

DISERTASI

**MODEL KESIAPAN ADOPTSI INOVASI LAYANAN KESEHATAN TERHADAP
PENINGKATAN KEUNGGULAN KOMPETITIF BERKELANJUTAN
PADA RUMAH SAKIT KEPOLISIAN DI INDONESIA**

*MODEL OF READINESS TO ADOPT HEALTH SERVICE INNOVATIONS TO
INCREASE SUSTAINABLE COMPETITIVE ADVANTAGE IN POLICE
HOSPITALS IN INDONESIA*

ASNANY

K013181005



**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

MAKASSAR

2023

**MODEL KESIAPAN ADOPSI INOVASI LAYANAN KESEHATAN TERHADAP
PENINGKATAN KEUNGGULAN KOMPETITIF BERKELANJUTAN
PADA RUMAH SAKIT KEPOLISIAN DI INDONESIA**

Disertasi

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar doctor

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

ASNANY

Kepada

**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH PASCASARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**MODEL OF READINESS TO ADOPT HEALTH SERVICE INNOVATIONS TO
INCREASE SUSTAINABLE COMPETITIVE ADVANTAGE IN POLICE
HOSPITALS IN INDONESIA**

Dissertation

As one of the requirements for achieving a doctoral degree

Study Program Public Health Science

Prepared and submitted by

ASNANY

to

**DOCTORAL PROGRAM OF PUBLIC HEALTH SCIENCE
POSTGRADUATE OF PUBLIC HEALTH FACULTY
HASANUDDIN UNIVERSITY
MAKASSAR, INDONESIA
2023**

DISERTASI

**MODEL KESIAPAN ADOPSI INOVASI LAYANAN KESEHATAN
TERHADAP KEUNGGULAN KOMPETITIF BERKELANJUTAN PADA
RUMAH SAKIT KEPOLISIAN DI INDONESIA**


Disusun dan diajukan oleh

ASNANY

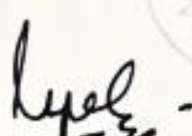
Nomor Pokok K013181005

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 05 Oktober 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat


Menyetujui
Komisi Penasehat,



Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH
Promotor



Dr. Syahrir A. Pasihringi, MS
Ko-Promotor



Prof. Anwar Mallongi, SKM., M.Sc., Ph.D
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat



Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes, M.Sc.PH., Ph.D



Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. Ed

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Asnany

NIM : K013181005

Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 5 Oktober 2023

Yang Menyatakan,

Asnany



KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala, yang telah mencurahkan keberkahan, kesehatan, dan keselamatan juga kesempatan kepada Penulis sehingga dapat menyelesaikan penyusunan Disertasi dengan judul "Model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan terhadap peningkatan keunggulan kompetitif berkelanjutan pada Rumah Sakit Kepolisian di Indonesia".

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan Disertasi ini tidak terlepas dari keterlibatan berbagai pihak yang telah memberikan masukan yang sangat berarti. Oleh karena itu pada kesempatan ini Penulis ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat Maha Terpelajar para Tim Promotor kami, Bapak Prof. Dr. dr. H.M. Alimin Maidin, MPH selaku Promotor, Bapak Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS dan Bapak Prof. Anwar Mallongi, S.KM, M.Sc., Ph.D selaku Ko-Promotor yang telah meluangkan waktunya yang sangat berharga memberikan bimbingan, motivasi dan arahan dengan penuh kesabaran, perhatian dan keikhlasan kepada Penulis demi terselesaikannya Disertasi ini.

Para Maha Terpelajar Tim Penguji yaitu Ibu Prof. Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS., Bapak Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Bapak Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes. dan Ibu Prof. Dr. Suriah, SKM., M.Kes, yang senantiasa memberikan bimbingan, motivasi dan dukungan dalam memperkaya Disertasi ini.

Terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada orang tua Penulis, Ayahanda Muhammad Sahun Karumpa, BA (Alm) dan Ibunda Hj. Sitti Hadjerah (Alm), juga kepada Ayahanda Mertua Drs. H. Muh. Gazali Hindi dan Ibunda Mertua Dra. Hj. Andi Mahwati Makkarumpa serta seluruh keluarga besar tercinta untuk motivasi, kasih sayang dan doa yang luar biasa. Terkhusus Penulis haturkan terima kasih yang tak terhingga kepada suami tercinta H. Muhammad Azhar Gazali, SE dan anak-anakku tersayang Andi Muhammad Ali Haedar Azhar, Andi Aliyah Syafirah Azhar dan Andi Ahmad Zakiy Maulana Azhar atas segala pengertian, kesabaran, dukungan doa dan cinta kasih yang tidak ternilai.

Penulis juga menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., selaku Rektor Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof. dr. Budu, Ph.D.,Sp.M(K),M.MedEd., selaku Dekan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi pada Sekolah Pascasarjana di Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Prof. Sukri Palutturi, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D, selaku Dekan, Bapak Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes selaku Wakil Dekan I, Bapak Prof.Dr.Atjo Wahyu, SKM, M.Kes selaku Wakil Dekan II dan Bapak Prof. Anwar Mallongi, S.KM, M.Sc., Ph.D selaku Wakil Dekan III Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan pendidikan di Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat.
4. Bapak Prof. Dr. Aminuddin Syam, S.KM., M.Kes., M.Med.Ed., selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi program Doktoral di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Segenap dosen dan civitas akademika Program Studi Doktoral Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat bagi Penulis.
7. Yang Penulis hormati Bapak Kapusdokkes Polri Irjen Pol dr. Asep Hendradiana, Sp.An-TI.,Subsp.IC(K)., M.Kes., Bapak Sespusdokkes Polri Brigjen Pol dr. Didiet Setioboedi, Sp. THT-KL., DFM, Bapak Karo Kespol Pusdokkes Polri Brigjen Pol dr. Hisbulloh Huda, Sp.PD, FINASIM dan Bapak Kabiddokkes Polda Sulsel Kombespol dr. M. Mas'udi, Sp.S yang telah memberikan kesempatan, motivasi dan dukungan luar biasa dalam menjalani proses pendidikan.
8. Yang Penulis hormati Bapak Karumkit Bhayangkara Tk.I Pusdokkes Polri Brigjen Pol dr. Hariyanto, Sp.PD., Bapak Wakarumkit Bhayangkara Tk. I Pusdokkes Polri Kombespol dr. Yusuf Mawadi, M.M., Bapak Karumkit Bhayangkara Tk.II Makassar Kombespol dr. Bambang Triambodo, Sp.B,FINACS dan juga Bapak Karumkit Bhayangkara Tk. III Jayapura Kompiler dr. Andhika Nur Syamsul Arifin, Sp.OT., FICS., atas segala dukungannya

beserta seluruh staf yang turut bekerja sama dan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

9. Seluruh Staf Biddokkes Poldas Sulsel yang turut mendukung luar biasa serta memberi motivasi dalam penyelesaian studi.
10. Seluruh Staf Akademik Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin terkhusus Ibu Syamsiah dan Ibu Irma yang telah membantu sejak awal hingga akhir proses pendidikan.
11. Rekan-rekan seperjuangan Angkatan 2018 Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat yang tidak dapat Penulis sebutkan satu persatu atas segala dukungan, kerjasama dan motivasi selama proses pendidikan.
12. Ibu Ns. Dewi Yuliani Hanaruddin, S.Kep., M.Kes dan Tim Denarya Education yang telah mendukung dalam proses penelitian.
13. Terima kasih kepada semua pihak yang tidak bisa Penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan kontribusi sehingga Penulis dapat menyelesaikan pendidikan, semoga apa yang diberikan bernilai ibadah disisi Allah Subhanahu Wa Ta'ala.

Akhir kata, Penulis berdoa semoga Disertasi ini dapat memberi manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan sebagai nilai ibadah kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala.

Makassar, Oktober 2023

Penulis

ABSTRAK

ASNANY. Model Kesiapan Adopsi Inovasi Layanan Kesehatan terhadap Peningkatan Keunggulan Kompetitif Berkelanjutan pada Rumah Sakit Kepolisian di Indonesia (Dibimbing oleh **Alimin Maidin, Syahrir A. Pasinringi, dan Anwar Mallongi**)

Strategi rumah sakit dalam meraih keunggulan kompetitif yang berkelanjutan dimaknai sebagai harmonisasi kolaboratif seluruh komponen di RS sehingga menghasilkan nilai tambah dalam berbagai aspek, salah satunya dengan menunjukkan kesiapan mengadopsi inovasi di layanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan terhadap peningkatan keunggulan kompetitif berkelanjutan pada rumah sakit kepolisian.

Metode penelitian ini adalah *mixed methods* dengan pendekatan *exploratory sequential* yang dimulai dengan desain kualitatif melalui pendekatan *Rapid Assessment Procedures* diikuti desain observasional bersifat analitik melalui rancangan *cross-sectional*. Tiga lokasi penelitian yakni RS Bhayangkara Tk. I Puskokkes Polri, RS Bhayangkara Tk.II Makassar, RS Bhayangkara Tk.III Jayapura. Terdapat tiga jenis informan yaitu 4 orang informan kunci yaitu Karumkit/Wakarumkit Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I, Tk.II dan Tk. III; 4 orang informan utama yaitu direktur fasyankes kementerian kesehatan, direktur RS pendidikan, direktur RS vertikal dan direktur RS swasta; 48 orang informan pendukung yakni kepala ruangan/kepala instalasi. Sampel dalam penelitian berjumlah 125 orang. Pengumpulan data menggunakan pedoman wawancara dan kuisioner. Analisis konten dilakukan untuk data kualitatif, untuk data kuantitatif dilakukan analisis faktor dan pemodelan menggunakan smart PLS.

Dari hasil analisis konten ditemukan bahwa tahap kesiapan adopsi inovasi di RS sudah establish dan memiliki similaritas pada komponen pengetahuan dengan sosialisasi, konfirmasi dengan evaluasi yang menjadi pertimbangan untuk mengganti nama komponen dalam model. Komponen tambahan yang spesifik untuk RS Kepolisian yaitu dua variasi sumber inovasi yakni dari kementerian kesehatan dan kedokteran kepolisian serta sistem komando. Komponen sosialisasi, persuasi, keputusan, implementasi dan evaluasi terbukti signifikan menyusun model kesiapan adopsi inovasi layanan Kesehatan di RS Kepolisian yang diberi nama sebagai model kesiapan adopsi inovasi Presisi. Komponen persuasi dan implementasi berpengaruh signifikan terhadap peningkatan keunggulan kompetitif berkelanjutan dengan arah pengaruh positif. Diharapkan agar model ini dapat dijadikan *policy recommendation* sebagai mekanisme yang mengoptimalkan kesiapan adopsi inovasi sekaligus sebagai strategi pendekatan dalam internalisasi budaya inovatif pada Rumah Sakit kepolisian di Indonesia.

Kata Kunci: Model Kesiapan Adopsi Inovasi Presisi, Keunggulan kompetitif berkelanjutan, Rumah Sakit Kepolisian.



ABSTRACT

ASNANY. Model of Readiness to Adopt Health Service Innovations to Increase Sustainable Competitive Advantage in Police Hospitals in Indonesia (Supervised by **Alimin Maidin, Syahrir A. Pasinringi, and Anwar Mallongi**)

Hospital strategy is seen as a cooperative effort across all hospital departments to provide additional value in a variety of ways, one of which is by demonstrating preparedness to adopt innovations in healthcare services. This study aims to develop a model of readiness to adopt health service innovations to increase sustainable competitive advantage in police hospitals.

The exploratory sequential approach used in this mixed-methods study starts with a qualitative design using the Rapid Assessment Procedures approach and is followed by an analytical observational design using a cross-sectional design. Bhayangkara Tk.I Puskokkes Polri Hospital, Bhayangkara Tk.II Makassar Hospital, and Bhayangkara Tk.III Jayapura Hospital was the three study locations. Three categories of informants existed: four key informants representatives of the heads of Bhayangkara Tk.I, Tk. II and Tk. III hospitals; four main informants directors of educational hospitals, directors of vertical hospitals, directors of private hospitals; and forty-eight supporting informants heads of rooms and heads of installations. 125 persons made up the study's sample. Interview protocols and questionnaires were utilized to obtain data. Data collection used interview guidelines and questionnaires. Content analysis was conducted for qualitative data, factor analysis, and modeling using smart PLS for quantitative data.

The innovation adoption readiness model now includes two more elements because the content analysis including the stage has been established and has similarities in knowledge with socialization, and confirmation with evaluation, which is a consideration for renaming the components in the model. Additional components specific to police hospitals are two variations of innovation sources: the Ministry of Health and police medicine and the command system. The components of socialization, persuasion, decision, implementation, and evaluation are proven to be significant in developing a model of readiness to adopt health service innovations in the Police Hospital, which is named the Presisi innovation adoption readiness model. The components of persuasion and implementation significantly increase lasting sustainable competitive advantage. The choice to adopt innovation has a side effect on creating a durable competitive advantage to be utilized as a policy recommendation in the form of a telegram monitoring the innovation adoption process and as a strategic approach to implementing a culture of innovation.

Keywords: Presisi Innovation Adoption Readiness Model, Sustainable Competitive Advantage, Police Hospital.



DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK.....	ix
<i>ABSTRACT</i>	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Kajian Masalah	7
C. Rumusan Masalah dan pertanyaan penelitian	13
D. Tujuan Penelitian	14
1. Tujuan Umum.....	14
2. Tujuan Khusus	14
E. Manfaat Penelitian.....	15
1. Manfaat teoritis	15
2. Manfaat Praktis	15
F. Ruang lingkup Penelitian.....	16
G. Sistematika Penulisan	16
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	17
A. Konsep kesiapan adopsi inovasi serta faktor yang berkontribusi di rumah sakit berdasarkan penelitian terkini	17
1. Tentang kesiapan inovasi, siklus dan adopsi inovasi.....	17
2. Faktor yang berkontribusi dalam kesiapan inovasi di rumah sakit.....	35
3. Berbagai penelitian terkini tentang kesiapan inovasi di rumah sakit.....	49
B. Konsep keunggulan kompetitif berkelanjutan di rumah sakit	70
1. Tentang keunggulan kompetitif (<i>competitive advantages</i>).....	70
2. Dimensi Keunggulan Kompetitif	73
3. Keunggulan kompetitif rumah sakit multispesialis	76

4. Keberlanjutan keunggulan kompetitif di rumah sakit.....	78
C. Kerangka Teori	81
D. Kerangka Konsep	84
E. Definisi Operasional	85
F. Asumsi penelitian dan Hipotesis	87
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	88
A. Penelitian Tahap I	89
1. Desain Penelitian	89
2. Waktu dan lokasi penelitian	90
3. Informan penelitian	90
4. Alur Penelitian tahap I.....	92
B. Penelitian Tahap II	96
1. Desain Penelitian	96
2. Populasi dan sampel penelitian.....	96
3. Alur penelitian tahap II	97
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	105
A. HASIL PENELITIAN	105
1. Hasil penelitian tahap 1: Identifikasi komponen dan indikator dalam model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan di RS Kepolisian. ...	105
2. Hasil penelitian tahap 2: Komponen yang menyusun model kesiapan adopsi inovasi layanan Kesehatan di RS Kepolisian dan pengaruh model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan terhadap keunggulan kompetitif berkelanjutan pada RS Kepolisian	112
3. Hasil penelitian <i>mixed method</i> : Rangkuman tahap 1 dan tahap 2.....	127
B. PEMBAHASAN.....	134
C. NOVELTY	160
D. KETERBATASAN PENELITIAN.....	161
E. IMPLIKASI PENELITIAN.....	161
BAB V PENUTUP	162
A. SIMPULAN	162
B. SARAN	163
DAFTAR PUSTAKA.....	165
LAMPIRAN	184

DAFTAR TABEL

Tabel	Judul	Halaman
Tabel 2.1	Karakteristik pengadopsi inovasi dalam konteks kesehatan	24
Tabel 2.2	Rangkuman faktor yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi	47
Tabel 2.3	Matriks kajian literatur berisi sintesa penelitian terkini tentang kesiapan adopsi inovasi di rumah sakit	49
Tabel 2.4	Definisi operasional dan cara pengukuran variable	85
Tabel 3.1	Lokasi penelitian	90
Tabel 3.2	Matriks informan	91
Tabel 3.3	Populasi penelitian	96
Tabel 3.4	Besar sampel penelitian	97
Tabel 3.5	Draft komponen kuisisioner model kesiapan adopsi inovasi	98
Tabel 3.6	Komposisi kuisisioner keunggulan kompetitif berkelanjutan	99
Tabel 3.7	Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian	102
Tabel 4.1	Karakteristik informan penelitian tahap I	106
Tabel 4.2	Resume analisis konten hasil wawancara	108
Tabel 4.3	Karakteristik informan pendukung dalam evaluasi formatif (n=48)	109
Tabel 4.4	Distribusi frekuensi karakteristik responden (n=125)	112
Tabel 4.5	Keterkaitan karakteristik responden dengan kesiapan adopsi inovasi di RS Kepolisian	113
Tabel 4.6	Keterkaitan karakteristik responden dengan keunggulan kompetitif berkelanjutan di RS Kepolisian	114
Tabel 4.7	Perbandingan kesiapan adopsi inovasi antara RS Bhayangkara Tk. I, Tk. II dan Tk. III	115
Tabel 4.8	Hasil uji <i>convergent validity</i> dari indikator yang menyusun komponen dalam model kesiapan adopsi inovasi	118
Tabel 4.9	Hasil uji <i>discriminant validity</i> dari komponen yang menyusun model kesiapan adopsi inovasi	119
Tabel 4.10	Hasil uji <i>reliability</i> konstruk yang menyusun model kesiapan adopsi inovasi	121
Tabel 4.11	Koefisien jalur komponen yang menyusun model	123
Tabel 4.12	Koefisien jalur pengaruh langsung model terhadap SCA	124
Tabel 4.13	Koefisien jalur pengaruh tidak langsung	125
Tabel 4.14	Hasil penilaian kriteria kelayakan model	127
Tabel 4.15	<i>Joint display</i> hasil <i>exploratory sequential mixed method design</i>	129

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Judul	Halaman
Gambar 2.1	<i>Tunnel model of Implementation Context, Complexity and Process of Innovation</i> (Dryden-Palmer et al., 2020)	19
Gambar 2.2	<i>Diffusion of Innovation Model</i> (E. M. Rogers et al., 2014)	22
Gambar 2.3	Kurva pengadopsi inovasi (E. M. Rogers et al., 2014)	23
Gambar 2.4	Peta jalan terintegrasi untuk mengkoordinasikan transformasi pengetahuan dan adopsi inovasi di layanan Kesehatan	26
Gambar 2.5	<i>Model of Adoption of a Health Care Innovation</i> (Flessa & Huebner, 2021)	29
Gambar 2.6	Tingkatan inovasi mikro, meso dan makro yang berdampak pada proses adopsi inovasi dilayanan kesehatan (Flessa & Huebner, 2021)	34
Gambar 2.7	Faktor yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi	35
Gambar 2.8	Dimensi inovasi berkorelasi positif dan cukup kuat dengan dimensi keunggulan kompetitif di rumah sakit (Mahasneh et al., 2020)	78
Gambar 2.9	Perubahan lingkungan dan sumber terkini untuk <i>sustainable competitive advantage</i> di rumah sakit (Singh et al., 2020)	80
Gambar 2.10	Kerangka teori merujuk determinan (Van den Hoed et al., 2022); konsep DOI (Rogers, 2014; Dryden-Palmer at al, 2020); Konsep adopsi inovasi (Flessa & Hueber, 2021); SCA (Mahaesh et al, 2020; Singh et al, 2020; Stefan et al, 2016; Sweis et al, 2018; Anyim et al, 2012; Susanto, 2019)	81
Gambar 2.11	Kerangka konsep penelitian merujuk konsep DOI (Rogers, 2014; Dryden-Palmer et al, 2020), konsep adopsi inovasi (Flessa & Hueber, 2021), SCA (Mahesh et al, 2020; Singh et al, 2020; Stefan et al, 2018; Anyim et al, 2012; Susanto, 2019)	84
Gambar 3.1	Alur penelitian tahap 1	95
Gambar 3.2	Alur penelitian tahap II	104
Gambar 4.1	Hasil evaluasi formatif terkait gambaran adopsi inovasi layanan kesehatan di RS Kepolisian	110
Gambar 4.2	Hasil evaluasi formatif terkait implementasi inovasi layanan kesehatan di RS Kepolisian	111
Gambar 4.3	Kesiapan adopsi inovasi di layanan kesehatan RS Kepolisian	116
Gambar 4.4	Keunggulan kompetitif berkelanjutan di layanan kesehatan RS Kepolisian	116
Gambar 4.5	Outer awal model kesiapan adopsi inovasi	117
Gambar 4.6	Outer model akhir kesiapan adopsi inovasi	120
Gambar 4.7	<i>Boostrapping</i> PLS model kesiapan adopsi inovasi	122
Gambar 4.8	Variabel yang signifikan dalam model kesiapan adopsi inovasi	126
Gambar 4.9	Model Kesiapan Adopsi Inovasi Presisi (Asnany et al, 2023)	130
Gambar 4.10	<i>Research Framework</i>	133

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Judul	Halaman
Lampiran 1	Data studi pendahuluan	183
Lampiran 2	Rekomendasi etik penelitian	189
Lampiran 3	Surat izin penelitian	190
Lampiran 4	Struktur Organisasi RS Bhayangkara Tk. II	194
Lampiran 5	Penjelasan penelitian	195
Lampiran 6	<i>Informed Consent</i>	196
Lampiran 7	Panduan Wawancara	198
Lampiran 8	Kuisisioner model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan di rumah sakit kepolisian	202
Lampiran 9	Kuisisioner keunggulan kompetitif berkelanjutan	208
Lampiran 10	Kuesioner evaluasi formatif dan hasilnya	211
Lampiran 11	Transkrip wawancara	213
Lampiran 12	Analisis Konten hasil wawancara	214
Lampiran 13	Hasil uji validitas dan reliabilitas instrument	223
Lampiran 14	Row data	233
Lampiran 15	Analisis deskriptif, <i>crosstabulation</i> dan komparasi	236
Lampiran 16	Data input Smart-PLS	255
Lampiran 17	Output Smart-PLS	257
Lampiran 18	Surat keterangan selesai melakukan penelitian	266
Lampiran 19	Dokumentasi penelitian	270
Lampiran 20	<i>Curriculum vitae</i>	271

DAFTAR SINGKATAN

BLU	: Badan Layanan Umum
BOR	: <i>Bed Occupancy Rate</i>
BTI	: <i>Behavioral Trust Inventory</i>
BTN	: Bank Tabungan Negara
BUMN	: Badan Usaha Milik Negara
CCOP	: <i>Community Clinical Oncology Program</i>
CFA	: Confirmatory Faktor Analysis
Covid-19	: Corona Virus - 19
CSR	: <i>Coorporate Social Respon</i>
DIY	: Daerah Istimewa Yogyakarta
DKI	: Daerah Khusus Ibukota
DOI	: <i>Diffusion of Innovation</i>
HRM	: <i>Human Resources Management</i>
IBI	: <i>Innovative Behavior Inventory</i>
ISI	: <i>Innovation Support Inventory</i>
IT	: Informasi Teknologi
KAPOLRI	: Kepala Kepolisian Negara Republik Indonesia
Karumkit	: Kepala Rumah Sakit
Kaur	: Kepala Urusan
Karu	: Kepala ruangan
KEMENKES	: Kementerian kesehatan
KIPP	: Kompetisi Inovasi Pelayanan Publik
KM	: <i>Knowledge Management</i>
MLQ	: <i>Multifaktor Leadership Questionnaire</i>
MoU	: Memorandum of understanding
Nakes	: Tenaga Kesehatan
NASS	: <i>non-adoption, abandonment, scale-up, spread, and sustainability</i>
PANRB	: Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi

PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan
Perpres	: Peraturan Presiden
PES-NWI	: <i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i>
PLS	: <i>Partial Least Square</i>
POLRI	: Kepolisian Negara Republik Indonesia
PUSDOKKES	: Pusat Kedokteran dan Kesehatan
RAP	: <i>Rapid Assesment Procedure</i>
R&D	: <i>Desain Research and Development</i>
RI	: Republik Indonesia
RKP	: Rencana Kerja Pemerintah
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPJPN	: Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional
RS	: Rumah Sakit
SCA	: <i>Sustainable Competitive Advantages</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
SEM	: <i>Structural equations modelling</i>
SIMRS	: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
SOAR	: <i>Strengths, Opportunities, Aspirations, and Results</i>
SPGR	: <i>Systematizing Person-Group Relations</i>
SPSS	: <i>Statistical Product and Service Sollution</i>
Subbid	: Sub bidang
Tk.	: Tingkat
TNI	: Tentara Nasional Indonesia
UMIC	: <i>Upper-Middle Income Country</i>
UU	: Undang-undang
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WIT	: Waktu Indonesia Timur
WITA	: Waktu Indonesia Tengah
Yanmeddokpol	: Pelayanan Medis Kedokteran Kepolisian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pasca pandemi Covid-19 mengubah kondisi layanan Kesehatan dimana seluruh ekosistem dihadapkan pada tantangan besar terkait adopsi inovasi yang harus dikelola, hal ini merespon status quo layanan Kesehatan yang kritis dan meningkatkan serta mendorong inovasi yang dibutuhkan (Cannavale et al., 2022; Vargo et al., 2015). Tantangan ini memerlukan mobilitas sumber daya perombakan arsitektur system dan cara baru untuk memberikan layanan kesehatan (Anthony Jnr, 2021; Pierce et al., 2021). Dibutuhkan upaya luar biasa dari sektor layanan Kesehatan yang harus menghadapi ketidakpastian dan risiko yang tidak hanya berdampak pada suatu organisasi namun berdampak secara luas (Ahlqvist et al., 2020).

Hal ini sejalan dengan upaya mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang dengan menekankan terbangunnya struktur perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif di berbagai bidang yang didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing merupakan sasaran Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (Pemerintah RI, 2007). Tertuang pula dalam program prioritas nasional yang ke-3 yaitu meningkatkan SDM berkualitas dan berdaya saing (Perpres RI, 2021).

Pembangunan kesehatan mempunyai peran sentral sebagai pondasi dalam peningkatan kualitas SDM sebagai modal manusia (*human capital*). Dukungan Polri terhadap pelayanan Kesehatan secara eksplisit tertuang dalam Program

Prioritas Polri yaitu diantaranya menjadikan SDM Polri Yang Unggul di Era *Police 4.0*, Menjamin Keamanan Program Prioritas Nasional dan Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik Polri. *Service For Excellence* yaitu membangun kemampuan pelayanan publik yang unggul, mewujudkan *good government, best practice* polri, profesionalisme SDM (Mabes Polri, 2005).

Sejalan dengan tugas pokok dan fungsi kepolisian, pemberdayaan SDM Polri menjadi elemen penting untuk penguatan dan peningkatan performa organisasi Polri (Hasibuan, 2022). Tahun 2020-2024 merupakan tahapan terakhir dari RPJPN 2005-2025, sehingga merupakan periode yang sangat penting dan strategis. Percepatan pencapaian target pembangunan nasional yang berkeadilan dan adaptif yang memiliki peran vital dalam pembangunan nasional diantaranya adalah modal sosial budaya dan transformasi digital (Pemerintah RI, 2020).

Pada era transformasi digital saat ini, perkembangan sistem pelayanan kesehatan dunia yang sangat pesat, tidak dapat dihindari telah memasuki pasar pelayanan kesehatan di Indonesia dan akan menggeser sistem pelayanan kesehatan di negara kita yang tidak sesuai dengan tuntutan masyarakat milenial. Hal ini sekaligus menjadi tantangan bagi kualitas pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan diberbagai tingkatan (Asnany, 2022). Kita berada di era inovasi dalam pemberian layanan Kesehatan . Kekuatan inovasi membentuk pola evolusi keadaan teknologi dan kemajuan suatu industri termaksud industri layanan Kesehatan (Iwai, 1984). Inovasi teknologi adalah peluang untuk mengatasi tantangan Kesehatan modern tetapi hanya jika disertai dengan transformasi perilaku dan kebiasaan Masyarakat (OECD, 2019).

Perkembangan industri pelayanan kesehatan di Indonesia memberikan tantangan tersendiri bagi setiap rumah sakit. Rumah Sakit adalah institusi

pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes RI, 2019). Rumah sakit mengalami pertumbuhan yang pesat dari waktu ke waktu. Data dari Kementerian Kesehatan mencatat jumlah rumah sakit di Indonesia sebanyak 3.105 unit pada tahun 2022, jumlah ini meningkat 18,77% dibandingkan periode tahun sebelumnya yang sebanyak 2.522 unit. Berdasarkan penyelenggaranya, rumah sakit di Indonesia terbanyak berasal dari swasta yang mencapai 1.947 unit. Kemudian, jumlah rumah sakit pemerintah daerah sebanyak 884 unit. Rinciannya, 735 unit merupakan rumah sakit milik pemerintah kabupaten/kota dan 150 unit dari pemerintah provinsi. Sementara, jumlah rumah sakit yang berasal dari pemerintah pusat ada sebanyak 273 unit. Ini terdiri dari rumah sakit milik TNI sebanyak 114 unit, rumah sakit Polri sebanyak 54 unit, rumah sakit milik kementerian dan BUMN 68 unit, dan rumah sakit milik Kementerian Kesehatan 37 unit (Kemenkes RI, 2023).

Jumlah yang terus bertambah membuat rumah sakit bekerja dalam lingkungan persaingan yang tinggi, yang memotivasi rumah sakit untuk menyelidiki peluang baru agar bisa bersaing melalui penemuan sarana dan proses yang diperlukan untuk memperkenalkan layanan kesehatan baru, meningkatkan dan mengembangkan layanan kesehatan saat ini yang dapat dicapai dengan mengadopsi penggunaan inovasi. Inovasi dalam unit rumah sakit memiliki pendekatan yang berbeda (Plsek & Wilson, 2001). Rumah sakit bersaing untuk mengembangkan inovasi dalam perawatan medis, manajemen rumah sakit, dan pengembangan model bisnis yang baru. Inovasi dapat membantu meningkatkan efisiensi, kualitas, dan aksesibilitas pelayanan kesehatan. Untuk itu RS harus menciptakan kinerja yang unggul atau *Performance Excellence* karena menjadi

salah satu faktor utama yang harus diupayakan untuk memenangkan persaingan (Mahadewi, 2022).

Rumah sakit kepolisian perlu membangun daya saing yang kuat dengan menyusun berbagai strategi yang tepat dan dinamis, meskipun layanan perawatan kesehatan pada rumah sakit kepolisian dipersonalisasi ditawarkan untuk melayani segmen pasien khusus yang merujuk pada tugas pokok rumah sakit kepolisian yaitu menyelenggarakan kegiatan pelayanan Kesehatan kedokteran kepolisian untuk mendukung tugas operasional Polri dan Pelayanan Kesehatan kepolisian bagi pegawai negeri pada Polri dan keluarganya serta masyarakat umum (Perkap 11, 2011).

Kemampuan untuk berhasil berinovasi secara berkelanjutan guna meningkatkan keunggulan kompetitif sangat penting dalam lingkungan 'hiperkompetitif' saat ini yang ditandai dengan perubahan teknologi yang semakin cepat dan memperpendek siklus hidup produk, dan di mana pesaing dengan cepat meniru sumber keunggulan kompetitif. Pada saat yang sama, organisasi merasa sulit mengelola inovasi; baik organisasi besar yang berjuang untuk menghindari kalah bersaing dengan pesaing yang lebih kecil dan gesit, maupun organisasi kecil yang berjuang untuk bersaing dengan sumber daya dan jangkauan pesaing global yang lebih besar. Karakteristik organisasi RS merupakan tempat yang ideal untuk menguji inovasi (Jansen, Van Den Bosch, et al., 2006). Fenomena persaingan dalam industri rumah sakit memiliki dampak yang kompleks terhadap sistem kesehatan, dan regulasi yang tepat diperlukan untuk memastikan bahwa persaingan tersebut tidak mengabaikan aspek penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas (Ottaviano, 2004).

Strategi RS Kepolisian dalam meningkatkan keunggulan kompetitif dituangkan dalam rencana kerja pusat kedokteran dan Kesehatan polri tahun 2022. Dalam rencana kerja tersebut, 6 point menitikberatkan pada inovasi yaitu 1) melanjutkan inovasi layanan yang efisien dan terintegrasi; 2) melakukan dan meningkatkan optimalisasi serta inovasi sistem pelayanan; 3) pembuatan prototype, desain, purwarupa peralatan Polri berbasis teknologi dan inovasi teknologi kepolisian terkini; 4) melakukan bimbingan dalam keikutsertaan inovasi Polri yang memenuhi syarat ke dalam ajang Kompetisi Inovasi Pelayanan Publik (KIPP); 5) meningkatkan inovasi kedokteran kepolisian; 6) meningkatkan inovasi pelayanan penunjang medik (Pusdokkes Polri, 2022).

Keunggulan kompetitif mendorong terciptanya keunggulan kolaboratif yang dalam penelitian ini dikaji secara internal kolaborasi antar RS Kepolisian dalam meningkatkan keunggulan kompetitifnya. Melalui kolaborasi system dapat mempertahankan keunggulan kompetitif yang menjadi dasar dimulainya keunggulan kolaboratif antar organisasi lain (Bititci et al., 2003).

Strategi tersebut dapat dicapai dengan pemberdayaan SDM melalui dorongan, motivasi dan menyadarkan potensi yang dimilikinya (Mayastinasari et al., 2019). Namun SDM polri memiliki tantangan untuk mampu menguasai teknologi termasuk teknologi Kesehatan (genetika, pengobatan dan pelayanan Kesehatan) dan harus mampu mengelola *Cultural Lag* akibat perbedaan generasi berupa lambatnya adaptasi terhadap perubahan akibat adanya teknologi/inovasi baru. Keterlambatan adaptasi ini menyebabkan adanya tegangan antara pihak (tua dan muda) yang berpotensi menghadirkan problem dalam pencapaian tujuan organisasi (Ogburn, 1957). Penelitian menunjukkan bahwa usia pada kondisi tertentu memiliki relevansi yang kuat terhadap penerimaan inovasi (Alasad, 2002;

Hendricks & Cope, 2013). Diperlukan pengaturan organisasi berdasarkan faktor eksternal dan internal untuk membantu dalam pengelolaan perilaku individu dan kelompok dalam mencapai tujuan organisasi (Pasinringi et al., 2022). Suatu organisasi harus terus meningkatkan kualitas SDM agar dapat bersaing dalam persaingan global karena SDM merupakan aset penting dalam organisasi (Ayuningtyas & Misnaniarti, 2016).

Keunggulan kompetitif merupakan dimensi internal yang mengukur posisi strategis rumah sakit kepolisian (Pratama, 2012). Keunggulan kompetitif berkelanjutan dinilai penting karena meningkatnya persaingan antara RS dan hanya dapat dicapai ketika sumber keunggulan kompetitif bernilai, langka, tidak dapat ditiru, tidak dapat diganti, dan sangat ambigu. Keunggulan kompetitif RS Kepolisian bersumber dari karakteristik jenis layanan diantaranya 1) layanan perawatan khusus yang memahami kebutuhan kesehatan unik yang diberikan dalam mendukung risiko tinggi tugas operasional kepolisian; 2) RS Kepolisian memiliki kemampuan untuk merespon situasi darurat dengan cepat dan efektif, menyediakan bukti medis dan membantu dalam investigasi kepolisian; 3) Juga menjadi faktor penting bahwa RS Kepolisian memiliki keahlian medis khusus dalam perawatan korban akibat tindakan kejahatan; 4) Terhadap personil kepolisian, RS Kepolisian memberikan layanan kesehatan preventif berupa pemeriksaan kesehatan secara berkala dan manajemen stress (Pratama, 2012). Hal-hal tersebut diatas menjadi *value* yang ditawarkan RS Kepolisian dalam lingkungan persaingan layanan kesehatan.

Sumber keunggulan kompetitif berupa kepuasan pasien yang dapat meningkatkan nilai rumah sakit dan sangat berharga (Kondasani & Panda, 2015; Propper et al., 2004). Adanya inovasi menjadi salah satu pendorong keunggulan

kompetitif (Assink, 2006; Aziz & Samad, 2016). Inovasi menjadi faktor vital dalam meningkatkan kinerja (Pohle & Chapman, 2006). Inovasi sangat penting untuk pertumbuhan jangka panjang dan kelangsungan hidup suatu organisasi dan memainkan peran penting di masa depan (Silver et al., 2016).

B. Kajian Masalah

Dalam layanan kesehatan, inovasi merupakan hasil dari penekanan pada permasalahan aktual (Jain, 2017). Studi pendahuluan telah dilakukan pada RS Bhayangkara Tk. II Makassar untuk mengidentifikasi isu strategis yang menjadi permasalahan terkait kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan, diantaranya belum terlaksananya elektronik rekam medis, belum adanya sistem pembayaran non tunai selain itu belum optimalnya antrian online sehingga waktu tunggu pasien rawat jalan yang cukup lama. Penelitian membuktikan hubungan erat antara kinerja layanan Kesehatan dan penggunaan solusi teknologi informasi (TI) (Klein, 2012; Leone et al., 2021; Makridakis, 2017; McHugh et al., 2003; White & Daniel, 2004). Solusi TI merupakan factor kunci terkait dengan adopsi teknologi baru dalam jaringan antar organisasi (Crosno et al., 2020; Leone et al., 2021; Makridakis, 2017; Salema & Buvik, 2016).

Dari isu strategis yang diidentifikasi dilakukan analisis permasalahan menggunakan metode *Urgency, Seriousness, Growth* (USG) (Kotler & Keller, 2008) dimana ditemukan prioritas masalah yang urgent untuk digali penyebab masalahnya yaitu pada pelaksanaan rekam medis elektronik ditunjukkan dengan nilai tertinggi untuk masing-masing kriteria (Lampiran 1). Dengan adanya prioritas masalah tersebut maka perlu dilanjutkan dengan analisa *Strengths, Opportunities, Aspirations, and Results* (SOAR) sebagai suatu alat perencanaan strategis untuk inovasi dan pengembangan dalam menganalisis kekuatan dan peluang saat ini

serta fokus pada aspirasi masa depan dan hasil terkait untuk mengembangkan tujuan strategis (Alphi, 2023). Dari hasil analisis SOAR teridentifikasi fakta empirik bahwa rekam medis masih dikerjakan secara manual dan cenderung tidak lengkap sehingga menyulitkan dalam verifikasi juga membutuhkan waktu yang lebih lama yang seharusnya diajukan setiap tanggal 10 setiap bulannya sesuai ketentuan Permenkes No. 28 Tahun 2014 sehingga berdampak pada "*Claim pending*".

Berdasarkan data yang diperoleh, *Claim Pending* pasien BPJS di RS Bhayangkara Tk. II Makassar setiap bulannya lebih dari 10% yang pada akhirnya menimbulkan penurunan produktifitas pada unit rekam medis (*opportunity cost*). Setiap perubahan memerlukan biaya yang dapat bersifat finansial ataupun non-finansial (Ritter, 2018) serta penurunan sumber-sumber keunggulan kompetitif dalam hal kualitas layanan, kinerja RS dan juga nilai kepada pasien (Drummond, M.E., Sculpher, M.J., Torrance, 2006; Singh et al., 2020). Oleh karena itu, kelengkapan informasi rekam medis sangatlah penting dalam menjamin kualitas layanan dan kinerja Rumah Sakit. Pada saat yang sama, Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik menetapkan batas akhir penyelenggaraan elektronik rekam medis pada tanggal 31 Desember 2023, membuat setiap Rumah Sakit berinovasi untuk menyelenggarakan hal tersebut.

Hal ini menggambarkan adanya fenomena kontradiktif antara kondisi kurangnya diseminasi inovasi yang menjadi hambatan dalam proses adopsi inovasi dengan tuntutan harapan RS Kepolisian bisa meningkatkan sumber keunggulan kompetitifnya. Hal ini dibuktikan pula dengan tidak ditemukannya data pendukung yang relevan baik berupa *work instruction*, *quality inspection standard*, dan *external document* yang menjamin keberlangsungan suatu inovasi. Selain itu, melalui wawancara dari beberapa individu di RS kepolisian merasa tidak nyaman

dengan perubahan dan inovasi, terutama jika mereka telah terbiasa dengan metode lama.

Potret masalah juga terlihat dari menurunnya sumber keunggulan kompetitif yang menggambarkan adanya fluktuasi produktivitas layanan rawat inap melalui gambaran *Bed Occupancy Rate* (BOR) dan pendapatan RS yakni 2 tahun sebelum pandemi Covid 19 (2018-2019) menunjukkan peningkatan BOR dan pendapatan. Pada saat pandemic Covid-19 (2020-2021) terjadi penurunan BOR dan pendapatan relative. Setelah pandemi Covid-19 (2022) BOR meningkat namun belum stabil seperti sebelum Covid-19 dan pendapatan juga meningkat (RS Bhayangkara, 2022).

Kondisi ini dipertahankan dengan mengoptimalkan diferensiasi layanan yang dibutuhkan oleh masyarakat misalnya pada masa covid berupa penerapan telemedicine. Telemedicine sebagai contoh adopsi inovasi dengan cepat untuk diferensiasi layanan (Barbosa et al., 2020; Knierim et al., 2021; Weiner et al., 2021). Pada dasarnya telah ada deskripsi berbagai inovasi di kepolisian hingga saat ini yang tertuang dalam buku "Wajah Polisi Presisi: Melahirkan Banyak Inovasi dan Prestasi" mencakup beragam inovasi yang berkontribusi pada semakin baiknya kinerja Polri dalam pelayanan publik (Hasibuan, 2022). Inovasi di layanan kesehatan di RS Kepolisian juga sudah cukup banyak, namun belum tertuang dalam buku tersebut. Hal ini menggambarkan bahwa diseminasi inovasi layanan kesehatan belum optimal.

Saat ini terjadi peningkatan kebutuhan akan inovasi dalam perawatan kesehatan namun penelitian ilmiah teoritis di bidang ini masih sangat terbatas (Omachonu & Einspruch, 2010). Pada saat yang sama, panggilan untuk penelitian tentang kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan semakin kuat. Namun kajian

literatur terdahulu lebih berfokus pada aplikasi perawatan kesehatan tertentu (Akenroye, 2012; Hernandez et al., 2013; Putteeraj et al., 2022). Masalah utama yang dihadapi sektor kesehatan bukanlah kelangkaan inovasi, tetapi diseminasi konsep inovasi. Diseminasi inovasi yang kurang efektif dapat disebabkan oleh kontribusi beberapa faktor diantaranya informasi yang kurang memadai, ketidakcocokan dengan kebutuhan, organisasi enggan mengambil risiko, kurangnya dukungan organisasi, adanya keterbatasan sumber daya finansial, teknis dan manusia untuk mengimplementasi inovasi (Berwick, 2003; Flessa & Huebner, 2021a).

Pada kenyataannya, banyak ide atau produk bagus maupun inovasi yang gagal karena mereka tidak dapat mengatasi hambatan yang menghalangi. Akibatnya, ada kebutuhan untuk memahami proses adopsi inovasi dan menerapkan manajemen inovasi yang sistematis dalam pelayanan kesehatan. Manajemen inovasi perawatan kesehatan ini harus mencakup seluruh proses dari ide pertama hingga penerapan inovasi yang dicanangkan.

Fakta empirik dari hasil observasi pada RS Kepolisian menggambarkan bahwa adopsi inovasi dalam konteks budaya kepolisian seringkali dihadapkan pada sejumlah tantangan yang berkaitan dengan struktur organisasi, tradisi, norma dan nilai-nilai yang ada dalam institusi kepolisian. Rigiditas Struktural pada institusi kepolisian memiliki struktur hierarkis yang kaku dan prosedur yang terstruktur terkadang menghambat fleksibilitas dalam mengadopsi perubahan dan inovasi (Aarons et al., 2011). Banyak organisasi termasuk Sebagian besar system layanan Kesehatan seringkali memiliki tingkat control birokrasi yang lebih tinggi sehingga dapat menghambat inovasi (Damanpour, 1991). Adopsi inovasi yang melibatkan perubahan signifikan pada struktur dan tugas mungkin dianggap

sulit untuk diterima (Garland et al., 2010). Proses dan prosedur layanan Kesehatan baru mungkin gagal jika kurangnya kesadaran promosi dan dukungan pemangku kepentingan (Dimartino et al., 2018; Herzlinger, 2006).

Untuk mengatasi gap atau tantangan yang ada, dibutuhkan sebuah alur proses yang mengatur kesiapan adopsi inovasi dalam layanan kesehatan di rumah sakit kepolisian. Kesiapan adopsi inovasi mencakup seluruh siklus inovasi sedangkan kesiapan organisasi untuk perubahan secara khusus mengukur keberhasilan adopsi inovasi baru (Kelly & Young, 2017). Proses kesiapan inovasi dituangkan dalam *Diffusion of Innovation Model* (DOI) yang merupakan alur proses sebelum mengadopsi atau menolak inovasi sebagai berikut (E. M. Rogers et al., 2014): a) mengembangkan pengetahuan tentang bagaimana dan mengapa suatu inovasi berhasil; b) diyakinkan tentang nilai adopsi suatu inovasi; c) memutuskan apakah akan mengadopsi atau menolak inovasi; d) mempraktikkan inovasi; dan e) mencari dukungan untuk memastikan manfaat mengadopsi inovasi dari waktu ke waktu. Selain itu, telah ada pengembangan model DOI dilayanan kesehatan oleh Flessa & Huebner (2021) yang menekankan strategi agar inovasi dapat diterima dalam layanan kesehatan, sangat diperlukan adanya promotor sebagai figur kunci yang akhirnya membuat adopsi inovasi terjadi. Meskipun model DOI dikategorikan klasik, namun pada prinsipnya model DOI mengalami perkembangan yang dinamis, masih diterapkan dan tetap menjadi magnet dalam memperkenalkan suatu inovasi dan paradigma baru. Model DOI dianggap reliabel sehingga menarik dan menjadi tantangan untuk dikaji lebih jauh pada unit analisis berbeda, yaitu organisasi RS sebagai salah satu sistem sosial yang kompleks dan memiliki karakteristik khusus seperti RS Kepolisian.

Penelitian ini berfokus pada pentingnya memiliki pendekatan yang tepat untuk mengatasi masalah kesiapan adopsi inovasi terkait dengan budaya kepolisian. Ini termasuk mendidik dan melibatkan anggota kepolisian dalam proses inovasi, memastikan dukungan dari para pemimpin, mengidentifikasi manfaat langsung bagi kepolisian dan masyarakat dan mengimplementasikan inovasi yang dapat lebih mudah diterima oleh semua pihak yang terlibat. Penelitian ini mengembangkan model berbasis model DOI untuk membantu RS kepolisian berproses dalam kesiapan adopsi inovasi melalui suatu jaringan komunikasi yang dapat menjadi penanda bahwa inovasi siap untuk diadopsi.

Terdapat banyak kerangka teori yang menggambarkan proses dinamis implementasi inovasi. Sedikit diantaranya mengenai faktor-faktor yang berkaitan dengan keputusan untuk mengadopsi inovasi (Wisdom et al., 2014). Dari studi literatur ditemukan beberapa model empirical maupun model teoritis untuk adopsi inovasi, berbagai model yang ada melihat adopsi inovasi dari generasi ide dan dari sudut pandang perusahaan atau wirausaha yang mencari kebutuhan, masalah yang perlu dipecahkan atau peluang tertentu. Model DOI telah digunakan pada tingkat organisasi maupun individu, namun DOI juga menawarkan landasan teoritis ketika berbicara tentang adopsi pada tingkat global (Sila, 2015). Model DOI memberikan dasar untuk memahami alur proses yang terdiri dari komponen serta indikator kesiapan adopsi inovasi sehingga mengarah pada pengembangan kerangka teori awal untuk model kesiapan adopsi inovasi (Guarcello & Raupp, 2021). Pada konsep model DOI, para inovator dan pengadopsi awal digambarkan hanya berjumlah 16% dari populasi yang berpotensi mengadopsi (Barchielli et al., 2021; E. M. Rogers et al., 2014). Oleh karena itu ingin dikaji lebih jauh persentase pengadopsi inovasi pada unit analisis RS Kepolisian dari perspektif internal.

Meningkatnya adopsi inovasi merupakan bentuk intervensi peningkatan kualitas yang kompleks (Wong et al., 2010). Dengan belum banyaknya eksplorasi terkait kesiapan adopsi inovasi pada layanan kesehatan sebagai alur proses yang memediasi antara kesiapan adopsi inovasi dengan keunggulan kompetitif berkelanjutan maka sebagai ekspektasi dari hasil penelitian ini nantinya akan mengisi gap dengan menyelidiki pengaruh kesiapan adopsi inovasi terhadap peningkatan keunggulan kompetitif berkelanjutan pada rumah sakit kepolisian di Indonesia dengan menyajikan model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan yang komprehensif.

C. Rumusan Masalah dan pertanyaan penelitian

Berdasarkan studi pendahuluan dan kajian empirik, maka dapat diketahui bahwa permasalahan yang dihadapi adalah belum tersedianya model kesiapan adopsi inovasi di Rumah Sakit Kepolisian sehingga menurut peneliti penting untuk menyajikan model berupa alur proses kesiapan adopsi inovasi yang membantu RS Kepolisian dalam meningkatkan keunggulan kompetitifnya. Alur proses yang dimaksud berbasis lima komponen dalam model DOI yaitu pengetahuan, persuasi, keputusan, implementasi dan konfirmasi. Komponen tersebut tersusun oleh beberapa indikator yaitu 1) Pengetahuan memiliki tiga indikator (penemuan informasi, organisasi informasi dan transformasi informasi; 2) Persuasi memiliki lima indikator (*keuntungan relative, compatibility, complexity, observability* dan *trialability*); 3) Keputusan terdiri dari dua indikator (kategorisasi adopter dan profil adopter; 4) Implementasi terdiri dari dua indikator (mempraktekkan inovasi dan melakukan *re-invention*); 5) Konfirmasi terdiri dari tiga indikator (melanjutkan untuk adopsi, *discontinue* dan *later adoption*). Komponen dan indikator diatas telah menyusun kerangka teori awal dalam model DOI.

Penelitian ini akan dilakukan untuk menjawab masalah yang teridentifikasi diatas dengan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Komponen dan indikator apa saja yang ada dalam model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan di RS Kepolisian?
2. Bagaimana model kesiapan adopsi inovasi layanan Kesehatan di RS Kepolisian?
3. Bagaimana pengaruh model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan terhadap keunggulan kompetitif berkelanjutan pada RS Kepolisian?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengembangkan model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan terhadap peningkatan keunggulan kompetitif berkelanjutan pada rumah sakit kepolisian.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi komponen dan indikator model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan di RS Kepolisian.
- b. Mengembangkan model kesiapan adopsi inovasi layanan Kesehatan di RS Kepolisian.
- c. Menguji pengaruh model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan terhadap keunggulan kompetitif berkelanjutan pada RS Kepolisian.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

a. Bagi pengembangan ilmu manajemen rumah sakit

Hasil penelitian mengembangkan model kesiapan adopsi inovasi berbasis teoritis *Diffusion of Innovation Model (DOI)* sebagai pemahaman perilaku organisasi secara mikro dan strategi pemasaran rumah sakit.

b. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi sumber rujukan utama bagi civitas academia yang ingin memahami konsep kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan sebagai salah satu sumber peningkatan keunggulan kompetitif berkelanjutan di layanan kesehatan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi institusi kepolisian

Penggunaan model kesiapan adopsi inovasi diharapkan dapat bermanfaat sebagai bahan masukan dan pertimbangan bagi RS kepolisian dalam mengadopsi sebuah inovasi sehingga lebih bernilai dan tepat guna yang menjamin keunggulan kompetitif berkelanjutan bagi RS Kepolisian.

b. Bagi SDM (Tenaga kesehatan)

Diharapkan model kesiapan adopsi inovasi mampu mengakselerasi peningkatan kemampuan dan kapasitas SDM yang akan berdampak pada kinerja organisasi sebagai upaya peningkatan kualitas layanan kepada pasien.

c. Bagi peneliti selanjutnya

Model kesiapan adopsi inovasi dapat diteliti lebih lanjut pada unit analisis yang berbeda ataupun eksplorasi pada area yang lebih luas dengan perspektif *necessity* dan *contingency*.

F. Ruang lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian mencakup proses kesiapan adopsi inovasi beserta komponen yang menyusunnya dan dituangkan melalui model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan pada RS Kepolisian di Indonesia.

G. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Disertasi ini terbagi menjadi lima Bab yaitu Pendahuluan, Tinjauan Pustaka, Metodologi Penelitian, Hasil Penelitian dan Pembahasan serta Penutup. Pada Bab I dijelaskan latar belakang, kajian masalah, rumusan masalah dan pertanyaan penelitian, tujuan dan manfaat penelitian, serta ruang lingkup dan sistematika penulisan. Bab 2 menjelaskan tentang konsep kesiapan adopsi inovasi serta factor yang berkontribusi di rumah sakit berdasarkan penelitian terkini. Dibahas pula tentang konsep keunggulan kompetitif berkelanjutan di rumah sakit. Bab ini juga menyajikan kerangka teori, kerangka konsep, definisi operasional serta asumsi penelitian dan hipotesis. Pada Bab 3 dijelaskan terkait metodologi penelitian yang akan dilakukan mencakup desain penelitian, waktu dan lokasi, informan serta populasi juga sampel penelitian berikut tahapan dan alur penelitian. Melanjutkan ke Bab 4 menjelaskan hasil penelitian dan pembahasan, juga prediksi novelty yang ditemukan dari penelitian ini. Penulisan Disertasi ini diakhiri dengan Bab 5 yang memberikan simpulan dan saran dari penelitian ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep kesiapan adopsi inovasi serta faktor yang berkontribusi di rumah sakit berdasarkan penelitian terkini

1. Tentang kesiapan inovasi, siklus dan adopsi inovasi

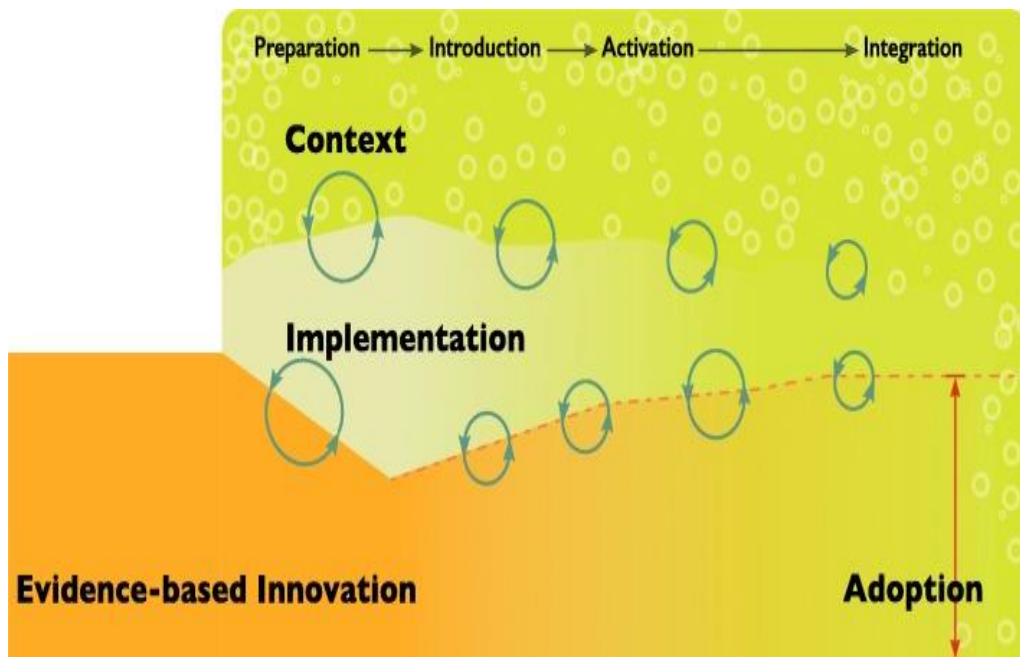
Inovasi adalah kata yang berasal dari bahasa latin *innovare*, yang berarti "menjadi baru". Definisi paling sederhana dari inovasi adalah melakukan sesuatu yang berbeda. Inovasi adalah sebuah kata yang sering digunakan dalam dunia bisnis dan bagi perusahaan, hal ini biasanya berarti sesuatu yang berisiko, mahal, dan memakan waktu (Costello & Prohaska, 2013). Inovasi juga dapat dijelaskan sebagai ide, produk, perangkat, atau hal baru. Ini adalah pola pikir, cara berpikir melampaui masa kini dan ke masa depan. Inovasi penting bagi perusahaan dan ketika digunakan dengan baik, inovasi dapat menjadi sebuah proses, strategi dan teknik manajemen (Kuczmarski, 2003). Inovasi pada dasarnya dapat berupa proses menghasilkan dan menggabungkan ide-ide untuk membuat hubungan antara pencapaian saat ini dan pengalaman masa lalu untuk memecahkan masalah di masa depan.

Miron-Sspektor et al (2011) mendefinisikan inovasi rumah sakit sebagai inisiasi, implementasi, dan penggunaan proses dan metode kerja baru serta adaptasi teknologi baru. Unit medis dan layanan di dalam rumah sakit menghasilkan, menerapkan, dan mengadaptasi ide-ide baru ke setting rumah sakit sehingga berinovasi dalam proses, metode klinis dan administrasi, dan penggunaan teknologi (Nembhard & Lee, 2017; Toussaint et al., 2016). Inovasi didefinisikan dalam berbagai cara, terkadang sebagai produk seperti ide,

metode, atau perangkat baru; sebagai suatu proses, seperti pengenalan dan adopsi ide-ide baru, penemuan-penemuan dan penemuan-penemuan; dan sebagai hasil, seperti perubahan terukur yang signifikan (Benson, 2019).

Berbagai literatur berpendapat bahwa rumah sakit perlu mengembangkan inovasi di dalam unit organisasinya (Jansen, van den Bosch, et al., 2006; Toussaint et al., 2016). Unit dapat mengejar pengembangan produk dan layanan baru, atau membangun pengetahuan yang ada dan memperluas produk dan layanan yang ada (Toussaint et al., 2016). Unit inovatif harus lintas fungsi, menyelidiki dan mencari bantuan, serta menghadapi ketidakpastian masalah baru. Karakteristik unit organisasi yang inovatif ini membuat rumah sakit menjadi tempat yang ideal untuk menguji inovasi (Jansen, van den Bosch, et al., 2006). Kesiapan inovasi secara eksplisit disebut sebagai kemampuan untuk berinovasi (Zerfass, 2005). Kesiapan inovasi menunjukkan tingkat kematangan suatu organisasi untuk berhasil dalam segala jenis inovasi (van den Hoed et al., 2022). Berpindah ke dalam keadaan kesiapan inovasi memiliki cakupan yang lebih luas daripada pengenalan inovasi tertentu (Robert et al., 2009).

Kesiapan inovasi mencakup seluruh siklus inovasi sedangkan kesiapan organisasi untuk perubahan secara khusus mengukur keberhasilan adopsi inovasi baru (Kelly & Young, 2017). Siklus inovasi dalam bidang kesehatan digambarkan oleh model tunnel berikut:



Gambar 2.1 *Tunnel model of Implementation Context, Complexity and Process of Innovation* (Dryden-Palmer et al., 2020)

Gambar 2.1 memperlihatkan proses inovasi berbasis bukti saat diperkenalkan dan bergerak ke sistem perawatan kesehatan. Saat inovasi bergerak ke dalam sistem, ia dihadapkan pada konteks sistem itu. Inovasi tersebut memiliki dampak yang diinginkan dan tidak diinginkan pada konteks sistem tersebut. Inovasi juga dipengaruhi oleh sistem tersebut sebagai pelaksana dan pengguna pengetahuan yang akan berusaha untuk menyempurnakan dan menyesuainya dengan realitas praktik.

Kompleksitas direpresentasikan dalam latar belakang konteks yang bertekstur karena merupakan karakteristik dari konteks tersebut. Kompleksitas juga dihasilkan dalam hubungan antara inovasi, proses implementasi dan konteksnya. Panah melingkar menunjukkan kompleksitas yang berkembang ini pada titik interaksi antara inovasi berbasis bukti dan proses implementasi serta proses implementasi dan konteksnya. Proses implementasi terletak dalam

konteks sistem. Beberapa proses implementasi menyempurnakan konteks sistem untuk adopsi inovasi yang lebih baik sementara yang lain dibentuk oleh konteks yang ada. Ketika inovasi bergerak melalui fase persiapan, pengenalan, aktivasi dan integrasi menuju adopsi, proses implementasi yang disengaja dan organik dimulai bersumber dari membentuk konteks, proses implementasi dan inovasi berbasis bukti.

Ketika inovasi bergerak lebih jauh ke arah adopsi, hubungan timbal balik antara konteks dan proses, hubungan antara proses dan inovasi mengubah bentuk dan kesesuaian inovasi di ruang yang baru saat digunakan. Proses memudar saat mendekati fase adopsi dan proses implementasi menjadi kurang aktif. Saat adopsi tercapai, inovasi diubah menjadi elemen dalam sistem dan menjadi bagian dari konteks yang memudar saat dinormalisasi.

Setelah siklus inovasi berlangsung, dilanjutkan dengan proses keputusan-inovasi yang didasarkan pada teks klasik *Everett Rogers* tentang difusi inovasi (E. Rogers, 1983; E. M. Rogers, 1995; E. M. Rogers et al., 2014) yang menghasilkan Model Proses Keputusan-Inovasi/*Innovation-Decision Process Model* atau dikenal dengan istilah *Diffusion of Innovation* (DOI) yaitu proses di mana inovasi yang didefinisikan sebagai ide yang dianggap baru, menyebar melalui saluran komunikasi tertentu dari waktu ke waktu (E. M. Rogers, 2004). Model ini menunjukkan bahwa adopsi suatu inovasi bukan merupakan tindakan tunggal, melainkan proses yang terjadi dari waktu ke waktu.

Pada tahun 1962, Everett Rogers, profesor sosiologi pedesaan di Ohio State University, menerbitkan karya penting tentang Difusi Inovasi Rogers menyatukan penelitian dari lebih dari 508 studi difusi di berbagai bidang yang

awalnya memengaruhi teori: antropologi, sosiologi awal, sosiologi pedesaan, pendidikan, sosiologi industri, dan sosiologi medis. Rogers menerapkannya pada layanan kesehatan untuk mengatasi masalah kebersihan, pencegahan kanker, keluarga berencana, dan mengemudi dalam keadaan mabuk. Dengan menggunakan sintesisnya, Rogers menghasilkan teori tentang adopsi inovasi di kalangan individu dan organisasi (E. M. Rogers, 1962).

Inovasi menghadirkan alternatif baru kepada individu atau organisasi, dengan cara baru untuk memecahkan masalah. Alasan model difusi inovasi banyak diminati karena sebagian besar inovasi memerlukan jangka waktu yang lama, sering kali bertahun-tahun, mulai dari saat inovasi tersebut tersedia hingga saat inovasi tersebut diadopsi secara luas. Oleh karena itu, permasalahan umum yang dihadapi banyak individu atau organisasi adalah bagaimana mempercepat laju difusi suatu inovasi (E. M. Rogers, 1983)

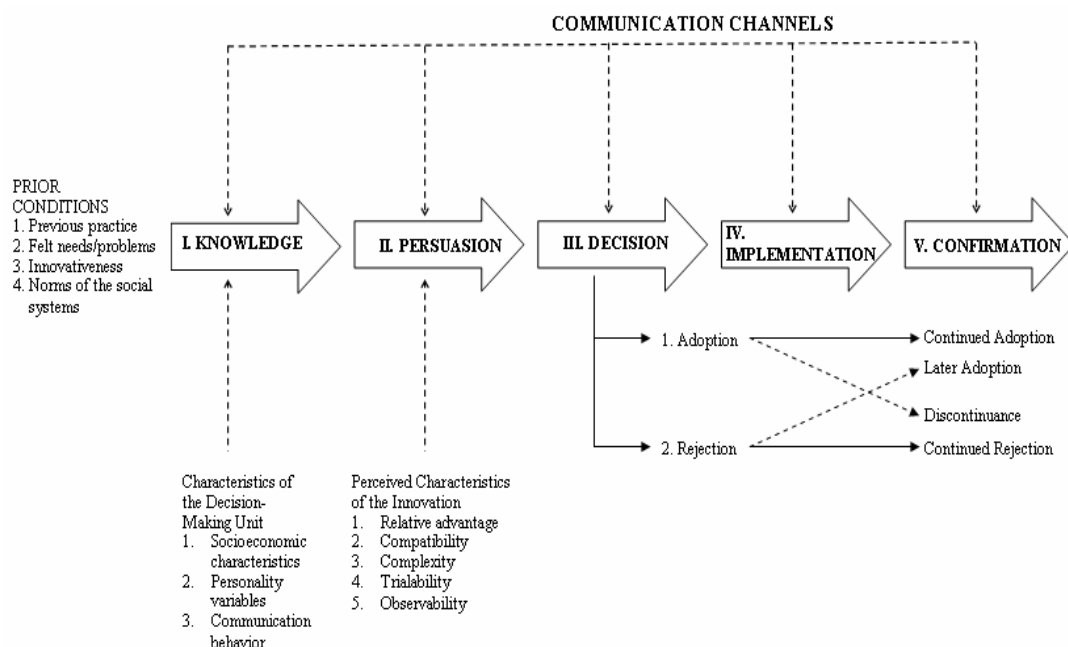
Rogers membatasi pembahasan mengenai proses pengambilan keputusan inovasi hanya pada satu individu saja, dengan demikian pada kasus keputusan inovasi merupakan opsional individu. Namun banyak keputusan inovasi dibuat oleh organisasi atau unit pengadopsi lainnya, sehingga ketika keputusan inovasi dibuat oleh suatu system maka proses pengambilan keputusan biasanya jauh lebih rumit (dibahas dalam Bab 10 tentang proses keputusan inovasi dalam organisasi) (E. M. Rogers, 1983)

Pada awal tahun 1960an, peneliti komunikasi mulai menyelidiki transmisi ide-ide teknologi, khususnya inovasi pertanian, kesehatan, pendidikan, dan keluarga berencana di negara-negara berkembang. Kajian Deutschmann (1998) tentang difusi inovasi di sebuah desa di Kolombia* menjadi tonggak sejarah dan menjadi fokus beberapa penelitian komunikasi

terhadap khalayak petani pada tahun 1960an. Pada tahun 1970an, para pakar komunikasi mulai menyelidiki penyebaran inovasi teknologi di Amerika Serikat pada komunitas atau organisasi yang menjadi unit pengadopsi.

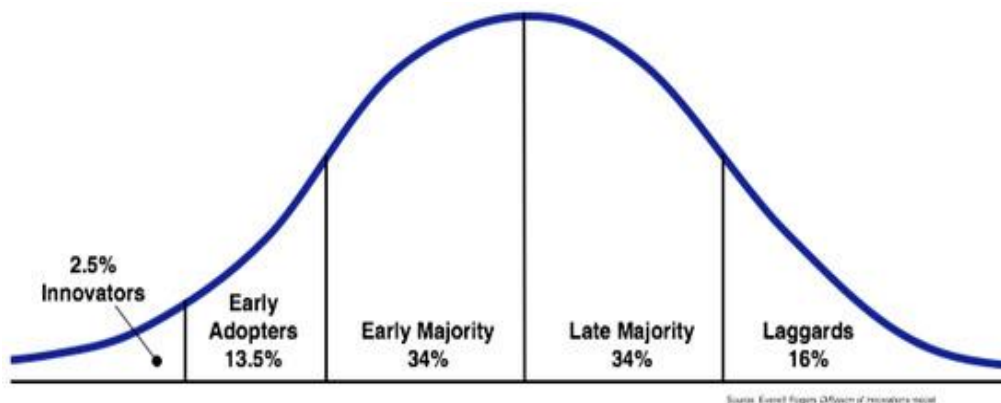
Studi korelasi inovasi dalam survei Mohr (1969) dilakukan pada direktur departemen kesehatan masyarakat daerah di Michigan, Ohio, dan Ontario (Kanada). Skor inovasi dihitung untuk 120 departemen kesehatan yang diteliti sehingga menunjukkan sejauh mana setiap organisasi telah mengadopsi berbagai ide baru dalam kesehatan masyarakat. Departemen kesehatan yang paling inovatif ditandai dengan sumber daya keuangan yang lebih besar dan direktur yang berkomitmen terhadap inovasi.

Perhatian utama model DOI pada keputusan inovasi opsional yang dibuat oleh individu, meskipun sebagian besar dari akan memberikan kontribusi dasar mengenai proses keputusan inovasi dalam organisasi.



Gambar 2.2 *Diffusion of Innovation Model* (E. M. Rogers et al., 2014)

Gambar 2.2 menunjukkan Proses Keputusan-Inovasi yang melibatkan pencarian informasi dan pemrosesan informasi, dimana seorang individu melewati lima tahap sebelum mengadopsi atau menolak suatu inovasi (E. M. Rogers et al., 2014): (1) pengetahuan; (2) persuasi; (3) keputusan; (4) implementasi; dan (5) konfirmasi. pengetahuan dan persuasi adalah dua tahap berbeda yang mendahului keputusan. Pengetahuan terjadi ketika seorang individu dihadapkan pada keberadaan inovasi dan mendapatkan pemahaman tentang bagaimana inovasi itu berfungsi sedangkan persuasi terjadi ketika seorang individu membentuk sikap yang menyenangkan atau tidak menyenangkan terhadap inovasi. Pada tahap keputusan menunjukkan bahwa alternatif pilihan dapat berupa menerima atau menolak untuk mengadopsi inovasi. Jika keputusan inovasi diterima, lanjut ke tahap implementasi inovasi. Rogers et al (2014) mengelompokkan pengadopsi inovasi kedalam beberapa peran yang membentuk kontinum inovasi berikut:



Gambar 2.3 Kurva pengadopsi inovasi (E. M. Rogers et al., 2014)

Orang yang paling awal mengadopsi adalah inovator, diikuti pengadopsi awal, mayoritas awal, mayoritas akhir, dan pengadopsi tertinggal. Inovator dianggap berani mengambil risiko yang memulai proses difusi inovasi (sekitar 2,5% keberadaannya dari populasi umum). Pengadopsi awal adalah tingkat pengadopsi

berikutnya yaitu seorang pengadopsi yang lebih terintegrasi dalam sistem sosial dan setelah mengadopsi inovasi, memberikan izin kepada mayoritas bahwa inovasi tersebut aman untuk diadopsi. Bagi individu, setiap tipe pengadopsi pada spektrum inovasi memiliki perbedaan karakteristik dalam hal status sosial ekonomi, nilai kepribadian, dan perilaku komunikasi.

Terdapat perbedaan tingkat adopsi inovasi pada sistem sosial yang berbeda karena ada aspek-aspek difusi yang tidak dapat dijelaskan hanya dengan sifat perilaku individu. Sistem sosial didefinisikan sebagai sekumpulan unit yang saling terkait yang terlibat dalam pemecahan masalah bersama untuk mencapai tujuan bersama. Anggota atau unit suatu sistem sosial dapat berupa individu, kelompok informal, organisasi, dan/atau subsistem. Tingkat adopsi adalah kecepatan relatif suatu inovasi diadopsi oleh anggota suatu sistem sosial.

Tabel 2.1 Karakteristik pengadopsi inovasi dalam konteks kesehatan

Pengadopsi inovasi	Karakteristik
Inovator	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berani 2. Kosmopolit 3. Senang berpetualang, berwawasan luas 4. Kontak tersebar secara geografis 5. Toleransi tinggi terhadap ketidakpastian dan kegagalan
Pengadopsi awal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemimpin 2. Dihormati secara lokal 3. Terintegrasi dengan baik kedalam system social 4. Bijaksana dalam menggunakan inovasi
Mayoritas awal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disengaja 2. Sangat terhubung dalam system 3. Tepat diatas rata-rata
Mayoritas akhir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Skeptis terhadap perubahan 2. Responsive terhadap kebutuhan ekonomi 3. Responsive terhadap norma social 4. Sumber daya ekonomi yang terbatas 5. Toleransi rendah terhadap ketidakpastian
Pengadopsi tertinggal/lamban	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tradisionil 2. Local 3. Relative terisolasi 4. Situasi ekonomi yang genting

Sumber: (Benson, 2019; Cain & Mittman, 2002)

Difusi dan diseminasi inovasi adalah konsep yang saling melengkapi. Difusi bersifat horizontal, biasanya tidak terencana dan subyektif, melalui jaringan rekan kerja. Diseminasi bersifat vertikal, direncanakan dan ditargetkan dari atas ke bawah dari pusat, dan biasanya berdasarkan rekomendasi para ahli. Penyebaran inovasi meliputi difusi dan diseminasi (Benson, 2019). Namun pada kenyataannya, pengetahuan dan inovasi ilmiah baru seringkali lambat disebarluaskan (Balas & Chapman, 2018).

Dalam kasus lain, penyedia layanan kesehatan terburu-buru mengadopsi apa yang tampaknya merupakan inovasi yang relevan secara klinis, berdasarkan satu uji klinis. Pada kenyataannya, mengadopsi inovasi tanpa terjemahan yang tepat dan pengujian ulang dapat menimbulkan masalah, contoh inovasi klinis (misalnya, kontrol glukosa yang ketat pada pasien yang sakit kritis) yang diadopsi secara tidak tepat dan menyebabkan malfungsi. Untuk mengatasi masalah malfungsi, Balas & Chapman (2018) meninjau berbagai contoh dan menyarankan kerangka kerja untuk difusi pengetahuan yang mengarah pada adopsi inovasi yang bermanfaat. Kerangka kerja yang dihasilkan disebut peta jalan terpadu untuk mengkoordinasikan transformasi pengetahuan dan adopsi inovasi. Dalam konteks ini, menggabungkan konseptualisasi dan pengamatan menjadi gabungan dan terintegrasi dari proses diseminasi dan adopsi serta langkah transformasi pengetahuan secara bersamaan (Gambar 2.4)

Gelombang atau fase				
	Studi klinis	Praktik unggulan	Adopsi mayoritas	Akses umum
Pengadopsi	Inovator	Pengadopsi awal	Pengadopsi awal dan akhir	Pengadopsi tertinggal
Kegiatan yang diperlukan untuk mendukung transformasi pengetahuan menjadi gelombang adopsi berikutnya	Penilaian hasil, efektivitas biaya, terjemahan ke dalam praktik, pengembangan bisnis	Dampak kesehatan masyarakat, pernyataan konsensus, sesi pelatihan dan uji coba, penguatan pendidikan	Pedoman klinis, pendukung keputusan, informasi pasien, kebijakan dan insentif	Akreditasi, insentif dan kewajiban, kesadaran publik, buku teks
Faktor penghambat	Kurangnya kelayakan	Kegagalan untuk mengoperasionalkan	Kurang dukungan	Kesenjangan perawatan kesehatan

Sumber: (Balas & Chapman, 2018)

Gambar 2.4 Peta jalan terintegrasi untuk mengkoordinasikan transformasi pengetahuan dan adopsi inovasi di layanan Kesehatan

Peta jalan terintegrasi untuk mengkoordinasikan transformasi pengetahuan dan adopsi inovasi dijelaskan sebagai berikut (Balas & Chapman, 2018):

a. Studi klinis

Proses diseminasi dan adopsi dimulai dengan penemuan penelitian klinis, baik dengan mengidentifikasi praktik terbaik melalui perbandingan atau dengan mendeteksi manfaat hasil yang signifikan dalam uji klinis terkontrol yang cukup besar. Adopsi klinis bergantung pada studi klinis yang dapat diterapkan secara langsung, ketat, dan dapat ditiru. Penemuan awal bukan hanya titik awal tetapi juga merupakan terjemahan sukses pertama kalinya ke dalam praktek di satu atau beberapa lembaga percobaan. Selanjutnya,

membuat penemuan tersedia untuk implementasi yang lebih luas membutuhkan banyak transformasi pengetahuan untuk mengoperasionalkan temuan awal, termasuk penilaian praktik, efektivitas biaya dan pengembangan bisnis untuk layanan dan produk.

b. Praktik unggulan

Ketika praktik inovatif mulai menyebar, kelompok lembaga perintis yang agak lebih besar tetapi masih terbatas mulai mengadopsi praktik tersebut dan idealnya, mereka mewujudkan perbaikan yang dihasilkan. Sebenarnya, fase ini adalah verifikasi independen kedua dari dampak kesehatan masyarakat. Mengenai transformasi pengetahuan, ini juga merupakan waktu ketika rekomendasi konsensus, pelatihan tim, dan inisiatif pendidikan mulai muncul untuk membuat praktik atau intervensi diterapkan secara lebih luas.

c. Adopsi mayoritas

Ketika praktik inovatif menyebar di luar kelompok sempit lembaga perintis, berbagai komponen dapat memfasilitasi penerapannya secara luas, termasuk pedoman praktik klinis, informasi pasien, dukungan keputusan, insentif baru, dan kebijakan pendukung. Adopsi mayoritas adalah fase dengan dampak potensial terbesar pada kesehatan masyarakat dan kinerja industri perawatan kesehatan.

d. Akses umum

Tahap terakhir diseminasi adalah menjangkau populasi dan penyedia di komunitas yang kurang terlayani. Dengan kata lain, fase ini merupakan upaya mendekati akses universal sedekat mungkin. Pada saat ini, transformasi pengetahuan tambahan muncul dengan buku teks,

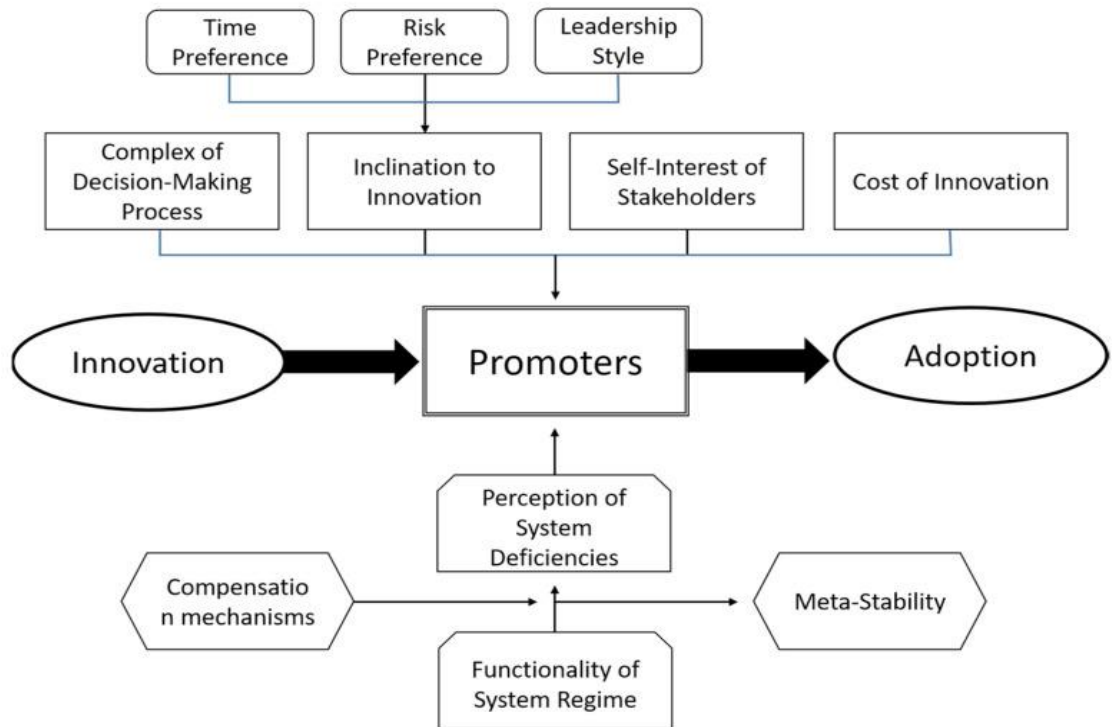
persyaratan akreditasi terkait, kampanye kesadaran publik, insentif khusus, kewajiban baru, dan lain-lain. Kegagalan suatu inovasi untuk memasuki fase diseminasi ini memiliki potensi untuk menciptakan disparitas layanan kesehatan baru—produk sampingan yang sering terjadi dari pengenalan teknologi baru.

Innovativeness adalah sejauh mana seorang individu atau organisasi relatif lebih awal dalam mengadopsi ide-ide baru dari anggota lain disuatu sistem. Bagi individu, proses keputusan inovasi adalah kegiatan pencarian informasi dan pengolahan informasi untuk memahami kelebihan dan kekurangan inovasi. Tingkat adopsi diukur dengan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk proporsi tertentu dari anggota sistem untuk menggunakan inovasi. Inovator dan pengadopsi awal memiliki periode keputusan inovasi yang lebih pendek daripada pengadopsi akhir dan lamban (Benson, 2019).

Dalam konteks rumah sakit, inovasi seringkali melibatkan perubahan adaptif, yang memberi tekanan pada staf di semua tingkatan. Atribut untuk sukses menerapkan inovasi mencakup budaya penerimaan terhadap ide-ide baru dan kapabilitas, kapasitas, dan ketekunan organisasi untuk membuat perubahan berhasil. Dalam organisasi, proses inovasi memiliki lima tahap (Benson, 2019):

- a. Agenda—mengidentifikasi kebutuhan
- b. Mencocokkan—menyesuaikan solusi dengan masalah
- c. Definisikan ulang/restrukturisasi—sesuaikan organisasi dan/atau inovasi satu sama lain
- d. Klarifikasi—makna inovasi menjadi lebih jelas bagi anggota organisasi
- e. Rutin—inovasi digunakan secara luas dan berkelanjutan.

Model Adopsi Inovasi Pelayanan Kesehatan berbasis DOI dikembangkan oleh Flessa & Huebner (2021) yang disajikan pada gambar berikut:



Gambar 2.5 Model of Adoption of a Health Care Innovation (Flessa & Huebner, 2021a)

Gambar 2.5 menunjukkan model adopsi inovasi perawatan kesehatan. Ini mengasumsikan bahwa ide, paradigma, produk, layanan, atau teknologi baru telah berkembang ke titik rumah sakit atau sistem lain dapat mengadopsi dan menerapkannya. Model menjawab pertanyaan tentang apa yang harus terjadi agar inovasi dari luar dapat menjadi inovasi yang diterima dalam layanan kesehatan. Promotor berada di pusat analisis yaitu figur kunci yang akhirnya membuat adopsi inovasi terjadi. Berbagai jenis promotor memiliki peran yang berbeda dengan keahlian mereka, promotor ahli berkontribusi untuk mengatasi hambatan kurangnya pengetahuan tentang inovasi (Gemünden et al., 2007). Promotor tahu “bagaimana sesuatu bekerja” (Goduscheit, 2014). Namun,

promotor yang ahli dan berkuasa mungkin tidak cukup untuk membuat proses adopsi inovasi jadi berhasil, karena administrasi dalam pelayanan kesehatan bisa saja menjadi kendala lain yang tidak dapat diatasi (Flessa & Huebner, 2021a). Dengan demikian, proses adopsi inovasi yang sukses membutuhkan promotor administratif. Selain itu, promotor harus berperan terus-menerus mencari bibit inovasi dari luar yang mungkin relevan untuk layanan kesehatan sehingga mengatasi hambatan komunikasi yang kurang atau salah arah antara petugas, pasien dan pemangku kepentingan lainnya (Gemünden et al., 2007; Goduscheit, 2014).

Model diatas menunjukkan bahwa promotor hanya akan bersedia mendukung inovasi jika mereka merasakan gejala kekurangan sistem. Jika semua orang puas dengan kondisi dan solusi saat ini, sebagian besar tidak perlu mengambil risiko inovasi. Hanya jika solusi sistem yang ada tidak berfungsi, promotor akan berani mengadopsi inovasi. Namun, reaksi normal terhadap sistem disfungsi bukanlah mengubahnya sepenuhnya, melainkan memperbaikinya terlebih dahulu.

Selain itu, ada empat faktor yang mempengaruhi kemauan dan kemampuan manajer untuk mengadopsi suatu inovasi. Pertama, kompleksitas solusi menentukan kemungkinan dan kecepatan adopsi. Inovasi yang sangat kompleks, yang memerlukan banyak penjelasan dan melibatkan banyak unsur dan hubungan, tidak mungkin diadopsi. Inilah salah satu alasan mengapa inovasi makro kurang mudah diadopsi daripada inovasi mikro. Ini adalah peran promotor ahli untuk mengurangi kompleksitas dan ketidakpastian yang dihasilkan dari suatu inovasi.

Kedua, biaya inovasi sangat penting untuk kemungkinan dan kecepatan adopsi. Istilah biaya tidak hanya mencakup pengeluaran keuangan untuk mengembangkan dan menerapkan inovasi baru. Sebaliknya, ini menutupi biaya non-finansial dari penurunan produktivitas selama transformasi sistem lama ke sistem baru yang juga mencakup konsekuensi negatif dari kinerja intelektual manajer yang terbatas. Inovasi mikro yang memecahkan masalah dianggap penting oleh semua orang dan tanpa solusi sistem yang ada akan lebih mudah bertahan, terutama jika tidak memerlukan investasi biaya besar.

Ketiga, kecenderungan promotor dan pemangku kepentingan lainnya terhadap inovasi juga merupakan faktor penting. Itu tergantung pada tiga faktor, yaitu preferensi waktu, preferensi risiko dan gaya kepemimpinan dalam organisasi. Preferensi waktu adalah ekspresi dari nilai masa depan. Jika seseorang ingin melihat hasil hari ini dan mengabaikan manfaat masa depan, dia memiliki preferensi waktu yang tinggi dan tidak akan mengadopsi suatu inovasi karena sebagian besar inovasi menunjukkan keunggulan kompetitifnya terhadap solusi standar hanya setelah beberapa waktu (E. M. Rogers et al., 2014). Preferensi risiko mengungkapkan apakah pembuat keputusan menyukai, menerima, atau membenci risiko. Jika seseorang sangat takut mengambil risiko, dia akan selalu bertahan dengan solusi saat ini. Bahkan jika itu buruk, mungkin masih lebih baik baginya daripada mengambil risiko kegagalan dengan mengadopsi inovasi alternatif. Terakhir, mengadopsi inovasi selalu mensyaratkan karyawan memiliki ruang mental untuk menguji dan bereksperimen, mencoba dan gagal, mencoba lagi dan berhasil. Gaya kepemimpinan berdasarkan perintah dan kontrol yang sepenuhnya berdasarkan kepatuhan dan pemenuhan tugas yang ketat sehingga tidak

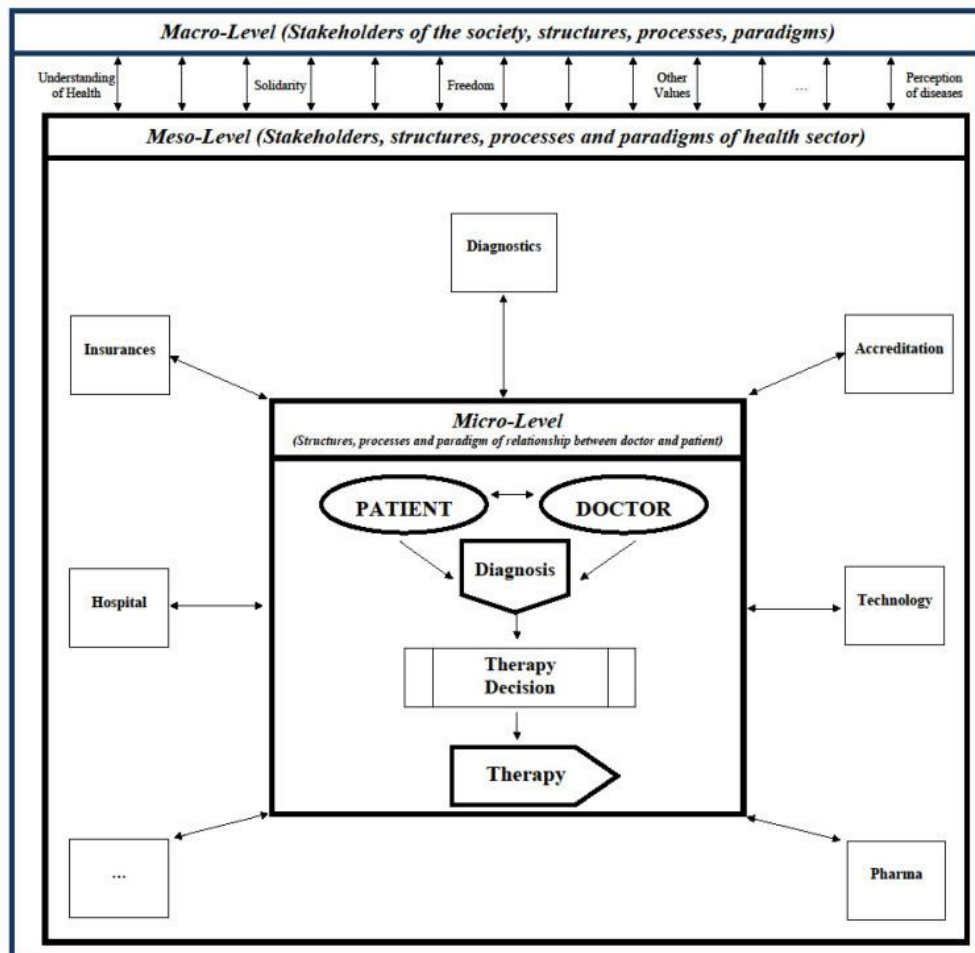
memberikan ruang untuk inovasi. Dalam analisis tentang inovasi yang berpusat pada pasien dilayanan kesehatan sangat penting diberikan penekanan pada determinan primer internal, termasuk kepemimpinan yang efektif (Hernandez et al., 2013). Konsekuensinya, seseorang memiliki kemungkinan besar untuk menjadi promotor jika mereka memiliki preferensi waktu yang rendah dan selera risiko yang rendah serta bekerja di organisasi dengan gaya kepemimpinan dan pembinaan (Hauschildt et al., 2016; Omachonu & Einspruch, 2010). Keempat, pemangku kepentingan hanya menjadi promotor jika inovasi tersebut tidak bertentangan dengan kepentingan individual dan organisasi.

Adopsi inovasi ke dalam rumah sakit dan ke dalam sistem yang lengkap adalah proses yang sangat kompleks karena melibatkan banyak pemangku kepentingan dan faktor lainnya yang berpengaruh (Hernandez et al., 2013). Cukup sering, ide, teknologi, atau produk yang bagus tidak menemukan sponsor karena disfungsi sistem yang ada belum memadai, kekurangan dalam memberi solusi, biaya konversi dipandang terlalu tinggi sehingga merugikan, atau tidak ada eksekutif yang dapat atau mau menerima inovasi (Berwick, 2003). Tidak setiap organisasi akan mengadopsi inovasi dengan kecepatan yang sama karena setiap individu memiliki katakter tersendiri dalam adopsi inovasi mungkin menjadi inovator, pengadopsi awal, mayoritas awal, mayoritas akhir atau lamban (E. Rogers, 1983; E. M. Rogers, 1995; E. M. Rogers et al., 2014). Namun, inovasi juga dapat menyebar atau menular berarti bahwa suatu inovasi menyebar ke seluruh populasi melalui kontak dari satu orang ke orang lain. Difusi suatu inovasi dalam ruang dan waktu bersifat hierarkis dan menular sekaligus mengarah pada pola difusi yang kompleks.

Flessa & Huebner (2021) juga membagi tingkatan inovasi yang berpengaruh pada proses adopsi inovasi yaitu tingkat mikro, meso dan makro. Di tingkat mikro, hanya struktur, proses, dan paradigma hubungan antara dokter-pasien yang terlibat. Tingkat meso terdiri dari semua pemangku kepentingan, struktur, proses dan paradigma sektor perawatan kesehatan termasuk perusahaan asuransi, perusahaan diagnostik dan teknologi, badan akreditasi, dan industri farmasi. Di tingkat makro, semua pemangku kepentingan, struktur, proses dan paradigma masyarakat ikut terlibat. Secara khusus, nilai-nilai sosial merupakan kerangka dari sistem perawatan kesehatan (tingkat meso) dan hubungan dokter-pasien (tingkat mikro).

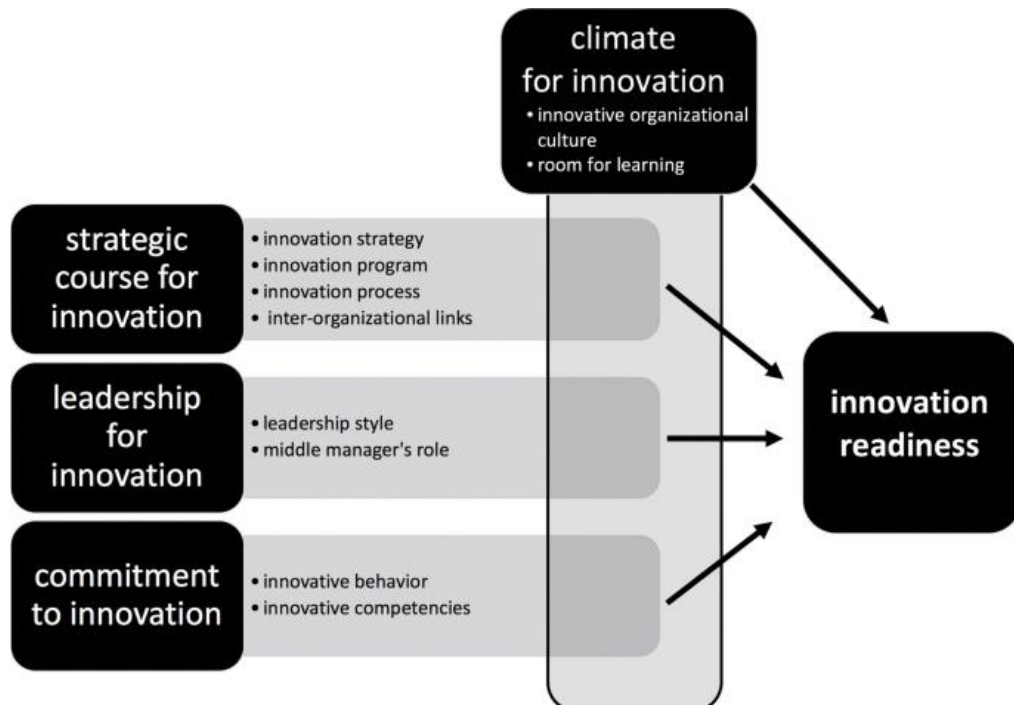
Inovasi mikro biasanya lebih mudah diadopsi, sedangkan inovasi makro memiliki waktu yang sangat sulit untuk menjadi standar baru. Oleh karena itu, sebagian besar inovasi ada di tingkat mikro, tetapi dari waktu ke waktu terdapat gangguan karena sulitnya menyerap inovasi mikro yang hanya melibatkan sedikit subsistem. Sehingga level meso harus mengurusnya, misalnya manajemen rumah sakit. Ini sering melibatkan elemen lain dari sistem perawatan kesehatan. Jika level meso tidak dapat mengakomodasi perubahan maka tekanan diberikan pada struktur makro. Inovasi yang membutuhkan perubahan struktur makro memerlukan tekanan yang sangat kuat atau membutuhkan waktu yang lama. Selain itu, ketiga tingkatan tersebut tidak berdiri sendiri satu sama lain, tetapi sangat erat kaitannya sehingga saling mempengaruhi satu sama lain. Contohnya adalah pengaruh perusahaan farmasi (agen di tingkat meso) terhadap persepsi dokter tentang obat inovatif dalam konteks studi klinis yang bersponsor. Hal ini, pada gilirannya, dapat mempengaruhi hubungan antara dokter dan pasien di tingkat mikro. Pengaruh

serupa akan diberikan melalui lobi kebijakan kesehatan di tingkat makro. Hal ini dapat mendistorsi proses inovasi, yaitu mempercepat atau bahkan memperlambatnya (Flessa & Huebner, 2021a).



Gambar 2.6 Tingkatan inovasi mikro, meso dan makro yang berdampak pada proses adopsi inovasi dilayanan kesehatan (Flessa & Huebner, 2021a)

2. Faktor yang berkontribusi dalam kesiapan inovasi di rumah sakit



Gambar 2.7 Faktor yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi
(van den Hoed et al., 2022)

Pada gambar 2.7, faktor yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi dikategorikan menjadi empat faktor utama: 1) strategis pembelajaran untuk inovasi, 2) iklim untuk inovasi, 3) kepemimpinan untuk inovasi, dan 4) komitmen terhadap inovasi. Tanda panah menggambarkan kontribusi dari empat faktor utama terhadap kesiapan inovasi. Kolom vertikal dari faktor iklim untuk inovasi menggambarkan keterhubungannya dengan tiga faktor utama lainnya dan setiap faktor utama terdiri dari dua atau empat sub faktor.

a. Strategi pembelajaran untuk inovasi

Faktor strategi untuk inovasi mengacu pada manajemen puncak yang mempersiapkan arah jangka panjang organisasi untuk menjadi siap dengan

inovasi (van den Hoed et al., 2022). Ini mengartikulasikan peran dan pentingnya inovasi bagi organisasi dalam hal strategi dan menentukan alokasi sumber daya antara proses yang berlangsung saat ini dan proses inovasi nantinya. Faktor ini terdiri dari sub faktor berikut:

1) Strategi inovasi

Strategi inovasi menyangkut keselarasan tujuan inovasi dengan strategi rumah sakit secara keseluruhan dan memprioritaskan tindakan yang diinginkan karyawan (Fleuren et al., 2004; Lombardi et al., 2018; C. Schultz et al., 2012).

Terdapat beberapa unsur untuk merancang strategi inovasi yang efektif, yaitu: karakteristik konteks sosiopolitik (misalnya, undang-undang), organisasi (misalnya, proses pengambilan keputusan), orang yang mengadopsi (misalnya, profesional kesehatan), inovasi (misalnya, kompleksitas) (Fleuren et al., 2004), budaya organisasi (misalnya, nilai-nilai), struktur organisasi (misalnya, proses, sumber daya) dan kebijakan organisasi (misalnya, penyelarasan insentif) (Lombardi et al., 2018).

Selain itu, Schultz et al. (2012) mempelajari instrumen yang dapat digunakan organisasi untuk menyelaraskan tujuan karyawan dengan tujuan organisasi dan mendorong karyawan untuk berpartisipasi dalam strategi inovasi. Hasilnya menunjukkan bahwa instrumen formal (misalnya penghargaan) dan instrumen informal (misalnya dorongan karyawan) mempengaruhi ukuran dan keinovatifan kegiatan inovasi.

2) Program inovasi

Faktor program inovasi mengacu pada rencana dan tindakan terkoordinasi yang dilakukan organisasi untuk menerapkan strategi inovasi (Glover et al., 2020; Hunter et al., 2021; Zippel-Schultz & Schultz, 2011).

Glover et al. (2020) meneliti pengaruh kompleksitas unit rumah sakit pada inovasi. Unit rumah sakit digambarkan kompleks karena tidak dapat sepenuhnya dipahami melalui pemikiran linier saja dan interaksi antara anggota tim dapat menghasilkan perilaku yang tidak dapat diprediksi dan menghasilkan perilaku baru. Untuk mencapai tingkat inovasi yang tinggi dalam program inovasi ini, unit dengan tingkat kompleksitas yang lebih tinggi harus merespons dengan otonomi staf yang lebih rendah (misalnya, kemandirian) dan penekanan yang lebih besar pada orientasi kinerja (misalnya, menunjukkan kompetensi).

Hunter et al. (2021) mempelajari program berbasis kompetisi yang dirancang untuk mempercepat ide-ide perawatan kesehatan yang inovatif. Karyawan didorong untuk mengajukan ide-ide inovatif dan jika terpilih, mereka diberikan dukungan manajemen proyek bisnis, hukum, teknis dan ilmiah untuk membantu mempercepat proyek mereka. Program ini dimodelkan di sekitar empat faktor: tim kecil dan dinamis yang dipimpin manajer proyek, hambatan masuk yang rendah, penekanan pada penjangkauan dan membina inovator. Studi ini menemukan bahwa manajemen proyek dan panduan bagi para inovator merupakan fitur paling kritis dari program inovasi. Perencanaan bisnis dan proyek meningkatkan keberhasilan program inovasi. Perencanaan bisnis memastikan kesesuaian antara ide inovasi (Zippel-Schultz & Schultz, 2011).

3) Proses inovasi

Faktor proses inovasi menyangkut kebijakan dan langkah yang diambil oleh organisasi dari ide inovasi untuk mempertahankan inovasi. Proses inovasi telah diteliti dalam beberapa studi (Atkinson & Singer, 2021; Barnett et al., 2011; Hyrkás et al., 2020; Leal-Rodríguez et al., 2013; Reed et al., 2012). Faktor yang relevan untuk proses inovasi mencakup ketersediaan bukti kuantitatif, jaringan antar pribadi dan antar organisasi, peran dan manajemen senior, keberadaan konteks dalam dan luar yang menguntungkan (Barnett et al., 2011; Reed et al., 2012), kendala organisasi (Atkinson & Singer, 2021) dan manajemen pengetahuan (Leal-Rodríguez et al., 2013).

Atkinson et al. (2021) memeriksa dua jenis kendala organisasi: kendala heterarkis (perlawanan dari kelompok profesional lain dan unit dalam organisasi) dan kendala hierarkis (perlawanan dari pemangku kepentingan dan manajer tingkat atas). Hasilnya menunjukkan bahwa tim mengatasi kendala pada berbagai tahap inovasi dengan menerapkan berbagai taktik.

Leal-Rodríguez et al (2013) mempelajari hubungan antara manajemen pengetahuan dan efektivitas proses inovasi. Menurut mereka, manajemen pengetahuan yang didefinisikan sebagai komponen pengetahuan organisasi yang eksplisit dan diam-diam, mengarah pada hasil inovasi yang lebih baik

Hyrkas et al. (2020) mengembangkan dan menguji model kreasi bersama untuk inovasi kolaboratif, perusahaan dan profesional perawatan kesehatan bersama-sama menciptakan layanan perawatan kesehatan masa depan. Hasilnya menunjukkan bahwa kolaborasi membutuhkan persiapan yang matang, pengetahuan khusus tentang sektor, dan upaya aktif di seluruh proses. Reed et al. (2012) mempelajari proses inovasi dalam organisasi perawatan

kesehatan dari perencanaan strategis hingga implementasi dan menemukan bahwa proses inovasi paling bergantung pada budaya organisasi dan kepemimpinan.

4) Keterkaitan antar organisasi dan difokuskan pada level organisasi

Keterkaitan antar organisasi menyangkut hubungan suatu organisasi dengan organisasi lain dan bagaimana organisasi menggunakan tautan ini untuk meningkatkan kesiapan inovasi. Goes et al (1997) mendefinisikan hubungan antar-organisasi sebagai "hubungan kerja sama di antara organisasi yang berbeda tetapi terkait." Hubungan antara inovasi dan empat jenis keterikatan antar organisasi yang berbeda tetapi tidak eksklusif dipelajari antara lain 'tautan struktural' (organisasi berafiliasi dengan kerangka kerja perusahaan), 'tautan administratif' (misalnya, manajemen kontrak), 'tautan kelembagaan' (tautan dengan kelembagaan dan asosiasi perdagangan) dan 'tautan sumber daya' (misalnya, pertukaran sumber daya). Hasil menunjukkan bahwa link antar organisasi memberikan kesempatan untuk bertukar kemampuan dan pengetahuan antara organisasi dan untuk meningkatkan pemahaman tren lingkungan.

Bun et al. (2020) mempelajari kesadaran para peneliti tentang konteks organisasi dalam kolaborasi organisasi perawatan kesehatan dan universitas dalam berinovasi. Hasil menunjukkan bahwa untuk membuat penelitian inovasi ilmiah berhasil dalam pengaturan perawatan kesehatan, penting bagi peneliti untuk memahami pengalaman staf, melibatkan mereka sebagai anggota aktif tim peneliti dan mendukung mereka untuk mengembangkan keterampilan.

b. Iklim untuk inovasi

Faktor Iklim untuk inovasi menyangkut penciptaan lingkungan organisasi yang mendukung yang berkontribusi pada kesiapan inovasi dan berfokus pada tim dan tingkat organisasi (van den Hoed et al., 2022). Faktor ini terdiri dari sub faktor budaya organisasi yang inovatif dan ruang untuk belajar.

1) Budaya inovasi organisasi

Budaya organisasi yang inovatif menyangkut cara karyawan secara kolektif berpikir, berperilaku dan percaya dalam kaitannya dengan kesiapan inovasi dan hal ini telah diteliti oleh beberapa studi (Cramm et al., 2013; Helfrich et al., 2007; Jacobs et al., 2015; Jaskyte & Dressler, 2005; Joseph, 2015; Keown et al., 2014; Nieboer & Strating, 2012; J. S. Schultz et al., 2017; Somech & Drach-Zahavy, 2013; von Treuer et al., 2018). Budaya organisasi yang inovatif digambarkan sebagai sikap atau perilaku tim atau organisasi terhadap inovasi (Cramm et al., 2013; Helfrich et al., 2007; Jaskyte & Dressler, 2005).

Jacobs et al (2015) menyoroti sejauh mana karyawan memandang bahwa inovasi diharapkan dan dihargai oleh organisasi, sedangkan Joseph (2015) dan Nieboer et al. (2012) menyoroti budaya inovatif sebagai kondisi di mana karyawan didukung dalam inovasi. Berbagai faktor yang memperkuat budaya inovatif disebutkan dalam penelitian tersebut.

Dukungan organisasi dalam inovasi sering disebutkan di beberapa artikel (Cramm et al., 2013; Helfrich et al., 2007; Jacobs et al., 2015; Jaskyte & Dressler, 2005; Keown et al., 2014; Nieboer & Strating, 2012) dan didefinisikan sebagai waktu, pelatihan, kecocokan nilai inovasi (misalnya kesesuaian antara inovasi dan nilai pengguna inovasi) dan standar implementasi dan kebijakan. Berinvestasi dalam standar dan kebijakan inovasi dapat diartikan oleh

karyawan sebagai inovasi yang menjadi prioritas organisasi dan berkontribusi pada persepsi budaya inovasi yang baik (Jacobs et al., 2015; Keown et al., 2014). Selanjutnya, dukungan manajemen (misalnya, pembinaan, penetapan prioritas) dan kepemimpinan (misalnya, bimbingan dan mempersiapkan staf untuk perubahan) disebutkan dapat meningkatkan budaya inovasi (Cramm et al., 2013; Helfrich et al., 2007; Joseph, 2015; Keown et al., 2014; Nieboer & Strating, 2012; von Treuer et al., 2018).

Budaya inovasi adalah lingkungan yang memungkinkan karyawan untuk bertanya dan mempertanyakan praktik organisasi (Joseph, 2015), memberikan kelonggaran yang cukup untuk mengekspresikan kreativitas dan memungkinkan karyawan untuk mengambil risiko, bereksperimen dan memanfaatkan peluang (Jaskyte & Dressler, 2005). Pengetahuan tentang bagaimana karyawan merasakan budaya inovatif dapat digunakan oleh manajemen untuk menentukan apakah suatu kelompok atau organisasi siap untuk inovasi (J. S. Schultz et al., 2017). Somech et al. (2013) merinci empat dimensi budaya inovatif: visi, keselamatan partisipatif, orientasi tugas, dan dukungan untuk inovasi. Mereka mempelajari komposisi tim (gabungan kepribadian kreatif individu dan keragaman fungsional), kreativitas tim dan iklim untuk inovasi dan melaporkan bahwa komposisi tim berinteraksi dengan budaya inovatif.

2) Ruang untuk belajar

Ruang untuk belajar menyangkut lingkungan yang mendorong organisasi dan karyawan untuk belajar, mencerminkan dan memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi dan faktor ini telah diteliti dalam enam studi sebagai variabel kapasitas untuk belajar dan

berinovasi (Anvik et al., 2020; Carpenter et al., 2018; Thomas et al., 2005) dan variabel fasilitasi pembelajaran (Jungmeier, 2017; Saidi et al., 2017; Timmermans et al., 2013).

Kapasitas untuk belajar dan berinovasi diteliti dalam tiga studi (Anvik et al., 2020; Carpenter et al., 2018; Thomas et al., 2005). Temuan Anvik et al. (2020) menunjukkan bahwa praktik kerja sehari-hari para perawat profesional, selain situasi pembelajaran yang direncanakan, merupakan titik tolak penting untuk pembelajaran dan inovasi. Selain itu, kesempatan bagi orang untuk berefleksi dan belajar di semua tingkatan organisasi serta kepemimpinan yang mendorong karyawan untuk berpartisipasi dapat meningkatkan kapasitas untuk belajar dan berinovasi (Thomas et al., 2005). Komunitas belajar (kelompok belajar dalam kluster inovasi) memberikan kesempatan untuk belajar dan dapat mengurangi waktu yang dibutuhkan untuk memindahkan inovasi ke dalam praktik (Carpenter et al., 2018).

Fasilitasi pembelajaran yang meningkatkan kesiapan inovasi diteliti dalam tiga penelitian (Saidi et al., 2017; Timmermans et al., 2013; Zuber & Moody, 2018). Zuber et al. (2018) mengamati bahwa alat untuk menciptakan solusi inovatif, seperti curah pendapat dan pembuatan prototipe, meningkatkan potensi inovasi kreatif bagi karyawan. Peran ruang dalam memfasilitasi inovasi dipelajari oleh Saidi et al. (2017). Ruang kerja yang menarik, berbeda dari tempat kerja biasa, merangsang inovasi melalui “ruang yang memungkinkan interaksi” karena interaksi produktif dari berbagai karyawan menginspirasi ide-ide baru. Selanjutnya, pengaruh pembelajaran tim terhadap implementasi inovasi dipelajari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pembelajaran tim akan

meningkat jika kebutuhan pembelajaran tim dieksplorasi sebelum penerapan suatu inovasi (Timmermans et al., 2013).

c. Kepemimpinan untuk inovasi

Kepemimpinan untuk inovasi menyangkut peran pemimpin puncak dan menengah untuk berkontribusi pada kesiapan inovasi (van den Hoed et al., 2022). Faktor utama terdiri dari sub faktor gaya kepemimpinan dan peran manajer.

1) Gaya kepemimpinan

Gaya kepemimpinan menyangkut sikap dan perilaku manajer dalam memimpin jalan menuju kesiapan inovasi. Gaya kepemimpinan diteliti dalam tiga artikel (Günzel-Jensen et al., 2018; Masood & Afsar, 2017; Rokstad et al., 2015). Kepemimpinan transformasional yang diarahkan pada motivasi inspirasional karyawan dengan mengungkapkan visi yang meyakinkan (Günzel-Jensen et al., 2018), memiliki pengaruh positif terhadap perilaku inovatif karyawan (Günzel-Jensen et al., 2018; Masood & Afsar, 2017; Rokstad et al., 2015), sedangkan kepemimpinan transformasional mendorong karyawan untuk berpikir dan memecahkan masalah secara inovatif (Masood & Afsar, 2017). Selain kepemimpinan transformasional, kepemimpinan situasional (misalnya, partisipasi aktif dari pemimpin) dianggap penting oleh staf karena “pemimpin harus hadir di lingkungan dan mengetahui keterampilan karyawannya” (Rokstad et al., 2015).

Gunzel-Jensen et al. 2018 mempelajari interaksi antara gaya kepemimpinan yang berbeda (kepemimpinan transformasional, transaksional dan pemberdayaan) dan melaporkan bahwa kombinasi kepemimpinan transformasional dan pemberdayaan (bertujuan untuk meningkatkan

kemampuan karyawan untuk membuat keputusan otonom ketika melakukan pekerjaan mereka) memiliki pengaruh positif yang kuat pada perilaku inovatif.

2) Peran *middle* manajer

Peran *middle* manajer menyangkut tanggung jawab dan motivasi manajer untuk kesiapan inovasi. *Middle* manajer penting untuk membuat implementasi inovasi terjadi (Engle et al., 2017; Urquhart et al., 2018), tetapi keragaman peran mereka dan wewenang pengambilan keputusan yang terbatas sehubungan dengan implementasi menghambat kapasitas inovatif mereka (Urquhart et al., 2018). García-Goñi et al. (2007) mempelajari hubungan antara motivasi terhadap inovasi dan keterlibatan dalam proses inovasi. Karena manajer lebih terlibat dalam proses inovasi daripada profesional kesehatan lainnya, mereka merasa lebih termotivasi untuk berinovasi daripada karyawan garis depan.

Chuang et al.(2011) melaporkan bahwa dukungan manajer menengah didorong oleh kesesuaian antara inovasi dan prioritas tempat kerja manajer dalam kombinasi dengan kontrol atas implementasi. Selanjutnya, Birken et al. (2015) dan Chuang et al. (2011) melaporkan bahwa manajer puncak dapat meningkatkan komitmen *middle* manajer dengan mengungkapkan kepada mereka bahwa implementasi inovasi merupakan prioritas organisasi dan mengalokasikan kebijakan dan sumber daya yang sesuai. Sebagai imbalannya, *middle* manajer dapat memanfaatkan dukungan ini dengan meminta bantuan ekstra dalam pelaksanaan strategi inovasi (Birken et al., 2015).

d. Komitmen terhadap inovasi

Komitmen terhadap inovasi menyangkut tindakan organisasi yang ditujukan pada sikap, pelatihan, dan pengembangan karyawan individu untuk

mendukung mereka dalam kesiapan individu mereka untuk menjadi lebih baik dalam berinovasi (van den Hoed et al., 2022). Faktor utama terdiri dari sub faktor perilaku inovatif dan kompetensi inovatif.

1) Perilaku inovatif

Perilaku inovatif menyangkut karyawan yang melakukan tindakan inovatif yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi. Perilaku inovatif dirangsang oleh dukungan manajerial (misalnya, motivasi, penghargaan), dukungan budaya (iklim inovatif) (Emiralioglu & Sönmez, 2021) dan kepemimpinan terdistribusi (pemimpin mendistribusikan kepemimpinan kepada karyawan dan menyerahkan keputusan kerja kepada karyawan) (Jønsson et al., 2022). Selanjutnya, praktik HRM keterlibatan yang tinggi (misalnya, pelatihan dan pengembangan, umpan balik kinerja) secara positif memengaruhi perilaku inovatif karena "karyawan memandang praktik HRM sebagai sinyal dari organisasi bahwa perilaku inovatif dihargai" (Renkema et al., 2021).

Komitmen organisasi dan otonomi (perasaan kontrol terhadap pekerjaan seseorang) secara positif mempengaruhi hubungan ini. Taylor et al. (2021) mempelajari sumber daya inovasi ketika karyawan berinovasi di luar konteks program inovatif ketika sumber daya langka. Hasilnya menunjukkan bahwa, saat karyawan mendorong inovasi, mereka memobilisasi ruang, dana, dan staf yang sudah ada di semua tingkatan organisasi dan bahwa dukungan staf senior sangat penting dalam memfasilitasi akses ke sumber daya.

2) Kompetensi inovatif

Kompetensi inovatif menyangkut keterampilan dan motivasi karyawan untuk berkontribusi pada kesiapan inovasi organisasi dan telah diteliti dalam dua studi (Dohan et al., 2017; Weatherford et al., 2018). Peningkatan

kompetensi individu yang diperlukan untuk penggunaan teknologi informasi, biasanya kompetensi non-inti pekerja kesehatan, menghasilkan kemampuan organisasi yang lebih tinggi untuk berinovasi (Dohan et al., 2017).

Weatherford et al. (2018) mempelajari pengetahuan, keterampilan, dan sikap khusus untuk para pemimpin inovasi dalam perawatan kesehatan untuk membuat rencana pendidikan bagi para pemimpin inovasi. Lima domain kompetensi untuk pemimpin inovasi diidentifikasi: perubahan yang mengganggu (sikap terbuka yang positif terhadap perubahan), eksperimen dan pemikiran desain, inovasi dan kreativitas, menerjemahkan inovasi ke dalam operasi dan pengambilan risiko.

Tabel 2.2 Rangkuman faktor yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi

Faktor & Sumber rujukan	Sub faktor	Definisi
Strategi pembelajaran untuk inovasi		Mengacu pada manajemen puncak yang mempersiapkan arah jangka panjang rumah sakit untuk menjadi siap berinovasi. Ini mengartikulasikan peran dan pentingnya inovasi bagi organisasi dalam hal strategi dan menentukan alokasi sumber daya antara kondisi saat ini dan proses inovasi nantinya.
(Fleuren et al., 2004; Lombardi et al., 2018; C. Schultz et al., 2012)	Strategi inovasi	Keselarasan tujuan inovasi dengan strategi perusahaan secara keseluruhan dan memprioritaskan tindakan yang diinginkan karyawan
(Glover et al., 2020; Hunter et al., 2021; Zippel-Schultz & Schultz, 2011)	Program inovasi	Rencana dan tindakan terkoordinasi yang dilakukan organisasi untuk menerapkan strategi inovasi
(Atkinson & Singer, 2021; Barnett et al., 2011; Hyrkäs et al., 2020; Leal-Rodríguez et al., 2013; Reed et al., 2012)	Proses inovasi	Kebijakan dan langkah yang diambil organisasi dari ide inovasi hingga mempertahankan inovasi
(Bunn et al., 2020; Goes & Park, 1997)	Keterikatan antar organisasi	Hubungan suatu organisasi dengan organisasi lain dan bagaimana organisasi menggunakan tautan ini untuk meningkatkan kesiapan inovasi
Iklm untuk inovasi		Penciptaan lingkungan organisasi yang mendukung dan berkontribusi pada kesiapan inovasi, berfokus pada tim dan juga tingkat organisasi
(Cramm et al., 2013; Helfrich et al., 2007; Jacobs et al., 2015; Jaskyte & Dressler, 2005; Joseph, 2015; Keown et al., 2014; Nieboer & Strating, 2012; J. S. Schultz et al., 2017; Somech & Drach-Zahavy, 2013; von Treuer et al., 2018)	Budaya organisasi yang inovatif	Cara karyawan secara kolektif berpikir, berperilaku, dan percaya dalam kaitannya dengan kesiapan inovasi
(Anvik et al., 2020; Carpenter et al., 2018; Jungmeier, 2017; Saidi et al., 2017; Timmermans et al., 2013)	Ruang untuk belajar	Lingkungan yang mendorong organisasi dan karyawan untuk belajar, berefleksi dan memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi

Faktor & Sumber rujukan	Sub faktor	Definisi
Kepemimpinan untuk inovasi	Peran kepemimpinan manajer puncak dan <i>middle</i> manajer untuk berkontribusi pada kesiapan inovasi	
(Günzel-Jensen et al., 2018; Masood & Afsar, 2017; Rokstad et al., 2015)	Gaya kepemimpinan	Sikap dan perilaku manajer dalam memimpin jalan menuju kesiapan inovasi
(Birken et al., 2015; Chuang et al., 2011; Engle et al., 2017; García-Goñi et al., 2007; Urquhart et al., 2018)	Peran <i>middle</i> manajer	Tanggung jawab dan motivasi <i>middle</i> manajer untuk kesiapan inovasi
Komitmen untuk inovasi	Tindakan organisasi yang ditujukan pada sikap, pelatihan, dan pengembangan karyawan individu untuk mendukung mereka dalam kesiapan individu mereka untuk menjadi lebih baik dalam berinovasi.	
(Emirlioğlu & Sönmez, 2021; Jønsson et al., 2022; Renkema et al., 2021; Taylor et al., 2021)	Perilaku inovatif	Karyawan yang melakukan tindakan inovatif dan berkontribusi pada kesiapan inovasi
(Dohan et al., 2017; Weatherford et al., 2018)	Kompetensi inovatif	Keterampilan dan motivasi karyawan untuk berkontribusi pada kesiapan inovasi organisasi

Sumber: (van den Hoed et al., 2022)

Tabel 2.2 menunjukkan berbagai faktor yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi yaitu strategis pembelajaran untuk inovasi dengan sub faktor strategi inovasi, program inovasi, proses inovasi, keterikatan antar organisasi. Lalu faktor iklim untuk inovasi dengan sub faktor budaya organisasi yang inovatif dan ruang untuk belajar. Faktor kepemimpinan untuk inovasi memiliki sub faktor gaya kepemimpinan dan peran *middle manager*. Faktor komitmen untuk inovasi memiliki sub faktor perilaku dan kompetensi inovatif. Semua faktor tersebut mempengaruhi kesiapan adopsi inovasi.

3. Berbagai penelitian terkini tentang kesiapan inovasi di rumah sakit

Tabel 2.3 Matriks kajian literatur berisi sintesa penelitian terkini tentang kesiapan adopsi inovasi di rumah sakit

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
1	<i>Faktors contributing to innovation readiness in health care organizations: a scoping review</i> (van den Hoed et al., 2022)	untuk mengklarifikasi konsep kesiapan inovasi dan mengidentifikasi faktor mana yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi dalam organisasi layanan kesehatan.	Desain scoping review dengan 44 artikel yang included.	-	-	Empat faktor utama dan 10 sub-faktor yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi organisasi perawatan kesehatan mencakup: strategi inovasi, iklim inovasi, kepemimpinan inovasi dan komitmen inovasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak melakukan penilaian risiko bias dari artikel yang direview, karena hanya memasukkan studi yang diterbitkan dalam jurnal peer-review dan mengecualikan grey literatur 2. tidak ada definisi kesiapan inovasi yang jelas dan konsisten sehingga istilah pencarian terkait yang digunakan dapat menyebabkan bias pemilihan karena pencarian kata-kata tertentu dalam database yang dipilih 3. Hampir semua studi dilakukan di negara maju kecuali dua studi (Pakistan dan Afrika Selatan) dan mungkin membatasi temuan penelitian 	Penelitian di masa depan dapat diarahkan untuk menentukan konsep kesiapan inovasi dan pengembangan model untuk kesiapan inovasi.

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
2	<i>The relationship of nursing work environment and innovation support with nurses' innovative behaviours and outputs</i> (Emirialioğlu & Sönmez, 2021)	Untuk mengetahui hubungan lingkungan kerja keperawatan dan dukungan inovasi dengan perilaku inovatif perawat dan output inovasi	Desain korelasional dengan pendekatan <i>cross-sectional</i> . Sampel 618 perawat yang bekerja di empat rumah sakit di Istanbul.	1. Lingkungan kerja diukur dengan kuesioner <i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)</i> , 2. Perilaku inovatif diukur dengan kuesioner <i>Innovative Behavior Inventory (IBI) and Innovation Support Inventory (ISI)</i> .	Analisis deskriptif, analisis korelasi dan regresi linier dengan SPSS	Ditemukan hubungan yang signifikan antara lingkungan kerja dan dukungan inovasi dengan perilaku inovatif dan output inovasi. Perilaku inovatif adalah variabel yang memiliki dampak signifikan terhadap hasil inovasi perawat dan model tersebut menjelaskan 40,1% varian keluaran inovasi.	Desain <i>cross-sectional</i> yang digunakan membatasi pembentukan hubungan sebab-akibat. Sementara perilaku inovatif dan output inovasi dievaluasi melalui laporan diri dapat menyebabkan bias yang tinggi	Peneliti selanjutnya disarankan untuk mengevaluasi temuan penelitian dalam lingkup instrumen pengumpulan data.
3	<i>Examining innovation in hospital units: a</i>	Untuk menguji hubungan	Studi kuantitatif pendekatan	Variabel diukur dengan Instrumen yang telah diuji	Analisis faktor konfirmato	Semakin rumit untuk memberikan	1. Ukuran sampel dalam unit yang relatif kecil	Peneliti selanjutnya harus mempertimbangkan

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
	<i>complex adaptive systems approach</i> (Glover et al., 2020)	antara kompleksitas unit dan inovasi, menggunakan pendekatan sistem adaptif yang kompleks di lingkungan rumah sakit.	<i>cross-sectional</i> pada 31 unit rumah sakit di Israel. Sampel terdiri dari 162 <i>front-line staff</i> , dan 69 <i>upper-level staff</i>	coba sebelumnya untuk kompleksitas unit, otonomi, orientasi kinerja, dan kinerja inovasi.	ri (CFA) dan regresi linear	perawatan kepada pasien (yaitu kompleksitasnya tinggi), maka semakin sedikit kebebasan dan kemandirian yang harus diberikan kepada staf rumah sakit (yaitu otonomi rendah), dan lebih menekankan pada pembuktian kemampuan departemen untuk merawat pasien (orientasi kinerja) hal ini mengharuskan lebih banyak inovasi.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Penelitian <i>cross-sectional</i> dilakukan dalam waktu singkat 3. Definisi inovasi yang luas mencakup inovasi prosedural, proses, atau produk. 4. Tidak mengembangkan ukuran kompleksitas khusus untuk unit rumah sakit 	pendekatan <i>mix methods</i> , mengumpulkan data umum melalui survei dan juga mengelaborasi hasil kami dan mengambil langkah tambahan dengan mengumpulkan data kualitatif juga

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
4	<i>A Two-Pronged Approach? Combined Leadership Styles and Innovative Behavior</i> (Günzel-Jensen et al., 2018)	Untuk mengkaji hubungan antara kepemimpinan transformasional, transaksional, dan pemberdayaan dan perilaku inovatif pegawai sektor publik.	Studi kuantitatif pendekatan <i>cross-sectional</i> di salah satu rumah sakit terbesar di Denmark (sampel = 1.647)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Variabel perilaku inovatif diukur dari <i>self-report</i> 2. Kepemimpinan transformasional dan transaksional diukur dengan <i>Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) Form 5X</i> 3. <i>Empowering leadership</i> diukur dengan kuesioner baku (Ahearne et al., 2005) 	Uji <i>one way anova</i> dan multivariat regresi dengan SPSS	Kepemimpinan yang memberdayakan, yang berfokus pada kapasitas karyawan, memoderasi hubungan antara kepemimpinan transformasional, terhadap motivasi dan perilaku inovatif. Temuan menekankan pentingnya tidak hanya berfokus pada satu gaya kepemimpinan tetapi juga memahami bagaimana mereka bekerja dalam kombinasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hanya perilaku inovatif yang dirasakan sampel yang kami periksa 2. Hanya pemimpin formal yang dipertimbangkan. Khususnya di lingkungan rumah sakit, di mana pengetahuan dan status profesional sangat penting 3. variabel kepemimpinan maupun perilaku inovatif berasal dari sumber yang sama 	<ol style="list-style-type: none"> 1. studi masa depan bisa menggunakan ukuran langsung dari variabel perilaku inovatif. 2. Studi masa depan harus bertujuan mempelajari pemimpin formal dan informal, misalnya, dengan menyelidiki praktik kepemimpinan terdistribusi 3. saran untuk penelitian selanjutnya adalah mencoba memisahkan ukuran gaya kepemimpinan dan perilaku inovatif 4. Studi selanjutnya diperlukan tentang hubungan antara gaya kepemimpinan dan dampaknya (misalnya, pada perilaku inovatif) juga dapat

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
								mempertimbangkan konseptualisasi dan operasionalisasi gaya kepemimpinan yang lainnya
5	<i>Determining the predictors of innovation implementation in healthcare: a quantitative analysis of implementation effectiveness</i> (Jacobs et al., 2015)	Untuk menguji model implementasi inovasi: faktor-faktor organisasi yang menentukan implementasi inovasi yang efektif	Studi <i>cross-sectional</i> di rumah sakit USA yang melibatkan 481 dokter	Variabel penelitian diukur dengan kuesioner dan lembar isian.	Analisis <i>Structural equations modeling</i> (SEM)	Secara keseluruhan, model terakhir sangat cocok. Persepsi iklim implementasi inovasi tidak hanya memiliki efek langsung yang signifikan secara statistik terhadap efektivitas implementasi, tetapi persepsi dokter terhadap iklim implementasi juga memediasi hubungan antara kebijakan dan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hanya menyertakan dokter yang berpartisipasi dalam <i>Community Clinical Oncology Program</i> (CCOP) sehingga perlu berhati-hati dalam menggeneralisasikan hasil ini ke semua dokter CCOP serta jenis dokter lainnya 2. bersifat <i>cross-sectional</i> dan hanya mewakili satu titik waktu 3. Model tidak diujikan pada tingkat organisasi hanya dalam unit saja 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Model ini harus diuji dalam pengaturan yang menerapkan berbagai inovasi terutama di mana partisipasi atau implementasi bersifat wajib 2. Studi masa depan harus mempertimbangkan untuk memeriksa iklim implementasi selama implementasi untuk lebih memahami bagaimana iklim dapat bervariasi dari waktu ke waktu atau di antara kelompok yang berbeda dalam satu organisasi. 3. Penelitian lanjutan perlu menyelidiki model ini di tingkat

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
						praktik implementasi organisasi.		organisasi atau praktik dengan menggabungkan persepsi iklim implementasi jika memungkinkan
6	<i>Knowledge management, relational learning, and the effectiveness of innovation outcomes</i> (Leal-Rodríguez et al., 2013)	Mengusulkan model konseptual untuk menguji efek moderasi dari pembelajaran relasional pada hubungan antara strategi pengetahuan dan inovasi.	Metode survei di Rumah Sakit Nasional di Spanyol. 139 sampel adalah kepala departemen rumah sakit	1. <i>Knowledge Management</i> diukur dengan kuesioner <i>KM focus (explicit – tacit-oriented)</i> 2. <i>Innovation outcomes</i> diukur dengan 8 item dalam kuesioner (Prajogo & Ahmed, 2006)	Analisis faktor konfirmatori (CFA) dan regresi linear	Basis pengetahuan yang mendalam dan luas mengarah pada hasil inovasi yang lebih baik. Selain itu, penelitian ini menemukan bahwa rumah sakit atau unit yang berinvestasi dan melibatkan diri dalam mekanisme pembelajaran relasional lebih mungkin mendorong	Pendekatan <i>cross-sectional</i> sehingga tidak dapat dipastikan pengaruh variabel pembelajaran relasional dalam model bersifat jangka pendek atau bertahan lama	Penelitian selanjutnya dapat melakukan analisis data longitudinal sehingga mengatasi keterbatasan pendekatan <i>cross-sectional</i>

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
						terciptanya inovasi.		
7	<i>Transformational leadership and innovative work behavior among nursing staff</i> (Masood & Afsar, 2017)	Untuk membangun dan menguji model teoritis yang menghubungkan kepemimpinan transformasional dan perilaku kerja inovatif melalui beberapa variabel intervening.	Desain <i>cross-sectional</i> . Data dikumpulkan dari 587 perawat dan 164 dokter (supervisor keperawatan) di rumah sakit sektor publik di Pakistan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepemimpinan transformasional diukur dengan <i>Multifaktor Leadership Questionnaire (MLQ) Form 5x</i> 2. Pemberdayaan psikologis diukur dengan <i>Empowerment at Work Scale</i> 3. Perilaku inovatif diadopsi dari kuesioner dari De Jong and Den Hartog (2010) 4. Berbagi pengetahuan diadopsi dari Mura, Lettieri, Radaelli, and Spiller (2013) 5. Motivasi intrinsik diadopsi dari Tierney, Farmer, and Graen (1999) 	Analisis faktor konfirmatori (CFA) dilanjutkan dengan <i>Structural equation modeling</i> (SEM)	Tercipta model yang layak dan menyiratkan bahwa kepemimpinan transformasional melalui pemberdayaan psikologis, berbagi pengetahuan dan motivasi intrinsik mendorong perilaku kerja inovatif spertugas kesehatan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagian besar negara (misalnya, di Amerika Utara, Eropa, Australia), perawat langsung diawasi oleh manajer keperawatan (perawat kepala) namun dalam praktiknya, perawat langsung melapor kepada dokter. Oleh karena itu perbedaan ini dapat berdampak pada generalisasi temuan saat ini terkait budaya. 2. Tidak dapat ditetapkan kausalitas karena sifat data <i>cross-sectional</i>. 3. Beberapa data dikumpulkan menggunakan laporan diri dari sampel, meningkatkan kemungkinan bias sumber yang sama.. 	Penelitian selanjutnya dapat meningkatkan kekuatan penjas dari model yang diusulkan dengan menambahkan variabel lebih lanjut yang bisa lebih komprehensif menjelaskan hubungan antara kepemimpinan transformasional dan perilaku kerja yang inovatif.

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
				6. Identitas peran pemerdayaan diadopsi dari Farmer et al.'s (2003) 7. Kepercayaan terhadap pemimpin diukur dengan <i>Behavioral Trust Inventory</i> (BTI)				
8	<i>Hospital innovation portfolios Key determinants of size and innovativeness</i> (C. Schultz et al., 2012)	Untuk menyoroti isu-isu utama manajemen inovasi di rumah sakit dan memberikan bukti empiris untuk mengendalikan ukuran inovasi layanan dan proses kesehatan rumah sakit.	Desain survei portofolio <i>German hospital market</i> yang terdiri dari 87 rumah sakit di Jerman menjadi sampel penelitian.	Portofolio inovatif diukur dengan menggunakan rata-rata tingkat difusi inovasi yang dilakukan oleh rumah sakit.	Deskriptif statistic, korelasi dan analisis regresi multivariat .	Hasil empiris menunjukkan bahwa pendekatan analitik meningkatkan ukuran portofolio inovasi. Dorongan karyawan memperkuat tingkat inovasi kegiatan dalam portofolio. Sistem penghargaan tidak memiliki efek langsung	Data portofolio dikumpulkan hanya pada satu titik waktu, kami tidak dapat menganalisis perkembangan komposisi portofolio dari waktu ke waktu	Penelitian selanjutnya dapat menilai efek kinerja rumah sakit dan kami percaya bahwa penting untuk memiliki instrumen khusus yang bisa mengendalikan tingkat inovasi.

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
						pada komposisi portofolio inovasi.		
9	<i>Can group climate explain innovative readiness for change?</i> (J. S. Schultz et al., 2017)	untuk mengetahui kesiapan inovatif dengan melihat iklim kelompok	Desain intervensi dilakukan di Rumah Sakit Trøndelag, di Norwegia. kelompok peserta diberi pelatihan inovatif (N=15) dan kelompok nonpeserta (N=25)	1. Iklim organisasi diukur dengan kuesioner <i>Systematizing Person-Group Relations</i> (SPGR) 2. <i>Innovation scale</i> mengukur kesiapan inovasi	Uji <i>paired</i> dan <i>independent t-test</i>	Penelitian ini menunjukkan bahwa meskipun seorang manajer dalam suatu organisasi memperjuangkan atau mendorong perilaku inovatif, masih ada dua iklim kelompok yang berbeda: kelompok yang benar-benar tertarik pada inovasi dan yang tidak. Studi ini menunjukkan bahwa iklim kelompok peserta yang mengikuti	Idealnya, penelitian ini dilakukan di dua rumah sakit, satu rumah sakit menjadi kelompok peserta, sedangkan rumah sakit lainnya menjadi kelompok nonpeserta. Sayangnya, data hanya dapat diakses pada satu rumah sakit.	Sejauh mana iklim kelompok dan kesiapan inovatif dapat digunakan untuk menjelaskan perubahan inovatif yang sebenarnya harus dieksplorasi lebih lanjut.

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
						pelatihan inovasi menunjukkan anggotanya lebih siap untuk perubahan inovatif, sedangkan iklim kelompok non-peserta menunjukkan anggotanya tidak siap akan inovasi.		
10	<i>Digital innovation evaluation: user perceptions of innovation readiness, digital confidence, innovation adoption, user experience and behaviour change</i> (Benson, 2019)	Untuk mengembangan alat ukur yang menilai inovasi di era digital meliputi persepsi pengguna tentang kesiapan inovasi, kepercayaan digital, adopsi	Desain <i>Research and Development</i> (R&D)	1. <i>Innovation Readiness Score</i> mengukur persepsi pengguna tentang seberapa banyak mereka terbuka dan <i>up-to-date</i> dengan ide-ide baru, dan apakah organisasi mereka menerima dan	<i>R-Outcomes</i>	Alat ini mengukur berbagai aspek inovasi kesehatan digital dan dapat membantu memprediksi keberhasilan diseminasi, difusi, dan program penyebaran inovasi.	Tantangan di setiap domain NASS (<i>non-adoption, abandonment, scale-up, spread, and sustainability</i>) diklasifikasikan sebagai Sederhana, Rumit (beberapa masalah yang saling berinteraksi) atau Kompleks (dinamis dan tidak dapat diprediksi). Dalam studi kasus, program yang ditandai sebagai Rumit terbukti sulit diterapkan, sementara program	Kami berharap alat ini juga dapat digunakan secara prospektif oleh peneliti selanjutnya untuk mengidentifikasi orang dan organisasi yang siap mengadopsi inovasi dan membantu mereka yang kurang siap menjadi lebih siap.

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
		inovasi, pengalaman pengguna, dan perubahan perilaku		<p>mampu berinovasi.</p> <p>2. <i>Digital Confidence Score</i> menilai literasi digital dan kepercayaan diri pengguna untuk menggunakan produk digital, dengan dimensi keakraban, tekanan sosial, dukungan, dan efikasi diri digital</p> <p>3. <i>Innovation Adoption Score</i> menilai proses adopsi dalam hal koherensi dan pemikiran reflektif sebelum, selama, dan setelah implementasi.</p> <p>4. <i>User Satisfaction</i> menilai produk digital dalam hal</p>			yang ditandai sebagai Kompleks di beberapa domain NASS mungkin tidak mungkin berhasil diterapkan.	

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
				kegunaan, kemudahan penggunaan, dukungan, dan kepuasan 5. <i>Behaviour Change</i> mencakup persepsi pengguna tentang kemampuan, peluang, dan motivasi mereka untuk mengubah perilaku				
11	Examining Innovation in Hospital Units: a complex adaptive system approach (Glover at al, 2020)	Untuk menguji otonomi dan orientasi kinerja pada inovasi unit rumah sakit.	Desai penelitian survey cross sectional. Lokasi: Rumah sakit umum di Haifa, Israel	Variabel: Kompleksitas unit, otonomi, orientasi kinerja, dan inovasi Cara Pengukuran. Menggunakan kuesioner dengan skala likert.	Menggunakan Uji Anova satu arah	Kompleksitas unit dan orientasi kinerja juga signifikan terhadap peningkatan inovasi di rumah sakit. Dua kontribusi utama adalah inti dari penelitian ini. Pertama, kompleksitas	1. Sampel relative kecil 2. Penelitian ini merupakan penelitian cross sectional yang dilakukan dalam waktu singkat 3. Penelitian ini menggunakan definisi yang luas dari inovasi yang mencakup prosedural, proses, atau inovasi produk.	Penelitian di masa depan dapat mempertimbangkan desain penelitian longitudinal dan, jika memungkinkan, ukuran kinerja inovasi yang lebih objektif jika tersedia, misalnya, paten, catatan transfer teknologi, atau jumlah jalur layanan baru. Penelitian di masa depan juga dapat membuat perbedaan

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
						unit dikaitkan dengan kinerja inovasi yang lebih tinggi ketika otonomi lebih rendah dari tinggi. Hal ini bertentangan dengan pandangan inovasi yang berlaku dari industri lain yang berfokus pada otonomi tinggi untuk mempromosikan inovasi.	4. Tidak dikembangkan ukuran kompleksitas khusus untuk unit rumah sakit.	antara jenis inovasi di dalam rumah sakit dan berpotensi bekerja dengan semakin banyak departemen inovasi di dalam rumah sakit untuk mengkodifikasi dan mengukur jenis inovasi dengan benar. Penelitian di masa depan juga dapat mengembangkan psikometrik baru untuk kompleksitas yang spesifik untuk rumah sakit.
12	Innovation in Health Care- A conceptual Framework (Flessa & Claudia, 2021)	untuk pengembangan, adopsi dan difusi inovasi dalam pelayanan kesehatan dan menganalisis hambatan dan promotor	Desain penelitian makalah ilmiah dengan metode deskriptif.	Hambatan dan promotor inovasi, khususnya meta-stabilitas, biaya, kemampuan inovatif, dan kepemimpinan, serta menerapkan kerangka kerja untuk tiga inovasi: pengobatan yang dipersonalisasi,	-			

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
		inovasi, khususnya meta-stabilitas, biaya, kemampuan inovatif, dan kepemimpinan, serta menerapkan kerangka kerja untuk tiga inovasi: pengobatan yang dipersonalisasi, kesehatan digital, dan implant.		kesehatan digital, dan implan				
13	Innovation Adoption: A review of Theories and Constructs (Wisdom, et al., 2014)	untuk mengidentifikasi elemen lintas kerangka adopsi yang berpotensi dapat dimodifikasi dan, dengan demikian, dapat	Literature review	adopsi dalam konteks implementasi, difusi, diseminasi, dan/atau keberlanjutan	-	Pada fase adopsi, kemudahan penggunaan dan pemasangan yang berkelanjutan, uji coba parsial, dan dampak inovasi yang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ulasan sintesis naratif hanya mengeksplorasi intervensi sosial dari adopsi inovasi 2. Tidak menunjukkan ketelitian meta-analisis dari beberapa percobaan acak 3. Hanya memberikan bukti awal untuk 	Adopsi inovasi diharapkan mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sehingga penelitian selanjutnya dapat meneliti tentang sumber daya yang terbatas pada lingkungan eksternal, organisasi, dan staf yang secara terukur

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
		digunakan untuk meningkatkan penerapan praktik berbasis bukti				relevan (misalnya, pemecahan masalah, hasil, dan dampak pada pengadopsi lain) diasosiasikan dengan adopsi	menginformasikan arah penelitian masa depan.	menunjukkan kualitas positif yang cenderung mengarah pada adopsi yang berhasil.
14	Pandemic and Innovation in Health: The End-To-End Innovation Adoption Model (Guarcelllo & Eduardo, 2021)	Untuk menjelaskan model tujuh tahap dengan tujuan untuk menyediakan proses adopsi inovasi end-to-end untuk memetakan dan mengidentifikasi bagaimana masyarakat, teknologi, dan lingkungan	Literature Review	Adopsi inovasi	-	Ada interaksi diantara semua elemen (Konteks, Desain, Adopsi, penerapan, evaluasi, pembaruan, pemasaran) yang menghasilkan hasil yang lebih cepat dan efisien yang berakibat pada optimalisasi proses adopsi	Perlu dilakukan pengujian pada model adopsi inovasi de E2E dan untuk memverifikasi penerapannya untuk skenario inovasi lain dan menyempurnakan langkah-langkahnya	Peneliti masa depan di harapkan dapat melakukan penelitian studi kasus yang akan mengatasi kesenjangan penelitian yang terkait dengan tahapan model dan menghasilkan pengetahuan yang pada dasarnya akan berkontribusi pada pemahaman yang lebih baik dari adopsi inovasi.

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
		bertindak selama adopsi inovasi, termasuk dampak ekonomi, sosial, dan politik bersama dengan regulasi dan waktu ke pasar				inovasi telemedicine.		
15	Nurses and The Acceptance of Innovation in Technology-Intensive Contexts: the need for tailored management strategies (Barchielli, et al., 2021)	Untuk menganalisis secara mendalam tentang jalan menuju penerimaan dan penggunaan teknologi dapat memfasilitasi pembuatan dan penerapan kebijakan personel	Desain Penelitian survey Lokasi: Departemen Kesehatan di wilayah Tuscany Sampel: 54 Perawat	Harapan Kinerja, Ekspektasi Usaha, Pengaruh Sosial, Kondisi fasilitas, Niat berperilaku, dan Gunakan Perilaku	SEM Kovarians dengan STATA15	Ekspektasi upaya tentang teknologi baru akan memiliki hubungan positif dengan niat perawat untuk mengadopsinya. Pengaruh sosial akan memiliki hubungan positif dengan niat perawat	Pada saat pandemic keterbatasan jumlah sampel menjadi keterbatasan dari penelitian ini.	Investigasi lebih lanjut dapat melihat niat perilaku perawat yang bekerja di tempat lain untuk menguji apakah faktor yang mengarahkan perawat untuk menggunakan teknologi intensif sama dengan yang sudah bekerja dalam konteks tersebut.

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
		<p>tertentu dengan mempertimbangkan pengungkit yang pasti, yang tampaknya berbeda dalam kaitannya dengan usia perawat.</p>				<p>untuk mengadopsi teknologi baru</p> <p>Kondisi yang memfasilitasi penerapan teknologi akan memiliki hubungan positif dengan penggunaan teknologi oleh perawat</p> <p>Niat untuk menggunakan teknologi akan memiliki hubungan positif dengan penggunaan teknologi oleh perawat</p> <p>Hubungan antara niat penggunaan, harapan kinerja, harapan</p>		

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
						usaha dan pengaruh sosial akan lebih kuat untuk		
16	The Impact of Inclusive Leadership on Employees Innovation Behaviors: The Mediation of Psychological Capital (Fang, et al., 2019)	Untuk menganalisis efek dari gaya kepemimpinan tertentu pada perilaku inovatif karyawan generasi baru harus dipengaruhi oleh keadaan psikologis kolektif lebih dari yang terlihat di tempat kerja tradisional.	Desain Penelitian: Survey cross sectional Lokasi: Zheijiang, China Sampel: 351 karyawan	Kepemimpinan Inklusif, perilaku inovatif, pemikiran inovatif, dan hasil inovatif, dan modal psikologi karyawan	Analisis korelasi dan analisis regresi	Dimensi kepemimpinan inklusif yang berbeda memiliki pengaruh yang berbeda pada dimensi perilaku inovatif yang berbeda. Di antara tiga dimensi gaya kepemimpinan inklusif, dorongan dan pengakuan pemimpin terhadap karyawan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap hasil inovasi dan	Kuesioner tentang kepemimpinan inklusif, modal psikologis, dan perilaku inovatif diisi oleh orang yang sama, sehingga dapat menyebabkan kesalahan data homolog.	Penelitian masa depan dapat memperluas cakupan survei dan meningkatkan jumlah sampel untuk memastikan generalisasi kesimpulan penelitian

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
						pemikiran inovatif karyawan generasi baru. Rasa hormat dan perlakuan yang adil dari pemimpin terhadap karyawan generasi baru memiliki pengaruh yang signifikan terhadap hasil inovasi mereka..		
17	Leadership for Innovation in Healthcare: an Exploration (Weintraub & Martin, 2019)	untuk mendorong inovasi di sektor kesehatan, kami menawarkan pendekatan sintesis naratif dari delapan teori dan konsep yang telah	Literature Review	Gaya Kepemimpinan, Inovasi Kesehatan	Sintesis literatur	Empat fase dalam proses inovasi, yaitu kesadaran (pengakuan kesenjangan antara kinerja yang diharapkan dan aktual), identifikasi (mengembangkan solusi	Pembuktian hasil penelitian sebaiknya dilakukan dengan menggunakan metode kuantitatif untuk memperkuat hasil temuan.	Peneliti merekomendasikan tiga area untuk penelitian masa depan termasuk memeriksa 'Penyelarasan Gaya Kepemimpinan' yang dioperasikan dengan empat fase proses inovasi; 'Konteks' organisasi;

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
		terbukti secara empiris mendukung inovasi melalui semua fase proses inovasi.				untuk menutup kesenjangan ini), implementasi, dan pelembagaan, sehingga bahwa solusi menjadi terintegrasi ke dalam aktivitas rutin dan yang telah ditentukan.		dan 'Kekompakan Kelompok.'
18	Innovation Adoption: Empirical Analysis on the Example of selected factors of organizational culture in the IT Industry in Poland	untuk menilai persepsi dampak faktor budaya organisasi yang dipilih pada adopsi inovasi oleh staf industri TI Polandia pada tahapan yang berbeda.	Desain: Gabungan teknik survei, penelitian pustaka dan pendapat ahli dalam prosedur triangulasi metode. Tempat: Polandia	Adopsi Inovasi, inovasi, budaya organisasi	Test mann witney dan spearman	Inovasi dan budaya organisasi berpengaruh terhadap adopsi inovasi. Faktor budaya organisasi yang dipilih memiliki dampak yang berbeda pada adopsi inovasi pada berbagai tahap	Pertama, penelitian hanya dilakukan di Polandia. Kedua, hanya di industry TI, ketiga, hanya faktor budaya yang terpilih yang diambil untuk diperhitungkan.	Penelitian lebih lanjut tentang masalah ini direkomendasikan untuk mengkonfirmasi dampak yang berbeda dari faktor-faktor adopsi inovasi pada berbagai tahap proses pengenalan inovasi, yaitu penelitian rinci tentang faktor komunikasi internal, dinilai pada dua tahap lainnya); keterbukaan terhadap solusi baru dan fleksibilitas dalam

No	Judul (Penulis, tahun)	Tujuan penelitian	Desain Lokasi & Sampel	Variabel & cara pengukuran	Analisis data	Hasil terkait inovasi di Rumah sakit	Keterbatasan penelitian	Rekomendasi penelitian lanjutan
			Sampel: 400 orang			pengenalan inovasi di industri TI Polandia.		memecahkan masalah (juga yang menurut literatur juga mempengaruhi penerimaan inovasi, dan membandingkannya dengan hasil yang disajikan, dengan mempertimbangkan berbagai tahap penerapan inovasi).

B. Konsep keunggulan kompetitif berkelanjutan di rumah sakit

1. Tentang keunggulan kompetitif (*competitive advantages*)

Keunggulan kompetitif merupakan posisi dimana suatu organisasi menguasai suatu arena persaingan usaha (Kuncoro & Suriani, 2018), tercermin dari sejauh mana organisasi tersebut mampu mempertahankan dan meningkatkan pangsa pasarnya di lingkungan atau wilayah yang dimilikinya (Hill & Jones, 2007). Keunggulan kompetitif terletak pada properti atau dimensi masing-masing perusahaan yang memungkinkannya menawarkan layanan yang lebih baik daripada pesaing (yaitu, nilai yang ditawarkan kepada pelanggan) (Saaty & Vargas, 2012). Collier (2007) mencatat bahwa keunggulan kompetitif adalah deklarasi kemampuan organisasi untuk unggul dalam pemasaran dan keuangan di atas semua prioritasnya. Hal ini memerlukan pemahaman kerangka keseluruhan organisasi, dengan mengidentifikasi kebutuhan dan keinginan pelanggan.

Keunggulan kompetitif terjadi ketika suatu organisasi memperoleh atau mengembangkan atribut atau kombinasi atribut yang memungkinkannya untuk berbuat lebih baik daripada para pesaingnya (UKEssays, 2018). Keunggulan kompetitif membantu dalam menciptakan citra dan persepsi yang kuat di benak konsumen baik negatif maupun positif. Keunggulan kompetitif dapat berubah dari waktu ke waktu saat organisasi baru memasuki pasar dan meniru keunggulan kompetitif para pemimpin lainnya. Lingkungan dan suasana harus baik dan peralatan harus terus berubah. Hal yang sederhana adalah rumah sakit harus diperbarui dengan teknologi baru yang masuk ke pasar dan harus menerapkan dan mencoba cara baru yang berbeda dari rumah sakit lain sehingga akan memberi mereka keunggulan kompetitif yang baik atas pesaing.

mereka dan rumah sakit tersebut kemudian akan memimpin industry rumah sakit (Singh et al., 2020; UKEssays, 2018).

Saat ini, rumah sakit saling bersaing dengan ketat di pasar layanan kesehatan (Bichescu et al., 2018; Colla et al., 2016; Siciliani & Straume, 2019). Persaingan datang dari sumber yang berbeda dan meninggalkan dampak signifikan pada rumah sakit (Agwunobi & Osborne, 2016; Cooper et al., 2018). Akibatnya, rumah sakit menjadi kurang percaya diri, menderita kinerja yang buruk, kehilangan pasien ke pesaing dan berada di ambang kebangkrutan (Cooper et al., 2011). Sebagai akibat dari persaingan yang meningkat, rumah sakit perlu berjuang untuk memenuhi permintaan perawatan kesehatan yang meningkat, memberikan perawatan kesehatan kepada populasi yang tumbuh dan menua, memenuhi kelangkaan profesional medis berkualitas tinggi, mengendalikan biaya perawatan Kesehatan dan menetralkan dampak negatif dari kebijakan pemerintah yang kadang tidak bersahabat (Raman & Björkman, 2008; Singh et al., 2020).

Sumber dan dampak persaingan di rumah sakit terjadi karena bertambahnya jumlah rumah sakit di pasar layanan kesehatan (Kondasani & Panda, 2015). Untuk menang dalam persaingan, rumah sakit perlu memberikan pelayanan yang lebih baik kepada pasien dengan menyediakan dokter berkualitas tinggi, meningkatkan prosedur medis dan menggunakan teknologi medis terkini (Shaygan, 2018; Siciliani & Straume, 2019).

Rumah sakit yang tidak dapat menanggapi kompetisi melaporkan pengurangan jumlah kunjungan pasien (Shaygan, 2018), sulit menyesuaikan dengan permintaan/pasokan dan fluktuasi harga di pasar layanan kesehatan (Skellern, 2016), gagal berinovasi dan memberikan layanan berkualitas rendah

kepada pasien (Ghiasi et al., 2018; Siciliani & Straume, 2019). Akibatnya, rumah sakit tersebut menyaksikan kinerja yang buruk, kurangnya kepercayaan pasien dan pemangku kepentingan (Cooper et al., 2011). Untuk bertahan dalam persaingan dan tumbuh dalam bisnis perawatan kesehatan, rumah sakit harus membangun keunggulan kompetitif (Cooper et al., 2018; Kaplan & Porter, 2011).

Pencapaian keunggulan kompetitif terkait dengan nilai yang dirasakan pelanggan, artinya organisasi perlu mengeksploitasi berbagai kemampuan untuk meningkatkan nilai yang dipahami pelanggan atas layanan yang diberikan agar sesuai dengan kebutuhan dan keinginan pelanggan (Mahadevan, 2015). Keunggulan kompetitif berhubungan langsung antara nilai yang diharapkan pelanggan, nilai yang ditawarkan oleh organisasi, dan yang ditawarkan oleh pesaing menentukan dimensi dan kondisi keunggulan kompetitif (Mahasneh et al., 2020). Jika nilai yang disajikan oleh organisasi lebih dekat dengan nilai yang diharapkan pelanggan dibandingkan dengan nilai yang ditawarkan oleh pesaing, maka dapat dikatakan bahwa organisasi memiliki keunggulan kompetitif atas pesaingnya dalam satu atau lebih indeks (Hosseini et al., 2018). Sebaliknya, inovasi tampaknya sebagai proses yang berkembang di mana layanan yang baru atau yang ditingkatkan secara signifikan menggantikan yang sudah ada, dan biasanya menggunakan teknologi baru untuk mengatribusikan kepada pelanggan (Ganzer et al., 2017).

Keunggulan kompetitif juga terkait dengan keunikan jasa yang ditawarkan tidak dapat ditiru oleh pesaing, beberapa indikator yang dianggap dapat digunakan untuk mengukur keunggulan kompetitif adalah keunikan produk, kualitas produk, dan harga yang kompetitif (Dirisu et al., 2013). Empat

persyaratan harus dipenuhi untuk sumber daya dan keterampilan untuk menjadi sumber keunggulan kompetitif yang berkelanjutan: mereka harus bernilai, langka di pesaing yang ada dan potensial, tidak mudah ditiru, dan tidak ada alternatif strategis untuk keterampilan atau sumber daya tersebut (Barney, 2001)

2. Dimensi Keunggulan Kompetitif

Li, Ragu-Nathan, Ragu-Nathan, & Rao (2006), & Thatte (2007) mengembangkan lima dimensi untuk mengukur konstruk keunggulan kompetitif, yaitu harga/biaya, kualitas, pelayanan, inovasi produk, dan waktu ke pasar. Dimensi yang paling mendasar untuk mencapai keunggulan kompetitif bagi organisasi adalah biaya, kualitas, fleksibilitas dan pelayanan.

a. Dimensi Biaya

Pengurangan biaya adalah dimensi yang paling umum digunakan oleh organisasi, terutama di pasar dimana pelanggan sensitif terhadap harga (Diab, 2013). Organisasi mengikuti strategi biaya yang lebih rendah untuk mencapai biaya yang lebih rendah dalam layanan mereka kepada pelanggan, sehingga mencapai keunggulan kompetitif di seluruh sektor. Organisasi yang berusaha memperoleh pangsa pasar yang lebih besar sebagai dasar kesuksesan dan keunggulan mereka adalah mereka yang menawarkan jasa dengan biaya lebih rendah daripada pesaing mereka (Dangayach & Deshmukh, 2006).

Bersaing di pasar berdasarkan biaya didefinisikan sebagai kemampuan organisasi untuk memproduksi dan mendistribusikan layanan yang sebanding sebagai pesaing tetapi dengan biaya lebih rendah (Drohomeretski et al., 2014). Biaya terendah adalah tujuan operasional

utama organisasi yang bersaing melalui biaya, dan bahkan organisasi yang bersaing dengan nonbiaya lainnya kompetitif (Slack et al., 2010). Jelas bahwa organisasi dapat mencapai keunggulan kompetitif melalui pengurangan biaya produk dan layanannya melalui penggunaan kapasitas produksi yang efisien. Faktor-faktor yang menyebabkan biaya lebih rendah adalah peningkatan pengalaman, kualifikasi, dan pendidikan, investasi yang berhasil, memprakarsai kebijakan yang sesuai untuk produksi dan distribusi serta eksploitasi sumber daya yang tersedia.

b. Dimensi Kualitas

Kualitas merupakan salah satu faktor utama yang turut membangkitkan semangat persaingan antar organisasi, karena konsumen memiliki kesadaran untuk memilih produk atau jasa yang berkualitas tinggi dengan harga yang tepat. Organisasi berusaha keras untuk mencapai kualitas layanan dan produk, yang pada gilirannya, mencapai kepuasan pelanggan dan memenuhi harapan melalui desain kualitas produk dan layanan, selain kualitas layanan itu sendiri.

Banyak organisasi bekerja untuk mencapai peningkatan kualitas yang tinggi untuk layanan atau produk mereka agar tetap dan terus bekerja di pasar persaingan (Bani-Hani & Al-Omari, 2012). Menggunakan kualitas sebagai alat untuk persaingan menuntut organisasi untuk mempertimbangkan kualitas sebagai pintu masuk untuk memuaskan pelanggan, bukan hanya sebagai cara untuk memecahkan masalah dan mengurangi biaya.

Porter (2008) mendefinisikan kualitas sebagai proses menciptakan dan menemukan cara-cara baru yang lebih efektif daripada yang

digunakan oleh pesaing, dan kemampuan organisasi untuk mewujudkan penemuan tersebut di lapangan, dalam arti menciptakan proses kreatif berskala luas. Kualitas didefinisikan dengan cara yang lebih berfokus pada pelanggan sebagai kemampuan organisasi untuk menawarkan produk dan layanan yang memenuhi atau melebihi harapan pelanggan (Alsmadi et al., 2011). Kualitas adalah salah satu prioritas kompetitif utama di sebagian besar makalah yang termasuk dalam tinjauan literatur sistematis. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa inovasi produk berdampak signifikan terhadap kualitas (Nemati et al., 2010; Wang & Ma, 2010).

c. Dimensi Fleksibilitas

Fleksibilitas adalah dasar untuk mencapai keunggulan kompetitif organisasi dengan cepat menanggapi perubahan yang mungkin terjadi dalam desain produk dan layanan yang sesuai dengan kebutuhan pelanggan. Fleksibilitas berarti kemampuan organisasi untuk mengubah operasi ke metode lain (Slack et al., 2010).

d. Dimensi Pelayanan (Kecepatan & Waktu)

Dimensi pelayanan adalah salah satu dimensi utama persaingan organisasi di pasar dengan berfokus pada pengurangan tenggat waktu, mempercepat layanan baru, dan memberikannya ke pelanggan sesegera mungkin. Kecepatan pelayanan dan respon terhadap permintaan pelanggan telah menjadi salah satu faktor persaingan antar organisasi, hal ini terkait dengan keinginan pelanggan untuk membayar biaya yang lebih tinggi untuk layanan atau produk yang dibutuhkan secara tepat waktu. Ada tiga prioritas dimensi pelayanan yang berhubungan dengan waktu: pelayanan cepat, pelayanan tepat waktu, kecepatan pengembangan.

Collier (2007) menunjukkan bahwa waktu dalam masyarakat saat ini adalah salah satu sumber utama keunggulan kompetitif bagi organisasi.

3. Keunggulan kompetitif rumah sakit multispesialis

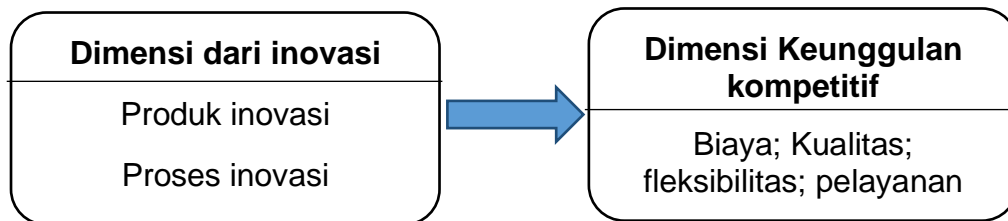
Sebuah rumah sakit multispesialisasi menyediakan layanan di atau dikelola oleh anggota dari beberapa spesialisasi medis. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa rumah sakit multispesialisasi dapat mengembangkan keunggulan kompetitif dengan terus meningkatkan kinerja dan memberikan nilai dan layanan yang lebih baik kepada pasien dibandingkan dengan para pesaingnya (Kaplan & Porter, 2011; Porter & Teisberg, 2007). Rumah sakit meningkatkan kinerja dengan penerapan pengetahuan staf medis yang tepat (Devers et al., 2003) dan dengan mengoptimalkan prosedur medis dan operasional (Cooper et al., 2011, 2018). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa rumah sakit multispesialisasi memberikan layanan berkualitas dengan berhasil menerapkan dan mengoperasikan pusat rawat jalan khusus (seperti kanker, kardiologi, ilmu saraf), mengembangkan usaha patungan rumah sakit-dokter, membangun prosedur medis baru, teknik, bangsal dan menggunakan peralatan medis canggih baru (Douglas & Ryman, 2003).

Organisasi modern bekerja dalam lingkungan yang sangat kompetitif, yang memotivasi mereka untuk mencari produk baru (barang, jasa, dan ide), dan proses untuk mendapatkan keunggulan kompetitif atas organisasi lain di sektor yang sama dengan menambahkan nilai kepada klien dan/atau pengguna guna mencapai keunggulan dalam pelatihan yang meningkatkan posisi kompetitif mereka.

Rumah sakit menciptakan nilai dengan meningkatkan kepuasan pasien dan staf, perawatan darurat (Farinha et al., 2018) dan membangun hubungan

yang kuat dengan pemasok, perusahaan farmasi dan diagnostik kesehatan (Douglas & Ryman, 2003; Kharub & Sharma, 2017). Nilai juga dapat dihasilkan sebagai hasil pengembangan tim lintas fungsi dan integrasi layanan rumah sakit melalui perangkat lunak aplikasi canggih (Rogowski et al., 2007), meningkatkan reputasi rumah sakit (Dafny & Lee, 2016), mengurangi kesalahan medis, meningkatkan hasil medis dan berbagi pengetahuan antara dokter rumah sakit (Mukherji, 2011). Nilai ini disampaikan kepada pasien ketika perawatan kesehatan diciptakan bersama oleh dokter dan anggota staf medis (Porter & Teisberg, 2007; Propper et al., 2004), mengikat dengan perusahaan asuransi kesehatan, menerapkan infrastruktur medis teknologi terbaru dan melakukan penelitian dan pengembangan obat baru (Cooper et al., 2011). Untuk bertahan dalam persaingan dan berkembang di pasar, keunggulan kompetitif rumah sakit juga harus berkelanjutan (Kaplan & Porter, 2011; Porter & Teisberg, 2007).

Mahasneh et al (2020) meneliti faktor yang berkorelasi dengan dimensi keunggulan kompetitif, 118 top manajer yang bekerja di 40 rumah sakit swasta menjadi sampel dalam penelitian. Hasilnya menemukan bahwa terdapat korelasi yang cukup kuat antara pencapaian inovasi (produk inovasi dan proses inovasi) berkorelasi positif dengan dimensi keunggulan kompetitif meliputi kualitas, biaya, fleksibilitas dan pelayanan. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi minat rumah sakit untuk mendukung kegiatan inovasinya, semakin tinggi peluang bagi rumah sakit tersebut untuk mencapai tingkat keunggulan kompetitif yang tinggi sehingga keterkaitan ini digambarkan dalam sebuah kerangka sebagai berikut:



Gambar 2.8 Dimensi inovasi berkorelasi positif dan cukup kuat dengan dimensi keunggulan kompetitif di rumah sakit (Mahasneh et al., 2020)

4. Keberlanjutan keunggulan kompetitif di rumah sakit

Keunggulan Kompetitif Berkelanjutan dalam industri rumah sakit sangat penting karena tidak hanya membantu rumah sakit dalam menjaga kesehatan organisasi tetapi juga untuk kesehatan pelanggan dan pasiennya. Ini membantu dalam meningkatkan kualitas hidup keduanya. Jika industri rumah sakit berhasil memberikan pengobatan yang baik untuk gula, kanker, darah, keterbelakangan mental dan terkenal dan bagus di mata pelanggan begitu juga di mata pasien. Artinya unik dalam atributnya sehingga secara otomatis akan mendapatkan keunggulan kompetitif yang berkelanjutan dibandingkan dengan rumah sakit lain di kota. Jika keterampilan dan kualifikasi tenaga kerja yaitu dokter dan perawat baik. Jika mereka berpendidikan dan berkualitas dan melalui tindakan strategis mereka terkait dengan kemampuan dan hubungan yang mereka kembangkan sehingga mereka dapat memperoleh keunggulan kompetitif dengan mudah dan di sana gaji akan menjadi lebih baik dan gaji akan menjadi tinggi maka tentu saja (UKEssays, 2018).

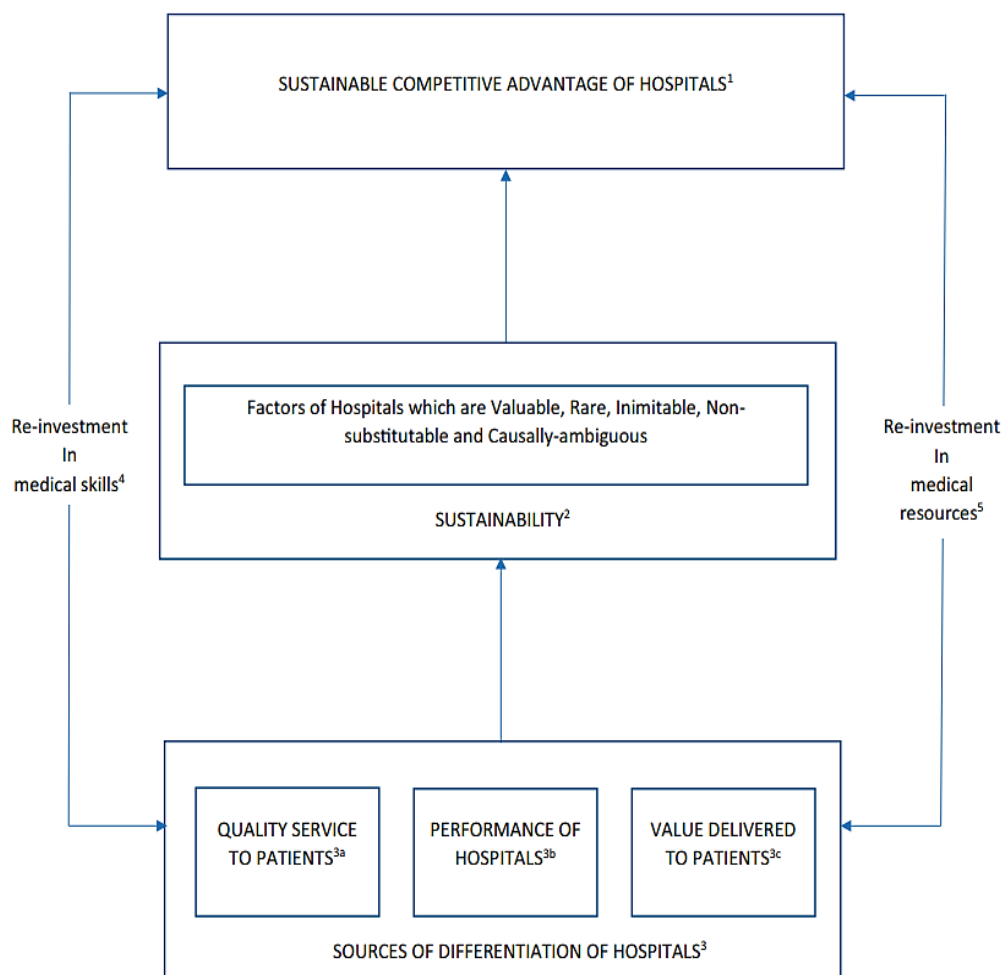
Keberlanjutan dapat dicapai ketika sumber keunggulan kompetitif bernilai, langka, tidak dapat ditiru, tidak dapat diganti, dan sangat ambigu. Untuk rumah sakit, kepuasan pasien dapat meningkatkan nilai rumah sakit dan sangat berharga (Kondasani & Panda, 2015; Propper et al., 2004); memberikan

layanan berkualitas tinggi dengan biaya rendah pada saat yang sama bisa menjadi hal yang langka (Priya & Jabarethina, 2016; Skellern, 2016); keterampilan dokter dan pelatihan staf mungkin tidak dapat ditiru (Cooper et al., 2018); loyalitas pasien dan kualitas layanan mungkin tidak dapat digantikan (Longo et al., 2019); dan efisiensi operasional serta hubungan rumah sakit dengan dokter, pemasok medis, dan perusahaan asuransi tampak ambigu (Rogowski et al., 2007; Walshe & Shortell, 2004).

Studi sebelumnya dengan jelas menunjukkan bahwa pendekatan utama untuk mengatasi persaingan yang berkembang adalah dengan mengembangkan keunggulan kompetitif berkelanjutan (*sustainable competitive advantages/SCA*) (Ghiasi et al., 2018; Longo et al., 2019; Skellern, 2016). Namun, rumah sakit seringkali mengalami perubahan peraturan perawatan kesehatan yang fluktuatif, peningkatan penyakit gaya hidup yang tidak dapat diprediksi, gejolak ekonomi yang tidak terduga, perubahan model pembayaran dan penggantian asuransi kesehatan, integrasi cepat teknologi medis canggih dan komplikasi hukum dalam layanan perawatan kesehatan (Agwunobi & Osborne, 2016; Bichescu et al., 2018). Dalam lingkungan rumah sakit yang berubah dan tidak dapat diprediksi seperti itu, maka perlu diidentifikasi sumber yang dapat meningkatkan keunggulan kompetitif berkelanjutan saat ini (Colla et al., 2016; Singh et al., 2020).

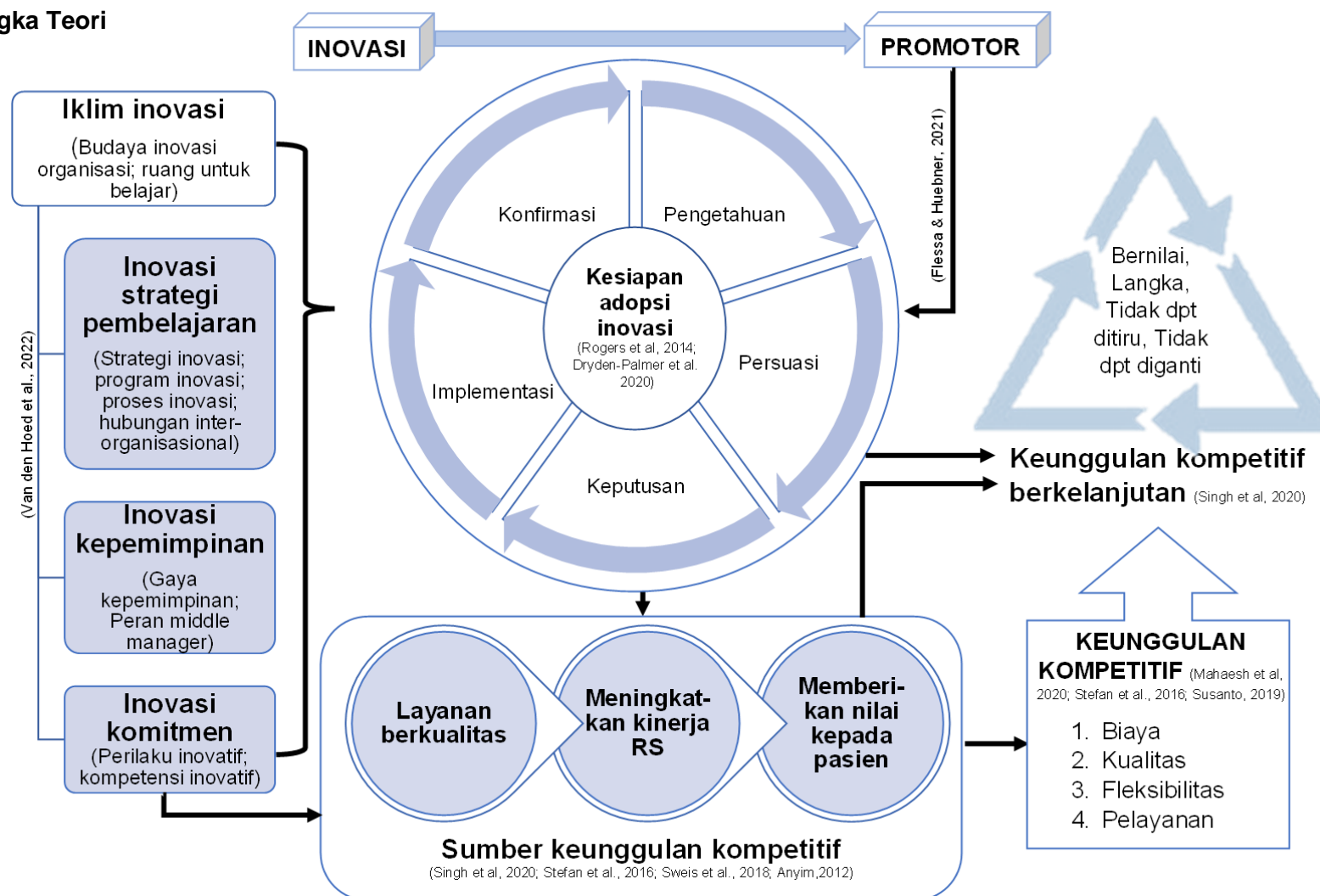
Untuk memvalidasi faktor keberlanjutan keunggulan kompetitif, Singh et al (2020) meneliti rumah sakit multispesialis di Delphi dan melakukan wawancara mendalam semi-terstruktur dari kepala pemasaran dan kepala medis serta petugas masing-masing selama satu jam. Hasilnya diperoleh dari menghubungkan ide-ide seperti yang ditampilkan pada Gambar 2.9. Rumah

sakit dapat menjadi berbeda dengan memberikan layanan berkualitas kepada pasien, meningkatkan kinerja dan memberikan nilai kepada pasien. Keberlanjutan dapat dicapai ketika faktor-faktor yang memberikan diferensiasi bernilai, langka, tidak dapat ditiru, tidak dapat diganti, dan/atau ambigu secara kausal. Rumah sakit juga dapat berinvestasi kembali dalam keterampilan dan sumber daya medis. Ketika kondisi ini terpenuhi, rumah sakit dapat membangun keunggulan kompetitif berkelanjutan.



Gambar 2.9 Perubahan lingkungan dan sumber terkini untuk *sustainable competitive advantage* di rumah sakit (Singh et al., 2020)

C. Kerangka Teori



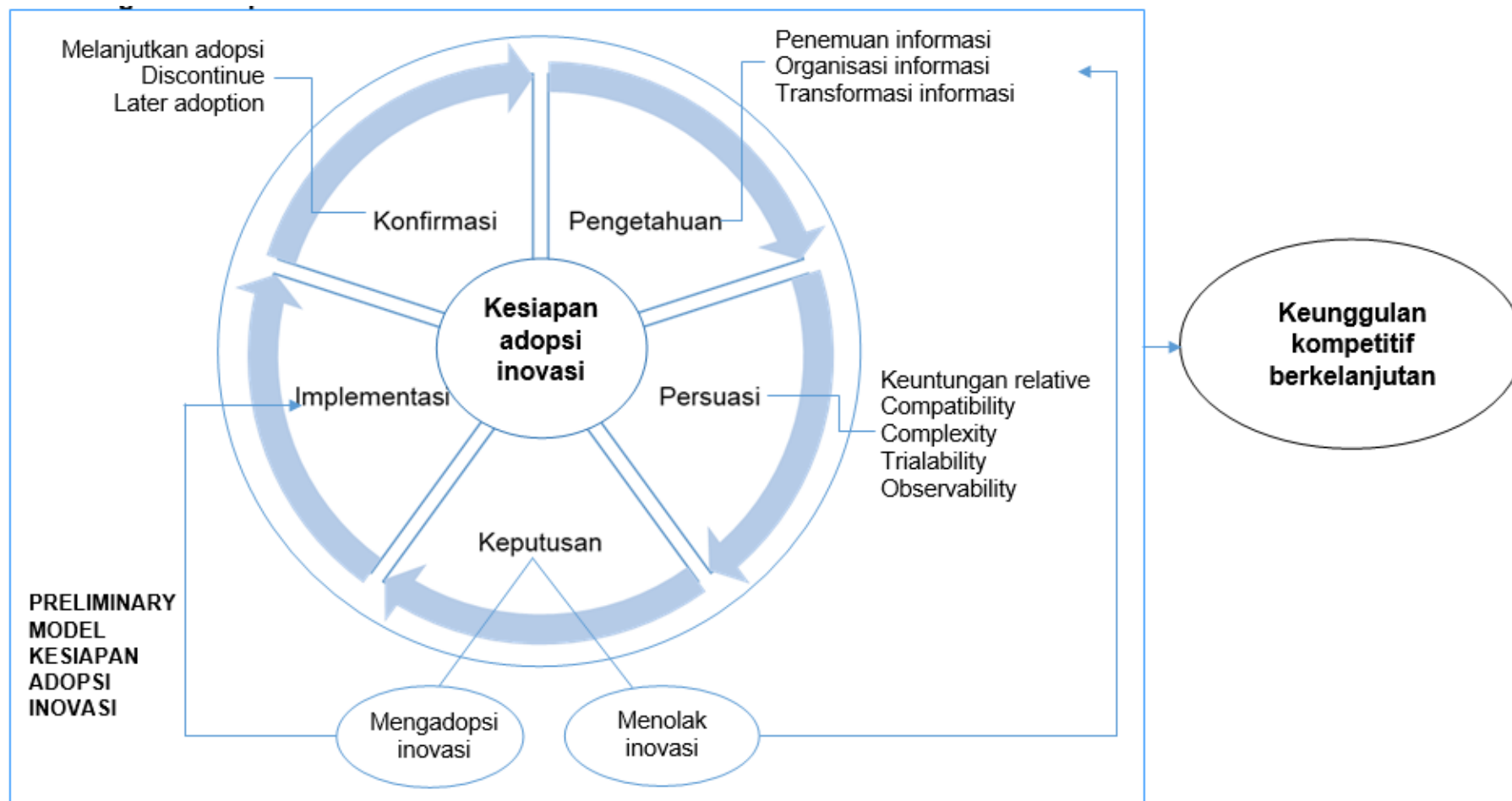
Gambar 2.10 Kerangka teori merujuk determinan (Van den Hoed et al., 2022); konsep DOI (Rogers, 2014; Dryden-Palmer at al, 2020); Konsep adopsi inovasi (Flessa & Hueber, 2021); SCA (Mahaesh et al, 2020; Singh et al, 2020; Stefan et al, 2016; Sweis et al, 2018; Anyim et al, 2012; Susanto, 2019)

Proses kesiapan adopsi inovasi dituangkan dalam *Diffusion of Innovation Model* (DOI) yang merupakan *grand theory* dengan melibatkan pencarian informasi dan pemrosesan informasi, dimana seorang individu melewati lima tahap sebelum mengadopsi atau menolak suatu inovasi (E. M. Rogers et al., 2014). Langkah-langkah tersebut adalah: (a) mengembangkan pengetahuan tentang bagaimana dan mengapa suatu inovasi berhasil; (b) diyakinkan tentang nilai adopsi suatu inovasi; (c) memutuskan apakah akan mengadopsi atau menolak inovasi; (d) mempraktikkan inovasi; dan (e) mencari dukungan untuk memastikan manfaat mengadopsi inovasi dari waktu ke waktu. Agar inovasi dapat diterima dalam layanan kesehatan, sangat diperlukan adanya promotor sebagai figur kunci yang akhirnya membuat adopsi inovasi terjadi. Promotor harus siap berperan terus-menerus mencari bibit inovasi yang mungkin relevan untuk layanan kesehatan sehingga mengatasi hambatan komunikasi yang kurang atau salah arah antara petugas, pasien dan pemangku kepentingan lainnya (Flessa & Huebner, 2021a). Terdapat berbagai faktor yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi yaitu iklim inovasi yang berkaitan dengan strategis pembelajaran untuk inovasi, kepemimpinan untuk inovasi, dan komitmen terhadap inovasi. Tanda panah menggambarkan kontribusi dari faktor utama terhadap kesiapan inovasi (Van den Hoed et al., 2022).

Faktor yang berkontribusi terhadap kesiapan inovasi dan proses kesiapan inovasi diduga mempengaruhi keunggulan kompetitif berkelanjutan yang dapat dicapai ketika sumber keunggulan kompetitif bernilai, langka, tidak dapat ditiru, tidak dapat diganti, dan sangat ambigu. Untuk rumah sakit, sumber keunggulan kompetitif berupa kepuasan pasien yang dapat meningkatkan nilai rumah sakit dan sangat berharga (Kondasani & Panda, 2015; Propper et al., 2004);

memberikan layanan berkualitas tinggi dengan biaya rendah pada saat yang sama bisa menjadi hal yang langka (Priya & Jabarethina, 2016; Skellern, 2016); keterampilan dokter dan pelatihan staf mungkin tidak dapat ditiru (Cooper et al., 2018); loyalitas pasien dan kualitas layanan mungkin tidak dapat digantikan (Longo et al., 2019); dan efisiensi operasional serta hubungan rumah sakit dengan dokter, pemasok medis, dan perusahaan asuransi tampak ambigu (Rogowski et al., 2007; Walshe & Shortell, 2004). Rumah sakit dapat menjadi berbeda dengan memberikan layanan berkualitas kepada pasien, meningkatkan kinerja dan memberikan nilai kepada pasien. Keberlanjutan dapat dicapai ketika faktor-faktor yang memberikan diferensiasi bernilai, langka, tidak dapat ditiru, tidak dapat diganti, dan/atau ambigu secara kausal (Mahaesh et al, 2020; Singh et al, 2020).

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.11 Kerangka konsep penelitian merujuk konsep DOI (Rogers, 2014; Dryden-Palmer et al, 2020), konsep adopsi inovasi (Flessa & Hueber, 2021), SCA (Mahesh et al, 2020; Singh et al, 2020; Stefan et al, 2018; Anyim et al, 2012; Susanto, 2019)

E. Definisi Operasional

Tabel 2.4 Definisi operasional dan cara pengukuran variabel

Variabel	Definisi konsep	Definisi operasional	Komponen	Indikator	Cara pengukuran
Model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan	Model Keputusan Inovasi adalah proses yang melibatkan pencarian informasi dan pemrosesan informasi, dimana seorang individu melewati lima tahap sebelum mengadopsi atau menolak suatu inovasi (E. M. Rogers et al., 2014): (1) pengetahuan; (2) persuasi; (3)	Model ini dimaknai sebagai proses kesiapan adopsi inovasi yang berlangsung menggunakan saluran komunikasi lima tahap sebelum mengadopsi atau menolak suatu inovasi dalam pelayanan Kesehatan di RS kepolisian	Pengetahuan (tahap 1) yaitu fase manajemen informasi terkait inovasi yang ada di unit pelayanan RS kepolisian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penemuan informasi tentang inovasi (lihat, dengar, baca, renungkan, diskusikan) 2. Organisasi informasi tentang inovasi (Mengelompokkan informasi sesuai kategori inovasi: inovasi untuk strategi, inovasi untuk program, inovasi untuk proses) 3. Transformasi informasi (memahami dan menginternalisasi informasi serta menerjemahkannya dalam konsep praktik) 	Menggunakan pedoman wawancara dan kuesioner untuk menentukan tingkat kesepakatan dengan setiap komponen yang ada dalam model.
			Persuasi (tahap 2) adalah fase pembentukan sikap yang menyenangkan atau tidak menyenangkan terkait inovasi setelah tahap 1 terlewati	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keuntungan relative (kebermanfaatan inovasi) 2. Compatibility (Kesesuaian inovasi) 3. Complexity (kompleksitas inovasi) 4. Trialability (inovasi dapat dicoba) 5. Observability (keteramatan inovasi) 	
			Keputusan (tahap 3) yaitu alternatif pilihan yang muncul dari pertimbangan tahap 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kategorisasi adopter 2. Profil adopter 	
			Implementasi (tahap 4) yaitu proses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempraktikkan inovasi sesuai dengan konsep awal 	

Variabel	Definisi konsep	Definisi operasional	Komponen	Indikator	Cara pengukuran
	keputusan; (4) implementasi; dan (5) konfirmasi.		inovasi dipraktikkan dalam pelayanan kesehatan setelah diputuskan untuk diadopsi	2. Melakukan reinvention yaitu perubahan atau modifikasi inovasi dalam proses adopsi dan implementasinya sesuai dengan kebutuhan dan situasi	
			Konfirmasi (tahap 5) yaitu proses evaluasi dari penerapan inovasi	1. Melanjutkan untuk adopsi 2. Discontinue (telah mencoba inovasi namun kemudian memutuskan untuk tidak mengadopsinya) 3. Later adoption (berfikir untuk mengadopsi nanti)	
Keunggulan kompetitif berkelanjutan (<i>Sustainable Competitive Advantages</i>)	Keunggulan kompetitif berkelanjutan terjadi apabila adanya nilai, langka, tidak dapat ditiru, tidak dapat diganti, dan sangat ambigu. (Kondasani & Panda, 2015; Propper et al., 2004);	Keunggulan kompetitif berkelanjutan dimaknai sebagai kolaborasi antar RS Bhayangkara untuk menjadi sumber bernilai bagi RS Kepolisian, langka dan tidak mudah ditiru oleh RS lain	Ekonomi, kualitas, social dan strategi	1. Ekonomi memiliki dua indikator yaitu biaya dan efisiensi 2. Kualitas dinilai dari kualitas layanan 3. Social memiliki dua indikator yaitu kepuasan pelanggan beserta loyalitas dan kepuasan pasien 4. Strategi terdiri dari dua indikator yaitu differensiasi layanan dan kontrol perubahan	dinilai menggunakan kuisisioner yang terdiri dari 36 pertanyaan dengan pilihan jawaban menggunakan skala likert lima poin mulai dari 1-sangat tidak setuju sampai 5-sangat setuju yang merujuk pada dimensi SCA (Lestari et al., 2021; Stefan et al., 2016)

F. Asumsi penelitian dan Hipotesis

1. Asumsi penelitian
 - a. Belum ada prosedur yang mengatur proses kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan di RS Kepolisian
 - b. Komponen dan indikator adopsi inovasi di RS Kepolisian tetap menggunakan sarana komunikasi lima tahap sesuai konsep DOI (pengetahuan, persuasi, keputusan, implementasi dan konfirmasi).
2. Hipotesis penelitian
 - a. Komponen yang signifikan menyusun model kesiapan adopsi inovasi layanan Kesehatan di RS Kepolisian adalah komponen pengetahuan, persuasi, keputusan, implementasi dan konfirmasi.
 - b. Terdapat pengaruh yang signifikan dari model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan terhadap keunggulan kompetitif berkelanjutan pada RS Kepolisian.
 - c. Terdapat pengaruh tidak langsung antar komponen dan variabel dalam model kesiapan adopsi inovasi .
 - d. Model kesiapan adopsi inovasi layanan kesehatan di RS Kepolisian memenuhi kriteria kelayakan model (*goodness of fit*).