

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sistem informasi Manajemen

2.1.1 Defenisi

Sistem dapat bersifat abstrak atau fisik. Sistem yang abstrak adalah susunan teratur dari gagasan-gagasan atau konsep-konsep yang saling bergantung, sedangkan sistem yang bersifat fisik adalah serangkaian unsur yang bekerja sama untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Informasi sangat erat kaitannya dengan data, karena informasi berasal dari data. Data merupakan bentuk jamak dari datum, yang berarti “kenyataan” atau “catatan”. Menurut Gordon B. Davis, data adalah bahan mentah bagi informasi, dirumuskan sebagai kelompok tidak acak yang menunjukkan jumlah-jumlah, tindakan-tindakan, hal-hal, dan sebagainya. Data-data ini disusun untuk mengelola tujuan menjadi susunan data, susunan kearsipan, dan pusat data atau landasan data. Informasi adalah data yang telah diolah menjadi suatu bentuk yang penting bagi penerima, serta memiliki nilai nyata yang dapat dirasakan dalam pengambilan keputusan saat ini atau keputusan mendatang (Davis, 2020). Kualitas informasi tergantung pada empat hal, yaitu:

1. Akurat, berarti informasi harus bebas dari kesalahan dan tidak menyesatkan penerima informasi, serta jelas mencerminkan maksudnya.

2. Tepat waktu, informasi harus diterima pada waktu yang sesuai, karena informasi yang terlambat tidak memiliki nilai yang baik sehingga dapat berdampak fatal jika digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan.
3. Relevan, informasi harus memiliki manfaat bagi penerima, meskipun relevansi ini berbeda untuk setiap individu.
4. Ekonomis, informasi harus memiliki manfaat yang lebih besar dibandingkan biaya untuk mendapatkannya, walaupun sebagian besar informasi tidak dapat ditaksir dalam nilai uang, tetapi dapat diukur dari efektivitasnya (Laudon & Laudon, 2020).

Menurut Henry Fayol, manajemen adalah proses yang terdiri dari fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, koordinasi, dan pengendalian untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien. Fayol juga dikenal sebagai “Bapak Manajemen Modern” dengan 14 prinsip manajemen, seperti pembagian kerja, otoritas, disiplin, kesatuan komando, dan sentralisasi (Fayol, 2020). Sedangkan menurut Frederick Winslow Taylor, manajemen adalah seni mengetahui apa yang harus dilakukan dan memastikan hal itu dilakukan dengan cara terbaik dan seefisien mungkin. Taylor juga mengembangkan Teori Manajemen Ilmiah yang berfokus pada efisiensi kerja, standar operasional, dan insentif bagi pekerja berdasarkan produktivitas (Taylor, 2020).

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah ilmu dan seni untuk mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya secara efektif dan efisien guna mencapai tujuan. Manajemen merupakan proses yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan

pengawasan yang dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi dengan memanfaatkan manusia dan sumber daya lainnya (Stoner, 2020).

2.1.2 Sistem Informasi Manajemen

Menurut Raymond McLeod, Sistem Informasi Manajemen adalah sistem berbasis komputer yang menyediakan informasi bagi pengguna untuk mendukung pengambilan keputusan dalam organisasi, dengan mengumpulkan, memproses, menyimpan, dan mendistribusikan informasi yang relevan agar dapat digunakan secara efektif oleh manajemen (McLeod, 2020).

Sedangkan menurut Gordon B. Davis (2020), Sistem Informasi Manajemen adalah kombinasi dari manusia, perangkat keras, perangkat lunak, jaringan komunikasi, dan sumber daya data yang mengumpulkan, mengubah, dan menyebarkan informasi dalam suatu organisasi dengan tujuan meningkatkan efisiensi dan efektivitas pengambilan keputusan manajerial.

James A. O'Brien dan George M. Marakas menjelaskan bahwa Sistem Informasi Manajemen adalah sistem yang dirancang untuk mengumpulkan, memproses, menyimpan, dan mendistribusikan informasi guna mendukung fungsi manajerial dalam organisasi, yang mencakup perangkat lunak, basis data, prosedur, dan sumber daya manusia (O'Brien & Marakas, 2020).

Loudon & Loudon juga menyatakan bahwa Sistem Informasi Manajemen membantu organisasi dalam mengelola operasi, meningkatkan efisiensi, serta mendukung pengambilan keputusan dan strategi bisnis melalui teknologi informasi, termasuk sistem pendukung keputusan (DSS), sistem informasi

eksekutif (EIS), dan sistem pemrosesan transaksi (TPS) (Laudon & Laudon, 2020).

Menurut Stair & Reynolds, Sistem Informasi Manajemen adalah sistem yang mengumpulkan, menyimpan, dan mendistribusikan informasi yang dibutuhkan untuk mendukung operasi bisnis serta pengambilan keputusan dalam organisasi dengan informasi yang akurat, tepat waktu, dan relevan bagi pengguna (Stair & Reynolds, 2020).

Dari berbagai definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa Sistem Informasi Manajemen (SIM) adalah sistem berbasis teknologi informasi yang berfungsi untuk mengumpulkan, mengolah, menyimpan, dan menyebarkan informasi guna mendukung pengambilan keputusan, perencanaan, pengendalian, serta operasional organisasi secara efektif dan efisien (O'Brien & Marakas, 2020; Laudon & Laudon, 2020; Stair & Reynolds, 2020).

2.1.3 Fungsi Sistem Manajemen Informasi

Sistem Manajemen Informasi (SMI) memiliki peranan penting dalam mendukung keberlangsungan proses manajerial diberbagai organisasi, termasuk di bidang pelayanan kesehatan. Sistem ini tidak hanya berfungsi sebagai alat bantu teknis, tetapi juga sebagai sistem pendukung pengambilan keputusan yang strategis. Menurut Davis dan Olson (1985), terdapat tiga fungsi utama dari sistem manajemen informasi, yaitu:

1. Mengumpulkan data dari berbagai sumber dalam organisasi,
2. memproses data menjadi informasi yang berguna,

3. menyajikan informasi tersebut kepada pengguna untuk mendukung proses pengambilan keputusan.

Selanjutnya, McLeod dan Schell (2001) menambahkan bahwa fungsi utama dari sistem manajemen informasi adalah untuk mendukung operasi organisasi, meningkatkan efisiensi manajerial, serta menyediakan laporan dan analisis yang relevan bagi manajemen. Melalui sistem ini, data operasional yang kompleks dapat diolah menjadi informasi yang terstruktur, sehingga memudahkan manajemen dalam melakukan perencanaan, pengendalian, dan evaluasi terhadap kinerja organisasi.

Menurut Laudon dan Laudon (2012), fungsi sistem manajemen informasi mencakup tiga aspek utama, yaitu sebagai sistem pendukung operasi (*operational support system*), sistem pengambilan keputusan (*decision support system*), dan sistem keunggulan kompetitif (*competitive advantage system*). Sebagai sistem pendukung operasi, SMI berfungsi untuk membantu kegiatan rutin organisasi seperti pengelolaan data transaksi, keuangan, dan sumber daya manusia. Sebagai sistem pengambilan keputusan, SMI menyediakan data dan informasi yang relevan untuk membantu manajemen dalam mengambil keputusan strategis. Sedangkan sebagai sistem keunggulan kompetitif, SMI digunakan untuk memperkuat posisi organisasi dalam menghadapi persaingan melalui pemanfaatan teknologi informasi yang efektif.

O'Brien dan Marakas (2010) juga menegaskan bahwa SMI memiliki peran penting dalam penyediaan data yang akurat, mendukung perencanaan strategis, dan memfasilitasi integrasi antar departemen. Melalui integrasi informasi ini,

setiap bagian dalam organisasi dapat saling berbagi data secara cepat dan efisien, sehingga mendorong terciptanya koordinasi yang lebih baik.

Selain itu, menurut Alter (1999), fungsi SMI juga mencakup peningkatan produktivitas, koordinasi, dan komunikasi antar unit kerja. Dengan adanya sistem informasi yang baik, proses bisnis dapat diotomatisasi sehingga lebih efisien dan minim kesalahan. Sementara itu, Stair dan Reynolds (2018) menyebutkan bahwa SMI terdiri dari tiga komponen fungsional, yaitu sistem informasi fungsional (*functional information system*) yang mendukung fungsi-fungsi spesifik seperti keuangan dan SDM, sistem informasi manajerial (*managerial information system*) yang membantu proses pengawasan dan perencanaan, serta sistem pendukung keputusan (*decision support system*) yang digunakan untuk analisis dan pemecahan masalah.

Berdasarkan berbagai pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa fungsi utama Sistem Manajemen Informasi adalah mengumpulkan, mengolah, dan mendistribusikan informasi yang akurat, relevan, dan tepat waktu guna mendukung kegiatan operasional, meningkatkan efisiensi organisasi, serta membantu manajemen dalam pengambilan keputusan strategis. Dalam konteks rumah sakit, Sistem Informasi Manajemen berfungsi untuk mengelola data pasien, administrasi, logistik, dan sumber daya manusia secara terintegrasi sehingga mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan efisiensi operasional rumah sakit.

2.1.4 Tujuan Sistem informasi manajemen

Menurut Laudon & Laudon (2012) Tujuan Sistem informasi manajemen sebagai berikut :

1. Mendukung Keputusan Manajemen, Memberikan informasi berbasis data untuk meningkatkan kualitas keputusan.
2. Meningkatkan Keunggulan Kompetitif, Menggunakan informasi untuk menciptakan strategi bisnis yang lebih unggul.
3. Mengintegrasikan Berbagai Sistem, Menghubungkan berbagai departemen dalam organisasi untuk koordinasi yang lebih baik.

Sedangkan O'Brien & Marakas (2010) menjelaskan bahwa tujuan Sistem informasi manajemen adalah

1. Mengurangi Ketidakpastian, Menggunakan analisis data untuk memberikan wawasan yang lebih jelas kepada manajemen.
2. Meningkatkan Efektivitas Operasional, Menyediakan alat bantu untuk meningkatkan efisiensi dalam manajemen sumber daya.
3. Memfasilitasi Komunikasi Internal, Memastikan informasi dapat diakses dengan mudah oleh semua bagian organisasi.

Selain itu Stair & Reynolds (2018) membahas Tujuan Sistem informasi manajemen adalah

1. Mengelola Data Secara Efektif, Menyediakan sistem penyimpanan dan pengelolaan data yang terstruktur.
2. Mendukung Pengambilan Keputusan, Menghasilkan laporan dan analisis yang mendukung keputusan berbasis data.

3. Memastikan Keamanan dan Privasi Data, Melindungi data organisasi dari ancaman eksternal dan internal.

Berdasarkan pendapat para ahli, tujuan utama Sistem Informasi Manajemen (SIM) adalah menyediakan informasi yang akurat, meningkatkan efisiensi dan efektivitas operasional, mendukung pengambilan keputusan, serta mengintegrasikan berbagai sistem dalam organisasi.

2.1.5 Komponen Sistem Informasi manajemen

1. Sistem pemrosesan data

Merupakan sistem dari informasi manajemen (SIM) yang melakukan sistem penyesuaian (*update*) atas berbagai database yang terdapat dalam perusahaan dan menyajikannya dalam bentuk informasi terkini sebagaimana dibutuhkan oleh manajemen perusahaan. Sistem pemrosesan data ini dapat di *update* melalui dua cara, yaitu *batch processing* dan *on-line processing*.

- a. Pemrosesan secara batch adalah pengupdatean database melalui pengumpulan data pada satu periode tertentu untuk kemudian di-update pada suatu waktu tertentu secara serentak. Perusahaan yang menerapkan pembayaran upah berdasarkan jam kerja biasanya melakukan pendekatan batch ini dengan melakukan update, misalnya setiap minggu sekali untuk mengetahui kinerja para pekerjanya.
- b. Pemrosesan secara online. Pendekatan ini melakukan update data secara terus-menerus mengikuti proses pemasukan data yang terbaru. Misalnya, perusahaan bursa efek yang

melakukan *update* harga saham dari waktu ke waktu. Dari pendekatannya dapat dilihat bahwa pendekatan secara online memerlukan biaya yang sangat besar dibandingkan dengan pendekatan sistem batch. Ini disebabkan semakin sering komputer melakukan pengupdate-an, artinya semakin banyak pekerjaan yang harus dikerjakan oleh komputer. Karena sebuah mesin memerlukan listrik, jaringan telpon yang harus dibayar, serta biaya-biaya lainnya, pendekatan secara online memakan biaya yang lebih besar untuk pengoperasiannya.

2. Sistem pelaporan manajemen

Sistem ini mengumpulkan data untuk kemudian diproses untuk menghasilkan informasi atau laporan yang diperlukan oleh manajer dalam menentukan perencanaan dan mengambil keputusan. Beberapa jenis pelaporan manajemen yang sudah dikenal, Sistem ini berfungsi menghimpun dan mengolah data mentah menjadi informasi strategis atau laporan manajerial yang krusial bagi para pimpinan dalam menyusun perencanaan serta mengambil keputusan organisasi. Berdasarkan karakteristik penyajiannya, terdapat beberapa tipe laporan manajemen yang umum diterapkan, antara lain:

a. Laporan Rinci (*Detail Reports*)

Dokumen ini menyajikan rekam jejak informasi secara menyeluruh dan mendalam dari setiap transaksi operasional perusahaan berdasarkan kronologi waktu serta indikator spesifik lainnya.

Ketersediaan laporan ini memungkinkan pihak manajemen untuk melakukan audit berkala guna mendeteksi secara dini apabila terdapat anomali atau ketidaksesuaian data transaksi yang diinput oleh staf pelaksana.

b. Laporan Eksekutif (*Summary Reports*)

Tipe ini merupakan bentuk ikhtisar yang merangkum poin-poin informasi substansial dan poin penting organisasi. Laporan ringkas ini umumnya didedikasikan untuk memenuhi kebutuhan analisis bagi jajaran manajemen tingkat atas (*top management*) yang memerlukan visualisasi data global secara cepat.

c. Laporan Penyimpangan (*Exception Reports*)

Laporan ini dikonstruksikan khusus untuk mengidentifikasi dan mengomunikasikan adanya deviasi atau ketidaksesuaian terhadap standar regulasi yang telah ditetapkan institusi. Sebagai contoh, dokumentasi akuntansi mengenai daftar utang-piutang jatuh tempo yang belum terselesaikan dapat menjadi rujukan bagi manajer dalam mengevaluasi kinerja keuangan dan merumuskan langkah korektif pada periode akuntansi berikutnya.

d. Laporan Ad-Hoc (*Demand Reports*)

Format laporan ini diproduksi secara dinamis hanya berdasarkan instruksi atau kebutuhan mendesak sewaktu-waktu. Pembuatannya bersifat fleksibel; misalnya, ketika seorang manajer membutuhkan visualisasi volume permintaan produk pada lini waktu tertentu tanpa memerlukan salinan fisik (*hard copy*), maka data tersebut cukup diakses dan ditampilkan langsung melalui antarmuka layar komputer.

3. Sistem pendukung dalam pengambilan Keputusan

Di antara sistem aplikasi ini adalah:

- a. Sistem pemrosesan kata (*word-processing system*) untuk mengirimkan pesan-pesan.
- b. Sistem surat elektronik (*e-mail system*), yaitu sistem untuk melakukan komunikasi secara langsung kepada staf lain sekalipun berbeda ruangan atau tempat.
- c. Sistem penjadwalan departemen (*department scheduling system*), yaitu sistem untuk melakukan penjadwalan pertemuan dan berbagai aktivitas lainnya dalam sebuah perusahaan.
 - 1) Telepon seluler (*seluler phones*), yaitu jasa penggunaan telepon yang dapat digunakan dan dihubungkan dimanapun seorang berada.
 - 2) Sistem peranta (*pager system*), yaitu jasa pengiriman pesan ringkas melalui operator tertentu dan lain sebagainya.

Melalui sistem otomatisasi kantor ini, manajer dapat dengan mudah menghubungi siapa saja yang terintegrasi dalam sistem informasi manajemen pada waktu kapan saja dibutuhkan tanpa harus mengalami kesulitan yang disebabkan oleh ruang dan tempat. Tahap-tahap dalam pengambilan keputusan antara lain adalah:

- a. Fase Penyelidikan (*Intelligence Activity*)

Tahap ini berfokus pada aktivitas pemindaian dan pengamatan terhadap dinamika lingkungan organisasi guna mengidentifikasi adanya masalah, tantangan, atau peluang yang memerlukan tindakan korektif. Sebagai bagian integral dari evolusi pola pikir krusial,

proses ini sangat bergantung pada dukungan sistem informasi yang andal. Melalui pasokan data komprehensif baik yang bersumber dari internal institusi maupun eksternal lingkungan seorang manajer dapat memetakan situasi secara akurat demi merumuskan keputusan yang tepat sasaran.

b. Fase Perancangan (*Design Activity*)

Fase ini merupakan proses mengeksplorasi, mengonstruksi, dan membedah berbagai alternatif solusi atau arah kebijakan yang potensial untuk diimplementasikan. Aktivitas di dalam tahap perancangan mencakup pengembangan model tindakan sekaligus pengujian terhadap efektivitas tiap-tiap alternatif tersebut. simplifikasi dan efisiensi dalam fase ini sangat dipengaruhi oleh karakteristik keputusan itu sendiri, yaitu apakah persoalan yang dihadapi bersifat terstruktur (terprogram) atau tidak terstruktur (tidak terprogram).

c. Fase Pemilihan dan Evaluasi (*Choice and Review Activity*)

Pada tahapan krusial ini, fokus utama beralih pada proses seleksi untuk menetapkan satu opsi tindakan terbaik dari sekumpulan alternatif yang telah tersedia. Setelah keputusan final diambil, aktivitas dilanjutkan dengan melakukan telaah kritis serta penilaian mendalam terhadap implementasi pilihan tersebut guna memastikan dampak yang dihasilkan selaras dengan target organisasi.

4. Sistem otomasi kantor

Otomatisasi sangat berkaitan erat dengan mekanisasi dan komputerisasi. Hal ini mengisyaratkan bahwa otomatisasi berarti penggunaan alat-alat mekanis dan lebih khususnya computer. Dengan kata lain, membahas otomatisasi berarti mengupas berbagai peralatan mekanis dan computer, tentu saja dengan tetap memperhatikan relevasinya dengan objek yang diotomatisasi, dalam hal ini perkantoran. Terkait kegiatan yang berhubungan dengan pelayanan (*services*) dalam perolehan, pencatatan, penyimpanan, penganalisaan, dan pengkomunikasian informasi

5. Sistem Pintar

Sistem komputer yang memberikan informasi yang dibutuhkan oleh manajer dari seorang pakar atau konsultan. Dalam sistem ini dikenal dengan istilah *information technology*, atau apa yang diberikan sistem komputer dengan memasukkan berbagai masalah ke dalam perangkat lunak yang kemudian dimasukkan ke sistem komputer di mana berbagai masalah yang dimasukkan tersebut.

2.2 Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah sistem berbasis teknologi informasi yang mendukung pengelolaan data dan informasi di rumah sakit secara terintegrasi guna meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2022).

Amatayakul menjelaskan bahwa SIMRS merupakan suatu sistem informasi yang dirancang untuk mengelola seluruh aspek operasional rumah

sakit, mulai dari pendaftaran pasien, rekam medis elektronik, manajemen keuangan, hingga sistem pendukung keputusan untuk pelayanan medis (Amatayakul, 2017).

Haux mendefinisikan SIMRS sebagai sistem informasi yang mengintegrasikan berbagai unit layanan dalam rumah sakit dengan tujuan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, efisiensi administrasi, dan efektivitas pengelolaan data pasien (Haux, 2018).

Shortliffe dan Cimino menyatakan bahwa SIMRS adalah sistem yang digunakan untuk mengumpulkan, menyimpan, mengelola, dan menyebarkan informasi kesehatan dan administratif dalam suatu rumah sakit secara digital, sehingga memungkinkan tenaga medis mengambil keputusan berbasis data (Shortliffe & Cimino, 2021).

Garg et al. menyebutkan bahwa SIMRS adalah sistem komputerisasi yang membantu rumah sakit dalam manajemen informasi pasien, pengelolaan sumber daya, serta pencatatan dan analisis data medis guna meningkatkan layanan kesehatan yang lebih baik (Garg et al., 2005).

Selain itu, menurut World Health Organization, penerapan SIMRS secara terintegrasi dapat meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit, memudahkan proses monitoring mutu pelayanan, serta mendukung pengambilan keputusan klinis dan manajerial melalui data yang real-time dan akurat (WHO, 2021).

Menurut Gupta et al., SIMRS modern juga telah bertransformasi menjadi sistem berbasis cloud dengan fitur interoperabilitas antar rumah sakit untuk meningkatkan koordinasi layanan kesehatan, keamanan data pasien, dan efisiensi biaya operasional (Gupta et al., 2022).

Dari berbagai pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah sistem berbasis teknologi informasi yang mengintegrasikan pengelolaan data administratif dan klinis secara terpusat untuk mendukung efisiensi operasional, meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, dan memfasilitasi pengambilan keputusan berbasis data dalam rumah sakit (Kemenkes RI, 2022; Gupta et al., 2022; WHO, 2021).

Dari berbagai definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa SIMRS merupakan sistem informasi yang digunakan untuk mengelola data rumah sakit secara terintegrasi dengan tujuan meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan kualitas pelayanan kesehatan.

2.2.1 Komponen SIMRS

Amatayakul (2017) mengidentifikasi bahwa SIMRS terdiri dari beberapa modul utama, yaitu:

1. Registrasi dan Rekam Medis Elektronik: Mengelola data pasien, riwayat medis, dan informasi klinis.
2. Manajemen Keuangan: Mengelola proses pembayaran, klaim asuransi, dan administrasi keuangan rumah sakit.
3. Sumber Daya Manusia (SDM): Mencakup data pegawai, jadwal kerja, serta evaluasi kinerja tenaga kesehatan.
4. Sistem Pendukung Keputusan: Memberikan analisis berbasis data untuk membantu tenaga medis dalam pengambilan keputusan klinis.

Sedangkan menurut Haux (2018) membagi SIMRS menjadi tiga komponen utama:

- a) Sistem Administrasi Rumah Sakit: Berisi modul pendaftaran,

penjadwalan, dan manajemen fasilitas.

- b) Sistem Informasi Klinis: Meliputi rekam medis elektronik, laboratorium, radiologi, farmasi, dan sistem penunjang lainnya.
- c) Sistem Informasi Manajerial: Berfungsi untuk pelaporan, analisis data, dan mendukung pengambilan keputusan strategis.

Menurut Shortliffe & Cimino (2021), Mereka menyebutkan bahwa SIMRS harus memiliki komponen sebagai berikut:

1. Basis Data Terintegrasi: Untuk menyimpan dan mengelola semua data pasien serta operasional rumah sakit.
2. Sistem Keamanan dan Privasi: Untuk melindungi informasi pasien dari akses yang tidak sah.
3. Modul Komunikasi dan Interoperabilitas: Untuk memungkinkan integrasi dengan sistem kesehatan lainnya seperti BPJS dan kementerian kesehatan.

Berdasarkan regulasi dari Kemenkes, SIMRS harus mencakup komponen berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2022):

1. Modul Pelayanan Pasien: Pendaftaran, rawat jalan, rawat inap, dan penjadwalan.
2. Modul Penunjang Medis: Laboratorium, farmasi, radiologi, dan rekam medis elektronik.
3. Modul Keuangan dan Akuntansi: Administrasi keuangan, klaim asuransi, dan laporan keuangan.
4. Modul Manajemen Sumber Daya: Manajemen tenaga kesehatan, logistik, dan persediaan obat.

5. Modul Pelaporan dan Analitik: Untuk mendukung pengambilan keputusan berbasis data.

Dari berbagai pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa komponen SIMRS mencakup aspek administratif, klinis, keuangan, serta analisis data guna meningkatkan efisiensi dan efektivitas operasional rumah sakit.

2.2.2 Manfaat SIMRS

Kementerian Kesehatan RI (2022) menyatakan bahwa manfaat dari SIMRS yaitu

1. Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit.
2. Memudahkan pencatatan dan pelaporan data ke Kementerian Kesehatan sesuai regulasi.
3. Mempercepat klaim asuransi dan administrasi keuangan rumah sakit.

Sedangkan fungsi dari SIMRS adalah

1. Mengelola data pasien, rekam medis elektronik (RME), dan penjadwalan layanan
2. Mengelola keuangan, persediaan obat, dan alat medis
3. Mengelola sumber daya manusia
4. Mengintegrasikan dengan sistem laboratorium dan radiologi
5. Memfasilitasi aliran informasi di seluruh departemen rumah sakit
6. Membantu pengambilan keputusan yang lebih baik

Menurut Haux (2018), implementasi SIMRS memiliki beberapa manfaat utama, yaitu:

1. Meningkatkan efisiensi kerja tenaga kesehatan dalam pencatatan dan pengelolaan data pasien.
2. Mengurangi risiko kesalahan dalam administrasi dan pelayanan medis.
3. Mempermudah akses data pasien secara real-time untuk pengambilan keputusan klinis yang lebih baik.
4. Memungkinkan integrasi dengan sistem kesehatan nasional untuk pelaporan dan analisis data epidemiologi.

Sedangkan menurut Amatayakul (2017) manfaat dari SIMRS adalah sebagai berikut

1. Meningkatkan efisiensi dalam pengelolaan data pasien dan administrasi rumah sakit.
2. Meminimalkan kesalahan pencatatan medis dengan rekam medis elektronik.
3. Mempercepat proses pelayanan kepada pasien, mulai dari pendaftaran hingga pengobatan.

Shortliffe & Cimino (2021) juga menyatakan bahwa manfaat dari SIMRS adalah

1. Mempercepat akses informasi kesehatan pasien secara real-time, sehingga mendukung pelayanan medis yang lebih baik.
2. Meningkatkan keamanan dan privasi data pasien dengan sistem akses berbasis otorisasi.
3. Memungkinkan integrasi dengan sistem layanan kesehatan lain, seperti BPJS dan rekam medis nasional.

Dan menurut Garg et al. (2005) manfaat dari SIMRS sebagai berikut :

1. Meningkatkan kualitas layanan kesehatan dengan meminimalkan waktu tunggu pasien.
2. Mengurangi beban kerja tenaga medis dalam pencatatan manual.
3. Memungkinkan analisis epidemiologi dan tren penyakit berdasarkan data pasien yang terdokumentasi dengan baik.

Dariberbagaipendapat diatas, dapat disimpulkan bahwa SIMRS memiliki manfaat besar dalam meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan kualitas layanan kesehatan melalui digitalisasi sistem informasi rumah sakit.

2.2.3 Hambatan dalam Implementasi SIMRS

Amatayakul (2017) berpendapat bahwa dalam menggunakan SIMRS, terdapat beberapa hambatan yaitu

1. Kurangnya pelatihan tenaga kesehatan: Banyak tenaga medis yang belum terbiasa menggunakan sistem digital sehingga mengalami kesulitan dalam pengoperasian SIMRS.
2. Resistensi terhadap perubahan: Beberapa tenaga medis masih lebih nyaman dengan metode manual dan enggan beradaptasi dengan sistem baru.
3. Kurangnya dukungan manajemen: Implementasi SIMRS sering kali kurang mendapatkan dukungan penuh dari manajemen rumah sakit, terutama dalam hal pendanaan dan kebijakan.

Haux (2018) juga berpendapat bahwa hambatan penggunaan SIMRS meliputi

1. Kendala teknis dan infrastruktur: SIMRS memerlukan perangkat keras dan jaringan yang stabil, yang sering menjadi kendala di rumah sakit dengan sumber daya terbatas.
2. Keamanan data dan privasi: Risiko kebocoran data pasien menjadi tantangan besar dalam penerapan SIMRS.
3. Integrasi dengan sistem lain: Tidak semua SIMRS dapat diintegrasikan dengan sistem eksternal seperti BPJS atau sistem rekam medis nasional.

Menurut Shortliffe & Cimino (2021) kendala dalam SIMRS yaitu

1. Kompleksitas sistem: SIMRS sering kali memiliki antarmuka yang rumit, sehingga menyulitkan tenaga kesehatan dalam menggunakannya.
2. Kurangnya anggaran untuk pemeliharaan dan pengembangan: Beberapa rumah sakit mengalami kesulitan dalam melakukan pembaruan sistem karena keterbatasan dana.
3. Lambatnya adopsi teknologi: Proses implementasi SIMRS sering kali memakan waktu lama karena harus melalui berbagai tahap pengujian dan penyesuaian.

Dan menurut Garg et al. (2005) hambatan menggunakan SIMRS adalah :

1. Minimnya keterlibatan pengguna dalam pengembangan sistem: Sistem sering kali dirancang tanpa masukan dari tenaga medis, sehingga tidak sesuai dengan kebutuhan mereka.
2. Kurangnya interoperabilitas dengan sistem lama: Beberapa rumah sakit masih menggunakan sistem manual atau sistem lama yang tidak dapat diintegrasikan dengan SIMRS baru.

3. Kurang efektifnya dukungan teknis: Minimnya tenaga infrastruktur *Information Technology* yang kompeten dalam mengelola sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) membuat sistem sering mengalami gangguan operasional.

Dari berbagai pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa hambatan utama dalam penerapan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) meliputi aspek teknis, sumber daya manusia, regulasi, dan infrastruktur.

2.2.4 Upaya Perbaikan Implementasi SIMRS

Menurut Garg et al. (2005), beberapa strategi untuk mengatasi hambatan dalam implementasi sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) adalah:

1. Pelatihan Intensif: Memberikan pelatihan secara berkelanjutan kepada tenaga kesehatan mengenai penggunaan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS).
2. Optimalisasi Infrastruktur: Meningkatkan kualitas perangkat keras dan perangkat lunak yang digunakan.
3. Dukungan Manajemen: Mendorong kebijakan rumah sakit untuk mempercepat adopsi SIMRS.
4. Evaluasi dan Pengembangan Berkelanjutan: Melakukan evaluasi berkala terhadap efektivitas sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) dan menyesuaikan sistem dengan kebutuhan pengguna.

Menurut Amatayakul (2017) dan Shortliffe & Cimino (2021) upaya perbaikan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang dapat dilakukan yaitu mengenai Peningkatan Keterampilan dan Pelatihan sumber daya manusia (SDM) dimana

1. Pelatihan berkala bagi tenaga kesehatan, staf administrasi, dan manajemen rumah sakit dalam mengoperasikan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS).
2. Pendampingan teknis bagi pengguna awal dan tim *Information Technology* rumah sakit untuk memastikan pemahaman yang optimal.
3. Sosialisasi manfaat SIMRS untuk mengurangi resistensi tenaga medis dalam menggunakan sistem digital.

Sedangkan menurut Haux (2018) Upaya yang dapat dilakukan untuk memperbaiki sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) adalah Peningkatan Infrastruktur Teknologi meliputi ;

1. Memastikan jaringan internet yang stabil agar sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) dapat diakses tanpa gangguan.
2. Meningkatkan kapasitas server dan penyimpanan data agar mampu menangani volume data yang besar.
3. Menggunakan perangkat lunak yang user-friendly, mudah digunakan, dan sesuai dengan standar industri.

Menurut Laudon & Laudon (2012) yang dapat dilakukan untuk meningkatkan penggunaan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) adalah

1. Menghubungkan sistem informasi manajemen (SIMRS) dengan sistem eksternal seperti BPJS, laboratorium, dan farmasi untuk meningkatkan efisiensi.
2. Menggunakan standar interoperabilitas seperti FHIR (*Fast Healthcare Interoperability Resources*) agar sistem lebih mudah berbagi data dengan sistem lain.
3. Memastikan SIMRS kompatibel dengan sistem rumah sakit lainnya untuk menghindari fragmentasi data.

Dan menurut McLeod & Schell (2001) dan O'Brien & Marakas (2010) yang dapat dilakukan untuk mengupayakan berjalannya SIMRS dengan baik yaitu Penguatan Keamanan dan Privasi Data meliputi :

1. Menerapkan enkripsi data dan autentikasi multi-faktor untuk melindungi informasi pasien dari akses yang tidak sah.
2. Mematuhi regulasi pemerintah, seperti Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik.
3. Melakukan audit keamanan secara berkala untuk memastikan tidak ada celah keamanan dalam sistem.

Davis (1991) dalam Stair & Reynolds (2018) juga menyatakan bahwa upaya yang dapat dilakukan adalah Evaluasi dan Pengembangan Sistem Secara Berkala seperti

1. Mengadakan evaluasi berkala terhadap kinerja SIMRS dan meminta umpan balik dari tenaga medis serta staf rumah sakit.

2. Mengembangkan fitur baru sesuai dengan kebutuhan pengguna dan perkembangan teknologi.
3. Menggunakan pendekatan *User-Centered Design* (UCD) agar sistem lebih mudah digunakan oleh tenaga kesehatan.

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa perbaikan implementasi SIMRS dapat dilakukan dengan cara meningkatkan pelatihan SDM, memperbaiki infrastruktur teknologi, mengintegrasikan sistem dengan layanan eksternal, memperkuat keamanan data, serta melakukan evaluasi dan pengembangan sistem secara berkala. Dengan langkah-langkah ini, SIMRS dapat berjalan lebih efisien, meningkatkan layanan rumah sakit, dan memberikan manfaat maksimal bagi pasien dan tenaga kesehatan.

2.3 Teori Evaluasi

2.3.1 Defenisi

Evaluasi adalah suatu proses yang dilakukan secara sistematis, terstruktur, dan berkelanjutan untuk mengumpulkan, menganalisis, menginterpretasikan, dan menyajikan informasi mengenai suatu program, proyek, kebijakan, atau intervensi, dengan tujuan utama memberikan data yang akurat dan objektif. Informasi ini digunakan sebagai dasar bagi pengambilan keputusan, perumusan kebijakan, serta perencanaan dan perbaikan program selanjutnya. Evaluasi juga berperan dalam menilai sejauh mana program telah mencapai tujuan yang ditetapkan, mengukur efektivitas dan efisiensi pelaksanaannya, serta menilai dampak yang dihasilkan. Hasil evaluasi membantu menentukan apakah suatu program perlu dilanjutkan, diperbaiki, atau dihentikan, serta memberikan umpan balik yang bermanfaat bagi pemangku kepentingan untuk perbaikan dan pembelajaran organisasi di masa depan (Arikunto, 2018).

Evaluasi adalah proses sistematis yang dilakukan untuk memperoleh informasi mengenai tingkat pencapaian suatu kegiatan dengan membandingkan hasil yang diperoleh terhadap standar atau target yang telah ditetapkan, sehingga dapat diketahui kesenjangan yang terjadi serta manfaat yang dihasilkan dari kegiatan tersebut (Umar, 2002).

Cross (dalam Sukardi, 2005) berpendapat bahwa “evaluasi merupakan proses yang menentukan kondisi, dimana suatu tujuan telah tercapai.” Hal ini dijelaskan lagi oleh Sukardi (2015), bahwa definisi tersebut menerangkan secara langsung bahwa evaluasi merupakan proses mendapatkan informasi dan memahami serta mengkomunikasikan hasil informasi tersebut kepada pemangku keputusan.

Evaluasi secara umum yaitu suatu proses mencari data atau informasi tentang objek atau subjek yang dilaksanakan untuk tujuan pengambilan keputusan terhadap objek atau subjek (Deny Nusyirwan, 2019)

Sedangkan menurut Ivo (2017) evaluasi merupakan proses penggambaran dan penyempurnaan informasi yang berguna untuk menetapkan alternatif. Alternatif yang dimaksud dalam pendapat ini yaitu pilihan lain yang dapat digunakan untuk mencapai tujuan tertentu. Evaluasi adalah suatu kegiatan untuk mencari informasi berkaitan dengan bekerjanya sesuatu, kemudian informasi tersebut dikumpulkan dan digunakan sebagai alternatif yang tepat dalam menetapkan sebuah keputusan. Evaluasi sebagai pedoman keterlaksanaan kegiatan yang telah dilakukan dan dijadikan sebagai perbaikan program yang akan berjalan. Evaluasi adalah kegiatan yang dilakukan oleh evaluator untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menyajikan informasi yang lengkap dan akurat tentang objek/program/layanan/kebijakan tertentu yang sedang dipelajari,

sehingga hasilnya dapat digunakan sebagai rekomendasi dalam membuat keputusan (Divayana et all, 2017)

Dari data diatas dapat siimpulkan bahwa teori evaluasi mengacu pada kerangka kerja konseptual, model, dan prinsip-prinsip yang memandu penilaian sistematis dan analisis program, kebijakan, intervensi, dan fenomena sosial lainnya. Mereka menyediakan seperangkat prinsip pengorganisasian dan metodologi untuk mengevaluasi efektivitas, efisiensi, relevansi, dan keberlanjutan berbagai intervensi dan inisiatif dalam domain yang berbeda, termasuk pendidikan, perawatan kesehatan, layanan sosial, perlindungan lingkungan, dan kebijakan publik.

Teori evaluasi menarik dari berbagai disiplin ilmu, seperti psikologi, sosiologi, ekonomi, statistik, dan manajemen, dan mereka dapat menekankan aspek yang berbeda dari proses evaluasi, seperti peran pemangku kepentingan, kriteria untuk sukses, metode untuk pengumpulan dan analisis data, dan penggunaan hasil evaluasi.

Evaluasi dilakukan dengan maksud dapat mengetahui dengan pasti apakah pencapaian hasil kemajuan dan kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan rencana pembangunan dapat dinilai dan dapat dipelajari untuk perbaikan masa yang akan datang. Fokus utama evaluasi diarahkan kepada keluaran(*outputs*), hasil (*outcomes*) dan dampak (*impacts*) dari pelaksanaan rencana pembangunan. Oleh karena itu dalam perencanaan yang transparan dan akuntabel. Kaitan pengertian evaluasi diatas dimana evaluasi dapat mengetahui rancangan suatu program yang berkaitan dengan pelaksanaan dari setiap program tersebut.

2.3.2 Tujuan Evaluasi

Menurut Silalahi (2020) tujuan evaluasi pada hakikatnya adalah untuk memperoleh informasi yang akurat, terkini dan objektif terkait dengan pelaksanaan rencana dalam rangka pengambilan keputusan. secara khusus, tujuan evaluasi program adalah sebagai berikut:

1. Menyediakan data untuk perencanaan program;
2. Memberi nasihat kepada pengambil keputusan tentang pemantauan, perpanjangan, atau penghentian program;
3. Memberikan umpan balik tentang keputusan tentang modifikasi atau peningkatan program memberikan umpan balik tentang fasilitator kendala program;
4. Memberikan masukan dalam kegiatan motivasi dan pelatihan (pengawasan, supervise dan monitoring) bagi penyelenggara, pengelola dan pelaksana program
5. Menyajikan data berbasis ilmiah evaluasi program pendidikan luar sekolah.

2.3.3 Jenis – jenis evaluasi

William N. Dunn (2018) menggambarkan 6 tipe evaluasi antara lain

1. Efektifitas
2. Efisiensi
3. Kecukupan
4. Pemerataan\ Kesamaan

5. Responsivitas

6. Ketetapan

Dunn (2018) merumuskan enam dimensi indikator utama yang digunakan untuk mengukur kinerja dan keberhasilan suatu program publik secara komprehensif:

1. Efektivitas (*Effectiveness*)

Dimensi ini berfokus pada pengukuran sejauh mana suatu kebijakan atau program mampu mencapai target dan hasil akhir (*outcome*) yang telah direncanakan sebelumnya. Fokus utamanya adalah melihat rasio keberhasilan fungsional di lapangan tanpa memprioritaskan faktor biaya.

2. Efisiensi (*Efficiency*)

Kriteria ini menilai rasio antara usaha (*effort*) yang dikeluarkan dengan hasil (*result*) yang diperoleh. Efisiensi mengukur seberapa optimal pemanfaatan sumber daya baik berupa anggaran, waktu, maupun tenaga kerja—dalam menghasilkan capaian program yang maksimal.

3. Kecukupan (*Adequacy*)

Indikator ini melihat sejauh mana pencapaian hasil suatu kebijakan mampu memecahkan atau menanggulangi inti dari permasalahan yang dihadapi. Kebijakan yang efektif belum tentu memenuhi unsur kecukupan jika skala dampaknya masih terlalu kecil untuk menyelesaikan masalah makro.

4. Pemerataan dan Keadilan (*Equity*)

Kriteria ini menguji aspek distribusi manfaat dan beban dari suatu kebijakan secara proporsional. Evaluasi difokuskan untuk memastikan bahwa output program tersebar secara adil dan merata kepada seluruh kelompok target sasaran (*target groups*), tanpa adanya diskriminasi.

5. Responsivitas (*Responsiveness*)

Dimensi ini mengukur tingkat keselarasan antara kebijakan yang dijalankan dengan kebutuhan, preferensi, aspirasi, serta nilai-nilai yang tumbuh di dalam masyarakat. Responsivitas yang tinggi menunjukkan bahwa instansi pelaksana peka terhadap umpan balik dari penerima manfaat.

6. Kelayakan/Ketepatan (*Appropriateness*)

Kriteria final ini mengevaluasi kelayakan substantif dari tujuan kebijakan itu sendiri. Analisis diarahkan untuk menguji apakah sasaran yang dikejar oleh program tersebut benar-benar berharga, relevan, dan secara nyata dibutuhkan oleh masyarakat, atau justru memicu dampak ikutan yang tidak diinginkan.

Michael Scriven (sebagaimana dikutip dalam Fitzpatrick dkk., 2011) menggolongkan evaluasi menjadi tiga jenis utama, yaitu Evaluasi Formatif, Evaluasi Sumatif, dan *Goal-Free Evaluation* (Evaluasi Bebas Tujuan):

1. **Formative Evaluation (Evaluasi Formatif):** Evaluasi formatif dilakukan selama proses program berjalan untuk memberikan umpan balik dan mendukung perbaikan sebelum program berakhir. Pendekatan ini

berfungsi meningkatkan kualitas serta efektivitas program yang sedang berjalan.

2. Evaluasi Sumatif (*Summative Evaluation*): Sebaliknya, evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai untuk menilai keseluruhan nilai, pencapaian tujuan, serta dampak akhir dari program tersebut.
3. Evaluasi Bebas Tujuan (*Goal-Free Evaluation*): pendekatan evaluasi tanpa berfokus pada tujuan awal (*goal-free*). Dalam model ini, evaluator melakukan penilaian tanpa mengetahui tujuan formal program terlebih dahulu, dengan tujuan mengungkap hasil yang tidak terduga atau efek samping (dampak ikutan) dari suatu program.

Dalam konteks manajemen kebijakan, Nugroho (2018) mengklasifikasikan proses evaluasi ke dalam tiga fase utama yang dibedakan berdasarkan momentum pelaksanaannya:

1. Evaluasi Tahap Perencanaan (*Ex-Ante Evaluation*)

Pada fase analitis ini, evaluasi diterapkan untuk menyeleksi dan menentukan skala prioritas dari berbagai alternatif solusi demi mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Para perencana kebijakan menggunakan beragam teknik estimasi yang disesuaikan dengan karakteristik dan kompleksitas dinamika permasalahan yang dihadapi.

2. Evaluasi Tahap Pelaksanaan (*On-Going Evaluation*)

Evaluasi di fase ini berfokus pada analisis capaian riil di lapangan guna mengukur sejauh mana kemajuan implementasi berjalan selaras dengan rencana awal. Fase ini berbeda dengan monitoring; jika monitoring

sekadar memastikan kesesuaian teknis operasional dengan lini masa, maka evaluasi juga mengkritisi ketepatan target, perubahan arah kebijakan, serta pengaruh variabel eksternal yang mendukung atau menghambat jalannya program.

3. Evaluasi Tahap Pasca-Pelaksanaan (*Ex-Post Evaluation*)

Berbeda dengan evaluasi saat program berjalan, fase akhir ini berorientasi pada hasil akhir (*output*) dan dampak (*outcome*). Fokus utamanya adalah menilai sejauh mana intervensi yang telah selesai dilakukan mampu memberikan kontribusi nyata terhadap penyelesaian masalah mendasar dan pencapaian target makro.

2.3.4 Prinsip Evaluasi

Evaluasi yang efektif bukan hanya bergantung pada prosedur dan teknik yang digunakan, tetapi juga pada prinsip-prinsip penunjang yang memastikan hasil evaluasi tersebut berkualitas dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Dalam literatur evaluasi modern, setidaknya terdapat tujuh prinsip utama yang sering dijadikan acuan dalam pelaksanaan evaluasi yang berhasil, yaitu: prinsip berkesinambungan (*continuity*), prinsip menyeluruh (*comprehensiveness*), prinsip objektivitas (*objectivity*), prinsip validitas (*validity*) dan reliabilitas (*reliability*), prinsip penggunaan kriteria (*criteria use*), serta prinsip kegunaan (*utility*). Prinsip-prinsip ini membantu evaluator menghasilkan informasi yang akurat, konsisten, relevan, dan bermanfaat bagi

pengambilan keputusan ataupun perbaikan program. Prinsip Evaluasi meliputi :
(OECD, 2021)

1. Prinsip Berkesinambungan (*Continuity*)

Evaluasi harus dilakukan secara terus-menerus dan bukan hanya sekali saja, karena proses belajar atau pelaksanaan program bersifat berkelanjutan. Dengan pendekatan berkesinambungan, evaluator dapat memantau perkembangan dari waktu ke waktu dan mengambil kesimpulan yang lebih akurat.

2. Prinsip Menyeluruh (*Comprehensiveness*)

Evaluasi perlu mencakup semua aspek yang relevan dari objek yang dievaluasi, termasuk berbagai dimensi seperti kognitif, afektif, dan psikomotor, sehingga gambaran hasilnya mencerminkan keseluruhan proses atau fenomena yang dinilai.

3. Prinsip Objektivitas (*Objectivity*)

Evaluasi harus bebas dari bias pribadi, emosi, atau kepentingan subjektif evaluator. Penilaian didasarkan pada data yang nyata dan bukti yang dapat dibuktikan secara faktual sehingga hasilnya fair dan adil.

4. Prinsip Validitas (*Validity*)

Evaluasi harus benar-benar mengukur apa yang seharusnya diukur. Validitas menjamin bahwa hasil evaluasi sesuai dengan tujuan dan konstruksi yang ditetapkan dalam instrumen atau proses evaluasi.

5. Prinsip Reliabilitas (*Reliability*)

Evaluasi harus menghasilkan hasil yang konsisten jika diulang dalam kondisi yang sama. Reliabilitas penting untuk memastikan bahwa temuan evaluasi stabil dan tidak dipengaruhi oleh faktor acak atau kesalahan pengukuran.

6. Prinsip Penggunaan Kriteria (*Criteria Use*)

Evaluasi harus menggunakan standar atau kriteria yang jelas sebagai dasar pengambilan keputusan. Kriteria ini menjadi tolok ukur untuk menilai keberhasilan atau pencapaian tujuan dari objek evaluasi.

7. Prinsip Kegunaan (*Utility*)

Hasil evaluasi harus berguna dan relevan bagi para pemangku kepentingan seperti pengambil keputusan, pelaksana program, atau tim pengembang. Evaluasi yang baik memberikan informasi yang dapat ditindaklanjuti untuk perbaikan atau pengembangan program selanjutnya.

Michael Quinn Patton (2020) yang terkenal dengan pendekatan *Utilization-Focused Evaluation* menekankan bahwa evaluasi harus dirancang untuk berguna dan digunakan oleh pemangku kepentingan:

1. *Guiding* (Memberi arah)

Prinsip evaluasi harus memberikan panduan yang jelas terhadap keputusan atau tindakan yang akan diambil.

2. *Useful* (Berguna)

Hasil evaluasi perlu memenuhi kebutuhan pengambil keputusan sehingga dapat digunakan secara praktis.

3. *Inspiring* (Mengilhami)

Evaluasi dirancang untuk menginspirasi pembaharuan dan perbaikan program.

4. *Developmental* (Mendukung perkembangan)

Evaluasi tidak kaku, tetapi mampu beradaptasi dan berkembang sesuai perubahan konteks program.

5. *Evaluable* (Dapat diukur)

Prinsip tes evaluasi harus jelas sehingga hasilnya bisa didokumentasikan dan dinilai dengan baik

Dalam konteks pelayanan Bimbingan dan Konseling (BK), Gibson dan Mitchell (1981) merumuskan prinsip-prinsip evaluasi program yang komprehensif. Eksistensi prinsip ini juga ditegaskan kembali oleh Erford (2019) dan Neukrug (2021) sebagai fondasi utama dalam mengukur keberhasilan layanan BK modern. Prinsip-prinsip tersebut meliputi memperkenalkan beberapa prinsip yang juga relevan secara umum:

1. Evaluasi yang efektif mengenal tujuan program secara jelas.

Evaluator harus mengetahui apa yang ingin dicapai oleh program.

2. Memiliki kriteria pengukuran yang jelas

Kriteria yang digunakan harus valid dan relevan dengan tujuan evaluasi.

3. Melibatkan unsur profesional yang terkait.

Evaluasi yang efektif menuntut partisipasi pihak-pihak yang memahami program demi memperoleh hasil yang lebih baik.

4. Memberikan umpan balik dan tindak lanjut.

Hasil evaluasi harus dievaluasi kembali dan digunakan sebagai bahan tindak lanjut/perbaikan kebijakan.

5. Terencana dan berkesinambungan.

Evaluasi bukan kegiatan sporadis, tetapi bagian dari proses yang berlangsung teratur.

2.3.5 Model Evaluasi

Terdapat berbagai model evaluasi program yang dikembangkan oleh para pakar evaluasi dan dapat digunakan sebagai kerangka kerja untuk menilai efektivitas suatu program. Model evaluasi merupakan konsep atau desain evaluasi yang dirumuskan berdasarkan pendekatan tertentu dan biasanya dinamai menurut penciptanya atau karakter tahapan evaluasinya. Meskipun model-model tersebut berbeda dalam fokus dan teknis pelaksanaannya, secara umum memiliki tujuan yang sama yaitu sebagai alat untuk mengumpulkan dan menganalisis informasi tentang objek program, yang kemudian digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan tentang keberlanjutan atau perbaikan program tersebut. Model-model evaluasi ini membantu evaluator menentukan elemen apa saja yang harus dievaluasi dan bagaimana proses evaluasi dilakukan secara sistematis (Muryadi, 2017)

1. Dalam lanskap audit teknologi, Model Keberhasilan Sistem Informasi DeLone dan McLean (*DeLone & McLean IS Success Model*) menempati posisi sebagai salah satu kerangka teoretis paling mapan dan secara masif diadopsi oleh para peneliti global hingga era kontemporer. Relevansi dan keandalan model ini terbukti sangat aplikatif, terutama dalam membedah serta mengevaluasi efektivitas implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang sarat dengan kompleksitas tata kelola data klinis, keberhasilan suatu sistem informasi dipengaruhi oleh enam dimensi utama, yaitu:

- a) *System Quality* (Kualitas Sistem). Menggambarkan kinerja teknis sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), meliputi kemudahan penggunaan (*user-friendly*), kecepatan akses, stabilitas sistem, serta minimnya error atau gangguan sistem.
- b) *Information Quality* (Kualitas Informasi) Berkaitan dengan kualitas data yang dihasilkan SIMRS, seperti akurasi data pasien, kelengkapan informasi, relevansi, dan ketepatan waktu informasi.
- c) *Service Quality* (Kualitas Layanan) Menilai kualitas dukungan teknis dari tim *Artificial Intelligence*, responsivitas dalam menangani masalah sistem, serta ketersediaan bantuan bagi pengguna.

- d) *Use / Intention to Use* (Penggunaan Sistem) Menggambarkan sejauh mana SIMRS digunakan secara aktif oleh tenaga kesehatan dan staf administrasi dalam aktivitas pelayanan sehari-hari.
- e) *User Satisfaction* (Kepuasan Pengguna) Menunjukkan tingkat kepuasan tenaga kesehatan terhadap SIMRS berdasarkan pengalaman penggunaan sistem.
- f) *Net Benefits* (Manfaat Bersih)
- g) Menilai dampak SIMRS terhadap efisiensi kerja, kualitas pelayanan kesehatan, pengambilan keputusan manajerial, dan kinerja organisasi rumah sakit secara keseluruhan.

Model ini relevan digunakan dalam evaluasi SIMRS karena mampu menggambarkan hubungan antara kualitas sistem, tingkat penggunaan, kepuasan pengguna, serta manfaat yang dihasilkan oleh sistem informasi rumah sakit.

2. Model HOT-Fit (*Human Organization Technology Fit*)

Kerangka analisis *Human, Organization, and Technology Fit* (HOT-Fit) dikonstruksikan secara spesifik untuk menguji derajat keselarasan serta integrasi timbal balik antara dimensi modal manusia, struktur organisasi, dan infrastruktur teknologi dalam ekosistem sistem informasi kesehatan. Hingga saat ini, model teoretis tersebut tetap menjadi instrumen evaluasi yang sangat prominen dan diadopsi secara luas dalam berbagai literatur ilmiah untuk membedah efektivitas

operasionalisasi SIMRS maupun implementasi Rekam Medis Elektronik (RME).

Menurut Yusof, et. Al (2018) evaluasi sistem informasi kesehatan melibatkan tiga komponen utama:

a. Human (Manusia)

Mencakup kompetensi pengguna, tingkat pelatihan, sikap terhadap teknologi, serta resistensi tenaga kesehatan terhadap penggunaan SIMRS.

b. Organization (Organisasi)

Berkaitan dengan dukungan manajemen, kebijakan rumah sakit, budaya organisasi, serta ketersediaan sumber daya pendukung implementasi SIMRS.

c. Teknologi (*Technology*)

Meliputi kualitas perangkat lunak, perangkat keras, keamanan data, serta integrasi sistem dengan unit pelayanan lainnya.

Ketiga komponen tersebut akan memengaruhi Net Benefit, yaitu manfaat yang diperoleh rumah sakit dari penerapan SIMRS, seperti peningkatan efisiensi kerja, kualitas layanan, dan akurasi pengambilan keputusan. Model HOT-Fit sangat relevan digunakan dalam evaluasi SIMRS di rumah sakit pemerintah karena mempertimbangkan aspek teknis dan non-teknis secara komprehensif.

3. *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT2)*

UTAUT2 merupakan teori evaluasi penerimaan teknologi yang banyak digunakan dalam penelitian sistem informasi kesehatan modern. Menurut Venkatesh et al (2012), faktor yang memengaruhi penggunaan sistem informasi meliputi:

- a. *Performance Expectancy*, Persepsi bahwa SIMRS dapat meningkatkan kinerja kerja
- b. *Effort Expectancy*, Tingkat kemudahan penggunaan sistem
- c. *Social Influence*, Pengaruh lingkungan kerja dan pimpinan
- d. *Facilitating Conditions*, Ketersediaan sarana, pelatihan, dan dukungan teknis
- e. *Habit*, Kebiasaan penggunaan sistem dalam pekerjaan sehari-hari
- f. Teori ini relevan untuk menjelaskan tingkat penerimaan dan resistensi tenaga kesehatan terhadap penggunaan SIMRS.

3. Kerangka Evaluasi Kesehatan Digital (*WHO Digital Health Evaluation Framework*)

World Health Organization (WHO) (2016) mengembangkan kerangka evaluasi kesehatan digital untuk menilai efektivitas sistem informasi kesehatan di era transformasi digital. Aspek evaluasi meliputi:

- a. Kematangan teknologi (*technical maturity*)
- b. Kemudahan penggunaan (*usability*)
- c. Interoperabilitas sistem
- d. Kualitas dan keamanan data

e. Dampak terhadap pelayanan kesehatan

Kerangka analisis tersebut sangat relevan untuk mendukung audit fungsional SIMRS yang adaptif serta selaras dengan arah kebijakan akselerasi digitalisasi sektor kesehatan di tingkat nasional, termasuk dalam mengawal implementasi Rekam Medis Elektronik (RME).

4. Integrasi Teori Evaluasi dengan Penchansky

Dalam penelitian ini, teori Penchansky dan Thomas digunakan sebagai kerangka utama evaluasi aksesibilitas SIMRS, yang diperkaya dengan teori evaluasi sistem informasi modern seperti DeLone & McLean dan HOT-Fit. Pendekatan integratif ini memungkinkan evaluasi SIMRS dilakukan secara menyeluruh dari aspek ketersediaan sistem, kemudahan akses, penerimaan pengguna, keterjangkauan biaya, serta kemampuan sistem dalam beradaptasi dengan kebutuhan rumah sakit (Sieck, et., al. 2021).

5. Kerangka Evaluasi Program Kesehatan (CDC Program Evaluation Framework)

Kerangka ini disusun oleh *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* untuk membantu tenaga kesehatan masyarakat dalam merancang dan melaksanakan evaluasi program secara sistematis. Kerangka ini mencakup langkah-langkah evaluasi, standar penilaian, serta tindakan lintas tahapan yang memastikan temuan evaluasi dapat digunakan untuk pengambilan keputusan dan perbaikan

program Kesehatan (Kidder, 2024). Kerangka evaluasi ini berguna untuk

- a. Menyusun evaluasi dari perencanaan hingga pelaporan
 - b. Menjaga standar kualitas evaluasi kesehatan publik
 - c. Mengintegrasikan temuan ke dalam keputusan program selanjutnya
6. Model Donabedian (Evaluasi Kualitas Layanan Kesehatan)

Model ini dikembangkan oleh Avedis Donabedian sebagai kerangka untuk mengevaluasi kualitas layanan kesehatan berdasarkan tiga komponen utama: Struktur, Proses, dan Hasil (*Outcomes*) (Ayanian, et., al. 2016).

- a. Struktur: kondisi layanan kesehatan seperti fasilitas, sumber daya, staf, dan sistem administrasi.
- b. Proses: kegiatan pelayanan antara tenaga kesehatan dan pasien.
- c. Hasil (*Outcomes*): dampak pelayanan terhadap kesehatan pasien atau populasi.

Kegunaan dalam evaluasi Kesehatan adalah

- a. Menilai kualitas layanan di rumah sakit atau puskesmas
- b. Menghubungkan input layanan ke hasil kesehatan yang dicapai

7. Model Evaluasi CIPP (*Context, Input, Process, Product*)

Model CIPP adalah salah satu model evaluasi yang sering digunakan secara luas termasuk dalam evaluasi program di sektor kesehatan. Model ini mengevaluasi: konteks (kebutuhan dan relevansi program), input (sumber daya dan strategi), proses (pelaksanaan), dan produk/hasil (capaian hasil program) (Stufflebeam, 2017). Kegunaan dalam kesehatan:

- a. Evaluasi program penyuluhan kesehatan
- b. Evaluasi pelatihan tenaga kesehatan

- c. Evaluasi program pencegahan penyakit seperti pemberantasan nyamuk demam berdarah

8. Model Evaluasi Kirkpatrick (*Four Level Evaluation Model*)

Model ini sering digunakan khususnya dalam evaluasi pelatihan kesehatan, seperti pelatihan kader atau tenaga kesehatan. Model ini mencakup empat level evaluasi (Kirkpatrick, et.,al. 2016) :

- a. Reaksi: respon dan kepuasan peserta terhadap pelatihan
 - b. Pembelajaran: peningkatan pengetahuan/kompetensi
 - c. Perilaku: perubahan perilaku di lapangan
 - d. Hasil: dampak akhir terhadap pekerjaan atau layanan kesehatan
- Kegunaan:
- a. Mengukur efektivitas pelatihan tenaga kesehatan secara bertahap
 - b. Menunjukkan hubungan antara pelatihan dan hasil kinerja lapangan

9. *Logic Model* (Model Logika Program)

Model logika bukan model evaluasi tunggal, tetapi alat penting dalam evaluasi program kesehatan. Model ini menggambarkan hubungan antara *activity*, *output*, dan *outcomes* program dalam bentuk visual atau bagan sehingga memudahkan memahami bagaimana

kegiatan program seharusnya menghasilkan perubahan (Department of Health Australia, 2023). Kegunaan:

- a. Merencanakan evaluasi yang berfokus pada teori perubahan

program

- b. Menentukan indikator evaluasi berdasarkan hubungan sebab-akibat

Tabel 2.3 Kelebihan dan Kekurangan Model Evaluasi Kesehatan dan Sistem Informasi

No	Model Evaluasi	Kelebihan	Kekurangan
1	DeLone & McLean Sumber: Petter, S., DeLone, W. H., & McLean, E. R. (2020). <i>Information Systems Success: The Quest for the Independent Variables. Journal of Management Information Systems.</i>	a) Sangat detail dalam mengukur kualitas teknis dan informasi. b) Hubungan antar dimensi (kualitas terhadap kepuasan dan manfaat) sangat logis dan teruji.	a) Kurang mendalam dalam membahas aspek organisasi/budaya. b) Lebih fokus pada sistemnya daripada perilaku manusianya.
2	HOT-Fit Sumber: Yusof, M. M. (2019). <i>HOT-Fit Evaluation Framework: Validation and Application in Health Information Systems. International Journal of Medical Informatics.</i>	a) Komprehensif karena menyeimbangkan faktor Manusia, Organisasi, dan Teknologi. b) Sangat cocok untuk lingkungan klinis (seperti SIMRS/RME).	a) Hubungan antar komponen cukup kompleks untuk dianalisis. b) Memerlukan waktu evaluasi yang lebih lama karena cakupannya luas.
3	UTAUT2 Sumber: Tamilmani, K., Rana, N. P., Prakasam, N., & Dwivedi, Y. K. (2021). <i>The Battle of Brain vs. Heart: A Literature Review and Meta-analysis of UTAUT2. International Journal of Information Management.</i>	a) Sangat kuat dalam memprediksi minat dan perilaku aktual pengguna dalam menerima teknologi. b) Mempertimbangkan faktor kebiasaan (<i>habit</i>) dan lingkungan.	a) Terlalu fokus pada sudut pandang perilaku individu pengguna. b) Kurang mengevaluasi kualitas infrastruktur teknis secara mendalam.

No	Model Evaluasi	Kelebihan	Kekurangan
4	WHO Digital Health Framework Sumber: World Health Organization. (2021). <i>Global Strategy on Digital Health 2020–2025</i> . Geneva: WHO.	a) Standarnya global dan sangat relevan dengan arah transformasi digital nasional. b) Fokus pada aspek modern seperti interoperabilitas.	a) Beberapa indikator kematangan teknologi mungkin terlalu tinggi untuk diterapkan di fasilitas kesehatan daerah terpencil.
5	CDC Program Framework Sumber: Centers for Disease Control and Prevention. (2024). <i>CDC Framework for Program Evaluation in Public Health</i> . Atlanta, GA: CDC (updated guidance).	a) Praktis, sistematis, dan memandu evaluator langkah demi langkah dari awal hingga pelaporan. b) Sangat menekankan pemanfaatan hasil evaluasi.	a) Lebih bersifat panduan prosedural (alur kerja) daripada teori konseptual yang spesifik.
6	Donabedian Sumber: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2022). <i>Quality Improvement and Patient Safety</i> (menggunakan kerangka <i>Structure–Process–Outcome</i> Donabedian).	a) Kerangka kerjanya sangat sederhana dan mudah dipahami (Struktur–Proses–Hasil). b) Menjadi standar emas dalam evaluasi mutu klinis.	a) Kadang sulit membuktikan secara pasti apakah hasil (<i>outcome</i>) disebabkan murni oleh proses atau ada faktor luar.
7	CIPP Sumber: Stufflebeam, D. L., & Zhang, G. (2017). <i>The CIPP Evaluation Model: How to Evaluate for Improvement and Accountability</i> . Guilford Press.	a) Sangat holistik karena mengevaluasi program dari sebelum dimulai (konteks) hingga selesai (produk).	a) Terlalu luas sehingga berpotensi memakan biaya besar jika seluruh komponen dievaluasi sekaligus.
8	Kirkpatrick Sumber: Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2021). <i>Kirkpatrick's Four Levels of Training Evaluation</i> . ATD Press.	a) Sangat efektif dan bertahap dalam mengukur keberhasilan pelatihan/edukasi. b) Mengukur perubahan perilaku nyata di lapangan.	a) Evaluasi pada level 3 (perilaku) dan level 4 (dampak akhir) membutuhkan waktu pengamatan yang lama.

No	Model Evaluasi	Kelebihan	Kekurangan
9	Logic Model Sumber: Centers for Disease Control and Prevention. (2022). <i>Developing and Using Logic Models</i> . CDC Evaluation Resources.	a) Memberikan gambaran visual yang sangat jelas tentang hubungan sebab-akibat (<i>input–output–outcome</i>).	a) Bersifat linear sehingga kadang kurang mampu menggambarkan realitas program yang dinamis dan kompleks.

Dalam penelitian ini, teori Penchansky dan Thomas dipilih sebagai kerangka utama evaluasi karena tujuan penelitian adalah menilai aksesibilitas penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di RSUD Ende. penelitian ini secara spesifik memilih teori Aksesibilitas dari Penchansky dan Thomas sebagai kerangka utama. Alasan utamanya adalah karena teori ini meletakkan sudut pandang evaluasi langsung pada interaksi dinamis antara pengguna (tenaga kesehatan/pasien) dan sistem itu sendiri melalui 5 dimensi spesifik (*Availability, Accessibility, Accommodation, Affordability, dan Acceptability*).

Dalam konteks SIMRS, keberhasilan implementasi tidak hanya ditentukan oleh canggihnya teknologi (HOT-Fit/DeLone & McLean), melainkan oleh seberapa mudah sistem tersebut diakses saat pelayanan kritis, bagaimana kesesuaian sistem dengan alur kerja klinis di lapangan (*accommodation*), serta bagaimana penerimaan nyata dari para praktisi kesehatan. Integrasi antara teori Penchansky sebagai pisau analisis aksesibilitas dengan model evaluasi sistem informasi modern lainnya menghasilkan sebuah kerangka evaluasi yang utuh—mampu menilai SIMRS

bukan sekadar sebagai perangkat lunak yang berfungsi, melainkan sebagai



instrumen pelayanan kesehatan yang inklusif, responsif, dan berdaya guna tinggi bagi organisasi rumah sakit.

2.3.6 Fungsi/ Kegunaan Evaluasi

Evaluasi dapat mempunyai dua kegunaan, yaitu fungsi formatif dan fungsi sumatif (Arikunto, 2018).

1. Fungsi formatif, evaluasi digunakan untuk perbaikan dan pengembangan kegiatan yang sedang berjalan (Program, orang, produk, dsb.)
2. Fungsi Sumatif digunakan untuk pertanggungjawaban, keterangan, seleksi atau lanjutan. Jadi Evaluasi hendaknya membantu pengembangan, implementasi, kebutuhan program, perbaikan program pertanggungjawaban, seleksi, motivasi, menambah pengetahuan dan dukungan dari pihak yang terlibat

William N. Dunn (2018) menegaskan bahwa signifikansi evaluasi dalam siklus kebijakan publik tidak sekadar interpretasi formal, melainkan pilar krusial untuk mengukur keberhasilan suatu program secara objektif. Eksistensi evaluasi mengemban tiga fungsi fundamental yang saling terintegrasi dalam menganalisis tindakan publik:

- a. Penyedia Informasi Kinerja Kebijakan yang Akuntabel (*Providing Valid and Reliable Information*). Evaluasi berfungsi memproduksi data yang sah dan tepercaya mengenai performa riil suatu kebijakan di lapangan. Melalui instrumen ini, para pemangku

kepentingan dapat menakar sejauh mana aspek pemenuhan kebutuhan masyarakat, internalisasi nilai, perluasan peluang, serta sasaran strategis telah diakomodasi melalui intervensi publik. Secara lebih spesifik, dimensi ini menyingkap derajat efektivitas program dalam mengeksekusi target-target teknis demi menyelesaikan akar permasalahan sosial yang dihadapi.

b. Aksentuasi dan Kritik Terhadap Nilai Kebijakan (*Clarity and Critique of Values*)

Proses evaluasi berperan penting dalam membedah, memperjelas, serta mengkritisi landasan nilai yang mendasari penetapan visi, tujuan, dan target awal kebijakan. Melalui pendefinisian dan operasionalisasi indikator capaian secara presisi, nilai-nilai abstrak yang dibawa oleh kebijakan dapat diuji relevansinya. Hal ini memungkinkan para analis untuk mempertanyakan kembali ketepatan sasaran dan arah kebijakan publik secara kritis.

c. Pengayaan Metodologi Analisis dan Formulasi Alternatif (*Contribution to Policy Methods*)

Evaluasi memberikan sumbangsih nyata dalam memperkuat implementasi berbagai metode analisis kebijakan lainnya, terutama pada fase resolusi masalah publik. Rekam jejak data yang komprehensif dari hasil evaluasi tidak hanya berguna sebagai instrumen refleksi masa lalu, melainkan juga bertindak sebagai fondasi ilmiah dalam menstrukturkan masalah baru, memetakan

celah perbaikan, serta merumuskan alternatif-alternatif kebijakan masa depan yang lebih adaptif.

2.4 Regulasi SIMRS

1. Permenkes RI Nomor 82 Tahun 2013

Tentang: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

Ditetapkan: 10 Desember 2013

Diundangkan: 20 Januari 2014

Status: Masih berlaku sebagai dasar regulasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di Indonesia.

a. Definisi SIMRS

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013, Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dikonseptualisasikan sebagai sebuah ekosistem teknologi informasi dan komunikasi yang berfungsi mengolah serta menyatukan keseluruhan siklus operasional pelayanan medis. Instrumen ini bergerak dalam format jejaring koordinasi, mekanisme pelaporan, serta tata cara administrasi yang terpadu guna menghasilkan pasokan data yang valid dan presisi, sekaligus memposisikan diri sebagai sub-sistem integral dari lingkup Sistem Informasi Kesehatan nasional.

b. Tujuan Regulasi

Permenkes ini hadir untuk:

- 1) Meningkatkan efisiensi dan efektivitas operasional rumah sakit

- 2) Memperkuat profesionalisme dalam manajemen pelayanan
- 3) Meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan
- 4) Mendukung pengambilan keputusan manajerial berbasis data dan melalui pengelolaan informasi rumah sakit yang terintegrasi secara sistematis dan akurat.

Dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), informasi yang dibutuhkan manajemen dan tenaga kesehatan tersedia cepat, akurat, dan terintegrasi antar unit kerja.

c. Pokok-pokok Pengaturan

- 1) Kewajiban Penyediaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

Setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) sebagai bagian dari pelayanan dan manajemen rumah sakit.

- 2) Penyelenggaraan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

Rumah sakit dapat menggunakan:

- a) Aplikasi dengan kode sumber terbuka (*open source*) dari pemerintah; atau
- b) Aplikasi buatan sendiri/komersial milik rumah sakit, tetap harus memenuhi standar regulasi.

d. Fungsi dan Manfaat Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

Permenkes mengatur bahwa Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) harus:

- 1) Mempercepat proses pelayanan dan pelaporan
- 2) Meningkatkan akurasi informasi dan integrasi antar unit
- 3) Mendukung analisis strategis dan pengambilan keputusan
- 4) Memperkuat budaya kerja, transparansi, koordinasi organisasi
- 5) Mengurangi biaya administrasi dan meningkatkan efisiensi.

b. Hubungan SIMRS dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional

Permenkes 82/2013 menyatakan bahwa Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan yang harus terintegrasi dengan program pemerintah (mis. pelaporan nasional, data SatuSehat). Dapat disimpulkan bahwa setiap unit pelayanan harus memiliki sarana akses SIMRS berupa komputer/*workstation*.

2. Permenkes RI No. 24 Tahun 2022

Tentang: *Rekam Medis*

Ditetapkan: 31 Agustus 2022

Status: Berlaku sejak diundangkan pada 31 Agustus 2022

Mencabut: Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis yang lama. Peraturan ini menjadi landasan hukum nasional untuk penyelenggaraan rekam medis, termasuk versi elektronik (RME) di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

a. Latar Belakang dan Maksud

Permenkes ini dibuat karena:

- 1) Perkembangan teknologi digital mengubah pola pelayanan kesehatan, sehingga pencatatan medis perlu dilakukan secara elektronik dengan prinsip keamanan dan kerahasiaan data.
- 2) Regulasi sebelumnya (Permenkes 269/2008) sudah tidak sesuai dengan kebutuhan teknologi dan pelayanan kesehatan modern.
- 3) Untuk melaksanakan ketentuan perundangan terkait praktik kedokteran dan tenaga kesehatan.

b. Pokok Pengaturan

1) Definisi Rekam Medis dan RME

- a) Rekam Medis (RM) adalah dokumen berisi informasi identitas pasien serta riwayat pemeriksaan, tindakan, pengobatan, dan pelayanan kesehatan yang diberikan.
- b) Rekam Medis Elektronik (RME) adalah rekam medis yang diselenggarakan dengan sistem elektronik, termasuk pencatatan, penyimpanan, pengolahan, dan pengaksesan data secara digital.

c. Kewajiban Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Peraturan ini mewajibkan setiap fasilitas pelayanan kesehatan — mulai dari rumah sakit, puskesmas, klinik, praktik mandiri tenaga kesehatan, laboratorium kesehatan, hingga fasilitas lain — untuk menyelenggarakan rekam medis elektronik sesuai dengan ketentuan.

Penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) ditargetkan paling lambat

31 Desember 2023 bagi semua fasilitas kesehatan yang wajib melaksanakannya.

1) Pengisian Rekam Medis Elektronik (RME) tidak boleh terpusat hanya di unit rekam medis

2) Dokter/perawat harus menginput data di tempat pelayanan

Dapat disimpulkan bahwa Setiap poli, IGD, dan unit penunjang wajib memiliki minimal 1 komputer.

d. Prinsip Rekam Medis Elektronik (RME)

Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (RME) harus memperhatikan:

1) Keamanan data dan informasi pasien

2) Kerahasiaan informasi medis

3) Integritas dan akurasi data pasien (sebagaimana ditetapkan dalam Pasal - pasal terkait dalam Permenkes)

e. Integrasi dan Interoperabilitas

Permenkes menekankan bahwa Rekam Medis Elektronik (RME) harus bisa terintegrasi dengan sistem lain yang relevan, termasuk platform layanan integrasi data kesehatan nasional seperti SATUSEHAT yang dikembangkan oleh Kemenkes. Integrasi seperti ini bertujuan agar data pasien dapat dipertukarkan secara aman antar fasilitas kesehatan dan memudahkan rujukan lintas layanan tanpa kehilangan riwayat medis pasien.

f. Sanksi atas Ketidakpatuhan

Dalam peraturan turunan (Surat Edaran Menteri Kesehatan 2023) disebutkan kemungkinan sanksi administratif bagi fasilitas kesehatan yang tidak memenuhi kewajiban penyelenggaraan RME sesuai Permenkes ini, seperti:

- 1) Teguran tertulis
- 2) Rekomendasi penyesuaian status akreditasi
- 3) Rekomendasi pencabutan status akreditasi

3. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Klasifikasi Rumah Sakit

Permenkes Nomor 3 Tahun 2020

Tentang	: <i>Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit</i>
Ditetapkan	: 14 Januari 2020
Diundangkan dan berlaku	: 16 Januari 2020
Status	: Masih berlaku dan menjadi acuan utama sampai sekarang. Regulasi ini menggantikan Permenkes terdahulu seperti Permenkes No. 30/2019 dan Permenkes No. 56/2014.

Permenkes 3/2020 menjadi dasar teknis klasifikasi rumah sakit di Indonesia berdasarkan persyaratan jumlah tempat tidur, pelayanan medis, sumber daya manusia, bangunan & prasarana, serta peralatan, sekaligus mengatur perizinan Rumah sakit.

- a. Permenkes 3/2020 mengelompokkan rumah sakit umum dan khusus ke dalam empat kelas utama berdasarkan kemampuan pelayanan:

- 1) Kelas A, Rumah sakit dengan pelayanan spesialis dan sub-spesialis lengkap.
- 2) Kelas B, Rumah sakit dengan fasilitas 11 spesialis dasar dan beberapa sub-spesialis.
- 3) Kelas C, Rumah sakit dengan pelayanan minimal 4 spesialis dasar.
- 4) Kelas D, Rumah sakit dengan pelayanan dasar minimal 2 spesialis.

b. Fokus: Rumah Sakit Tipe C

Berdasarkan Permenkes 3 Tahun 2020, Rumah Sakit Tipe C (kelas C) memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1) Jumlah Tempat Tidur

Rumah Sakit Umum Kelas C harus memiliki jumlah tempat tidur minimum tertentu sesuai ketentuan di Permenkes. Jumlah minimum ini disyaratkan agar rumah sakit dapat menyediakan layanan rawat inap dan rawat jalan secara optimal.

2) Pelayanan Klinis Minimal

RS Kelas C wajib menyediakan pelayanan medik dasar minimal, seperti:

- a) Dokter spesialis penyakit dalam
- b) Dokter spesialis anak
- c) Dokter spesialis bedah
- d) Dokter spesialis obstetri & ginekologi

Keempat layanan ini merupakan standar minimal bagi kelas C (dan dapat ditambah layanan pendukung lain sesuai kebijakan Rumah sakit).

3) Sumber Daya Manusia (SDM)

RS Kelas C wajib memiliki SDM yang kompeten secara profesional, termasuk:

- a) Tenaga medis tetap
- b) Tenaga keperawatan
- c) Tenaga farmasi
- d) SDM non-medis (administrasi, rekam medis, manajemen)

Permenkes juga mengatur bahwa tenaga medis tetap merupakan tenaga yang bekerja penuh waktu, meskipun rumah sakit boleh menggunakan tenaga tidak tetap dan/atau konsultan sesuai kebutuhan dan kemampuan.

4) Bangunan dan Prasarana

RS Kelas C harus memenuhi syarat bangunan & prasarana yang aman, sehat, nyaman dan terintegrasi. Prasarana ini mencakup ruang pelayanan (IGD, rawat jalan, rawat inap, operasi, radiologi, laboratorium, farmasi, dll) dan fasilitas pendukung lainnya seperti parkir, ambulans, sanitasi, serta sistem pengelolaan limbah dan air bersih.

5) Perizinan dan Kewajiban Administratif

Permenkes 3/2020 menghubungkan klasifikasi Rumah sakit dengan sistem perizinan melalui OSS (*Online Single Submission*) yang terintegrasi. Rumah sakit harus memiliki:

- a) Izin Mendirikan Rumah Sakit

- b) Izin Operasional Rumah Sakit yang mencerminkan bahwa fasilitas dan layanan sesuai dengan kelas yang ditetapkan (termasuk Rumah Sakit Kelas C).

2.5 Rekam Medis Elektronik

2.5.1 Pengertian

Rekam Medis Elektronik (RME) secara umum dipahami sebagai transformasi digital dari catatan kesehatan konvensional yang terintegrasi. Menurut Hatta (2017), RME merupakan catatan medis pasien berbentuk elektronik atau berbasis komputer yang berisikan riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan laboratorium, hasil radiologi, serta tindakan medis lainnya yang terintegrasi dalam sistem informasi fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam lingkup yang lebih luas, Sanjoyo (2020) menjelaskan bahwa RME berfungsi sebagai gudang penyimpanan elektronik mengenai status kesehatan dan layanan kesehatan yang diperoleh seorang individu sepanjang hidupnya, di mana data tersebut disimpan sedemikian rupa agar dapat melayani berbagai pengguna data yang sah demi kesinambungan perawatan pasien dan menurut Sabarguna, B. S. (2022) Rekam Medis Elektronik adalah transformasi dari rekam medis konvensional (kertas) ke dalam sistem digital yang memiliki legalitas hukum yang sama, selama memenuhi aspek kerahasiaan (*confidentiality*), keutuhan (*integrity*), dan ketersediaan (*availability*) data pasien.

2.5.2 Tujuan Penerapan Rekam Medis Elektronik

Menurut Hatta (2017), tujuan utama dari implementasi RME di fasilitas pelayanan kesehatan adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui penyediaan informasi yang cepat, tepat, akurat, dan terintegrasi. Sistem ini dirancang guna meminimalkan hambatan birokrasi, mempercepat proses pencarian berkas (*retrieval*), dan mendukung kesinambungan pelayanan medis antar unit atau faskes. Lebih lanjut, dari perspektif manajerial dan teknologi, Sutanta (2021) menjelaskan bahwa tujuan RME adalah membangun sebuah sistem pendukung keputusan klinis (*Clinical Decision Support System*) yang andal bagi tenaga kesehatan. Melalui pengolahan data digital, RME bertujuan membantu dokter dalam menegakkan diagnosis, menghindari kesalahan pemberian obat (seperti duplikasi pengobatan atau pemicu alergi), serta menyediakan basis data administratif yang rapi demi menunjang efektivitas manajemen operasional klinik atau rumah sakit. Sementara itu, jika ditinjau dari aspek legalitas hukum, Sabarguna (2022) menekankan bahwa tujuan digitalisasi rekam medis adalah untuk menjamin aspek keamanan informasi medis pasien. RME bertujuan mewujudkan perlindungan data yang memenuhi standar kerahasiaan (*confidentiality*), keutuhan (*integrity*), dan ketersediaan (*availability*), sehingga data pasien tidak mudah rusak, hilang, atau diakses oleh pihak yang tidak berwenang.

2.5.3 Manfaat Rekam Medis Elektronik

Sanjoyo (2020) serta studi kinerja dari Wati & Chalista (2026), RME memberikan manfaat besar dalam meningkatkan kelengkapan pengisian data klinis secara lebih sistematis dibandingkan metode kertas. Hal ini secara signifikan mengurangi stres kerja tenaga medis akibat hilangnya berkas fisik, menurunkan risiko kesalahan medis (*medical error*), dan meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*). Adanya fitur peringatan dini (*alert system*) di dalam RME juga mempermudah dokter dalam memantau riwayat alergi obat dan interaksi obat secara langsung.

Sabarguna (2022) memaparkan bahwa RME memotong biaya operasional untuk pengadaan kertas (*paperless*) serta mengeleminasi kebutuhan akan gudang penyimpanan berkas fisik yang masif. Pengelolaan data menjadi lebih praktis, aman, dan memiliki sistem pencadangan (*backup*) otomatis guna mencegah kehilangan data akibat bencana fisik.

Tiorentap (2020), manfaat langsung yang dirasakan oleh pasien adalah pemangkasan waktu tunggu pelayanan di faskes secara drastis, mulai dari proses pendaftaran hingga pengambilan obat di apotek. Selain itu, integrasi RME memudahkan pasien saat harus dirujuk ke fasilitas kesehatan lain karena riwayat medisnya dapat diakses dengan cepat tanpa harus melakukan pemeriksaan penunjang berulang dari awal, sehingga menghemat waktu dan biaya.

2.5.4 Macam- macam Rekam Medis Elektronik

Macam-Macam RME Berdasarkan Arsitektur Teknologi

1. RME Berbasis Cloud (*Cloud-Based EHR*) Sistem RME di mana seluruh data pasien disimpan secara eksternal pada server penyedia layanan pihak ketiga yang aman (*Cloud*). Faskes mengakses data ini melalui jaringan internet.
2. RME Berbasis Lokal/On-Premise (*On Premise EHR*) Sistem RME di mana data pasien disimpan di server fisik milik fasilitas kesehatan itu sendiri. Pengadaan komputer server, pemeliharaan, dan keamanannya dikelola mandiri oleh tim IT internal faskes.

Macam-Macam RME Berdasarkan Cakupan Akses (Hierarki)

1. EMR (*Electronic Medical Record*) merupakan catatan medis digital pasien yang hanya bisa diakses dan digunakan di satu internal fasilitas pelayanan kesehatan saja (misal: hanya di dalam satu klinik atau satu RS tertentu).
2. EHR (*Electronic Health Record*): Catatan kesehatan digital yang dirancang untuk bisa dibagikan (interoperabilitas) lintas fasilitas pelayanan kesehatan (misal: data dari RS A bisa diakses oleh RS B atau Puskesmas secara resmi). Di Indonesia, contoh integrasi EHR ini tercermin dalam platform Satu Sehat milik Kemenkes.
3. PHR (*Personal Health Record*): Rekam kesehatan elektronik yang dikelola dan diakses langsung oleh pasien sendiri (misal: aplikasi kesehatan diponsel dimana pasien bisa menginput data kepatuhan obat, riwayat alergi, atau melihat hasil laboratorium mereka sendiri).

Tabel 2.4 Macam – macam Rekam Medis Elektronik

Jenis RME	Kelebihan	Kekurangan
RME Berbasis Cloud (<i>Cloud-Based</i>)	a) Biaya investasi awal lebih murah karena tidak perlu membeli server fisik. b) Pembaruan sistem (update) dilakukan otomatis oleh penyedia layanan.- Data bisa diakses dari mana saja asalkan ada koneksi internet.	a) Sangat bergantung pada stabilitas koneksi internet (jika internet mati, sistem lumpuh). b) Ada ketergantungan penuh pada keamanan pihak ketiga selaku penyedia cloud.
RME Berbasis Lokal (On-Premise)	a) Kontrol penuh terhadap data berada di tangan pihak fasilitas kesehatan sendiri b) Tidak bergantung pada koneksi internet luar (tetap stabil menggunakan jaringan lokal/LAN) -Keamanan data bisa disesuaikan sepenuhnya dengan kebijakan internal faskes.	a. Biaya investasi awal sangat tinggi untuk pengadaan server dan perangkat keras b. Membutuhkan tim IT internal yang ahli untuk pemeliharaan rutin dan backup data. c. Risiko data hilang total akibat bencana fisik jika tidak ada server cadangan di lokasi lain.
EMR (Internal Satu Faskes)	a) Alur kerja (workflow) sangat spesifik dan bisa disesuaikan dengan kebutuhan unik faskes tersebut. b) Keamanan jaringan lokal cenderung lebih mudah diawasi karena cakupannya sempit.	a) Data terisolasi; jika pasien dirujuk ke faskes lain, data tidak bisa ditransfer secara digital dan harus dicetak manual.

Jenis RME	Kelebihan	Kekurangan
EHR (Terintegrasi Antar-Faskes)	a) Mendukung kesinambungan pelayanan pasien (continuity of care) saat dirujuk. b) Menghindari pemeriksaan penunjang berulang sehingga menghemat biaya pasien.- c) Memudahkan pelaporan kesehatan nasional ke Kementerian Kesehatan (contoh: SatuSehat).	a) Proses integrasi sistem (interoperability) sangat rumit karena standar sistem tiap faskes berbeda. b) Risiko keamanan lebih tinggi karena melibatkan perpindahan data antar-jaringan faskes.
PHR (Dikelola Pasien)	a) Meningkatkan kesadaran dan keterlibatan aktif pasien terhadap kondisi kesehatannya b) Memudahkan pasien menunjukkan riwayat medis darurat di mana saja melalui gawai pribadi	a) Akurasi data medis bisa diragukan jika diinput sendiri oleh pasien secara manual b) Risiko keamanan data jika perangkat pribadi pasien (HP) hilang atau diretas.

2.6 Teori Akseibilitas

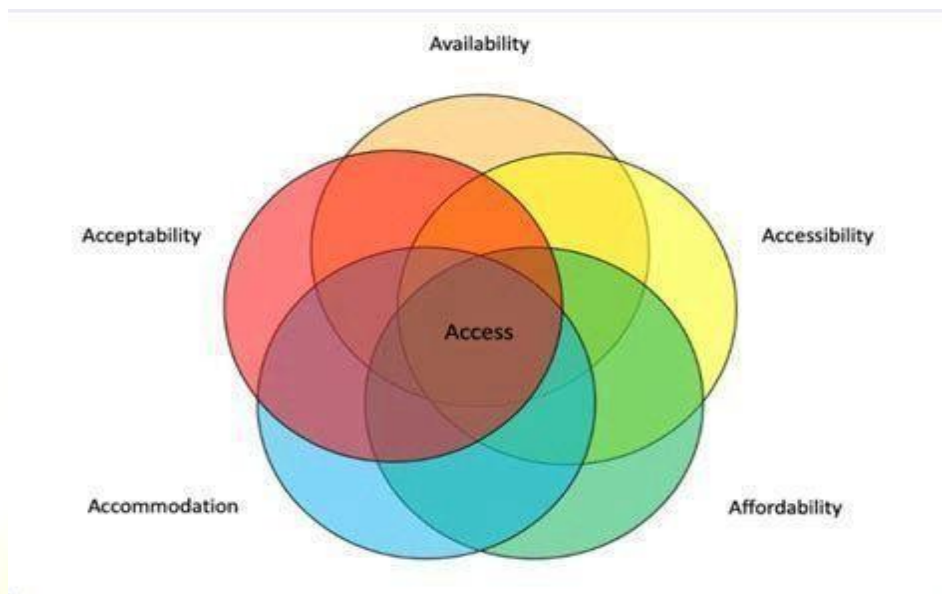
2.6.1 Teori Determinan

Dalam menganalisis evaluasi penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), dapat menggunakan kerangka teori determinan akses untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi aksesibilitas dan efektivitas sistem.

1. Konsep Teori Determinan Akses

Teori determinan akses menjelaskan bahwa akses terhadap suatu layanan (dalam hal ini Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)) dipengaruhi oleh beberapa faktor utama yang menentukan sejauh mana pengguna dapat menggunakannya secara efektif. Menurut Penchansky dan Thomas (1981), ada lima aspek utama dalam aksesibilitas layanan:

Gambar 2.1 Aksesibilitas Layanan



1. *Availability* (Ketersediaan), Apakah Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) memiliki sumber daya yang cukup untuk memenuhi kebutuhan pengguna?
2. *Accessibility* (Aksesibilitas Fisik & Teknis), Apakah sistem mudah diakses oleh tenaga kesehatan?
3. *Affordability* (Keterjangkauan), Apakah biaya implementasi dan pemeliharaan sistem terjangkau?
4. *Acceptability* (Dapat Diterima oleh Pengguna), Apakah pengguna sumber daya manusia (SDM) merasa nyaman menggunakan sistem?
5. *Accommodation* (Kemudahan Adaptasi), Seberapa fleksibel sistem dalam menyesuaikan kebutuhan rumah sakit?

2.6.2 Determinan Akses dalam SIMRS

Dalam konteks penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), evaluasi dapat dianalisis berdasarkan tiga aspek utama:

1. Sumber Daya Manusia (SDM)
 - a. Ketersediaan tenaga medis & administrasi yang terlatih dalam penggunaan SIMRS
 - b. Tingkat literasi digital tenaga kesehatan
 - c. Resistensi terhadap perubahan atau kurangnya motivasi dalam penggunaan sistem
2. Perangkat Lunak
 - a. Keandalan dan stabilitas sistem (sering error atau lambat?)
 - b. Kemudahan penggunaan (*User-friendly* atau kompleks?)

- c. Fitur yang tersedia sudah sesuai dengan kebutuhan rumah sakit atau belum

3. Perangkat Keras

- a. Ketersediaan komputer atau perangkat lain yang mendukung Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)
- b. Kecepatan dan stabilitas jaringan internet
- c. Dukungan teknis untuk pemeliharaan perangkat keras

2.6.3 Hubungan Determinan Akses dengan evaluasi penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

Menggunakan kerangka teori determinan akses, evaluasi penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di BLUD Ende dengan berbagai hambatan dapat disebabkan oleh faktor kurangnya keterampilan sumber daya manusia (SDM), keterbatasan perangkat lunak yang tidak optimal, serta infrastruktur perangkat keras yang kurang memadai.

Kerangka ini dapat divisualisasikan dalam bentuk diagram hubungan antar variabel, di mana sumber daya Manusia (SDM), Perangkat Lunak, dan Perangkat Keras memengaruhi aksesibilitas dan efektivitas penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).

Berikut ini kaitan penelitian terdahulu dengan penelitian yang akan dilakukan :

Tabel 2.1 Kajian Penelitian Terdahulu

No	Penelitian	Kajian / Hasil	Kaitan dengan Kajian Penelitian Saat Ini
1	Kasmianti & Iskandar (2025) tentang Evaluating the Implementation of Hospital Information System Using the HOT-Fit Framework: A Case Study at RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Sumber : Kasmianti & Iskandar, 2025. <i>Evaluating the implementation of hospital information system using the HOT-Fit framework</i>. Jurnal Sistem Informasi Kesehatan / Jurnal Informatika Kesehatan.	Penelitian ini mengevaluasi implementasi SIMRS Khanza menggunakan kerangka HOT-Fit (Human, Organization, Technology). Hasil menunjukkan tingkat kesesuaian sistem berada pada kategori moderat, dengan permasalahan utama pada SDM yang belum mendapatkan pelatihan merata, dukungan organisasi yang belum konsisten, serta kendala kinerja sistem pada jam sibuk.	Penelitian ini relevan sebagai dasar evaluasi SIMRS dari aspek SDM, organisasi, dan teknologi. Namun, penelitian saat ini mengembangkan pendekatan evaluasi dengan menitikberatkan pada lima aspek aksesibilitas layanan, sehingga tidak hanya menilai kesesuaian sistem, tetapi juga dampaknya terhadap kemudahan, kecepatan, dan keterjangkauan layanan kesehatan di BLUD RSUD Ende.
2	Prabawa, Widyantara & Sudarma (2022) tentang Evaluasi SIMRS pada Manajemen Sumber Daya Manusia dengan Framework COBIT 5 Sumber : Prabawa, I.G.N.A., Widyantara, I.M.O. & Sudarma, M., 2022. <i>Evaluasi sistem informasi manajemen rumah sakit pada manajemen sumber daya manusia menggunakan framework COBIT 5</i>. Jurnal Teknologi Informasi dan Sistem Informasi.	Evaluasi SIMRS di RSUD Klungkung menggunakan COBIT 5 domain APO07 menunjukkan tingkat kapabilitas berada pada level 1 (Performed Process) dengan nilai 74%. Ditemukan bahwa manajemen SDM sudah berjalan namun belum terstandar dan belum terkelola optimal, sehingga diperlukan peningkatan pelatihan, pengelolaan kompetensi, dan perencanaan SDM berbasis TI.	Penelitian ini relevan pada aspek SDM SIMRS sebagai faktor penentu keberhasilan layanan. Penelitian saat ini memanfaatkan temuan tersebut untuk menilai bagaimana keterbatasan manajemen SDM SIMRS berdampak pada aksesibilitas layanan, khususnya dari sisi kemudahan, kecepatan, dan kesinambungan pelayanan pasien di RSUD Ende.

No	Penelitian	Kajian / Hasil	Kaitan dengan Kajian Penelitian Saat Ini
3	Putri, Purba, Layana & Lubis (2025) Sumber : Putri, R.A., Purba, M., Layana, S. & Lubis, R., 2025. <i>Tantangan dan solusi implementasi sistem informasi manajemen rumah sakit di rumah sakit pemerintah</i>. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia.	Studi literatur dan kasus di RSUP Dr. Sardjito, RSUD Dr. Soetomo, dan RSUP Sanglah menunjukkan tantangan utama implementasi SIMRS meliputi keterbatasan infrastruktur (perangkat keras usang, jaringan tidak stabil), resistensi SDM, kurangnya tenaga TI, serta isu keamanan data. Solusi dilakukan melalui peningkatan infrastruktur TI, pelatihan intensif, rekrutmen tenaga IT, dan penguatan keamanan sistem.	Penelitian ini sangat relevan karena menunjukkan bahwa hambatan SIMRS secara langsung berdampak pada kelancaran dan kemudahan akses layanan kesehatan. Penelitian saat ini menggunakan temuan tersebut untuk mengevaluasi bagaimana kondisi SDM, perangkat keras, dan perangkat lunak SIMRS mempengaruhi aksesibilitas layanan pasien di BLUD RSUD Ende.
4	Sari & Mahendra (2022) tentang Evaluasi Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Sumber : Sari, N. & Mahendra, I., 2022. <i>Evaluasi penerapan sistem informasi manajemen rumah sakit</i>. Jurnal Kesehatan Masyarakat / Jurnal Administrasi Rumah Sakit.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan SIMRS telah membantu proses administrasi dan pelayanan, namun masih ditemukan kendala berupa keterbatasan perangkat keras, gangguan jaringan, serta ketergantungan tinggi pada operator tertentu, sehingga belum optimal dalam mendukung pelayanan secara menyeluruh.	Penelitian ini relevan dengan aspek ketersediaan dan keandalan layanan. Penelitian saat ini memperdalam kajian dengan menilai bagaimana keterbatasan perangkat keras dan jaringan SIMRS memengaruhi aksesibilitas layanan pasien di RSUD Ende.

No	Penelitian	Kajian / Hasil	Kaitan dengan Kajian Penelitian Saat Ini
5	Oktaviana, Putra & Rachmadi (2022) tentang Evaluasi SIMRS RSUD Gambiran Kediri menggunakan HOT-Fit Model Sumber : Oktaviana, D., Putra, R.A. & Rachmadi, A., 2022. <i>Evaluasi sistem informasi manajemen rumah sakit RSUD Gambiran Kediri menggunakan HOT-Fit model</i>. Jurnal Sistem Informasi Kesehatan Indonesia.	Hasil evaluasi menunjukkan aspek technology (73,52%), human (74,77%), organization (81,35%), dan net benefits (76,20%) tergolong tinggi. Namun ditemukan masalah pada perangkat lunak yang sering lambat/error, kesalahan input pengguna, serta pelatihan dan dukungan manajemen yang belum merata, yang berpotensi menurunkan kualitas pelayanan pasien.	Penelitian ini sangat relevan karena menunjukkan bahwa permasalahan perangkat lunak, SDM, dan dukungan organisasi SIMRS berdampak langsung pada efektivitas dan kemudahan akses layanan kesehatan. Penelitian saat ini memperluas kajian tersebut dengan menggunakan pendekatan lima aspek aksesibilitas layanan di BLUD RSUD Ende.
6	<i>Usability evaluation methods for hospital information systems: systematic review</i> (Dehghani Mahmoodabadi et al., 2025) Sumber : Dehghani Mahmoodabadi, M., et al., 2025. <i>Usability evaluation methods for hospital information systems: a systematic review</i>. BMC Health Services Research.	Sistem informasi rumah sakit (HIS) dievaluasi dari berbagai metode evaluasi usability dan dimensi seperti efektivitas, efisiensi, dan kepuasan pengguna; heuristic evaluation dan user testing paling sering digunakan, dengan fokus masalah aksesibilitas ke fitur serta penggunaan sistem	Memberikan gambaran metode evaluasi usability HIS secara luas, mendukung pentingnya <i>aksesibilitas</i> dan <i>kepuasan pengguna</i> sebagai aspek kunci evaluasi SIMRS saat ini.
7	<i>The effects of hospital information system adoption on techno-stress and job satisfaction of nurses</i> (Sakrak & Dogan, 2025) Sumber : Sakrak, M. & Dogan, S., 2025. <i>The effects of hospital information system adoption on techno-stress and job satisfaction of nurses</i>. BMC Nursing.	Adopsi HIS berhubungan negatif dengan techno-stress dan positif pada kepuasan kerja perawat, menunjukkan bahwa penerimaan dan kemudahan penggunaan HIS berpengaruh pada kenyamanan kerja staf kesehatan.	Menekankan aspek <i>kemudahan penggunaan</i> dan <i>aksesibilitas teknis</i> yang memengaruhi pengalaman pengguna, mirip dengan fokus pada <i>aksesibilitas layanan</i> SIMRS

No	Penelitian	Kajian / Hasil	Kaitan dengan Kajian Penelitian Saat Ini
8	<i>Evaluating Hospital Information Systems: A Systematic Review</i> (Mirza, N., Yusof, 2025) Sumber : Mirza, N., Yusof, M. M., & Ahmad, M. N. (2023). Evaluating hospital information systems: A systematic review on critical success factors. <i>Healthcare Informatics Research</i>, 29(1), 34–46. https://doi.org/10.4258/hir.2023.29.1.34	Studi sistematis menemukan bahwa masalah interoperabilitas, integrasi, dan akses data menjadi tantangan utama dalam HIS yang berdampak pada efektivitas layanan rumah sakit	Relevan karena menyoroti hambatan akses informasi klinis yang menghambat efektivitas SIMRS, sejalan dengan kajian aksesibilitas layanan.
9	<i>Evaluating the Usability Quality of the Hospital Management Information System</i> (Fadhil & Effendy, 2024) Sumber : Fadhil, M. & Effendy, D., 2024. <i>Evaluation of the usability quality of the hospital management information system using the heuristic evaluation method and end user computing satisfaction. Journal of Scientific and Applied Informatics (JSIAI)</i>.	Penilaian usability SIMRS menggunakan metode <i>Heuristic Evaluation</i> dan EUCS menunjukkan bahwa kualitas sistem berada pada level baik, namun tetap memerlukan peningkatan fitur kontrol dan keamanan	Relevan dengan evaluasi SIMRS dan aspek <i>kepuasan pengguna serta aksesibilitas fitur</i> , bagian dari indikator akses layanan.
10	<i>In-Depth Examination of the Functionality and Performance of Hospital Information Systems</i> (Zhang et al., 2024) Sumber : Zhang, Y., et al., 2024. <i>In-depth examination of the functionality and performance of hospital information systems. Journal of Medical Internet Research (JMIR)</i>.	Studi menemukan bahwa integrasi sistem, akses data cepat, dan dukungan workflow berkontribusi pada peningkatan layanan dan efektivitas HIM, yang terkait dengan <i>aksesibilitas data dan pemanfaatan sistem digital untuk performa klinik</i>	Relevan dengan penelitian saat ini pada aspek <i>akses mudah ke informasi</i> , yang merupakan bagian dari dimensi aksesibilitas layanan SIMRS.

Berdasarkan telaah terhadap berbagai penelitian terdahulu dari berbagai literatur ilmiah, baik dalam skala domestik maupun global, menegaskan bahwa kajian mengenai evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) secara konsisten berpusat pada integrasi elemen teknologi, kapabilitas sumber daya manusia, tata kelola organisasi, serta dampak fungsionalnya bagi institusi. Dalam membedah dimensi-dimensi tersebut, para peneliti terdahulu lazimnya mengandalkan kerangka analisis teoretis seperti *HOT-Fit Model*, *COBIT 5*, evaluasi *usability*, maupun metode *systematic review*. Secara umum, implementasi SIMRS diakui membawa dampak signifikan dalam mengakselerasi mutu pelayanan klinis serta efisiensi administrasi rumah sakit. Kendati demikian, keberhasilan operasional sistem ini kerap kali terhambat oleh sejumlah persoalan klasik, mulai dari keterbatasan kompetensi personel operasional, kurangnya keandalan infrastruktur perangkat keras, performa perangkat lunak yang belum optimal, ketidakstabilan konektivitas jaringan, hingga rendahnya tingkat integrasi dan interoperabilitas data antar-unit.

Penelitian internasional dalam lima tahun terakhir juga menegaskan bahwa permasalahan *usability*, akses data, beban kerja pengguna (*techno-stress*), serta keandalan sistem berpengaruh signifikan terhadap kinerja tenaga kesehatan dan kualitas layanan rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) tidak hanya ditentukan oleh kecanggihan teknologi, tetapi juga oleh kemudahan akses, kenyamanan penggunaan, serta dukungan sistem terhadap alur pelayanan kesehatan.

Kendati demikian, mayoritas kajian terdahulu cenderung membatasi ruang lingkupnya pada dimensi internal sistem informasi, khususnya terkait aspek kompatibilitas teknis, akseptabilitas pengguna, serta tata kelola teknologi. Di sisi lain, orientasi penelitian yang secara eksplisit membedah Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dari sudut pandang aksesibilitas layanan bagi masyarakat masih sangat minim ditemukan. Padahal, instrumen digital ini memegang peran krusial dalam mengakselerasi aspek keterjangkauan, kecepatan, kemudahan prosedur, serta kesinambungan pelayanan medis, terutama pada konteks institusi rumah sakit di tingkat daerah..

Atas dasar dinamika tersebut, kebaruan sekaligus posisi strategis penelitian ini terletak pada upaya menguji efektivitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) melalui pisau analisis lima dimensi aksesibilitas pelayanan di RSUD Ende. Melalui kerangka pendekatannya yang komprehensif, studi ini diproyeksikan mampu menyajikan potret utuh mengenai sejauh mana SIMRS melampaui peran konvensional sebagai media tata kelola data internal, dan bertransformasi menjadi katalisator utama dalam memperluas jangkauan serta mengeskalasi mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat luas.

