

Analisis Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di RSUD Kota Prabumulih: Kajian Kualitatif Berbasis Teori George C. Edward III

Sriwidiastuti¹, Ali Harokan², Chairil Zaman³, Tri Sartika⁴

Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang, Indonesia

tutiek2774@gmail.com, aliharokan@yahoo.com, chairilzaman@gmail.com, trisartika45@gmail.com

Abstrak

Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) merupakan amanat regulasi nasional (Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022) yang bertujuan meningkatkan efisiensi, akurasi data, dan mutu pelayanan kesehatan. RSUD Kota Prabumulih, sebagai rumah sakit rujukan tipe C yang tengah bertransformasi menuju status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), telah menerapkan SIMRS untuk mengintegrasikan alur kerja klinis dan administratif. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi SIMRS di RSUD Kota Prabumulih menggunakan teori implementasi kebijakan George C. Edward III yang diintegrasikan dengan unsur manajemen 5M (Man, Machine, Method, Money, Material), dengan fokus pada variabel komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap sembilan informan, observasi lapangan, dan telaah dokumen, kemudian dianalisis menggunakan model interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña (reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan/verifikasi). Hasil penelitian menunjukkan SIMRS telah berjalan pada mayoritas unit pelayanan dan berhasil memangkas waktu tunggu pasien hingga 1–2 jam, namun implementasinya masih dibayangi oleh keterbatasan tenaga programmer internal, ketergantungan tunggal pada vendor jaringan internet, minimnya proteksi keamanan siber, kesenjangan SOP kedaruratan di unit pendaftaran, serta praktik pencatatan ganda (hybrid) akibat rendahnya kepercayaan pengguna terhadap stabilitas sistem. Efektivitas implementasi SIMRS sangat ditentukan oleh sinergi keempat variabel Edward III; keberhasilan pada aspek komunikasi dan struktur birokrasi belum diimbangi kesiapan sumber daya Machine dan Money, sehingga diperlukan penguatan jaringan internet berlapis, investasi keamanan siber, dan pengembangan kapasitas SDM IT internal secara berkelanjutan.

Abstract

The implementation of the Hospital Management Information System (SIMRS) is a national regulatory mandate (Regulation of the Minister of Health of the Republic of Indonesia Number 24 of 2022) aimed at improving efficiency, data accuracy, and the quality of health services. RSUD Prabumulih City, a type C referral hospital currently transitioning toward Regional Public Service Agency (BLUD) status, has implemented SIMRS to integrate clinical and administrative workflows. This study aims to analyze SIMRS implementation at RSUD Prabumulih City using George C. Edward III's policy implementation theory integrated with the 5M management framework (Man, Machine, Method, Money, Material), focusing on the variables of communication, resources, disposition, and bureaucratic structure. A descriptive qualitative approach was employed. Data were collected through in-depth interviews with nine informants, field observation, and document review, then analyzed using the Miles, Huberman, and Saldaña interactive model (data reduction, data display, and conclusion drawing/verification). The results show that SIMRS is operating across most service units and has reduced patient waiting time by 1–2 hours, yet implementation remains hindered by a shortage of in-house programmers, single-vendor dependency for internet connectivity, minimal cybersecurity protection, gaps in emergency SOPs at the registration unit, and hybrid (dual) recording practices reflecting low user trust in system stability. The effectiveness of SIMRS implementation is strongly determined by the synergy of the four Edward III variables; success in communication and bureaucratic structure has not been matched by readiness in Machine and Money resources, indicating the need for redundant network infrastructure, cybersecurity investment, and sustained development of in-house IT human resource capacity.

Kata Kunci:

Implementasi
Kebijakan; Edward III;
Rumah Sakit Daerah;
Kualitatif

Keyword:

Hospital Management
Information System;
Policy Implementation;
Edward III; Regional
Public Hospital;
Qualitative

Information Production:

© 2026 by the authors of this article. This work is licensed under an Attribution-ShareAlike 4.0 International (CC BY-SA 4.0)



PENDAHULUAN

Dinamika pelayanan kesehatan global saat ini mengalami pergeseran paradigma yang fundamental menuju digitalisasi sistem secara masif. Integrasi teknologi informasi bukan lagi sekadar

instrumen pendukung, melainkan telah menjadi pilar utama peningkatan kualitas hidup manusia secara holistik. World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa intervensi kesehatan digital merupakan kebutuhan esensial untuk memberdayakan pasien dan klinisi melalui aksesibilitas data yang transparan, real-time, dan efisien (Jandoo, 2020). Dalam konteks ini, adopsi Hospital Management Information System (HMIS), atau yang di Indonesia dikenal sebagai Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), menjadi standar global dalam upaya mereduksi kesalahan medis (medical error) serta mengoptimalkan pengambilan keputusan klinis berbasis bukti. Namun demikian, efektivitas sistem ini sangat bergantung pada sinergi antara keandalan infrastruktur teknologi dan kapasitas adaptasi penggunaannya (Farzandipur et al., 2016).

Pemerintah Indonesia merespons arus transformasi tersebut dengan mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan SIMRS, sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 82 Tahun 2013 dan dipertegas melalui kewajiban penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME) dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Kebijakan ini memproyeksikan SIMRS sebagai motor penggerak tata kelola rumah sakit yang profesional, akuntabel, dan efisien (Ramadhani et al., 2025). Kajian tinjauan literatur menunjukkan pula bahwa teknologi kesehatan digital berkontribusi luas terhadap manajemen kondisi multimorbiditas dan koordinasi layanan lintas fasilitas kesehatan (Endalamaw et al., 2025), sementara integrasi sistem informasi dengan program Jaminan Kesehatan Nasional terus diperkuat oleh penyelenggara jaminan sosial (BPJS Kesehatan, 2024).

Meskipun kewajiban regulatif telah berjalan, berbagai penelitian terdahulu memperlihatkan bahwa implementasi SIMRS di rumah sakit pemerintah Indonesia masih menyisakan sejumlah persoalan. Augustyana et al. (2025) menemukan hambatan pada instalasi rawat jalan RS Bhayangkara Balikpapan yang berkaitan dengan kesiapan pengguna dan infrastruktur. Hasibuan et al. (2024), melalui tinjauan literatur sistematis, menyimpulkan bahwa optimalisasi pelayanan melalui SIMRS memerlukan strategi lintas aspek manajerial dan teknis. Septiyani dan Sulistiadi (2022) menegaskan pentingnya evaluasi berbasis model HOT-Fit (Human, Organization, Technology-Fit) untuk memahami keberhasilan sistem secara komprehensif. Pratiwi et al. (2024) di RSUD Kabupaten Buton menemukan bahwa instabilitas jaringan internet menjadi variabel penghambat tertinggi, sementara Putri et al. (2025) mengidentifikasi keterbatasan tenaga IT profesional sebagai salah satu dari tiga tantangan utama rumah sakit pemerintah di Indonesia. Di sisi manajemen risiko, Hutagalung (2022) menekankan urgensi kerangka ISO 31000 dalam memetakan risiko teknologi informasi rumah sakit, sedangkan Syafira et al. (2024) membuktikan bahwa dukungan manajerial dan motivasi pengguna merupakan prediktor signifikan keberhasilan implementasi.

Sebagian besar penelitian terdahulu tersebut cenderung berfokus pada satu dimensi persoalan secara terpisah, baik itu aspek teknis-infrastruktur, aspek sumber daya manusia, maupun aspek kepatuhan regulasi tanpa menyatukan keempatnya ke dalam satu kerangka analisis kebijakan yang utuh. Penelitian ini menawarkan kebaruan dengan mengintegrasikan teori implementasi kebijakan George C. Edward III (komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi) dengan kerangka manajemen 5M (Man, Machine, Method, Money, Material), sehingga mampu memotret keterkaitan antarvariabel secara lebih komprehensif.

RSUD Kota Prabumulih dipilih sebagai lokus penelitian karena berstatus rumah sakit rujukan tipe C yang tengah aktif melakukan transformasi digital sekaligus transisi kelembagaan menuju BLUD, sehingga relevan untuk mengukur kesiapan nyata implementasi kebijakan RME pada fase transisi. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi SIMRS di RSUD Kota Prabumulih dengan fokus pada aspek sumber daya manusia, infrastruktur teknologi, dan kendala yang dihadapi dalam proses digitalisasi pelayanan, guna merumuskan rekomendasi strategis bagi manajemen, pengguna, vendor, dan peneliti selanjutnya.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan survei analitik dan analisis deskriptif, yang dipilih untuk memecahkan dan menjawab permasalahan pada situasi terkini melalui pengumpulan data, klarifikasi, dan penarikan kesimpulan secara objektif (Nadiya & Rijali, 2021), sekaligus mengevaluasi secara kritis faktor manajerial yang memengaruhi keberhasilan sistem, sejalan dengan temuan Syafira et al. (2024) bahwa analisis implementasi sistem informasi harus menyentuh aspek kualitas layanan, dukungan organisasi, dan motivasi pengguna. Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Prabumulih, Provinsi Sumatra Selatan, yang dipilih secara purposive dengan pertimbangan bahwa rumah sakit ini merupakan rujukan tipe C yang sedang aktif melakukan transformasi digital dalam administrasi pelayanan kesehatan, dengan fokus pada unit-unit strategis (rekam medis, rawat jalan, rawat inap, penunjang medis, serta administrasi dan keuangan) selama tiga bulan (Maret–Mei 2026), meliputi observasi infrastruktur, wawancara mendalam dengan informan kunci, serta studi dokumentasi SOP dan laporan evaluasi triwulan SIMRS tahun 2025. Analisis implementasi kebijakan SIMRS dilakukan menggunakan teori George C. Edward III yang

membedah keberhasilan implementasi melalui empat variabel kritis: komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi (Edwards, 1980) yang diintegrasikan dengan unsur manajemen 5M guna memperoleh ketajaman analisis pada konteks manajemen rumah sakit, sebagaimana disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Matriks Operasionalisasi Variabel Penelitian (Teori Edward III Terintegrasi dengan 5M)

Variabel Edward III	Unsur 5M Terkait	Definisi Operasional	Indikator Fokus Kajian
Komunikasi (Communication)	Method & Policy	Proses penyampaian informasi dan sosialisasi kebijakan SIMRS agar dipahami oleh seluruh pelaksana di rumah sakit.	Kejelasan instruksi pimpinan konsistensi sosialisasi antarbidang transmisi kebijakan digitalisasi ke uni operasional.
Sumber Daya (Resources)	Man, Machine, Money	Ketersediaan komponen pendukung yang esensial dalam menjalankan operasional sistem secara teknis dan finansial.	Kecukupan staf IT dan kompetensi pengguna (Man); keandalan server dan jaringan (Machine); keberlanjutan anggaran (Money).
Disposisi (Disposition)	Man	Sikap, komitmen, dan respons psikologis para pelaksana (tenaga medis dan administrasi) terhadap perubahan sistem.	Dukungan manajerial direktur; motivasi dan resistensi staf; kejujuran dan konsistensi input data.
Struktur Birokrasi (Bureaucratic Structure)	Method	Tatanan kelembagaan dan pembagian kerja yang mengatur jalannya operasional pelayanan digital.	Ketersediaan SOP digital; pembagian wewenang antarunit; koordinasi lintas bidang (IT, keuangan, medik).

Sumber: Diadaptasi dari Edwards (1980), Nadiya & Rijali (2021), dan Putri et al. (2025).

Tabel 1 menunjukkan bahwa setiap variabel Edward III dipetakan pada satu atau lebih unsur 5M yang relevan. Variabel komunikasi berkaitan erat dengan unsur Method dan Policy karena mengukur kejelasan transmisi kebijakan dari manajemen puncak ke unit pelaksana. Variabel sumber daya bersifat lintas-unsur karena mencakup Man (kompetensi pengguna dan staf IT), Machine (keandalan server dan jaringan), dan Money (keberlanjutan anggaran). Variabel disposisi berfokus pada unsur Man, yaitu sikap dan komitmen pelaksana terhadap perubahan, sementara variabel struktur birokrasi berkaitan dengan unsur Method yang mengatur pembagian wewenang dan Standar Operasional Prosedur (SOP). Kerangka ini menjadi acuan utama dalam menyusun pedoman wawancara, lembar observasi, dan pengkodean data kualitatif pada tahap analisis.

Informan Penelitian

Pemilihan informan dilakukan dengan teknik purposive sampling, yaitu memilih individu yang dianggap paling memahami fenomena implementasi SIMRS dan memiliki wewenang, baik dalam pengambilan kebijakan, pengelolaan infrastruktur teknis, alokasi anggaran, maupun sebagai pengguna langsung (user) yang berinteraksi dengan sistem setiap hari (Nadiya & Rijali, 2021). Karakteristik sembilan informan penelitian disajikan pada Tabel 2, dengan kode informan digunakan untuk menjaga kerahasiaan identitas narasumber.

Tabel 2. Karakteristik Informan Penelitian

Kode Informan	Kategori Informan	Jabatan / Posisi	Pendidikan Terakhir	Fokus Variabel Kajian
IK-01	Informan Kunci	Direktur RSUD	Profesi Dokter Gigi	Komunikasi & Disposisi (Policy) Sumber Daya (Machine, Man)
IP-01	Informan Pendukung	Kepala Seksi IT / Instalasi SIMRS	S2	
IP-02	Informan Pendukung	Kepala Seksi Bendahara & Akuntansi	S1	Sumber Daya (Money)
IP-03	Informan Pendukung	Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	S2	Struktur Birokrasi (Method)
IP-04	Informan Pendukung	Kepala Seksi Pelayanan Medik	S2	Struktur Birokrasi (Method)
IP-05	Informan Pendukung	Staf Senior IT	S1	Sumber Daya (Machine)
U-01	Informan Pengguna (User)	Kepala Laboratorium Radiologi	S2	Struktur Birokrasi & Disposisi
U-02	Informan Pengguna (User)	Kepala Administrasi / Pendaftaran	S1	

Kode Informan	Kategori Informan	Jabatan / Posisi	Pendidikan Terakhir	Fokus Variabel Kajian
U-03	Informan Pengguna (User)	Perawat / Bidan Pelaksana	Pendidikan Kebidanan	Disposisi (Man)

Keterangan: IK = Informan Kunci; IP = Informan Pendukung; U = Informan Pengguna (User).

Tabel 2 memperlihatkan bahwa sebagian besar informan pada tingkat manajerial (IK-01, IP-01 hingga IP-04) memiliki latar belakang pendidikan pascasarjana (S2) atau profesi spesialis, yang mengindikasikan kapasitas intelektual dan manajerial yang memadai untuk merumuskan kebijakan operasional. Informan teknis memiliki latar belakang pendidikan yang linier dengan tugasnya, sehingga data yang diperoleh terkait kendala teknis dan alur rekam medis dapat dipertanggungjawabkan secara keilmuan. Keragaman posisi struktural informan, mulai dari direktur, pengelola IT, pelayanan medik, keuangan, hingga pengguna lini depan (dokter, perawat, dan staf pendaftaran) memenuhi syarat triangulasi sumber, sehingga data yang dikumpulkan merepresentasikan perspektif kebijakan (top-down) sekaligus perspektif operasional (bottom-up).

Teknik Pengumpulan Data dan Analisa Data

Data dikumpulkan melalui tiga teknik yang saling melengkapi. Pertama, wawancara mendalam (in-depth interview) dilakukan secara semi-terstruktur kepada seluruh informan untuk memahami bagaimana kebijakan yang ditetapkan pimpinan diinterpretasikan dan dilaksanakan oleh staf di lapangan. Kedua, observasi terstruktur dilakukan pada unit-unit pelayanan untuk memvalidasi variabel sumber daya, khususnya keandalan infrastruktur teknologi dan stabilitas jaringan internet selama proses pelayanan berlangsung, merujuk pada pendekatan Pratiwi et al. (2024) yang menekankan pentingnya pengamatan fisik terhadap kendala jaringan. Ketiga, studi dokumentasi dilakukan terhadap SOP, Surat Keputusan Direktur, dan laporan manajemen risiko teknologi informasi, sejalan dengan kerangka Hutagalung (2022) mengenai pentingnya data dokumentatif dalam memetakan tingkat risiko sistem. Kombinasi ketiga teknik ini memungkinkan triangulasi data untuk menjaga keabsahan hasil analisis deskriptif.

Analisis data dilakukan secara interaktif menggunakan model Miles, Huberman, dan Saldaña (2014), yang terdiri atas tiga alur kegiatan: (1) reduksi data, yaitu pemilihan dan penyederhanaan data mentah dengan mengategorikannya ke dalam empat variabel Edward III serta unsur 5M; (2) penyajian data, yaitu penyusunan data secara sistematis dalam bentuk narasi deskriptif yang didukung tabel matriks agar keterkaitan antarvariabel terlihat jelas; dan (3) penarikan kesimpulan dan verifikasi, yaitu pencarian makna dari data yang telah disajikan melalui peninjauan catatan lapangan, diskusi rekan sejawat (peer debriefing), dan konfirmasi ulang kepada informan kunci untuk menjamin validitas temuan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Implementasi SIMRS

RSUD Kota Prabumulih telah melakukan transformasi digital sebagai bentuk kepatuhan terhadap Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik. Pada tahun 2025, operasional sistem telah beralih dari fase transisi (hybrid/semi-manual) menuju fase digitalisasi terpusat. Modul SIMRS yang beroperasi mencakup pendaftaran dan registrasi, rekam medis elektronik (RME) dengan e-resep dan CPPT terintegrasi, penunjang medis (laboratorium dan radiologi dengan mini-PACS), farmasi dan logistik, kasir dan billing system, serta dashboard eksekutif bagi manajemen. Rumah sakit juga telah menjalankan kewajiban bridging dua arah dengan sistem VClaim BPJS Kesehatan yang memungkinkan penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) otomatis dan integrasi dengan aplikasi Mobile JKN serta dengan platform SatuSehat Kementerian Kesehatan melalui standar interoperabilitas HL7 FHIR, meskipun sesekali masih mengalami kendala time-out akibat ketidakstabilan koneksi ke server pusat. Perubahan paling fundamental terlihat pada alur pelayanan pasien yang kini berjalan paperless, mulai dari registrasi, asuhan klinis di poliklinik, pelayanan penunjang, farmasi, hingga penyelesaian tagihan dan klaim, tanpa distribusi fisik rekam medis kertas antarunit.

Variabel Komunikasi (Communication)

Dalam kerangka teori Edward III, komunikasi merupakan variabel penentu pertama yang mensyaratkan agar instruksi, visi, dan pembaruan sistem dapat ditransmisikan secara konsisten kepada seluruh pelaksana. Manajemen RSUD Kota Prabumulih telah merumuskan visi strategis 2025 yang secara eksplisit memuat elemen "terintegrasi pada teknologi", diikuti dengan penerbitan Surat Perintah Direktur dan pembentukan Tim Implementasi SIMRS untuk mengawal transisi dari tingkat manajemen hingga unit pelaksana. Legalitas dan struktur komando yang jelas ini meminimalkan potensi ambiguitas kebijakan di tingkat operasional. Pada level teknis, tim IT menerapkan komunikasi multikanal — pengujian awal, penyebaran informasi melalui grup

resmi, surat internal, hingga panduan penggunaan singkat — dan melakukan pendampingan tatap muka langsung ketika pembaruan fitur berdampak signifikan pada alur klinis. Staf pendaftaran mengonfirmasi bahwa setiap pembaruan menu aplikasi selalu disosialisasikan dengan jelas, meskipun perawat dan bidan menyatakan masih memerlukan penjelasan tambahan untuk fitur baru yang lebih kompleks. Temuan ini memvalidasi Nadiya dan Rijali (2021) yang menekankan bahwa unit rawat inap membutuhkan komunikasi teknis yang intensif dan berkelanjutan.

Meskipun transmisi teknis "cara menggunakan aplikasi" berjalan baik, penelitian ini menemukan kesenjangan komunikasi operasional non-sistem, terutama perubahan jadwal praktik dokter yang kerap mendadak dan tidak terinformasikan kepada staf pendaftaran. Kondisi ini memicu penumpukan antrean di loket dan menurunkan tingkat kepuasan pasien, menunjukkan bahwa kecanggihan Machine belum sepenuhnya diimbangi oleh kedisiplinan komunikasi Man lintas unit. Sebagai bentuk komunikasi krisis dalam menghadapi resistensi, manajemen memilih pendekatan persuasif normatif dibandingkan komunikasi punitif, selaras dengan temuan Syafira et al. (2024) bahwa dukungan manajerial yang positif berpengaruh signifikan terhadap kesiapan tenaga medis mengadopsi sistem informasi secara penuh.

Variabel Sumber Daya (Resources)

Sumber daya bertindak sebagai motor penggerak operasionalisasi SIMRS dan dianalisis melalui tiga unsur 5M, yaitu Man, Machine, dan Money. Aspek Man menunjukkan ketimpangan struktural yang berisiko bagi kemandirian sistem jangka panjang. Komposisi tenaga IT saat ini didominasi oleh staf pemeliharaan perangkat keras, sementara posisi IT Programmer yang menangani struktur coding dan pengembangan modul masih sangat minim, sehingga rumah sakit sangat bergantung pada konsultan dan vendor pihak ketiga. Temuan ini memvalidasi Putri et al. (2025) yang menyoroti ketiadaan tenaga profesional IT sebagai salah satu dari tiga tantangan terbesar rumah sakit pemerintah di Indonesia. Di sisi pengguna, literasi digital tenaga kesehatan dinilai cukup memadai untuk operasional rutin, namun staf IT masih sering menangani keluhan dasar seperti reset password dan kegagalan cetak dokumen, yang menambah beban kerja ganda tim IT sebagai teknisi sekaligus edukator harian.

Aspek Machine memperlihatkan keberhasilan sekaligus kerentanan. Peremajaan perangkat keras yang sebelumnya tidak diperbarui selama 15 tahun berhasil diatasi melalui skema Kerjasama Operasional (KSO) sewa hardware, yang berdampak positif pada percepatan alur pendaftaran dan unggah data mini-PACS radiologi. Namun demikian, kendala teknis yang paling mendominasi bukan berasal dari kerusakan internal, melainkan ketidakstabilan bandwidth dari vendor penyedia jaringan internet. Ini sebuah temuan yang secara empiris membenarkan hasil Pratiwi et al. (2024) bahwa infrastruktur jaringan merupakan variabel penghambat tertinggi penyelenggaraan RME di rumah sakit daerah. Kelemahan paling mengkhawatirkan terletak pada arsitektur keamanan siber, yang saat ini hanya mengandalkan program antivirus standar dan pembatasan hak akses berjenjang tanpa enkripsi basis data maupun firewall institusi. Berdasarkan kerangka manajemen risiko ISO 31000 (Hutagalung, 2022), kondisi ini menempatkan RSUD pada zona risiko tinggi (high risk) terhadap ancaman peretasan.

Aspek Money menunjukkan ketegangan antara tuntutan pemeliharaan sistem dan keterbatasan anggaran. Persentase anggaran khusus SIMRS pada 2025 diakui masih kecil dan sebagian besar terserap oleh biaya lisensi tahunan dan sewa hardware KSO, sehingga pengajuan pengadaan mendesak kerap terbentur birokrasi keuangan. Meski demikian, transisi digital telah terbukti menciptakan efisiensi nyata melalui penghematan biaya Alat Tulis Kantor (ATK) dan percepatan verifikasi klaim BPJS, dengan nilai Return on Investment (ROI) yang dinilai mendekati titik impas. Efisiensi ini sayangnya belum direinvestasikan secara memadai ke dalam program pengembangan kapasitas manusia, sehingga variabel Money terbukti memiliki intervensi langsung terhadap kualitas variabel Man.

Variabel Disposisi (Disposition)

Variabel disposisi membedah sikap dan komitmen pelaksana kebijakan dalam merespons perubahan. Manajemen RSUD Kota Prabumulih menunjukkan disposisi yang sangat suportif, diwujudkan melalui penambahan personel teknis permanen, penyewaan konsultan IT, dan penegasan tanggung jawab vendor. Dalam menghadapi resistensi staf, manajemen secara konsisten menghindari sanksi punitif dan memilih pendekatan persuasif normatif disertai pelatihan bertahap dan pendampingan langsung (jemput bola) oleh tim IT, sebuah strategi yang selaras dengan Syafira et al. (2024) bahwa dukungan manajerial suportif merupakan prediktor utama perubahan perilaku adopsi sistem.

Pada level operasional, disposisi pengguna terbelah antara apresiasi dan frustrasi. Dokter mengakui SIMRS mempercepat konsultasi melalui fitur salin-tempel data klinis, namun mengeluhkan sistem yang sering freeze, loading lambat, dan keharusan login berulang. Perawat mengonfirmasi kemudahan proses handover

antar-shift, tetapi menghadapi peningkatan stres kerja akibat keterbatasan unit komputer di nurse station saat jam sibuk. Fenomena tekno-stres ini mendorong munculnya mekanisme pertahanan berupa praktik pencatatan ganda (hybrid) dan tenaga medis tetap mencatat di kertas sebagai antisipasi kehilangan data saat jaringan terputus. Temuan ini memvalidasi Pratiwi et al. (2024) bahwa pencatatan ganda sulit dihilangkan selama ada ketakutan kehilangan data akibat koneksi yang tidak stabil, sekaligus menegaskan bahwa kepercayaan pengguna terhadap keandalan Machine menjadi prasyarat mutlak sebelum visi paperless dapat tercapai sepenuhnya.

Variabel Struktur Birokrasi (Bureaucratic Structure)

Struktur birokrasi mendikte bagaimana kebijakan dioperasionalkan melalui pembagian tugas dan penetapan SOP. RSUD Kota Prabumulih telah menetapkan SOP penggunaan SIMRS sebagai standar pelayanan wajib, didukung Service Level Agreement (SLA) instalasi IT dengan target respons maksimal 15 menit untuk gangguan kritis. Namun, analisis menemukan ketimpangan struktural yang fatal: staf pendaftaran (Front Office) tidak memiliki SOP manual cadangan (downtime policy) apabila server mati total, sehingga kelumpuhan sistem di lini terdepan berisiko menghentikan seluruh alur pelayanan di belakangnya. Kondisi ini sangat kontras dengan kematangan SOP kedaruratan di unit laboratorium dan radiologi, yang telah memiliki mekanisme peralihan ke mode manual (formulir cito berwarna merah) beserta prosedur back-input setelah sistem normal kembali.

Di sisi lain, implementasi SIMRS terbukti nyata memangkas kompleksitas birokrasi administratif konvensional, dengan waktu tunggu pasien berkurang 1–2 jam berkat eliminasi pencarian berkas fisik dan otomatisasi modul billing yang memperlancar bridging klaim BPJS, temuan yang menguatkan simpulan Syafira et al. (2024) bahwa digitalisasi administrasi menekan potensi kebocoran finansial dan human error. Meskipun demikian, interoperabilitas antarmodul belum mencapai integrasi penuh: hasil ekspertise radiologi masih diketik ulang secara manual ke SIMRS meski citra medis sudah tersimpan otomatis di mini-PACS, laporan keuangan masih dikelola pada aplikasi terpisah, dan fitur Clinical Pathway yang dibutuhkan dokter spesialis belum tersedia.

Ringkasan Temuan, Evaluasi Risiko, dan Strategi Rekomendasi

Sintesis temuan atas keempat variabel Edward III menunjukkan bahwa upaya mencapai visi "Satu Data" dan "Paperless" di RSUD Kota Prabumulih merupakan proses transformasi ambisius yang masih dibayangi risiko strategis, terutama pada aspek keamanan siber, ketergantungan tunggal pada vendor jaringan (single point of failure), dan defisit kapasitas programmer internal. Ringkasan capaian, tantangan, dan rekomendasi strategis pada setiap variabel disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Ringkasan Capaian, Tantangan, dan Rekomendasi Strategis Implementasi SIMRS Berdasarkan Variabel Edward III

Variabel	Capaian Utama	Tantangan / Hambatan	Rekomendasi Strategis
Komunikasi	Visi digitalisasi 2025 tertuang eksplisit; Surat Perintah Direktur dan Tim Implementasi SIMRS memperjelas legitimasi kebijakan; sosialisasi fitur baru dilakukan multikanal.	Silo komunikasi horizontal antarunit, terutama perubahan jadwal praktik dokter yang tidak terinformasikan ke loket pendaftaran.	Membangun kanal notifikasi jadwal praktik terintegrasi sistem untuk memutus silo komunikasi lintas unit.
Sumber Daya - Man	Literasi digital dasar tenaga medis dan admin memadai untuk operasional harian; pendampingan tatap muka oleh tim IT berjalan aktif.	Defisit tenaga IT programmer internal; staf IT merangkap sebagai edukator harian (password, cetak dokumen) sehingga beban kerja ganda.	Rekrutmen/sertifikasi programmer internal; membentuk helpdesk tiket elektronik dengan SLA terukur.
Sumber Daya - Machine	Peremajaan hardware melalui skema Kerjasama Operasional (KSO) berhasil mengatasi perangkat berusia 15 tahun; bridging VClaim BPJS dan SatuSehat berjalan.	Ketergantungan pada satu vendor internet (single point of failure); keamanan siber hanya mengandalkan antivirus standar tanpa enkripsi/firewall.	Jaringan internet berlapis (redundant ISP); investasi firewall institusi, enkripsi basis data, dan penetration testing berkala.
Sumber Daya - Money	Efisiensi biaya ATK dan formulir kertas; ROI implementasi SIMRS	Alokasi anggaran pengembangan SIMRS masih kecil dan terserap oleh sewa KSO serta lisensi tahunan.	Realokasi anggaran BLUD secara proporsional dalam RBA tahunan untuk belanja modal IT strategis dan pelatihan SDM.

Variabel	Capaian Utama	Tantangan / Hambatan	Rekomendasi Strategis
Disposisi	mendekati titik impas (break-even). Manajemen menerapkan pendekatan persuasif-normatif (non-punitif) dan pelatihan bertahap yang berhasil menekan resistensi awal.	Fenomena tekno-stres akibat login berulang dan sistem lambat memicu praktik pencatatan ganda (hybrid) sebagai mekanisme pertahanan.	Program diklat berkelanjutan berbasis peran, disertai stabilisasi infrastruktur untuk membangun kepercayaan pengguna.
Struktur Birokrasi	SOP SIMRS dan SLA insiden (maksimal 15 menit) telah ditetapkan; unit penunjang (laboratorium/radiologi) memiliki SOP kedaruratan manual yang jelas.	Ketiadaan SOP kedaruratan manual (downtime policy) di unit pendaftaran; fragmentasi interoperabilitas modul (ekspertise radiologi, laporan keuangan).	Menyusun SOP downtime policy seragam untuk seluruh unit, terutama Front Office; integrasi end-to-end antarmodul SIMRS.

Sumber: Hasil olahan wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen (2026).

Tabel 3 memperlihatkan pola yang konsisten di seluruh variabel: capaian implementasi cenderung kuat pada dimensi kebijakan dan prosedural (komunikasi top-down, penerbitan SOP, otomatisasi alur administratif), tetapi masih rapuh pada dimensi teknis-infrastruktural dan finansial (keamanan siber, redundansi jaringan, dan alokasi anggaran pengembangan). Pola ini menegaskan bahwa keempat variabel Edward III bersifat saling bergantung: kegagalan pada variabel sumber daya (khususnya Machine dan Money) berdampak langsung pada menurunnya variabel disposisi pengguna, yang pada gilirannya melahirkan praktik pencatatan ganda dan menghambat pencapaian target birokrasi paperless.

Berdasarkan pemetaan risiko ini, strategi prioritas yang direkomendasikan mencakup tiga lini intervensi: pertama, penguatan infrastruktur teknologi dan keamanan siber melalui jaringan internet berlapis (redundant ISP) serta investasi firewall dan enkripsi basis data rekam medis; kedua, peningkatan kapasitas SDM IT melalui rekrutmen/sertifikasi programmer internal dan penerapan sistem helpdesk tiket elektronik bersama SLA terukur; dan ketiga, penyempurnaan struktur birokrasi melalui penyusunan SOP kedaruratan manual (downtime policy) yang seragam di seluruh unit serta integrasi end-to-end antarmodul SIMRS, termasuk pembentukan Komite Evaluasi Rekam Medis Elektronik untuk menjembatani kebutuhan klinis dengan pengembangan sistem.

KESIMPULAN

Implementasi SIMRS di RSUD Kota Prabumulih telah berjalan pada mayoritas unit pelayanan dan berhasil memangkas waktu tunggu pasien secara signifikan, namun efektivitasnya belum merata di seluruh variabel implementasi kebijakan George C. Edward III. Pada variabel komunikasi dan struktur birokrasi, capaian tergolong baik: visi digitalisasi tertransmisi secara jelas melalui jalur komando formal, dan SOP operasional telah tersedia di sebagian besar unit, meskipun celah kritikal masih ditemukan pada ketiadaan SOP kedaruratan di unit pendaftaran dan fragmentasi interoperabilitas antarmodul. Pada variabel sumber daya, kesenjangan paling mencolok terletak pada defisit tenaga programmer internal, ketergantungan tunggal pada vendor jaringan internet, dan rendahnya maturitas keamanan siber, meskipun peremajaan perangkat keras melalui skema KSO dan efisiensi anggaran operasional (ATK dan klaim BPJS) menunjukkan hasil positif. Pada variabel disposisi, dukungan manajerial yang persuasif dan non-punitif terbukti efektif menekan resistensi awal, tetapi fenomena tekno-stres dan praktik pencatatan ganda (hybrid) masih bertahan sebagai respons psikologis pengguna terhadap ketidakstabilan sistem. Secara keseluruhan, temuan ini menegaskan bahwa keberhasilan digitalisasi rumah sakit daerah tidak dapat dicapai hanya melalui kepatuhan regulatif dan kelengkapan prosedural, melainkan menuntut sinergi seimbang antara keempat variabel Edward III, terutama penguatan simultan pada aspek Machine dan Money sebagai fondasi bagi terbentuknya kepercayaan pengguna (disposisi) yang berkelanjutan. Bagi manajemen RSUD Kota Prabumulih, disarankan untuk segera menyusun dan menyimulasikan SOP Kedaruratan Manual (downtime policy) yang seragam, khususnya bagi unit pendaftaran, serta memprioritaskan investasi jaringan internet berlapis dan sistem keamanan siber (firewall dan enkripsi basis data) guna memitigasi risiko tinggi kegagalan tunggal dan peretasan. Bagi pengguna (staf medis dan administratif), diperlukan peningkatan inisiatif mengikuti pelatihan berkelanjutan agar literasi digital semakin merata dan ketergantungan pada praktik pencatatan ganda dapat dikurangi secara bertahap seiring membaiknya stabilitas infrastruktur. Bagi vendor dan pengembang sistem, disarankan mempercepat integrasi end-to-end antarmodul khususnya expertise radiologi dan pelaporan keuangan serta menambahkan

fitur Clinical Pathway yang selaras dengan alur asuhan klinis (SOAP). Bagi institusi pendidikan dan peneliti selanjutnya, penelitian kuantitatif lanjutan menggunakan model Technology Acceptance Model (TAM) atau System Usability Scale (SUS), serta kajian mendalam mengenai analisis biaya-manfaat (cost-benefit analysis) investasi teknologi informasi dan audit keamanan informasi kesehatan (penetration testing), akan melengkapi temuan kualitatif penelitian ini dan memperkaya literatur administrasi rumah sakit pemerintah tipe C di Indonesia.

DAFTAR REFERENSI

- Augustyana, D. I., Purwadhi, & Mulyani, K. (2025). Evaluasi implementasi SIMRS dan hambatanannya di instalasi rawat jalan RS Bhayangkara Balikpapan. *JMIAK: Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan*.
- BPJS Kesehatan. (2024). Transformasi digital dan integrasi sistem informasi untuk kemudahan layanan peserta JKN. Humas BPJS Kesehatan.
- Edwards, G. C., III. (1980). *Implementing public policy*. Congressional Quarterly Press.
- Endalamaw, A., Zewdie, A., Wolka, E., & Assefa, Y. (2025). A scoping review of digital health technologies in multimorbidity management: Mechanisms, outcomes, challenges, and strategies. *BMC Health Services Research*.
- Farzandipur, M., Jeddi, F. R., & Azimi, E. (2016). Factors affecting successful implementation of hospital information systems. *Acta Informatica Medica*.
- Hasibuan, A. N. R., Harahap, J. W., Agustina, D., Hasibuan, S. R., Nurmainani, A., & Khairiah, M. (2024). Analisis strategi dalam optimalisasi pelayanan kesehatan melalui implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS): Systematic literature review. *Jurnal Kolaboratif Sains*.
- Hutagalung, L. E. (2022). Analisa manajemen risiko Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) pada Rumah Sakit XYZ menggunakan ISO 31000. *Jurnal JAYIDOANS*.
- Jandoo, T. (2020). WHO guidance for digital health: What it means for researchers. *Digital Health*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Kementerian Kesehatan RI.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). Sage Publications.
- Nadiya, & Rijali, S. (2021). Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dilihat dari aspek sumber daya manusia pada Unit Rawat Inap RSUD H. Badaruddin Kasim Kabupaten Tabalong. *Jurnal Administrasi Publik dan Bisnis (JAPB)*.
- Pratiwi, I., Ahmad, L. O. A. I., & Effendy, D. S. (2024). Analisis implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) pada unit rekam medis di RSUD Kabupaten Buton tahun 2023. *JAKKUHO: Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*.
- Putri, D. N., Purba, S. H., Layana, K., & Lubis, K. (2025). Tantangan dan solusi dalam implementasi SIMRS di rumah sakit pemerintah di Indonesia. *JRIKUF: Jurnal Riset Ilmu Kesehatan Umum*.
- Ramadhani, H., Issroviatiningrum, R., & Sari, D. W. P. (2025). Hubungan implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dengan kinerja perawat. *Corona: Jurnal Ilmu Kesehatan Umum, Psikolog, Keperawatan dan Kebidanan*.
- Septiyani, S. N. D., & Sulistiadi, W. (2022). Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dengan menggunakan metode HOT-Fit: Systematic review. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (J-KESMAS)*.
- Syafira, A. C., Siregar, J. S., Farashati, J. I., Ramadiah, P. S., Megarani, S., & Purba, S. H. (2024). Faktor keberhasilan implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). *Health Care: Jurnal Kesehatan*.