

ANALISIS TINGKAT KEPUASAN TENAGA KESEHATAN TERHADAP PENERAPAN APLIKASI e-HEALTH LAYANAN KESEHATAN TERDIGITALISASI PADA KLINIK ANGGOTA ASOSIASI KLINIK INDONESIA DI KEDIRI TAHUN 2021



**ISHAK SULISTIANTO RAHARDJO
RATNA WARDANI
YULY PERISTIOWATI
AGUSTA DIAN ELLINA
DEVY PUTRI NURSANTI
ERI PUJI KUMALASARI
ASRURIA SANI FAJRIAH
KATMINI**

Analisis Tingkat Kepuasan Tenaga Kesehatan
Terhadap Penerapan Aplikasi e-Health Layanan
Kesehatan Terdigitalisasi pada Klinik Anggota
Asosiasi Klinik Indonesia di Kediri Tahun 2021

**ISHAK SULISTIANTO RAHARDJO
RATNA WARDANI
YULY PERISTIOWATI
ASRURIA SANI FAJRIAH**

**AGUSTA DIAN ELLINA
DEVY PUTRI NURSANTI
ERI PUJI KUMALASARI
KATMINI**



**ANALISIS TINGKAT KEPUASAN TENAGA KESEHATAN TERHADAP
PENERAPAN APLIKASI E-HEALTH LAYANAN
KESEHATAN TERDIGITALISASI PADA KLINIK
ANGGOTA ASOSIASI KLINIK INDONESIA DI KEDIRI
TAHUN 2021**

Penulis : Ishak Sulistianto Rahardjo Agusta Dian Ellina
 : Ratna Wardani Devy Putri Nursanti
 : Yuly Peristiowati Eri Puji Kumalasari
 : Asruria Sani Fajriah Katmini

ISBN : 978-623-6434-13-0

Penyunting : Wahyu Eko Putro
Desain : Tim STRADA PRESS
Tata Letak : Tim STRADA PRESS

Penerbit : STRADA PRESS
Redaksi : Jalan Manila 37 Kota Kediri Jawa Timur Indonesia
Website : press.strada.ac.id
Email : press@strada.ac.id
Kontak : 081336435001

Cetakan : Pertama, 2021

© 2021 STRADA PRESS.

Penerbit Anggota Resmi IKAPI Indonesia

Hak cipta dilindungi Undang-Undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala pujian dan syukur hanya bagi Tuhan Yesus Kristus, Sang Sumber, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini. Dalam penyusunan buku ini tentu tidak lepas penulis mendapatkan banyak saran, dorongan, dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis dengan kerendahan hati mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

Prof. Dr. H. Sandu Siyoto, S.Sos., S.KM., M.Kes. (alm.) selaku Pembimbing buku yang telah memberikan banyak dukungan dan masukan, terutama Tema/Judul Penelitian ini hingga penelitian ini dapat diselesaikan.

Ibu Ratna Wardani, S.Si., M.M., Ketua Program Studi Magister Kesehatan IIK STRADA dan Pembimbing buku yang bahkan sejak awal penulisan buku telah secara khusus meluangkan waktu untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan naskah ini sampai selesai.

Ibu Dr. Yuly Peristiowati, S.Kep.Ns., M.Kes. selaku Direktur Pascasarjana IIK Strada Indonesia Kediri dan Ketua Penguji untuk penelitian ini serta Ibu Dr. Siti Farida, M.Pd. selaku Penguji.

Papa dan Kakakku serta anak-anakku dan Kei-ku yang tercinta yang menjadi sumber semangat dan kekuatan menghadapi banyak hal yang terjadi.

My Beloved Mommy, Ny. Enny Maria, semua ini saya dedikasikan untuk Mama. Juga orang tua rohani saya, yang selama penyusunan naskah ini telah dipanggil pulang ke rumah yang kekal, Papi Pdt. Yunus Sutrisno dan Mami Pdm. Lusy Indrawati, betapa kalian sungguh berharga bagi saya.

Saudara terkasih dan rekan berbagi beban di GPdI “*Bukit Moria Ministry*” dan seluruh tim di Klinik MAHKOTA yang sudah menemani saya di masa-masa yang sulit.

Teman-teman anggota ASKLIN Cabang Kediri dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu.

Setelah sekian lama berlalu, menyusun naskah ilmiah ini bukanlah hal yang mudah untuk dikerjakan. Penulis berharap naskah ini mampu memberikan kontribusi yang berarti dalam dunia kesehatan di Indonesia, khususnya dalam pengembangan Sistem Informasi Manajemen Kesehatan terdigitalisasi pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Kediri, 19 Agustus 2021

Penulis

ANALISIS TINGKAT KEPUASAN TENAGA KESEHATAN TERHADAP PENERAPAN APLIKASI *E-HEALTH* LAYANAN KESEHATAN TERDIGITALISASI PADA KLINIK ANGGOTA ASOSIASI KLINIK INDONESIA DI KEDIRI TAHUN 2021

Ishak Sulistianto Rahardjo

Program Studi Magister Kesehatan IIK STRADA Indonesia

ABSTRAK

Pelayanan kesehatan yang mudah diakses, cepat, aman, rahasia, terintegrasi, efektif, dan efisien merupakan tuntutan terhadap kualitas pelayanan publik, khususnya bidang kesehatan di Era Disrupsi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana implementasi aplikasi SimKes (*e-health*) dan mengeksplorasi faktor-faktor yang mendukung dan menghambat digitalisasi pelayanan kesehatan di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri sehingga memengaruhi kepuasan tenaga kesehatan sebagai pengguna aplikasi.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini melalui pendekatan kualitatif yang didefinisikan sebagai sebuah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif. Pengumpulan data menggunakan *Purposive Sampling* dengan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) melalui pertanyaan semi terstruktur kepada 14 Informan dan 2 Triangulator Sumber yaitu *Founder dan Creator* SimKes Khanza serta Kepala Penjamin Manfaat Peserta (PMP) BPJS Kesehatan Cabang Kediri.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa aplikasi SimKes (*e-health*) telah digunakan dalam seluruh alur pelayanan kesehatan di hampir semua Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri dan tingkat kepuasan tenaga kesehatan pengguna aplikasi SimKes (*e-health*) berkisar antara 75-80%. Kendala penerapan aplikasi SimKes berhasil dipetakan antara lain usia pengguna aplikasi, jaringan data, dan kustomisasi aplikasi, pembiayaan, hingga hal-hal lain yang bersifat teknis profesi dapat meningkatkan kepuasan tenaga kesehatan pengguna aplikasi *e-health* bila mendapatkan penanganan yang tepat.

Penerapan aplikasi Sistem Informasi Manajemen Kesehatan (SimKes) dalam pelayanan kesehatan digital (*telemedicine/e-health*) diharapkan dapat memaksimalkan pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, khususnya di Klinik anggota Asosiasi Klinik Indonesia Cabang Kediri. Aplikasi pelayanan kesehatan terdigitalisasi sangat diharapkan dapat menyediakan data dan informasi yang andal dan terintegrasi sehingga sanggup menjadi alat bagi pengelolaan pembangunan kesehatan yang efektif dan efisien.

Kata Kunci: Aplikasi Pelayanan Kesehatan, SimKes, *e-health*

ANALYSIS OF MEDICAL WORKER SATISFACTION LEVEL TOWARDS THE IMPLEMENTATION OF DIGITALIZED E-HEALTH APPLICATIONS OF HEALTH SERVICES AT MEMBER OF INDONESIAN CLINIC ASSOCIATION IN KEDIRI 2021

Ishak Sulistianto Rahardjo

Master of Public Health Study Program IIK STRADA Indonesia

ABSTRACT

Health services that are easy to access, fast, safe, confidential, integrated, effective and efficient are demands on the quality of public services, especially for health sector in the Disruption Era. The purpose of this research was to determine the extent of the SimKes (e-health) application implementation and to explore supportive and impeding factors of health service digitalization at the member clinics of ASKLIN Kediri Branch so that it affects the medical workers' satisfaction as an application users.

The method used in this research is qualitative approach which defined as a research procedure that produces descriptive data. Collecting data using Purposive Sampling by in-depth interview techniques with semi-structured questions to 14 informants and 2 Triangulators Data Sources, namely the founder and creator of SimKes Khanza and the head of the Penjamin Manfaat Peserta (PMP) BPJS Kesehatan Kediri Branch.

From the research's results, it is known that the SimKes (e-health) application has been used in all health service line in almost all ASKLIN member Clinics in Kediri Branch and the satisfaction level of medical workers using the SimKes (e-health) application ranges from 75-80%. The constraints in implementing SimKes application have been successfully mapped, including application users' age, data networks and application customization, financing to other profession technical matters, which can increase the satisfaction of medical workers who use e-health applications if they get the right treatment.

The implementation of the Health Management Information System (SimKes) application in digital health services (telemedicine/e-health) is expected to maximize health services at Health Service Facilities, especially at the member Clinics of the Indonesian Clinical Association, Kediri Branch. Digitalized health service implementations are expected to provide reliable and integrated data and information so that they can become a tool for effective and efficient management of health development.

Keywords: Health Service Application, SimKes, e-health

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.5 Keaslian Penelitian	10

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Tentang Tingkat Kepuasan Pengguna Layanan	19
2.2 Tinjauan Tentang Digital Platform	29
2.2.1 Penyedia Sistem Elektronik Farmasi (PSEF)	29
2.2.2 Digitalisasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia	36
2.2.3 Prinsip Pengolahan Data melalui E-Health	43
2.3 Tinjauan Tentang Revolusi Industri	43
2.3.1 Revolusi Industri 1.0	43
2.3.2 Revolusi Industri 2.0	46
2.3.3 Revolusi Industri 3.0	49
2.3.4 Revolusi Industri 4.0	51
2.4 Tinjauan Tentang Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN)	53
2.4.1 Latar Belakang	53
2.4.2 Dasar Hukum	56
2.4.3 Visi, Misi, dan Tujuan ASKLIN	56
2.4.4 Fungsi ASKLIN	58
2.4.5 Program Kerja ASKLIN	59
2.4.6 Sasaran/Anggota ASKLIN.....	60

2.5. Tinjauan Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes).....	60
2.5.1. Jenis dan Tingkatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	60
2.5.2. Cakupan Pelayanan.....	61
2.5.3. Alur Pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	64
2.6. Tinjauan Tentang Tenaga Kesehatan	66
2.7. Kerangka Konseptual Penelitian.....	68

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian.....	69
3.2. Kehadiran Peneliti.....	71
3.3. Lokasi Penelitian.....	71
3.4. Sumber Data	71
3.4.1. Subjek Penelitian.....	72
3.4.2. Informan.....	72
3.4.3. Pengambilan Sampel (<i>Sampling</i>).....	73
3.4.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	74
3.5. Prosedur Pengumpulan Data	75
3.5.1. Fidelitas dan Struktur	75
3.5.2. Instrumen Penelitian	75
3.5.3. Alat Pengumpulan Data	75
3.5.4. Prosedur Pengumpulan Data	76
3.5.5. Pengumpulan Data	76
3.6. Analisis Data.....	80
3.6.1. Pengumpulan Data (<i>Data Collection</i>).....	81
3.6.2. Reduksi Data (<i>Data Reduction</i>).....	81
3.6.3. Penyajian Data (<i>Display Data</i>)	82
3.6.4. Penarikan Kesimpulan (<i>Verification</i>).....	82
3.7. Pengecekan Keabsahan Data/Temuan	82
3.7.1. Kredibilitas Data (<i>Credibility</i>).....	84
3.7.2. Keteralihan Data (<i>Transferability</i>)	85
3.7.3. Ketergantungan (<i>Dependability</i>)	85
3.7.4. Kepastian Data (<i>Confirmability</i>)	85
3.8. Etika Penelitian	86
3.8.1. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	86
3.8.2. Tanpa Nama (<i>Anonimity</i>).....	86
3.8.3. Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	86

BAB IV PAPARAN DAN TEMUAN PENELITIAN

4.1. Asosiasi Klinik Indonesia Cabang Kediri	87
4.2. Keanggotaan Asosiasi Klinik Indonesia Cabang Kediri	89
4.3. Data Demografi Informan	91
4.4. Analisis Tematik	92
4.5. Temuan Penelitian	93

BAB V PEMBAHASAN

5.1. Penerapan Aplikasi SimKes (e-health) oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Klinik/Instalasi Farmasi Klinik) Anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri Dapat Terpenuhi	115
5.2. Cakupan Pelayanan yang Tersedia pada Aplikasi SimKes (e-health) dan Sejauh Mana Fitur-fitur yang Ada Tersebut Dapat Dimaksimalkan dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan di Klinik Anggota ASKLIN Cabang Kediri	119
5.3. Faktor-faktor yang Mendukung dan Menghambat Penerapan Aplikasi SimKes (e-health) di Klinik Anggota ASKLIN Cabang Kediri	122
5.4. Tingkat Kepuasan Tenaga Kesehatan Pengguna Aplikasi SimKes (e-health) yang Telah Diterapkan di Klinik Anggota ASKLIN Cabang Kediri	125

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan	129
6.2. Saran	135

DAFTAR PUSTAKA	137
-----------------------------	------------

LAMPIRAN	142
-----------------------	------------

BIOGRAFI PENULIS	182
-------------------------------	------------

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Informasi Aplikasi e-Health di Indonesia bag. 1	40
Gambar 2. Informasi Aplikasi e-Health di Indonesia bag. 2	41
Gambar 3. Prinsip Pengelolaan Data Monitoring e-Health	43
Gambar 4. Alur Pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)	65
Gambar 5. Kerangka Konseptual Penelitian	68
Gambar 6. Alur Penelitian	70

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Data Klinik Provider BPJS Kesehatan Kabupaten Kediri.....	90
Tabel 2. Gambaran Karakteristik Informan	91

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1.** Permohonan Menjadi Informan
Lampiran 2. Informed Consent
Lampiran 3. Instrumen Penelitian
Lampiran 4. Transkrip Indepth Interview
Lampiran 5. Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Era Disrupsi adalah masa ketika perubahan terjadi sedemikian tidak terduga, mendasar dan hampir dalam semua aspek kehidupan manusia. Tatanan baru hadir menggantikan tatanan lama yang sudah tidak sesuai dengan tuntutan zaman. Implementasi nyata kehadiran Era Disrupsi dalam sejarah umat manusia adalah apa yang sekarang dikenal sebagai “Revolusi Industri 4.0”. Inovasi disrupsi memainkan peranan penting dalam penggunaan teknologi, di mana hampir seluruh inovasi disrupsi ini menggunakan kecanggihan teknologi dalam pengaplikasiannya (Meyliano, 2015).

Konsep “Industri 4.0” pertama kali digunakan di publik secara umum dalam pameran industri Hannover Messe di Kota Hannover, Jerman pada tahun 2011. Dari peristiwa ini juga sebetulnya ide “Industri 2.0” dan “Industri 3.0” baru muncul, yang sebelumnya hanya dikenal dengan nama “Revolusi Teknologi” dan “Revolusi Digital”. Revolusi Industri 4.0 inilah yang mengubah masyarakat. Negara-negara maju seperti Amerika Serikat dan negara-negara Eropa Barat cenderung berubah dari mengandalkan sektor manufaktur menjadi mengandalkan sektor jasa seperti bank, studio film, teknologi informasi (TI) dan lain-lain sebagai motor penggerak ekonomi mereka. Mereka berubah dari ekonomi industri menjadi ekonomi informasi.

Ciri-ciri yang harus ada untuk mendukung Revolusi Industri 4.0 di antaranya adalah tersedianya jaringan internet yang masif, komputer yang terhubung dalam suatu jaringan, aplikasi-aplikasi pendukung untuk memaksimalkan produktifitas pekerjaan dan tersedianya *database* serta *cloud computing*. Bagian pertama dari Revolusi Industri 4.0 adalah “*Internet of Things*” (IoT), di mana semua perangkat yang ada, baik komputer PC maupun

Laptop serta *Smart Gadget* terhubung satu dengan yang lainnya melalui internet sehingga akses komunikasi dan informasi yang terjadi dapat secara cepat disebarkan dan diketahui serta diakses oleh pengguna layanan di manapun mereka berada pada saat yang bersamaan (Susanto, 2019).

Bagian kedua Revolusi Industri 4.0 yang tidak kalah penting adalah tersedianya Aplikasi baik berbasis web (*web base*) maupun berbasis OS, baik Android maupun iOS. Tersedianya aplikasi-aplikasi yang bekerja dan didukung jaringan internet yang luas dibuktikan dapat menyederhanakan dan memaksimalkan komunikasi dan informasi dalam banyak pekerjaan, bahkan dalam skala besar dan lintas negara atau benua. Fungsi aplikasi-aplikasi baik berbasis web maupun berbasis OS, juga dapat meminimalkan kesalahan-kesalahan (*AlphaZero*) dan perkembangan terkini pada beberapa aplikasi tertentu telah dilengkapi dengan teknologi Kecerdasan Buatan (*Artificial Intelligence*). Kemajuan-kemajuan yang terjadi dalam Era Disrupsi ini telah menggabungkan semua elemen penting yang ada bahkan yang sebelumnya belum pernah terpikirkan bahkan di luar batas kemampuan manusia (Alfredo, 2018).

Sebuah laporan *The Asean E-Commerce Database Project* yang dirilis oleh *The Department Of Trade And Industry The Commission On Information And Communications Technology And Superius Corporation* menyebutkan bahwa jumlah pengguna internet di Kawasan ASEAN telah mencapai 600 juta orang, dan kawasan ASEAN merupakan kawasan pengguna internet yang luar biasa. Pada tahun 2010, masyarakat ASEAN telah mewakili sekitar 9% dari populasi dunia dan mewakili sekitar 6% pengguna internet dari semua pengguna internet di seluruh dunia. Indonesia merupakan pengguna internet terbesar, disusul Filipina lalu Vietnam. Fenomena ini memperlihatkan bahwa Indonesia merupakan pangsa pasar yang cukup besar dalam perekonomian berbasis Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK) (ANDAYA et al., 2010).

Revolusi Industri 4.0 yang mengubah pola ekonomi industri menjadi ekonomi informasi juga diikuti oleh sejumlah besar perubahan besar lainnya terutama dalam bidang ekonomi dan politik, bahkan militer serta budaya. Dampak yang timbul dari perubahan dalam Era Disrupsi ini adalah menghilangnya jenis profesi atau pekerjaan tertentu dan munculnya jenis profesi atau pekerjaan baru yang sebelumnya tidak ada. Jenis-jenis pekerjaan yang semula begitu sulit, begitu lama, begitu mahal dalam prosesnya berubah secara mendadak menjadi sangat mudah, sangat cepat, dan lebih murah (ekonomis). Revolusi Industri 4.0 menurunkan, bahkan menghilangkan beberapa jenis profesi atau pekerjaan tertentu sehingga waktu, tenaga, dan uang yang semula digunakan secara tidak maksimal dan efisien dapat digunakan secara lebih baik dan lebih cepat karena proses otomatisasi, di mana hal ini pada akhirnya mengubah banyak aspek dalam kehidupan sosial kemasyarakatan.

Dampak perubahan tersebut di atas juga sangat berdampak terhadap layanan kesehatan serta hal-hal yang terkait di dalamnya seperti layanan kefarmasian (pelayanan obat). Di Indonesia perkembangan Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK) masih dalam proses transformasi dari layanan kesehatan konvensional menuju digitalisasi layanan kesehatan. Indonesia sedang mengembangkan ekonomi dengan meningkatkan investasi pada sektor teknologi informasi. Perkembangan *e-commerce* layanan kesehatan pun masih digolongkan baru bermunculan, hal ini menunjukkan proses digitalisasi layanan kesehatan di Indonesia masih dalam fase peralihan. Pada sektor layanan kesehatan saat ini mulai bermunculan lembaga/institusi kesehatan non formal, perubahan pola pelayanan pasien di rumah sakit, dan juga perubahan pola komunikasi pasien dan dokter (Brucher et al., 2018). Meskipun digitalisasi layanan kesehatan dinilai mampu memberi kemudahan bagi masyarakat, tetapi pada praktiknya pelayanan kesehatan berbasis digital ini belum sepenuhnya dapat mempermudah dan dalam

banyak aspek masih menimbulkan resistensi dan terbuka sejumlah besar ruang untuk kajian atau perdebatan pro dan kontra.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Accenture tahun 2015 yang dilaporkan oleh Purwaningrum & Madrah juga menunjukkan minat masyarakat terhadap penggantian dari pelayanan kesehatan konvensional menuju sistem digitalisasi layanan kesehatan menunjukkan masih bervariasi. Dari survei tersebut, 5% masyarakat merasa positif untuk beralih dan masuk dalam digitalisasi layanan, 17% merespon negatif, 37% tidak tahu, dan yang terbanyak 41% masih pada ruang abu-abu. Pemaparan data-data statistik pada artikel ini dapat dimaknai bahwa digitalisasi layanan kesehatan belum sepenuhnya diterima dan masih berpotensi menimbulkan resistensi/penolakan oleh masyarakat (Purwaningrum & Madrah, 2019).

Salah satu bidang yang menjadi target komersialisasi secara digital adalah layanan kesehatan. Kebutuhan layanan kesehatan digital terus mengalami peningkatan, meskipun belum setinggi bidang lainnya seperti platform belanja yang mencapai 86% dan layanan perbankan mencapai 72% (McKeering et al., 2017). Kebutuhan layanan kesehatan digital dapat dibagi kedalam beberapa kategori antara lain pencarian resep sebesar 58%, latihan dan pola hidup sehat sebesar 32%, pembayaran biaya kesehatan 31%, pencarian permasalahan yang terkait bidang kesehatan 24%, asuransi kesehatan 18% dan pengobatan alternatif 15% (Deloitte, 2018).

Sementara itu, berdasarkan hasil riset yang dirilis oleh Accenture tahun 2018 dalam laporan resminya yang bertajuk *Dinamic Digital Consumer*, penggunaan layanan digital secara keseluruhan menempatkan pemanfaatan asisten kesehatan di urutan pertama sebesar 60%, selanjutnya secara berturut-turut dalam bidang asisten perjalanan sebesar 59%, sebagai asisten pribadi 56%, asisten untuk melengkapi suasana rumah sebesar 51%, penasihat ruang hiburan sebesar 51%, penasihat kegiatan sebesar 50% dan penasihat mode

sebesar 49% (Accenture, 2017). Penelitian ini dapat menjadi acuan bahwa minat masyarakat terhadap layanan digital Sebagian besar masih digunakan untuk membantu melakukan monitor status kesehatan mereka. Departemen Informasi dan Komunikasi RI pada tahun 2017 juga telah merilis hasil survei terhadap perilaku masyarakat terhadap pemanfaatan internet dalam bidang kesehatan. Dari hasil survei tersebut 51.06% responden mengaku menggunakan internet untuk mencari informasi yang berkaitan dengan Kesehatan dan 14.05% responden memanfaatkan internet untuk berkomunikasi dengan profesional kesehatan (Kominfo, 2017).

Riset mengenai kepuasan akan layanan kesehatan konvensional maupun non-konvensional menunjukkan bahwa Generasi Milenial (1981-1996) memberikan respon ketidakpuasan yang paling besar terhadap layanan kesehatan konvensional dan memberikan ruang yang sangat besar akan penyelesaian masalah kesehatan melalui layanan non-konvensional. Selanjutnya Generasi Z (1997+) menyusul pada urutan kedua, kemudian berturut-turut Generasi X (1965-1980), *Baby Boomers* (1946-1964) dan *Silents Generation* (1928-1945) pada urutan terakhir. Generasi Z menempati urutan kedua namun sangat berpotensi akan terus bertambah seiring waktu dan menggeser Generasi Milenial serta memimpin dalam hal penggunaan peran otomatisasi pada layanan kesehatan digital (Savafi et al., 2019).

Ekosistem layanan Kesehatan digital (*Technology Enabled Care*) meliputi layanan *telecare*, *telehealth*, *telemedicine*, *mhealth*, *digital health* dan *e-health services*. Hal ini melibatkan peranan teknologi kesehatan yang ada, digital, media dan telekomunikasi bergerak dan secara bermakna meningkatkan penyelesaian sejumlah masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan dan sosial (Deloitte, 2018). Keunggulan layanan kesehatan digital ini memberikan dampak positif yang sangat luas sekaligus mengeliminasi sejumlah kendala yang selama ini muncul, khususnya kendala ruang dan waktu. Sebagai contoh, peranan

layanan *telemedicine* di mana pada akhirnya mengeliminasi persepan konvensional menggunakan kertas (*paperless*). Proses persepan menjadi lebih cepat dan sederhana, sementara proses pengambilan obat di apotek dapat dilakukan melalui Penyedia Sistem Elektronik Farmasi (PSEF) yang telah ada (*e-health application*). Hal ini tentunya sangat memudahkan dalam hal tata kelola industri kesehatan khususnya Farmasi di Indonesia.

Penelitian tentang penggunaan ekosistem kesehatan digital telah dipercaya mampu menurunkan tingkat perawatan di rumah sakit sebesar 59% serta kasus MRS sebesar 35%. Bahkan *Telemedicine* bahkan telah dianggap sebagai agen yang paling penting menuju ekosistem kesehatan yang efisien. Hal ini telah dibuktikan dengan penggunaan layanan *telemedicine* kepada 210 perawat *homecare* pada 113 pengguna layanan (Taylor, 2015). Sementara itu, di Amerika Serikat layanan ekosistem layanan digital kesehatan mampu merubah pola kerja yang selama ini terjalin antara rumah sakit dan seluruh komunitas peduli kesehatan. Di Indonesia sendiri, layanan *e-health services* seperti Halodoc, Alodokter dan GoApotik serta aplikasi sejenis yang lain mulai diperkenalkan dan dikembangkan sejak 2016 (Wikipedia, 2020). Sementara itu, dasar hukum dan perundang-undangan yang mengatur tentang layanan PSEF (*e-health services*) sendiri belum diatur secara spesifik dan mendasar sehingga sampai saat ini berpotensi untuk menimbulkan ruang/celah hukum dan banyak ketidakpastian terhadap sistem operasional layanan *telemedicine* di Indonesia. Layanan PSEF secara spesifik masih bertumpu pada Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 8 tahun 2020 tentang Pengawasan Obat dan Makanan Yang Diedarkan Secara Daring yang secara resmi baru diundangkan pada tahun 2020. Dasar hukum yang melatarbelakangi Peraturan BPOM tersebut antara lain Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik (ITE), Peraturan Pemerintah Nomor 71 tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Sistem dan Transaksi Elektronik serta Peraturan Pemerintah

Nomor 80 Tahun 2019 tentang Perdagangan Melalui Sistem Elektronik (BPOM, 2020). Demikian pula, Kementerian Kesehatan RI sendiri sejak 2017 telah merilis layanan *telemedicine* melalui alamat website <https://temenin.kemkes.go.id/> dengan tajuk TEMENIN (Teknologi Telemedis Terintegrasi - untuk Layanan Medis anda) yang meliputi empat layanan yaitu layanan Tele-Radiologi, layanan Tele-Elektrokardiografi (EKG), layanan Tele-USG dan layanan Tele-Konsultasi.

Di sisi lain, adanya perubahan dari layanan kesehatan konvensional menuju ekosistem layanan kesehatan digital juga memberikan pengaruh yang cukup bermakna kepada pola kerja profesional tenaga kesehatan. Perubahan pola layanan kesehatan, dalam hal ini penggunaan ekosistem layanan kesehatan digital selain dapat diterima dengan baik oleh profesional tenaga kesehatan, namun bagi sebagian kalangan ekosistem layanan digital juga menimbulkan penolakan/perlawanan (*resistensi*). Hal ini dikarenakan perubahan adalah keniscayaan, penerimaan dan penolakan, pro dan kontra, bagaikan dua sisi mata uang yang tidak dapat dipisahkan begitu saja. Dampak yang timbul dari penggunaan *Technology Enabled Care* terhadap kualitas, efisiensi dan biaya yang muncul pada perawatan medis juga telah diulas. *Annals of Internal Medicine* dalam *literature review*-nya yang berjudul *Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care* memberikan kesimpulan utama bahwa penggunaan teknologi informasi kesehatan telah menunjukkan peningkatan yang bermakna terhadap kepatuhan pedoman pengobatan, meningkatkan pengawasan penyakit dan mengurangi derajat kesalahan dalam pengobatan (Chaudhry et al., 2006).

Secara lebih khusus dalam regional Kota dan Kabupaten Kediri, penggunaan ekosistem layanan kesehatan digital sangat dirasakan manfaatnya terutama di masa pandemi Covid-19 yang masih belum berakhir. Adanya perubahan perilaku masyarakat yang berubah secara sangat masif dan signifikan

diterapkan dengan menjalankan pola hidup kenormalan baru (*new normal*) secara ketat dan disiplin. Hal ini tentunya sangat berimbas dalam kehidupan masyarakat secara umum dan secara khusus, professional tenaga kesehatan yang sangat beresiko dengan penularan penyakit di masa pandemi. Dampak yang timbul dari adanya fenomena pandemi Covid-19 di antaranya adalah adanya perubahan pola kunjungan masyarakat ke fasilitas layanan kesehatan baik di tingkat pertama dan tingkat lanjut, serta minat yang tinggi terhadap pengobatan mandiri (*selfmedication*). Pada hampir di semua Rumah Sakit baik milik swasta maupun milik Pemerintah didorong untuk menggunakan secara maksimal penggunaan sistem elektronik berbasis aplikasi. Sebagai contoh, di Rumah Sakit Aura Syifa Kediri, pemakaian aplikasi APAM didorong terus penerapannya sehingga seluruh pelayanan di Rumah Sakit mulai *Booking*/Pendaftaran pasien, pelayanan poli, pelayanan laboratorium sampai Pelayanan Kefarmasian di titik akhir terekam dalam satu aplikasi. Bahkan dalam tataran kepegawaian dilaksanakan *reward and punishment* dalam penerapan aplikasi, sehingga kegiatan mencetak kertas, sangat berkurang hingga lebih dari 80% dan hampir semua tercatat secara *paperless*. Hal ini tentunya mendorong *provider* (penyedia layanan digital) untuk ber-inovasi menciptakan layanan *e-health services* yang memberikan fasilitas dan kemudahan bagi para pengguna layanan digital, baik masyarakat umum maupun tenaga kesehatan untuk tetap dapat memantau status kesehatan mereka, kemudahan untuk terhubung dengan tenaga kesehatan yang berkompeten, biaya yang sangat terjangkau, serta akses terhadap layanan farmasi yang cepat dan tepat. Hasil yang diharapkan dari pemanfaatan layanan kesehatan digital adalah perawatan penyakit yang lebih berkualitas, meningkatkan efisiensi dan kepuasan pasien (Brucher et al., 2018).

Berdasarkan uraian di atas, peneliti merasa perlu melakukan penelitian terhadap penerapan sistem layanan kesehatan berbasis aplikasi (*e-health*) ini di lingkungan Klinik anggota Asosiasi Klinik Indonesia Cabang Kediri. Hal ini

untuk mengetahui sampai sejauh mana penerapan aplikasi *e-health* di Fasilitas Layanan Kesehatan terutama di Klinik dan nilai kepuasan yang dapat digali berdasarkan pemanfaatan teknologi tersebut.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan analisis uraian dalam latar belakang di atas, maka dapat dikemukakan rumusan masalah sebagai berikut.

Sampai sejauh mana implementasi penggunaan layanan kesehatan digital di lingkungan profesional kesehatan anggota ASKLIN di Kabupaten Kediri?

Bagaimana tingkat kepuasan penggunaan layanan kesehatan digital kalangan profesional kesehatan anggota ASKLIN di Kabupaten Kediri?
Apa saja faktor-faktor pendukung dan penghambat implementasi penggunaan layanan kesehatan digital kalangan profesional kesehatan anggota ASKLIN di Kabupaten Kediri?

Usaha-usaha apa yang dilakukan untuk mengatasi hambatan implementasi penggunaan layanan kesehatan digital kalangan profesional kesehatan anggota Asklin di Kabupaten Kediri?

1.3. Tujuan Penelitian

Untuk mendiskripsikan pola pelayanan kepada pasien melalui implementasi digitalisasi layanan kesehatan di lingkungan profesional kesehatan di Klinik anggota ASKLIN di Kabupaten Kediri.

Untuk mengetahui sejauh mana tingkat kepuasan penggunaan digitalisasi layanan kesehatan di kalangan profesional kesehatan anggota ASKLIN di Kabupaten Kediri.

Untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang mendukung dan menghambat pelayanan kepada pasien melalui digitalisasi layanan kesehatan di

lingkungan profesional kesehatan di Klinik anggota ASKLIN di Kabupaten Kediri.

Untuk mengetahui usaha-usaha yang dilakukan untuk mengatasi hambatan implementasi penggunaan layanan kesehatan digital kalangan profesional kesehatan di Klinik anggota ASKLIN di Kabupaten Kediri.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat Praktis

Sebagai bahan evaluasi dalam menetapkan kebijakan penggunaan layanan kesehatan digital di fasilitas layanan kesehatan (fasyankes) dan juga kalangan profesional kesehatan yang sampai saat ini masih sangat minim peraturan-perundangan tentang tata kelola digitalisasi layanan kesehatan khususnya di Indonesia, sehingga dapat dipakai sebagai acuan untuk memperbaiki sistem layanan digital bidang kesehatan serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di masa depan.

Manfaat Akademis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan keilmuan tentang digitalisasi layanan kesehatan di kalangan calon tenaga kesehatan yang dihasilkan oleh IIK STRADA Indonesia di masa depan dan siap menerima tantangan Revolusi Industri 4.0 dalam bidang Kesehatan.

1.5. Keaslian Penelitian

(Meyliano, 2015) INOVASI PELAYANAN PUBLIK DI ERA DISRUPSI (STUDI TENTANG KEBERLANJUTAN INOVASI E-HEALTH DI KOTA SURABAYA). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui upaya pemerintah khususnya Pemkot Surabaya dalam menghadirkan inovasi pelayanan publik di era disrupsi di mana

pelayanan publik selalu dikaitkan dengan suatu kegiatan yang dilakukan oleh seseorang, kelompok, atau instansi tertentu untuk memberikan bantuan dan kemudahan kepada masyarakat dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Pelayanan publik ini menjadi semakin penting karena selalu berhubungan dengan masyarakat umum yang memiliki keanekaragaman kepentingan dan tujuan. Pelayanan publik di Indonesia adalah suatu bahasan yang selalu menarik untuk diperbincangkan. Hal ini dikarenakan pelayanan publik yang selama ini berlangsung di Indonesia masih belum bisa dikatakan memuaskan jika dilihat dari berbagai masalah yang ada di dalam proses pelayanan publik dalam aspek apa pun.

Salah satu dari sekian banyak inovasi yang mendapat apresiasi dari berbagai kalangan dan dijadikan sebagai percontohan ialah inovasi layanan kesehatan melalui *e-health* yaitu suatu inovasi yang dikembangkan untuk memudahkan masyarakat dalam mempersingkat antrean baik itu di Puskesmas maupun Rumah Sakit. Aplikasi *e-health* Kota Surabaya ini merupakan inovasi unggulan yang masuk ke dalam Top 25 inovasi pelayanan publik tingkat nasional tahun 2015. Dari sisi kebijakan, pemerintah sangat merespon positif adanya inovasi *e-health* tersebut. Dalam perkembangannya, pemerintah mengeluarkan kebijakan yang tertuang dalam KepMenKes RI Nomor 374/MENKES/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN), yang kemudian diikuti dengan KepMenKes RI Nomor 192/MENKES/SK/VI/2012 tentang *Roadmap* Rencana Aksi Penguatan Sistem Informasi Kesehatan Indonesia (Kemenkes RI, 2012).

Dalam bidang kesehatan Indonesia sedang dihadapkan dengan terbatasnya jumlah tenaga kesehatan. Hal itu dikarenakan banyaknya tenaga kerja yang menumpuk hanya pada kota besar tertentu. Sedangkan

di daerah-daerah kecil masih belum banyak tersedia tenaga kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, inovasi *e-health* yang diusung Pemkot Surabaya ini nantinya diharapkan dapat menjadi percontohan bagi inovasi-inovasi pemerintah terkait pelayanan kesehatan di daerah-daerah lain. Dengan adanya *e-health* ini membuat pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat menjadi lebih efisien. *e-health* menghilangkan sistem antrean secara fisik dan pasien mendapat kepastian waktu pelayanan dari manapun sejauh terdapat akses internet. Selain itu, sistem *e-health* ini terintegrasi dengan informasi kependudukan dan data pasien Puskesmas atau Rumah Sakit di Kota Surabaya.

(Winarto et al., 2020) INOVASI PELAYANAN KESEHATAN BERBASIS ELEKTRONIK MELALUI SISTEM INFORMASI KESEHATAN NASIONAL ONLINE DAN PRIMARY CARE BPJS DI DINAS KESEHATAN KOTA MALANG. Pelayanan kesehatan menjadi sorotan beberapa waktu terakhir karena terkait dengan adanya kebijakan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) yang berbasis elektronik yang dimanfaatkan sebagai salah satu pusat pangkalan data kesehatan di seluruh Indonesia. Selain itu juga ada kebijakan P-Care selaku anak dari SIKNAS yang dimanfaatkan sebagai alternatif pelayanan kesehatan agar tercipta atmosfer yang efektif dan efisien. Untuk itu, fokus penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana inovasi pelayanan kesehatan ini dalam penerapannya di Dinas Kesehatan Kota Malang. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kualitatif serta sumber data berupa data sekunder. Problematika paling dasar ialah mengenai mahalanya tarif layanan kesehatan yang ada di Indonesia yang seringkali tidak mampu dijangkau

oleh masyarakat utamanya masyarakat ekonomi kelas bawah. Berbagai inovasi telah dilakukan oleh pemerintah guna menurunkan tarif layanan kesehatan salah satunya adalah dengan menghadirkan program BPJS Kesehatan yang merupakan tabungan bagi masyarakat agar tidak terlalu terbebani ketika suatu waktu yang bersangkutan mengalami sakit. Tidak cukup hanya itu, Indonesia kini telah mengintegrasikan layanan kesehatan dengan teknologi informasi, guna memudahkan masyarakat dalam menjangkau layanan kesehatan yang efisien dan efektif. Oleh karena itu, penelitian ini berusaha melihat sejauh mana penerapan inovasi layanan kesehatan berbasis elektronik di Dinas Kesehatan Kota Malang dalam memberikan pelayanan kesehatan di masyarakat setempat.

(Purwaningrum & Madrah, 2019) DIGITALISASI LAYANAN KESEHATAN DALAM PERSPEKTIF ISLAM. Menurut *The Department Of Trade And Industry The Commision On Information And Communications Technology And Superius Corporation* yang merilis sebuah laporan *The Asean E-Commerce Database Project* yang menyebutkan lebih dari 600 juta orang dan kawasan ASEAN adalah kawasan pengguna internet yang luar biasa. Pada 2010, masyarakat ASEAN mewakili sekitar 9% dari populasi dunia dan pengguna Internetnya mewakili sekitar 6% dari semua pengguna Internet di seluruh dunia. Indonesia merupakan pengguna terbesar, disusul Philipina dan Vietnam. Fenomena ini memperlihatkan bahwa Indonesia merupakan pangsa pasar yang cukup besar dalam perekonomian berbasis TIK. Salah satu bidang yang menjadi target komersialisasi secara digital adalah layanan kesehatan. Kebutuhan layanan kesehatan digital terus mengalami peningkatan, meskipun belum setinggi bidang

lainnya seperti platform belanja yang mencapai 86% dan layanan perbankan mencapai 72%. Kebutuhan layanan kesehatan digital dapat dibagi kedalam beberapa kategori antara lain pencarian resep sebesar 58%, latihan dan pola hidup sehat sebesar 32%, pembayaran biaya kesehatan 31%, pencarian permasalahan yang terkait bidang kesehatan 24%, asuransi kesehatan 18% dan pengobatan alternatif 15% (Deloitte, 2016).

Inovasi teknologi akan berdampak pada seluruh aspek kehidupan manusia. Pada sektor kesehatan misalnya mulai bermunculan lembaga/institusi kesehatan nonformal, perubahan pola pelayanan pasien di rumah sakit, dan juga mengubah pola komunikasi pasien dan dokter (Rahim, 2019). Dengan populasi penduduk muslim terbesar, Indonesia perlu melihat hal ini dengan lebih serius, terutama dalam kaitannya memenuhi layanan kesehatan yang universal. Meskipun digitalisasi mampu memberi kemudahan bagi masyarakat namun pada praktiknya pelayanan kesehatan berbasis digital ini belum sepenuhnya mempermudah dan memiliki beberapa hal yang masih menjadi perdebatan pro dan kontra. Survei Accenture 2015 juga menunjukkan minat masyarakat terhadap pergantian dari pelayanan kesehatan konvensional dengan sistem digital menunjukkan masih bervariasi. Dari survei tersebut, 5% masyarakat merasa positif untuk beralih dan masuk dalam digitalisasi layanan, 17% merespon negatif, 37% tidak tahu, dan yang terbanyak 41% masih pada ruang abu-abu. Pemaparan data-data statistik pada artikel ini dapat dimaknai bahwa digitalisasi layanan kesehatan belum sepenuhnya diterima oleh masyarakat. Artikel ini mencoba melihat dalam perspektif masyarakat muslim urban yang dalam keseharian telah akrab dengan TIK.

(Dutta et al., 2020) *The adoption of electronic medical record by physicians*. Latar belakang dari penelitian ini adalah penggunaan *electronic Medical Record (eMR)* sebagai perangkat TIK yang bersifat vital sehingga patut dipertimbangkan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan namun keterbatasan kemampuan tenaga medis dalam menggunakannya patut mendapat perhatian lebih demi keberhasilan implementasinya.

The electronic Medical Record (eMR) is considered to be a vital tool of information and communication technology (ICT) to improve the quality of medical care, but the limited adoption of EMR by physicians results in a considerable warning to its successful implementation.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggali dan mengidentifikasi hambatan-hambatan yang berpotensi terjadi di kalangan tenaga kesehatan dalam penggunaan eMR. Penelitian ini menggabungkan 26 artikel berdasarkan kesesuaiannya dari 1354 untuk analisis akhir. Penulis mengeksplorasi 25 hambatan yang muncul 112 kali dalam literatur untuk tinjauan ini; 5 hambatan teratas yang sering disebutkan adalah masalah privasi dan keamanan, biaya awal yang tinggi, perubahan alur kerja, kompleksitas sistem, kurangnya keandalan, dan interoperabilitas.

Kesimpulan yang dihasilkan adalah sebuah tinjauan sistematis yang mengeksplorasi bahwa dokter menghadapi hambatan yang berbeda saat mereka berniat mengadopsi eMR. Hambatan-hambatan yang dijajaki dalam review kali ini berpotensi untuk dijadikan acuan bagi para pelaksana sistem ESDM. Oleh karena itu, analisis yang cermat tentang kondisi definitif diperlukan sebelum intervensi yang relevan ditentukan karena penerapan eMR harus dianggap sebagai perubahan perilaku dalam praktik medis.

Results: *The present study incorporates 26 articles based on their appropriateness out of 1354 for the final analysis. Authors explore 25 barriers that appeared 112 times in the literature for the present review; the top 5 frequently mentioned barriers are privacy and security concerns, high start-up cost, workflow changes, system complexity, lack of reliability, and interoperability.*

Conclusion: *The systematic review explores that physicians deal with different barriers as they intend to adopt EMR. The barriers explored in the present review are the potential to play as references for the implementer of the EMR system. Thus an attentive analysis of the definitive condition is needed before relevant intervention is determined as the implementation of EMR must be considered as a behavioral change in medical practice.*

(Deloitte, 2018) *21st Century Health Care Challenges: A Connected Health Approach Megatrends in Health care.* Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melakukan studi tentang industri *e-health*, yang meliputi pertumbuhan industri, berbagai jenis bisnis dan layanan *e-health*, aplikasi, penggunaan teknologi sebagai bagian dari layanan rumah sakit, infrastruktur yang ada, perbandingan hukum studi di beberapa negara, dan peta jalan yang diusulkan untuk pengembangan *e-health* di Indonesia. Studi ini adalah publikasi penelitian pertama tentang *e-health* di negara Indonesia, dengan tujuan untuk memberikan masukan kepada pemangku kepentingan terkait, khususnya kepada pemerintah Indonesia untuk mengembangkan dan memperkuat infrastruktur *e-health* untuk kebaikan bersama.

Dengan jumlah penduduk terbesar keempat di dunia, Indonesia memiliki potensi yang besar dalam perkembangan teknologi kesehatan

digital (*e-health*). Teknologi tersebut diharapkan dapat memudahkan masyarakat Indonesia untuk memperoleh akses kesehatan yang bermanfaat bagi lebih dari 260 juta orang yang tinggal di 17.504 pulau yang tersebar di negara ini.

Revolusi digital di sektor kesehatan didorong oleh pengembangan dan inovasi eHealth, yang mengarah ke pendekatan P2P (*peer to peer*) yang memungkinkan pengguna untuk berbagi dan melihat informasi terkini, konsultasi jarak jauh dengan praktisi medis, yaitu termasuk resep elektronik dan berbagi dokumen kesehatan pasien. Perkembangan kesehatan digital akan mengarah pada teknologi kesehatan terbuka, di mana pengguna dapat memiliki keterbukaan akses melalui cara yang lebih nyaman dalam mendekati layanan kesehatan.

Di sisi lain, teknologi *peer to peer* (P2P) memiliki masalah pada keamanan data yang dapat berdampak serius dalam pemanfaatan teknologi. Masalah ini bisa memberikan dampak serius dalam kelangsungan bisnis *e-health*. Para peneliti telah melakukan studi perbandingan infrastruktur dan regulasi dengan negara lain, di mana *e-health* menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari dan hasilnya menunjukkan bahwa bisnis, pemerintahan, asosiasi dan pemangku kepentingan terkait lainnya harus bekerja sama untuk mempersiapkan infrastruktur yang tepat dan regulasi untuk melindungi pengguna (komunitas) dan pelaku bisnis di industri kesehatan.

Hasil dari kajian ini diharapkan dapat menjadi masukan yang berharga bagi kementerian terkait guna mendorong peningkatan infrastruktur di bidang *e-health* yang bertujuan untuk melindungi kepentingan komunitas dan kemajuan *e-health* di masa depan. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan pandangan dan rekomendasi bagi regulator di Indonesia, pembuat kebijakan, akademisi, pemilik bisnis, dan pengguna tentang tren masa depan dalam sistem layanan kesehatan di Indonesia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Tentang Tingkat Kepuasan Pengguna Layanan

Kepuasan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah puas, senang, perihal (hal yang bersifat puas, kesenangan, kelegaan, dan sebagainya). Kepuasan dapat diartikan sebagai rasa puas, rasa senang dan kelegaan seseorang dikarenakan mengkonsumsi suatu produk atau jasa untuk mendapatkan pelayanan suatu jasa. Secara umum kepuasan atau ketidakpuasan pengguna merupakan perbedaan antara harapan (*expectation*) dan kinerja yang dirasakan (*perceived performance*). Kepuasan adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesenangan terhadap aktivitas dan suatu produk dengan harapannya (Nursalam, 2011). Kotler menyebutkan bahwa kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya. Pendapat lain dari (Praptiwi & Kep, 2009) bahwa kepuasan pasien merupakan evaluasi atau penilaian setelah memakai suatu pelayanan, bahwa pelayanan yang dipilih setidaknya tidaknya memenuhi atau melebihi harapan.

Kepuasan pengguna sebuah layanan kesehatan merupakan suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja pelayanan kesehatan yang diperolehnya setelah para pengguna membandingkannya dengan hal yang diharapkan. Kepuasan pengguna layanan kesehatan adalah hasil dari pengguna layanan bahwa produk atau pelayanan telah memberikan tingkat kenikmatan di mana tingkat pemenuhan ini bisa lebih atau kurang. Para pengguna layanan kesehatan akan merasa puas apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya sama atau melebihi harapannya dan sebaliknya, ketidakpuasan/kekecewaan akan muncul apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya tidak sesuai

dengan harapannya (Imbalo, 2006 dalam (Nursalam, 2011)).

Hal penting yang dapat mempengaruhi kepuasan pengguna layanan adalah memahami kebutuhan dan keinginan para pengguna layanan kesehatan. Rasa puas para pengguna layanan kesehatan merupakan aset yang sangat berharga karena apabila pasien puas mereka akan terus melakukan pemakaian terhadap jasa pilihannya, tetapi jika merasa tidak puas mereka akan memberikan dua kali lebih hebat kepada orang lain tentang pengalaman buruknya. Menurut (Normasari et al., 2013) ada 5 kepuasan pengguna layanan yaitu:

Keandalan (*reliability*)

Jaminan (*assurance*)

Bukti fisik (*tangible*)

Empati (*empathy*)

Cepat tanggap (*responsiveness*)

Dengan faktor tersebut di atas, pengguna layanan dapat menilai bagaimana pelayanan kesehatan yang diterimanya serta dapat mempersiapkan apakah sesuai dengan yang diinginkan oleh pengguna tersebut atau tidak. Sebagai contoh, standar kepuasan pasien di pelayanan kesehatan ditetapkan secara nasional oleh Departemen Kesehatan. Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan untuk kepuasan pasien yaitu di atas 95% (RI, 2016b). Bila ditemukan pelayanan kesehatan dengan tingkat kepuasan pasien berada di bawah 95% maka dianggap pelayanan kesehatan yang diberikan tidak memenuhi standar minimal atau tidak berkualitas.

Teori Kepuasan Pelanggan

Beberapa model konseptual dan teori kepuasan pelanggan menurut

Tjiptono (Desimawati, 2013) di antaranya sebagai berikut.

Expectancy Disconfirmation Model

Model konsep ini mendefinisikan kepuasan pelanggan sebagai

penilaian yang dirasakan sesuai dengan harapan. Jika pelayanan yang diterima pelanggan lebih rendah dari harapan pelanggan maka akan menghasilkan ketidakpuasan emosional (*negative disconfirmation*). Sebaliknya, jika pelayanan yang diterima pelanggan lebih tinggi dari harapan pelanggan maka akan menghasilkan kepuasan emosional (*positive disconfirmation*). Pelayanan yang diterima pelanggan sama dengan harapan pelanggan, hasilnya bukan kepuasan ataupun ketidakpuasan. Berdasarkan model ini, kepuasan pelanggan dipengaruhi oleh karakteristik pelanggan itu sendiri (pengalaman) dan pelayanan itu sendiri (harga dan karakteristik pelayanan).

Equity Theory

Perbandingan hasil yang diterima oleh pelanggan A harus sama dengan hasil yang diterima pelanggan B. Apabila kedua keadaan tersebut tidak sama maka pelanggan yang melakukan evaluasi terhadap pelayanan akan merasakan ketidakpuasan akibat ketidakadilan dari pemberi pelayanan.

Attribution Theory

Pelanggan akan melakukan identifikasi terhadap pelayanan yang ia dapatkan dan pelayanan yang mempengaruhi kepuasannya. Apabila pelayanan tidak sesuai harapan pelanggan maka pelanggan akan berusaha menentukan penyebab ketidaksesuaian tersebut. Penyebab ketidaksesuaian pelayanan diduga akibat dari kelalaian pemberi pelayanan, maka perasaan tidak puas pasti muncul. Sebaliknya, penyebab ketidaksesuaian pelayanan dengan harapan pelanggan berasal dari pelanggan sendiri, maka rasa tidak puas akan menurun levelnya.

Experientially-Based Affective Feelings

Model ini berpendapat bahwa kepuasan pelanggan dipengaruhi oleh dimensi respon afektif (perasaan positif dan perasaan negatif) pada pelayanan.

Assimilation-Contrast Theory

Apabila pelayanan yang diberikan oleh pemberi layanan tidak terlalu berbeda dengan harapan pelanggan maka pelayanan tersebut akan diterima dan dievaluasi secara positif oleh pelanggan yakni dalam bentuk kepuasan pelanggan.

Opponent Process Theory

Model ini berusaha menjelaskan penyebab pengalaman pengguna yang awalnya sangat memuaskan cenderung kurang memuaskan setelah dievaluasi pada kejadian berikutnya. Apabila ada stimulus positif atau negatif yang mengganggu keseimbangan pengguna, maka proses sekunder akan berlangsung dan akhirnya pelanggan terhadap pelayanan disebut proses primer dan proses berikutnya adalah proses adaptif (*opponent process*). Respon awal terhadap suatu pelayanan tidak mungkin meningkat seiring adanya pengulangan, *opponent process* akan menjadi semakin kuat sehingga ketertarikan pelanggan pada pelayanan tersebut akan melemah pada pengalaman berikutnya.

Model Anteseden dan Konsekuensi Pelanggan

Anteseden pelanggan meliputi ekspektasi pelanggan (sebagai antisipasi kepuasan), diskonfirmasi ekspektasi (ekspektasi berperan sebagai standar pembandingan untuk pelayanan), kinerja atau pelayanan (*performance*), *affect*, dan *equity*. Konsekuensi pelanggan ada tiga kategori, yaitu perilaku komplain, *negative word-of-mouth* dan minat pembelian ulang.

Manfaat Pengukuran Kepuasan Pasien

Menurut Derson (Nasution, 2010), manfaat utama dari program pengukuran adalah terjadinya umpan balik yang segera berarti dan objektif. Dalam situasi rumah sakit manfaat yang dapat diperoleh sebagai rekomendasi medis untuk kesembuhan pasien akan dengan senang hati diikuti oleh pasien yang merasa puas terhadap pelayanan rumah sakit, terciptanya citra positif dan nama baik rumah sakit karena pasien tersebut akan memberikan kepuasannya kepada orang lain, citra rumah sakit akan menguntungkan secara sosial dan ekonomi, beberapa pihak yang berkepentingan di rumah sakit, seperti perusahaan asuransi akan lebih menaruh kepercayaan pada rumah sakit yang mempunyai citra positif, di dalam rumah sakit yang berusaha mewujudkan kepuasan pasien akan lebih diwarnai dengan situasi pelayanan yang menunjang hak-hak pasien.

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien

Faktor-Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien menurut Simamora (Butar-butar & Simamora, 2016) terbagi menjadi faktor internal dan faktor eksternal:

Faktor Internal, yaitu faktor yang berasal dari dalam diri individu sendiri, di antaranya adalah:

Karakteristik Individu

Karakteristik individu terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan.

Sosial

Interaksi seseorang dengan orang lain akan mempengaruhi seseorang dalam memilih pelayanan kesehatan, seperti mendapatkan saran dari keluarga atau teman dalam memilih pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Faktor Emosional

Seseorang yang telah yakin bahwa orang lain puas pada pelayanan yang dipilih maka orang tersebut cenderung memiliki keyakinan yang sama.

Kebudayaan

Perilaku pengguna layanan sangat dipengaruhi oleh keyakinan dan kebudayaan yang mereka miliki, sehingga pemberi pelayanan kesehatan harus memahami pentingnya faktor tersebut.

Faktor Eksternal

Karakteristik Produk

Karakteristik produk yang dimaksud adalah karakteristik dari pelayanan kesehatan secara fisik, seperti kebersihan ruang perawatan beserta perlengkapannya atau kemudahan mendapatkan akses pelayanan. Para pengguna layanan akan merasa puas dengan kebersihan ruangan yang diberikan oleh pemberi pelayanan.

Harga

Faktor harga memiliki peran penting dalam menentukan kepuasan pengguna layanan, karena pengguna layanan cenderung memiliki harapan bahwa semakin mahal biaya pelayanan kesehatan maka semakin tinggi kualitas pelayanan yang ia terima.

Pelayanan

Pelayanan merupakan hal terpenting dari faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pengguna. Pelayanan kesehatan harus sesuai dengan kompetensi dan memperhatikan kebutuhan pengguna layanan dan faktor penghargaan terhadap mereka. Pelayanan yang memberikan kesan baik akan meningkatkan kepuasan para penggunanya.

Fasilitas

Suatu pelayanan kesehatan harus memperhatikan sarana prasarana dalam memberikan fasilitas yang baik pada pengguna layanan. Hal tersebut dilakukan untuk menarik minat pengguna dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Suasana

Suasana pelayanan kesehatan yang nyaman dan aman akan memberikan kesan positif bagi pengguna layanan dan juga pengunjung, tidak hanya kenyamanan suasana secara fisik, namun suasana keakraban antara pengguna layanan dan pemberi pelayanan kesehatan akan mempengaruhi tingkat kepuasan.

Komunikasi

Interaksi antara pengguna layanan dan pemberi pelayanan kesehatan dapat terjalin baik dari komunikasi yang baik pula. Setiap keluhan harus cepat diterima oleh pemberi pelayanan kesehatan agar pengguna layanan merasa dipedulikan. Perasaan dipedulikan oleh pemberi pelayanan kesehatan akan memunculkan kesan positif bagi pelayanan kesehatan.

Dimensi Kepuasan Pasien

Menurut (Permana & Djatmiko, 2018), dimensi kepuasan pengguna layanan sangat bervariasi. Secara umum dimensi kepuasan tersebut dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu ¹ kepuasan yang mengacu pada penerapan kode etik serta standar pelayanan profesi, dan ² kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan.

Keduanya dapat dijelaskan sebagai berikut.

- a. Kepuasan yang mengacu pada penerapan kode etik serta standar pelayanan profesi.

Ukuran kepuasan pemakai jasa pelayanan kesehatan terbatas hanya pada penerapan kode etik serta standar profesi saja. Suatu pelayanan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu apabila penerapan kode etik serta standar pelayanan profesi dapat memuaskan pengguna layanan dengan penilaian mengenai:

Hubungan dokter pasien (*doctor-patient relationship*)

Kenyamanan pelayanan (*amenities*)

Kebebasan melakukan pilihan

Pengetahuan dan kompetensi teknis (*scientific knowledge and technical skill*)

Efektivitas pelayanan (*effectives*)

Keamanan tindakan (*safety*)

Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan.

Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu apabila penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan dapat memuaskan pasien. Ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu di dalamnya tercakup penilaian mengenai:

Ketersediaan pelayanan kesehatan (*available*)

Kewajaran pelayanan kesehatan (*appropriate*)

Kesinambungan pelayanan kesehatan (*continue*)

Penerimaan pelayanan kesehatan (*accessible*)

Ketercapaian pelayanan kesehatan (*affordable*)

Efisiensi pelayanan kesehatan (*efficient*)

Mutu pelayanan kesehatan (*quality*)

Dimensi Kepuasan Kualitas

Menurut (Ali et al., 2018), dimensi kepuasan kualitas dibagi dalam lima dimensi antara lain sebagai berikut.

Tangibles atau bukti fisik

Dimensi bukti fisik (*tangibles*) merupakan kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya pada pihak eksternal. Bukti fisik meliputi fasilitas fisik (gedung, ruangan, dan lainnya), teknologi (peralatan dan perlengkapan yang dipergunakan).

Reliability atau kehandalan

Dimensi kehandalan (*reliability*) merupakan kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Harus sesuai dengan harapan pelanggan berarti kinerja yang tepat waktu, pelayanan tanpa kesalahan, sikap simpatik dan dengan akurasi tinggi.

Responsiveness atau ketanggapan

Dimensi ketanggapan (*responsiveness*) merupakan suatu kemampuan perusahaan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (*responsive*) dan tepat kepada pelanggan, dan dengan penyampaian informasi yang jelas.

Assurance atau jaminan dan kepastian

Dimensi jaminan dan kepastian (*assurance*) meliputi aspek pengetahuan, kesopan santunan, dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya pelanggan kepada perusahaan. Terdiri dari komponen: komunikasi (*communication*), kredibilitas (*credibility*), keamanan (*security*), kompetensi (*competense*), dan sopan santun (*courtesy*).

Empathy atau empati

Dimensi empati (*empathy*) diwujudkan dalam bentuk perhatian yang

tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada pelanggan dengan berupaya memahami keinginan pengguna.

Metode dalam Pengukuran Kepuasan Pengguna Layanan

Menurut (Kotler & Keller, 2009) ada beberapa macam metode dalam pengukuran kepuasan pasien:

Sistem keluhan dan saran: memberikan kesempatan pada para pengguna layanan untuk menyampaikan keluhan dan saran.

Ghost scooping: mempekerjakan beberapa orang yang berperan sebagai pembeli kemudian melaporkan temuan mengenai kekuatan dan kelemahan pelayanan.

Lost customer analysis: menghubungi pelanggan yang telah berhenti agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi.

Survei kepuasan pelanggan: penelitian survei dapat melalui pos, telepon, dan wawancara langsung.

Secara teknis, metode pengukuran kepuasan pengguna layanan akan dilakukan adalah dengan menggunakan metode survei. Pengukurannya akan dilakukan dengan cara sebagai berikut.

- a. Pengukuran dapat dilakukan secara langsung melalui pertanyaan kepada pelanggan dengan ungkapan sangat tidak puas, kurang puas, cukup puas, puas, dan sangat puas.
- b. Responden diberi pertanyaan mengenai seberapa besar mereka mengharapkan suatu atribut tertentu dan seberapa besar yang mereka rasakan.

Responden diminta menuliskan masalah-masalah yang mereka hadapi yang berkaitan dengan penawaran dari perusahaan dan diminta untuk menuliskan perbaikan-perbaikan yang mereka sarankan.

- d. Responden diminta meranking elemen atau atribut penawaran berdasarkan derajat kepentingan setiap elemen dan seberapa baik kinerja perusahaan pada masing-masing elemen.

2.2. Tinjauan Tentang Digital Platform

2.2.1. Penyedia Sistem Elektronik Farmasi (PSEF)

Masa pandemi COVID-19 membuat masyarakat diminta untuk menerapkan *social distancing*. Salah satu dampak dari *social distancing* ialah masyarakat memenuhi kebutuhan sehari-hari dilakukan secara online, sehingga tidak perlu keluar rumah. Hal tersebut juga didukung dengan banyaknya aplikasi yang menjual makanan dan obat secara online. Oleh karena itu, bentuk pengawasan obat dan makanan yang dijual secara online pada masa COVID-19 perlu dirumuskan peraturan yang mengatur tentang hal ini.

Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) pada tahun 2020 telah mengeluarkan peraturan tentang pengawasan obat dan makanan yang diedarkan secara daring (*online*). Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan nomor 8 tahun 2020 tentang Pengawasan Obat Dan Makanan Yang Diedarkan Secara Daring (BPOM, 2020) mengatur mengenai pengawasan terhadap kegiatan yang berkaitan dengan penyaluran dan/atau penyerahan obat, obat tradisional, suplemen kesehatan, kosmetika, dan pangan olahan dengan menggunakan media transaksi elektronik dalam rangka perdagangan.

Peredaran Obat Secara Daring

Dalam aturan ini, obat yang diedarkan secara daring wajib memiliki izin edar dan harus memenuhi persyaratan cara

pembuatan dan distribusi obat yang baik. Industri farmasi, pedagang besar farmasi, pedagang besar farmasi cabang dan apotek dapat melakukan peredaran obat dengan menggunakan sistem elektronik. Tetapi wajib menjamin obat yang diedarkan memenuhi persyaratan keamanan, khasiat, dan mutu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Selain itu, industri farmasi, pedagang besar farmasi, pedagang besar farmasi cabang, dan apotek wajib memberikan laporan yang sedikitnya memuat:

- a. Nama dan alamat industri farmasi, pedagang besar farmasi, pedagang besar farmasi cabang, dan apotek;
- b. Tanggal, bulan, dan tahun mulai penyelenggaraan peredaran obat secara daring;

Nama PSEF (Penyelenggara Sistem Elektronik Farmasi) dan alamat website/ *Uniform Resource Locator* (URL) untuk apotek yang bekerja sama dengan PSEF dalam penyelenggaraan peredaran obat secara daring;

Daftar obat yang diedarkan secara daring; dan

Data transaksi obat yang diedarkan secara daring

Untuk menjadi catatan, peredaran obat secara daring yang dilakukan oleh industri farmasi dan pedagang besar farmasi hanya dapat dilakukan menggunakan Sistem Elektronik yang dimiliki Industri Farmasi dan Pedagang Besar Farmasi. Sedangkan Pedagang Besar Farmasi Cabang hanya dapat mengedarkan Obat secara daring menggunakan Sistem Elektronik yang dimiliki Pedagang Besar Farmasi.

Di pihak lain, penyerahan obat yang dilakukan secara daring oleh apotek dapat menggunakan sistem elektronik yang dimiliki oleh

apotek dan/atau yang disediakan oleh PSEF. Apotek dan PSEF wajib menjamin sistem elektronik yang digunakan memenuhi ketentuan:

a. Mampu menginformasikan secara benar paling sedikit mengenai:

Nama apotek penyelenggara sesuai izin;

Izin apotek penyelenggara;

Pemilik sarana;

Nama apoteker penanggung jawab;

Nomor surat izin praktik apoteker penanggung jawab;

Alamat dan nomor telepon apotek penyelenggara;

Lokasi sistem pemosisian global; dan

Nama dagang/generik, zat aktif, kekuatan, isi kemasan dan nomor izin edar produk.

Menjamin akses dan keamanan penggunaan sistem oleh pengguna sesuai dengan otoritas yang diberikan;

Menyediakan sistem backup data secara elektronik;

Dapat diakses oleh pengawas sewaktu-waktu;

Menyediakan fungsi pengecekan dan pencarian secara otomatis dan berurutan mengenai pemesanan Obat oleh pasien kepada Apotek penyedia, berdasarkan pertimbangan sebagai berikut.

kelengkapan atau ketersediaan obat;

keterjangkauan/lokasi terdekat dengan pasien; dan/atau harga obat.

Menyediakan fungsi penyampaian resep elektronik dan salinan Resep elektronik;

Menyediakan fungsi salinan resep elektronik;

Menyediakan pemberian pelayanan informasi obat sesuai dengan label;

Menyediakan fungsi komunikasi *real time* antara pasien dengan apoteker; dan

Menampilkan informasi kewajiban menyerahkan resep asli obat keras oleh pasien.

Obat yang dapat diedarkan secara daring ialah obat yang termasuk dalam golongan Obat bebas, Obat bebas terbatas, dan obat keras. Untuk obat keras yang diserahkan kepada pasien secara wajib didasarkan pada resep yang ditulis secara elektronik sesuai dengan ketentuan perundang-undangan, selain itu harus dalam jumlah yang sesuai dengan kebutuhan terapi.

Peredaran Obat Tradisional, Suplemen Kesehatan, dan Kosmetik Secara Daring

Pelaku usaha yang mengedarkan obat tradisional, suplemen kesehatan, dan kosmetika yang diedarkan secara daring wajib memenuhi persyaratan keamanan, khasiat/kemanfaatan, dan mutu. Peredaran dapat dilakukan melalui:

Sistem Elektronik yang dimiliki sendiri; dan/atau

Sistem Elektronik yang disediakan oleh PSE.

Pelaku usaha dan PSE wajib menjamin sistem elektronik yang digunakan memenuhi ketentuan:

- a. Mampu menginformasikan secara benar paling sedikit mengenai:

Nama dan alamat atau identitas penjual Obat Tradisional, Suplemen Kesehatan, dan/atau Kosmetika dengan jelas dan mampu telusur;

Data dan/atau informasi yang dicantumkan pada penandaan Obat Tradisional, Suplemen Kesehatan dan/atau Kosmetika sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Memiliki mekanisme pencatatan/dokumentasi distribusi produk Obat Tradisional, Suplemen Kesehatan, dan/atau Kosmetika yang diedarkan secara daring.

Data dan/atau informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a angka 2 dapat berupa keterangan tertulis dan gambar produk yang menampilkan keseluruhan bagian penandaan dan/atau informasi lain.

Kemudian Pengiriman Obat Tradisional, Suplemen Kesehatan, dan/atau Kosmetika dapat dilaksanakan secara mandiri oleh Pelaku Usaha atau bekerja sama dengan Pihak Ketiga yang berbentuk badan hukum. Dengan memenuhi persyaratan:

- a. Menjamin kondisi kemasan produk Obat Tradisional, Suplemen Kesehatan, dan/atau Kosmetika selama pengiriman hingga sampai pada penerima utuh dan tidak rusak;
- b. Mengirimkan produk Obat Tradisional, Suplemen Kesehatan, dan/atau Kosmetika dalam wadah tertutup;
- c. Memastikan produk Obat Tradisional, Suplemen Kesehatan, dan/atau Kosmetika yang dikirim sampai pada tujuan; dan
- d. Mendokumentasikan serah terima produk Obat Tradisional, Suplemen Kesehatan, dan/atau Kosmetika termasuk dari Pihak Ketiga kepada pembeli atau konsumen.

Peredaran Pangan Olahan Secara Daring

Pangan olahan yang diedarkan wajib memiliki izin edar dan memenuhi cara produksi yang baik. Namun terdapat pengecualian dari kewajiban izin edar yaitu untuk:

Pangan olahan siap saji; dan

Pangan olahan yang digunakan lebih lanjut sebagai bahan baku oleh pelaku usaha dan tidak dijual secara langsung kepada konsumen akhir.

Bahan Tambahan Pangan (BTP) juga masuk dalam ketentuan wajib memiliki izin edar dan memenuhi cara produksi yang baik. Pelaku usaha yang mengedarkan pangan olahan secara daring wajib menjamin keamanan dan mutu pangan olahan. Pelaku Usaha dan PSE yang melakukan peredaran olahan pangan secara daring wajib menjamin Sistem Elektronik yang digunakan memenuhi ketentuan:

Mencantumkan keterangan mengenai nama dan alamat Pelaku Usaha yang menjual Pangan Olahan.

Mencantumkan secara lengkap informasi dan/atau keterangan yang dicantumkan pada label Pangan Olahan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Larangan

Apotek dan/atau PSEF dilarang mengedarkan secara daring untuk Obat yang termasuk dalam:

Obat keras yang termasuk dalam obat-obat tertentu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan;

Obat yang mengandung prekursor farmasi;

Obat untuk disfungsi ereksi;

Sediaan injeksi selain insulin untuk penggunaan sendiri;
Sediaan implan yang penggunaannya memerlukan bantuan tenaga kesehatan; dan
Obat yang termasuk dalam golongan Narkotika dan Psikotropika.

Pelaku Usaha dilarang mengedarkan Kosmetika meliputi:

- 1) Kosmetika sediaan kulit yang mengandung *alpha hidroxy acid* (AHA) dengan kadar lebih besar dari 10% (sepuluh persen);
Kosmetika sediaan pemutih gigi yang mengandung dan/atau melepaskan hydrogen peroxide dengan kadar lebih besar dari 6% (enam persen).

Minuman beralkohol dilarang diedarkan secara daring.

Sanksi

Sanksi administratif bagi pelaku usaha, PSE, dan/atau PSEF yang melakukan pelanggaran berupa:

Peringatan;

Peringatan keras;

Rekomendasi penutupan atau pemblokiran Sistem Elektronik milik Apotek, Sistem Elektronik milik Industri Farmasi, Sistem Elektronik milik Pedagang Besar Farmasi, merchant dalam Sistem Elektronik milik PSE, akun Media Sosial, *Daily Deals*, *Classified Ads* dan media internet lain yang dipergunakan untuk kegiatan perdagangan elektronik (*e-commerce*);

Rekomendasi pencabutan izin fasilitas pelayanan kefarmasian;

Larangan mengedarkan untuk sementara waktu; dan/atau

Perintah untuk penarikan kembali obat dan makanan.

2.2.2. Digitalisasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Menurut (Deloitte, 2018) Era digital menjanjikan teknologi yang inovatif dan model bisnis yang membuka peluang kesehatan digital. Faktor yang terpenting pada sektor industri ini adalah penetrasi internet dan smartphone yang tumbuh dengan baik dan teknologi infrastruktur yang beralih kepada basis cloud. Seiring dengan perkembangan teknologi dan persaingan di lingkungan bisnis, pengelolaan pada sektor jasa layanan kesehatan telah turut berubah. Untuk menjadi bagian dari industri yang kompetitif ini, penyedia layanan kesehatan perlu melakukan beberapa perubahan besar yang dapat mendorong perilaku pasien dalam mengadopsi pola pikir layanan pelanggan. Permintaan yang demikian ini muncul dalam rangka *customer centric* yaitu sebuah bentuk kepedulian yang mendorong inovasi dan transformasi pengalaman yang berpusat pada pasien – dari penjadwalan janji temu untuk akses tepat waktu ke informasi penagihan dan transparansi status kesehatan seseorang mulai pengambilan keputusan, pembelian produk dan perawatan kesehatan. Proses demikian juga dimanifestasikan secara umum di tingkat sistemik melalui proses *peer-to-peer*. Penggunaan perangkat yang dapat dikenakan pada tingkat lanjut (*wearable*) memungkinkan pemanfaatan secara langsung informasi-informasi mengenai status kesehatan seseorang yang bersifat personal. Setiap individu akan menjadi lebih tahu tentang gejala yang mereka rasakan dan penyakit yang mereka miliki atau mungkin dimiliki serta ketersediaan terhadap layanan perawatan kesehatan. Harapan terhadap layanan perawatan kesehatan untuk sebuah hasil yang lebih baik secara personal menjadi tujuan yang utama. Pasien adalah konsumen sejati, mereka mengerti dan berhak memilih serta

menggunakan informasi dan data tentang diri mereka sendiri dan mendapatkan perawatan terbaik pada waktu, tempat dan biaya yang terjangkau dan nyaman bagi mereka.

Menurut Forbes dan Business Insider dalam (Deloitte, 2018), digitalisasi industri perawatan kesehatan secara global akan memulai sebuah perkembangan berdasarkan analisa data dan industri teknologi. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Riset Pasar RNR, digitalisasi industri kesehatan diramalkan akan tumbuh pesat dengan tingkat pertumbuhan tahunan gabungan yang signifikan dalam industri *telehealth* global sebesar 27% pada tahun 2021. Praktisi perawatan dalam industri kesehatan harus selalu berpegang teguh pada prinsip bahwa pengobatan harus selalu berpusat pada pasien dan teknologi hanyalah sebuah instrumen untuk membantu meningkatkan hasil kesehatan pasien. Pendekatan semacam ini bukan semata-mata hanya mengandalkan teknologi atau membuat keputusan tanpa mengacu pada data apa pun, tetapi dengan memanfaatkan teknologi tercanggih dapat meningkatkan jasa perawatan dalam industri digital kesehatan. Melalui cara ini, profesional tenaga kesehatan juga perlu memberikan sentuhan secara humanis.

Perbedaan antara Telehealth, Telemedicine, dan e-Health

Sistem teknologi informasi dalam industri pelayanan kesehatan memberikan akses yang lebih mudah antara penyedia jasa layanan kesehatan dan pengguna layanan kesehatan (pasien), khususnya mereka yang ada di daerah terpencil. Pemakaian istilah-istilah seperti *telemedicine*, *telehealth*, dan *e-Health* digunakan untuk menggambarkan penggunaan berbagai konsep yang luas yang

digunakan dalam perawatan kesehatan, penggunaan teknologi seluler dan desktop untuk swa-manajemen layanan perawatan kesehatan pasien. Istilah tersebut digunakan secara bergantian untuk mewakili perbedaan yang ada dalam penggunaan teknologi digital kesehatan.

TELEMEDICINE didefinisikan oleh WHO sebagai "penggunaan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) untuk memberikan perawatan kesehatan khususnya apabila sistem pengaturan tempat akses ke layanan medis belum memadai". Istilah *Telemedicine* secara historis telah digunakan untuk merujuk penggunaan saluran komunikasi elektronik atau media serta teknologi informasi untuk memberikan layanan klinis kepada pasien jarak jauh dengan tujuan meningkatkan status kesehatan seseorang.

TELEHEALTH merupakan istilah yang dipakai dalam perbandingan yang lebih luas. Istilah *Telehealth* digabungkan tidak hanya teknologi yang berada di bawah *Telemedicine* namun juga melalui metode kontak langsung, interaksi elektronik pasien ke penyedia serta dalam penggunaan perangkat medis (misalnya, aplikasi smartphone seperti aplikasi pelacak aktivitas, pengingat otomatis, monitor glukosa darah) serta untuk mengumpulkan dan mengirimkan informasi kesehatan dengan maksud untuk memantau atau mengelola kondisi kronis pasien. Penggunaan *Telehealth* juga membantu dalam mengembangkan dan meningkatkan kondisi yang berhubungan dengan edukasi kesehatan, administrasi kesehatan serta peningkatan kesehatan masyarakat secara luas.

Istilah *E-HEALTH* digunakan di Inggris Raya dan negara Eropa lainnya untuk menggambarkan kesehatan digital yang didorong oleh teknologi perawatan kesehatan jarak jauh. Istilah ini hampir

tidak digunakan sebelum tahun 1999 namun istilah ini sekarang tampaknya berfungsi sebagai “*Key Word*” yang digunakan tidak hanya mencirikan pengobatan via internet namun juga hampir semua hal yang terkait dengan komputerisasi dan kedokteran. Istilah tersebut tampaknya pertama kali digunakan oleh para pemimpin industri dan bagian pemasaran, bukan dari sektor akademisi. Mereka menciptakan dan menggunakan istilah ini sejalan dengan “*e-words*” lain seperti *e-commerce*, *e-bisnis*, *e-solusi*, dan lain-lain. Penggunaan istilah ini dimaksudkan untuk menyampaikan janji, prinsip, kegembiraan dan sensasi seputar *e-commerce* (perdagangan elektronik) ke arena kesehatan dan untuk menghitung peluang baru yang sedang terbuka di bidang digitalisasi layanan kesehatan.

Istilah *e-health* umumnya digunakan untuk menggambarkan sesuatu dengan ruang lingkup yang lebih luas mengenai informasi digital, dimulai dari catatan kesehatan elektronik (*Electronic Health Records*) yang memfasilitasi pertukaran data kesehatan pasien dengan tenaga kesehatan. *e-health* mencakup mekanisme pemesanan jasa kesehatan secara terkomputerisasi, penggunaan resep elektronik dan alat-alat yang digunakan untuk mendukung keputusan klinis. *e-health* juga menyediakan informasi elektronik tentang protokol dan standar yang digunakan dalam mendiagnosis dan merawat pasien. Konsep *e-health* tidak terbatas hanya untuk menyediakan layanan perawatan kesehatan jarak jauh namun juga dapat dipakai sebagai sarana untuk meningkatkan perawatan kesehatan yang efisien secara lebih menyeluruh.

Telehealth akan sangat bermanfaat bagi baik pengembang maupun konsumen saat hal itu berhasil diterapkan di Indonesia. Dr. Nyoman

Adhiarna, Direktur *e-Bisnis* Kementerian Komunikasi dan Teknologi Informasi mengatakan bahwa *e-health* merupakan sebuah sarana yang menarik, sebuah aplikasi pelayanan kesehatan berbasis digital yang akan menguntungkan masyarakat di mana penduduk Indonesia juga telah memanfaatkan internet sebagai sarana bagi kebutuhan kesehatan mereka. Misalnya pengguna internet di Indonesia khususnya dalam sektor jasa kesehatan, sebesar 51,06% internet digunakan untuk browsing informasi kesehatan dan 14,05% untuk berkonsultasi dengan tenaga kesehatan.

eHealth Application		Products	
		Private	Public
	Hospital Information System (Patient data management/ administrative stuffs) <ul style="list-style-type: none"> A system that process and integrate service flow in clinic or hospital in form of communication network. 	<ul style="list-style-type: none"> Medico Periksa.id 	<ul style="list-style-type: none"> V-Claim BPJS P-Care BPJS Ministry of health outpatient online registration application (SIRS YANKES KEMKES) JKN Mobile
	E-prescribing <ul style="list-style-type: none"> Technology framework that allows health care professionals to write and send prescription electronically instead of using handwritten notes. 	<ul style="list-style-type: none"> HaloDoc Prosehat 	
	Clinical decision support facilities <ul style="list-style-type: none"> Health information technology designed to provide health care professionals with clinical decision support. 	<ul style="list-style-type: none"> Tele-CTG MIMS Indonesia 	<ul style="list-style-type: none"> Tele-ECG Teleradiology
	Patients health informatics <ul style="list-style-type: none"> A system that provides information for patients which facilitates the promotion of self-care, promoting healthy behaviors and peer information exchange 	<ul style="list-style-type: none"> Guesehat Alo Dokter 	<ul style="list-style-type: none"> JKN Mobile
	Clinical Information Providers <ul style="list-style-type: none"> Source for trustworthy and timely health/medical news and information 	<ul style="list-style-type: none"> MIMS Indonesia HaloDoc Alo Dokter Guesehat Sehati Homedika 	
	Virtual health care teams <ul style="list-style-type: none"> A digital platform that allows health care professionals to collaborate and share information on patients 	<ul style="list-style-type: none"> ACAP Indonesia 	
	Mobile health (wearable devices) <ul style="list-style-type: none"> Smart electronic devices that can be worn on the body as implants or accessories. 	<ul style="list-style-type: none"> Fitbit® Samsung Gear® Apple Watch® 	

Gambar 1. Informasi Aplikasi *e-Health* di Indonesia bag. 1

eHealth Application		Products	
		Private	Public
	Tele-pharmacy <ul style="list-style-type: none"> • Delivery of pharmaceutical care via telecommunications to patients in locations where they may not have direct contact with a pharmacist. 	<ul style="list-style-type: none"> • HaloDoc • K24Klik 	
	Tele-consultation <ul style="list-style-type: none"> • Consultation by remote telecommunications, generally for the purpose of diagnosis or treatment of a patient at a site remote from the patient or primary physician. 	<ul style="list-style-type: none"> • HaloDoc • Alo Dokter • Medika app • Tele-CTG • Homecare24 	<ul style="list-style-type: none"> • Tele-ECG • Teleradiology • 24-hour-homecare service, hospital-to-hospital telemedicine and tele-radiology by targeting student hospital in remote areas.
	Tele-rehabilitation <ul style="list-style-type: none"> • Delivery of rehabilitation services via information technologies. 		
	Tele-laboratory <ul style="list-style-type: none"> • Telecommunication facility that allows patient to get result of medical tests performed in a laboratory located remote from the patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • PesanLab 	
	Tele-radiology <ul style="list-style-type: none"> • Transmission of radiological patient images (x-rays, CTs, MRIs) from one location to another. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tele-CTG 	<ul style="list-style-type: none"> • Tele-ECG • Teleradiology Kemkes
	Appointment scheduling <ul style="list-style-type: none"> • Application that help patients to manage appointment across clinics and health care professionals. 	<ul style="list-style-type: none"> • RSPI Mobile 	
	Research/Big Data <ul style="list-style-type: none"> • Health information collected from single individuals to large cohort to allow all related health practitioners (parties) to work together to find evidence based solutions. 	<ul style="list-style-type: none"> • IKO • ACAP Indonesia • Tele-CTG - Sehati 	

Gambar 2. Informasi Aplikasi *e-Health* di Indonesia bag. 2

Dalam segala kelebihan dan kekurangan penerapan layanan *e-health* dapat diambil beberapa kesimpulan mengenai keunggulan dan kekurangan layanan tersebut.

Enam Keunggulan Layanan *Telemedicine*: (Astra Life, 2020)

Mempermudah pemerataan informasi kesehatan (masyarakat dapat lebih dini untuk melakukan pencegahan atau mendapatkan pengobatan untuk jenis penyakitnya)

Meningkatkan layanan kesehatan di fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjut (pelayanan tenaga medis secara online, langsung dan cepat)

Mempercepat akses rujukan pasien ke Rumah Sakit (mengarahkan secara cepat dan tepat, sesuai dengan spesialisasi rumah sakit sesuai kondisi pasien)

Pemantauan penyakit kronis yang lebih akurat (tidak perlu bertatap muka, hanya mengirimkan data-data yang diperlukan)

Mengurangi tumpukan antrean pasien di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjut (dokter langsung menyeleksi pasien yang perlu dirawat di rumah sakit atau cukup mendapatkan perawatan di rumah)

Menurunkan tingkat stres pasien (dokter dan pasien telah membuat jadwal pengobatan yang lebih tepat).

Tiga Kekurangan *Telemedicine*: (Orami Parenting, 2020)

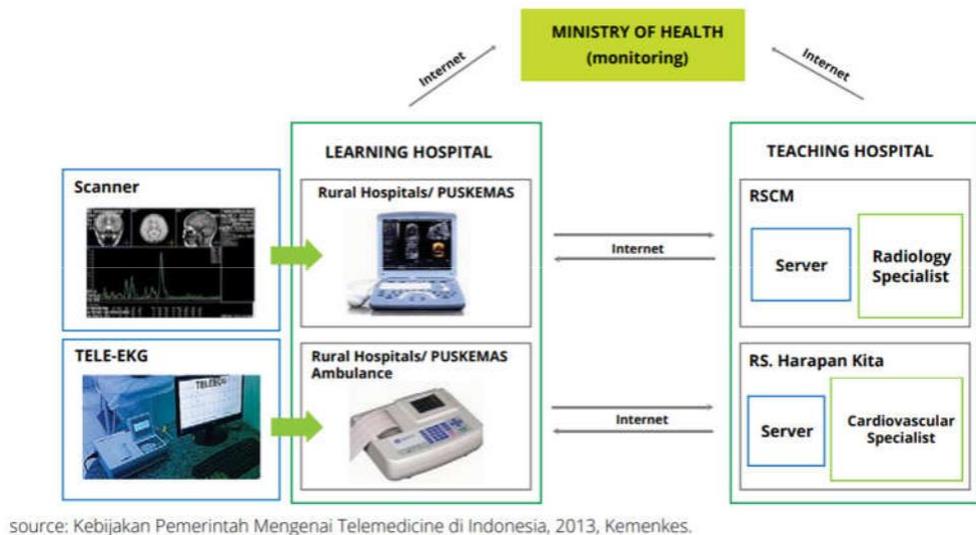
Ketersediaan akses layanan dan pembiayaan layanan

Berbiaya mahal terutama untuk fasilitas kesehatan dalam lingkup yang lebih kecil

Beberapa jenis penyakit dan masalah tertentu yang memerlukan diagnosis secara fisik dan tatap muka, tidak dapat dilakukan dengan layanan ini

2.2.3. Prinsip Pengelolaan Data melalui e-Health

Sumber: (Deloitte, 2018), halaman 21



Gambar 3. Prinsip Pengelolaan Data Monitoring e-Health

2.3. Tinjauan Tentang Revolusi Industri

2.3.1. Revolusi Industri 1.0

Revolusi industri pertama adalah yang paling sering dibicarakan, yaitu proses yang dimulai dengan ditemukannya lalu digunakannya mesin uap dalam proses produksi barang. Penemuan ini sangat penting karena sebelum adanya mesin uap, kita hanya mengandalkan tenaga otot, tenaga air dan tenaga angin untuk menyelesaikan pekerjaan. Hal ini menimbulkan masalah kemudian karena tenaga otot memiliki kapasitas yang terbatas demikian pula dengan pemanfaatan kuda, sapi dan tenaga otot lainnya sangat terbatas dalam menyelesaikan pekerjaan yang amat berat, bahkan dengan bantuan katrol. Dibutuhkan waktu istirahat secara berkala untuk memulihkan tenaga sehingga proses produksi akan memerlukan waktu yang lebih lama.

Selain itu, tenaga lain yang sering digunakan adalah tenaga kincir air dan tenaga kincir angin yang pada umumnya digunakan untuk memutar penggilingan. Namun sumber tenaga ini tidak dapat digunakan di mana saja dan hanya dapat digunakan di dekat air terjun dan di daerah yang berangin. Untuk tenaga angin, masalah tambahan adalah tenaga angin tak bisa diandalkan 24 jam sehari untuk memutar kincir angin. Masalah ini juga muncul ketika tenaga angin menjadi andalan transportasi internasional seperti pada transportasi laut. Sebagai gambaran, di era VOC, dibutuhkan waktu sekitar 6 bulan untuk berlayar dari Belanda ke Indonesia, dan begitu pula sebaliknya dari Indonesia ke Belanda. Jadi waktu yang dibutuhkan untuk berlayar pulang pergi Belanda ke Indonesia memakan waktu 1 tahun dengan segala permasalahannya.

Penemuan mesin uap yang jauh lebih efisien dan murah dibandingkan mesin uap sebelumnya oleh James Watt pada tahun 1776 mengubah segala hal. Tidak ditemukan lagi masalah batasan waktu untuk menggerakkan mesin. Mesin uap rancangan James Watt ini membuat pekerjaan di sebuah penggilingan bisa didirikan di mana saja, tak perlu dekat air terjun atau daerah berangin. Sebuah kapal dapat berlayar 24 jam selama mesin uapnya mendapat pasokan kayu atau batu bara sehingga waktu perjalanan dari Belanda ke Indonesia terpendek jauh, bukan lagi setahun lagi melainkan hanya sekitar dua bulan.

Revolusi Industri 1.0 memungkinkan bangsa-bangsa Eropa dapat mengirimkan kapal perang mereka ke seluruh penjuru dunia dalam waktu yang jauh lebih singkat sehingga cerita tentara-tentara Eropa yang kelelahan saat menyerang benteng milik Kerajaan Asia tidak ada lagi. Semua daerah yang bisa terjangkau oleh kapal laut, dapat dipastikan terjangkau oleh kekuatan imperialis Eropa sehingga hasrat untuk menaklukkan daerah jajahan di Afrika dan Asia meningkat. Hal inilah yang

membuat Belanda di akhir abad ke-19 menaklukkan daerah-daerah terakhir di Indonesia seperti Aceh dan Baliyang pada saat itu belum ditaklukkan.

Revolusi Industri 1.0 membawa perubahan peta geopolitik di Asia dan Afrika karena sejak tenaga mesin tidak dibatasi oleh otot, angin dan air terjun, terjadilah penghematan biaya dalam jumlah luar biasa di bidang produksi, transportasi, bahkan militer. Barang-barang yang diproduksi menjadi jauh lebih banyak, lebih murah dan lebih mudah didapat. Uang yang semula dipakai untuk memproduksi dan membeli barang-barang mahal tersebut kini bisa dipakai untuk hal lain, sehingga barang-barang yang tak diproduksi menggunakan mesin uap pun menjadi jauh lebih laku. Revolusi industri ini juga mengubah masyarakat dunia, dari masyarakat agraris di mana mayoritas masyarakat bekerja sebagai petani menjadi masyarakat industri. Kelangkaan tenaga yang semula mendominasi kesukaran manusia dalam berlayar, dalam memproduksi, mendadak lenyap digantikan oleh mesin uap yang jauh lebih kuat, lebih fleksibel dan lebih awet.

Efisiensi berikutnya adalah sumber daya manusia. Pada awalnya begitu banyak tenaga kerja manusia dibutuhkan untuk menjalankan produksi dan digantikan digantikan oleh mesin uap. Sumber daya manusia menjadi lebih bebas sehingga mereka bisa dipekerjakan di bidang yang lain. Perubahan-perubahan ini menghilangkan keistimewaan para bangsawan. Berkat mesin uap, produksi dapat berlangsung di mana saja dan dalam skala besar. Budaya monopoli para tuan tanah yang memiliki ladang/sawah berhektar-hektar telah berakhir dan kini orang-orang kaya yang memiliki mesin-mesin uap bisa memproduksi barang meskipun tanah mereka tak sebanding dengan para bangsawan. Produksi dapat dikerjakan memiliki tanah pertanian.

Dampak negatif Revolusi Industri 1.0 selain pencemaran lingkungan akibat asap mesin uap dan limbah-limbah pabrik adalah penjajahan di seluruh dunia. Dengan mesin uap, Imperialis Eropa menaklukkan Asia dan Afrika dengan cepat dan mudah.

2.3.2. Revolusi Industri 2.0

Revolusi industri kedua terjadi di awal abad ke-20. Sistem produksi sudah menggunakan tenaga mesin. Tenaga otot sudah digantikan oleh mesin uap dan kini tenaga uap mulai digantikan dengan tenaga listrik. Namun, proses produksi di pabrik masih jauh dari proses produksi di pabrik modern dalam satu hal: transportasi. Pengangkutan produk di dalam pabrik masih berat sehingga macam-macam barang besar, seperti mobil, harus diproduksi dengan cara dirakit di satu tempat yang sama. Di akhir 1800-an, mobil mulai diproduksi secara massal. Namun, di pabrik mobil tersebut, setiap mobil dirakit dari awal hingga akhir di titik yang sama. Semua komponen mobil harus dibawa ke si tukang perakitan untuk diproses nol hingga produk jadi. Setiap mobil akan dirakit oleh seorang tukang yang “*Generalis*” dari awal proses hingga selesai, dari merakit ban, pintu, setir, lampu dan seterusnya sampai lengkap.

Namun, proses produksi ini memiliki kelemahan besar: perakitan dilakukan secara paralel, artinya untuk merakit banyak mobil, proses perakitan harus dilakukan oleh begitu banyak tukang secara bersamaan. Dengan demikian, setiap tukang harus diajari tentang banyak hal mulai memasang ban, memasang setir, dan lain-lain. Seandainya ada masalah dalam proses perakitan, mobil yang belum jadi harus “digeser” dan si tukang harus meminta mobil baru sehingga proses produksi mobil bisa berjalan terus. Diperlukan waktu yang lebih panjang untuk memindahkan

mobil bermasalah untuk mendapatkan mobil baru, sehingga proses perakitan harus mulai dari nol kembali terasa amat lambat.

Ketika perusahaan mobil Ford di Amerika Serikat meluncurkan mobil murah pertama di dunia, “Ford Model T” yang tersohor, mereka kebanjiran pesanan. Mereka tak bisa memenuhi target produksi mereka karena dibutuhkan waktu sekitar 12 jam 30 menit untuk seorang tukang untuk merakit Ford Model T. Pada tahun 1912, Ford hanya sanggup memproduksi 68.773 unit mobil dalam setahun. Hal itu berarti bahwa sistem “satu perakitan, satu mobil” tidak bisa dipertahankan dan perlu direvolusi.

Revolusi terjadi dengan menciptakan “Lini Produksi” atau *Assembly Line* yang menggunakan “Ban Berjalan” atau *conveyor belt* di tahun 1913. Proses produksi berubah total. Tidak ada lagi satu tukang yang menyelesaikan satu mobil dari awal hingga akhir, para tukang diorganisir untuk menjadi spesialis dan hanya mengurus satu bagian saja, memasang ban misalnya. Produksi Ford Model T dipecah menjadi 45 pos, mobil-mobil tersebut kini dipindahkan ke setiap pos dengan *conveyor belt*, lalu dirakit secara serial. Semua ini dilakukan dengan bantuan alat-alat yang menggunakan tenaga listrik, yang jauh lebih mudah dan murah daripada tenaga uap.

Penggunaan tenaga listrik, ban berjalan dan lini produksi ini menurunkan waktu produksi secara bermakna. Kini sebuah Ford Model T bisa dirakit cuma dalam 95 menit yang berakibatnya produksi Ford Model T melonjak, dari 68 ribuan mobil di tahun 1912, menjadi 170 ribuan mobil di tahun 1913, 200 ribuan mobil di tahun 1914, dan tumbuh terus sampai akhirnya menembus 1 juta mobil per tahunnya di tahun 1922 serta nyaris mencapai 2 juta mobil di puncak produksinya, pada tahun 1925. Total hampir 15 juta Ford Model T diproduksi sejak 1908 sampai akhir masa

produksinya di tahun 1927. Produksi mobil murah secara besar-besaran ini mengubah bukan hanya industri mobil Amerika dan dunia namun berdampak pula pada budaya seluruh dunia.

Produksi mobil murah secara massal seperti itu berarti membuat mobil menjadi barang yang terjangkau. Sejak Ford Model T diproduksi massal, bukan hanya orang kaya yang membeli dan menggunakan mobil namun kelas menengah pun bisa membelinya, bahkan kelas miskin bisa menyicilnya atau meminjamnya. Secara mendadak, ratusan ribu, bahkan jutaan orang memiliki mobil. Transportasi dari rumah ke tempat kerja menjadi jauh lebih mudah, tidak tergantung jarak dan tidak tergantung jadwal transportasi umum. Hal ini menyebabkan munculnya daerah yang disebut “*Suburb*” atau “Pinggiran” yaitu perumahan yang muncul di pinggir kota, bukan di pusat kota. Hal ini berakibat mendadak jutaan orang ini membutuhkan garasi, tempat parkir, bengkel ganti oli, bengkel ganti ban, tukang cuci mobil dan 1001 hal lain yang tidak terpikir sebelumnya.

Produksi menggunakan conveyor belt ini juga menurunkan waktu dan biaya produksi pada banyak bidang lainnya. Hal itu berarti bahwa terdapat penambahan waktu yang menyebabkan berkurangnya kelangkaan waktu. Selain itu, *conveyor belt* juga digunakan untuk mengangkut barang tambang dari tambang ke kapal kemudian dari kapal ke pabrik yang sangat menghemat biaya, waktu dan tenaga. Di sisi yang lain, penggunaan *conveyor belt* dan lini produksi juga menghemat luas lahan yang diperlukan pabrik sehingga kelangkaan lahan perkotaan untuk produksi juga berhasil dikurangi.

Dalam bidang kemiliteran, Revolusi Industri 2.0 juga berdampak pada kondisi militer selama Perang Dunia 2. Meskipun bisa dikatakan bahwa revolusi industri 2.0 sudah terjadi di masa Perang Dunia 1, pada masa Perang Dunia ke-2 lah efeknya benar-benar terasa. Ribuan tank,

pesawat dan senjata-senjata tercipta dari pabrik-pabrik yang menggunakan lini produksi dan ban berjalan. Semua ini terjadi karena adanya produksi massal (*mass production*). Perubahan dari masyarakat agraris menjadi masyarakat industri menjadi sempurna.

2.3.3. Revolusi Industri 3.0

Setelah mengganti tenaga otot dengan uap, lalu produksi paralel dengan serial, faktor berikutnya yang direvolusi adalah manusianya. Setelah revolusi industri kedua, manusia masih berperan amat penting dalam produksi barang-barang. Revolusi Industri 3.0 juga disebut sebagai Era Industri. Revolusi Industri 3.0 mengubah banyak hal. Setelah revolusi ini, abad industri pelan-pelan berakhir, abad informasi dimulai. Kalau revolusi pertama dipicu oleh mesin uap, revolusi kedua dipicu oleh ban berjalan dan listrik, revolusi ketiga dipicu oleh mesin yang bergerak, yang berpikir secara otomatis seperti komputer dan robot.

Komputer semula merupakan barang mewah. Salah satu komputer pertama yang dikembangkan di era Perang Dunia 2 sebagai mesin untuk memecahkan kode buatan Nazi Jerman yaitu komputer terprogram pertama yang bernama *Colossus* yaitu mesin raksasa sebesar sebuah ruang tidur tidak memiliki memori (RAM) dan tidak bisa menerima perintah dari manusia melalui keyboard atau *touchscreen* tetapi melalui pita kertas. Komputer purba ini juga membutuhkan listrik yang luar biasa besar: 8500 watt.

Kemajuan teknologi komputer secara luar biasa terjadi setelah perang dunia kedua selesai dengan penemuan semi konduktor, disusul transistor, lalu *integrated chip* (IC) yang membuat ukuran komputer semakin kecil dan listrik yang dibutuhkan semakin sedikit, sementara kemampuan berhitungnya semakin canggih. Mengecilnya ukuran komputer

menjadi penting sebab kini komputer bisa dipasang di mesin-mesin yang mengoperasikan lini produksi. Komputer menggantikan banyak manusia sebagai operator dan pengendali lini produksi, sama seperti operator telepon di perusahaan telepon diganti oleh *relay* sehingga para pengguna tinggal menelpon nomor telepon untuk menghubungi relasi. Proses ini disebut “Otomatisasi” dan membuat semuanya menjadi otomatis, tidak memerlukan manusia lagi. Hal ini berarti bahwa, terjadi penurunan kelangkaan sumber daya manusia serta terbebasnya ribuan tenaga kerja untuk bidang pekerjaan lain.

Seiring dengan kemajuan komputer, kemajuan mesin-mesin yang bisa dikendalikan komputer tersebut juga meningkat. Macam-macam mesin diciptakan dengan bentuk dan fungsi yang menyerupai bentuk dan fungsi manusia. Komputer menjadi otaknya, robot menjadi tangannya dan perlahan namun pasti fungsi pekerja kasar dan pekerja manual menghilang. Hal ini bukan berarti tugas manusia pada produksi bisa digantikan sepenuhnya oleh robot. Pabrik-pabrik mobil semula berpikir Revolusi Industri 3.0 ini akan seperti 2.0, di mana produksi paralel diganti total oleh lini produksi, robot akan secara total diganti oleh manusia. Pabrik-pabrik mobil di tahun 1990-an mencoba mengganti semua pegawai mereka dengan robot, hasilnya adalah produktivitas malah menurun. Elon Musk mencoba melakukannya kembali di tahun 2010 ini di pabrik mobil Tesla miliknya. Sekali lagi, semua orang menemukan fakta bahwa untuk produksi mobil, kombinasi manusia dan robot-komputer adalah yang terbaik. Munculnya robot dan komputer menjadi penolong manusia, bukannya menggantikannya.

Revolusi ini mengubah masyarakat. Negara-negara maju seperti Amerika Serikat dan negara-negara Eropa Barat cenderung berubah dari mengandalkan sektor manufaktur, menjadi mengandalkan sektor jasa

seperti bank, studio film, Teknologi Informasi, dan lain sebagainya sebagai motor ekonomi. Mereka berubah dari ekonomi industri menjadi ekonomi informasi. Karena kemajuan ini pula, terjadilah perubahan dari data analog menjadi data digital. Dari merekam musik menggunakan kaset menjadi menggunakan CD, dari menonton film di *video player* menjadi menggunakan *DVD player*; dan lain-lain. Hal ini terjadi karena komputer hanya bisa bekerja dengan data digital. Karena inilah revolusi industri ketiga ini nama lainnya adalah “*Digital Revolution*“. Karena revolusi ini juga, *video game* menjadi sesuatu yang normal dalam kehidupan kita, menjadi bisnis dengan nilai milyaran, bahkan trilyunan Dolar. Sisi negatifnya, digitalisasi, komputerisasi membuat kejahatan-kejahatan baru muncul: penipuan menggunakan komputer (*cyber crime*).

2.3.4. Revolusi Industri 4.0

Konsep “Revolusi Industri 4.0” pertama kali digunakan di publik dalam pameran industri Hannover Messe di Kota Hannover, Jerman di tahun 2011. Dari peristiwa ini juga sebetulnya ide “Revolusi Industri 2.0” dan “Revolusi Industri 3.0” baru muncul, sebelumnya cuma dikenal dengan nama “Revolusi Teknologi” dan “Revolusi Digital”. Semua revolusi yang terjadi menggunakan revolusi sebelumnya sebagai dasar. Revolusi Industri 2.0 tidak akan muncul selama masih mengandalkan otot, angin dan air untuk produksi. Revolusi Industri 3.0 meningkatkan lini produksi dengan komputer dan robot. Sementara, Revolusi Industri 4.0 juga menggunakan komputer dan robot ini sebagai dasar kemajuannya.

Kemajuan pertama yang paling besar adalah internet. Semua komputer tersambung ke sebuah jaringan bersama. Komputer juga semakin kecil sehingga bisa menjadi sebesar kepala tangan kita sehingga kita menyebutnya *smartphone*. Bukan hanya kita tersambung ke jaringan

raksasa, kita menjadi selalu tersambung ke jaringan raksasa tersebut. Inilah bagian pertama dari revolusi industri keempat: “*Internet of Things*”. Pada saat komputer-komputer yang ada di pabrik itu tersambung ke internet, saat itu juga, setiap masalah yang ada di lini produksi bisa langsung diketahui oleh pemilik pabrik, di manapun si pemilik berada.

Kedua, kemajuan teknologi juga menciptakan ribuan sensor baru cara untuk memanfaatkan informasi yang didapat dari sensor-sensor tersebut untuk merekam segala hal selama 24 jam sehari. Informasi ini bahkan menyangkut kinerja pegawai manusianya. Misalnya, kini perusahaan bisa melacak gerakan semua dan setiap pegawainya selama berada di dalam pabrik. Dari gerakan tersebut, dapat terlihat kalau pegawai-pegawai tersebut menghabiskan waktu terlalu banyak di satu bagian sehingga bagian tersebut perlu diperbaiki. Masih ada beragam informasi lainnya yang bisa didapatkan dari berbagai sumber data yang berbeda, sehingga masih ada beribu-ribu cara untuk meningkatkan produktivitas pabrik yang semula tidak terpikirkan. Aspek yang demikian sering disebut sebagai *Big Data* karena begitu banyaknya ragam maupun jumlah data baru ini.

Ketiga, berhubungan dengan yang pertama dan kedua, adalah *Cloud Computing*. Perhitungan-perhitungan rumit tetap memerlukan komputer canggih yang besar, koneksi dengan internet memungkinkan banyak data dan perhitungan dapat dikirim melalui internet bisa dilakukan di tempat lain dan bukan di pabrik. Sebuah perusahaan yang memiliki 5 pabrik di 5 negara berbeda membutuhkan sebuah superkomputer untuk mengolah data yang diperlukan secara bersamaan untuk kelima pabriknya dan tidak perlu membeli 5 superkomputer untuk melakukannya secara terpisah.

Keempat, ini yang sebetulnya paling besar: *Machine learning*, yaitu mesin yang memiliki kemampuan untuk belajar, yang bisa sadar bahwa

dirinya melakukan kesalahan sehingga melakukan koreksi yang tepat untuk memperbaiki hasil berikutnya. Ini bisa dilukiskan dengan cerita “*AlphaZero Artificial Intelligence*”. Sebelum *Machine Learning*, sebuah komputer melakukan tugasnya dengan “diperintahkan” atau “diinstruksikan” oleh manusia. Mengkombinasikan keempat hal tersebut di atas adalah sesuatu yang rumit, luar biasa dan tidak terpikirkan tentang hal apa pun bisa dilakukan oleh superkomputer dengan kemampuan diluar batas kemampuan manusia. Pada kenyataannya saat ini belum dapat mengintegrasikan keempat hal tersebut. Point keempat, yaitu *Artificial Intelligence* dan *Machine Learning*, masih amat terbatas untuk tugas-tugas tertentu. Bukan hanya di Indonesia, di negara-negara maju seperti Jepang, Jerman dan Amerika Serikat masih terus menerus memperdebatkan konsekuensi dari revolusi industri keempat ini, sebab revolusi ini masih berlangsung, atau bahkan baru dimulai. Hambatan yang dihadapi masih banyak. Koneksi internet belum universal bahkan masih ada beberapa daerah yang tak memiliki koneksi internet, bahkan di Amerika Serikat sekalipun. Selain itu, koneksi internet berarti munculnya celah keamanan baru. Perusahaan pesaing akan berusaha mengintip kinerja dan rancangan produksi lewat celah keamanan komputer pengendali produksi yang kini bisa diakses dari internet (Susanto, 2019).

2.4. Tinjauan Tentang Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN)

2.4.1. Latar Belakang

Asosiasi Klinik Indonesia yang selanjutnya disingkat dengan ASKLIN adalah wadah klinik untuk berhimpun dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Didirikan di Jakarta, pada tanggal 1 Agustus 2011 oleh beberapa orang yang peduli terhadap perkembangan pelayanan kesehatan yang ada di tingkat pertama

melalui klinik, dikuatkan secara hukum dengan akta pendirian Nomor 43 tanggal 27 Desember 2011 oleh Notaris Dewi Andriani, S.H., M.Kn. Telah didaftarkan menjadi Organisasi yang berbadan hukum di Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia dengan Nomor AHU-64.AH.01.07 Tahun 2012 tertanggal 4 Mei 2012 (Eddi Junaidi, Dr., SpOG, S.H., 2012). Pelantikan Pengurus Pusat untuk pertama kalinya dilaksanakan pada tanggal 7 Maret 2012 yang dihadiri oleh Ketua DPD RI, Ketua Komisi IX RI (Komisi yang membidangi Kesehatan), Kementerian Kesehatan, Kementerian Kesra, Kepala BKKBN serta undangan lain. Pendirian Asosiasi Klinik Indonesia ini mendapatkan dukungan dari Komisi IX DPR RI setelah melalui proses dengar pendapat yang dilaksanakan pada tanggal 21 Maret 2012 dengan kesimpulan:

Komisi IX DPR RI mendukung keberadaan Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) untuk bekerjasama dengan Pemerintah dalam upaya menuju pelaksanaan BPJS Kesehatan.

Komisi IX DPR RI meminta kepada Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) agar membantu Pemerintah untuk melakukan kendali mutu, kendali biaya dan pengawasan terhadap klinik-klinik di Indonesia.

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis berdasarkan Permenkes Nomor 28 tahun 2011 dan yang telah diperbarui menjadi Permenkes Nomor 9 tahun 2014. Berdasarkan Permenkes Nomor 9 tahun 2014, klinik terbagi menjadi dua jenis yaitu Klinik Pratama dan Klinik Utama. Sedangkan kenyataannya klinik banyak berkembang mulai dari pelayanan oleh tenaga keperawatan (bidan dan perawat) dan klinik pengobatan melalui pengobatan tradisional. Pengawasan dan pembinaannya dilakukan

oleh pemerintah melalui dinas kesehatan kota atau dinas kesehatan kabupaten di daerahnya masing-masing. Namun, seiring dengan perkembangan klinik yang cukup pesat, dinas kesehatan kota dan atau kabupaten dalam pengawasan dan pembinaan mempunyai keterbatasan baik dari sumber daya manusia sampai kepada sistim pelayanan dan juga standar klinik yang belum terpenuhi secara optimal.

Kehadiran ASKLIN diharapkan dapat membantu baik pemerintah maupun masyarakat sebagai pengguna layanan kesehatan di tingkat pertama juga bagi klinik untuk mencapai pelayanan yang berkualitas. ASKLIN hadir dalam rangka mencapai visi Indonesia sehat dengan berbagai program kerja yang dicanangkannya di antaranya:

Membantu pemerintah menyusun standarisasi klinik.

Membantu pemerintah menyusun klasifikasi klinik pratama dan utama sesuai dengan sarana dan fasilitas yang dimilikinya.

Melakukan penilaian terhadap klinik yang dapat menjadi mitra kerja dari *provider* asuransi kesehatan.

Membantu klinik dalam menyiapkan pelayanan yang berkualitas bagi masyarakat.

Membantu klinik dalam pengembangan pelayanannya.

Membantu pengembangan sumber daya manusia yang ada di klinik.

Membantu pemerintah dalam rangka program pelayanan sistim rujukan.

Membantu pemerintah dalam percepatan pencapaian program MDG's 2014.

Membantu pemerintah dalam pencapaian revitalisasi Keluarga Berencana.

2.4.2. Dasar Hukum

Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) didirikan untuk mengakomodir isi dari beberapa perundang-undangan dan peraturan yang ada, antara lain:

UU Nomor 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Pengguna

UU Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

UU Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 028/MENKES/PER/I/2011 yang sudah diperbaharui menjadi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 09 tahun 2014 tentang Klinik (RI, 2014)

2.4.3. Visi, Misi dan Tujuan ASKLIN

VISI

”Menjadikan Klinik sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan dalam melayani kesehatan masyarakat dengan sistem rujukan yang terarah dan terpadu”.

MISI

Membantu/memfasilitasi klinik menyelesaikan permasalahan

Menjaga standar klinik dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat

Menghindari/mencegah persaingan tidak sehat antar klinik

Melakukan advokasi/pembelaan bagi klinik

Menyampaikan informasi kepada klinik tentang program-program Pemerintah tentang kesehatan yang harus dilaksanakan bersama masyarakat

Membantu terlaksananya tertib administrasi klinik dalam rangka menuju pelayanan yang berkualitas dan dapat dipertanggungjawabkan

Tujuan ASKLIN

Umum

Melakukan pemberdayaan klinik untuk meningkatkan pengelolaan dan pelayanan kesehatan

Meningkatkan profesionalisme penyelenggaraan klinik

Meningkatkan sistim rujukan yang optimal

Khusus

Untuk Klinik

Membantu manajemen/pengelolaan

Membantu pengembangan usaha

Membantu peningkatan kualitas pelayanan

Membantu penyelesaian masalah

Membantu fasilitasi pembiayaan

Untuk SDM

Membantu meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap prilaku dalam memberikan pelayanan

Untuk Pemerintah

Membantu tercapainya sistem pelayanan berbasis keluarga

Membantu mempercepat pencapaian visi Indonesia Sehat

Membantu mencapai sistem rujukan yang optimal

Membantu pencapaian program MDG's

Membantu program revitalisasi keluarga berencana

Untuk Masyarakat

Memudahkan mendapatkan fasilitas pelayanan klinik yang berkualitas dan terjangkau

2.4.4. Fungsi ASKLIN

Pemberdayaan

Pemberdayaan dilaksanakan untuk mendorong klinik agar mampu menempatkan diri secara profesional dan menjadi pelaku utama dalam menjalankan pelayanan kesehatan yang strategis agar mencapai suatu keberlanjutan dalam jangka panjang menuju Indonesia sehat. Lingkungan strategis yang dimiliki oleh klinik lebih mendekatkan diri kepada masyarakat dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, membantu pemerintah dalam peningkatan kesejahteraan rakyat di bidang kesehatan.

Advokasi

Advokasi merupakan upaya untuk memenuhi kepentingan para anggota baik advokasi untuk kasus-kasus yang dihadapi oleh anggota maupun advokasi kepada pemerintah tentang kebijakan-kebijakan tentang klinik.

Fasilitasi

Fasilitasi berperan untuk membantu para anggota ASKLIN untuk dapat meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, fasilitasi ini dapat dilakukan kepada pihak ketiga maupun kepada anggota sendiri atau antar anggota. Di antaranya memfasilitasi pengembangan sumber daya manusia yang ada di klinik, memfasilitasi dengan pihak pendanaan dalam pengembangan klinik dan juga kepada pihak asuransi kesehatan. Dalam fasilitasi ini juga dapat dilakukan integrasi antara satu klinik dengan klinik lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Kemitraan

Kemitraan merupakan suatu upaya yang dilakukan oleh ASKLIN untuk menjalin kerjasama baik dengan pemerintah maupun dengan pihak swasta yang mana dapat saling menguntungkan terutama bagi anggota ASKLIN. Tujuan kemitraan untuk organisasi ASKLIN adalah untuk mencapai upaya peningkatan kualitas dan pelayanan klinik anggota ASKLIN demi mencapai sasaran akhir adalah kesehatan bagi masyarakat yang menerima pelayanan klinik. Adapun bentuk kemitraan yang akan dilaksanakan oleh ASKLIN adalah kerjasama dengan pihak asuransi dan juga beberapa pihak yang dapat menunjang kegiatan operasional klinik. Sehingga dengan adanya ASKLIN kemitraan yang dikembangkan saling menguntungkan bagi masing-masing pihak.

2.4.5. Program Kerja ASKLIN

Jangka Pendek

- Mendata jumlah klinik di seluruh Indonesia

- Membuat klasifikasi klinik pratama dan klinik utama

- Membuat pedoman standarisasi klinik pratama dan utama berdasarkan klasifikasinya

- Membentuk Pengurus Daerah dan Komisariat kabupaten/kotamadya

Jangka Panjang

- Melakukan pembinaan dalam bidang manajemen pengelolaan klinik bagi manajemen klinik

- Meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang ada di klinik

- Melakukan kerjasama dengan pihak-pihak yang terkait untuk menunjang kemajuan ASKLIN dan anggotanya

- Membuat standarisasi tarif pelayanan sesuai dengan klasifikasi klinik

- Melakukan sertifikasi klinik sesuai standar yang dibuat oleh ASKLIN

2.4.6. Sasaran/Anggota ASKLIN

Semua klinik yang mempunyai perizinan baik saranannya maupun SDM-nya sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan Negara Republik Indonesia.

Semua klinik ikut dalam program ASKLIN.

2.5. Tinjauan Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes)

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 47 tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kemenkumham RI, 2016), maka yang dimaksud dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan atau masyarakat.

2.5.1. Jenis dan Tingkatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan terdiri atas:

Tempat Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan

Pusat Kesehatan Masyarakat

Klinik

Rumah Sakit

Apotek

Unit Transfusi Darah

Laboratorium Kesehatan

Optikal

Fasilitas Pelayanan Kedokteran untuk kepentingan hukum

Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional

Tingkatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan terdiri atas:

Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama, memberikan pelayanan kesehatan dasar

Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat kedua, memberikan pelayanan kesehatan spesialisik

Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat ketiga, memberikan pelayanan kesehatan subspecialistik

Sesuai dengan Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan (BPJS, 2013), Fasilitas Kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah:

Puskesmas atau yang setara

Praktik Dokter Mandiri

Praktik Dokter Gigi Mandiri

Klinik Pratama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/POLRI

Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara

2.5.2. Cakupan Pelayanan

Rawat Jalan Tingkat Pertama

Administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Pelayanan promotif preventif, meliputi:

Kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan; Penyuluhan kesehatan perorangan meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.

Imunisasi dasar; Pelayanan imunisasi dasar meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis-B (DPTHB), Polio, dan Campak.

Keluarga berencana:

Pelayanan Keluarga Berencana meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi Keluarga Berencana.

Penyediaan dan distribusi vaksin dan alat kontrasepsi dasar menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dan atau pemerintah daerah.

BPJS Kesehatan hanya membiayai jasa pelayanan pemberian vaksin dan alat kontrasepsi dasar yang sudah termasuk dalam kapitasi, kecuali untuk jasa pelayanan pemasangan IUD/Implan dan Suntik di daerah perifer.

Skrining kesehatan

Pelayanan skrining kesehatan diberikan secara perorangan dan selektif.

Pelayanan skrining kesehatan ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu, meliputi:

Diabetes Mellitus tipe 2

Hipertensi

Kanker leher rahim

Kanker payudara; dan

Penyakit lain yang ditetapkan oleh Menteri:

Pelayanan skrining kesehatan penyakit diabetes mellitus tipe 2 dan hipertensi dimulai dengan analisis riwayat kesehatan, yang dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali.

Jika peserta teridentifikasi mempunyai risiko penyakit diabetes mellitus tipe 2 dan hipertensi berdasarkan riwayat kesehatan, akan dilakukan penegakan diagnosa melalui pemeriksaan penunjang diagnostik tertentu dan kemudian akan diberikan pengobatan sesuai dengan indikasi medis.

Pelayanan skrining kesehatan untuk penyakit kanker leher rahim dan kanker payudara dilakukan sesuai dengan indikasi medis.

Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis.

Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non-operatif.

Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.

Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama.

Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui dan bayi.

Upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi termasuk penanganan komplikasi KB paska persalinan.

Rehabilitasi medik dasar.

Pelayanan Gigi

Administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis.

Premedikasi.

Kegawatdaruratan oro-dental.

Pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi).

Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit.

Obat pasca ekstraksi.

Tumpatan komposit/GIC.

i. *Scaling* gigi (1x dalam setahun).

3. Rawat Inap Tingkat Pertama

Cakupan pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai dengan cakupan pelayanan rawat jalan tingkat pertama dengan tambahan akomodasi bagi pasien sesuai indikasi medis.

Pelayanan Darah sesuai indikasi medis pelayanan transfusi darah di fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan pada kasus:

Kegawatdaruratan maternal dalam proses persalinan.

Kegawatdaruratan lain untuk kepentingan keselamatan pasien.

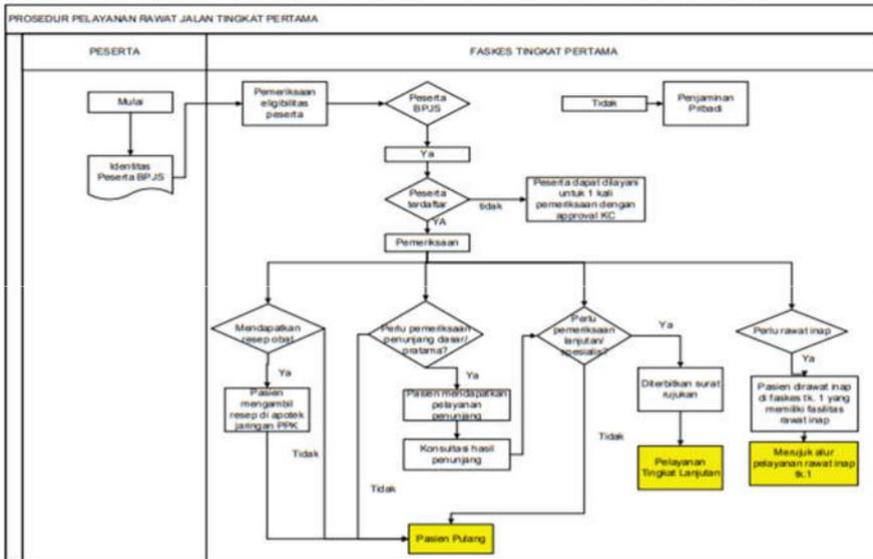
Penyakit thalasemia, hemofili dan penyakit lain setelah mendapat rekomendasi dari dokter fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.

2.5.3. Alur Pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

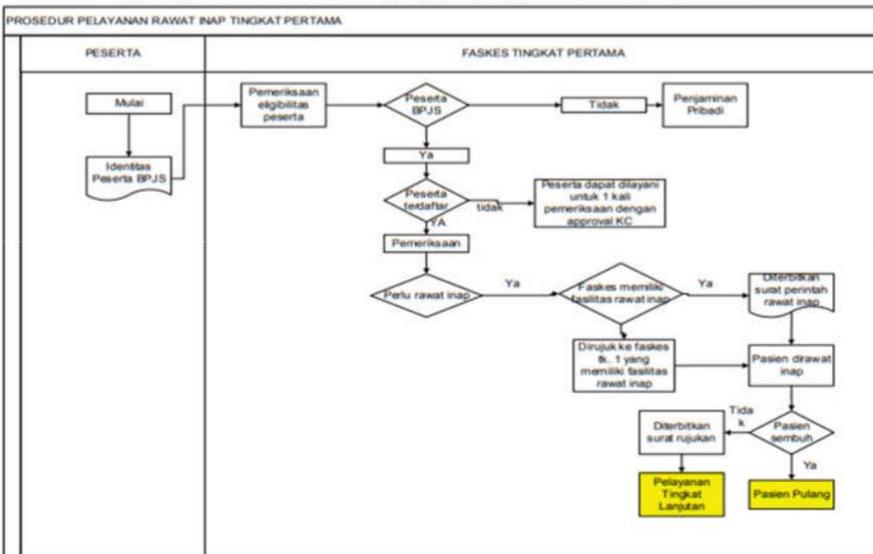
Bagan di bawah ini merupakan alur pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), baik rawat jalan maupun rawat inap.

Sumber: (BPJS, 2013) halaman 21.

ALUR PELAYANAN RAWAT JALAN DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA



ALUR PELAYANAN RAWAT INAP DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA



Gambar 4. Alur Pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

2.6. Tinjauan Tentang Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang dalam jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan, yang sesuai dengan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, 2014), terdiri atas:

Tenaga Medis (Dokter dan Dokter Gigi)

Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Presiden Republik Indonesia, 2004) memberikan batasan bahwa yang dimaksud dengan dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dokter atau dokter gigi yang telah memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) mempunyai wewenang melakukan praktik kedokteran sesuai dengan pendidikan dan kompetensi yang dimiliki, yang terdiri atas:

Mewawancarai pasien

Memeriksa fisik dan mental pasien

Menentukan pemeriksaan penunjang

Menegakkan diagnosis

Menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien

Melakukan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi

Menulis resep obat dan alat kesehatan

Menerbitkan surat keterangan dokter atau dokter gigi

Menyimpan obat dalam jumlah dan jenis yang diizinkan

Meracik dan menyerahkan obat kepada pasien (bagi yang berpraktik di daerah terpencil yang tidak ada apotek)

Tenaga Keperawatan (Perawat dan Bidan) adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan peraturan perundang-undangan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, 2014).

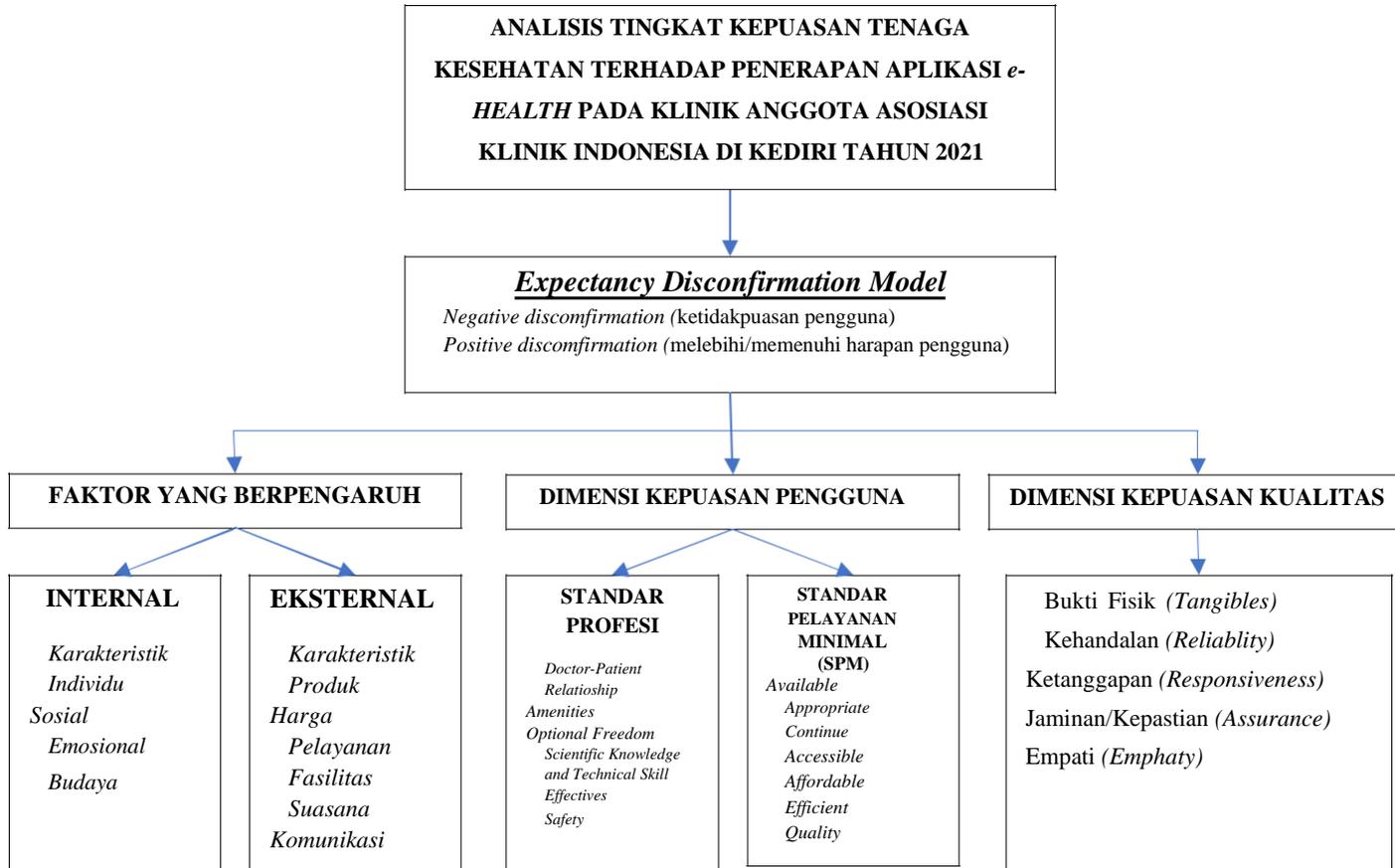
Tenaga Kefarmasian (Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian) adalah tenaga yang melakukan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas:

Apoteker yakni sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan dan

Tenaga Teknis Kefarmasian yakni tenaga yang membantu apoteker dalam menjalankan pekerjaan kefarmasian, antara lain asisten apoteker (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Registrasi, Ijin Praktek dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Tenaga Kesehatan lainnya (Tenaga Kesehatan Masyarakat, Tenaga Gizi, Tenaga Keterampilan Fisik dan Tenaga Keteknisian Medis).

2.7. Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 5. Kerangka Konseptual Penelitian

BAB III

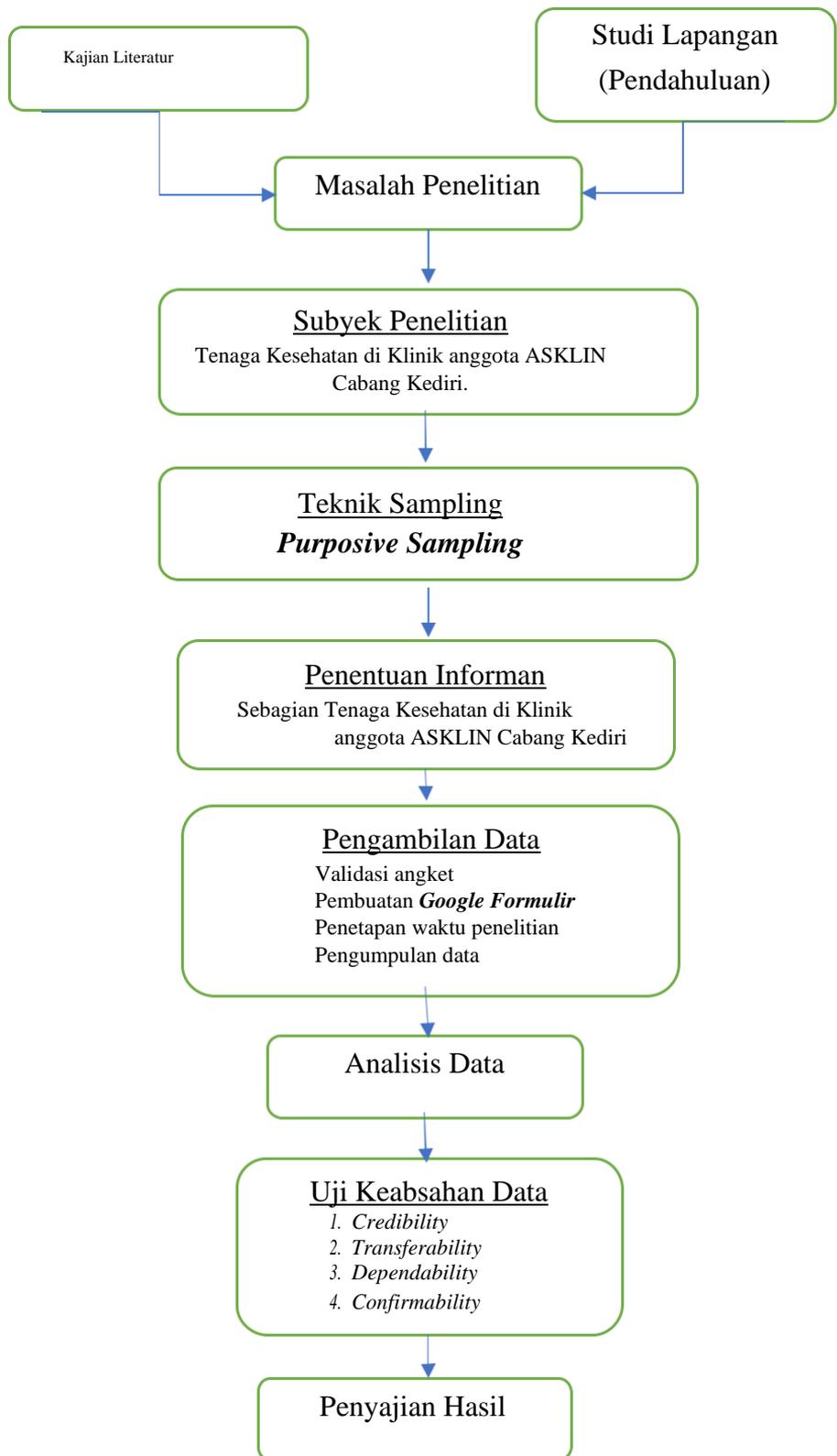
METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Metode penelitian yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah metode kualitatif. Menurut Creswell dalam (Raco, 2018) penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang mengeksplorasi dan memahami makna di sejumlah individu atau sekelompok orang yang berasal dari masalah sosial. Penelitian kualitatif secara umum dapat digunakan untuk penelitian tentang Biografi, Fenomenologi, Ethnografi, *Groundedtheory* dan *Case Study*. Alasan digunakannya metode penelitian kualitatif adalah bahwa metode ini dapat menemukan dan memahami apa yang tersembunyi dibalik sebuah fenomena yang kadangkala merupakan sesuatu yang sulit untuk dipahami. Jenis penelitian kualitatif yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah studi kasus.

Studi kasus merupakan studi yang mengeksplorasi suatu kasus secara mendalam, mengumpulkan informasi secara lengkap dengan menggunakan berbagai prosedur pengumpulan data berdasarkan waktu yang telah ditentukan. Kasus ini dapat berupa suatu peristiwa, aktivitas, proses, dan program. Moleong menjelaskan dalam pendekatan kualitatif deskriptif, data yang dikumpulkan adalah data yang berupa kata-kata, gambar dan bukan angka-angka. Data tersebut bisa diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, video, foto, dan dokumentasi pribadi. Hasil penelitian ini berupa kutipan dari transkrip hasil wawancara yang sebelumnya telah diolah dan kemudian disajikan secara deskriptif (Lexy J. Moleong, 2002).

Peneliti menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan jenis studi kasus dengan menggali informasi lebih mendalam dan utuh tentang tingkat akseptibilitas dan resistensi pada tenaga kesehatan di Klinik anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri.



3.2. Kehadiran Peneliti

Dalam penelitian ini, peneliti bertindak sebagai instrumen utama penelitian sekaligus pengumpulan data. Pada pelaksanaannya, peneliti dibantu oleh instrumen pendukung berupa daftar pertanyaan semi terstruktur dan mendalam. Alat bantu lain yang digunakan adalah buku catatan lapangan (*field note*), *handphone*, kemudian didokumentasikan berupa transkrip (buku catatan lapangan).

Analisis data bersifat pertanyaan semi terstruktur yang menggunakan proses induktif yaitu dimulai dari data yang terkumpul atau keputusan- keputusan khusus kemudian diambil kesimpulan secara umum. Pengolahan data dilakukan dengan cara deskriptif isi (*contents analysis*). Selanjutnya dilaporkan dan disajikan dalam gambaran deskriptif dihubungkan dengan teori. Kehadiran peneliti digambarkan secara eksplisit dalam laporan penelitian. Peran peneliti sebagai partisipan penuh. Kehadiran peneliti diketahui statusnya sebagai peneliti oleh subjek atau informan.

3.3. Lokasi Penelitian

Adapun dalam Penelitian ini dilakukan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) Klinik Pratama anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri yang dilaksanakan mulai tanggal 1 Maret sampai dengan 30 Juni 2021.

3.4. Sumber Data

Sumber data adalah bagian yang sangat tak terpisahkan dari proses penelitian, menurut sumbernya, data penelitian digolongkan sebagai data yang dibutuhkan (Saifuddin Azwar, 2010) sebagai berikut.

3.4.1. Subjek Penelitian

Dalam penelitian kualitatif tidak menggunakan populasi, tetapi dinamakan situasi sosial (*social situation*) yang terdiri atas tiga elemen yaitu tempat (*place*), pelaku (*actor*), dan aktivitas (*activity*) yang berinteraksi secara sinergis. Hasil kajian dari penelitian ini tidak diberlakukan ke populasi, tetapi ditransferkan ke tempat lain pada situasi sosial yang memiliki kesamaan. Subjek dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan berpraktek di Klinik anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri, yang meliputi Kota dan Kabupaten Kediri yang telah menerapkan sistem layanan kesehatan. Pemilihan subjek dalam penelitian ini mempertimbangkan interaksi secara langsung tenaga kesehatan yang bersangkutan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan mengadopsi sistem layanan kesehatan terdigitalisasi (*e-Health*). Sistem pelayanan kesehatan terdigitalisasi (*e-Health*) mengakomodir seluruh tahapan pelayanan di dalam Klinik, mulai dari Pendaftaran Pasien (*booking*), Pelayanan Dokter/Dokter Spesialis, Pelayanan Laboratorium serta Pelayanan Kefarmasian di titik akhir. Subjek penelitian dengan mengenakan alat pengukuran atau alat pengambilan data langsung pada subjek sebagai sumber informasi yang dicari dalam penelitian ini khususnya dalam lingkup Klinik anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri.

3.4.2. Informan

Sampel dalam penelitian kualitatif bukan dinamakan responden, tetapi sebagai narasumber, partisipan, informan, teman atau guru dalam penelitian. Sampel dalam penelitian kualitatif dinamakan sampel teoritis (Sugiyono, 2017). Informan dalam penelitian ini adalah pihak-pihak yang terkait dalam penilaian pelayanan kesehatan menggunakan sistem layanan

kesehatan terdigitalisasi (*e-Health*) dalam rangka pelayanan kesehatan kepada pasien di Klinik anggota ASKLIN yang bersedia menjadi informan untuk diwawancarai semi terstruktur (*indepth interview*). Jenis data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan dari wawancara terhadap informan dengan panduan wawancara. Dari hasil data yang diperoleh dilakukan triangulasi sumber data. Menurut Moleong (Lexy J. Moleong, 2002),

3.4.3. Pengambilan Sampel (*Sampling*)

Pengambilan sampel pada penelitian kualitatif berbeda dengan pengambilan sampel pada penelitian kuantitatif. Pada penelitian kualitatif, pengambilan sampel memiliki prinsip dasar ditujukan untuk memperoleh atau menemukan sampel kasus atau individu yang memiliki banyak informasi dan mendalam tentang fenomena yang diteliti. Dalam penelitian ini, pengambilan subjek dilakukan teknik *purposive sampling*. Menurut (Hidayat, 2017), teknik *purposive sampling* merupakan teknik di mana peneliti memilih calon subjek berdasarkan siapa yang dapat memberikan informasi yang diinginkan dan bersedia untuk berbagi informasi tersebut. Teknik *purposive sampling* ini berguna apabila peneliti ingin membuat suatu gagasan mengenai kenyataan, menggambarkan suatu fenomena atau mengembangkan sesuatu informasi. Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* dengan jumlah tertentu. Jumlah Klinik yang terdaftar sebagai anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri berjumlah 34 klinik. Dalam penelitian ini, akan dilaksanakan *sampling* pada 20 klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang telah menerapkan sistem aplikasi layanan kesehatan.

3.4.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut.

Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi adalah kriteria di mana subjek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Notoatmodjo, 2018). Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah:

Tenaga Administrasi Klinik

Dokter dan/atau Dokter Penanggung Jawab Klinik

Dokter Pelaksana/Dokter Spesialis Praktek di Klinik

Dokter Gigi/Dokter Gigi Spesialis Praktek di Klinik

Apoteker Penanggung Jawab Instalasi Farmasi Klinik dan/atau Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) Praktek di Klinik

Bersedia menjadi informan

Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi merupakan kriteria di mana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2018).

Kriteria Eksklusi dalam penelitian ini adalah Tenaga Kesehatan yang tidak berhubungan secara langsung dalam pelayanan terhadap pasien khususnya yang berhubungan dengan peresepan (*prescription*) serta dalam keadaan sakit baik fisik maupun kejiwaan.

3.5. Prosedur Pengumpulan Data

3.5.1. Fidelitas dan Struktur

Fidelitas mengandung arti sejauh mana bukti nyata dari lapangan disajikan. Fidelitas pada penelitian ini menggunakan rekaman audio (*handphone*) yang memiliki fidelitas tinggi dan didukung dengan catatan lapangan. Dimensi struktur menjelaskan sejauh mana wawancara dan observasi dilakukan secara sistematis dan tertuktur. Penelitian ini menggunakan wawancara mendalam dan semi terstruktur sesuai dengan tujuan penelitian. Format ringkasan penelitian didokumentasikan dalam bentuk transkrip.

3.5.2. Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah peneliti itu sendiri, *inform consent* dan pedoman wawancara yang berupa pertanyaan-pertanyaan yang ditanyakan peneliti kepada informan yang isinya adalah pertanyaan-pertanyaan tentang sejauh mana pelayanan kesehatan yang diterapkan dengan menggunakan *digital platform* pada saat melakukan pelayanan kepada pasien dan bagaimana tingkat kepuasan tenaga medis pengguna *digital platform* tersebut dalam menerapkan pelayanan menggunakan sistem tersebut.

3.5.3. Alat Pengumpulan Data

Untuk mempermudah pengumpulan data dan menjadi keaslian data serta menghindari kehilangan data akibat unsur dari peneliti, maka diperlukan alat bantu pengumpulan data yang baik dan akurat (Sugiyono, 2017). Instrumen yang digunakan oleh peneliti adalah melalui wawancara daring, baik melalui aplikasi *zoom meeting* maupun *video call whatsapp* dengan panduan lembar formulir wawancara *online (Google Form)* yang digunakan peneliti dan *handphone* untuk merekam suara informan dan foto

sebagai dokumentasi. Penggunaan instrumen *Google Form* dan wawancara secara daring ini menjadi pertimbangan utama mengingat selama penelitian ini dilaksanakan masih dalam kondisi Pandemi Covid-19 yang mensyaratkan *physical distancing* dan penerapan Protokol Kesehatan secara ketat dan disiplin.

3.5.4. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut.

- a. Mengurus perizinan dari UPPM IIK STRADA INDONESIA yang ditujukan kepada Klinik anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) yang bersedia untuk memberikan tanggapan terhadap tema penelitian.

Setelah mendapatkan surat persetujuan dari tempat penelitian, kemudian peneliti melakukan pendekatan kepada subjek penelitian yang telah terpilih menjadi informan untuk mendapatkan persetujuan menjadi informan peneliti.

Peneliti telah meminta persetujuan informan untuk dijadikan subjek penelitian.

Subjek penelitian menandatangani *informed consent*.

Peneliti melakukan pengumpulan data dengan wawancara terstruktur secara terfokus dan mendalam kepada subjek/informan utama dan informan triangulasi.

3.5.5. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, terdapat dua metode pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti. Metode pertama adalah wawancara mendalam semi terstruktur dengan waktu yang ditentukan peneliti. Metode kedua adalah wawancara online melalui isian *Google Form*. Kegiatan wawancara ini dilakukan dengan lebih dulu mempersiapkan pedoman wawancara

dengan bentuk pertanyaan semi terstruktur. Tanggapan terhadap hasil pelaksanaan wawancara secara mendalam akan direkam melalui media yang ada seperti *handphone* dan untuk wawancara online melalui isian *Google Form*, hasil wawancara dapat dilihat pada hasil tanggapan.

Dalam tahapan ini keakuratan data menjadi pertimbangan utama. Penentuan kriteria kelayakan data merupakan langkah awal dalam tahapan ini, meskipun demikian upaya untuk memungkinkan pelacakan kebenaran data (audit trial/pemeriksaan jejak) perlu dilakukan/dipersiapkan guna lebih memberikan keyakinan akan kebenaran data yang akan diperoleh, sehingga pihak lain dapat mengecek kebenaran dari informasi yang diperoleh dalam penelitian.

Proses pengambilan data dengan metode wawancara mendalam semi terstruktur dilakukan dengan cara *video conference* atau *video call* melalui aplikasi yang tersedia, di mana informan diberikan pertanyaan oleh peneliti dan hasil jawaban informan langsung direkam ke dalam *handphone* sebagai alat perekam serta pengambilan gambar informan menggunakan kamera *handphone* dengan tidak menunjukkan wajah informan (dengan sepengetahuan informan).

Sementara itu pengambilan data melalui wawancara online melalui isian *Google Form* dapat dilakukan setelah mendapat konfirmasi kesediaan Informan terhadap pengisian formulir online tersebut dikarenakan situasi dan kondisi yang tidak memungkinkan akibat adanya pandemi Covid-19 di wilayah Klinik tersebut.

a. Langkah-langkah Wawancara

Menetapkan informan penelitian sesuai dengan kriteria dan yang bersedia menjadi informan

Menyiapkan pokok-pokok masalah yang akan menjadi bahan pembicaraan dengan informan dan menyiapkan lembar data informan yang harus diisi oleh informan

Mengawali alur wawancara dengan cara menjelaskan dahulu cara pengambilan foto untuk dijadikan dokumentasi, yaitu dengan cara tidak akan ditunjukkan wajahnya

Mengkonfirmasi hasil wawancara dan mengakhirinya

Menuliskan hasil wawancara ke dalam catatan lapangan

Mengidentifikasi tindak lanjut hasil wawancara yang telah diperoleh

b. Alat-alat Wawancara

Supaya hasil wawancara dapat terekam dengan baik dan peneliti memiliki bukti telah melakukan wawancara kepada informan, maka diperlukan bantuan alat-alat sebagai berikut.

Buku catatan yang berfungsi untuk mencatat semua percakapan dengan informan

Recorder handphone yang berfungsi untuk merekam semua percakapan atau pembicaraan dengan informan. Penggunaan *recorder* dalam wawancara perlu memberitahu kepada informan apakah diperbolehkan atau tidak.

Kamera yang berfungsi untuk memotret ketika peneliti sedang melakukan wawancara terhadap informan. Dengan adanya foto, maka dapat meningkatkan keabsahan penelitian akan lebih terjamin karena peneliti betul-betul melakukan pengumpulan data.

c. Mencatat Hasil Wawancara

Hasil wawancara dicatat setelah selesai melakukan wawancara agar data tidak lupa bahkan hilang. Wawancara dilakukan untuk mengungkapkan

pandangan atau konsep pemikiran subjek penelitian. Wawancara dilakukan secara semi terstruktur, maka peneliti perlu membuat rangkuman yang sistematis terhadap hasil wawancara. Data yang masih diragukan perlu ditanyakan kembali kepada informan agar memperoleh ketuntasan dan kepastian.

Dalam penelitian kualitatif, wawancara biasanya dilakukan secara tidak terstruktur. Namun demikian, peneliti boleh melakukan wawancara untuk penelitian kualitatif secara berstruktur. Berbeda dengan penelitian kuantitatif, dalam penelitian kualitatif lebih diutamakan pertanyaan terbuka.

Metode ini digunakan untuk memperoleh data tentang:

Gambaran faktor yang mempengaruhi akseptabilitas dan atau resistensi terhadap penggunaan sistem layanan kesehatan terdigitalisasi (*e-Health*) dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri.

Gambaran tingkat kepuasan tenaga medis pengguna sistem layanan kesehatan terdigitalisasi (*e-Health*) terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang dilakukan terhadap pasien di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri.

d. Dokumentasi

Dokumentasi yang dilakukan berupa foto-foto kegiatan saat wawancara penelitian berlangsung.

Dokumentasi merupakan rekaman kejadian masa lalu yang ditulis atau dicetak mereka dapat berupa catatan anekdot, surat, buku harian, dan dokumen-dokumen. Dokumen kantor termasuk lembaran internal, komunikasi bagi publik yang beragam, file siswa atau pegawai, deskripsi program dan data statistik.

Dengan metode dokumentasi ini penulis ingin menggali tentang:

Alasan yang melatarbelakangi pemakaian sistem informasi dan manajemen pelayanan di Klinik terhadap pasien

Faktor yang mempengaruhi keputusan penerapan digitalisasi sistem pelayanan kesehatan di Klinik terhadap pasien

Harapan tenaga kesehatan pengguna aplikasi *e-Health* terhadap pelayanan kesehatan di Klinik terhadap pasien

Tingkat kepuasan tenaga kesehatan pengguna aplikasi *e-Health* terhadap kualitas pelayanan kesehatan di Klinik terhadap pasien.

3.6. Analisis Data

Analisis data merupakan analisis yang bersifat subjektif karena peneliti adalah instrumen utama dalam pengambilan data dan analisa data. Analisis data kualitatif sangat berkaitan dengan reduksi data dan interpretasi data. Teknis analisis data dilakukan sepanjang penelitian dan dilakukan secara terus menerus dari awal sampai akhir penelitian. Pengembangan teori berdasarkan data yang diperoleh hanya akan didapatkan setelah melakukan analisis.

Teknik analisis data digunakan untuk menganalisa data-data yang sudah terkumpul. Proses berfikir induktif dimulai dari keputusan-keputusan khusus (data yang terkumpul) kemudian diambil kesimpulan secara umum. Teknik ini bisa digunakan untuk menganalisis data yang diperoleh dari metode wawancara yang telah dilakukan (Sugiyono, 2017).

Data yang terkumpul dianalisis secara induktif dan berlangsung selama pengumpulan data di lapangan dan dilakukan secara terus menerus. Analisis induktif artinya bahwa pola, tema dan kategori analisis datang dari data; mereka muncul keluar dan data tersebut diputuskan utamanya ke pengumpulan data analisis. Analisis mencari variasi alamiah pada data. Bagi evaluator, kajian variasi alamiah akan melibatkan perhatian tertentu terhadap variasi dalam proses program dan dalam cara bagaimana peserta menanggapi dan yang mempengaruhi

lamanya waktu menunggu serta bagaimana kepuasan pasien. Analisis atau penafsiran data merupakan proses mencari dan menyusun alur secara sistematis catatan temuan penelitian melalui pengamatan dan wawancara dan lainnya untuk meningkatkan pemahaman peneliti tentang fokus yang dikaji dan menjadikan sebagai temuan untuk orang lain, mengedit, mengklasifikasi, mereduksi dan menyajikannya. Menganalisis data merupakan suatu langkah yang kritis dalam suatu penelitian.

3.6.1. Pengumpulan Data (*Data Collection*)

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara semi terstruktur. Pengumpulan data dilakukan berhari-hari, sehingga banyak data yang diperoleh. Pada tahap awal peneliti melakukan penjelajahan secara umum terhadap informan semua dilihat, didengar dan direkam semua. Dengan demikian peneliti akan memperoleh data yang banyak dan bervariasi.

3.6.2. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Data yang diperoleh dari informan dirangkum dan disimpulkan pada tema penelitian. Hasil wawancara diubah menjadi bentuk tulisan sesuai dengan format masing-masing. Dengan demikian data yang direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengolahan data.

3.6.3. Penyajian Data (*Display Data*)

Pengolahan data dilakukan sampai dengan dalam bentuk tulisan dan sudah memiliki alur yang jelas ke dalam suatu matriks kategorisasi sesuai dengan tema-tema yang sudah dikelompokkan dan dikategorikan. Penyajian data dilakukan dalam bentuk teks yang bersifat naratif yang relevan dengan tema penelitian.

3.6.4. Penarikan Kesimpulan (*Verification*)

Setiap subkategori diuraikan satu per satu secara umum disertai dengan uraian subkategori tema yang kemudian disimpulkan. Langkah selanjutnya menjawab pertanyaan peneliti yang diajukan berdasarkan komponen dari fenomena sentral penelitian yang berlandaskan hasil temuan penelitian dalam uraian yang sudah dibuat. Langkah terakhir adalah membuat kesimpulan dari temuan dan hasil penelitian dengan memberikan penjelasan simpulan dari jawaban penelitian yang diajukan. Kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel.

3.7. Pengecekan Keabsahan Data/Temuan

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan atau lebih tepatnya keterpercayaan, keautentikan dan kebenaran terhadap data, informasi atau temuan yang dihasilkan dari penelitian yang telah dilakukan. Untuk mendapatkan keabsahan (*trustworthiness*) data diperlukan teknik pemeriksaan, salah satunya dengan menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu.

Norman K. Denkin dikutip oleh Mudjia Rahardjo (2012) mendefinisikan Triangulasi sebagai gabungan atau kombinasi berbagai metode yang dipakai untuk mengkaji fenomena yang saling terkait dari sudut pandang dan perspektif yang berbeda. Menurutnya, Triangulasi meliputi empat hal, yaitu:

Triangulasi Metode

Triangulasi Antarpeneliti (jika penelitian dilakukan dengan kelompok).

Triangulasi Sumber Data

Triangulasi Teori.

Triangulasi Metode dilakukan dengan cara membandingkan informasi atau data dengan cara yang berbeda. Dalam penelitian kualitatif peneliti menggunakan metode wawancara, observasi, dan survei. Untuk memperoleh kebenaran informasi yang handal dan gambaran yang utuh mengenai informasi tertentu, peneliti bisa menggunakan metode wawancara dan observasi atau pengamatan untuk mengecek kebenarannya. Selain itu, peneliti juga bisa menggunakan informan yang berbeda untuk mengecek kebenaran informasi tersebut. Triangulasi tahap ini dilakukan jika data atau informasi yang diperoleh dari subjek atau informan penelitian diragukan kebenarannya.

Triangulasi Antarpeleliti dilakukan dengan cara menggunakan lebih dari satu orang dalam pengumpulan dan analisis data. Teknik ini untuk memperkaya khasanah pengetahuan mengenai informasi yang digali dari subjek penelitian. Namun orang yang diajak menggali data itu harus yang telah memiliki pengalaman penelitian dan bebas dari konflik kepentingan agar tidak justru merugikan peneliti dan melahirkan bias baru dari triangulasi.

Triangulasi Sumber Data adalah menggali kebenaran informasi tertentu melalui berbagai metode dan sumber perolehan data. Misalnya, selain melalui wawancara dan observasi, peneliti bisa menggunakan observasi terlibat (*participant observation*), dokumen tertulis, arsip, dokumen sejarah, catatan resmi, catatan atau tulisan pribadi dan gambar atau foto. Masing-masing cara itu akan menghasilkan bukti atau data yang berbeda, yang selanjutnya akan memberikan pandangan (*insights*) yang berbeda pula mengenai fenomena yang diteliti.

Triangulasi Teori. Hasil akhir penelitian kualitatif berupa sebuah rumusan informasi atau *thesis statement*. Informasi tersebut selanjutnya dibandingkan dengan perspektif teori yang relevan untuk menghindari bias individual peneliti atas temuan atau kesimpulan yang dihasilkan. Selain itu, triangulasi teori dapat meningkatkan kedalaman pemahaman asalkan peneliti mampu menggali

pengetahuan teoretik secara mendalam atas hasil analisis data yang telah diperoleh.

Dalam penelitian ini Triangulasi yang digunakan yaitu Triangulasi Sumber Data, yaitu menggali kebenaran informasi tertentu melalui berbagai metode dan sumber perolehan data. Pengambilan Triangulasi Sumber Data dalam penelitian dengan menghimpun informasi dari/melibatkan Pemilik Fasyankes (Klinik) dan Penanggung Jawab Administrasi tempat data penelitian ini diambil. Misalnya, selain melalui wawancara dan observasi, peneliti bisa menggunakan observasi terlibat (*participant observation*), dokumen tertulis, arsip, dokumen sejarah, catatan resmi, catatan atau tulisan pribadi dan gambar atau foto. Masing-masing cara itu akan menghasilkan bukti atau data yang berbeda, yang selanjutnya akan memberikan pandangan (*insight*) yang berbeda pula mengenai kasus yang diteliti.

Keabsahan data (*trustworthiness of data*) adalah bagian yang penting dalam penelitian. Terdapat empat istilah yang digunakan untuk menyatakan keabsahan data hasil temuan, yaitu kredibilitas data (*credibility*), keteralihan data (*transferabilitas*), ketergantungan (*dependability*) dan kepastian data (*confirmability*).

3.7.1. Kredibilitas Data (*Credibility*)

Kredibilitas data menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari penelitian yang dilakukan. Upaya pencapaian kredibilitas dalam penelitian ini, peneliti akan menggunakan triangulasi metode dan triangulasi sumber. Triangulasi metode dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda, yaitu dengan observasi dan dokumentasi SPM tentang penerapan aplikasi *e-health* sistem pelayanan kesehatan terdigitalisasi di Klinik anggota Asosiasi Klinik Indonesia Cabang Kediri oleh tenaga kesehatan terhadap pasien.

3.7.2. Keteralihan Data (*Transferability*)

Untuk memenuhi kriteria *transferabilitas*, peneliti membuat laporan secara rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya agar orang lain dapat memahami hasil penelitian. Dengan demikian pembaca menjadi jelas atas hasil penelitian ini, sehingga dapat memutuskan dapat atau tidaknya untuk mengaplikasikan hasil penelitian ini di tempat lain.

3.7.3. Ketergantungan (*Dependability*)

Hasil penelitian mengacu pada kekonsistenan peneliti dalam mengumpulkan data, membentuk dan menggunakan konsep-konsep ketika membuat interpretasi untuk menarik kesimpulan. Teknik yang digunakan adalah *dependability audit* terhadap keseluruhan proses penelitian. Caranya dilakukan oleh auditor independen atau pembimbing dalam penelitian ini.

3.7.4. Kepastian Data (*Confirmability*)

Pengujian *confirmability* dalam penelitian ini dilakukan dengan cara menguji keseluruhan proses pengambilan data dan hasil penelitian oleh orang yang kredibel pada saat sidang ujian tesis.

3.8. Etika Penelitian

Prinsip-prinsip etis yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

3.8.1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar ini diberikan kepada subjek yang diteliti, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Informasi tentang tujuan, manfaat, prosedur pelaksanaan penelitian dan hak-hak informan diberikan secara lisan dan tulisan. dengan memperhatikan masalah etika yang meliputi Lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*) yang merupakan bentuk kesepakatan antara peneliti dan subjek penelitian.

3.8.2. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Merupakan masalah etika dalam penelitian kesehatan dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar wawancara, hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data. Dalam penelitian tidak mencantumkan nama informan pada lembar wawancara, tetapi cukup memberi kode-kode pada masing-masing lembar tersebut.

3.8.3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Merupakan etika dengan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian. Peneliti menjamin keorisinilan dari semua informasi yang diperoleh dari subjek penelitian.

BAB IV

PAPARAN DAN TEMUAN PENELITIAN

4.1. Asosiasi Klinik Indonesia Cabang Kediri

Kepengurusan Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri dibentuk secara resmi bentuk pada Selasa, tanggal 2 Desember 2014 oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, dr. Adi Laksono, MMRS. dan dikukuhkan secara resmi pada Musyawarah Kerja Daerah Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Jawa Timur di Hotel Ijen Malang pada tanggal 20-21 Mei 2017. Kepengurusan ASKLIN Cabang Kediri dapat dikategorikan sebagai kepengurusan ASKLIN yang paling awal di Propinsi Jawa Timur. Pengurus Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri diketuai oleh dr. Beni Cahyo Kuncoro dan apt. Ishak S. Rahardjo sebagai sekretaris cabang.

Sesuai dengan amanat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/252/2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan (RI, 2016a), Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) merupakan asosiasi fasilitas kesehatan yang diakui secara resmi oleh pemerintah bersama dengan asosiasi fasilitas kesehatan yang lain, yaitu Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia (ADINKES), Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia (PKFI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI).

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan di atas, Asosiasi Fasilitas Kesehatan ditetapkan untuk melakukan negosiasi besaran pembayaran pelayanan kesehatan, pelaksanaan seleksi dan kredensialing fasilitas kesehatan yang akan bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, serta pemberian masukan teknis dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional, sesuai dengan ketentuan peraturan

perundang-undangan. Tugas dan fungsi Asosiasi Fasilitas Kesehatan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/252/2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan (RI, 2016a) dijabarkan sebagai berikut.

Asosiasi Fasilitas Kesehatan bertugas untuk:

Melakukan negosiasi dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan mengenai besaran pembayaran pelayanan kesehatan kepada fasilitas kesehatan penyelenggara jaminan kesehatan nasional untuk setiap wilayah;

Mensosialisasikan hasil kesepakatan besaran pembayaran kepada anggota masing-masing; dan

Terlibat dalam pelaksanaan seleksi dan kredensialing fasilitas kesehatan serta penempatan peserta jaminan kesehatan nasional, bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.

Dalam melaksanakan tugas, Asosiasi Fasilitas Kesehatan mempunyai fungsi:

Memberikan masukan dan pertimbangan kepada Menteri Kesehatan tentang besaran pembayaran pelayanan kesehatan kepada fasilitas kesehatan;

Memberikan masukan dalam pelaksanaan seleksi dan kredensialing fasilitas kesehatan;

Memberikan masukan dalam pemberian rekomendasi penempatan peserta jaminan kesehatan nasional dalam rangka pemerataan pelayanan; dan

Menyelenggarakan rapat sesuai kebutuhan.

4.2. Keanggotaan Asosiasi Klinik Indonesia Cabang Kediri

Syarat keanggotaan Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) berdasarkan tugas dan fungsi Asosiasi Fasilitas Kesehatan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/252/2016 (RI, 2016a) adalah

Fasilitas Kesehatan sebagai Klinik, baik Klinik Utama maupun Klinik Pratama.

Mengisi formulir kesediaan bergabung sebagai bagian dari Asosiasi Klinik Indonesia.

Aktif memberi dukungan keorganisasian dan memenuhi kewajiban organisasi.

Klinik yang bersangkutan adalah Klinik *provider* BPJS Kesehatan dalam memberikan pelayanan terutama dalam rangka mendukung Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Klinik yang bersangkutan bukan Klinik *provider* BPJS Kesehatan dan memberi masukan/umpan balik, memperkuat kinerja Klinik serta jaring kerjasama Klinik dengan pihak-pihak lain seperti Rumah Sakit rujukan, asuransi swasta lain, Jasa Raharja dan Kepolisian Republik Indonesia.

Berdasarkan syarat keanggotaan di atas, berikut adalah daftar keanggotaan Asosiasi Klinik Indonesia Cabang Kediri sampai bulan Maret 2021:

Tabel 1. Data Klinik Provider BPJS Kesehatan Kabupaten Kediri.

Nomor	Klinik Provider BPJS Kesehatan di Kabupaten Kediri	ASKLIN Cabang Kediri
1	PLRS KDR	N
2	BP NMN	N
3	Klinik MH I (JST)	Y
4	BP SPH (JST)	N
5	BP Klinik Rawat Inap PHS	Y
6	BP Klinik Rawat Inap VM	Y
7	Klinik Pratama MK	N
8	BP AGM	Y
9	Klinik WH I	N
10	Klinik D	N
11	Klinik Rawat Inap PKUMK	Y
12	Klinik Rawat Jalan S	Y
13	Klinik Rawat Jalan NS	N
14	Klinik Rawat Inap AS 2	Y
15	Klinik Rawat Inap SF	Y
16	Klinik Pratama NMT	Y
17	Klinik Pratama JM	Y
18	Klinik PH	N
19	Klinik PM	Y
20	Klinik NUBM	Y
21	Klinik Pratama dr. V	Y
22	Klinik Pratama KP	Y
23	Klinik MM	Y
24	Klinik PRDY	N
25	Klinik RI SM	Y
26	Klinik PP	Y

Sumber Data: Capaian Antrian Online Non PKM, BPJS Kesehatan, 10 Maret 2021

Dari data Klinik di atas, yang telah menjadi anggota Asosiasi Klinik Indonesia berjumlah 17 Klinik. Dari jumlah tersebut, Klinik yang bersedia untuk diwawancarai secara mendalam berjumlah 14 Klinik, sementara 3 Klinik menolak dilakukan wawancara dengan alasan belum menerapkan

aplikasi SimKes (*e-health*) dalam pelayanan di Klinik dan sedang melakukan pembatasan layanan dan kunjungan akibat adanya paparan virus Corona terhadap tenaga kesehatan di Klinik selama bulan Mei–Juni 2021.

4.3. Data Demografi Informan

Informan dalam penelitian ini adalah dokter, dokter gigi dan apoteker dari masing-masing Klinik yang bersedia diwawancarai secara semi terstruktur. Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* dengan sumber informan utama 14 orang. Triangulasi menggunakan Sumber Data kepada Founder dan *Creator and Developer* dari SimKes Khanza, berkantor pusat di Kab. Kuningan, Provinsi Jawa Barat dan Kepala Penjamin Manfaat Peserta (PMP) BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kediri sebagai *crosscheck* keabsahan hasil wawancara. Berikut adalah uraian singkat informan:

Tabel 2. Gambaran Karakteristik Informan

Nomor	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Fungsional	Lama Berpraktek	Keterangan
1	35	L	S2	Dokter	10 tahun	Informan
2	52	L	S1	Dokter	24 tahun	Informan
3	29	P	S1	Dokter	5 tahun	Informan
4	44	P	S1	Apoteker	20 tahun	Informan
5	37	P	S2	Apoteker	8 tahun	Informan
6	32	L	S1	Apoteker	5 tahun	Informan
7	48	P	S2	Apoteker	23 tahun	Informan
8	36	P	S1	Apoteker	12 tahun	Informan
9	29	P	S1	Dokter	4 tahun	Informan
10	40	P	S1	Apoteker	15 tahun	Informan
11	39	L	S1	Apoteker	14 tahun	Informan
12	35	P	S1	Apoteker	8 tahun	Informan
13	43	P	S1	Dokter	16 tahun	Informan
14	39	P	S1	Dokter Gigi	4 tahun	Informan
15		L		Dokter Gigi	Founder/Creator SimKes Khanza	Informan Triangulasi 1
16		P		Apoteker	Ka. PMP BPJS Kes. Cabang Kediri	Informan Triangulasi 2

Berdasarkan tabel karakteristik di atas, usia informan bervariasi antara 29-52 tahun, dengan jenis kelamin Laki-laki sebanyak 4 orang (28,57%) dan Perempuan sebanyak 10 orang (71,43%). Tingkat pendidikan formal informan dengan jenjang Strata 1 Pendidikan Profesi sebanyak 11 orang (78,57%) dan Strata 2 sebanyak 3 orang (21,42%). Jabatan Fungsional informan sebagai Dokter sebanyak 5 orang (35,71%), sebagai Dokter Gigi sebanyak 1 orang (7,14%) dan sebagai Apoteker sebanyak 8 orang (57,14%). Masa pengabdian dalam menjalankan praktek profesi juga bervariasi mulai 4 tahun sampai 24 tahun.

Informan Triangulasi Pertama dalam Penelitian ini adalah Bpk. drg. FB, *Founder and Creator and Developer* dari SimKes Khanza, berkantor pusat di Kab. Kuningan, Provinsi Jawa Barat. Informan Triangulasi Kedua adalah Ibu apt. IT, S.Farm., Kepala Penjamin Manfaat Peserta (PMP) BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kediri.

4.4. Analisis Tematik

Berikut ini penjelasan tematik yang akan dilakukan dengan beberapa tahapan yang dilakukan:

Membaca hasil pengamatan dan mendengarkan kembali hasil wawancara terhadap Informan sambil mendengarkan kembali rekaman hasil wawancara

Hasil wawancara yang direkam dibuat transkrip

Mencari kata kunci

Menganalisa kata kunci untuk menemukan kategori

Menganalisa kategori untuk menentukan sub tema dan tema

Hasil dari analisis tematik menemukan 4 (empat) tema dalam penelitian ini yaitu:

Penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Klinik/Instalasi Farmasi Klinik) anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri dapat terpenuhi.

Cakupan pelayanan yang tersedia pada aplikasi SimKes (*e-health*) dan sejauh mana fitur-fitur yang ada tersebut dapat dimaksimalkan dalam memberikan pelayanan kesehatan di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri.

Faktor-faktor yang mendukung dan menghambat penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri.

Tingkat kepuasan tenaga kesehatan pengguna aplikasi SimKes (*e-health*) yang telah diterapkan di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri.

4.5. Temuan Penelitian

Penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Klinik/Instalasi Farmasi Klinik) anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri dapat terpenuhi.

a. Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan Kesehatan

Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu, terdapat beberapa alur dan prosedur pelayanan harus dilakukan serta ditaati baik oleh pemberi layanan maupun oleh penerima layanan/pasien, baik perawatan jalan maupun perawatan inap. Persyaratan administrasi beserta kelengkapannya akan mempengaruhi cepat atau lambatnya proses pelayanan kesehatan, baik pada pemeriksaan umum maupun dengan asuransi kesehatan, misalnya BPJS Kesehatan atau jenis asuransi lain. Untuk itu dibutuhkan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berbeda dalam memberikan layanan kesehatan kepada pasien. Standar

Operasional Prosedur dibuat untuk memastikan keseragaman pelayanan kesehatan yang diberikan dan melindungi pemberi layanan terhadap tindakan malpraktik pelayanan kesehatan berdasarkan jenis layanan yang dipilih oleh penerima layanan. Selain itu, tingkat pemahaman masyarakat yang semakin tinggi akan mempengaruhi tuntutan masyarakat yang semakin tinggi akan mutu pelayanan kesehatan, disamping itu pemberi layanan kesehatan juga semakin banyak dituntut oleh masyarakat sehubungan dengan kinerja dan kualitas sumber daya manusia baik tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya.

Oleh sebab itu, penerapan dokumen Standar Operasional Prosedur menjadi bagian yang sangat penting guna memberikan kepastian pelayanan kesehatan yang baik dan paripurna. Sebagaimana keterangan yang diambil menurut Informan 1, 6, 8, 9, dan 13.

Kalau Standar Prosedur sudah ada, karena SOP adalah standar baku Ijin Operasional Klinik. Namun dengan adanya layanan berbasis e-health ini kami belum buat sampai sekarang. Belum ada SOP-nya. Informan 1.

Sudah Pak Ishak kami sudah mendokumentasikan SOP, namun dalam pelaksanaan semua tergantung di bagian pelayanan masing-masing. Informan 6.

Kalau SOP sudah ada, lengkap. Informan 7.

Harus itu. Karena SOP itu akan melindungi kita dari tindakan malpraktek. Hal ini sangat riskan karena kita bekerja di industri kesehatan yang sangat rawan terjadi penyalahgunaan. Informan 8.

Sudah Pak Ishak, kami telah menjalankan pelayanan sesuai SOP yang ada. Informan 9.

Ya jelas Pak Ishak. SOP adalah syarat mutlak ijin operasional Klinik. Di Klinik dr. Vitis SOP diterapkan di seluruh bagian pelayanan kepada pasien. Informan 13.

Begitu pula, terkonfirmasi jawaban yang senada dengan pertanyaan yang sama oleh peneliti dari Informan 3, 5, 10, 11, 12, dan 14.

SOP ada Pak Ishak, karena merupakan syarat prinsip perpanjangan ijin operasional Klinik. Informan 3.

Sudah, klinik sudah memiliki Standar Prosedur masing-masing di setiap layanan. Informan 5.

Sudah pakai SOP Pak Ishak ditempat saya, wajib malahan... Informan 10.

Kalau SOP sudah. Kan SOP syarat perijinan dan bisa melindungi kita dari kesalahan yang tidak perlu. Informan 11.

SOP sudah disediakan di setiap bagian layanan Klinik Mas Ishak. Jadi sesuai bagiannya masing-masing. Informan 12.

Secara dokumen sudah lengkap Pak Ishak. Informan 14.

Dari pernyataan-pernyataan di atas oleh Informan, seluruh Klinik/Instalasi Farmasi Klinik anggota Asosiasi Klinik Indonesia Cabang Kediri telah menyadari sepenuhnya peranan dan fungsi dokumen Standar Operasional Prosedur sebagai bagian yang penting dan tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di Klinik/Instalasi Farmasi Klinik.

b. Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Kesehatan (SimKes)

Sistem Informasi Manajemen Kesehatan merupakan salah satu hal yang paling prinsip dalam menciptakan pelayanan yang cepat, tepat, akurat, efektif dan efisien serta terintegrasi antarlayanan. Untuk itu diperlukan kesiapan secara teknis diperlukan oleh Klinik/Instalasi Farmasi Klinik yang menyelenggarakan layanan kesehatan. Klinik/Instalasi Farmasi Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang telah bekerjasama sebagai *provider* BPJS Kesehatan dipastikan telah mengadopsi SimKes P-Care, seperti yang dinyatakan oleh Informan 3, 5, 6, 9, dan 14.

Sudah Pak Ishak, kami pakai P-Care karena sebagai FKTP BPJS Kesehatan wajib menggunakan P-Care untuk menginput data pelayanan. Informan 3.

Kami pakai P-Care Mas, untuk input pelayanan khususnya obat mas, karena di instalasi farmasi. Informan 5.

Sudah Pak Ishak, setahun terakhir ini kita memakai P-Care untuk pendaftaran dan pelayanan pasien peserta JKN, tapi untuk farmasi masih belum, masih manual. Informan 6.

Kami menggunakan P-Care Pak Ishak, karena kewajiban untuk faskes BPJS Kesehatan meng-input data pasien di aplikasi yang sudah disediakan. Informan 9.

Sejak kami melayani peserta JKN kami menggunakan aplikasi P-Care karena itu aplikasi wajib untuk input data peserta JKN, pendaftaran dan pelayanan. Nantinya semua informasi dan input data bisa melalui aplikasi P-Care itu. Informan 14.

Selain itu, pada beberapa Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri juga telah menyiapkan SimKes lain selain aplikasi P-Care, yaitu aplikasi Khanza/Khanza Lite, menurut Informan 2 dan 13.

Ya begini, Klinik AuSy sudah menerapkan Khanza, sekalian karena induknya di RS juga sudah pakai Khanza. Informan 2.

Kami pakai 2 aplikasi di Klinik Pak Ishak, yang pertama P-care untuk pasien BPJS Kesehatan, di samping itu kami juga memakai aplikasi Khanza Lite, seperti yang kita ikut seminar di RS. Aura Syifa waktu itu lho. Informan 13.

Sementara itu, Instalasi Farmasi Klinik yang melayani Peserta Rujukan Balik (PRB) juga telah mengadopsi P-Care apotek, seperti pernyataan Informan 8 dan 12.

Kita pakainya P-Care, karena disini melayani peserta JKN. Pelayanan BPJS Kesehatan harus input di P-Care. Informan 8.

Kita pakai P-Care mas, karena melayani BPJS Kesehatan, jadi wajib input data dan pelayanan disitu. Informan 12.

Klinik/Instalasi Farmasi Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang belum bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagai *provider* juga telah menggunakan aplikasi SimKes (*e-health*) untuk menyelenggarakan pelayanan di Klinik maupun di Instalasi Farmasi. Jenis aplikasi *e-health* yang digunakan pun beragam, antara lain adalah Alodokter dan Halodoc, Go Apotek, sesuai pernyataan Informan 1, 10, dan 11.

Kira-kira setahun terakhir ini kami sudah menggunakan aplikasi Alodokter dalam melayani pasien, walau masih terbatas sekali. Informan 1.

Saya selama ini sering pakai Halodoc Pak Ishak untuk pesan antar obat, antar jemput resep dan non-resep, juga ada aplikasi internal, Vmedis. Kalau pelaporan pakai SIPNAP dari Kemkes. Informan 10.

Pelaporan dengan SIPNAP untuk obat Narkotik dan Psikotropika. Sebenarnya dulu pernah bekerja sama dengan aplikasi Go-Apotek tapi saya cut off karena syarat klaimnya terlalu berat dan sistem aplikasinya susah dan berbelit-belit. Informan 11.

Pelaporan obat-obat golongan tertentu yaitu golongan narkotika dan psikotropika di Instalasi Farmasi Klinik (apotek) juga telah memanfaatkan aplikasi SimKes (*e-health*) yang terhubung secara daring ke 2 lembaga yaitu Kementerian Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten dan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM). Sistem Informasi Pelaporan Narkotika dan Psikotropika (SIPNAP) digunakan secara resmi dan umum digunakan sebagai aplikasi pelaporan. Selain Informan 10 dan 11, Informan 7 juga menggunakan aplikasi SIPNAP.

Sudah, tapi hanya pelaporan saja dengan SIPNAP dari Kementerian Kesehatan. Informan 7.

Mengenai penggunaan aplikasi P-Care sebagai aplikasi SimKes resmi yang digunakan oleh Klinik *provider* BPJS Kesehatan, kami telah mengkonfirmasi jawaban tersebut dengan Informan Triangulasi 2.

Jadi BPJS Kesehatan merupakan Badan yang secara resmi ditunjuk oleh negara berdasarkan Undang-Undang untuk menjadi eksekutor Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dalam melaksanakan tugasnya, BPJS Kesehatan bekerja sama dengan Fasilitas Layanan Kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan Undang-Undang, baik itu Fasilitas Kesehatan tingkat Pertama atau Fasilitas Kesehatan tingkat Lanjut, baik milik Pemerintah, Kepolisian, TNI bahkan juga milik Swasta. Nah, untuk membantu pelaporan dan monitoring kinerja di faskes yang bekerja sama dengan kami, maka disinilah P-Care berperan. Jadi singkatnya P-Care adalah media komunikasi antara kami, BPJS Kesehatan selaku penyelenggara layanan kesehatan dengan faskes selaku provider/penyedia layanan.

Sedangkan secara umum, pemanfaatan teknologi informasi berupa aplikasi SimKes (*e-health*) memacu penyedia layanan kesehatan untuk memberikan layanan kesehatan yang lebih baik dan berkualitas, seperti yang dinyatakan oleh Informan Triangulasi 1.

Yang jelas, tujuan yang paling utama dari penerapan Sistem Informasi ini adalah kita bisa memberikan service excellent dan total quality management, itu. Setelah itu baru dibreakdown apa-apa yang menjadi pencetusnya:

*Kuantitas dan kualitas pelayanan yang cepat, tepat dan akurat
Penggunaan teknologi informasi dan komunikasi yang mumpuni*

Kebutuhan pengguna (organisasi) yang responsif, inovatif, efektif dan efisien

Tantangan perkembangan zaman sesuai kebutuhan era globalisasi 4.0 dan society 5.0

Tolok ukur yang penting dalam mengukur kualitas pelayanan kesehatan adalah terkait pada dimensi ketanggapan pemberi jasa layanan kesehatan dan kelancaran proses yang dilakukan oleh petugas, serta memberikan hasil yang informatif, komunikatif, dan akurat.

Cakupan pelayanan yang tersedia pada aplikasi SimKes (*e-health*) dan sejauh mana fitur-fitur yang ada tersebut dapat dimaksimalkan dalam memberikan pelayanan kesehatan di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan yang baik, fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) berkewajiban untuk memastikan bahwa setiap alur pelayanan yang dilalui oleh pasien dapat berlangsung dengan

kualitas yang seragam, sesuai dengan jenis pelayanan yang dipilih. Pada umumnya, alur pelayanan kesehatan dapat dimulai dengan pendaftaran layanan yang diinginkan sesuai ketentuan, pelayanan oleh tenaga medis dan apabila diperlukan dapat dibantu dengan permintaan layanan rujukan lanjut, laboratorium, radiologi dan yang terakhir adalah pelayanan obat (farmasi).

Penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) di fasyankes diharapkan mampu membantu para petugas atau tenaga kesehatan di Klinik/Instalasi Farmasi Klinik untuk memberikan kualitas sesuai dengan yang diharapkan. Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri telah menggunakan aplikasi P-Care pada semua alur pelayanan mulai dari pendaftaran pelayanan, pelayanan tenaga medis, permintaan rujukan lanjutan, pemeriksaan laboratorium hingga pelayanan kefarmasian kepada peserta JKN, menurut Informan 3, 9, dan 14.

Cek data kepesertaan, Pendaftaran Layanan, Pelayanan Poli dan Rujukan Lanjut. Kalau layanan obat dilayani satu atap tapi belum terhubung di aplikasi P-Care. Informan 3.

P-Care kami gunakan di seluruh bagian layanan yang terhubung dengan layanan BPJS Kesehatan, seperti di pendaftaran dan pelayanan. Informan 9.

Ya semua, mulai cek data kepesertaan JKN-KIS, input anamnesa, pelayanan di poli sampai data terapi obat yang diberikan, juga rujukan ke RS semua dilakukan melalui aplikasi P-Care. Informan 14.

Di samping itu, terdapat beberapa klinik yang menggunakan aplikasi SimKes selain P-Care secara paralel untuk melayani peserta selain pengguna JKN-KIS, menurut Informan 2 dan 13.

Ada, pakai P-Care. Soalnya sebagai Faskes tingkat I BPJS Kesehatan kan wajib menginputkan data pelayanan disitu. Kekurangannya sistem di Khanza dan P-Care tidak bisa disinkronkan, karena kan harus melewati birokrasi panjang sampai ke BPJS kantor pusat. Informan 2.

Kalau pakai Khanza Lite lebih kurang 1 tahun ini. Kalau P-Care digunakan sejak 2014 karena sejak awal kita kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Informan 13.

Klinik/Instalasi Farmasi Klinik yang melayani Peserta Rujuk Balik (PRB) di Instalasi Farmasi juga telah menerapkan aplikasi SimKes (*e-health*) dalam memberikan pelayanan dan pelaporan data pelayanan, menurut Informan 8 dan 12.

Karena kita di Instalasi Farmasi, yang paling banyak kita gunakan adalah pelayanan obat dan pelaporan. Itu yang setiap hari setiap saat dipakai. Informan 8.

Karena kita di Instalasi Farmasi, kita hanya menggunakan aplikasi secara terbatas Mas Ishak, sesuai dengan alur pelayanan, mulai di pendaftaran di depan. Informan 12.

Klinik/Instalasi Farmasi Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang tidak melayani peserta JKN, juga menerapkan aplikasi SimKes (*e-health*) yang beragam dalam memberikan layanan kesehatan, menurut Informan 1, 7, 10, dan 11.

Dipakai untuk menu antrian, pemeriksaan dan layanan antar obat saja. Menu lainnya saya nilai sulit atau lebih tepatnya berbelit-belit, gak tau juga kalau belum terbiasa pakainya ya.. Mungkin juga tidak lengkap menurut pelayanan di Klinik kami. Informan 1.

SIPNAP hanya melaporkan obat-obat golongan Narkotika dan Psikotropika dan itu jenisnya sudah ditentukan oleh Kemkes dan disediakan di webform aplikasinya. Informan 7.

Saya selama ini sering pakai Halodoc Pak Ishak untuk pesan antar obat, antar jemput resep dan non-resep, juga ada aplikasi internal, Vmedis. Kalau pelaporan pakai SIPNAP dari Kemkes. Informan 10.

Pelaporan dengan SIPNAP untuk obat Narkotik dan Psikotropika. Sebenarnya dulu pernah bekerja sama dengan aplikasi Go-Apotek tapi saya cut off karena syarat klaimnya terlalu berat dan sistem aplikasinya susah dan berbelit-belit. Informan 11.

Peneliti juga telah mengkonfirmasi kepada Informan Triangulasi 1 tentang pemanfaatan aplikasi *e-health* dalam alur pelayanan yang tak dapat dihindari oleh Klinik sebagai penyedia jasa layanan kesehatan untuk memberikan pelayanan yang jauh lebih baik, bermutu, efisien dan efektif.

Sebentar, ini mau saya jelaskan sekalian:

Meningkatkan efektivitas dan efisiensi, jelasnya

Terintegrasi dengan semua bagian secara otomatis

Memudahkan penganggaran (budgeting)

Memudahkan proses perhitungan stok obat dan alat kesehatan

Memudahkan penyusunan kinerja dan laporan keuangan

Memudahkan penyusunan laporan rekam medik

Menurut Informan Triangulasi 2, bagi Klinik yang melayani peserta BPJS Kesehatan, semua fasilitas pelayanan JKN-KIS telah dapat dilakukan dalam satu aplikasi terintegrasi, yaitu aplikasi P-Care.

Banyak Pak Ishak, cek data kepesertaan aktif atau tidak bisa dicek di P-Care. Input data pelayanan yang diberikan kepada peserta. Flagging Prolanis sekarang sudah dapat dilakukan sendiri oleh FKTP langsung di P-Care. Tidak harus melalui kami lagi.

Aplikasi P-Care juga telah *bridging* aplikasi bersama beberapa aplikasi yang lain, yaitu JKN Mobile dan Antrian Faskes sesuai pernyataan Informan Triangulasi 2.

Pasti. Selain aplikasi seperti P-Care, kami juga bridging dengan aplikasi seperti JKN Mobile, JKN Mobile Faskes, aplikasi Antrian Online dan yang sedang kami usahakan akhir-akhir ini adalah bridging dengan SimPus (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas). Semua itu kita kejar, supaya keefisienan dan keefektifan pelayanan bisa dikejar, tidak memasukkan data 2x, jadi sekali input data oleh petugas, semua data itu langsung terintegrasi, walau sistem aplikasinya berbeda.

Faktor-faktor yang mendukung dan menghambat penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri.

Penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) dalam alur pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tidak dapat terhindar dari bermacam-macam kendala dan hambatan dalam pelaksanaannya. Menurut Informan 3, 5, 6, dan 8.

Satu, sumber daya manusia, karena kami harus menyediakan tenaga khusus dalam penanganan keluhan dan administrasi. Yang tidak kalah berat adalah masalah pembiayaan. Karena untuk mengembangkan SimKes sendiri juga tidak murah biayanya dan pak Ishak tahu sendiri berapa jumlah kapitasi yang dibayarkan ke FKTP. Belum cukup untuk memenuhi itu semua. Informan 3.

Kendala dan hambatan selalu ada Mas, contohnya kalau ada pemeliharaan server atau update versi aplikasi, aplikasi murni tidak bisa dipakai sehingga pelayanan harus dilaksanakan manual dulu. Lalu password yang setiap 2 atau 3 bulan harus selalu diganti sehingga cukup menyulitkan bagi tim admin terutama dan bila aplikasi tidak digunakan dalam waktu 5 menit maka secara otomatis harus login ulang, sehingga memperlama pelayanan. Informan 5.

Ya itu tadi Pak, tidak ada menu khusus obat, hanya mengisi kolom obat yang diberikan, diisi bisa namanya, atau golongannya, terserah adminnya yang memasukkan. Informan 6.

Menurut saya, penggunaan aplikasi SimKes semacam P-Care, kesan yang muncul di awal adalah aplikasi ini sulit dan berbelit-belit. Namun apabila kita rutin menggunakan maka kesan sulit itu akan hilang dan terkesan user friendly. Informan 8.

Begitu pula dengan Klinik/Instalasi Farmasi Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang telah menerapkan SimKes lain disamping aplikasi P-Care untuk melayani pasien dengan fasilitas asuransi selain BPJS Kesehatan dan pasien reguler (umum). Menurut Informan 2 dan 13.

Ya begini, Klinik AuSy sudah menerapkan Khanza, sekalian karena induknya di RS juga sudah pakai Khanza. Di awal-awal menerapkan Khanza ya susah, apalagi dokternya ogah-ogahan menggunakan Khanza, maklum karena sistem baru. Tapi lama kelamaan mereka malah sangat terbantu dengan aplikasi itu. Khanza kita terapkan di semua bagian, mulai dari pendaftaran, di ruangan poli, permintaan rujukan, Laborat sampai apotek farmasi harus masuk Khanza semua. Kalau tidak diisi ada sanksinya, potong gaji. Yang agak kesulitan itu dokter-dokter yang sudah sepuh mungkin, tapi ada perawat yang membantu mengisikan aplikasinya. Akhirnya sekarang mereka malah minta pakai Khanza semua, enak gk ribet pakai kertas. Apalagi Khanzanya kita ini khan dipesan kustom khusus sesuai kebutuhannya di Ausy. Khan Pak Ishak ikut pas sosialisasinya waktu itu? Informan 2.

Awalnya banyak penolakan terutama dari teman-teman dokter menggunakan aplikasi itu, namun setelah menggunakan aplikasi tersebut dan merasakan dampaknya, mereka mulai senang pakai aplikasi tersebut, karena semua bagian dalam pelayanan terhibing dalam satu aplikasi itu, malah terkesan simpel. Informan 13.

Sementara itu, pada Klinik/Instalasi Farmasi Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagai Klinik provider, juga melaporkan adanya hambatan dan kendala dalam penerapan aplikasi e-health selama pelayanan, menurut informan 1, 4, 7, dan 10.

Dipakai untuk menu antrian, pemeriksaan dan layanan antar obat saja. Menu lainnya saya nilai sulit atau lebih tepatnya berbelit-belit, gak tau juga kalau belum terbiasa pakainya ya.. Mungkin juga tidak lengkap menurut pelayanan di Klinik kami. Informan 1.

Sudah terpikirkan sih, tapi kendalanya masih banyak. Operator jaringan masih sering gangguan yang aku tahu dan terutama pendanaan. Mungkin belum waktu dekat ini, kan karena tidak semua pekerjaan itu bisa diserahkan ke aplikasi to. Informan 4.

Kendala yang paling utama adalah dukungan pembiayaan dari pemilik. Karena penggunaan aplikasi SimKes tidak bisa hanya untuk satu bagian/departemen saja, tapi akan lebih bagus kalau seluruh departemen/pelayanan terhubung dengan aplikasi. Kalau SIPNAP kan aplikasi pelaporan saja, jadi tidak langsung terhubung dengan pelayanan kepada pasien. Informan 7.

Kendala yang paling sering adalah masalah jaringan internet dan server yang bermasalah Pak Ishak, kalau sedang trouble praktis menghambat. Kedua, KIE menggunakan aplikasi SimKes menurut saya kurang afdhol, masih lebih mengena kalau dijelaskan secara face to face. Informan 10.

Sementara itu, menurut Informan 9 dan 14, dalam penggunaan aplikasi SimKes (*e-health*) selama ini belum ada kendala atau hambatan yang berarti.

Setahu saya tidak ada masalah atau kendala yang berarti. Hanya memasukkan data kesehatan pasien saja. Namun kalau menurut saya, pemeriksaan yang bersifat fisik tidak bisa digantikan oleh aplikasi e-health semacam ini. Jadi tetap membutuhkan kontrol manual. Informan 9.

Tidak ada kendala selama ini. Karena dari pihak BPJS Kesehatan sendiri cukup informatif dalam memberitahukan perubahan versi aplikasi, fasilitas menu baru yang bisa digunakan dan lain sebagainya. Juga secara berkala dilakukan evaluasi dan monitoring tentang tingkat pemakaian aplikasi P-Care. Informan 14.

Informan 10 dan 11 juga melaporkan telah menghentikan kerjasama dengan pihak aplikasi SimKes (*e-health*) *telemedicine* terkait kendala yang dialami selama penerapan aplikasi SimKes tersebut.

Pertama, pada klausul perjanjian yang terakhir ini, ada pengaturan margin keuntungan dari Halodoc, yang menurut saya itu adalah wilayah privat apotek yang tidak bisa dicampuri. Kedua, notification alert pesanan yang sebelumnya menggunakan aplikasi sekarang berpindah di web sehingga tidak terdengar dan berpotensi memperlama pelayanan jadinya. Informan 10.

Pelaporan dengan SIPNAP untuk obat Narkotik dan Psikotropika. Sebenarnya dulu pernah bekerja sama dengan aplikasi Go-Apotek tapi saya cut off karena syarat klaimnya terlalu berat dan sistem aplikasinya susah dan berbelit-belit. Informan 11.

Menurut Informan Triangulasi 2, dalam penerapan aplikasi P-Care pada FKTP yang menjadi Klinik Provider JKN, permasalahan dapat timbul pada saat pengisian aplikasi selama pelayanan yang tidak diselesaikan. Kendala dan hambatan yang terjadi pada secara kasuistik berpengaruh pada pembayaran klaim kapitasi pada FKTP yang bersangkutan.

Tentu ada. Untuk setiap kasus, seperti misalnya pengisian pendaftaran P-Care yang tidak tuntas, artinya diisi tidak lengkap sampai pelayanan dan terapi, pasti akan kami feedback-kan kembali kepada FKTP yang bersangkutan, kami notif kepada Dokter Penanggung Jawab atau PIC FKTP-nya. Atau penerbitan rujukan lanjut yang non-spesialistik bila diluar batas yang telah ditentukan, akan kami berikan feedback dengan bersurat. Ending-nya jumlah pembayaran kapitasi yang diberikan tidak penuh 100%, ada yang 95% bahkan, punishment-nya.

Demikian pula menurut Informan 1, penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) dalam pelayanan dapat mereduksi titik-titik yang berpotensi menimbulkan kesalahan atau kelemahan kinerja pelayanan.

Baiklah langsung saja ya, banyak hal yang bisa kita reduksi apabila kita mengadopsi SimKes dalam pelayanan yang kita berikan, di antaranya:

Memperbaiki Human Error, terutama pada saat pencatatan

Mengurangi Unintegrated Data di antaranya ketidaksinkronan data dan anomali data

Reduksi Redudansi Data yaitu pencatatan data yang berulang

Meningkatkan kinerja, yang ditunjukkan dengan efektivitas dan efisiensi kerja

Mengurangi keterlambatan informasi karena pelaporan yang bersifat manual

Tingkat kepuasan tenaga kesehatan pengguna aplikasi SimKes (*e-health*) yang telah diterapkan di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri.

Penggunaan aplikasi SimKes (*e-health*) dalam pelayanan kesehatan, pada akhirnya wajib memberikan penilaian terhadap pengaruh baik kinerja maupun kepuasan setiap elemen pengguna aplikasi. Dalam penelitian ini, kepuasan tenaga medis dan kefarmasian sebagai pengguna aplikasi dapat ditunjukkan oleh sejauh mana aplikasi SimKes tersebut yang digunakan mampu meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan yang diberikan. Menurut informan 3, 5, 6, 9, dan 14.

Tidak sepenuhnya Pak Ishak, 75% lah. Sebagian masih belum sesuai kondisi di tempat pelayanan. Yang juga membantu adalah pelaporan berkala ke Dinas Kesehatan. Informan 3.

Berpengaruh tapi tidak signifikan karena sering sekali error system. Peran P-Care kan hanya membantu di pelaporan datanya saja. Namun untuk system stock contohnya, tidak terhubung dengan P-Care, masih dikerjakan sendiri alias manual. Informan 5.

Tidak bisa sepenuhnya, karena kan kita masih butuh tatap muka dengan pasiennya Pak Ishak. Tidak bisa hanya input data saja. Perlu KIE juga ke pasien untuk hal ini. Informan 6.

Menurut saya, berdampak walau hanya 80% karena di beberapa bagian kami masih melakukannya secara manual. Informan 9.

Sangat membantu, karena tidak perlu kerja dua kali, tidak perlu sibuk dengan kertas yang sangat merepotkan. Hanya kendala terbesar adalah pembiayaan yang besar untuk mengaplikasikan e-health pada pelayanan Klinik. Itu yang belum bisa, belum ada duitnya. Informan 14.

Masih menurut Informan 2, 8, 12, dan 13 yang melayani peserta JKN dan apotek PRB menyebutkan.

Sangat membantu, sangat efektif, sangat efisien. Selama 2 tahun berjalan ini, hampir tidak ada keluhan atau masalah yang berarti. Informan 2.

Secara umum iya, berdampak karena bekerja secara lebih efektif dan efisien, namun tidak 100% karena tetap dibutuhkan tatap muka langsung dengan pasiennya. Informan 8.

Kalau berdampak iya Mas Ishak, tapi mungkin tidak sepenuhnya. Karena aplikasi seperti P-care tidak sepenuhnya user friendly lho. Informan 12.

Sangat, karena dengan aplikasi tersebut mempersingkat waktu kerja dan semua unit terhubung dengan aplikasi tersebut, mulai bagian pendaftaran, pelayanan, laboratorium sampai layanan obat dan farmasi. Penggunaan manual dan kertas sangat berkurang. Informan 13.

Sementara itu, menurut Informan 1, 7, 10, dan 11, yang Klinik/Instalasi Farmasi Kliniknya tidak melayani peserta JKN menyebutkan.

Tidak sepenuhnya, hanya 80%-lah, karena ada beberapa bagian pelayanan yang masih manual untuk menciptakan value. Tetapi penggunaan aplikasi e-Health seperti itu secara signifikan dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan, mengurangi waste, apalagi yang setiap harinya pakai. Cuma mungkin tidak bisa

custom, karena kebutuhan di tiap Klinik itu berbeda-beda, jadi perlu kustomisasi lebih lanjut. Informan 1.

Kalau menurut saya, penggunaan aplikasi SimKes sangat bagus dan cukup efektif, namun tetap harus ada kontrol secara manual, tidak bisa dijalankan secara otomatis begitu saja. Informan 7.

80% ya. Secara umum aplikasi Halodoc lebih familiar, menunya juga tidak susah dan ribet sehingga pelayanan menjadi lebih mudah dan praktis. Informan 10.

Selama pakai aplikasi telemedicine cukup membantu sebenarnya dalam hal penjualan dan pesan antar obat. Nilai 3 lah dari 5. Informan 11.

Menurut Informan Triangulasi 1, kepuasan pengguna aplikasi SimKes (*e-health*) sangat dipengaruhi oleh aspek-aspek yang secara langsung meningkatkan, memudahkan dan otomatisasi semua bagian dalam layanan, seperti dinyatakan sebagai berikut.

Sebentar, ini mau saya jelaskan sekalian:

Meningkatkan efektivitas dan efisiensi, jelasnya

Terintegrasi dengan semua bagian secara otomatis

Memudahkan penganggaran (budgeting)

Memudahkan proses perhitungan stok obat dan alat kesehatan

Memudahkan penyusunan kinerja dan laporan keuangan

Memudahkan penyusunan laporan rekam medik

Dalam pelaksanaannya, diharapkan aplikasi SimKes (*e-health*) mampu memenuhi kebutuhan pelayanan di Klinik/Instalasi Farmasi Klinik sehingga pelayanan yang diberikan kepada penerima layanan kesehatan (pasien) dapat terlaksana dengan baik dan lancar, kepada pasien peserta JKN maupun peserta dengan asuransi kesehatan lain maupun pasien reguler (umum).

Demikian pula menurut Informan Triangulasi 2, ketika Peneliti menanyakan apakah aplikasi P-Care yang sekarang ini menjadi aplikasi wajib bagi FKTP (Klinik/Instalasi Farmasi Klinik) melayani peserta JKN sudah cukup memuaskan/sesuai dengan kebutuhan Fasyankes yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dinyatakan sebagai berikut.

Kami dari tim IT BPJS Kesehatan selalu memperbarui (update) versi aplikasi P-Care secara berkala sesuai kebutuhan di tempat pelayanan, baik di Rumah Sakit (V-Claim), di FKTP (P-Care) atau di Apotek (P-Care Apotek). Contohnya, dulu untuk mendaftarkan pasien Prolanis harus didaftarkan manual di Kantor Cabang, tetapi dengan P-Care versi terbaru, flagging pasien prolanis dapat dilakukan melalui aplikasi P-Care langsung. Jadi aplikasi P-Care selalu mendapatkan update sesuai kebutuhan hari ini.

BPJS Kesehatan selaku Badan resmi yang ditunjuk berdasarkan Undang-Undang untuk menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional selalu memperbarui versi aplikasi P-Care (*update version*) yang digunakan oleh FKTP *provider* secara berkala. Pembaruan versi aplikasi P-Care didapatkan secara berkala melalui pertemuan Tim Monev KBK yang diadakan setiap 3 bulan sekali. Pertemuan tersebut membahas tentang kendala dan atau hambatan yang terjadi di Fasyankes dalam melayani peserta JKN untuk dicarikan jalan keluarnya sehingga pelayanan kesehatan dapat terus diperbaiki dan ditingkatkan kualitas dan sumber dayanya.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1. Penerapan Aplikasi SimKes (E-Health) oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Klinik/Instalasi Farmasi Klinik) Anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri Dapat Terpenuhi

Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kemenkumham RI, 2016) menetapkan bahwa Klinik merupakan jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Dengan demikian Klinik memiliki fungsi yang sangat strategis dalam pemerataan pelayanan kesehatan dan perkembangan pembangunan industri kesehatan di Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/252/2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan (RI, 2016a) menempatkan Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) sebagai asosiasi fasilitas kesehatan yang diakui secara resmi oleh pemerintah bersama dengan asosiasi fasilitas kesehatan yang lain, yang dalam menjalankan tugas dan fungsinya Asosiasi Fasilitas Kesehatan ditetapkan untuk melakukan negosiasi besaran pembayaran pelayanan kesehatan, pelaksanaan seleksi dan kredensialing fasilitas kesehatan yang akan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, serta pemberian masukan teknis dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 192/Menkes/SK/VI/2012 Tentang *Roadmap* Rencana Aksi Penguatan Sistem Informasi Kesehatan Indonesia (Kemenkes RI, 2012) merupakan acuan bagi Kementerian Kesehatan serta petunjuk bagi Daerah Provinsi dan Daerah Kabupaten/Kota dalam perencanaan, penggerakan pelaksanaan dan evaluasi upaya pengembangan dan penguatan Sistem Informasi Kesehatan.

Pengembangan dan penguatan Sistem Informasi Kesehatan dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK), Keamanan dan Kerahasiaan data, Standarisasi, Integrasi, Kemudahan akses, Keterwakilan serta Etika, integritas dan kualitas.

Dengan demikian, Sistem Informasi Kesehatan di Indonesia telah dirancang sedemikian rupa sehingga pada satu titik seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan termasuk Klinik di dalamnya dapat sepenuhnya memanfaatkan Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK) menghasilkan standardisasi pelayanan kesehatan yang aman, *privacy*, terintegrasi dan mudah diakses.

Peneliti melakukan wawancara semi terstruktur pada 14 Klinik/Instalasi Farmasi Klinik dan didapatkan fakta yang dapat dijabarkan sebagai berikut.

Pertama, Klinik (Instalasi Farmasi Klinik) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagai provider peserta JKN KIS sebanyak 5 Klinik dan 4 Instalasi Farmasi. Dalam penggunaan aplikasi SimKes (*e-health*) ditemukan fakta bahwa 3 Klinik dan 2 Instalasi Farmasi Klinik telah menggunakan minimal 1 aplikasi SimKes (*e-health*) yang digunakan secara *simultan* (total) dalam memberikan pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Hal tersebut tampak seperti yang dinyatakan oleh Informan 3, 5, 6, 9, dan 14. Sementara itu terdapat 2 Klinik telah menggunakan lebih dari 1 aplikasi SimKes (*e-health*) dan telah digunakan secara penuh dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Hal tersebut tampak seperti yang dinyatakan oleh Informan 2 dan 13. Informan juga menyebutkan bahwa terdapat 2 Instalasi Farmasi Klinik berstatus sebagai apotek rujukan balik BPJS Kesehatan dan telah menggunakan aplikasi SimKes (P-Care Apotek) secara penuh (total) dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Hal tersebut tampak seperti yang dinyatakan oleh Informan 8 dan 12.

Kedua, untuk Klinik (Instalasi Farmasi Klinik) yang belum atau sedang dalam proses kerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagai provider peserta JKN KIS sebanyak 1 Klinik dan 4 Instalasi Farmasi. Dalam penggunaan aplikasi

SimKes (*e-health*) ditemukan fakta bahwa 1 Klinik dan 1 Instalasi Farmasi Klinik telah menggunakan aplikasi *e-health* Alodokter dan Halodoc. Hal tersebut tampak seperti yang dinyatakan oleh Informan 1 dan 10. Selain itu, 1 Instalasi Farmasi Klinik pernah menggunakan aplikasi *e-health* GoApotek. Hal tersebut tampak seperti yang dinyatakan oleh Informan 11 dan 1 Instalasi Farmasi Klinik menggunakan aplikasi SIPNAP sebagai media pelaporan transaksi obat khusus (narkotika dan psikotropika). Hal tersebut tampak seperti yang dinyatakan oleh Informan 4. Sementara itu, Informan juga menyampaikan bahwa terdapat 1 Instalasi Farmasi Klinik tidak menggunakan aplikasi SimKes (*e-health*) apa pun dan *full manual* dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Hal tersebut tampak seperti yang dinyatakan oleh Informan 4.

Instalasi Farmasi Klinik yang menggunakan aplikasi Halodoc dan GoApotek pada saat ini menyatakan bahwa sudah tidak bekerjasama dengan aplikasi tersebut. Hal ini terjadi karena terdapat ketidaksepahaman dalam Perjanjian Kerjasama Instalasi Farmasi Klinik dan pihak pengembang aplikasi SimKes (*e-health*) mengenai mengenai penetapan margin keuntungan Instalasi Farmasi Klinik sehingga tidak tercapai kata sepakat, klaim tagihan yang sulit dan syarat yang berbelit-belit serta adanya kendala/hambatan terkait teknis pelayanan dengan menggunakan media aplikasi tersebut. Hal tersebut tampak seperti yang dinyatakan oleh Informan 10 dan 11.

Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam melaksanakan pelayanan kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan merupakan sebuah keniscayaan. Hal tersebut sangat dibutuhkan dalam melaksanakan setiap tindakan pada saat layanan diberikan untuk memberikan perlindungan hukum terhadap pemberi layanan dan penerima layanan. Standar Operasional Prosedur juga memberikan jaminan terhadap keseragaman pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seluruh pemberi layanan dan sangat menentukan sebagai tolok ukur kepada penerima layanan. Oleh sebab itu, pemerintah juga telah menerbitkan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (RI, 2016b) yang merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Pelayanan minimal tersebut di antaranya adalah pelayanan ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar, pelayanan ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar, bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, pelayanan anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar, setiap warga negara Indonesia usia 15—59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar, setiap warga negara Indonesia usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar, pelayanan penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, pelayanan penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, pelayanan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, pelayanan orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar dan pelayanan orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar.

Dalam penelitian ini, setiap Informan yang bersedia melakukan wawancara menyatakan bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Klinik) di tempat mereka bekerja telah memiliki dokumen Standar Operasional Prosedur Baku dan telah menerapkan SOP tersebut sesuai dengan bagian pelayanan (departemen) masing-masing di Klinik, sesuai dengan pernyataan Informan 5, 6, 9, 12, dan 13. Standar Operasional Prosedur merupakan dokumen yang wajib dimiliki dan diimplementasikan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Klinik) karena merupakan dokumen yang disyaratkan dalam pemberian Ijin Operasional Klinik. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Informan 3, 7, 10, dan 14.

Selain itu, Standar Operasional Prosedur juga berfungsi sebagai acuan tugas dan tanggung jawab setiap bagian pelayanan di Klinik, sehingga terdapat jaminan kualitas dan keseragaman pelayanan yang diberikan dan menghindarkan pemberi layanan terhadap tindakan malpraktek. Hal tersebut juga telah disampaikan oleh Informan 8 dan 11. Standar Operasional Prosedur pada prinsipnya dapat dilakukan penyesuaian sesuai dengan beban dan kapasitas layanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Klinik). Pada beberapa Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri ditemukan belum memiliki Standar Operasional Prosedur tentang pemberian layanan berbasis telemedicine (*e-health*), seperti pada Informan 1 yang telah bekerjasama dengan Halodoc namun belum secara khusus memiliki Standar Operasional Prosedur tentang pemberian layanan berbasis telemedicine (*e-health*).

5.2. Cakupan Pelayanan yang terSedia pada Aplikasi SimKes (*E-Health*) dan Sejauh Mana Fitur-fitur yang Ada Tersebut Dapat Dimaksimalkan dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan di Klinik Anggota ASKLIN Cabang Kediri

Pemanfaatan dan penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) diharapkan mampu mempermudah akses pelayanan pada setiap bagian (alur) pelayanan, mulai dari bagian Pendaftaran, Pelayanan Pemeriksaan oleh tenaga medis, Pelayanan Penunjang seperti Laboratorium dan Radiologi sampai Pelayanan Farmasi dan Pelayanan Pertolongan seperti jasa antar jemput resep/obat dan ambulans.

Penelitian yang dilakukan oleh (Meyliano, 2015) berjudul Inovasi Pelayanan Publik di Era Disrupsi (Studi Tentang Keberlanjutan Inovasi E-Health di Kota Surabaya) menyatakan bahwa inovasi pelayanan publik di era disrupsi di mana pelayanan publik selalu dikaitkan dengan suatu kegiatan untuk memberikan bantuan dan kemudahan kepada masyarakat dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Inovasi layanan kesehatan melalui *e-health* adalah sebuah inovasi

yang dikembangkan untuk memudahkan masyarakat dalam mempersingkat antrean baik itu di Puskesmas maupun Rumah Sakit. Aplikasi *e-health* Kota Surabaya ini merupakan inovasi unggulan yang masuk ke dalam Top 25 inovasi pelayanan publik tingkat nasional tahun 2015.

Dalam penelitian ini, Informan tenaga kesehatan yang diwawancarai secara semi terstruktur diambil dari tenaga medis dan tenaga kefarmasian (dokter, dokter gigi dan apoteker) karena pelayanan kesehatan di Klinik secara umum bertumpu pada pelayanan oleh tenaga tersebut. Alur pelayanan di Klinik secara garis besar melalui proses Pendaftaran, Pelayanan, Penunjang dan Pelayanan Farmasi di ujung layanan. Selain itu, dalam proses pelayanan kesehatan di Klinik, tenaga medis dan kefarmasian pada umumnya menjadi pemberi layanan yang secara langsung terhubung dengan sistem yang ada di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Klinik) dan pengambil keputusan terhadap segala tindakan dan terapi terhadap pasien.

Dalam penelitian ini, 13 dari 14 Klinik yang bersedia diwawancara secara semi terstruktur, menyatakan bahwa aplikasi *e-health* telah digunakan di setiap bagian (alur) pelayanan. Pada Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang melayani peserta JKN-KIS, aplikasi P-Care menjadi aplikasi SimKes (*e-health*) yang diwajibkan untuk digunakan selama memberikan pelayanan kesehatan terhadap peserta BPJS Kesehatan. Hal tersebut ditegaskan oleh Informan Triangulasi 2 yang menyatakan bahwa aplikasi P-Care digunakan sebagai media komunikasi antara BPJS Kesehatan dan Klinik *Provider* untuk membantu pelaporan dan monitoring kinerja di faskes yang bekerja sama.

Informan 3 dan 14 menyatakan bahwa aplikasi P-Care digunakan untuk Cek data kepesertaan, Pendaftaran Layanan, Pelayanan Poli dan Rujukan Lanjut. Namun secara umum, aplikasi P-Care digunakan pada bagian Pendaftaran dan Pelayanan, sesuai dengan *deskform* yang tampil pada aplikasi P-Care. Instalasi Farmasi Klinik yang melayani Peserta Rujukan Balik (PRB) juga

mengaplikasikan P-Care Apotek, seperti pernyataan Informan 8 dan 12, dalam pelayanan obat, pelaporan pemberian obat serta klaim.

Klinik dan Instalasi Farmasi Klinik yang tidak melayani peserta JKN KIS, juga telah menerapkan aplikasi SimKes (*e-health*) yang lain, seperti Alodokter, SIPNAP, Halodoc dan GoApotek. Hal tersebut dinyatakan oleh Informan 1, 7 10 dan 11 yang menggunakan aplikasi tersebut di atas. Pernyataan Informan 1, aplikasi Alodokter digunakan dalam pelayanan untuk menu antrian, pemeriksaan dan layanan antar obat saja.

Penggunaan aplikasi SIPNAP digunakan untuk melaporkan obat-obat golongan Narkotika dan Psikotropika dan itu jenisnya sudah ditentukan oleh Kemkes dan disediakan di webform aplikasinya. Hal ini sesuai pernyataan Informan 7. aplikasi SIPNAP juga dilaporkan penggunaannya oleh Informan 10 dan 11 dalam rangka pelaporan penggunaan obat khusus yaitu narkotika dan psikotropika. Informan 10 juga memberikan keterangan tentang penggunaan aplikasi Halodoc selama pelayanan dan yang telah diinformasikan kembali telah diganti menggunakan aplikasi Vmedis. Begitu pula dengan Informan 11 yang menggunakan aplikasi GoApotek dalam pelayanan yang diberikan.

Setelah mengikuti alur penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) di Klinik/Instalasi Farmasi Klinik, Peneliti melihat bahwa penggunaan aplikasi SimKes (*e-health*) sangat membantu petugas atau pemberi pelayanan sehingga jalur antrean semakin cepat, perekaman medis semakin lengkap namun dilakukan dengan cara yang sederhana serta permintaan pelayanan lain seperti laboratorium dan radiologi, rujukan kegawatdaruratan sampai layanan peresepan (pesan antar obat) bisa dilakukan dengan mudah dan cepat. Kesan tersebut juga didapatkan tidak hanya terlihat pada pemberi pelayanan kesehatan saja namun penerima pelayanan kesehatan juga turut terbantu dengan alur pelayanan yang sederhana, cepat, mudah dan tidak berbelit-belit. Hal ini tentunya semakin memudahkan

masyarakat dan memberikan pengaruh positif pada kepuasan terhadap pelayanan di Klinik/Instalasi Farmasi Klinik.

5.3. Faktor-faktor yang Mendukung dan Menghambat Penerapan Aplikasi SimKes (*e-health*) di Klinik Anggota ASKLIN Cabang Kediri

Dalam penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan khususnya di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri, kendala dan hambatan serta keluhan kerap muncul selama penggunaan aplikasi. Dalam penelitian yang berjudul *The adoption of electronic medical record by physicians* (Dutta et al., 2020) menyebutkan latar belakang dari penelitian penggunaan *electronic Medical Record* (eMR) sebagai perangkat TIK yang bersifat vital sehingga patut dipertimbangkan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan namun terdapat keterbatasan kemampuan tenaga medis (pengguna aplikasi) dalam menggunakannya patut mendapat perhatian demi keberhasilan implementasi aplikasi SimKes (*e-health*) tersebut di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Penelitian dari (Thakur & Srivastava, 2018) berjudul *From resistance to readiness: the role of mediating variables* menjelaskan bahwa kesenjangan antara resistensi dan kesiapan pada perubahan perlu untuk dieksplorasi supaya tujuan, peran dan dukungan dapat dijumpai dan berhasil dieksekusi.

Setelah dilakukan wawancara semi terstruktur pada Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang telah menerapkan aplikasi SimKes (*e-health*) dalam pelayanan di Fasyankes, ditemukan kendala/hambatan sebagai berikut. Pertama, Usia pengguna layanan (sumber daya manusia). Dalam penggunaan layanan berbasis aplikasi seperti layanan *telemedicine* (*e-health*), kemampuan pengguna aplikasi (*user*) memiliki peranan yang besar dalam memaksimalkan fungsi aplikasi. Informan 2, 3, 5, 8, dan 13 menyatakan bahwa pada penggunaan pertama aplikasi terdapat kesulitan bahkan resistensi terhadap penggunaan

aplikasi baru tersebut. Resistensi tersebut meningkat berbanding lurus dengan usia pengguna (*user*). Hal yang cukup menolong adalah pekerjaan tersebut bersifat repetitif (berulang) sehingga seiring waktu, pengguna aplikasi menjadi terbiasa dan terkesan mudah.

Kedua, Teknis aplikasi seperti update server, upgrade version dan jaringan internet. Informan 1, 5, dan 10 menyatakan bahwa kualitas jaringan dan versi aplikasi serta data server juga sangat mempengaruhi kualitas pelayanan dengan menggunakan aplikasi SimKes (*e-health*). Hal tersebut malah dapat memperlambat pelayanan dan bertolak belakang dengan sifat penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) dalam memberikan pelayanan yang cepat dan berkualitas apabila tidak mendapatkan penanganan yang baik dan tepat.

Ketiga, menu aplikasi yang belum sesuai dengan kebutuhan masing-masing tempat pelayanan diberikan (Klinik/Instalasi Farmasi Klinik). Kebutuhan Klinik terhadap menu pelayanan akan lebih maksimal bila aplikasi SimKes (*e-health*) yang digunakan mampu mendukung pelayanan sesuai situasi dan kondisi Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Sehingga layanan *e-health* terkustomisasi sangat disarankan dalam memberikan dukungan yang maksimal terhadap pelayanan di Klinik. Informan 6 menyatakan bahwa spesifikasi pelayanan belum ada pada P-Care Klinik sehingga pelayanan farmasi masih bergabung di menu Pelayanan dan belum mendukung pelayanan farmasi secara mandiri dan detail.

Keempat, pembiayaan atau pendanaan. Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang telah menerapkan aplikasi SimKes (*e-health*) sebagai dukungan pelayanan kesehatan merasa perlu untuk terus mengembangkan aplikasi yang lebih terkustomisasi dan terintegrasi dengan aplikasi standar lain yang sudah ada. Kendala/hambatan yang dialami seiring dengan pengembangan tersebut adalah pembiayaan yang cukup besar untuk mendapatkan aplikasi yang sesuai dan terintegrasi. Informan 3 dan 7 menyatakan bahwa pengembangan SimKes (*e-*

health) memerlukan biaya yang tidak sedikit karena SimKes menuntut untuk diterapkan di seluruh alur pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Kelima, hal-hal lain yang berkaitan dengan teknis profesi lebih diterima dengan pekerjaan manual, seperti pemberian KIE (Komunikasi Informasi Edukasi), dan penegakan diagnosis secara daring. Di dalam industri kesehatan terdapat hal-hal yang tidak dapat sepenuhnya dikelola dan di-automatisasikan. Walaupun hal tersebut masih menjadi pro dan kontra pada beberapa pandangan keilmuan. Automatisasi pemeriksaan oleh tenaga medis dan pemberian KIE obat, pada dasarnya dalam banyak kasus belum dapat diserahkan sepenuhnya tanpa campur tangan pekerjaan manual.

Informan 10 dan 11 juga menyatakan telah memutuskan kerjasama dengan aplikasi Halodoc dan GoApotek karena beberapa sebab di antaranya:

Pertama, ketidaksepahaman mengenai pengaturan margin keuntungan pada Perjanjian Kerjasama dengan Halodoc, yang mana menurut Instalasi Farmasi Klinik hal tersebut adalah wilayah privat apotek yang tidak bisa dicampuri. Hal tersebut berkenaan dengan hak dan kewajiban masing-masing pihak yang bekerjasama menyediakan layanan kesehatan kepada pasien.

Kedua, *notification alert* pesanan yang sebelumnya menggunakan aplikasi di gadget (*smartphone*) sekarang menggunakan tampilan *web browser* sehingga notifikasi pesanan tidak terdengar dan berpotensi memperlama pelayanan.

Ketiga, prosedur klaim tagihan yang terlalu berbelit-belit dan sistem aplikasi yang terlalu berat, sehingga terkesan menyulitkan dan merugikan bagi pihak yang bekerjasama.

Sementara itu, Informan 9 dan 14 menyatakan bahwa Klinik dan Instalasi Farmasi Klinik menggunakan aplikasi SimKes (*e-health*) dalam memberikan pelayanan kesehatan tidak ada/belum ditemui kendala/hambatan yang berarti selama menggunakan aplikasi SimKes (*e-health*) tersebut di Klinik.

5.4. Tingkat Kepuasan Tenaga Kesehatan Pengguna Aplikasi SimKes (*e-Health*) yang Telah Diterapkan di Klinik Anggota ASKLIN Cabang Kediri

Kepuasan pengguna dalam menggunakan aplikasi SimKes (*e-health*) di Klinik merupakan sebuah kesan terhadap penerimaan atau penolakan para pengguna terhadap kinerja aplikasi SimKes (*e-health*) tersebut. Sistem Informasi dan Manajemen Kesehatan pada akhirnya harus memberikan hasil (keluaran) yang dapat dirasakan manfaatnya oleh seluruh pengguna layanan yang memanfaatkan aplikasi tersebut. Memasuki era disrupsi, pelayanan yang terstandarisasi, kecepatan layanan, integrasi layanan, keamanan dan kerahasiaan data adalah sesuatu yang mutlak dituntut, khususnya dalam penerapannya pada akses pelayanan publik, seperti pelayanan kesehatan di Klinik.

Hasil analisis jalur (*path analysis*) penelitian yang dilakukan oleh (Normasari et al., 2013) berjudul Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pelanggan, Citra Perusahaan Dan Loyalitas Pelanggan dapat diketahui bahwa: (1) variabel kualitas pelayanan memiliki pengaruh signifikan terhadap variabel kepuasan pelanggan; (2) variabel Kualitas Pelayanan memiliki pengaruh signifikan terhadap variabel Citra Perusahaan; (3) variabel Kualitas Pelayanan tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap variabel Loyalitas Pelanggan; (4) variabel Kepuasan Pelanggan memiliki pengaruh signifikan terhadap variabel Citra Perusahaan; (5) variabel Kepuasan Pelanggan memiliki pengaruh signifikan terhadap variabel Loyalitas Pelanggan; (6) variabel Citra Perusahaan memiliki pengaruh signifikan terhadap variabel Loyalitas Pelanggan.

Informan dalam penelitian telah memberikan pernyataannya berkaitan mengenai aplikasi *e-health* yang telah digunakan di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri. Beberapa Informan pengguna layanan aplikasi SimKes (*e-health*) yang Kliniknya melayani peserta JKN memberikan penilaian yang cukup beragam, secara umum aplikasi *e-health* membantu pelayanan di Klinik namun

dalam beberapa hal masih ada hal-hal yang tetap membutuhkan pekerjaan manual. Informan 3 memberikan kepuasan sebesar 75% dikarenakan aplikasi SimKes (*e-health*) masih belum terkustomisasi dengan baik sesuai kondisi di tempat pelayanan (Klinik). Informan 5 juga menyatakan hal yang serupa, dengan menitikberatkan kepada hambatan yang sering terjadi secara teknis seperti *error system*. Sistem stok masih dikerjakan secara manual, karena aplikasi belum dapat memberikan pelayanan tersebut. Namun keduanya memberikan pernyataan bahwa aplikasi SimKes (*e-health*) sangat membantu terutama dalam pelaporan kepada instansi/dinas terkait.

Informan 6 menyatakan bahwa aplikasi SimKes yang digunakan tidak sepenuhnya dimanfaatkan terutama dikaitkan dengan perlunya tindakan KIE yang tetap membutuhkan sentuhan dan tatap muka (*manually*). Informan 9 memberikan skala kepuasan sebesar 80% karena di beberapa bagian bagian masih tetap menggunakan pekerjaan manual. Pernyataan senada juga diungkapkan oleh Informan 8 dan 12, dengan mengingatkan bahwa penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) tidak sepenuhnya *user friendly*, terdapat hal-hal yang masih perlu disesuaikan dengan kondisi di tempat pelayanan dan teknis aplikasinya tidak mudah.

Tingkat kepuasan yang berbeda disampaikan oleh Informan 2, 13, dan 14, di mana pada Klinik yang bersangkutan telah menerapkan lebih dari 1 aplikasi SimKes (*e-health*) dan para pengambil kebijakan telah memutuskan untuk menggunakan aplikasi SimKes (*e-health*) tersebut secara mutlak dengan menerapkan *reward and punishment*. Informan 14 menyatakan bahwa aplikasi SimKes (*e-health*) sangat membantu dalam pelayanan di Klinik, sehingga tidak perlu kerja dua kali dan sangat penghematan kertas. Hal tersebut senada dengan pernyataan Informan 13 yang menyatakan bahwa aplikasi SimKes telah mempersingkat waktu kerja karena menghubungkan dengan seluruh bagian di Klinik serta mengurangi penggunaan manual dan kertas. Demikian pula,

Informan 2 telah menggunakan aplikasi SimKes (*e-health*) di Klinik selama kurang lebih 2 tahun dan sangat membantu pelayanan menjadi efektif dan efisien, hampir tidak ada masalah yang berarti.

Sementara itu, menurut Informan 1, 7, 10, dan 11, yang Klinik/Faskesnya tidak melayani peserta JKN memberikan penilaian yang beragam mengenai kepuasan menggunakan aplikasi SimKes yang digunakan di Klinik. Informan 1 menyatakan kepuasan terhadap aplikasi SimKes (*e-health*) sebesar 80% dengan penekanan bahwa beberapa bagian pelayanan tetap memerlukan pekerjaan manual untuk menciptakan value. Namun secara umum aplikasi *e-health* dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam pelayanan dan mengurangi *waste*. Hal tersebut senada dengan pernyataan Informan 10 terhadap penggunaan aplikasi SimKes (*e-health*) dengan kelebihan dan kekurangannya.

Informan 7 memberikan penilaian bahwa aplikasi SimKes (*e-health*) sangat bagus dan efektif untuk diterapkan namun tetap membutuhkan pekerjaan manual sebagai kontrol. Informan 11 memberikan tingkat kepuasan pada skala 3 dari 5 dengan catatan penerapan aplikasi Simkes (*e-health*) sangat membantu dalam pelayanan obat (penjualan dan pesan antar).

Kunci keberhasilan dari penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) adalah kepuasan dari pengguna aplikasi itu sendiri. Hal ini sangat penting mengingat tuntutan pelayanan kesehatan yang semakin cepat, aman dan interkoneksi yang baik. Pengembang aplikasi SimKes (*e-health*) diharapkan terus melakukan pemeliharaan dan pembaruan sistem perangkat lunak sehingga aplikasi dapat memenuhi tuntutan pelayanan kesehatan yang kompleks di abad ke-21 ini.

Sistem Informasi Manajemen Kesehatan (aplikasi *e-health*) dapat dipergunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan terintegrasi. Kebutuhan akan aplikasi SimKes (*e-health*) dapat digunakan sebagai alat pengelolaan dalam industri bidang kesehatan abad XXI dengan menyediakan data dan informasi yang handal melalui aplikasi layanan kesehatan terdigitalisasi sehingga sanggup menjadi alat bagi pengelolaan pembangunan kesehatan yang efektif.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan dari hasil penelitian yang telah dipaparkan oleh Penulis tentang Analisis Tingkat Kepuasan Tenaga Kesehatan Terhadap Penerapan Aplikasi *E-Health* Layanan Kesehatan Terdigitalisasi pada Klinik Anggota Asosiasi Klinik Indonesia di Kediri Tahun 2021 didapat hasil sebagai berikut.

Implementasi penerapan aplikasi SimKes (*e-health*) di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri telah dilakukan pada 14 Klinik yang melakukan wawancara semi terstruktur. Pada Klinik yang melayani peserta JKN telah menerapkan aplikasi P-Care sebagai aplikasi utama dan kewajiban Klinik *provider* untuk input data pelayanan ke server BPJS Kesehatan. 2 Klinik di antaranya telah menerapkan lebih dari 1 aplikasi SimKes dalam pelayanan kesehatan yang dilaksanakan secara simultan (total). Sementara Klinik yang lain menjalankan aplikasi SimKes masih secara *partial* (sebagian). Pada Instalasi Farmasi Klinik telah menerapkan P-Care bersamaan dalam menu Pelayanan di P-Care. Sementara 2 Instalasi Farmasi Klinik telah mengadopsi P-Care Apotek karena melayani Peserta Rujukan Balik (PRB) sehingga data pelayanan obat secara lebih detail dapat dilaporkan ke server BPJS Kesehatan. Pada Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang tidak melayani peserta JKN, terdapat 1 Klinik dan 1 Instalasi Farmasi Klinik telah menggunakan aplikasi *e-health* Halodoc dan Vmedis, 1 Instalasi Farmasi Klinik tidak menggunakan aplikasi SimKes apa pun dan *full manual* dalam memberikan pelayanan kepada pasien, 1 Instalasi Farmasi Klinik pernah menggunakan aplikasi *e-health* GoApotek dan 1

Instalasi Farmasi Klinik menggunakan aplikasi SIPNAP sebagai media pelaporan transaksi obat khusus (narkotika dan psikotropika).

Penerapan aplikasi *e-health* diharapkan dapat mempermudah akses pelayanan kesehatan pada berbagai alur pelayanan, mulai dari bagian Pendaftaran, Pelayanan Pemeriksaan oleh tenaga medis, Pelayanan Penunjang seperti Laboratorium dan Radiologi sampai Pelayanan Farmasi dan Pelayanan Pertolongan seperti jasa antar jemput resep/obat dan ambulans. Dalam penelitian ini, 13 dari 14 Klinik yang bersedia diwawancara secara semi terstruktur, menyatakan bahwa aplikasi *e-health* telah digunakan di setiap bagian (alur) pelayanan. Pada Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang melayani peserta JKN-KIS, aplikasi P-Care menjadi aplikasi *e-health* yang diwajibkan untuk digunakan selama memberikan pelayanan kesehatan terhadap peserta BPJS Kesehatan meliputi Cek data kepesertaan, Pendaftaran Layanan, Pelayanan Poli dan Rujukan Lanjut. Instalasi Farmasi Klinik yang melayani Peserta Rujukan Balik (PRB) juga mengaplikasikan P-Care Apotek, dalam pelayanan obat, pelaporan pemberian obat serta klaim tagihan.

Klinik dan Instalasi Farmasi Klinik yang tidak melayani peserta JKN KIS, juga telah menerapkan aplikasi *e-health* yang lain, seperti Alodokter, SIPNAP, Halodoc dan GoApotek. Aplikasi tersebut digunakan dalam pelayanan untuk menu antrian, pemeriksaan, layanan antar obat saja serta pelaporan transaksi obat khusus (narkotika dan psikotropika). Terkait dengan aplikasi SIPNAP digunakan untuk melaporkan obat-obat golongan Narkotika dan Psikotropika dan itu jenisnya sudah ditentukan oleh Kemkes dan disediakan di webform aplikasinya.

Kendala dan hambatan penerapan aplikasi *e-health* di Fasilitas Pelayanan Kesehatan khususnya di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri, berdasarkan hasil wawancara semi terstruktur pada Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang telah menerapkan aplikasi *e-health* dalam pelayanan di Fasyankes dapat disimpulkan beberapa hal yang menjadi faktor permasalahan seperti usia pengguna layanan (sumber daya manusia), di mana usia sangat mempengaruhi level adaptasi terhadap hadirnya teknologi baru serta resistensi dan akseptabilitas terhadap pemakaiannya berbanding lurus terhadap usia pengguna.

Demikian pula terhadap teknis aplikasi seperti update server, upgrade version dan jaringan internet. Hal tersebut sangat mempengaruhi kinerja dan kualitas pelayanan kesehatan dengan menggunakan aplikasi *e-health*. Hal tersebut apabila tidak mendapatkan pemeliharaan yang tepat dapat memperlambat pelayanan dan bertolak belakang dengan sifat penerapan *e-health* dalam memberikan pelayanan yang cepat dan berkualitas.

Selanjutnya, menu aplikasi yang belum sesuai dengan kebutuhan masing-masing Klinik. Kebutuhan Klinik terhadap menu pelayanan akan lebih maksimal bila aplikasi *e-health* yang digunakan mampu mendukung pelayanan sesuai situasi dan kondisi Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Sehingga layanan *e-health* terkustomisasi sangat disarankan dalam memberikan dukungan yang maksimal terhadap pelayanan di Klinik. Informan menyatakan bahwa spesifikasi pelayanan belum ada pada P-Care Klinik sehingga pelayanan farmasi masih bergabung di menu Pelayanan dan belum mendukung pelayanan farmasi secara mandiri dan detail.

Pembiayaan atau pendanaan merupakan hal yang krusial bagi keberlangsungan operasional Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri yang telah menerapkan aplikasi *e-health* sebagai dukungan pelayanan kesehatan merasa perlu untuk terus mengembangkan aplikasi yang lebih terkustomisasi dan terintegrasi dengan aplikasi standar lain yang sudah ada. Kendala/hambatan yang dialami seiring dengan pengembangan tersebut adalah pembiayaan yang cukup besar untuk mendapatkan aplikasi yang sesuai dan terintegrasi. Informan menyatakan bahwa pengembangan SimKes memerlukan biaya yang tidak sedikit karena SimKes menuntut untuk diterapkan di seluruh alur pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Hal-hal lain yang lebih diterima dengan pekerjaan manual, seperti pemberian KIE (Komunikasi Informasi Edukasi) merupakan poin penting yang harus diperhatikan. Di dalam industri kesehatan terdapat hal-hal yang tidak dapat sepenuhnya di-automatisasi-kan. Walaupun hal tersebut masih menjadi pro dan kontra pada beberapa pandangan kajian keilmuan. Automatisasi pemeriksaan oleh tenaga medis dan pemberian KIE obat, pada dasarnya dalam banyak kasus belum dapat diserahkan sepenuhnya tanpa campur tangan pekerjaan manual.

Sementara itu, pada 2 Instalasi Farmasi Klinik juga menyatakan telah memutuskan kerjasama dengan aplikasi Halodoc dan GoApotek karena beberapa sebab antara lain ketidaksepahaman mengenai pengaturan margin keuntungan pada Perjanjian Kerjasama dengan Halodoc, yang mana menurut Instalasi Farmasi Klinik hal tersebut adalah wilayah privat apotek yang tidak bisa dicampuri. Hal tersebut berkenaan dengan hak dan kewajiban masing-masing pihak yang bekerjasama menyediakan layanan kesehatan kepada pasien. Hal yang bersifat teknis pelayanan seperti *notification alert* pesanan yang sebelumnya

menggunakan aplikasi di gadget (*smartphone*) sekarang menggunakan tampilan *web browser* sehingga notifikasi pesanan tidak terdengar dapat berpotensi memperlama pelayanan dan mempersulit penyiapan. Selain itu, prosedur klaim tagihan yang terlalu berbelit-belit dan sistem aplikasi yang terlalu berat, sehingga terkesan menyulitkan dan merugikan bagi pihak yang bekerjasama.

Memasuki era disrupsi, pelayanan yang terstandardisasi, cepat, terintegrasi, aman dan kerahasiaan data terjamin adalah sesuatu yang mutlak dituntut, khususnya dalam penerapannya pada akses pelayanan publik, seperti pelayanan kesehatan di Klinik. Informan dalam penelitian telah memberikan pernyataannya berkaitan mengenai aplikasi *e-health* yang telah digunakan di Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri. Beberapa Informan pengguna layanan aplikasi *e-health* yang Kliniknya melayani peserta JKN memberikan penilaian yang cukup beragam, secara umum aplikasi *e-health* membantu pelayanan di Klinik namun dalam beberapa hal masih ada hal-hal yang tetap membutuhkan pekerjaan manual. Kepuasan Tenaga Kesehatan diberikan 75-80% dengan beberapa catatan di antaranya aplikasi *e-health* masih belum terkustomisasi dengan baik sesuai kondisi di tempat pelayanan (Klinik), terjadinya hambatan teknis seperti *error system*. Pekerjaan manual masih dilakukan pada beberapa bagian di antaranya sistem stok dan kegiatan KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi), seperti secara umum dinyatakan bahwa aplikasi *e-health* sangat membantu terutama dalam pelaporan kepada instansi/dinas terkait. Penerapan aplikasi *e-health* tidak sepenuhnya *user friendly*, terdapat hal-hal yang masih perlu disesuaikan dengan kondisi di tempat pelayanan dan teknis aplikasinya tidak mudah sehingga diperlukan aplikasi *e-health* yang terkustomisasi dengan baik akan sangat membantu pelayanan lebih efektif dan efisien.

Tingkat kepuasan yang berbeda disampaikan oleh Klinik yang bersangkutan telah menerapkan lebih dari 1 aplikasi SimKes dan para pengambil kebijakan telah memutuskan untuk menggunakan aplikasi SimKes tersebut secara mutlak dengan menerapkan *reward and punishment*. Informan menyatakan bahwa aplikasi SimKes sangat membantu dalam pelayanan di Klinik, sehingga tidak perlu kerja dua kali dan sangat penghematan kertas. Aplikasi SimKes telah mempersingkat waktu kerja karena menghubungkan dengan seluruh bagian di Klinik serta mengurangi penggunaan manual dan kertas. Dengan demikian pula, penggunaan aplikasi SimKes di Klinik akan sangat membantu pelayanan menjadi efektif dan efisien, hampir tidak ada masalah yang berarti.

Sementara itu, Klinik/Fasyankes yang tidak melayani peserta JKN memberikan penilaian yang beragam mengenai kepuasan menggunakan aplikasi SimKes yang digunakan di Klinik. Para Informan menyatakan kepuasan terhadap aplikasi SimKes sebesar 80% dan skala 3 dari 5 dengan penekanan bahwa beberapa bagian pelayanan tetap memerlukan pekerjaan manual untuk menciptakan value. Namun, secara umum aplikasi *e-health* dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam pelayanan dan mengurangi *waste*. Sementara itu, Informan juga memberikan penilaian bahwa aplikasi SimKes sangat bagus dan efektif untuk diterapkan serta sangat membantu dalam pelayanan obat (penjualan dan pesan antar), tetapi tetap membutuhkan pekerjaan manual sebagai kontrol.

6.2. Saran

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi penelitian selanjutnya, penelitian ini diharapkan dapat memperluas khazanah penelitian dalam Sistem Manajemen Kesehatan (aplikasi *e-health*) serta dapat dilanjutkan oleh peneliti yang lain dengan objek maupun sudut pandang yang berbeda.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini semoga dapat memberikan suatu masukan kepada Institusi sebagai salah satu media informasi dan pembelajaran yang bermanfaat dan dapat digunakan sebagai referensi bagi penelitian di masa yang akan datang. Dan juga melakukan persiapan lebih terkait kegiatan residensi mahasiswa yang difokuskan pada Sistem Manajemen Kesehatan (aplikasi *e-health*).

Bagi Institusi Lokasi Penelitian

Memberikan saran agar mendorong semua Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Klinik) anggota Asosiasi Klinik Indonesia Cabang Kediri segera mengaplikasikan Sistem Manajemen Kesehatan (aplikasi *e-health*) sebagai media yang tepat, efektif dan efisien dalam memberikan pelayanan kesehatan yang terstandarisasi, terintegrasi, aksesibel, cepat serta jaminan keamanan dan kerahasiaan data.

Melakukan pelatihan mengenai Sistem Manajemen Kesehatan (aplikasi *e-health*) secara berkelanjutan sehingga setiap Klinik anggota Asosiasi Klinik Indonesia memahami dan mengaplikasikan layanan kesehatan terdigitalisasi sebagai sarana untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di setiap Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri di masa yang akan datang.

Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) sebagai asosiasi fasilitas kesehatan dapat memperkuat posisi dan legitimasi hukum dalam menciptakan sebuah standar pelayanan kesehatan di Klinik berbasis aplikasi Sistem Informasi Manajemen Kesehatan sebagai sebuah standar baku pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan. Kementerian Kesehatan sebagai regulator secara berkala melakukan *review* terhadap kebijakan terkait pemanfaatan data Sistem Manajemen Kesehatan (aplikasi *e-ehealth*) sehingga kendala dan hambatan teknis seperti keabsahan peresepan elektronik (*e-prescribing*) mendapatkan dasar hukum yang kuat sebagai dokumen yang sah dan diakui serta inovasi-inovasi baru lain yang terus tumbuh dapat diakomodasi sehingga tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Accenture. (2017). *Dynamic digital consumers' ever-changing expectations and technology intrigue*. 27. https://www.accenture.com/us-en/_acnmedia/PDF-39/Accenture-PoV-Dynamic-Consumers.pdf
- Alfredo, J. (2018). *Akankah Robot Menguasai Kehidupan Manusia di Masa Depan?* Zenius. <https://www.zenius.net/blog/18040/robot-menggantikan-manusia>
- Ali, P. bahjuri, Siahaan, renova gloria montesori, Solikha, dewi amila, & Wikanestri, I. (2018). Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas. In *Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat*.
- ANDAYA, D. B., DELA PEÑA, J., JUBAN, A. M., SILVA, N. L., GARCIA, L. J. R., MERCADO, M. G., LICAS, C. M., GARCIA, M. I., BUSTAMANTE, A. L., ZUNO, P. Q., & BAÑEZ, J. J. B. (2010). The Asean E-Commerce Database Project. *Dti/Aseantelsom/01, November*.
- Astra Life. (2020). *6 Keuntungan Layanan Telemedicine yang Bisa Kamu Peroleh*. <https://ilovelife.co.id/blog/6-keuntungan-layanan-telemedicine-yang-bisa-kamu-peroleh/>
- BPJS. (2013). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan, 2, 5-6*.
- BPOM. (2020). Peraturan BPOM Nomor 8 Tahun 2020 tentang Pengawasan Obat dan Makanan yang Diedarkan secara Daring. *Badan Pengawas Obat Dan Makanan, 1-26*.
- Brucher, L., Pontet, K., Duprel, C., Mosel, K., & Moujahid, S. (2018). A journey towards smart health: the impact of digitalization on patient experience. *Deloitte, February, 24*.
- Butar-butar, J., & Simamora, R. H. (2016). Hubungan Mutu Pelayanan Keperawatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUD Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah. *Jurnal Ners Indonesia*.

- Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., Morton, S. C., & Shekelle, P. G. (2006). Systematic review: Impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Annals of Internal Medicine*, *144*(10), 742–752. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00125>
- Deloitte. (2018). *21 st Century Health Care Challenges : A Connected Health Approach*. 1–114.
- Desimawati, D. W. (2013). Hubungan Layanan Keperawatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap. *Online*.
- Dutta, B., Hwang, H. G., & Wane, D. (2020). The adoption of electronic medical record by physicians: A PRISMA-compliant systematic review. *Medicine (United States)*, *99*(8). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019290>
- Eddi Junaidi, Dr., SpOG, S.H., M. K. (2012). *ASOSIASI KLINIK INDONESIA* (Ed. Revisi). Asosiasi Klinik Indonesia. <https://asklin.org/>
- Hidayat, A. (2017). Penjelasan Teknik Purposive Sampling Lengkap Detail - Uji Statistik. In *Statistikian*.
- Kemendes RI. (2012). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 192/menkes/sk/vi/2012 tentang. 2008*, 4–72.
- Kemenkumham RI. (2016). Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan. *Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan*, 1–16. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/5768/pp-no-47-tahun-2016>
- Kominfo. (2017). Penetrasi & Perilaku Pengguna Internet Indonesia Survey 2017. *Teknpreneur*, *2018*(31 August 2018), Hasil Survey.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2009). Marketing management (13th ed.). In *Prentice Hall*.
- Lexy J. Moleong. (2002). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. PT. Remaja Rosda Karya.
- McKeering, D., Norton, C., & Gulati, A. (2017). The Digital Healthcare Leap. *PwC, February*, 1–14. www.pwc.com/gmc

- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 Tentang Registrasi, Izin Praktik, Dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian. *Jakarta*.
- Meyliano, R. D. P. (2015). Inovasi Pelayanan Publik di Era Disrupsi (Studi tentang Keberlanjutan Inovasi E-Health di Kota Surabaya). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Nasution, M. N. (2010). Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Manajement). Jakarta: Ghalia. *Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Manajement)*. Jakarta: Ghalia.
- Normasari, S., Kumadji, S., & Kusumawati, A. (2013). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pelanggan, Citra Perusahaan Dan Loyalitas Pelanggan. *Jurnal Administrasi Bisnis (JAB)*.
- Notoatmodjo. (2018). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta. *Notoatmodjo, S. (2018). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta*.
- Nursalam. (2011). Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 3. In *Salemba Medika*.
- Orami Parenting. (2020). *Telemedicine Jadi Alternatif Saat Pandemi, Ini Kelebihan dan Kekurangannya*. https://www.enervon.co.id/article/1706/telemedicine-jadi-alternatif-saat-pandemi-ini-kelebihan-dan-kekurangannya?utm_source=covid19_web&utm_medium=homepage#:~:text=Salah satu kelemahan utama dalam,ini perlu memerlukan biaya tambahan.
- Permana, H., & Djatmiko, T. (2018). Analisis Pengaruh Kualitas Layanan Elektronik (E-Service Quality) Terhadap Kepuasan Pelanggan Shopee di Bandung. *SOSIOHUMANITAS*. <https://doi.org/10.36555/sosiohumanitas.v20i2.112>
- Praptiwi, A., & Kep, S. (2009). Pengelolaan kepuasan pelanggan dalam pelayanan kesehatan. *Abstrak*.

- Presiden Republik Indonesia. (2004). Undang Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. *Undang Undang Praktik Kedokteran*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Purwaningrum, A. R., & Madrah, M. Y. (2019). Digitalisasi layanan kesehatan dalam perspektif islam. *Digitalisasi Layanan Kesehatan Dalam Perspektif Islam*, 231–244.
- Raco, J. (2018). *Metode penelitian kualitatif: jenis, karakteristik dan keunggulannya*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/mfzuj>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia (2014).
- RI, K. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 Tentang KLINIK. *Jurnal Teknologi Kimia Dan Industri*, 2(1), 1–7. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-33645547325%7B%7DpartnerID=40%7B%7Dmd5=5c937a0c35f8be4ce16cb392381256da%0Ahttp://jtk.unsri.ac.id/index.php/jtk/article/view/4/6%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.biortech.2008.12.046%0Ahttp://dx.doi.org/10>
- RI, K. (2016a). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/MENKES/252/2016 tentang ASOSIASI FASILITAS KESEHATAN*. 4(4), 1–4.
- RI, K. (2016b). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*.
- Saifuddin Azwar. (2010). *Metode Penelitian*. Pustaka Pelajar Offset.
- Savafi, K., Webb, K., & Kalis, B. (2019). Accenture 2019 Digital Health Consumer Survey. In *Accenture 2019 Digital Health Consumer Survey US Results* (pp. 1–13). https://www.accenture.com/_acnmedia/PDF-94/Accenture-2019-Digital-Health-Consumer-Survey.pdf#zoom=50
- Sugiyono (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabet. In *Sugiyono (2017). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabet.

- Susanto, M. (2019). *Apa Itu Revolusi Industri 4.0?* Zenius. <https://www.zenius.net/blog/21104/revolusi-industri-4-0>
- Taylor, K. (2015). Connected health - How digital technology is transforming health and social care. *Deloitte*, 40.
- Thakur, R. R., & Srivastava, S. (2018). From resistance to readiness: the role of mediating variables. *Journal of Organizational Change Management*, 31(1), 230–247. <https://doi.org/10.1108/JOCM-06-2017-0237>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. (2014). Keperawatan. *Sekretariat Negara Republik Indonesia*.
- Wikipedia. (2020). *Halodoc*. <https://id.wikipedia.org/wiki/Halodoc>
- Winarto, W., Wijayanti, M. T., & Ummahati, L. (2020). Inovasi Pelayanan Kesehatan Berbasis Elektronik Melalui Sistem Informasi Kesehatan Nasional Online Dan Primary Care BPJS Di Dinas Kesehatan Kota Malang. *Tantangan Penyelenggaraan Pemerintahan Di Era Revolusi Industri 4.0*, 493–511.

Lampiran 1. Permohonan Menjadi Informan

LEMBARAN PERMOHONAN MENJADI INFORMAN

Judul Penelitian : **Analisis Tingkat Kepuasan Tenaga Kesehatan Terhadap Penerapan Aplikasi *E-Health* Layanan Kesehatan Terdigitalisasi pada Klinik Anggota Asosiasi Klinik Indonesia di Kediri Tahun 2021**

Identitas Peneliti

Nama : Ishak Sulistianto Rahardjo

Asal Institusi : IIK STRADA Indonesia

Tujuan Penelitian : Untuk mengeksplorasi penerapan aplikasi layanan kesehatan terdigitalisasi beserta faktor-faktor yang berhubungan dengan efektivitas dan kepuasan pengguna di Fasilitas Layanan Kesehatan/Klinik anggota ASKLIN Cabang Kediri

Peneliti sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini dan Peneliti menjamin sepenuhnya kerahasiaan Bapak/Ibu Informan. Informasi yang Bapak/Ibu berikan hanya akan digunakan untuk pengembangan ilmu kesehatan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud lain.

Partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat bebas, dalam arti Bapak/Ibu bebas untuk ikut atau tidak tanpa adanya sanksi apa pun. Jika Bapak/Ibu bersedia menjadi Informan penelitian ini, dipersilahkan untuk menandatangani *informed consent* yang sudah disediakan oleh Peneliti.

Kediri, 20 Juni 2021

Peneliti,

Ishak Sulistianto R.

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya, yang bertandatangan di bawah ini:

Nama (inisial) :
Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
Usia : tahun
Pendidikan Terakhir : S1 S1+Profesi S2 S3
Fungsional : Dokter Dokter Gigi Apoteker
Administrasi
Nama Tempat Praktik :

Telah mendapatkan keterangan secara rinci dan jelas mengenai penelitian yang berjudul “**Analisis Tingkat Kepuasan Tenaga Kesehatan Terhadap Penerapan Aplikasi *E-Health* Layanan Kesehatan Terdigitalisasi pada Klinik Anggota Asosiasi Klinik Indonesia di Kediri Tahun 2021**”.

Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya telah secara sukarela tanpa paksaan untuk ikut berpartisipasi sebagai Informan atau subjek penelitian yang di lakukan oleh Ishak Sulistianto Rahardjo, Mahasiswa Magister Kesehatan Masyarakat IIK STRADA Indonesia.

Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi penjelasan sehubungan dengan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian tersebut dan saya menyatakan bersedia secara sukarela menjadi Informan.

Kediri, 20 Juni 2021
Informan,

(.....)

**INSTRUMEN PENELITIAN
PERTANYAAN PEDOMAN WAWANCARA**

**“Analisis Tingkat Kepuasan Tenaga Kesehatan Terhadap
Penerapan Aplikasi *E-Health* Layanan Kesehatan
Terdigitalisasi Pada Klinik Anggota Asosiasi Klinik Indonesia
Di Kediri Tahun 2021”**

Penerapan aplikasi layanan kesehatan oleh Fasilitas Layanan Kesehatan/Klinik anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri dapat terpenuhi.

Apakah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, Bapak/Ibu telah memanfaatkan aplikasi layanan kesehatan berbasis digital atau SIMKes?

Aplikasi apakah yang telah Bapak/Ibu terapkan dalam pelayanan kesehatan tersebut?

Apakah Bapak/Ibu bisa menceritakan proses pelayanan kesehatan dari pendaftaran sampai selesai menggunakan aplikasi tersebut?

Cakupan pelayanan yang tersedia pada aplikasi layanan kesehatan dan sejauh mana fitur-fitur yang ada dapat dimaksimalkan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pengguna layanan kesehatan (pasien) di fasyankes.

Berapa lama proses pelayanan kesehatan yang diperlukan mulai dari awal sampai selesai dengan menggunakan fitur-fitur pada aplikasi tersebut?

Sejauh ini bagaimana respon pasien sebagai pengguna layanan kesehatan di Klinik Bapak/Ibu dengan diterapkannya aplikasi tersebut?

Faktor-faktor yang mendukung dan menghambat penerapan aplikasi layanan kesehatan di fasyankes.

Bagaimana respon/sikap Bapak/Ibu dan para pengguna aplikasi kesehatan terhadap pemanfaatan fitur-fitur yang ada dalam aplikasi tersebut dalam memberikan pelayanan kepada pasien?

Apa saja sebab hambatan/kendala yang dialami selama berproses dalam penerapan aplikasi kesehatan tersebut?

Tingkat kepuasan pengguna terhadap aplikasi layanan kesehatan yang telah diterapkan.

Apa harapan Bapak/Ibu dan para pengguna aplikasi kesehatan terhadap pengembangan dan perbaikan kualitas layanan kesehatan yang diberikan di Klinik Bapak/Ibu?

Dalam skala 1-10, bagaimana kesan kepuasan Bapak/Ibu terhadap penerapan aplikasi kesehatan dan pengaruhnya terhadap perbaikan kualitas layanan kesehatan?

Lampiran 4. Transkrip Indepth Interview

TRANSKRIP INDEPTH INTERVIEW

Informan	Hasil Asli Wawancara
Informan 1	Dokter TN (35 tahun)
	<p>Selamat siang Dokter. Maaf ini mengganggu jam praktiknya! Mohon bantuan informasi tentang SimKes di Klinik MRS sebagai materi tesis saya Dokter! <i>Ya mas Ishak, boleh ... boleh ... ada yang bisa saya bantu?</i></p> <p>Begini Dokter Taufik, saya membutuhkan informasi mendalam tentang penggunaan aplikasi SimKes di Klinik MRS, apa bisa difasilitasi? <i>Bisa mas, informasinya yang bagaimana yang dibutuhkan, kami terbuka saja. Nanti kalau perlu data lebih biar dibantu adminnya saja ya?</i></p> <p>Siap Dokter, terima kasih banyak atas bantuannya. Sekarang ini saya perlu dengan Dokter dulu nggak papa ya? Di Klinik MRS apa sudah menggunakan SimKes atau aplikasi e-health sejenis? <i>Oke. Kira-kira setahun terakhir ini kami sudah menggunakan aplikasi Alodokter dalam melayani pasien, walau masih terbatas sekali.</i></p> <p>Terbatasnya bagaimana Dokter, bisa lebih dijelaskan lagi? <i>Dipakai untuk menu antrian, pemeriksaan dan layanan antar obat saja. Menu lainnya saya nilai sulit atau lebih tepatnya berbelit-belit, gak tau juga kalau belum terbiasa pakainya ya Mungkin juga tidak lengkap menurut pelayanan di Klinik kami.</i></p>

Pengguna atau pemakai aplikasinya di Klinik siapa saja?

Tim Administrasi dan pendaftaran di depan, juga dokternya, saya dan kawan-kawan. Awal-awal pada ngeluh susah. Mau mengisi permintaan radiologi tidak ada template-nya. (terdengar panggilan antrian pasien). Sebentar tak sambi-sambi periksa pasien ya mas Ishak.

Ya Dokter, didulukan saja pasiennya, saya bisa menunggu. -sambil menunggu pemeriksaan pasien selesai- Kira-kira dari sekian menu yang ada di aplikasi Alodokter, menu apa yang paling membantu atau paling banyak digunakan?

Menu seperti antrian pasien, pendaftaran layanan, nomer register sama layanan farmasi. Pelaporan Bulanan ke Dinas Kesehatan lumayan membantu, kami tidak perlu hitung manual lagi jumlah dan jenis penyakitnya.

Secara umum, apakah penggunaan aplikasi tersebut berpengaruh pada efektivitas dan efisiensi pelayanan di Klinik MRS?

Tidak sepenuhnya, hanya 80%-lah, karena ada beberapa bagian pelayanan yang masih manual untuk menciptakan value. Tetapi penggunaan aplikasi e-Health seperti itu secara signifikan dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan, mengurangi waste, apalagi yang setiap harinya pakai. Cuma mungkin tidak bisa custom, karena kebutuhan di tiap Klinik itu berbeda-beda, jadi perlu kustomisasi lebih lanjut.

Apakah Klinik MRS telah memiliki Standar Prosedur (SOP) dalam memberikan layanan kesehatan?

Kalau Standar Prosedur sudah ada, karena SOP adalah standar baku Ijin Operasional Klinik. Namun dengan adanya layanan berbasis e-health ini kami belum buat sampai sekarang. Belum ada SOP-nya.

Apakah di Klinik MRS telah menggunakan aplikasi pihak ketiga seperti layanan pembayaran non-tunai?

Belum ada disini yang kaya gitu. Lagi pula disini paling banyak melayani warga gereja mas, jadi banyak sosialnya, nggak profit oriented disini.

Bagaimana harapan Dokter Taufik kedepan, khususnya mengenai penggunaan aplikasi e-health secara penuh dalam pelayanan di Klinik MRS?

Saya akui dengan adanya aplikasi e-health seperti Alodokter ini, banyak sekali membantu pelayanan di Klinik, misalnya layanan pesan antar obat. Saya juga ingin ke depan penggunaan aplikasi e-health dalam pelayanan kesehatan di Klinik MRS bisa lebih dimaksimalkan lagi, jadi enak. Kalau sekarang masih sangat terbatas yang bisa digunakan disini.

Apakah pernah mendapat komplain dari pasien terkait dengan layanan e-health?

Pernah, lumayan sering malah.

Komplain perihal apa Dokter?

Perihal antrian, soalnya kalau mau pakai Alodokter kan harus buat akun dulu, nah mereka yang belum paham. Mungkin karena hal baru bagi pasien di daerah sini. Obat juga pernah kena komplain, sudah dibayar tapi obat gak datang-datang.

Apakah Klinik MRS pernah melakukan studi banding dengan Klinik atau Rumah Sakit lain seperti RS. AuSy atau Klinik dr. Vitis?

Belum pernah Mas Ishak Pinginnya ikut pelatihan IT saja dulu supaya ke depan kita bisa mengembangkan aplikasi sendiri, itu yang pernah saya pikirkan.

Baik Dokter, terima kasih banyak atas informasinya. Kalau ada informasi yang masih saya perlukan nanti akan saya hubungi lagi Dokter?

Siap Mas Ishak. Terima kasih kembali ya, kalau tidak begini tidak main ke sini.

Siang Dokter, maaf merepotkan. Saya perlu informasi sumber untuk bahan Tesis saya Dokter.

Monggo ... monggo, nggak apa-apa Pak Ishak. Wes konco dewe gak usah sungkan. Saya bisa bantu apa kali ini?

Apakah Dokter bisa menceritakan pengalaman selama menerapkan Khanza? -Sebelumnya Peneliti telah dikenalkan perihal Sistem Informasi yang sedang dikembangkan di jaringan layanan kesehatan dr. BCK-

Ya begini, Klinik AuSy sudah menerapkan Khanza, sekalian karena induknya di RS juga sudah pakai Khanza. Di awal-awal menerapkan Khanza ya susah, apalagi dokternya ogah-ogahan menggunakan Khanza, maklum karena sistem baru. Tapi lama kelamaan mereka malah sangat terbantu dengan aplikasi itu. Khanza kita terapkan di semua bagian, mulai dari pendaftaran, di ruangan poli, permintaan rujukan, Laborat sampai apotek farmasi harus masuk Khanza semua. Kalau tidak diisi ada sanksinya, potong gaji. Yang agak kesulitan itu dokter-dokter yang sudah sepuh mungkin, tapi ada perawat yang membantu mengisikan aplikasinya. Akhirnya sekarang mereka malah minta pakai Khanza semua, enak gk ribet pakai kertas. Apalagi Khanzanya kita ini khan dipesan kustom khusus sesuai kebutuhannya di Ausy. Khan Pak Ishak ikut pas sosialisasinya waktu itu?

Dibalik semua cerita tadi, apakah ada kendala yang signifikan dalam penerapan Khanza di Klinik AuSy?

Sejauh yang saya amatiya, penolakan/gejolak itu hanya terjadi di awal-awal saja, mungkin karena mereka belum terbiasa saja. Sekarang hampir tidak ada kendala yang berarti. Memang kalau pakai aplikasi itu khan kesannya sulit berbelit-belit to. Harus buat akun dan lain-lain.

Apakah penerapan Khanza di setiap jalur layanan berdampak pada efektivitas dan efisiensi layanan di Klinik?

Sangat. Pak Ishak Khan sudah nyoba sendiri pakai APAM, bisa langsung daftar langsung dari situ dan langsung tahu jadwal dokternya dan dapat antrian nomer berapa? Dan yang paling signifikan itu penggunaan kertas. Sejak pakai Khanza kita sudah ngirit kertas kurang lebih 80%, sangat banyak sekali. Kita cuma pakai kertas agak banyak di rawat inap saja karena gak sulit kustomisasinya. Di rawat jalan hampir 0 lho

Selain Khanza, apa ada aplikasi e-health lain yang digunakan?

Ada, pakai P-Care. Soalnya sebagai Faskes tingkat I BPJS Kesehatan kan wajib menginputkan data pelayanan disitu. Kekurangannya sistem di Khanza dan P-Care tidak bisa disinkronkan, karena kan harus melewati birokrasi panjang sampai ke BPJS kantor pusat.

Tapi yang saya dengar pada waktu pertemuan tim Monev BPJS kemarin ada wacana untuk di-bridging-kan dengan SimPus Dokter?

Saya juga dengar, tapi masih wacana, belum ada tindakan apa-apa. Jadi sementara ini ya jalan dua-duanya saja. Memang agak ribet soalnya harus ngisi 2x.

Secara umum, bagaimana kesan Dokter sebagai pengguna aplikasi Khanza?

Sangat membantu, sangat efektif, sangat efisien. Selama 2 tahun berjalan ini, hampir tidak ada keluhan atau masalah yang berarti.

Apakah Klinik Ausy pernah studi banding atau melakukan survei terkait aplikasi Khanza ini?

Pasti. Yang pernah itu ke Solo dan langsung kustomisasi. Setelah itu malah kita menerima banyak RS lain yang ingin melihat prosedur kerja kita dengan Khanza ini. Percontohan laah

	<p>Baik Dokter, terima kasih banyak atas informasinya kali ini. Maaf mengganggu waktunya Dokter. <i>Ya, nggak apa-apa Pak Ishak. Nanti saya kabari kalau ada sosialisasi Khanza lagi, biar bisa ikut.</i></p>
Informan 3	<p>Dokter PH (29 tahun)</p>
	<p>Selamat malam Dokter. Maaf mengganggu waktunya. Terima kasih sudah bersedia memberi waktu untuk saya ambil datanya sebagai materi Tesis. <i>Ya, nggak apa-apa Pak Ishak. Saya juga senang bisa ikut diwawancara. Jangan lupa nanti saya juga minta hasil akhir Tesis panjenengan nggih</i></p> <p>Siap Dokter, nanti akan saya berikan salinan jurnalnya. Dokter, apakah Klinik di sini telah menggunakan aplikasi SimKes atau e-health? <i>Sudah Pak Ishak, kami pakai P-Care karena sebagai FKTP BPJS Kesehatan wajib menggunakan P-Care untuk menginput data pelayanan.</i></p> <p>Bagaimana implementasi P-Care pada pelayanan di Klinik? <i>P-Care digunakan untuk melayani peserta BPJS Kesehatan dan mengecek data peserta BPJS Kesehatan. Kesan saya, aplikasi tersebut tidak simple sama sekali, karena memasukkan data berkali-kali juga. Pendaftaran pelayanan peserta sendiri, pelayanan juga sendiri. Kerja 2x jadinya.</i></p> <p>Apakah Klinik di tempat ini punya aplikasi SimKes sendiri sebelumnya selain P-Care? Tidak punya pak, ya hanya itu.</p> <p>Jadi untuk melayani pasien selain peserta JKN bagaimana Dokter? <i>Kami masih manual untuk pasien non-BPJS. Karena juga pasien non-BPJS tidak terlalu banyak sekarang sejak ada BPJS Kesehatan.</i></p>

Apa menu P-Care yang paling banyak digunakan?

Cek data kepesertaan, Pendaftaran Layanan, Pelayanan Poli dan Rujukan Lanjut. Kalau layanan obat dilayani satu atap tapi belum terhubung di aplikasi P-Care.

Apakah Klinik telah memiliki Standar Prosedur (SOP) untuk pelayanan di Klinik?

SOP ada Pak Ishak, karena merupakan syarat prinsip perpanjangan ijin operasional Klinik.

Menurut Dokter, apakah penggunaan aplikasi P-Care memberikan dampak terhadap efektivitas dan efisiensi pelayanan kepada pasien?

Tidak sepenuhnya Pak Ishak, 75% lah. Sebagian masih belum sesuai kondisi di tempat pelayanan. Yang juga membantu adalah pelaporan berkala ke Dinas Kesehatan.

Apa kendala atau hambatan yang paling besar dirasakan?

Satu, sumber daya manusia, karena kami harus menyediakan tenaga khusus dalam penanganan keluhan dan administrasi. Yang tidak kalah berat adalah masalah pembiayaan. Karena untuk mengembangkan SimKes sendiri juga tidak murah biayanya dan pak Ishak tahu sendiri berapa jumlah kapitasi yang dibayarkan ke FKTP. Belum cukup untuk memenuhi itu semua.

Apakah Klinik pernah mendapat komplain terkait pelayanan dengan menggunakan aplikasi P-Care?

Pernah, khususnya dalam pelayanan rujukan dan penolakan karena iur biaya yang belum terbayar. Tapi sejauh ini masih dapat kami handle.

Apakah Klinik juga bekerja sama dengan aplikasi lain seperti pembayaran online? Kami sedang berusaha untuk melengkapi fasilitas itu pak Ishak.

Apakah ada rencana untuk mengembangkan aplikasi sendiri untuk pelayanan di Klinik?

Mungkin pak Ishak, akan kami usahakan. Tapi ya sekali lagi, biayanya besar untuk itu, jadi perlu waktu untuk menyiapkan.

	<p>Baik terima kasih Dokter atas waktunya. Sementara cukup sekian informasi yang bisa saya ambil, mohon maaf bila mengganggu waktu luangnya! <i>Terima kasih juga Pak Ishak. Sama-sama.</i></p>
Informan 4	<p style="text-align: center;">Apoteker DF (44 tahun)</p>
	<p>Halo Mbak Dina, makasih sudah bersedia diwawancara menjadi informan untuk Tesisku kali ini. <i>Iya nggak apa-apa, yang penting bisa saling membantu.</i></p> <p>Di Instalasi Farmasi/Klinik sudah pakai SimKes belum untuk pemberian layanan? <i>Belum, masih manual di tempatku. Bosnya belum merasa perlu untuk itu. Mungkin dipikir anak-anak juga masih sanggup mengerjakan.</i></p> <p>Apakah di tempat layanan Mbak Dina bekerjasama dengan BPJS Kesehatan atau asuransi lain? <i>Disini tidak kerjasama dengan BPJS Kesehatan, yang aku tahu dengan Yakes Telkom dan BI (Bank Indonesia).</i></p> <p>Apakah ada rencana selanjutnya untuk menggunakan aplikasi SimKes untuk pelayanan? <i>Sudah terpikirkan sih, tapi kendalanya masih banyak. Operator jaringan masih sering gangguan yang aku tahu dan terutana pendanaan. Mungkin belum waktu dekat ini, kan karena tidak semua pekerjaan itu bisa diserahkan ke aplikasi to..</i></p> <p>Contoh bagian/pekerjaan mana yang nggak bisa diserahkan ke aplikasi Mbak Dina? <i>Ya contohnya, telaah resep, kan harus kita sendiri to yang melakukan. Aplikasi itu kan membantu di dalam urusan administrasi saja, untuk teknis pengerjaan tetap manual to? Masalahnya kita di Instalasi Farmasi lho, bukan di pelayanan administrasi umum.</i></p>

	<p>Mbak Dina, apakah di tempat layanan sudah ada Standar Prosedur untuk layanan yang diberikan? <i>Setahuku sudah ada, tapi yang aku tahu hanya di bagian Instalasi Farmasi saja, kalau di bagian yang lain kurang tahu detailnya.</i></p> <p>Siap Mbak Dina, terima kasih banyak ya untuk informasinya. Datanya tak pakai sebagai ulasan di Tesis saya. <i>Sama-sama Mas Ishak.</i></p>
Informan 5	Apoteker QA (37 tahun)
	<p>Malam Dik Ayun, bagaimana kabarnya? Terima kasih sudah bersedia diwawancarai untuk bahan Tesisku. <i>Ya Mas, sama-sama. Aku senang juga bisa membantu koq. Temanya tentang apa ya Mas?</i></p> <p>Tentang tingkat kepuasan penerapan SimKes e-Health di fasyankes. Ini aku butuh informasi wawancara mendalam dengan pengguna aplikasinya di Instalasi Farmasi RS sampean. Bisa? Bisa banget mas. Kebetulan aku yang turun tangan sendiri di pelayanan.</p> <p>Aplikasi e-health atau SimKes apa yang dipakai atau terhubung di tempat pelayanan Dik Ayun? <i>Kami pakai P-Care Mas, untuk input pelayanan khususnya obat mas, karena di instalasi farmasi.</i></p> <p>Apakah di Klinik juga menggunakan aplikasi lain selain P-Care sebelumnya? <i>Tidak ada Mas, ya hanya pakai P-Care saja, karena FKTP BPJS Kesehatan kan harus memasukkan data pelayanan disana.</i></p>

Berdasarkan pengalaman, dalam skala 1-5, berapa nilai yang bisa diberikan untuk aplikasi P-Care?

saja cukup Mas.

Alasan mengapa diberi nilai dengan skala 3?

Karena menurut pengalaman saya, di dalam aplikasi P-Care itu tidak spesifik dalam pelayanan obat (farmasi). Kami tidak disediakan form tersendiri untuk mencantumkan obat, hanya mengisi di kolom obat apa saja yang diberikan oleh dokternya, dengan dan tanpa signatura.

Apakah selama menjalankan aplikasi P-Care ada kendala atau hambatan?

Kendala dan hambatan selalu ada Mas, contohnya kalau ada pemeliharaan server atau update versi aplikasi, aplikasi murni tidak bisa dipakai sehingga pelayanan harus dilaksanakan manual dulu. Lalu password yang setiap 2 atau 3 bulan harus selalu diganti sehingga cukup menyulitkan bagi tim admin terutama dan bila aplikasi tidak digunakan dalam waktu 5 menit maka secara otomatis harus login ulang, sehingga memperlama pelayanan.

Dalam menjalankan aplikasi P-Care sendiri bagaimana kesannya secara umum?

Sebetulnya mudah untuk menginput data, tapi sebelum sampai kesana ada prosedur atau disclaimer tertentu yang agak rumit. Dan itu tadi, kekurangannya tidak ada menu yang spesifik untuk pelayanan farmasi.

Apakah Klinik juga bekerja sama dengan aplikasi lain dalam pelayanan obat, seperti pesan antar obat atau pembayaran online?

Iya Mas, kami bekerja sama dengan GrabExpress yang paling sering. Kalau pembayaran virtual kami belum ada.

Sudah berapa lama menggunakan aplikasi P-Care? *Kurang lebih 1 tahun Mas.*

Apakah Klinik pernah mendapat komplain dari pasien terkait penggunaan P-Care? *Selama ini tidak pernah, aman-aman saja.*

Apakah Klinik sudah memiliki Standar Prosedur baku untuk layanan yang diberikan? *Sudah, klinik sudah memiliki Standar Prosedur masing-masing di setiap layanan.*

Apakah penggunaan aplikasi SimKes berpengaruh dengan efektivitas dan efisiensi pelayanan di Klinik?

Berpengaruh tapi tidak signifikan karena sering sekali error system. Peran P-Care kan hanya membantu di pelaporan datanya saja. Namun untuk system stock contohnya, tidak terhubung dengan P-Care, masih dikerjakan sendiri alias manual.

Apakah Klinik pernah melakukan survei kepada pasien terkait pelayanan dengan menggunakan P-Care ini?

Pernah mas, tapi belum pernah dilaporkan bagaimana hasilnya oleh tim dari Klinik.

Baiklah Dik Ayun, sementara cukup dahulu wawancara kali ini. Kalau nanti masih ada yang ingin saya tanyakan, akan saya hubungi lagi.

Siap Mas, terima kasih juga.

Selamat pagi Mas Apoteker Bangun. Maaf ya mengganggu pagi-pagi. Saya mau wawancara soal yang saya informasikan kemarin pada waktu telpon kemarin bisa? Untuk materi Tesis saya.

Iya Pak Ishak bisa-bisa, saya malah takutnya saya yang nggak paham nanti. Sebisa dan setahu saya saja ya pak?

Iya Mas. Jawaban sesuai kondisi di lapangan saja, tidak ada benar atau salah koq. Apa di tempat praktek sudah pakai aplikasi e-health atau SimKes?

Sudah Pak Ishak, setahun terakhir ini kita memakai P-Care untuk pendaftaran dan pelayanan pasien peserta JKN, tapi untuk farmasi masih belum, masih manual.

Mengapa untuk layanan farmasi belum memakai SimKes?

Karena tidak ada di webform-nya yang spesifik di aplikasi P-Care untuk layanan obat. Jadi administrasi obat seperti stok dan etiket masih manual.

Apakah tidak ada rencana untuk kustom aplikasi supaya layanan obat di Klinik bisa dilayani dalam satu aplikasi?

Belum ada rencana Pak, mungkin kedepannya bisa dipikirkan lagi dan bisa jadi masukan ke pimpinan di Klinik.

Ada keluhan atau kendala tidak dalam penggunaan aplikasi P-Care-nya?

Ya itu tadi Pak, tidak ada menu khusus obat, hanya mengisi kolom obat yang diberikan, diisi bisa namanya, atau golongannya, terserah adminnya yang memasukkan.

Dalam skala 1-5, berapa nilai yang dapat diberikan untuk P-Care? Berikan alasannya!

3 pak. Ya karena kurang lengkap dan susah dalam artian berbelit-belit lah untuk mengaksesnya.

Apakah dengan penggunaan aplikasi e-health dapat menggantikan sepenuhnya dan meningkatkan efektivitas kebutuhan pelayanan yang bersifat manual di Klinik?

Tidak bisa sepenuhnya, karena kan kita masih butuh tatap muka dengan pasiennya Pak Ishak. Tidak bisa hanya input data saja. Perlu KIE juga ke pasien untuk hal ini.

Apakah Mas Bangun pernah mendapatkan komplain terkait penggunaan aplikasi P-Care ini?

Pernah pak, dulu pada waktu pertama kali, mungkin masih belum terbiasa. Kalau sekarang sudah tidak pernah ada komplain lagi.

Apakah Klinik sudah menerapkan Standar Prosedur dengan baik Mas Bangun?

Sudah Pak Ishak kami sudah mendokumentasikan SOP, namun dalam pelaksanaan semua tergantung di bagian pelayanan masing-masing.

Apakah Klinik pernah melakukan study banding dan survei kepada pasien atau pihak lain? Selama ini belum pernah seperti nya Pak.

Baik, sementara wawancaranya cukup dulu Mas Bangun, saya bisa hubungi lagi ya kalau masih ada yang kurang?

Siap Pak Ishak, boleh Pak. Terima kasih juga.

Sore Mbak Cicik, terima kasih sudah disediakan waktu. Saya mau tanya-tanya soal aplikasi SimKes di Klinik tempat Mbak Cicik bisa?

Oh oke Mas Ishak, boleh. Apa yang bisa tak bantu ini?

Di Klinik tempat mbak Cicik, sudah pakai aplikasi SimKes atau yang sejenis?

Sudah, tapi hanya pelaporan saja dengan SIPNAP dari Kementerian Kesehatan.

Apakah aplikasi Simkes tersebut ada fitur kustomisasi sesuai dengan kebutuhan Instalasi di Klinik?

Tidak bisa Mas Ishak, itu sudah fixed, tinggal pelaporan saja sesuai item yang sudah ditentukan.

Apakah semua obat dilaporkan mbak?

SIPNAP hanya melaporkan obat-obat golongan Narkotika dan Psikotropika dan itu jenisnya sudah ditentukan oleh Kemkes dan disediakan di webform aplikasinya.

Pengalaman Mbak Cicik menggunakan aplikasi SIPNAP bagaimana? Kendala atau hambatannya?

Kendala yang paling utama adalah dukungan pembiayaan dari pemilik. Karena penggunaan aplikasi SimKes tidak bisa hanya untuk satu bagian/departemen saja, tapi akan lebih bagus kalau seluruh departemen/pelayanan terhubung dengan aplikasi. Kalau SIPNAP kan aplikasi pelaporan saja, jadi tidak langsung terhubung dengan pelayanan kepada pasien.

Berarti dalam pelayanan kepada pasien secara luas masih belum menggunakan SimKes ya Mbak?

Iya, belum, masih dikerjakan manual, ditulis manual.

Apakah di Klinik sudah ada Standar Prosedur dalam memberikan pelayanan kepada pasien? Kalau SOP sudah ada, lengkap.

Apakah Klinik bekerja sama dengan aplikasi ketiga seperti layanan pesan antar obat dan pembayaran online?

Tidak, Mas Ishak.

Menurut Mbak Cicik, penggunaan aplikasi SimKes apakah berpengaruh pada efektivitas dan efisiensi dalam pelayanan di Klinik?

Kalau menurut saya, penggunaan aplikasi SimKes sangat bagus dan cukup efektif, namun tetap harus ada kontrol secara manual, tidak bisa dijalankan secara otomatis begitu saja.

Apakah Klinik pernah studi banding dan survei mengenai kemungkinan menggunakan Simkes?

Belum pernah selama ini.

**Baik Mbak Cicik. Terima kasih atas informasi dan waktu yang diberikan. Jangan kapok-
kapok ya**

Sama-sama Mas Ishak.

Siang Mbak Maya, maaf ya minta dijadwalkan hari ini, agak mendesak.

Ngga apa-apa Mas Ishak, soalnya mumpung sekalian di apotek hari ini. Ini yang untuk Tesisnya mas Ishak itu ya?

Iya mbak. Saya mau tanya-tanya soal penggunaan aplikasi SimKes di apoteknya Mbak Maya bisa ya?

Oke Mas Ishak, yang bagian mana yang mau diperjelas?

SimKes yang digunakan di Klinik/apotek apa Mbak Maya?

Kita pakainya P-Care, karena disini melayani peserta JKN. Pelayanan BPJS Kesehatan harus input di P-Care.

Menu apa yang paling banyak digunakan pada aplikasi P-Care?

Karena kita di Instalasi Farmasi, yang paling banyak kita gunakan adalah pelayanan obat dan pelaporan. Itu yang setiap hari setiap saat dipakai.

Selama menggunakan aplikasi P-Care itu, kesan apa yang bisa mbak Maya berikan? Menurut saya, penggunaan aplikasi SimKes semacam P-Care, kesan yang muncul di awal adalah aplikasi ini sulit dan berbelit-belit. Namun, apabila kita rutin menggunakan maka kesan sulit itu akan hilang dan terkesan user friendly.

Apakah penggunaan SimKes ini memberi dampak kepada efektivitas dan efisiensi pelayanan di tempat praktek?

Secara umum iya, berdampak karena bekerja secara lebih efektif dan efisien, namun tidak 100% karena tetap dibutuhkan tatap muka langsung dengan pasiennya.

Apakah di Klinik/apotek sudah menerapkan Standar Prosedur (SOP) dengan baik?

Harus itu. Karena SOP itu akan melindungi kita dari tindakan malpraktek. Hal ini sangat riskan karena kita bekerja di industri kesehatan yang sangat rawan terjadi penyalahgunaan.

Apakah Klinik/apotek pernah menerima komplain dari pasien terkait penggunaan P-Care ini?

Pernah, karena ada syarat dan ketentuan yang mengikat terkait jumlah dan jenis obat yang dapat diberikan sesuai Fornas, ini yang sering menjadi sumber kesalahpahaman pasien dengan kita, terutama pihak apotek.

Apakah pernah melakukan studi banding aplikasi dan survei terkait pelayanan berbasis aplikasi SimKes?

Kalau studi banding pernah, difasilitasi oleh BPJS Kesehatan. Kalau survei-survei tidak pernah kayaknya.

Apakah Mbak Maya kolaborasi layanan dengan aplikasi lain?

Iya, layanan yang sering kami gunakan adalah layanan antar obat dari Gojek pake Gosend dan Grab dengan Express.

Dalam skala 1-5 berapa kepuasan yang bisa Mbak Maya berikan untuk pemanfaatan layanan P-Care di apotek?

Saya kasih nilai 4 saja ya

Baik, terima kasih Mbak Maya. Terima kasih atas informasinya dan waktu wawancaranya. Bila ada yang masih kurang nanti bisa saya hubungi lagi ya?

Siap, sama-sama Mas Ishak. Semoga sukses.

Informan 9

Dokter PN (29 tahun)

Selamat sore Dokter. Mohon maaf mengganggu waktunya. Saya Pak Ishak, yang kemarin mengirimkan Inform Consent ke WhatsApp.

Ooh iya Pak Ishak, monggo silahkan. Ini saya bisa bantu apa?

Saya minta informasi mendalam terkait penggunaan SimKes di Klinik. Apakah diijinkan Dokter?

Boleh Pak Ishak.

SimKes apa yang digunakan di Klinik Dokter?

Kami menggunakan P-Care Pak Ishak, karena kewajiban untuk faskes BPJS Kesehatan meng-input data pasien di aplikasi yang sudah disediakan.

Penggunaan aplikasi P-Care digunakan di bagian apa saja Dokter?

P-Care kami gunakan di seluruh bagian layanan yang terhubung dengan layanan BPJS Kesehatan, seperti di pendaftaran dan pelayanan.

Kalau dengan bagian obat/farmasi bagaimana Dokter? Obat

setahu saya sudah jadi satu inputnya dengan pelayanan.

Apakah Klinik melakukan penyesuaian atau bridging dengan aplikasi e-health atau SimKes lain?

Belum Pak Ishak, kami hanya menggunakan P-care saja selama ini.

Keluhan atau kendala apa yang pernah dialami terkait penggunaan aplikasi P-Care di Klinik?

Setahu saya tidak ada masalah atau kendala yang berarti. Hanya memasukkan data kesehatan pasien saja. Namun, kalau menurut saya, pemeriksaan yang bersifat fisik tidak bisa digantikan oleh aplikasi e-health semacam ini. Jadi tetap membutuhkan kontrol manual.

Klinik telah menggunakan P-Care sudah berapa lama? Kira-kira sudah 1 tahun lebih Pak Ishak.

Apakah penggunaan P-Care berdampak terhadap efektivitas dan efisiensi pelayanan di Klinik?

Menurut saya, berdampak walau hanya 80% karena di beberapa bagian kami masih melakukannya secara manual.

Apakah Klinik telah memiliki Standar Prosedur di setiap lini pelayanan?

Sudah Pak Ishak, kami telah menjalankan pelayanan sesuai SOP yang ada.

Apakah Klinik pernah menerima komplain terkait penggunaan P-Care dalam pelayanan?

Selama ini koq kami belum pernah menerima protes atau komplain apa pun yaa ...

Apakah Klinik pernah melakukan studi banding dan survei terkait penggunaan aplikasi P-Care?

Tidak pernah Pak Ishak kalau untuk itu.

Baiklah Dokter, saya rasa cukup sekian dulu informasi yang bisa saya tanyakan. Apabila ada yang perlu saya gali saya hubungi kembali nanti.

Terima kasih juga Pak Ishak, kami sudah dilibatkan. Semoga sukses selalu.

Selamat malam Bu Ita, alhamdulillah pas gak sibuk ya apoteknya. Saya mau minta waktunya untuk wawancara terkait sistem informasi di apotek disini boleh?

Oh iya boleh Pak Ishak. Boleh banget. Mau informasi yang mana?

Apakah selama ini Bu Ita sudah menggunakan aplikasi e-health atau SimKes apa untuk pelayanan?

Saya selama ini sering pakai Halodoc Pak Ishak untuk pesan antar obat, antar jemput resep dan non-resep, juga ada aplikasi internal, Vmedis. Kalau pelaporan pakai SIPNAP dari Kemkes.

Apakah selama menggunakan aplikasi Halodoc sudah sesuai dengan harapan dan keinginan Bu Ita?

80% ya. Secara umum aplikasi Halodoc lebih familiar, menunya juga tidak susah dan ribet sehingga pelayanan menjadi lebih mudah dan praktis. Tapi sudah sebulan ini saya berhenti kerjasama dengan Halodoc, Pak.

Kalau boleh tahun, apakah alasan Bu Ita menghentikan kerjasama dengan Halodoc?

Pertama, pada klausul perjanjian yang terakhir ini, ada pengaturan margin keuntungan dari Halodoc, yang menurut saya itu adalah wilayah privat apotek yang tidak bisa dicampuri. Kedua, notification alert pesanan yang sebelumnya menggunakan aplikasi sekarang berpindah di web sehingga tidak terdengar dan berpotensi memperlama pelayanan jadinya.

Sudah berapa lama Bu Ita memanfaatkan aplikasi Halodoc tersebut?

Kira-kira sudah lebih dari 1 tahun Pak Ishak.

Apakah di tempat Bu Ita sudah menerapkan Standar Prosedur dalam memberikan pelayanan?

Sudah pakai SOP Pak Ishak ditempat saya, wajib malahan

Selain Halodoc dan SIPNAP, apakah Bu Ita juga menggunakan aplikasi lain seperti pesan antar atau aplikasi pembayaran online?

Ada pak Ishak, pakai Gosend/Gojek untuk pengiriman dan pembelian obat, juga ada aplikasi internal di apotek, pakai Vmedis. Kalau pembayaran kaya OVO gitu belum ada.

Apa saja kendala/hambatan yang dialami oleh Bu Ita dalam menggunakan aplikasi SimKes di apotek?

Kendala yang paling sering adalah masalah jaringan internet dan server yang bermasalah Pak Ishak, kalau sedang trouble praktis menghambat. Kedua, KIE menggunakan aplikasi SimKes menurut saya kurang afdhol, masih lebih mengena kalau dijelaskan secara face to face.

Apakah Bu Ita pernah menerima komplain terkait pelayanan menggunakan aplikasi e-health yang digunakan?

Selama ini belum pernah Pak Ishak, dan saya harap jangan sampai ada komplain deh

Apakah apotek Bu Ita pernah melakukan studi banding dan survei layanan terkait aplikasi Halodoc?

Dua-duanya belum pernah pak Ishak. Belum punya waktu yang cukup.

Baik Bu Ita, saya rasa wawancara ini saya cukupkan dulu. Bila masih ada yang kurang nanti bisa saya telpon ya? Terima kasih banyak atas waktu dan informasinya.

Sama-sama Pak Ishak. Terima kasih juga atas kedatangannya di tempat saya.

Selamat siang Ko Yusuf, saya mau wawancara terkait SimKes di apotek bisa?

Siang juga Pak Ishak, tapi kami masih belum menggunakan aplikasi SimKes dalam memberikan layanan, hanya pelaporan saja yang kami gunakan.

Aplikasi yang digunakan untuk pelaporan apa ko Yusuf?

Pelaporan dengan SIPNAP untuk obat Narkotik dan Psikotropika. Sebenarnya dulu pernah bekerja sama dengan aplikasi Go-Apotek tapi saya cut off karena syarat klaimnya terlalu berat dan sistem aplikasinya susah dan berbelit-belit.

Berarti sekarang murni pelayanannya manual ya Ko?

Iya sekarang manual saja dulu.

Apakah Ko Yusuf sudah menerapkan Standar Prosedur dalam memberikan layanan?

Kalau SOP sudah. Kan SOP syarat perijinan dan bisa melindungi kita dari kesalahan yang tidak perlu.

Selama Ko Yusuf menggunakan aplikasi e-health dalam pelayanan, bagaimana kesan yang timbul? Apakah puas?

Selama pakai aplikasi telemedicine cukup membantu sebenarnya dalam hal penjualan dan pesan antar obat. Nilai 3 lah dari 5.

Apakah ada rencana di masa depan untuk menggunakan aplikasi SimKes?

Mungkin ya. Karena menggunakan SimKes juga perlu uang yang tidak sedikit untuk pengadaannya. Lagi pula banyak pekerjaan disini yang manual yang tidak bisa digantikan, sifatnya hanya melengkapi dan mempermudah saja.

	<p>Baiklah kalau begitu Ko Yusuf, terima kasih atas pendapatnya walau singkat. Maaf mengganggu waktunya. <i>Nggak Pak Ishak, saya juga terima kasih.</i></p>
Informan 12	<p align="center">Apoteker IE (35 tahun)</p>
	<p>Selamat siang Bu Irene, apakah ada waktu wawancara dengan Pak Ishak terkait SimKes di Instalasi Farmasi? <i>Oalah Mas Ishak ada-ada saja. Ya pasti boleh lah</i></p> <p>Mbak Irene, aplikasi SimKes yang dipakai di Instalasi Farmasi ini apa? <i>Kita pakai P-Care mas, karena melayani BPJS Kesehatan, jadi wajib input data dan pelayanan disitu.</i></p> <p>Apakah semua menu dapat digunakan secara maksimal untuk pelayanan kepada pasien? <i>Karena kita di Instalasi Farmasi, kita hanya menggunakan aplikasi secara terbatas Mas Ishak, sesuai dengan alur pelayanan, mulai di pendaftaran di depan.</i></p> <p>Apakah di setiap layanan di Klinik sudah memiliki Standar Prosedur baku yang diterapkan? <i>SOP sudah disediakan di setiap bagian layanan Klinik Mas Ishak. Jadi sesuai bagiannya masing-masing.</i></p> <p>Menurut Mbak Irene, apakah penggunaan P-Care berdampak kepada pelayanan menjadi efektif dan efisien? <i>Kalau berdampak iya Mas Ishak, tapi mungkin tidak sepenuhnya. Karena aplikasi seperti P-care tidak sepenuhnya user friendly lho.</i></p>

	<p>Apakah Mbak Irene pernah mendapatkan komplain pelayanan terkait penggunaan aplikasi P-Care ini? <i>Selama ini alhamdulillah tidak ada Mas Ishak. Semuanya baik-baik saja.</i></p> <p>Apakah Mbak Irene pernah melakukan studi banding dan survei tentang layanan aplikasi P-Care? <i>Kalau studi banding dan pelatihan P-Care pernah Mas Ishak, dulu diadakan oleh BPJS Kesehatan. Kalau survei belum pernah.</i></p> <p>Baiklah Mbak Irene, sementara cukup dulu wawancaranya. Nanti bila ada yang masih kurang akan saya tanyakan kembali. <i>Siap Mas Ishak. Terima kasih juga, sudah bisa bertemu disini.</i></p>
Informan 13	Dokter VA (43 tahun)
	<p>Halo Dokter, bagaimana kabarnya? Terima kasih banyak sudah bersedia membantu saya menjadi informan sumber data Tesis saya. Saya mau menanyakan tentang penerapan aplikasi e-health di Klinik Dokter Vitis ini. <i>Oh iya, boleh Pak Ishak.</i></p> <p>Begitu Dokter, aplikasi SimKes apa yang digunakan di Klinik dokter Vitis? <i>Kami pakai 2 aplikasi di Klinik Pak Ishak, yang pertama P-care untuk pasien BPJS Kesehatan, di samping itu kami juga memakai aplikasi Khanza Lite, seperti yang kita ikut seminar di RS. Aura Syifa waktu itu lho.</i></p> <p>Sudah berapa lama menggunakan aplikasi tersebut dokter? <i>Kalau pakai Khanza Lite lebih kurang 1 tahun ini. Kalau P-Care digunakan sejak 2014 karena sejak awal kita kerjasama dengan BPJS Kesehatan.</i></p>

Apakah penggunaan aplikasi SimKes tersebut berpengaruh terhadap efektivitas dan efisiensi pelayanan di Klinik?

Sangat, karena dengan aplikasi tersebut mempersingkat waktu kerja dan semua unit terhubung dengan aplikasi tersebut, mulai bagian pendaftaran, pelayanan, laboratorium sampai layanan obat dan farmasi. Penggunaan manual dan kertas sangat berkurang.

Apakah ada kendala dan hambatan selama menggunakan aplikasi SimKes tersebut?

Awalnya banyak penolakan terutama dari teman-teman dokter menggunakan aplikasi itu, namun setelah menggunakan aplikasi tersebut dan merasakan dampaknya, mereka mulai senang pakai aplikasi tersebut, karena semua bagian dalam pelayanan terhibing dalam satu aplikasi itu, malah terkesan simpel.

Apakah kustomisasi aplikasi Khanza Lite sudah sesuai dengan kebutuhan Klinik saat ini?

Kalau kita murni pakai P-Care sangat sangat tidak lengkap, cukup sulit dan berbelit-belit. Ketika ditawarkan aplikasi Khanza Lite itu, aplikasinya ringan sekali dan lebih mudah sehingga tidak perlu waktu yang lama untuk memperlajarnya.

Apakah Klinik dr. Vitis telah menerapkan Standar Prosedur dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien?

Ya jelas Pak Ishak. SOP adalah syarat mutlak ijin operasional Klinik. Di Klinik dr. Vitis SOP diterapkan di seluruh bagian pelayanan kepada pasien.

Apakah juga bekerja sama dengan aplikasi pihak ketiga seperti Gojek, Grab dan lainnya?

Tidak Pak Ishak.

	<p>Apakah Klinik pernah menerima komplain dari pasien terkait penggunaan aplikasi SimKes tersebut? <i>Pernah, bahkan sering. Tapi kebanyakan itu hanya mispersepsi saja terhadap kebijakan, khususnya bagi peserta BPJS Kesehatan.</i></p> <p>Apakah Klinik pernah melakukan studi banding dan survei terkait pelayanan dengan aplikasi e-health ini? <i>Studi banding pernah, difasilitasi oleh BPJS Kesehatan dan secara mandiri di RS. Aura Syifa. Untuk survei, kami belum memikirkan tapi kedepan akan kami pertimbangkan.</i></p> <p>Baik Dokter, hasil wawancara ini sangat membantu sekali dan bagus dijadikan tolok ukur Klinik Asklin. Semoga hasil wawancara ini menolong Tesis saya. Apabila nanti masih ada yang kurang nanti akan saya hubungi kembali Dokter. <i>Terima kasih juga Pak Ishak.</i></p>
Informan 14	Dokter YA (39 tahun)
	<p>Selamat siang Dokter Yoseph. Mohon maaf atas waktunya untuk wawancara dengan saya seputar SimKes, seperti yang saya informasikan kemarin. <i>Iya Pak Ishak, siap saya. Cuma ya sesuai kondisi di Klinik begini.</i></p> <p>Siap Dokter, justru itu yang saya inginkan sesuai kondisi real di Klinik. Bisa sedikit diceritakan mengenai SimKes yang digunakan di Klinik? <i>Sejak kami melayani peserta JKN kami menggunakan aplikasi P-Care karena itu aplikasi wajib untuk input data peserta JKN, pendaftaran dan pelayanan. Nantinya semua informasi dan input data bisa melalui aplikasi P-Care itu.</i></p>

Pelayanan apa saja yang dapat dilayani menggunakan aplikasi P-Care?

Ya semua, mulai cek data kepesertaan JKN-KIS, input anamnesa, pelayanan di poli sampai data terapi obat yang diberikan, juga rujukan ke RS semua dilakukan melalui aplikasi P-Care.

Bagaimana dengan pasien non-BPJS? Apakah menggunakan aplikasi SimKes lain?

Kalau pasien umum tidak bisa menggunakan aplikasi P-Care, kami masih manual, jadi masih pakai buku medical record, mulai dari awal sampai akhir. Ya membutuhkan tempat pada akhirnya untuk menyimpan file medical record ini.

Kendala atau hambatan apa yang pernah dialami selama menggunakan aplikasi P-Care?

Tidak ada kendala selama ini. Karena dari pihak BPJS Kesehatan sendiri cukup informatif dalam memberitahukan perubahan versi aplikasi, fasilitas menu baru yang bisa digunakan dan lain sebagainya. Juga secara berkala dilakukan evaluasi dan monitoring tentang tingkat pemakaian aplikasi P-Care.

Apakah di Klinik juga menggunakan aplikasi lain seperti pembayaran virtual dan pesan antar?

Iya pakai, ada OVO dan aplikasi pengantaran Gosend juga Grab Express.

Menurut pendapat dokter, apakah penggunaan aplikasi e-health seperti P-Care ini memberikan dampak terhadap efektivitas dan efisiensi pelayanan di Klinik?

Sangat membantu, karena tidak perlu kerja dua kali, tidak perlu sibuk dengan kertas yang sangat merepotkan. Hanya kendala terbesar adalah pembiayaan yang besar untuk mengaplikasikan e-health pada pelayanan Klinik. Itu yang belum bisa, belum ada duitnya.

Apakah ada rencana ke depan untuk menerapkan e-health kustom di Klinik?

Pastinya ada, cuma ya itu nunggu duitnya.

	<p>Apakah di Klinik sudah menerapkan SOP dalam memberikan pelayanan kepada pasien? <i>Secara dokumen sudah lengkap Pak Ishak.</i></p> <p>Apakah Klinik pernah mendapatkan komplain pelayanan menggunakan e-health? <i>Banyak banget Pak Ishak, pernah sampai hampir berujung di meja hijau. Tapi puji Tuhan, kita sesuai SOP saja, jadi bisa lepas.</i></p> <p>Apakah Klinik pernah studi banding dan survei layanan kepada masyarakat atau pasien? <i>Tidak pernah, gak ada waktunya, soalnya harus ada orang khusus yang mengurus itu. Disini adminnya saja kerjanya banyak banget.</i></p> <p>Baik, terima kasih Dokter atas semua informasi yang sangat berharga untuk Tesis saya ini. Mohon maaf mengganggu waktu senggangnya Dokter. <i>Sama-sama Pak Ishak. Saya juga terima kasih. Semoga sukses.</i></p>
<p>Triangulasi 1</p>	<p>Dokter Gigi FB (Creator aplikasi SimKes Khanza)</p>
	<p>Selamat siang Dokter Faisol. Terima kasih sudah diberi kesempatan untuk bertanya dalam forum diskusi ini. Perkenalkan nama saya Ishak Rahardjo, mahasiswa Pascasarjana Magister Kesehatan, sedang melakukan penelitian terkait Tesis saya mengenai aplikasi e-health atau Sistem Informmasi Kesehatan yang digunakan di Klinik maupun Rumah Sakit. Yang ingin saya tanyakan dalam kesempatan ini, apa saja hal-hal yang dapat direduksi pada saat kita mengimplementasikan SimKes ini? <i>Baiklah langsung saja ya, banyak hal yang bisa kita reduksi apabila kita mengadopsi SimKes dalam pelayanan yang kita berikan, di antaranya:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Memperbaiki Human Error, terutama pada saat pencatatan</i> <i>Mengurangi Unintegrated Data di antaranya ketidaksinkronan data dan anomali data</i> <i>Reduksi Redudansi Data yaitu pencatatan data yang berulang</i>

*Meningkatkan kinerja, yang ditunjukkan dengan efektivitas dan efisiensi kerja
Mengurangi keterlambatan informasi karena pelaporan yang bersifat manual*

Yang kedua, goal apa yang dicapai apabila semua error factor tersebut di atas bisa diatasi?

Yang jelas, tujuan yang paling utama dari penerapan Sistem Informasi ini adalah kita bisa memberikan service excellent dan total quality management, itu. Setelah itu baru dibreakdown apa-apa yang menjadi pencetusnya:

Kuantitas dan kualitas pelayanan yang cepat, tepat dan akurat

Penggunaan teknologi informasi dan komunikasi yang mumpuni

Kebutuhan pengguna (organisasi) yang responsif, inovatif, efektif dan efisien

Tantangan perkembangan zaman sesuai kebutuhan era globalisasi 4.0 dan society 5.0

Faktor-faktor apa saja yang perlu diperhatikan dalam mempersiapkan kustomisasi SimKes ini?

Sebenarnya kalau kita berproses untuk menggunakan sebuah Sistem Informasi Kesehatan maka kira-kira hal-hal ini yang perlu mendapatkan perhatian: -hal ini bersifat circular, jadi terus menerus berputar kembali lagi-

Budaya organisasi

Data dan informasi yang terintegrasi

Analisa pelaporan oleh eksekutifnya

Pembuatan kebijakan (decision making)

Aksi, reaksi dan evaluasi

Berbicara mengenai SimKes yang ideal itu, syarat-syarat yang harus dipenuhi apa saja?

Mengenai SimKes, yang perlu diperhatikan, bahwa aplikasi ini semacam tool yang mengakomodir keseluruhan kinerja dalam 1 wadah yang sistematis dan terstruktur, yang meliputi:

Modul dan Operasional yang lengkap dan terintegrasi, sesuai standar pelayanan RS dan keaktualan pelaporan

Bidang Manajerial yang dituntut cepat, tepat, akurat, efektif dan efisien

Bidang Organisasi dengan tujuan untuk meningkatkan kinerja, koordinasi antar unit dan SDM yang berkualitas

Tentang aplikasi Khanza versi Lite ini, apa saja yang menjadi keunggulannya?

Nah begini, akan saya jelaskan keunggulan yang dimiliki oleh SimKes Khanza versi Lite ini:

Open source, bisa didapatkan dengan mudah

Proses instalasinya sangat sederhana, bisa plug and play

Sistem yang digunakan bisa berbasis komputer desktop, web base atau android

Memiliki modul dan fitur yang sangat lengkap dan terintegrasi

Berbasis komunitas

Mendukung bridging system dengan pihak ketiga

Benefit yang didapatkan dengan aplikasi SimKes Khanza apa saja, bisa dijelaskan?

Sebentar, ini mau saya jelaskan sekalian:

Meningkatkan efektivitas dan efisiensi, jelasnya

Terintegrasi dengan semua bagian secara otomatis

Memudahkan penganggaran (budgeting)

Memudahkan proses perhitungan stok obat dan alat kesehatan

Memudahkan penyusunan kinerja dan laporan keuangan

Memudahkan penyusunan laporan rekam medik

Terima kasih banyak Pak Faisol atas penjelasannya yang sangat detail dan memuaskan. Semoga bermanfaat untuk kita semua.

Sama-sama dan terima kasih.

Triangulasi 2	Apoteker IT (Kepala PMP BPJS Kesehatan Cabang Kediri)
	<p>Selamat pagi Bu Ike, terima kasih waktu yang diberikan untuk saya. Kesempatan ini akan saya gunakan untuk menanyakan beberapa hal mengenai SimKes P-Care yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.</p> <p><i>Iya Pak Ishak, terima kasih juga. Saya jawab yang menjadi tanggung jawab dan kewenangan saya ya.</i></p> <p>Siapa Bu Ike. Bisa diceritakan tentang aplikasi P-Care yang digunakan oleh BPJS Kesehatan?</p> <p><i>Baik. Jadi BPJS Kesehatan merupakan Badan yang secara resmi ditunjuk oleh negara berdasarkan Undang-Undang untuk menjadi eksekutor Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dalam melaksanakan tugasnya, BPJS Kesehatan bekerja sama dengan Fasilitas Layanan Kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan Undang-Undang, baik itu Fasilitas Kesehatan tingkat Pertama atau Fasilitas Kesehatan tingkat Lanjut, baik milik Pemerintah, Kepolisian, TNI bahkan juga milik Swasta. Nah, untuk membantu pelaporan dan monitoring kinerja di faskes yang bekerja sama dengan kami, maka disinilah P-Care berperan. Jadi singkatnya P-Care adalah media komunikasi antara kami, BPJS Kesehatan selaku penyelenggara layanan kesehatan dengan faskes selaku provider/penyedia layanan.</i></p> <p>Dalam melakukan monitoring dan evaluasi kinerja, apakah BPJS Kesehatan bekerja sama dengan pihak-pihak yang lain?</p> <p><i>Pasti Pak ishak. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 252 tahun 2016 (RI, 2016a) mengamanatkan bahwa dalam menjalankan tugas dan fungsinya, BPJS Kesehatan akan dibantu oleh Asosiasi Fasilitas Kesehatan, yaitu di antaranya Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia (ADINKES), Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia (PKFI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI). Jadi dalam mengambil keputusan terkait Fasilitas Kesehatan kami pasti berkoordinasi dengan mereka-mereka ini.</i></p>

Kembali pada aplikasi P-Care, apakah ada kekhususan pada aplikasi P-Care yang digunakan oleh Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan?

Ada. Secara umum kami bekerja sama dengan:

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dengan aplikasi P-Care FKTP

Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) dengan aplikasi V-Claim

Fasilitas Kesehatan lain, seperti Laboratorium Diagnostik, Apotek Rujuk balik dan Optik dengan aplikasi P-Care juga namun dengan user interface yang berbeda dengan FKTP

Mungkin nanti akan saya tunjukkan sedikit perbedaan interface aplikasinya.

Menu/fasilitas apa saja yang dapat dilayani di aplikasi P-Care, khususnya untuk FKTP dan apotek?

Banyak Pak Ishak, cek data kepesertaan aktif atau tidak bisa dicek di P-Care. Input data pelayanan yang diberikan kepada peserta. Flagging Prolanis sekarang sudah dapat dilakukan sendiri oleh FKTP langsung di P-Care. Tidak harus melalui kami lagi.

Apakah selain aplikasi seperti P-Care dan V-Claim, BPJS Kesehatan juga bridging atau kolaborasi dengan aplikasi pihak ketiga?

Pasti. Selain aplikasi seperti P-Care, kami juga bridging dengan aplikasi seperti JKN Mobile, JKN Mobile Faskes, aplikasi Antrian Online dan yang sedang kami usahakan akhir-akhir ini adalah bridging dengan SimPus (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas). Semua itu kita kejar, supaya keefisienan dan keefektifan pelayanan bisa dikejar, tidak memasukkan data 2x, jadi sekali input data oleh petugas, semua data itu langsung terintegrasi, walau sistem aplikasinya berbeda.

Bagaimana koordinasi dari monitoring dan evaluasi BPJS Kesehatan terhadap Faskes yang bekerjasama dijalankan?

Setiap 3 bulan sekali, kami mengundang seluruh Asosiasi Faskes untuk duduk bersama dan kami memberikan data utilisasi seluruh Faskes yang bekerjasama di wilayah kami, mulai FKTP Klinik, Puskesmas maupun DPP. Dari sana nanti kami menampung seluruh kendala yang ada, aturan baku

yang baru dan menjadi sebuah forum komunikasi dengan stake holder pembuat kebijakan terkait di wilayah kami masing-masing.

Bisa diberikan contoh tema bahasannya Bu Ike, highlight-nya saja!

Misal seperti implementasi KIS Digital, Rujukan Online, Feedback Peserta PRB pasif, Capaian Utilisasi Antrian Online dan lain-lain. Gak bisa saya sebutkan satu per satu saking banyaknya.

Apakah ada reward and punishment bagi Faskes berkaitan dengan kelengkapan data SimKes-nya?

Tentu ada. Untuk setiap kasus, seperti misalnya pengisian pendaftaran P-Care yang tidak tuntas, artinya diisi tidak lengkap sampai pelayanan dan terapi, pasti akan kami feedback-kan kembali kepada FKTP yang bersangkutan, kami notif kepada Dokter Penanggung Jawab atau PIC FKTP-nya. Atau penerbitan rujukan lanjut yang non-spesialistik bila diluar batas yang telah ditentukan, akan kami berikan feedback dengan bersurat. Ending-nya jumlah pembayaran kapitasi yang diberikan tidak penuh 100%, ada yang 95% bahkan, punishment-nya.

Apakah menurut Bu Ike, aplikasi P-Care yang digunakan saat ini sudah cukup sesuai dengan kebutuhan pelayanan BPJS Kesehatan?

Kami dari tim IT BPJS Kesehatan selalu memperbarui (update) versi aplikasi P-Care secara berkala sesuai kebutuhan di tempat pelayanan, baik di Rumah Sakit (V-Claim), di FKTP (P-Care) atau di Apotek (P-Care Apotek). Contohnya, dulu untuk mendaftarkan pasien Prolanis harus didaftarkan manual di Kantor Cabang, tetapi dengan P-Care versi terbaru, flagging pasien prolanis dapat dilakukan melalui aplikasi P-Care langsung. Jadi aplikasi P-Care selalu mendapatkan update sesuai kebutuhan hari ini.

Terima kasih Bu untuk wawancara hari ini terkait aplikasi SimKes P-Care di BPJS Kesehatan. Semoga bermanfaat.

Terima kasih juga Pak Ishak.

Lampiran 5. Dokumentasi



In-depth interview dengan Informan



In-depth interview dengan Informan



In-depth interview dengan Informan

Foto Dokumentasi



In-depth interview Informan Triangulasi 1



In-depth interview Informan (Zoom)

BIOGRAFI PENULIS



Ishak Sulistianto Rahardjo lahir di Kediri, 24 Maret 1978. Penulis baru saja menyelesaikan studi pascasarjana/magister di Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia. Sebelumnya, penulis menempuh Sarjana Sains dan Profesi Apoteker di Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini bekerja sebagai Apoteker dan Konsultan Puyer Kupu Mekar Sari serta Sekretaris Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN) Cabang Kediri.



Ratna Wardani lahir di Kediri, 6 Desember 1978. Penulis menyelesaikan studi pascasarjana/magister di Universitas Airlangga Surabaya. Sebelumnya, penulis menempuh pendidikan sarjana di Institut Teknologi Sepuluh November Surabaya. Saat ini bekerja sebagai Dosen di Institut Ilmu Kesehatan STRADA Indonesia.



STRADA PRESS

Jl. Manila 37 Kota Kediri Jawa Timur

Email : stradapress@iik-strada.ac.id

Telp: 081252759611

ISBN 978-623-6434-13-0

