ke ksir, dia dateng uda keluar labelnya, dan itu uda akurat data yang dihasilkan, data mr sama labelnya yang di rontgen .kalo bisa, klo ke depannya ya mbak..kalo tiba2 nanti ada dokter yang ga bisa masuk, atau kadang2 dipinjem dulu, jadi dokternya blm dateng, tapi hasilnya dipinjem dulu, trus kan akhirnya dokter yang baca hasilnya beda. Nah, itu bisa diubah. Masukannya lagi, jangan sampe ada data	Kalau bisa hasil dan alat sistemnya bisa terintegrasi, jadinya tidak manual lagi. Dan data umur terutama, harus selalu update, karena kan berpengaruh pada pembacaan hasil, kan misalnya anak-anak beda kan sama dewasa.	Bagus si, yang bisa gesek juga disini, jadi kita pembatalannya juga gampang.jadi secara langsung tau, obatnya apa aja, gitu. Jadi kalo mau batalin, misalnya asuransi admedika. Kalo kita mau batalin obat kan rada susah ya, kalo geseknya didepan kita harus nelepon dulu,trus kalo kita salah masukin lagi.. Trus juga kasirnya dipindah sini. kalo bisa sistem retur ini dibenerin, soalnya jadi mempersulit kasir mencari daftar harga satu2 lagi untuk barang retur. kalo etiketnya sudah terkomputerisasi lebih terlihat..mm.. gimana ya..

Topik	Topik Pertanyaan	Informan#4 (radiologi)	Informan#5 (laboratorium)	Informan#6 (farmasi)
		ilang lagi.		rapi..bagus,. orang juga bacanya juga enak, aturan pakainya.

**LAMPIRAN 2: MATRIKS HASIL WAWANCARA MENDALAM
DENGAN PIHAK MANAJEMEN RSU BHAKTI YUDHA, DEPOK**

Topik	Pertanyaan topik	Informan#7 (Manajer IT)	Informan#8 (Konsultan RS)	Informan#9 (Deirektur RS)
Perencanaan SIMRS	Pemilihan SIMRS	nggak ada kalo perencanaanya, jadi hanya berdasarkan presentasi dari para vendor dulu	Nggak ada perencanaan kalo selama ini. Tidak ada TOR (Term of Reference)nya sampai sekarang,	Iya, dulu kita itu melihat-lihat, dari Qpro, kemudian setelah merasa cocok, terus dipilih
	Mekanisme pemilihan kebijakan SIMRS	untuk, mm, apa namanya, sejarahnya ini, saya, waktu saya masuk sudah ada, yang tau itu adalah atasan saya dulu, tapi sekarang sudah keluar. tapi secara sedikit historinya suda tau. histori masukya ini tau sedikit-sedikit dari atasan saya. kurang-lebihnya, waktu masuk itu tidak,,ee.. awalnya adanya ee..presentasi dari masing-masing vendor, satu-satu, presentasi..tetapi ee..tiba-tiba dari atasan,	Awalnya yang saya tau, ada uang 740 juta, kemudian ada tawaran dari x, mau bikin simrs. Saat itu belum ada satupun yang ngerti. Jadi main iya-iya saja.	Ini sebenarnya sudah lama ya, sudah dari udah lama itu, sudah dari tahun sekitar 2001-2002 itu, manajemen melihat, untuk bisa menghasilkan pelayanan yang lebih baik, sistem informasi harus mulai dirintis, dimulai dari modul-modul yang tidak online, lalu tahun 2002 atau tahun 2003 gitu mulai negosiasi dengan Qpro (konsultan IT) yang menjual perangkat

		manajemen, itu nggak ada kerjasama sama bagian IT, tanya, ini yang mana yang bagus, apa yang bagus, gitu. ini mainlangsung. ni, pake programnya, nah..kita kan harusnya, seharusnya kita yang nentuin, ini lho kekurangan vendor ini ini, vendor B ini,ee.. apa namanya, seperti ini, lebih baik kita pake yang ini gitu. ini tidak ada ditanya gitu, tapi langsung dikasi, langsung disuruh kotrak service dengan PT tersebut.		dan sistem. Dulu kita belinya 5 modul, rawat jalan, rawat inap, farmasi, laboratorium, dan igd, trus bonusnya satu, yaitu keuangan.
Implementasi SIMRS	Spesifikasi SIMRS yang digunakan	Kalo kita, sistemnya itu berbasiskan web, jadi nggak perlu di instal2 di setiap komputer kan. Kalo bahasa pemrogramannya kita pake teknologi ASP.Net, kalo databasenya, kita pakenya microsoft SQL server. Kita sekarang udah punya 3 server, supaya ga berat akses ke usernya. Kalo	Kalo itu, pak bambang di bagian IT yang paling tahu.	Intinya belum online semua

		untuk tampilannya, kita pakenya internet explorer.		
	Manfaat adanya SIMRS	<p>kelebihannya ya, transaksi jadi lebih cepet, ee..contohnya kayak di farmasi, di farmasi itu, kalo pake manual, sudah pasti sangat susah. dari pengentriannya, pencarian berkas obat, kan jumlahnya ribuan, sngat makan waktu. tapi kalo dengan sistem informasi kan dia langsung, dia ketik namana abjad aja, dia langsung muncul nama obatnya seperti itu. jadi jauh lebih cepet. trus kalo untuk registrasi, kita punya yangnamanya medical record. karena dirumah sakit itu yang paling penting kan based on medical record kan. semua itu harus berdasarkan medical record. karena data itu yang sangat mahal kan, kita bisa lihat disitu kalo</p>	<p>Kalo sekarang si menurut saya belum terlalu keliatan manfaatnya. Mungkin kalo untu kelayanan di beberapa bagian mungkin lebih cepat, tapi di bagian lain masih belum. Padahal kalau menurut saya, seharusnya manfaat adanya SIMRS itu harus ada di seluruh bagian, dan bisa meengahsilkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan 2. Ketepatan, artinya akurasi ya Atas dasar dua hal ini, muncul: 3. Kejujuran 4. Disiplin 5. Dan ketertiban Di dalam sistem rumah sakit. 	<p>Tujuannya biar apa-apa tinggal klik, jadi cepet kan dapet datanya. Misalnya manajer apa butuh data, langsung di klik. Nah, bisa langsung tahu.</p>

		<p>dengan sistem komputer, kita bisa lihat fluktuasinya demam berdarah, dari tahun-ke tahun. kita juga bisa nyiapin obat-obatannya, januari sampe bulan apa, penyakit apa yang lagi banyak, kita bisa order banyak obat yang itu, seperti itu. jadi untuk efisiensi pembelian obat bisa dari situ. fluktuasinya dari medical record.</p>		
	Kekurangan	<p>selama berjalan, saya masuk tahun 2006, aplikasi ini berjalan kurang lebih 50%, masih bisa dibilang semi manual, jadi, entri ada, manual ada. kadang kalo lagi males semua manual berdua dengan atasan saya, ngejar, eee.. error-error atau bugs-bugs yang ada di RS ini, supaya bisa berjalanmaksimal. itu sampe kekejar 80% sudah bisa menggunakan sistem</p>	<p>Saat ini itu, sistem tidak user friendly. Coba saya lihat berapa kali dalam sehari bagian IT mendapat konsultasi dari user. Itu kan artinya mereka nggak paham bener penggunaan sistemnya. Atau sistemnya yang ga bener. Jadi kalo ada kekurangan ini itu, memang bisa dua, bisa sistemnya yang ngaco, atau itu tadi, human error. Manusianya yang ga ngerti.</p> <p>Trus juga kan, kita beli langsung dari vendor itu, kodenya itu</p>	<p>Belum semuanya online, memang rencananya bertahap. Namun kendalanya itu, merubah budaya, dari yang gaptek menjadi pake komputer, lalu untuk dananya kita juga waktu itu tersendat-sendat, orang IT kita juga belum mahir</p>

		<p>komputer, abis itu kontrak service habis di tahun 2007, kekurangan satu ya karena ga full waktu pembelianya kita nggak full, kita masih belum ada yang namanya..ee...asuhan keperawatan, terus apa namanya, SDM, untuk program HRD, kemudian, apa namanya, oh ya satu lagi. kita ada namanya GL, general ledger, ee..kita tidak bisa narik secara otomatis. pengentrian ulang. tetapi pake aplikasi yang sama. sama2 satu vendor. emang semestinya kan setiap hari kita bisa pake sistem tarik, tapi sistem tarik itu tidak berjalan dengan lancar, berbeda hasilnya. jadi karena data nggak akurat, kita tetep pengentrian ulang. karena pada saat itu,mm.. sebenarnya si GL</p>	<p>dikunci sama dia. Kalo mau dikembangkan atau mau benerin yang bermasalah, harus ke dia lagi. Terus terusan mereka minta bayaran dan cari keuntungan dari kita akhirnya. Padahal kan rs itu ngga mungkin statis, pasti selalu berkembang. Akhirnya ya kayak sekarang ini, sistemnya tambal sulam, jadi ya apa adanya begini.</p> <p>Utamanya, sistem disini tidak terintegrasi. Mana bisa dibilang sistem kalo apa-apa masih tidak terintegrasi. Tidak terintegrasi beda ya sama pake manual. Kalo pake komputer si sekarang uda hampir semuanya pake komputer. Sama apa-apa harus diketik ulang.</p>	
--	--	--	---	--

		<p>itu katnya dulu itu bonus dari 5 modul, dikasihlah dia tu. tapi, tidak berjalannya itu sempurna, sempet putus gara-gara kontrak abis.kita nggak sampe kesitu. tadi kan saya bilang, 50% itu kan belum berjalan. kita ngerapiin dulu dair bawah. karena GL itu kalo bawahnya nggak rapi, sampe kapanpun atasnya nggak bakal rapi. jadi kita ngerapiin dulu dari warat jalan, rawat inap, penunjang segala macem, nanti baru lari ke GL. pada saat itu GL masuk, kontrak servicepun abis, tapi owner tidak mau meneruskan dengan dia, karena kecewa segala macem.</p> <p>, kita nggak ikut kontrak service pertahun. kita byara di, bayarnya itu per sekali dia dateng gitu</p>		
--	--	--	--	--

		<p>. jadi pembagian cost sharing itu kan masalahnya adalah..ee..itu..apa namanya. cost sharing itu kan contohnya, misalkan pasien pembayarannya misalkan 80 ribu, yang dibayarkan pasien 60 ribu, yang ditanggungkan isnstansi 20 ribu. itu sebenarnya jalan, dia bisa, tapi pembagian kuitansinya yang tidak pecah. seharusnya pada KW, no. KWnya sekian, itu 60ribu, yang untuk instansinya itu jadi pi. nah kebelah duanya itu yang dia tidak bisa. dan menunya sendiri tidak digunakan sampai sekarang. Dan memang ada beberapa lainnya menu itu tidak bisa digunakan. Ini bukan karena kita tidak bisa, tetapi karena untuk memperbaiki masalah ini, kita perlu source code. Dan</p>		
--	--	---	--	--

		<p>pada SIMRS ini, kita tidak dikasih source code-nya sama vendor. Untuk membeli source code lagi, itu biayanya sangat mahal, saya nggak bisa bilang deh berapa, tapi yang pasti nggak murah.</p> <p>source code untuk SIMRS kita itu dikunci sama vendor. Jadi istilahnya source code kita itu dipakenya sistem closed source dan akhirnya nggak bisa kita apa-apa. Makanya kalo ada masalah-masalah di program, kita bergantung sama vendor. Kita dari pihak owner sendiri kurang untuk respect kesana itu ya gara-gara sedikit kecewa gara-gara kecewa sama pt itu. dan apa-apa, lumayan fee-nya. jd kan untuk operasional, ya mbak tau sendiri, kalo untuk SIMRS</p>		
--	--	--	--	--

		<p>ini kan nggak ada yang murah, sampe ke perangkat kerasnya juga mahal. jadi ya, lumayan nguras</p> <p>tapi dari IT sendiri belum ada SOPnya, seharusnya ada, cara pengentrian rawat jalan... saya sebenarnya sudah mulai buat si. tapi dengan kondisi sperti ini, susah buatnya, karena sibuk sekali.</p> <p>Selain itu, memang SIMRS ini tampaknya belum menjadi prioritas rumah sakit ya..</p>		
	Banyaknya sistem yang masih menggunakan program manual	80% sudah bisa menggunakan sistem komputer	Kalo menurut saya, masih 70% masih manual, artinya tidak menggunakan SIMRS. Kalo pake komputer tapi tidak pakai simrs kan sama saja jadinya manual kan.	Ya memang masih banyak ya.
	Kualitas aplikasi	menurut saya, kualitas dia, jika semua jalan.. saya sangat suka, setuju, maksudnya.. saya	Kalo menurut saya tidak user friendly. Karena selalu saja ada masalah dalam penggunaannya, dan akhirnya kasian kan bagian	Ya masih kurang, karena belum semuanya online ya.

		bandingin, saya kan bekerja di dua tempat dengan pt yang sama di surabaya, itu jauh lebih rinci yang dari PT X. disanapun saya banyak belajar dari aplikasi yang ada di pt x ini. jadi sebenarnya sangat kompleks programnya pt x ini, tetapi ya beberapa yang tidak jalan ini yang jadi kekurangan dia. secara IT, saya sangat suka sama aplikasi ini. karena alurnya juga enak, cara pengentriannya juga, apa namanya, user itu mudah untuk user. karena kebanyakan kita banyak main di mouse, jarnag main keyboard. kan kalo program-program kayak bank itu banyak main di keyboard kan, nah, kita banyak main di mouse.	IT harus bolak-balik membantu user.	
Pengembangan	Kemampuan SIMRS saat ini untuk dikembangkan	kita tidak ada bisa pengembangan dengan	Saat ini sistem yang ada kan nggak bisa kita kembangin	Sekarang kan orang IT kita juga bukan yang

		<p>sendiriya karena source coding dikunci sama vendornya. kita kalo mau penambahan atau misalkan pengembangan kita harus kembali ke vendornya. jadi tidak bisa. tpai kalo hanya database doang kita buat repor t segala macam, kita bisa ngolah sendiri. tapi kalo misalnya ada yang mau perubahan secara spesifik di program, kita tidak bisa, karena sudah baku dari dia.</p> <p>kayak kita kan ada alur rumah sakit yang berbeda, kita minta, harusnya programnya bisa begini dong. nah, itu dia minta customized, jadi ya ujung-ujungnya si dia minta fee ulang. jadi ya disitu kecewanya, jadi ya ga akan ma perpanjang kontrak. jadi perpanjang kontrak itu hanya bisa maintanance aja, tidak merubah</p>	<p>sendiri. Ap-apa harus hubungin vendor. Dulu waktu kita sudah berubah dari yayasan menjadi PT, saya bilang, ini kan udah mahal2, jangan diganti. Akhirnya kita minta ke vendornya, ini perbaiki. Eh, merkanya minta bayaran kan akhirnya. Nah, yang sekarang ini udah nggak mau lagi pakai vendor itu, akhirnya tambal sulam sendiri seperti sekarang. Seperti apa adanya aja. Karena kode2nya kan mereka simpan, jadi kita tidak bisa apa2</p>	<p>paling ahli, kemudian program kita tidak bisa dikembangin sendiri. Jadi apa-apa harus beli lagi dari vendor</p>
--	--	---	---	--

		program. kalo merubahSeben program, itu diluar dari kontrak service.		
	Saran untuk pengembangan SIMRS	<p>kalo lebih baik si, ee..harus bener-bener perfect ya, segala macemnya, semua dari A sampe ke belakang itu sudah rapi, segala macem, kita mengurangi paperless segala macem, tapi untuk kebutuhan saat ini, ya cukup. tapi kalo untuk bagi owner segala macem, sebenarnya kurang, karena dia..ee.harusnya dia bisa ngeliat secara realtime segala macem, ya ini kan tidak bisa.</p> <p>pokoknya 1, masukan saran saya ni ya, buat SIMRS, sejago apapun anak, seorang IT, walaupun ada akuntingnya, tidak ada dokter yang mendampingi,</p>	<p>Gini ya, SIMRS itu bukan seperti kondisi kita ini sekarang seharusnya. Yang sekarang itu kita seperti menjadi product of technology. Vendor mengaku punya in-itu, tapi tidak melihat sebenarnya apa sih yang rumah sakit butuhkan. Setiap rumah sakit ini kan tidak bisa disamakan. Iya, bagian2nya mungkin sama, tapi kebutuhan setiap rumah sakit kan beda. Itu yang menjadikan SIMRS seharusnya meriupakan hasil dari kajian ilmiah sebenarnya. Jadi harus tau apa yang diinginkan.</p> <p>Sebuah sistem itu musti bikin strukturnya dulu. Sehingga tau maunya gimana. Untuk memformulasikan struktur itu dibutuhin ahli IT, akuntansi</p>	<p>Ya itu, harus punya orang-orang yang handal, trus juga vendornya harus berpengalaman, jadi kita nggak dijadikan kelinci percobaan. Sebenarnya inovasi itu rencananya banyak, tapi ya itu, terkendala dana. Mungkin itu yang paling untung itu sistem KSO ya.</p>

		<p>bubar. jadi seharusnya dalam tim untuk membuat itu, dokter harus ada, dokternya salah satu adalah, paling tidak dia harus manajemen, bukan dokter biasa ya. jadi dia secara physically kedokteran dengan alat kedokteran segala macam dia tau, perhitungan dengan ee..apa ya namanya kayak operasi segala macam itung-itungannya dia tau, dan dia juga tau alur rs seperti apa, struktur yang bagus seperti apa, karena mempengaruhi kesistem rs. paling penting adalah akunting, akuntingnya tersebut adalah akunting tapi dia belajar IT. jadi dia kayak misalnya dia sekolahnya it s1nya, s2nya dia seperti mempelajari akunting. itu yang baru namanya bisa dibidang</p>	<p>keuangan, akuntansi manajemen, dan dokter itu. Makanya kalo milih vendor, kita musti liat, dia punya semua expertisanya nggak.</p> <p>Harusnya itu ada TORnya, baru di sodorkan ke masing2 vendor, lihat mana yang paling mendekati.</p> <p>Dan SIMRS itu harusnya nggak setengah2, tapi mencakup seluruhbagian dari rumah sakit. Kan kata2 yang dijual sama vendor itu kan adalah billing sistem, dengan SIMRS kita bisa ta alur uang keluar masuknya. Tapi coba deh pikirin, bagaimana kita tau alur uang masuk dan keluar dengan akurat kalo ada beberapa bagian dari SIMRS yang terputus. Pake komputer sih pake komputer, tapi kalo ga pake sistem kan sama aja.</p> <p>Dan untuk bisa jalanin simrs</p>	
--	--	---	--	--

		<p>sempurna. karena kalo akunting aja, waktu translate-in ke it, orang itnya nggak ngerti akunting dia bingung. karna sangat susah, bikin GL itu sangat susah. secara analisa saya ya, karena dia banyak celah segala macam.</p> <p>, semua source coding kita pegang, tidak ada yabng dikunci, jika nanti kita resign segala macam, penerusnya pun bisa tau,, kita kasih tau flowchartnya aja, dia bisa nerusin untuk pengembangan berikutnya.jauh2, jauh lebih banyak untungnya. cuma, kerugiannya kalo kita bikin sendiri gini, kalo tidka mempunyai orang2 yang profesional dengan masalah sistem RS tidak terbiasa, ya itu, lebih banyak bugsnya ketimbang dari vendor. risikonya.</p>	<p>yang baik, kita butuh:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infrastrukturnya, itu apa aja: <ol style="list-style-type: none"> a. Harus ada yang mendalami IT b. SDM harus cukup c. Listrik harus stabil, kayak disini kan listrik sering mati. Nunggu genset dulu. Pas lagi pasien rame lagi d. Dan itu, infrastruktur harus canggih <p>Dan kalau mau kerjasama dengan vendor, lihat vendornya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berapa banyak expertise yang dia punya. Ga perlu liat bule apa nggak. 2. Kita mau lihat kemana dia udah pasang simrsnya dan sukses. Cari yang kira2 mirip dengan rs kita. Karena kalo misalnya kita dibandingin sama rs besar seperti rscm 	
--	--	---	--	--

		<p>contoh tadi, dia programmer canggih, otaknya pinter, tapi dia nggak tau tentang ilmu rumah sakit, nggak tau tentang ilmu kedokteran, pasti ancur. dia juga bingung harus buat apa</p> <p>Kalo bikin sendiri, emang biaya jauh lebih murahbiaya jauh. karena kan itungannya diitung dari gaji. paling kalo itu ya bonuslah dari owner segala macam.</p> <p>kebanyakan vendor2 rs di simrs ini tambahannya gini, ,mereka banyak hit and run gitu,jadi gimana ya, mereka nggak fokus. kalo mereka fokus, konsen, bukan semata2 hanya untuk keuntungan, pasti akan maju.kenapa? karena kalo dia uda megang 5 rs aja kalo misalnyanggak ada masalah, dengan bagus, dijaga aja, orang pasti mau</p>	<p>misalnya, jelas beda dong.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Baru yang erakhir lihat harganya. Jangan lihat harganya dulu dong. <p>Dan kalo saya, kalo seperti kita yang nggak bermodal itu lebih baik sistem KSO. Dengan sistem KSO, kita tidak mengeluarkan uang. Misalnya nih, per pasien kita dibebankan 3500 rupiah, kalo tarif kita 5000 aja, mungkin kita memang dapetnya jadi lebih sedikit, 1500. Tapi dalam 8 tahun misalnya, kita sudah bisa punya simrs sendiri yang sesuai dengan kebutuhan kita.</p> <p>Keuntungannya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah sakit ini kan nggak statis ya, jadi sistem harus bisa dikembangin. Jadi sistem harus minta sistem yang terbuka. 2. Sistem harus user friendly, jadi mudah 	
--	--	--	--	--

		<p>kontrak servise terus menerus, tapi kestabilannya bagus, segala macemnya ditanggung ama dia. nah, itu akan.. rs kan minta rekomendasi² dari rs lain, dan pasti dia akan lebih banyak dipake dari satu rs ke rs lain gitu. kalo menurut saya si lebih setuju vendor, tapi KSO.</p> <p>1. kita nggak mikirin masalah modal, kita nggak mikirin masalah maintanance, kita terlalu banyak orang ITnya, cukup untuk orang IT di bagian maintanance support, misalnya seperti CPU segala macem..nah, kalo diluar itu kita punya dari vendor. vendir harus 24 jam bisa dihubungi kan lebih enak,sesoerti itu..kalo ada problem dia langsung dateng, kayak misalkan sekarang, kapanpun dia dipanggil, dia harus siap</p>	<p>dimengerti</p> <p>Mungkin kalo dihitung² kayaknya sistem KSO jadi lebih mahal ya. Padahal hakikatnya nggak. Coba sajadihitung operational costnya, kalo kita harus beli sistem cash, belum lagi kontrak service, trus sistem tidak bisa dikembangkan. Tau² vendornya pas dicari juga bisa sudah entah kemana.</p> <p>Kalau menurut saya, saat ini rumah sakit belum mampu bikin SIMRS sendiri, karena itu, expertisanya tidak memungkinkan. Bikin simrs kan tidak mudah, harus ada frameworknya dulu, yang tidak semua orang paham.</p>	
--	--	--	--	--

		<p>tempur kan. saling menguntungkan, satu sisi menguntungkan kita punya sistem, dari vendorpun dia punya keuntungan tersendiri gitu. walaupun termnya dia sekitar 3 tahun4 tahun gitu.nanti kalo misalkan sudah habis di ajadi milik, untuk penambahannya dia kontrak service aja,tinggal per tahunnya berapa dari dia, perjanjian ulang. sangat maksimal enurut saya, karen a apa ya, kalo misalkan kita beli cash, takutnya itu, hit and run. emang lebih murah, tapi kita nggak tau, kepean,dia gimana. banyak, saya sering seminar, ketemu beberapa IT,kebanyakan vendor2 itu manis di muka, presentasi itu manis di muka. kenyataannya dihubungi segala macem, susah. walaupun dalam</p>		
--	--	---	--	--

		<p>keadaan kontrak service, apalagi kita nggak ada kerjasama kontrak service. bikin sendiri sih enak. tapi yah itu, apakah mungkin kita punya tim akunting sendiri, tim dokter sendiri. yang kita buat saat ini aja tim dokternya nggak ada yang disetakan. ada tapi ya,,ee,, nggak fokus. akuntingnya? nggak..malah nggak pake akunting. akuntingnya cuma berdasarkan bukan dari ITnya malah, dari akuntingnya aja gitu loh. masukan dari org akuntingnya, jadi begini, begini2, nah penerjemahannya beda pertama kali makanya kalo mau bikin simrs, masternya dulu palnnay.abis itu tarif, tarifnya mau gimana, abis ini lari kemana-abis ini lari kemana. semuanya, saya</p>		
--	--	---	--	--

		juga kalo liat flowchartnya suka pusing sendiri		
--	--	--	--	--

LAMPIRAN 2: PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (IN-DEPTH INTERVIEW) STAF MANAJEMEN

Tanggal dan Waktu	
Tempat wawancara	
Data informan	
Nama	
Usia	
Jabatan	
Pendidikan terakhir	
Lama bekerja	

I. PETUNJUK UMUM

1. Menyampaikan ucapan terima kasih kepada informan atas kesediaannya meluangkan waktu yang untuk diwawancarai.
2. Menjelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara.

II. PETUNJUK WAWANCARA

1. Wawancara dilakukan dan dicatat oleh peneliti sendiri.
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai.
4. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
6. Menyampaikan kepada informan bahwa wawancara ini akan menggunakan alat bantu rekam untuk membantu ingatan pewawancara.

III. PELAKSANAAN WAWANCARA A. PERKENALAN

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan maksud wawancara kepada informan
3. Meminta kesediaan informan untuk diwawancarai.

LAMPIRAN 3: PENJELASAN WAWANCARA DAN DAFTAR PERTANYAAN

A. PENJELASAN WAWANCARA

Assalamu'alaikum wr wb. Selamat pagi/siang/sore

Saya Titania Nur Shelly, mahasiswi Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, peminatan Kajian Administrasi Rumah Sakit (KARS) yang sedang melakukan penelitian tesis mengenai Evaluasi Implementasi Kebijakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) RSUD Bhakti Yudha, Depok tahun 2012.

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi terhadap SIMRS yang saat ini sudah berjalan guna menyelesaikan studi saya. Maksud dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan informasi sebanyak-banyaknya mengenai implementasi SIMRS di RS ini. Anda dapat menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar apa saja, karena hal tersebut akan sangat bernilai bagi penelitian ini. Tidak ada jawaban yang salah atau benar dalam jawaban anda. Segala informasi yang anda sampaikan akan dijaga kerahasiaannya. Pada penelitian ini, saya sebagai peneliti akan menggunakan alat bantu berupa alat perekam handphone dan catatan untuk membantu ingatan peneliti.

Saya sangat berharap kesediaan Bapak/ibu untuk membantu memberikan informasi sehubungan penelitian ini. Atas bantuan dan partisipasinya, saya ucapkan terima kasih.

B. DAFTAR PERTANYAAN

1. Bagaimana perencanaan kebijakan SIMRS yang berjalan saat ini?
2. Bagaimana mekanisme pemilihan SIMRS yang berjalan saat ini?
3. Bagaimana spesifikasi SIMRS yang saat ini diimplementasikan?
4. Menurut pendapat anda, bagaimana manfaat yang dirasakan dengan adanya SIMRS saat ini?

5. Menurut pendapat anda, kekurangan apa saja yang ada pada SIMRS yang ada saat ini?
6. Saat ini berapa besar kira-kira persentase aktivitas rumah sakit yang masih harus dikerjakan secara manual?
7. Menurut anda, bagaimana kualitas aplikasi SIMRS yang ada saat ini?
8. Apakah SIMRS yang ada saat ini dapat dikembangkan?
9. Saran pengembangan apa yang menurut bapak baik bagi SIMRS rumah sakit ini?

LAMPIRAN 4: PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (IN-DEPTH INTERVIEW) STAF PELAYANAN

Tanggal dan Waktu	
Tempat wawancara	
Data informan	
Nama	
Usia	
Jabatan	
Pendidikan terakhir	
Lama bekerja	

II. PETUNJUK UMUM

3. Menyampaikan ucapan terima kasih kepada informan atas kesediaannya meluangkan waktu yang untuk diwawancarai.
4. Menjelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara.

II. PETUNJUK WAWANCARA

7. Wawancara dilakukan dan dicatat oleh peneliti sendiri.
8. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
9. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai.
10. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian.
11. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
12. Menyampaikan kepada informan bahwa wawancara ini akan menggunakan alat bantu rekam untuk membantu ingatan pewawancara.

III. PELAKSANAAN WAWANCARA A. PERKENALAN

1. Perkenalan dari pewawancara
2. Menjelaskan maksud wawancara kepada informan
3. Meminta kesediaan informan untuk diwawancarai.

LAMPIRAN 5: PENJELASAN WAWANCARA DAN DAFTAR PERTANYAAN

A. PENJELASAN WAWANCARA

Assalamu'alaikum wr wb. Selamat pagi/siang/sore

Saya Titania Nur Shelly, mahasiswi Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, peminatan Kajian Administrasi Rumah Sakit (KARS) yang sedang melakukan penelitian tesis mengenai Evaluasi Implementasi Kebijakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) RSUD Bhakti Yudha, Depok tahun 2012.

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi terhadap SIMRS yang saat ini sudah berjalan guna menyelesaikan studi saya. Maksud dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan informasi sebanyak-banyaknya mengenai implementasi SIMRS di RS ini. Anda dapat menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar apa saja, karena hal tersebut akan sangat bernilai bagi penelitian ini. Tidak ada jawaban yang salah atau benar dalam jawaban anda. Segala informasi yang anda sampaikan akan dijaga kerahasiaannya. Pada penelitian ini, saya sebagai peneliti akan menggunakan alat bantu berupa alat perekam handphone dan catatan untuk membantu ingatan peneliti.

Saya sangat berharap kesediaan Bapak/ibu untuk membantu memberikan informasi sehubungan penelitian ini. Atas bantuan dan partisipasinya, saya ucapkan terima kasih.

B. DAFTAR PERTANYAAN

PENGGUNAAN SISTEM INFORMASI RAWAT JALAN

1. Untuk pekerjaan apa saja anda menggunakan Sistem Informasi dalam menjalankan tugas anda? Ceritakan.

*probing:

- a. Untuk memasukkan data medis pasien

- b. Untuk memasukkan administratif pasien
 - c. Untuk memperoleh dan menganalisis data statistik mengenai unit organisasi dan individu
 - d. Untuk menampilkan pedoman praktik klinik
 - e. Untuk berkomunikasi antar bagian
 - f. Untuk menganalisis trend dan mengembangkan perencanaan anggaran
 - g. Sebagai pendukung tindakan medis bagi diagnosis dan terapi pasien
 - h. Untuk mendapatkan informasi dari sistem informasi lain, seperti asuransi, database medik
 - i. Lainnya:
2. Berapa persen kira-kira pekerjaan anda yang harus anda lakukan dengan menggunakan sistem informasi komputer yang ada (manual)? Ceritakan.

TAMPILAN ANTARMUKA

3. Bagaimana menurut anda tampilan antarmuka yang anda gunakan untuk memasukkan dan mencari data dalam sistem informasi?

*probing

- a. Apakah anda merasa desain tampilan antarmuka yang ada menarik?
- b. Apakah anda merasa desain tampilan antarmuka yang ada mudah dipahami/dimengerti?
- c. Menurut anda, bagaimana kemudahan penggunaan menu-menu yang ada pada Sistem informasi yang ada?
- d. Menurut anda, bagaimana kemudahan memasukkan data dengan sistem yang ada?
- e. Menurut anda, bagaimana kemudahan pengubahan data (misalnya: biaya dokter, perubahan pajak, dsb) untuk disesuaikan dengan kebutuhan saat ini?

- f. Apakah anda dapat memasukkan data yang banyak pada sistem?
Bagaimana pendapat anda mengenai banyaknya data yang dapat anda masukkan pada sistem?

FUNGSI SISTEM INFORMASI

4. Bagaimana cara anda mengembalikan data atau memperbaiki kesalahan saat anda memasukkan informasi yang salah didalam sistem informasi?

*probing

- a. Apakah anda dapat melakukannya dengan mudah?
- b. Apakah sistem memiliki pengamanan?
- c. Bagaimana menurut anda kecepatan sistem informasi dalam membantu anda melakukannya?

KINERJA SISTEM INFORMASI

5. Apakah anda dapat melakukan berkomunikasi dengan bagian lain dengan menggunakan Sistem Informasi yang ada?

*probing

- a. Jenis komunikasi apa saja yang dapat anda lakukan?
- b. Menurut anda, bagaimana integrasi sistem antara bagian yang anda kerjakan dengan bagian lain?

KUALITAS INFORMASI

6. Menurut anda, bagaimana akurasi sistem informasi yang ada?
7. Menurut anda, bagaimana pengamanan sistem informasi yang ada?
8. Apakah data yang anda butuhkan selalu dapat anda peroleh dengan tepat waktu?

KEPUASAN PENGGUNA

9. Apakah penggunaan sistem informasi rawat jalan ini berguna terhadap kualitas kerja anda?
10. Apakah penggunaan sistem informasi rawat jalan ini berguna bagi efisiensi kerja anda?

11. Apakah penggunaan sistem informasi rawat jalan ini berguna bagi kontrol kerja anda?
12. Apakah penggunaan sistem informasi rawat jalan ini berguna dalam membantu kerja anda?
13. Apakah penggunaan sistem informasi rawat jalan ini berguna dalam meningkatkan keamanan bekerja anda?

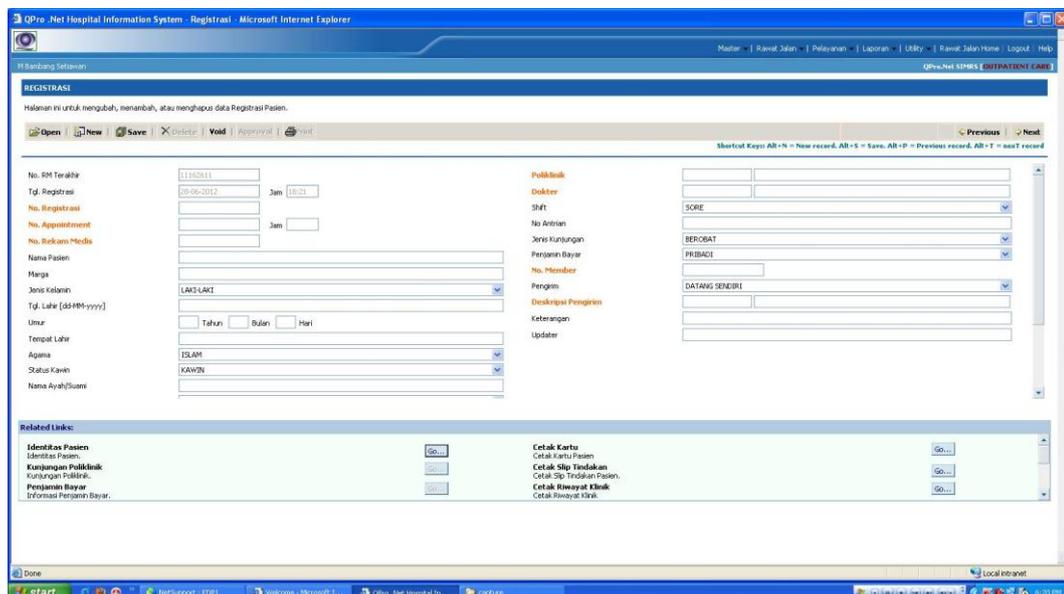
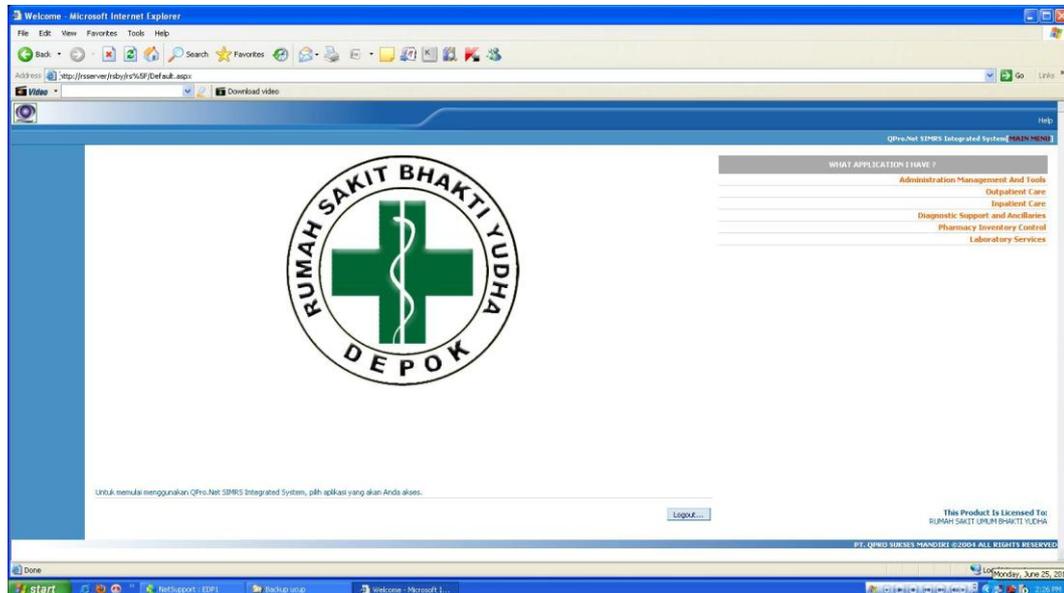
KUALITAS PELAYANAN

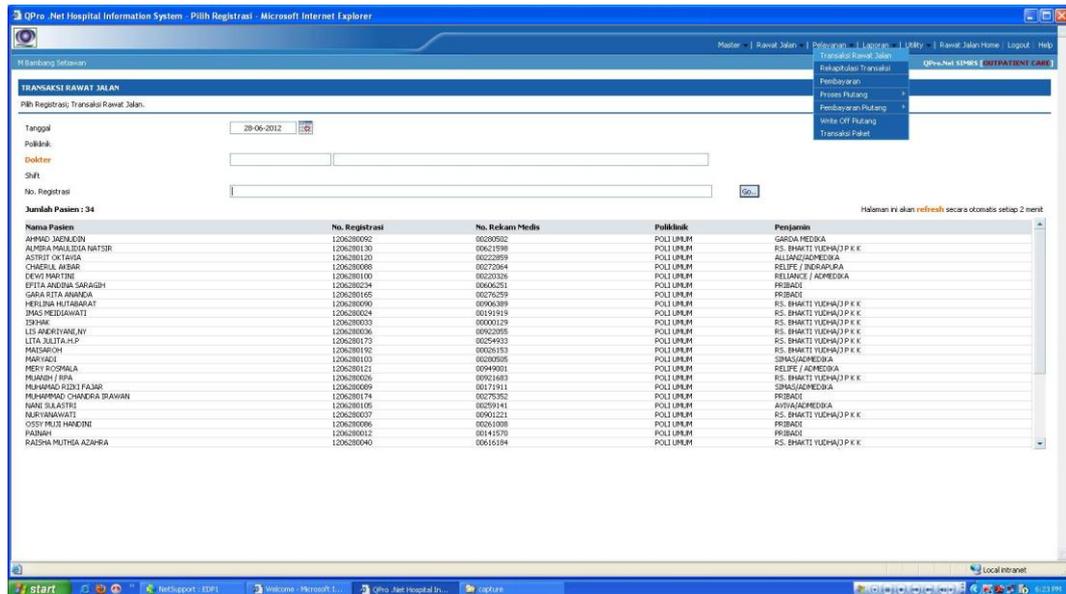
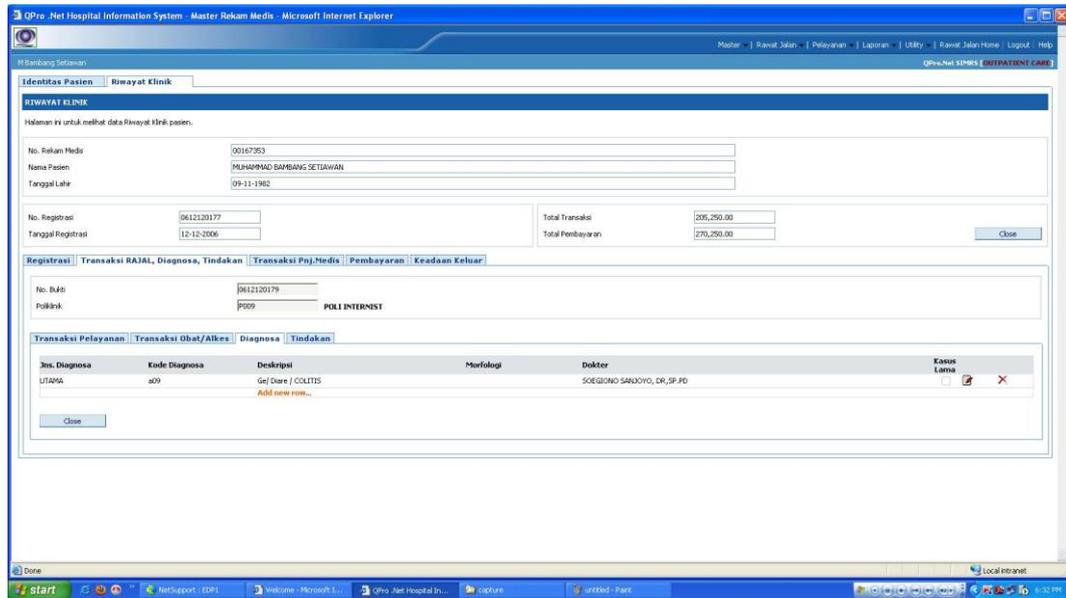
14. Bagaimana pendapat anda mengenai kualitas dukungan departemen IT terhadap Sistem informasi yang anda gunakan?

PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI RAWAT JALAN

15. Menurut opini anda, perbaikan sistem informasi apa yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien?

LAMPIRAN 6: CONTOH TAMPILAN ANTAR MUKA PADA SISTEM INFORMASI MANAJEMEN BAGIAN RAWAT JALAN RSU BHAKTI YUDHA





Opus Net Hospital Information System - Rekapitulasi Transaksi - Microsoft Internet Explorer

Master - Rawat Jalan - Revisi - Laporan - Liberty - Rawat Jalan Home - Logout - Help

Melihat: Rekapitulasi Transaksi

Rekapitulasi Transaksi Rawat Jalan

Pilih Registrasi: Transaksi Rawat Jalan

Tanggal: 28-06-2012

Poli:

Dokter:

Shift:

No. Registrasi: Go

Jumlah Pasien : 100

Halaman ini akan refresh secara otomatis setiap 1 menit

Nama Pasien	No. Registrasi	No. Rekam Medis	Poli	Dokter	Penjamin
ABUL SAMAD	1206280029	00156617	ORTHOPEDI	ISA AN NAGIB, DR, SPOT	PRIBADI
ADLA TRI PRUNGAS	1206280070	00289524	POLI KEBIDANAN	H.A. ZABULON, DR, SP, OG	PRIBADI
AGUSTA SORONGAN	1206280068	00107940	POLI SWAGRA	HARIS PRARITA, DR, SP, S	PRIBADI
AGUSTANJUS WAKITO.N	1206280011	00300719	POLI PSYCHIATRI	DJOKO WITAYO, DR, SP, J	PRIBADI
ALTA ZAHARA HANUNISA	1206280098	00280076	POLI KESEHATAN ANAK	RITA RUPANGA PRINASASDI, DR, SPA	PRIBADI
ANANG WIDODO	1206280071	00133763	POLI INTERNIST	SINARITA NATA SAMUDRA, DR, SP, JD	PRIBADI
ANGGI DALDI	1206280096	00199052	POLI GIGI	ALAMANDA, DR, G	PRIBADI
ANGGA ELHAM FERDANA	1206280094	00300526	POLI SWAGRA	HARIS PRARITA, DR, SP, S	PRIBADI
ARI SUTANTO	1206280062	00349228	POLI INTERNIST	KAHARUSUN ALAMSYAH, DR, SP, PD	PRIBADI
ARMEILY NY	1206280099	00118597	PERIKAWANG MEDIS	ARIEF FISH	PRIBADI
ARMIJATI, NY	1206280023	00018597	ORTHOPEDI	ISA AN NAGIB, DR, SPOT	PRIBADI
AUDY HURPHE	1206280099	00170042	UNIT GAWAT DARURAT	HELLO FITRIAH HANDEYANI, DR, UGD	PRIBADI
BEWY SUTRISNO	1206280092	00300528	UNIT GAWAT DARURAT	HELLO FITRIAH HANDEYANI, DR, UGD	PRIBADI
BY NY NUNUNG	1206280094	00280521	UNIT GAWAT DARURAT	HELLO FITRIAH HANDEYANI, DR, UGD	PRIBADI
DARU BUDI PRATNO	1206280043	00263487	POLI URM	YOSUDA, DR	PRIBADI
DEWY SOPHAN	1206280013	00380371	POLI INTERNIST	SINARITA NATA SAMUDRA, DR, SP, JD	PRIBADI
DULIANA ALBHA	1206280002	00279466	PERIKAWANG MEDIS	ARIEF FISH	PRIBADI
DWI WIDORA MURZAHENI	1206280006	00009004	POLI GIGI	ALAMANDA, DR, G	PRIBADI
EFFENDI RONE	1206280197	00400200	POLI JANTUNG	TJATUR YOGA UTAMA, DR, SP, J	PRIBADI
EKA TERES CAHENDIA	1206280049	00191900	UNIT GAWAT DARURAT	HELLO FITRIAH HANDEYANI, DR, UGD	PRIBADI
EKA FITRIHDA	1206280004	00232773	POLI BEDAH LUMPIH	HEWATI, DR, SP, S	PRIBADI
ELLY YANTI	1206280045	00009010	POLI JANTUNG	TJATUR YOGA UTAMA, DR, SP, J	PRIBADI
EMY SUPATHE	1206280001	00230065	POLI INTERNIST	KAHARUSUN ALAMSYAH, DR, SP, PD	ALLIANZA/MEDEKA

PEMBAYARAN - Web Page Dialing

Halaman ini untuk menambah data Pembayaran Pasien.

Open New Save Update Valid Approval Print

Shortcut Key: Alt+N = New record, Alt+S = Save, Alt+P = Previous record, Alt+T = next record

No. Kwitansi:

Tgl. Pembayaran:

No. Registrasi: Refresh...

Nama Pasien:

Penjamin Bayar:

Tagihan - Bayar Pasien [Rp]: +

Sisa Tagihan Pasien [Rp]:

- Show Detail Tindakan/Obat - - Hitung Pembayaran -

Pembayaran Pasien - Instansi: -

Cara Bayar

Pembayaran [Rp]:

Kembakan [Rp]:

CREDIT CARD:

DEBIT CARD:

Denda:

Keterangan:

Kwitansi Atas Nama:

Kasir:

Tgl. Update:

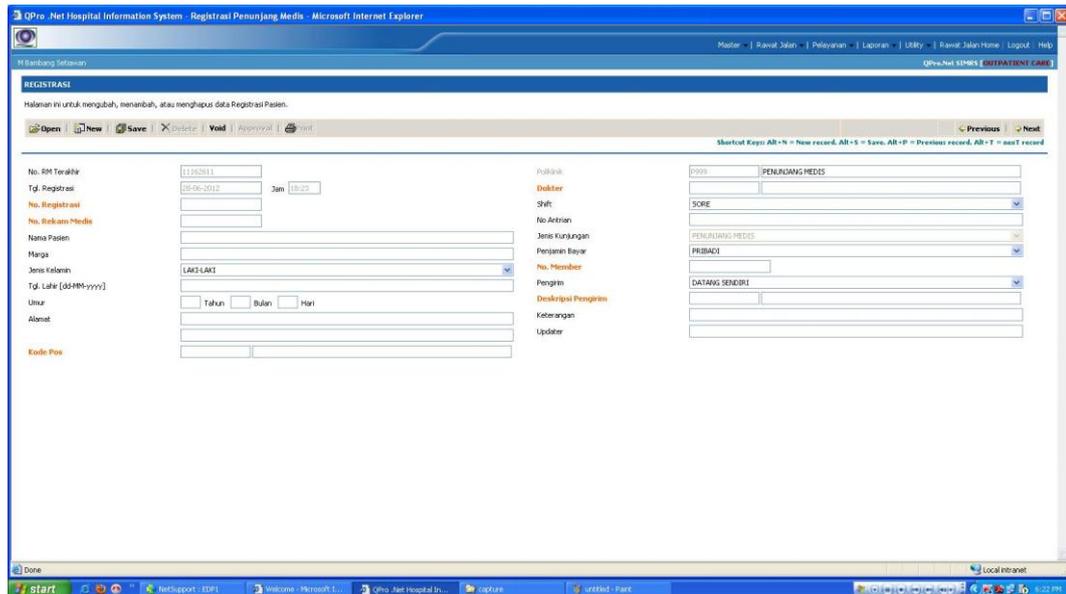
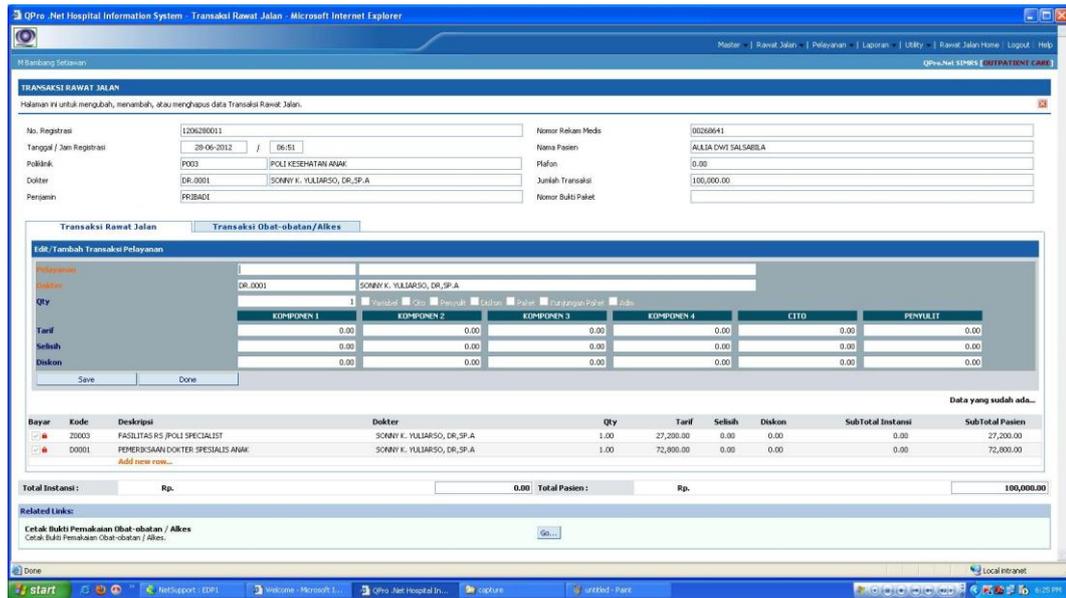
Related Links:

Cetak Kwitansi

Cetak Kwitansi Detail

Cetak Kwitansi Dedi

http://dserv01p01v01/Secure/Playanan/Pembayaran/Penunjang/Media/Detail.htm?no=1206280028



QPro - Net Hospital Information System - Pilih Registrasi Rawat Jalan - Microsoft Internet Explorer

Menu: | Pelayanan... | Laporan... | Utility... | Laboratory Home | Logout | Help

Registrasi Rawat Jalan

Pilih Registrasi Rawat Jalan

Halaman ini untuk memilih Nomor Registrasi Pasien Rawat Jalan.

PoliKlinik

Tanggal: 28-06-2012

Shift

No. Registrasi

Jumlah Pasien: 187

Halaman ini akan Refresh secara otomatis setiap 1 menit

Nama Pasien	No. Registrasi	No. RM	PoliKlinik	Penjamin
ACHMAD NURHILLA	1.206.280008	0028003	POLI INTERNIST	
AFRIDA YENI	1.206.280051	0028029	POLI KULIT & KELAMIN	GARDA MEDIKA
AHMAD LIMULIN	1.206.280092	0028002	POLI LUMUM	GARDA MEDIKA
AJ HASTANTO	1.206.280117	0017445	UNIT Gawat Darurat	RELIANCE / ADMEDIA
ALFI RAMADHAN	1.206.280079	0021393	PENJALANG MEDIS	IN CARE 177 / HIRI HIRI
ALYAH FADHA RAMADHANI	1.206.280189	0028016	POLI KESEHATAN ANAK	ASKES SOSIAL / FRS
ALYAH FADHA RAMADHANI	1.206.280216	0028056	POLI SYARAF	ASKES SOSIAL / FRS
ALYAH ZATI	1.206.280097	0028009	POLI ISIA	
ALMIRA MAULIDA NATSIR	1.206.280130	0061598	POLI LUMUM	RS. BHAKTI YUHALD P.K.K
ALPIA, H	1.206.280099	0021311	POLI INTERNIST	ASKES PRO. DR. POKPA OKZ
ALVIN HUTABARAT	1.206.280220	0028088	POLI MATA	ZAFRAH HEALTH CARE
ALYA ANA R.P	1.206.280167	0018869	POLI ISIA	
ANILIA H. SUBARPINTO	1.206.280098	0028074	POLI SYARAF	ASKES SOSIAL / FRS
ANDHAR	1.206.280080	0027943	PENJALANG MEDIS	
ANU PRADIA SAKA	1.206.280186	1.206.280186	PENJALANG MEDIS	
ANNA VERIA NATARJISA S	1.206.280053	0024950	POLI KEBIDANAN	IN HEALTH PT
ARMAWATI PARAGAMA	1.206.280184	0028069	POLI KEBIDANAN	
ARMAWATI PARAGAMA	1.206.280187	0028069	POLI THT	
ARNA WILAHAWATI	1.206.280071	0028070	POLI KEBIDANAN	
ARYO DAMAS	1.206.280133	0027936	POLI KESEHATAN ANAK	
ARYO DAMAS	1.206.280016	0027936	POLI BEDAH LUMUM	ARCA/ADMEDIA
ASTRI OKTAVIA	1.206.280128	0022089	POLI LUMUM	ARCA/ADMEDIA
AUDY ALVANDERA	1.206.280186	00619919	POLI KESEHATAN ANAK	ALLIANCE/ADMEDIA
AULIA DWI SALASIELA	1.206.280011	0028041	POLI KESEHATAN ANAK	
BY NY. YANTI EXASARI	1.206.280191	0062191	PENJALANG MEDIS	
CHAERULA ANBAR	1.206.280088	0027204	POLI LUMUM	RELIFE / INDRAPURA
CHOTIB	1.206.280081	0027948	PENJALANG MEDIS	

QPro - Net Hospital Information System - Pilih No. Transaksi Rawat Jalan - Microsoft Internet Explorer

Menu: | Pelayanan... | Laporan... | Utility... | Laboratory Home | Logout | Help

Registrasi Rawat Jalan

Pilih No. Transaksi Rawat Jalan

Halaman ini untuk memilih Nomor Transaksi Rawat Jalan yang masih valid.

Tanggal: 28-06-2012

No. Transaksi

Halaman ini akan Refresh secara otomatis setiap 1 menit

Validasi	No. Transaksi	Nama Pasien	No. Registrasi	No. RM	PoliKlinik/Ruangan
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0084	YANIE	1.206.280273	0027801	POLI INTERNIST
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0083	SEMI SUTRESNO	1.206.280252	0028028	UNIT Gawat Darurat
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0082	RENAN	1.206.280086	0027856	POLI INTERNIST
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0080	SARCE	1.206.280238	0028019	UNIT Gawat Darurat
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0079	ALYAH FADHA RAMADHANI	1.206.280216	0028056	POLI SYARAF
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0078	MUHAMMAD HARUN	1.206.280230	0027860	POLI BEDAH UROLOGI
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0077	LITA JULITA H.P	1.206.280173	0025493	POLI LUMUM
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0075	SUMARTONO	1.206.280175	0028056	POLI INTERNIST
<input type="checkbox"/>	L.31.206.0074	ROHAYA	1.206.280146	0061974	UNIT Gawat Darurat
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0073	MARHAZI	1.206.280103	0028005	POLI LUMUM
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0072	YANI NURCHIYATI	1.206.280067	0028043	POLI INTERNIST
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0071	OSYI MUJI HANJINE	1.206.280086	0061308	POLI LUMUM
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0069	MIZAN	1.206.280093	0028043	UNIT Gawat Darurat
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0068	HARISDIH	1.206.280074	00184156	POLI INTERNIST
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0067	ROSDIANA HERMAWATI	1.206.280032	0023820	POLI LUMUM
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0066	MARIA SIDIWATI	1.206.280023	0094232	POLI INTERNIST
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0065	ARI SUHARTO	1.206.280062	0028028	POLI INTERNIST
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0064	SUPARNE	1.206.280056	0027284	POLI INTERNIST
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0063	MUHAMMAD MURHIDAYAT	1.206.280058	0028016	POLI INTERNIST
<input checked="" type="checkbox"/>	L.31.206.0062	KAROLINA BARUS DRA	1.206.280043	0002818	POLI INTERNIST

