

DISERTASI

**INTERNALISASI INSTITUSIONAL TEORI DALAM MUTU
PELAYANAN KESEHATAN UNTUK MENCAPAI
KINERJA RUMAH SAKIT**

***INTERNALIZATION OF INSTITUTIONAL THEORY IN THE
QUALITY OF HEALTH SERVICES TO ACHIEVE
HOSPITAL PERFORMANCE***

**RATNA SARI
P 0500 313 417**



**PROGRAM DOKTOR ILMU EKONOMI
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2018**



Optimization Software:
www.balesio.com

DISERTASI

INTERNALISASI INSTITUSIONAL TEORI DALAM MUTU PELAYANAN KESEHATAN UNTUK MENCAPAI KINERJA RUMAH SAKIT

INTERNALIZATION OF INSTITUTIONAL THEORY IN THE QUALITY OF HEALTH SERVICES TO ACHIEVE HOSPITAL PERFORMANCE

Sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Doktor

Disusun dan diajukan oleh

**RATNA SARI
P 0500 313 417**



**PROGRAM DOKTOR ILMU EKONOMI
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2018**



DISERTASI

INTERNALISASI INSTITUSIONAL TEORI DALAM MUTU PELAYANAN KESEHATAN UNTUK MENCAPAI KINERJA RUMAH SAKIT

disusun dan diajukan oleh

RATNA SARI
P0800313417

telah dipertahankan dalam sidang ujian disertasi
pada tanggal 20 Desember 2018 dan
dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Tim Promotor

Prof. Dr. Gagaring Pagalung, SE., Ak., MS., CA., CMA., CSRA., ACPA
Promotor

Dr. Syarifuddin, SE., Ak., M.Soc., Sc., CA
Ko-Promotor I

Dr. Kartini, SE., Ak., M.Si., CA
Ko-Promotor II

Ketua Program Studi
Program Doktor Ilmu Ekonomi

Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis
Universitas Hasanuddin

Wanto Anwar, SE., M.A.

Prof. Dr. Abd. Rahman Kadir, SE., M.Si



PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Ratna Sari
NIM : P0500313417
Jurusan/Program Studi : Akuntansi/Illmu Ekonomi

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa disertasi yang berjudul:

Internalisasi Institusional Teori dalam Mutu Pelayanan Kesehatan untuk Mencapai Kinerja Rumah Sakit

Adalah karya ilmiah saya sendiri dan sepanjang pengetahuan saya di dalam naskah disertasi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan/ditulis/diterbitkan sebelumnya, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari ternyata di dalam naskah disertasi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur ciplakan, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut dan diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU No.20 tahun 2003, pasal 25 ayat 2 dan pasal 70).

Makassar, Desember 2018
Yang membuat pernyataan

A green 6000 Rupiah Indonesian postage stamp featuring a Garuda emblem and the text 'REPUBLIK INDONESIA' and '6000'. A handwritten signature in black ink is written over the stamp.

Ratna Sari



PRAKATA



Alhamdulillah dipanjatkan puji syukur kepada Allah SWT, atas segala limpahan karunia, taufiq dan hidayahNYA, dalam bentuk kesempatan, kemudahan, rejeki dan segala sesuatu yang memungkinkan peneliti merampungkan disertasi ini sebagai prasyarat untuk meraih gelar Doktor pada program Doktor Ilmu Ekonomi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Hasanuddin. Tak lupa pula dikirimkan salam dan sholawat kepada junjungan nabiullah Muhammad SAW, sebagai ungkapan cinta dan terima kasih kepada beliau yang paling berjasa kepada umat islam untuk mengenal islam, menikmati islam dan menghayati iman.

Penyelesaian disertasi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karenanya pada kesempatan ini perkenankan peneliti menyampaikan penghargaan dan terimakasih yang tak terhingga kepada bapak Prof. Dr. Gagaring Pagalung, SE.,Ak.,MS.,CA., selaku promotor atas perhatian, pengetahuan dan bimbingan serta masukan yang diberikan, bapak Dr. Syarifuddin, SE.Ak.,M.Soc.,Sc.,CA dan ibu Dr. Kartini, SE.,Ak.,M.Si.,CA selaku co-promotor I dan co-promotor II yang telah meluangkan waktu dengan penuh kesabaran dan ketulusan, memberikan bimbingan, saran-saran, berdiskusi, mengarahkan dan memotivasi peneliti agar tidak patah semangat sejak penyusunan proposal hingga terselesaikannya disertasi ini.

Penghargaan dan terimakasih juga penulis sampaikan kepada bapak Prof. Dr. Chalid Imran Musa, M.Si sebagai penguji eksternal, ibu Prof. Dr. Mediaty, SE.,Ak.,M.Si.,CA, ibu Prof. Dr. Haliah, SE.,Ak.,M.Si.,CA, ibu Dr. R.A. Damayanti, SE.,Ak.,M.Soc.,Sc.,CA., bapak Dr. Abdul Hamid Habbe, SE.,M.Si., bapak Dr.Syamsuddin, SE.,Ak.,M.Si.,CA selaku penguji eksternal yang telah memberikan kritikan, saran dan masukan yang sangat bermanfaat kepada peneliti mulai dari ujian proposal sampai pada proses penyelesaian disertasi ini.



Tak lupa pula peneliti haturkan ucapan terimakasih kepada:

1. Direktorat Jenderal Pendidikan melalui proyek BPPS 2013-2016 yang mendukung pembiayaan selama mengikuti Pendidikan program Doktor.
2. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Pulubuhu, MA. selaku rektor saat ini, Bapak Prof. Dr. Ir, Jamaluddin Jompa selaku Kepala Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin, bapak Prof. Dr. Abd. Rahman Kadir, SE.,M.S selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Hasanuddin beserta jajarannya yang telah memberikan pelayanan yang sangat baik sejak peneliti mendaftar hingga tahap akhir penyelesaian studi.
3. Ibu Prof. Dr. Jasruddin M.Si., selaku Kordinator Kopertis Wilayah IX Makassar, bapak Dr. H. Mochtar Noorjaya, SE.,M.Si selaku ketua Yayasan wakaf Universitas Muslim Indonesia, ibu Prof. Dr. Hj. Masrurah Mokhtar, M.A, selaku Rektor Universitas Muslim Indonesia saat peneliti mulai perkuliahan dan bapak Prof. Dr.H. Basri Modding, SE.,M.Si, selaku selaku Rektor Universitas Muslim Indonesia saat ini, bapak Prof. Dr. Bahar Siring, SE.,M.Si, selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Muslim Indonesia saat peneliti mulai perkuliahan dan bapak Prof. Dr. H. Mahfudnurnadjamuddin, SE.,MM, selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Muslim Indonesia saat ini yang telah memberikan izin mengikuti Pendidikan S3.
4. Bapak Prof. Dr. Haris Maupa, SE.,M.Si., selaku Ketua Program Doktor Ilmu Ekonomi FEB-UH saat peneliti mulai perkuliahan dan Bapak Dr. Anas Iswanto, SE.,M.A, selaku Ketua Program Doktor Ilmu Ekonomi FEB-UH saat ini yang telah memberikan bekal ilmu selama peneliti menempuh ilmu.
5. Seluruh Direktur rumah sakit di kota Makassar baik rumah sakit pemerintah maupun swasta yaitu RS Tk II Pelamonia Kesdam VII Makassar, RS Bhayangkara, RSUD Labuang Baji, RSUD Haji Makassar, RSUD Kota Makassar (rumah sakit daya), RS Ibnu Sina YBW UMI Makassar, RS Awal Bros Makassar, RS Islam Faisal, RS Grestelina, RS Stella Maris Makassar, RS Akademis Jaury dan RSU Wisata UIT yang telah mengijinkan dan menerima peneliti untuk melakukan penelitian.
6. Teman-teman seperjuangan pada program Doktor ilmu Ekonomi angkatan 2013 yang dengan penuh keikhlasan serta ketulusan senantiasa berdiskusi bagi ilmu, berbagi literatur, dan bekerja sama dalam menyelesaikan tugas



selama perkuliahan serta teman-teman angkatan 2014 yang saling menyemangati selama dalam masa penyelesaian studi.

7. Seluruh teman-teman Dosen di Fakultas Ekonomi Universitas Muslim Indonesia yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah bersedia berdiskusi dan memotivasi peneliti selama menempuh pendidikan doktoral.
8. Ayahanda tercinta, Let.Kol. CAJ. H. Samin Muhammad dan ibunda Hj. Nurjannah serta ayahanda mertua H. Daming dan ibunda mertua Hj. Putiri, meskipun mereka semua telah tiada di dunia ini, namun beliau-belaulah orang yang paling berjasa memberikan limpahan kasih sayang, keteladanan, keikhlasan dalam menjalani kehidupan, inspirasi, motivasi dan doa bagi peneliti di masa hidupnya yang saat ini hanya bisa melihat anaknya dari alam barzah.
9. Saudara-saudara tercinta, dr. Muhammad Akbar, Sp.S.(K),Ph.D.,DFM, Dr. dr. Muhammad Agung, Ph.D., Ir. Muhammad Irianto, Nilawaty A.Md dan Muhammad Arfan, ST., beserta saudara ipar yang tersayang, Cita Marlika Parawansa, SH.,Dipl. CACS, dr. Irma Suryani D, Sp.OT.(K),Spine, Letkol. CHB Harto Santoso, S.Pd.,M.Sc. dan Tussy Maharani, ST yang selalu memberikan semangat, motivasi dan mensupport peneliti baik secara moril maupun materi dalam setiap ujian yang peneliti hadapi.
10. Suamiku tercinta Mayor.Inf.Drs. Amrullah Daming beserta anak-anakku tersayang Artamevia Khairunnisa Eka Amrullah dan Fauzan Harwindo Dwi Amrullah atas pengertian, kesabaran, doa dan sebagai penyemangat peneliti dalam menyelesaikan studi doktoral.
11. Kepada semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan semuanya yang telah memberikan sumbangsih dalam proses penyelesaian studi ini.

Semoga segala bantuan dan dukungan yang telah diberikan kepada peneliti dapat bernilai ibadah dan mendapat pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT, semoga disertasi ini dapat memberi manfaat keilmuan bagi semua pihak dan terutama bagi diri peneliti pribadi. Aamiin Aamiin Yaa Rabbal Alamin...

Makassar, Desember 2018

Ratna Sari



ABSTRAK

RATNA SARI. *Internalisasi Institusional Teori Mutu Pelayanan Kesehatan untuk Mencapai Kinerja Rumah Sakit* (dibimbing oleh Gagaring Pagalung, Syarifuddin, dan Kartini).

Penelitian ini bertujuan mengkaji dan menganalisis besarnya pengaruh (1) *isomorphic coersif*, *isomorphic mimetic*, dan *isomorphic normatif* terhadap kualitas pelayanan kesehatan; (2) *isomorphic coersif*, *isomorphic mimetic*, dan *isomorphic normatif* terhadap kinerja rumah sakit, baik secara langsung maupun melalui kualitas pelayanan kesehatan sebagai variabel intervening; dan (3) *isomorphic coersif*, *isomorphic mimetic*, dan *isomorphic normatif* terhadap kualitas pelayanan kesehatan dengan sumber pembiayaan kesehatan sebagai variabel moderating.

Populasi penelitian ini adalah unit pelayanan kesehatan, bagian manajemen, dan bagian keuangan rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS di Kota Makassar dengan jumlah sampel 325 responden. Pengambilan sampel menggunakan teknik penyampelan purposif dan data dianalisis dengan menggunakan teknik *warp partial least square* (Warp-PLS).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa (1) *isomorphic coersif*, *isomorphic mimetic*, dan *isomorphic normatif* secara langsung berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan; (2) *isomorphic coersif* dan *isomorphic mimetic* berpengaruh terhadap kinerja rumah sakit, namun *isomorphic normatif* tidak berpengaruh dan ketiga *isomorphic* tersebut secara tidak langsung berpengaruh terhadap kinerja rumah sakit melalui kualitas pelayanan kesehatan sebagai variabel intervening; dan (3) sumber pembiayaan kesehatan memperlemah hubungan *isomorphic coersif* dan *isomorphic memetic* terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Akan tetapi, sumber pembiayaan kesehatan memperkuat hubungan *isomorphic normatif* terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Kata kunci: kinerja, kualitas pelayanan kesehatan, *isomorphic coersif*, *isomorphic mimetic*, *isomorphic normatif*



ABSTRACT

RATNA SARI. *The Theory Institutional Internalization in Health Service Quality to Achieve Hospital Performance* (supervised by Gagaring Pagalung, Syarifuddin and Kartini).

The research aimed to examine and analyse the magnitude of: 1) the *isomorphic coercive, isomorphic mimetic, and isomorphic normative* influences on the health service quality, 2) the *isomorphic coercive, isomorphic mimetic, and isomorphic normative* effects on the hospital performance either directly or through the health service quality as the intervening variable, 3) the *isomorphic coercive, isomorphic mimetic, and isomorphic normative* impacts on the health service quality with the health financing source as the moderating variable.

The research population was the health service unit, hospital management department, financial department who collaborated with the Social Security Board (BPJS) in Makassar City. Samples were as many as 325 respondents, in which the samples were selected using the *purposive sampling* technique. Data were analysed using WarpPLS (*Warp Partial Least Square*) technique.

The research result indicates that **first**, the *isomorphic coercive, isomorphic mimetic, and isomorphic normative* directly affect the health service quality, **second**, the *isomorphic coercive and isomorphic mimetic* have influence the hospital performance, however, the *isomorphic normative* does not have the impact, and the three *isomorphic* indirectly have have the effect on the hospital performance through the health service quality as the intervening variable, **third**, the health financing source weakens the relationship of the *isomorphic coercive, and isomorphic mimetic* with the health service quality, but the health financing source strengthens the relationship of the *isomorphic coercive with the health service quality*.

Key words: Performance, health service quality, *isomorphic coercive, isomorphic mimetic, isomorphic normative*



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	15
1.3 Tujuan Penelitian	17
1.4 Kegunaan Penelitian.....	19
1.4.1 Kegunaan Teoretis	19
1.4.2 Kegunaan Praktis	19
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	20
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	21
2.1 Tinjauan Teori dan Konsep Penelitian	21
2.1.1 Teori Institusional	21
2.1.2 Teori Legitimasi	27
2.1.3 Teori Organisasi	30
2.2 Tinjauan Empiris	31
2.2.1 Sumber Pembiayaan Kesehatan	31
2.2.2 Rumah Sakit	36
2.2.3 Kualitas Pelayanan Kesehatan	43
2.2.4 Kinerja Rumah Sakit (<i>Balanced Scorecard</i>)	49
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	59
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	59
3.2 Pengembangan Hipotesis	68
3.2.1 <i>Isomorphic Koersif</i> , Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Kinerja Rumah Sakit	68
3.2.2 <i>Isomorphic Mimetic</i> , Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Kinerja Rumah Sakit	72
3.2.3 <i>Isomorphic Normative</i> , Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Kinerja Rumah Sakit	76
3.2.4 Kinerja Rumah Sakit Melalui Kualitas Pelayanan Kesehatan	79
3.2.5 Sumber Pembiayaan, Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Kinerja Rumah Sakit.....	80
3.3 Model Penelitian	86



BAB IV METODE PENELITIAN	87
4.1 Rancangan Penelitian	87
4.2 Situs dan Waktu Penelitian.....	87
4.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel.....	87
4.4 Jenis dan Sumber Data	89
4.5 Metode Pengumpulan Data.....	90
4.6 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	91
4.7 Teknik Analisis Data	105
BAB V HASIL PENELITIAN	107
5.1 Sampel Penelitian	107
5.2 Statistik Deskripsi Data Penelitian	110
5.3 Deskripsi Variabel Penelitian.....	114
5.4 Hasil Analisis WarpPLS.....	124
5.5 Pengujian Hipotesis Hasil Penelitian.....	134
BAB VI PEMBAHASAN	148
6.1 Pengaruh Langsung	148
6.2 Pengaruh Tidak Langsung	176
BAB VII PENUTUP.....	190
7.1 Simpulan	190
7.2 Keterbatasan Penelitian	193
7.3 Saran.....	193
DAFTAR PUSTAKA	194
Lampiran-Lampiran	205



DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
Tabel 2.1. Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan dan Model Pembayaran	33
Tabel 2.2. Perkembangan Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan Penyelenggaraan di Indonesia Tahun 2013-2016	38
Tabel 4.1. Populasi Penelitian	88
Tabel 4.1. Pengukuran Variabel Penelitian	95
Tabel 5.1. Daftar Sampel dan Distribusi Kuesioner	108
Tabel 5.2. Dasar Interpretasi Skor Item Dalam Variabel Penelitian	109
Tabel 5.3. Statistik Deskriptif	110
Tabel 5.4. Hasil uji linieritas	125
Tabel 5.5. Hasil Uji <i>Convergent validity</i>	126
Tabel 5.6. <i>Cross loadings</i> untuk Uji <i>discriminant validity</i>	128
Tabel 5.7. <i>Average Variance Extracted (AVE)</i> dan <i>Korelasi antar Variabel Laten</i>	129
Tabel 5.8. <i>Composite Reliability</i>	130
Tabel 5.9. Hasil R-square	133
Tabel 5.10. Evaluasi Pengujian model	134
Tabel 5.11. Rekapitulasi Hasil Pengujian Hipotesis.....	135



DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
Gambar 2.1. Perkembangan Jumlah Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus di Indonesia Tahun 2013-2016	39
Gambar 2.2. Hubungan Empat Perspektif <i>Balanced Scorecard</i>	53
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	67
Gambar 3.2 Model Penelitian	86
Gambar 5.1 Hasil Inner Model (Original Sample Estimate)	132



Lampiran-lampiran

Nomor Lampiran	Halaman
1. Deskripsi Variabel Penelitian	205
2. Distribusi Frekuensi	211
3. Uji Linieritas.....	222
4. Hasil Analisis	229



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, hal ini merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah.

Untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia, pemerintah telah menetapkan Sistem Kesehatan Nasional yang tangguh pada tahun 1982, yang berperan besar sebagai acuan dalam penyusunan Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN) bidang Kesehatan. Demikian pula penyusunan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, juga sebagai acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman dan arah pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Pada Pasal 28 ayat (3) UUD 1945 jelas tercantum bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan diri secara utuh sebagaimana manusia yang bermanfaat. Pemerintah pun telah berkomitmen memberikan perlindungan jaminan sosial menyeluruh yang dituangkan dalam UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat, kesehatan adalah hak bagi setiap warga masyarakat yang dilindungi oleh

Undang Dasar. Setiap negara mengakui bahwa kesehatan menjadi prasyarat terbesar untuk mencapai kesejahteraan. Oleh karena itu, perbaikan



pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan suatu investasi sumber daya manusia untuk mencapai masyarakat yang sejahtera.

Sejak era reformasi urusan pemerintahan secara bertahap diserahkan dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah (Pemda) dan hal ini sesuai dengan pasal 18 ayat (6) amandemen UUD 1945 yang menyatakan bahwa pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya. Peraturan terakhir yang mengatur tentang pembagian urusan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah adalah UU Nomor 23 Tahun 2014 yang merupakan pengganti UU Nomor 32 Tahun 2004. Pada UU 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, kesehatan adalah satu dari enam urusan *concurrent* (bersama) yang bersifat wajib dan terkait dengan pelayanan dasar. Enam urusan tersebut adalah: (1) Pendidikan; (2) Kesehatan; (3) Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang; (4) Perumahan Rakyat dan Kawasan Pemukiman; (5) Ketentraman dan ketertiban Umum serta Perlindungan Masyarakat; dan (6) Sosial.

Pemerintah berkewajiban untuk dapat memberikan kehidupan yang sehat dan sejahtera bagi warga negaranya. Pelayanan publik merupakan kegiatan dalam rangka memenuhi hak dan kebutuhan dasar seluruh warga, karena itu akses terhadap pelayanan tersebut dijamin oleh negara, tanpa adanya diskriminasi, tanpa melihat status sosial ekonomi, tanpa membeda-bedakan ras ataupun agama, ataupun ciri-ciri subjektif lainnya.

Pelayanan publik merupakan masalah terkait dengan penyelenggaraan pemerintahan dan akuntabilitas birokrasi dalam menjalankan kinerja dan

fungsi administrasi. Rumah sakit merupakan salah satu institusi pelayanan publik yang memegang peranan penting bagi peningkatan



derajat kesehatan masyarakat. Rumah sakit dituntut untuk dapat melayani masyarakat, mampu bersaing, memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau bagi masyarakat.

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan sekaligus sebagai entitas yang memiliki tanggung jawab kepada *shareholder* dan *stakeholder* harus jeli dalam melihat perubahan-perubahan yang dikarenakan kemajuan teknologi, pengaruh globalisasi, tingkat persaingan yang semakin tinggi dan perilaku pasien yang semakin kritis dalam memilih pelayanan kesehatan.

Lingkungan organisasi kesehatan seperti rumah sakit akhir-akhir ini baik yang bergerak di sektor bisnis maupun non bisnis mengalami perubahan dari waktu ke waktu. Gaspersz (2011) menjelaskan bahwa perubahan yang terjadi pada organisasi kesehatan saat ini karena adanya tekanan untuk menurunkan biaya, meningkatkan kualitas pelayanan serta mengikuti petunjuk-petunjuk dan peraturan-peraturan yang ketat, telah memaksa profesional di bidang pelayanan kesehatan menguji ulang tentang bagaimana cara mereka mengevaluasi kinerja dari organisasi pelayanan itu. Dengan semakin tingginya tuntutan bagi rumah sakit untuk meningkatkan pelayanannya, banyak permasalahan yang terkait dengan terbatasnya anggaran yang tersedia, alur birokrasi yang terlalu panjang dan sulitnya untuk mengukur kinerja.

Melihat besarnya komitmen pemerintah mewujudkan layanan kesehatan berkualitas bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dituangkan dalam berbagai regulasi, muncul pertanyaan mengapa masih banyak keluhan atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan (faskes) di era JKN-

Sering terdengar peserta JKN-KIS mengeluhkan antrean panjang saat r atau menunggu operasi, dokter datang tidak tepat waktu, ketersediaan



kelas rawat, dikenakan biaya pelayanan atau obat. Apakah benar pelayanan kesehatan kepada peserta JKN-KIS kurang berkualitas?

Hasil penelitian terhadap indeks kepuasan peserta JKN-KIS, yang dilakukan badan litbang BPJS Kesehatan menunjukkan, terjadi penurunan indeks kepuasan peserta di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) tahun 2015 dibandingkan 2014. Pada 2015, indeks kepuasan peserta pada nilai 78,9 persen atau turun 2,1 persen dibandingkan 2014 yang 81 persen. Penurunan indeks kepuasan peserta yang terbanyak pada kontak layanan di FKRTL. Pada 2014, indeks kepuasan peserta terhadap kontak layanan FKRTL sebesar 84 persen, turun 4,9 persen menjadi 79,1 persen pada 2015.

Di sisi lain, peningkatan jumlah peserta JKN-KIS belum diikuti kesiapan infrastruktur faskes yang memadai. Perkembangan dan pertumbuhan jumlah faskes tidak sepesat perkembangan jumlah peserta yang sampai November 2016 sudah 170.235.178 jiwa atau naik 10 kali lipat dari jumlah peserta sebelum program JKN berjalan. Pada data di atas, terlihat bahwa ada ketidakpuasan dari pasien peserta program JKN atas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit yang seharusnya ini tidak perlu terjadi. Rumah sakit seharusnya memberikan pelayanan yang berkualitas agar pasien merasa puas atas layanan yang diberikan.

Blau dan Meyer (2000), mengemukakan bahwa perdebatan tentang kinerja administrasi publik di seluruh dunia selalu ditandai dengan ketidakpuasan. Kecenderungan birokrasi dan birokratisasi pada masyarakat modern benar-benar dipandang memprihatinkan, sehingga digambarkan adanya ramalan mengenai makin menggejalanya dan berkembangnya praktek-praktek

yang paling rasionalpun tidak bisa dianggap sebagai berita yang



menggembirakan, melainkan merupakan malapetaka dan bencana baru yang menakutkan.

Pasien yang merasa puas akan fasilitas dan pelayanan jasa kesehatan rumah sakit dapat menambah peningkatan pendapatan rumah sakit serta mampu mewujudkan citra yang baik dan terpercaya terhadap rumah sakit. Rumah sakit yang tidak dapat memenuhi kebutuhan pasiennya dianggap gagal dalam meningkatkan kinerjanya. Penilaian kerja penting dilakukan agar sebuah organisasi mampu bersaing dan tidak akan tersingkir dari persaingan global yang kompetitif.

Kinerja pelayanan jasa kesehatan pada rumah sakit penting untuk dilakukan penilaian dan evaluasi. Bose dan Keith (2007) menjelaskan bahwa rumah sakit yang baik tentunya memberikan pelayanan berdasarkan kebutuhan pasien, bukan atas dasar untuk meningkatkan pemasukan keuangan rumah sakit atas penghasilan karyawan. Selain itu, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan biaya pelayanan kesehatan terkendali sehingga akan berujung pada kepuasan pasien dan pengendalian biaya (Sulistyaningrum, 2007).

Penilaian evaluasi kinerja rumah sakit merupakan hal yang sangat penting untuk dilakukan. Karena dengan menilai kinerja mampu memberikan informasi yang dapat digunakan untuk mengevaluasi dan mengembangkan kinerja. Aditiyo (2012) mengemukakan bahwa saat ini penilaian kinerja organisasi di Indonesia masih didominasi oleh penilaian kinerja secara konvensional, yakni hanya berfokus pada perspektif keuangan semata tanpa memperhitungkan perspektif-perspektif lainnya.

Indikator pengukuran kinerja rumah sakit dapat dinilai berdasarkan kualitas itu pertama, struktur; menilai sarana prasarana, farmasi, sumber daya dan sistem informasi RS. Kedua, proses; menilai penggunaan standar



operasional prosedur dan manajemen penyakit dan berkaitan dengan panduan klinis. Ketiga, hasil (outcomes); menilai keberhasilan pada pasien dan pengeluaran (biaya)-nya.

Tujuan dari penilaian kinerja adalah untuk memotivasi karyawan sehingga mencapai sasaran organisasi dan mematuhi segala standar perilaku yang diterapkan oleh perusahaan maupun organisasi (Mulyadi, 2009: 420). Penilaian kinerja yang dilakukan sekarang ini hanya berfokus pada kinerja keuangan dan kurang memperhatikan kinerja non keuangan. Sehingga, hanya mengukur kinerja organisasi dalam jangka pendek dan kurang memperhatikan kinerja jangka panjang padahal kinerja jangka panjang organisasi perlu direncanakan untuk menciptakan kinerja yang baik. Sebuah organisasi diharapkan mampu untuk mencapai keseimbangan antara kinerja finansial dan non finansial dalam perusahaan, aspek lingkungan internal dan lingkungan eksternal dari perusahaan, serta dapat memberikan informasi bagi kinerja perusahaan jangka pendek maupun jangka panjang.

Keberhasilan seorang manajer sebuah rumah sakit tidak hanya diukur dari kemampuannya untuk mendapatkan laba yang tinggi atau kemampuannya untuk menghemat biaya seminimal mungkin. Untuk mengukur kinerja didalam rumah sakit diperlukan sistem pengukuran kinerja yang tidak hanya mengukur aspek keuangan saja tetapi juga mempertimbangkan aspek non keuangan seperti kepuasan customer, kualitas produk atau jasa, loyalitas karyawan dan sebagainya, sehingga pihak manajemen perusahaan dapat mengambil keputusan yang tepat untuk kepentingan hidup perusahaan dalam jangka panjang.



nyataan inilah yang menjadi awal terciptanya konsep *balanced scorecard* dan Norton (1990). Kata berimbang (balanced) dapat diartikan dengan

kinerja yang diukur secara berimbang dari 2 sisi yaitu sisi keuangan dan non keuangan, mencakup jangka pendek dan jangka panjang serta melibatkan bagian internal dan eksternal, sedangkan pengertian kartu skor (*scorecard*) adalah suatu kartu yang digunakan untuk mencatat skor hasil kinerja baik untuk kondisi sekarang ataupun untuk perencanaan di masa yang akan datang. Dari definisi tersebut pengertian sederhana dari *balanced scorecard* adalah kartu skor yang digunakan untuk mengukur kinerja dengan memperhatikan keseimbangan antara sisi keuangan dan non keuangan, antara jangka pendek dan jangka panjang serta melibatkan faktor internal dan eksternal.

Teori institusional Di Maggio dan Powell (1983), mengemukakan bahwa organisasi terbentuk oleh lingkungan institusional yang ada di sekitar mereka. Teori institusional (*Institutional Theory*) atau teori kelembagaan dasar pemikirannya adalah terbentuknya organisasi karena tekanan lingkungan institusional yang menyebabkan terjadinya institusionalisasi. Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa hasil kolektif dan perilaku individu terstruktur oleh lembaga.

Pemikiran teori institusional terletak pada pemikiran untuk bertahan hidup, dimana pada suatu organisasi harus dapat meyakinkan masyarakat bahwa organisasi tersebut merupakan entitas yang sah (*legitimate*) dan layak untuk didukung (Meyer dan Rowan, 1977). Scott (2008) menjelaskan teori institusional berfungsi untuk memberikan penjelasan atas tindakan dan pengambilan keputusan pada suatu organisasi. Prinsip dasar teori ini adalah kelangsungan hidup organisasi membutuhkan penyesuaian diri terhadap

norma sosial dari perilaku yang dapat diterima.



Teori institusional yang dikemukakan oleh Di Maggio dan Powell yang dikenal dengan konsep *isomorpisme*. Menurut Di Maggio dan Powell (1983) mengartikan *isomorpisme* sebagai proses yang memaksa satu unit di dalam populasi untuk memiliki wujud atau sifat yang sama dengan unit yang lain yang menghadapi kondisi lingkungan yang sama. Dalam hal ini ada dua macam *isomorpisme*; *isomorpisme kompetitif* dan *isomorpisme institusional*. Ini terjadi karena organisasi tidak sekedar bersaing untuk mendapatkan sumberdaya ataupun konsumen saja, tapi juga untuk mendapatkan legitimasi institusional ataupun politis (Gudono, 2014)

Pada penelitian sebelumnya juga telah melakukan penelusuran akan kemungkinan terdapatnya *institusional isomorfisma* pada pengukuran kinerja di pemerintah daerah. Hasilnya menggunakan beberapa variabel dalam pengukuran kinerja dan akuntabilitas, dimana variabel-variabel tersebut yakni, tingkat kesulitan, pengetahuan teknis, komitmen manajemen, serta kapasitas organisasi, yang kemudian menemukan bahwa terdapat adanya institusional isomorfisma yang berdampak langsung pada pengukuran kinerja dan akuntabilitas pemerintahan daerah.

Teori institusional atau teori kelembagaan *core ide*-nya adalah terbentuknya organisasi oleh karena tekanan lingkungan institusional yang menyebabkan terjadinya institusionalisasi. Zukler (1987), menyatakan bahwa ide atau gagasan pada lingkungan institusional yang membentuk bahasa dan simbol yang menjelaskan keberadaan organisasi dan diterima (*taken for granted*) sebagai norma-norma dalam konsep organisasi. Eksistensi organisasi terjadi

kumpulan organisasional yang luas dimana setiap organisasi saling
garuhi bentuk organisasi lainnya lewat proses adopsi atau



institusionalisasi (pelembagaan). Di Maggio dan Powell (1983) menyebutnya sebagai proses imitasi atau adopsi *mimetic* sebuah organisasi terhadap elemen organisasi lainnya.

Menurut DiMaggio dan Powell (1983), organisasi terbentuk oleh lingkungan institusional yang ada di sekitar mereka. Ide-ide yang berpengaruh kemudian diinstitutionalkan dan dianggap sah serta diterima sebagai cara berpikir ala organisasi tersebut. Proses legitimasi sering dilakukan oleh organisasi melalui tekanan negara-negara dan pernyataan-pernyataan. Teori institusional dikenal karena penegasannya atas organisasi hanya sebagai simbol dan ritual.

Perspektif yang lain dikemukakan oleh Meyer dan Scott (1983), mengklaim bahwa organisasi berada di bawah tekanan berbagai kekuatan sosial guna melengkapi dan menyelaraskan sebuah struktur, organisasi harus melakukan kompromi dan memelihara struktur operasional secara terpisah, karena struktur organisasi tidak ditentukan oleh situasi lingkungan tugas, tetapi lebih dipengaruhi oleh situasi masyarakat secara umum dimana bentuk sebuah organisasi ditentukan oleh legitimasi, efektifitas dan rasionalitas pada masyarakat.

Prinsip dasar teori ini adalah bahwa kelangsungan hidup organisasi membutuhkan organisasi tersebut untuk menyesuaikan diri terhadap norma-norma sosial dari perilaku yang dapat diterima. Semakin tepat cara organisasi dalam memperoleh legitimasi dari sumber-sumber pendanaan eksternalnya, semakin banyak sumber yang mampu untuk diamankan. Menurut Meyer dan

(1977), kesuksesan organisasi bergantung pada faktor-faktor lain (seperti legitimasi) selain koordinasi yang efisien dan pengendalian kegiatan



produktif. Pembentukan struktur organisasi formal ini lebih menekankan diperolehnya legitimasi. Praktik-praktik dan prosedur-prosedur spesifik mungkin ditunjukkan oleh organisasi sebagai simbol bagi kelompok eksternal untuk menunjukkan bahwa organisasi bertindak dalam cara yang sangat rasional, stabil dan dapat diprediksi. Aktifitas ini terjadi untuk melegitimasi organisasi dan untuk mendapatkan dukungan dari pemilih eksternal (Baker *et.al.*, 2006).

Teori institusional memberi perhatian yang mendalam dan sungguh-sungguh pada struktur sosial. Scott (2001) mengemukakan bahwa teori ini memperhatikan bagaimana struktur, seperti skema, aturan, norma dan rutin, menjadi bentuk yang bersifat otoritatif untuk terjadinya perilaku social. Jadi dalam hal ini institusi bukan saja meliputi aturan, nilai, kebiasaan tertentu namun juga harus dilihat adanya tindakan yang terjadi dan bagaimana tindakan itu diulang (direproduksi). Sebuah proses yang mengakibatkan suatu organisasi berubah akibat tekanan dari aturan yang dikeluarkan oleh pemerintah merupakan salah satu implementasi dari teori institusional.

Institusi yang menangani pelayanan kesehatan di Indonesia diamanatkan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sesuai UU Nomor 24 Tahun 2011. Institusi jaminan kesehatan telah mengalami perubahan yang semula ASKES menjadi BPJS. Dalam Perpres No 12 Tahun 2013 Pasal 42 tertuang bahwa pelayanan kesehatan kepada peserta jaminan kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektivitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya.

Dengan telah disahkan dan diundangkannya UU No. 24 Tahun 2011

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS), pada tanggal 25
er 2011, maka PT Askes (Persero) dan PT (Persero) Jamsostek



ditransformasi menjadi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Transformasi tersebut meliputi perubahan sifat, organ dan prinsip pengelolaan, atau dengan kata lain berkaitan dengan perubahan struktur dan budaya organisasi.

Transformasi dari PT (Persero) menjadi badan hukum publik sangat mendasar, karena menyangkut perubahan sifat dari pro laba melayani pemegang saham menuju nir laba melayani kepentingan publik yang lebih luas untuk melaksanakan misi yang ditetapkan dalam konstitusi dan peraturan perundang-undangan pelaksanaannya. Dengan kata lain BPJS pada dasarnya menyelenggarakan program yang merupakan program Negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Sebagai lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS merupakan badan hukum nirlaba. BPJS adalah suatu badan penyelenggara jaminan sosial implementasi dari Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai diimplementasikan tanggal 1 Januari 2014, program ini memberikan jaminan kesehatan dan sosial ekonomi melalui BPJS kesehatan dan juga BPJS ketenagakerjaan.

Selain itu secara khusus BPJS menyelenggarakan SJSN, menurut Pasal 2 UU BPJS berdasarkan asas kemanusiaan yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia. Manfaat yaitu asas yang bersifat operasional yang menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif, sedangkan asas yang

diil yaitu keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.



Salah satu bentuk reformasi di Indonesia pada bidang kesehatan adalah program jaminan kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dilakukan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*). Program JKN adalah bentuk reformasi di bidang kesehatan yang bertujuan untuk mengatasi permasalahan fragmentasi dan pembagian jaminan kesehatan. Permasalahan ini terjadi dalam skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang mengakibatkan biaya kesehatan dan mutu pelayanan yang tidak terkerdali. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dilakukan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*).

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah sebuah sistem jaminan sosial yang ditetapkan di Indonesia dalam Undang-Undang nomor 40 tahun 2004. Jaminan sosial ini adalah salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara Republik Indonesia guna menjamin warga negaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sebagaimana dalam deklarasi PBB tentang HAM tahun 1948 dan konvensi ILO No.102 tahun 1952. Beroperasinya BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan diharapkan cakupan semesta kepesertaan jaminan sosial dan pemberian manfaat yang lebih baik kepada peserta dan anggota keluarganya dapat diwujudkan dalam rangka memenuhi hak konstitusional penduduk atas jaminan sosial.

UU SJSN lahir untuk mengatur sistem pembiayaan, sedangkan untuk

pelayanan kesehatan nasional belum ada undang-undangnya. Tampak
nyanya ketimpangan regulasi untuk menopang pelaksanaan jaminan sosial



bidang kesehatan. Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk membuat dana yang tersedia, serta untuk mengatur insentif keuangan yang tepat untuk provider kesehatan, hal ini berfungsi untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses terhadap kesehatan masyarakat yang efektif dan pelayanan kesehatan individu (WHO 2000). Sistem pembiayaan kesehatan yang baik yaitu mengumpulkan dana yang memadai untuk kesehatan, mencari cara yang memastikan orang dapat menggunakan layanan yang dibutuhkan, dan dilindungi dari bencana keuangan atau pemiskinan akibat pembayaran layanan kesehatan. Hal tersebut juga memberikan insentif bagi penyedia dan pengguna untuk efisien (WHO, 2007).

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat merupakan jaminan perlindungan untuk pelayanan kesehatan secara menyeluruh (komprehensif) yang mencakup pelayanan promotif, preventif serta kuratif dan rehabilitative yang diberikan secara berjenjang bagi masyarakat/peserta yang iurannya dibayar oleh Pemerintah. Program ini bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien.

Beberapa permasalahan yang terjadi dengan adanya JKN antara lain untuk fasilitas kesehatan Pelayanan puskesmas dan klinik yang ditunjuk sebagai penyedia JKN belum memadai, fasilitas banyak yang belum memenuhi standar serta jumlah dokter terhadap pasien masih kurang ideal ini. Keterbatasan fasilitas kesehatan ini tidak sejalan dengan bertambahnya jumlah pasien yang semakin terbuka aksesnya untuk mendapatkan layanan kesehatan berdasarkan Undang-

Nomor 24 Tahun 2011. Selain masalah fasilitas kesehatan, masalah lainnya adalah adanya perbedaan perlakuan dari pihak rumah sakit terkait



dengan sumber pembiayaan yang digunakan oleh para pasien, dimana pihak rumah sakit akan memberikan pelayanan yang lebih bagi pasien yang sumber pembiayaannya berasal dari pembayaran tunai pasien saat setelah menerima jasa layanan medik dan asuransi swasta lainnya dibandingkan sumber pembiayaan yang berasal dari asuransi BPJS, hal ini bisa saja terjadi dikarenakan masih adanya kekhawatiran pihak rumah sakit jika BPJS tidak akan membayar tunggakan dari pasien. Masyarakat yang menjadi peserta program BPJS seharusnya mendapatkan pelayanan yang baik. Namun dalam penerapannya, masih terdapat masyarakat yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang semestinya.

Pada perkembangan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) muncul beberapa permasalahan yang dikeluhkan oleh pasien terkait dengan pelayanan yang diberikan, antara lain menurunnya mutu pelayanan. Peningkatan Jumlah pasien ini terjadi karena siapapun sekarang dapat menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Oleh karenanya maka pemerintah sebagai penyelenggara pelayanan publik dalam hal ini rumah sakit dituntut untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan yang diberikan kepada para pasien yang nantinya akan membawa dampak pada kinerja rumah sakit.

Meningkatnya kesadaran masyarakat akan kesehatan mengakibatkan tuntutan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan. Sedangkan isu-isu dan beberapa kasus yang beredar mengakibatkan persepsi masyarakat bahwa terdapat perbedaan pelayanan terhadap pasien peserta BPJS dan non BPJS.

Berbicara tentang pelayanan publik yang lebih bermutu khususnya di bidang

sehingga maka kualitas pelayanan dapat dicapai dengan menetapkan dan menganalisis karakteristik mutu pelayanan serta karakteristik penghantaran



pelayanan. Parasuraman *et. al* (1998) mengartikan kualitas sebagai suatu bentuk sikap, berhubungan namun tidak sama dengan kepuasan yang merupakan hasil dari perbandingan antara harapan dengan kinerja aktual. Parasuraman *et. al* (1998) mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai perbandingan antara layanan yang diharapkan konsumen dengan layanan yang diterimanya.

Menurut Ovireviet (dalam Ester Saranga, 2000) kualitas dalam jasa kesehatan terdiri dari kualitas konsumen (yang berkaitan apakah pelayanan yang diberikan sesuai dengan yang dikehendaki pasien), kualitas profesional (yang berkaitan dengan apakah pelayanan yang diberikan memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan yang didiagnosa oleh para profesional), dan kualitas manajemen (yang berkaitan dengan apakah jasa yang diberikan dilakukan tanpa pemborosan dan kesalahan). Dapat disimpulkan bahwa kualitas harus memenuhi harapan-harapan konsumen dan memuaskan kebutuhan mereka.

Meningkatnya kesadaran masyarakat akan kesehatan mengakibatkan tuntutan terhadap peningkatan pelayanan kesehatan. Sedangkan isu-isu dan beberapa kasus yang beredar mengakibatkan persepsi masyarakat bahwa terdapat perbedaan pelayanan terhadap pasien peserta BPJS dan non BPJS.

1.2. Rumusan Masalah

Bertitik tolak dari latar belakang tersebut di atas, maka dirumuskan beberapa rumusan masalah yang perlu mendapat kajian secara mendalam yaitu:

1. Apakah terdapat pengaruh *isomorphic koersif* terhadap kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit di Kota Makassar.

Apakah terdapat pengaruh *isomorphic mimetic* terhadap kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit di Kota Makassar.



3. Apakah terdapat pengaruh *isomorphic normative* terhadap kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit di Kota Makassar.
4. Apakah terdapat pengaruh *isomorphic koersif* terhadap kinerja rumah sakit pada rumah sakit di Kota Makassar.
5. Apakah terdapat pengaruh *isomorphic mimetic* terhadap kinerja rumah sakit pada rumah sakit di Kota Makassar.
6. Apakah terdapat pengaruh *isomorphic normative* terhadap kinerja rumah sakit pada rumah sakit di Kota Makassar.
7. Apakah terdapat pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap kinerja rumah sakit pada rumah sakit di Kota Makassar.
8. Apakah sumber pembiayaan sebagai variabel moderating mampu memperkuat pengaruh *isomorphic koersif* terhadap kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit di Kota Makassar.
9. Apakah sumber pembiayaan sebagai variabel moderating mampu memperkuat pengaruh *isomorphic mimetic* terhadap kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit di Kota Makassar.
10. Apakah sumber pembiayaan sebagai variabel moderating mampu memperkuat pengaruh *isomorphic normatif* terhadap kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit di Kota Makassar.
11. Apakah terdapat pengaruh *isomorphic koersif* terhadap kinerja rumah sakit dengan kualitas pelayanan kesehatan sebagai variabel intervening pada rumah sakit di Kota Makassar.
12. Apakah terdapat pengaruh *isomorphic mimetic* terhadap kinerja rumah sakit dengan kualitas pelayanan kesehatan sebagai variabel intervening pada rumah sakit di Kota Makassar.



13. Apakah terdapat pengaruh *isomorphic normative* terhadap kinerja rumah sakit dengan kualitas pelayanan kesehatan sebagai variabel intervening pada rumah sakit di Kota Makassar.

1.3. Tujuan Penelitian

Sejalan dengan rumusan masalah yang diajukan di atas, maka tujuan yang ingin dicapai dari penelitian ini adalah:

1. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui pengaruh *isomorphic koersif* terhadap kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit di Kota Makassar.
2. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui pengaruh *isomorphic mimetic* terhadap kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit di Kota Makassar.
3. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui pengaruh *isomorphic normative* terhadap kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit di Kota Makassar.
4. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui pengaruh *isomorphic koersif* terhadap kinerja rumah sakit pada rumah sakit di Kota Makassar.
5. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui pengaruh *isomorphic mimetic* terhadap kinerja rumah sakit pada rumah sakit di Kota Makassar.
6. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui pengaruh *isomorphic normative* terhadap kinerja rumah sakit pada rumah sakit di Kota Makassar.



7. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap kinerja rumah sakit pada rumah sakit di Kota Makassar..
8. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui kemampuan sumber pembiayaan memoderasi pengaruh *isomorphic koersif* terhadap kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit di Kota Makassar.
9. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui kemampuan sumber pembiayaan memoderasi pengaruh *isomorphic mimetic* terhadap kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit di Kota Makassar.
10. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui kemampuan sumber pembiayaan memoderasi pengaruh *isomorphic normatif* terhadap kualitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit di Kota Makassar.
11. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui pengaruh *isomorphic koersif* terhadap kinerja rumah sakit dengan kualitas pelayanan kesehatan sebagai variabel intervening pada rumah sakit di Kota Makassar.
12. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui pengaruh *isomorphic mimetic* terhadap kinerja rumah sakit dengan kualitas pelayanan kesehatan sebagai variabel intervening pada rumah sakit di Kota Makassar.
13. Melakukan studi untuk mengkaji dan menganalisis guna mengetahui pengaruh *isomorphic normative* terhadap kinerja rumah sakit dengan



kualitas pelayanan kesehatan sebagai variabel intervening pada rumah sakit di Kota Makassar.

1.4. Kegunaan Penelitian

Selanjutnya penelitian ini diharapkan memberikan beberapa kegunaan antara lain kegunaan teoritis dan kegunaan praktis.

1.4.1. Kegunaan Teoritis

Adapun kegunaan secara teoritis dari penelitian ini adalah diharapkan penelitian ini bisa memberikan kegunaan sebagai berikut:

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dalam pengembangan ilmu akuntansi dengan fokus *isomorphic koersif*, *isomorphic mimetic*, dan *isomorphic normative* sebagai variabel independen yang akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan sebagai variabel intervening dan variable sumber pembiayaan sebagai variabel moderating untuk mewujudkan kinerja rumah sakit.
2. Hasil penelitian ini sebagai bahan referensi yang sangat penting bagi para peneliti berikutnya yang menekuni bidang etika dalam meningkatkan akuntabilitas.

1.4.2. Kegunaan Praktis

Adapun kegunaan secara praktis dari penelitian ini adalah diharapkan penelitian ini bisa memberikan kegunaan sebagai berikut:

1. Bagi BPJS sebagai lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia, hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi penting untuk



merumuskan berbagai kebijakan yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi peserta BPJS.

2. Bagi pemerintah, hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi penting untuk merumuskan berbagai kebijakan yang berkaitan dengan sistem pelayanan kesehatan.
3. Bagi manajemen RS hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai rujukan untuk menciptakan kinerja rumah sakit dengan memperhatikan faktor *isomorphic koersif*, *isomorphic mimetic*, *isomorphic normative* dan sumber pembiayaan

1.5. Ruang Lingkup Penelitian

Topik utama penelitian ini adalah pentingnya *isomorphic koersif*, *isomorphic mimetic*, *isomorphic normative* dalam menciptakan kinerja rumah sakit melalui kualitas pelayanan kesehatan sebagai variabel intervening dan sumber pembiayaan sebagai variable moderating. Ruang lingkup penelitian ini adalah kinerja rumah sakit, dimana kinerja rumah sakit tercipta apabila pelayanan kesehatan terbangun dengan baik, tanpa memandang sumber pembiayaan kesehatan baik yang berasal dari BPJS maupun dari non BPJS. Dengan terciptanya pelayanan kesehatan yang bermutu maka derajat kesehatan masyarakat dapat terwujud yang tercermin pada kinerja rumah sakit. Topik ini masuk ranah akuntansi keperilakuan yang terkait dengan akuntansi sektor public, dengan demikian pembahasan kajian pustaka dimulai dengan penjelasan konsep keperilakuan yang terkait dengan konsep pelayanan dan kinerja organisasi.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori dan Konsep Penelitian

2.1.1. Teori Institutional

Teori institusional berangkat dari kajian-kajian di bidang sosiologi, studi sosiologi adalah studi tentang institusi. Penggunaan istilah institusi ini kemudian berkembang ke disiplin ekonomi, politik, hukum ataupun studi organisasi. Teori institusional adalah kerangka teoritis untuk menganalisis fenomena sosial (terutama organisasi), yang memandang dunia sosial secara signifikan terdiri dari institusi - peraturan, praktik, dan struktur yang bertahan lama yang menetapkan kondisi pada tindakan. Institusi sangat mendasar dalam menjelaskan dunia sosial karena dibangun dalam tatanan sosial, dan mengarahkan arus kehidupan sosial.

Teori institusional memberi perhatian yang mendalam dan sungguh-sungguh pada struktur sosial. Teori ini memperhatikan bagaimana struktur, seperti skema, aturan, norma dan rutin, menjadi bentuk yang bersifat otoritatif untuk terjadinya perilaku sosial (Scott, 1982). Jadi dalam hal ini institusi bukan saja meliputi aturan, nilai, kebiasaan tertentu namun juga harus dilihat adanya tindakan yang terjadi dan bagaimana tindakan itu diulang (direproduksi).

Struktur suatu organisasi dipengaruhi oleh lingkungan sosial tempat ia berada (Carruthers, 1995). Sebuah organisasi biasanya terbentuk ke dalam struktur formal yang terdiri dari berbagai prosedur, proses, dan aturan yang rasional (termasuk sistem akuntansi formal). Fitur tersebut juga mencakup hal-hal

torisasi dan prosedur pengambilan keputusan yang jelas, kebijakan teknik-teknik pengukuran, pengawasan dan pengendalian kinerja



organisasi, pernyataan misi dan sasaran organisasi, penggunaan dokumen tertulis untuk mencatat aktivitas organisasi, peramalan ekonometrik, dan lain sebagainya (Carruthers, 1995). Struktur organisasi formal tidak hanya merefleksikan permintaan teknis dan kebergantungan sumber daya namun juga membentuk tekanan institusional, termasuk mitos-mitos yang dirasionalkan, legitimasi pengetahuan melalui pendidikan, profesi, opini publik ataupun hukum. Pembentukan struktur organisasi formal tersebut diharapkan dapat mendorong kesuksesan sebuah organisasi.

Menurut Meyer dan Rowan (1977:53), kesuksesan organisasi bergantung pada faktor-faktor lain (terutama legitimasi) selain koordinasi yang efisien dan pengendalian kegiatan produktif. Pembentukan struktur organisasi formal ini lebih menekankan diperolehnya legitimasi atas segala kegiatan organisasi selain untuk meningkatkan efisiensi ataupun mencapai *outcome* yang lebih baik.

Untuk memperoleh legitimasi, sebuah organisasi berupaya untuk melembagakan unsur- unsur lingkungan (ide, logika, praktik, teknik, dan kebiasaan) ke dalam organisasi sehingga unsur-unsur lingkungan menjadi bagian dari lembaga organisasi tersebut (Djambhuri, 2009). Untuk melembagakan unsur-unsur lingkungan tersebut, organisasi berupaya menjadi mirip (*isomorphism*) dengan lingkungan kelembagaan.

DiMaggio dan Powell (1983) menjelaskan bahwa teori *isomorfisme* yaitu konsep proses menjadi sama bentuk; *iso* = sama, *morp* = bentuk. Maka *isomorfisme* diartikan sebagai "*constraining process*" yang memaksa satu unit di

populasi untuk memiliki ujud atau sifat yang sama dengan unit yang lain menghadapi kondisi lingkungan yang sama. Dengan kata lain definisi



isomorfisma adalah sebuah proses yang memaksa satu unit dalam suatu populasi menyerupai unit lain yang menghadapi kondisi lingkungan yang sama. Ini terjadi karena organisasi tidak sekedar bersaing untuk mendapatkan sumber daya ataupun konsumen saja, tapi juga untuk mendapatkan legitimasi institusional ataupun politis.

Ada dua macam *isomorpisme*: *isomorpisme kompetitif* dan *isomorpisme institusional*. Yang pertama berhubungan dengan kompetisi pasar dan yang kedua berhubungan dengan sebuah situasi di mana sebuah organisasi juga harus berkompetisi untuk mendapatkan dukungan politik dan legitimasi kelembagaan. Tulisan ini membahas konsep yang kedua karena organisasi rumah sakit tidak berada dalam kompetisi pasar yang bebas dan terbuka sepenuhnya. Ada tiga tipe *isomorphism*, yaitu: (1) *coercive isomorphism*, yang muncul sebagai akibat dari pengaruh tekanan kekuatan politik guna memperoleh legitimasi bagi sebuah organisasi, (2) *mimetic isomorphism*, yang merupakan reaksi organisasi atas ketidakpastian yang hadir di lingkungan tempatnya beroperasi, dan (3) *normative isomorphism*, yang diasosiasikan dengan proses homogenisasi organisasi melalui proses pendidikan dan asosiasi organisasi profesional.

Djamhuri dan Mahmudi (2006) mengemukakan bahwa *isomorfisme* berkaitan dengan *institusionalisasi*, dan *institusionalisasi* adalah proses yang berkelanjutan. Sejalan dengan kondisi ini, maka akan terjadi proses *institusionalisasi*, *de-institusionalisasi* atau *re-institusionalisasi*. Secara alamiah, status institusionalisasi hanya bersifat temporer karena organisasi akan kembali

terpaparkan tekanan untuk melakukan institusionalisasi sesuai dengan tuntutan lingkungan yang ada. Jadi proses isomorfisme itu bersifat gradual.



DiMaggio, dan Powell (1991), mengatakan bahwa *isomorfisme* muncul dari adanya berbagai tekanan institusional (*institutional pressures*). Selanjutnya, tekanan institusional dapat dikelompokkan menjadi tiga yaitu: (1) Tekanan-koersif (*coercive pressures*) atau isomorfisme-koersif; (2) Tekanan-normatif (*normative pressures*) atau isomorfisme-normatif; dan (3) Tekanan-mimetik (*mimetic-pressure*) atau isomorfisme-mimetik. Unit analisis dalam teori institusional adalah *organization field* yaitu sekelompok organisasi yang secara keseluruhan membentuk suatu kehidupan institusional: pemasok utama, pelanggan, regulator atau pesaing. Kemudian, (kelompok) organisasi selalu ingin atau dituntut untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Proses ini disebut dengan isomorfisme, yaitu suatu proses yang mengakibatkan suatu unit dalam *organization field* menirukan tindakan unit lain sehingga unit tersebut berada dalam situasi yang kurang lebih serupa.

Ada tiga cara yang dilakukan oleh organisasi untuk menjadi mirip (*isomorphism*) dengan lingkungan kelembagaannya, yakni *coercive*, *mimetic*, dan *normative* (DiMaggio dan Powell, 1983; Carruthers, 1995; Lippi, 2000; dan Sewing, 2010:123). *Coercive* (paksaan) merupakan *isomorphism* yang terjadi sebagai akibat adanya tekanan-tekanan formal ataupun informal yang diterima suatu organisasi, tekanan tersebut berasal dari organisasi lainnya ataupun dari harapan-harapan kultural di masyarakat sekitar di mana organisasi tersebut berdiri. Mekanisme isomorfisme *coercive* merujuk pada proses di mana organisasi mengadopsi fitur (sifat) tertentu karena paksaan (tekanan) dari negara,

si lain, atau masyarakat. Bentuk tekanan bisa bermacam-macam, regulasi atau kontrak. Namun paksaan yang muncul di sini tidak selalu



formal dan paksaan yang dilakukan bisa menimbulkan ketaatan yang sesungguhnya ataupun yang semu (sekedar ritual supaya kelihatan patuh).

Institutional isomorphism tidak selalu terjadi karena adanya paksaan. Adanya ketidakpastian yang dihadapi suatu organisasi kadang kala juga bisa menjadi tekanan yang kuat untuk melakukan perubahan organisasi dengan cara mengimitasi (*mimetic*) organisasi lain pada field yang sama. Mekanisme *isomorpisme mimetic* terjadi karena "peniruan". Ini terjadi pada saat terjadi ketidakpastian mengenai cara memproses sesuatu atau beroperasi. Dalam situasi ini sebuah organisasi mungkin akan melakukan proses pembelajaran dengan meniru perusahaan lain, antara lain dengan cara melakukan "*benchmarking*" atau studi banding atau memakai jasa konsultan.

Sementara *normative* merupakan bentuk pengaruh yang berasal dari profesionalisasi. Profesionalisasi yang dimaksudkan di sini adalah adanya berbagai upaya dari anggota organisasi untuk menentukan kondisi dan metode kerja mereka, mengendalikan "*the production of producers*" (Larson, 1977 : 49-52), dan untuk menetapkan dasar kognitif dan legitimasi. Mekanisme *isomorpisme normatif* berkaitan dengan paksaan untuk menjadi "sama" yang muncul dari profesi (profesionalisasi). Misalnya, kelompok profesi mendefinisikan profesi mereka secara kognitif dan memberikan legitimasi dan otonomi untuk profesi mereka. Contohnya adalah training dan sertifikasi (yang dipaksakan) untuk para anggota profesi.

Lippi (2000) menjelaskan bahwa dampak dari ketiga faktor eksogen (*coercive, mimetic, dan normative*) menjadikan *institutional isomorphism* sebagai dari perubahan yang sifatnya *top-down* yang lebih dipengaruhi oleh eksogen. Menurutnya, selain faktor eksogen, pada proses *isomorphism*



juga terdapat faktor endogen berupa aktor-aktor, institusi, sistem berpikir dan bahasa, yang kesemuanya dapat mendukung proses institusionalisasi. Dengan keterlibatan faktor endogen tersebut, institusionalisasi bukan lagi semata-mata sebagai fenomena *top-down* tetapi bersifat *bottom-up*. Fenomena ini oleh Lippi disebut sebagai *allomorphism*, yakni terdapatnya *re-contextualization* dari elemen-elemen asing yang asli yang terjadi pada proses institusionalisasi dalam tiap *field* organisasi tertentu. *Re-contextualization* tersebut terjadi karena adanya faktor-faktor endogen (aktor-aktor, institusi, sistem berpikir, bahasa).

Pada dasarnya pemikiran teori institusional adalah terletak pada pemikiran untuk bertahan hidup, dimana suatu organisasi harus dapat meyakinkan masyarakat bahwa organisasi tersebut merupakan entitas yang sah (*legitimate*) dan layak untuk didukung (Meyer dan Rowan, 1977). Sedangkan Scott, 2008 menjelaskan bahwa teori *institusional* berfungsi untuk memberikan penjelasan atas tindakan dan pengambilan keputusan pada suatu organisasi. Teori *institusional* menggambarkan bahwa organisasi yang mengutamakan *legitimasi* lebih cenderung berusaha dalam penyesuaian diri untuk harapan eksternal atau harapan sosial pada setiap organisasi berada (DiMaggio dan Powell 1983; Frunkin dan Galaskiewicz, 2004; Ashworth *et al.* , 2009), dimana penyesuaian tersebut menimbulkan kecenderungan organisasi untuk memisahkan kegiatan internal (Cavalluzzo dan Ittner, 2004) dan berfokus pada sistem yang bersifat simbolik pada pihak eksternal (Meyer dan Rowan, 1977).

Teori institusional memberikan kontribusi sebagai dalil-dalil bahwa beberapa unsur struktur internal organisasi dimunculkan oleh lingkungan

institusional, khususnya oleh negara yang memaksa adanya pemenuhan atau penyesuaian. (Di Maggio dan Powell (1983), Tolbert dan Zuckler (1983). Oleh



karenanya peran institusional yang krusial pada organisasi sebagai bagian dari proses-proses organisasi tidak boleh diabaikan. Pengabaian proses yang ada di dalam organisasi akan memberikan dampak yang dapat menurunkan kinerja organisasi tersebut. Hal ini disebabkan karena ketentuan institusi atas perilaku manusia yang ada didalam organisasi akan terpengaruh melalui aturan dan norma yang dibangun oleh institusi. Oleh karena itu, apabila suatu organisasi ingin mendapat legitimate dari masyarakat biasanya cenderung beradaptasi dan berupaya memiliki kesamaan dengan lingkungan di sekitarnya.

2.1.2. Teori Legitimasi

Teori legitimasi berfokus pada interaksi antara perusahaan dengan masyarakat. Teori Legitimasi (*legitimacy theory*) menyatakan bahwa organisasi adalah bagian dari masyarakat sehingga harus memperhatikan norma-norma sosial masyarakat karena kesesuaian dengan norma sosial dapat membuat perusahaan semakin legitimate. Suchman (1995) mengemukakan bahwa legitimasi dapat dianggap sebagai menyamakan persepsi atau asumsi bahwa tindakan yang dilakukan oleh suatu entitas adalah merupakan tindakan yang diinginkan, pantas ataupun sesuai dengan sistem norma, nilai, kepercayaan dan definisi yang dikembangkan secara social.

Deegan *et al.* (2002) menyatakan bahwa teori legitimasi adalah suatu perspektif managerial dalam hal bagaimana manajer memilih strategi untuk mempertahankan legitimasinya. Legitimasi dianggap penting bagi perusahaan dikarenakan legitimasi masyarakat kepada perusahaan menjadi faktor yang strategis bagi perkembangan perusahaan ke depan. O'Donovan (2000)

apat legitimasi organisasi dapat dilihat sebagai sesuatu yang diberikan kat kepada perusahaan dan sesuatu yang diinginkan atau dicari



perusahaan dari masyarakat. Dengan demikian legitimasi memiliki manfaat untuk mendukung keberlangsungan hidup suatu perusahaan. Legitimasi merupakan sistem pengelolaan perusahaan yang berorientasi pada keberpihakan terhadap masyarakat (society), pemerintah individu dan kelompok masyarakat, Gray *et al.* (1996)

Menurut Dowling dan Pfeffer (1975), legitimasi adalah hal yang penting bagi organisasi, batasan-batasan yang ditekankan oleh norma-norma dan nilai-nilai sosial, dan reaksi terhadap batasan tersebut mendorong pentingnya analisis perilaku organisasi dengan memperhatikan lingkungan. Ghazali dan Chariri (2007) menyatakan bahwa hal yang mendasari teori legitimasi adalah kontrak sosial antara perusahaan dengan masyarakat dimana perusahaan beroperasi dan menggunakan sumber ekonomi.

Shocker dan Sethi (1973) memberikan penjelasan tentang konsep kontrak sosial, yaitu: semua institusi sosial tidak terkecuali perusahaan beroperasi di masyarakat melalui kontrak sosial, baik eksplisit maupun implisit, dimana kelangsungan hidup pertumbuhannya didasarkan pada hasil akhir yang secara sosial dapat diberikan kepada masyarakat luas dan distribusi manfaat ekonomi, sosial atau politik kepada kelompok sesuai dengan power yang dimiliki.

Deegan dan Tobin (2002) menyatakan bahwa legitimasi perusahaan akan diperoleh, jika terdapat kesamaan antara hasil dengan yang diharapkan oleh masyarakat dari perusahaan, sehingga tidak ada tuntutan dari masyarakat. Perusahaan dapat melakukan pengorbanan sosial sebagai refleksi dari perhatian perusahaan terhadap masyarakat. Di dalam lingkungan masyarakat, nilai-nilai baru berkembang seiring berjalannya waktu, untuk itu maka perusahaan



diharapkan selalu menyesuaikan nilai-nilai yang dimilikinya dengan nilai – nilai lingkungan masyarakat agar tidak terjadi legitimasi gap antara keduanya.

Legitimasi *gap* dapat terjadi karena tiga alasan. Pertama: ada perubahan dalam kinerja perusahaan tetapi harapan masyarakat terhadap kinerja perusahaan tidak berubah, kedua: kinerja perusahaan berubah namun harapan masyarakat tidak berubah, ketiga: kinerja perusahaan dan harapan masyarakat terhadap kinerja perusahaan berubah kearah yang berbeda (Wartici dan Mahon, 1994).

Menurut pandangan *legitimacy theory*, organisasi atau rumah sakit akan berusaha untuk menjamin keberlangsungan usaha dalam batas norma yang berlaku. Teori ini berdasarkan pernyataan bahwa terdapat suatu kontrak sosial antara organisasi dengan lingkungan di mana organisasi tersebut menjalankan usahanya. Adanya kontrak sosial akan memberikan penjelasan tentang bagaimana seharusnya organisasi menjalankan operasinya sesuai dengan harapan masyarakat.

Pandangan legitimasi menyatakan bahwa dalam menjalankan operasi, suatu organisasi harus sejalan dengan nilai masyarakat atau pelanggannya. Dengan adanya pengungkapan laporan keuangan yang diungkapkan oleh organisasi, masyarakat dapat menilai apakah suatu organisasi menjalankan operasinya sesuai dengan harapan masyarakat (Gutrie, 2006). Pengungkapan laporan keuangan dapat digunakan rumah sakit atau organisasi untuk menunjukkan perhatian manajemen terhadap nilai-nilai dalam masyarakat.

Berdasarkan teori legitimasi, rumah sakit atau organisasi dapat mempertahankan kelangsungan usahanya karena adanya pengakuan masyarakat dan respon dari masyarakat. Dengan demikian legitimasi merupakan



manfaat atau sumberdaya potensial bagi perusahaan untuk bertahan hidup (*going concern*).

2.1.3. Teori Organisasi

Menurut Lubis dan Husein (1987) bahwa teori organisasi itu adalah sekumpulan ilmu pengetahuan yang membicarakan mekanisme kerjasama dua orang atau lebih secara sistematis untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Teori organisasi merupakan sebuah teori untuk mempelajari kerjasama pada setiap individu. Teori organisasi adalah teori yang mempelajari kinerja dalam sebuah organisasi, Salah satu kajian teori organisasi, diantaranya membahas tentang bagaimana sebuah organisasi menjalankan fungsi dan mengaktualisasikan visi dan misi organisasi tersebut. Selain itu, dipelajari bagaimana sebuah organisasi mempengaruhi dan dipengaruhi oleh orang didalamnya maupun lingkungan kerja organisasi tersebut.

Menurut Robbins (2009), teori organisasi adalah ilmu yang mempelajari struktur dan desain organisasi. Teori organisasi memfokuskan diri pada perilaku dari organisasi dan menggunakan keefektifan organisasi. Sehingga teori organisasi tidak hanya memperhatikan prestasi dan sikap karyawan, tetapi juga kemampuan untuk mencapai visi dan misi organisasi.

Apabila teori organisasi diimplementasikan pada organisasi rumah sakit, teori ini perilaku organisasi yang memfokuskan diri dalam organisasi kepada para pasien, produktivitas pegawai, kepuasan pelayanan, kepuasan kerja, dan mutu rumah sakit tersebut. Teori organisasi dalam rumah sakit dapat

kan mengenai hubungan suatu organisasi dalam rumah sakit dengan



pasien atau konsumen rumah sakit. Sehingga teori organisasi dapat menjadi dasar untuk meningkatkan mutu, pelayanan, serta kualitas rumah sakit.

2.2. Tinjauan Empiris

2.2.1. Sumber Pembiayaan Kesehatan

Berdasarkan UU No. 36 Th.2014, pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Unsur-unsur pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud terdiri atas sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan. Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain. Selanjutnya (pasal 172) dikatakan bahwa Alokasi pembiayaan kesehatan dari pemerintah ditujukan untuk pelayanan kesehatan di bidang pelayanan publik, terutama bagi penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak terlantar. Sedangkan (pasal 173) dikatakan bahwa Alokasi pembiayaan kesehatan yang bersumber dari swasta dimobilisasi melalui sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi kesehatan komersial.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan implementasi dari UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di bidang kesehatan dengan konsep *Universal Health Coverage* (UHC) yang memaksa pesertanya mengikuti sistem rujukan berjenjang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan komprehensif, murah, terjangkau, namun berkualitas. Sistem

an kesehatan tidak bertindak sendiri dalam mempengaruhi tujuan (intermediate) dengan tujuan akhir pada UHC yaitu tujuan yang diinginkan



dalam mencapai UHC; kebijakan terkoordinasi dan implementasi di seluruh fungsi sistem kesehatan sangat penting untuk membuat kemajuan pada tujuan yang diinginkan, seperti meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Kutzin, 2013). Kebijakan pembiayaan tidak dapat bertindak sendiri untuk meningkatkan kualitas, meningkatkan kesadaran masyarakat akan kebutuhan pelayanan kesehatan atau menghilangkan hambatan penggunaan layanan kesehatan. Namun, kebijakan pembiayaan dapat mempengaruhi secara langsung setiap komponen sistem kesehatan.

WHO mendefinisikan pembiayaan kesehatan sebagai:

"Fungsi sistem kesehatan berkaitan dengan mobilisasi, akumulasi dan alokasi uang untuk menutupi kebutuhan kesehatan masyarakat, baik secara individu maupun kolektif dalam sistem kesehatan".

Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk membuat dana yang tersedia, serta untuk mengatur insentif keuangan yang tepat untuk provider kesehatan, hal ini berfungsi untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses terhadap kesehatan masyarakat yang efektif dan pelayanan kesehatan individu (WHO 2000).

Ada 3 kelompok utama sumber pembiayaan pelayanan kesehatan (Wagstaff, 1999) yaitu: 1). Melalui Pemerintah (Penarikan pajak langsung dan pajak tidak langsung), 2). Melalui skema pihak ketiga (asuransi sosial dan asuransi swasta), dan 3). Pembayaran langsung tunai masyarakat (*Out Of Pocket*). Gambaran mengenai sumber pembiayaan kesehatan bisa dilihat kepada tabel 2.1. berikut:



Tabel 2.1. Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan dan Model Pembayaran

Sumber Pembiayaan	Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	Model Pembayaran
Pemerintah	Pajak Langsung Individu (Pajak Pribadi dan Pajak Pemilikan Properti)	Pembayaran melalui penarikan pajak dari wajib pajak (pajak penghasilan).
	Pajak Langsung dari pendapatan perusahaan	Pembayaran melalui pemotongan keuntungan perusahaan sebagai pemasukan negara dari pajak perusahaan
	Pajak Tidak Langsung seperti, Pajak Penjualan barang, dan Pajak pertambahan nilai.	Pembayaran melalui pemotongan pajak atas barang dan jasa yang dikonsumsi oleh masyarakat
Pihak Ketiga	Asuransi sosial bagi tenaga kerja pemerintah, swasta dan perusahaan	Pembayaran melalui pemotongan gaji untuk premi asuransi
	Asuransi komersial bagi tenaga kerja pemerintah, swasta, dan perusahaan	Pembayaran langsung dengan memotong gaji karyawan
Masyarakat	Asuransi Swasta Komersial dan Pembiayaan Tunai	Melalui pembayaran premi dan pendanaan tunai langsung dari kantong masyarakat (OOP)

Sumber: Wagstaff, 1999

Tabel 2.1. menjelaskan sumber pembiayaan dari pemerintah dari pajak juga digunakan untuk mendukung pelayanan kesehatan masyarakat. Ada dua mekanisme atau pooling penggunaan sumber pembiayaan dari pajak. Pertama, dipergunakan untuk pelayanan kesehatan masyarakat melalui pembangunan kesehatan dengan program dan kegiatan sektor kesehatan. Kedua, melalui asuransi kesehatan.



Menurut Basuki (1993), asuransi kesehatan adalah salah satu bentuk asuransi yang dirancang untuk meringankan beban keuangan karena perubahan dari kesehatan. Sementara menurut Wikipedia Indonesia (2005), asuransi kesehatan adalah sebuah jenis produk asuransi yang menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut jika mereka sakit atau mengalami kecelakaan. Sedangkan menurut Thabrany dan Mayanda dalam buku sistem kesehatan nasional (2010), asuransi kesehatan adalah suatu instrument social untuk menjamin seseorang dapat memenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan tanpa mempertimbangkan keadaan ekonomi orang tersebut saat kebutuhan pelayanan kesehatan muncul. Jadi, berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa asuransi kesehatan merupakan suatu alat yang dapat membantu masyarakat agar tetap dapat melakukan pemeliharaan kesehatan tanpa harus terbebani dengan masalah ekonomi dan keuangan.

Ada berbagai cara bagi pemerintah untuk membiayai program jaminan kesehatan masyarakat, dan masing-masing harus dinilai berdasar pemerataan, efisiensi, keberlanjutan, kelayakan administrasi, dan biaya administrasi. Sebagian besar negara berpenghasilan rendah dan menengah memiliki beberapa pengaturan dalam pengumpulan dana publik dan swasta, dan pemerintah harus berusaha mengurangi fragmentasi dengan demikian dapat meningkatkan ekuitas dan efisiensi, biaya administrasi yang lebih rendah, dan tersedianya pooling risiko dan pembelian layanan kesehatan yang lebih efektif. Kutzin at.al (2010).

Menurut Duane (2009), pada umumnya ketika melakukan pembayaran layanan kesehatan di rumah sakit, hanya ada dua pihak yang dilibatkan, pasien atau keluarga sebagai penerima layanan dan rumah sakit sebagai

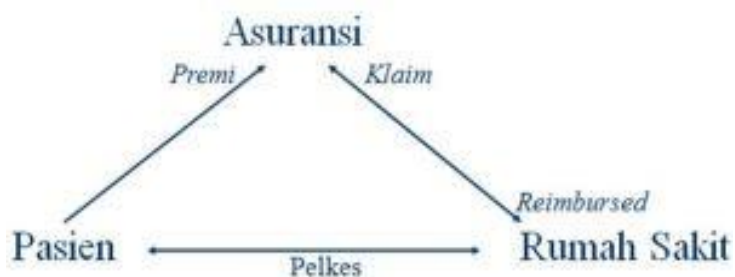


pemberi layanan. Yang mana pihak penerima layanan (pasien) akan membayar langsung kepada pemberi layanan (rumah sakit). Dalam konsep pembayaran pihak ketiga, terdapat pihak lain yang campur tangan dalam pembayaran pelayanan kesehatan pasien, yaitu perusahaan asuransi atau pihak lainnya. Pasien tidak langsung membayar pelayanan yang diterimanya kepada rumah sakit, melainkan menyerahkan pembayaran pelayanan kesehatan ke pihak ketiga. Pembayaran oleh pihak ketiga bisa melalui cara:

1. Pasien membayar dahulu ke rumah sakit, lalu tagihan akan diklaim ke perusahaan asuransi sehingga biaya yang dikeluarkan pasien akan diganti.



2. Rumah sakit langsung menagih biaya pelayanan yang diberikan pada pasien kepada perusahaan asuransi.



Menurut Wagstaff *et al.* 1999, semua dana untuk kesehatan ditampung pada asuransi kesehatan baik publik maupun swasta dan di anggaran pemerintah

dan pemerintah daerah. Penampungan dana tersebut mengalokasikan dana dari individu yang sehat ke individu yang sakit, kemudian dari



individu dengan risiko sakit lebih rendah untuk risiko sakit tinggi yang memerlukan biaya perawatan yang tinggi. Negara yang sedang berkembang, penampungan dana kesehatan pada sistem pembiayaan nasional dan asuransi kesehatan mendominasi dari pendanaan ini dari pada pembayaran dari pengguna (*user payment*).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS merupakan Lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan Program Jaminan Sosial di Indonesia. Berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS merupakan badan hukum nirlaba dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 berisi tentang BPJS dibagi 2 yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerja, BPJS bertanggungjawab langsung kepada Presiden, BPJS berwenang menagih iuran, menempatkan dana, melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan pemberi kerja

Dari segi pelayanan medis, rumah sakit tidak membedakan antara pasien asuransi BPJS dan non asuransi BPJS. Namun kondisi di lapangan saat ini menunjukkan bahwa pelayanan pasien asuransi BPJS mengecewakan, sebagian besar pasien asuransi BPJS mengatakan tidak puas terhadap mutu pelayanan kesehatan yang mereka terima. Ketidakpuasan pasien ini terkait dengan prosedur administrasi yang panjang dan tidak tanggapnya petugas terhadap permasalahan yang mereka hadapi.

2.2.2. Rumah Sakit

2.2.2.1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit dalam bahasa Inggris disebut *hospital*. Kata *hospital* berasal bahasa latin *hospital* yang berarti tamu. Secara lebih luas kata itu a menjamu para tamu. Memang menurut sejarahnya, *hospital* atau



rumah sakit adalah suatu lembaga yang bersifat kedermawanan (*charitable*), untuk merawat pengungsi atau memberikan pendidikan bagi orang-orang yang kurang mampu atau miskin, berusia lanjut, cacat, atau para pemuda (Kemenkes RI. 2012). Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotive*) dan pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pemulihan kesehatan (*rehabilitasi*) secara paripurna. Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56/Menkes/PER/1/2014, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Jenis rumah sakit berdasarkan penyelenggaraannya ada tiga yaitu rumah sakit pemerintah, rumah sakit pemerintah daerah dan rumah sakit swasta. Rumah sakit pemerintah adalah unit pelaksana teknis dari instansi pemerintah (Kementerian Kesehatan, Kepolisian, Tentara Nasional Indonesia dan Kementerian Lainnya). Rumah sakit daerah adalah pelaksana teknis dari daerah (pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten dan pemerintah kota). Rumah sakit swasta adalah badan hukum yang bersifat nirlaba.

Rumah sakit di Indonesia mengalami perkembangan. Adapun

perkembangan rumah sakit di Indonesia berdasarkan penyelenggaraannya ada table 2.2. di bawah ini:



Tabel 2.2. Perkembangan Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan Penyelenggaraan di Indonesia Tahun 2013-2016

No	Penyelenggara	2013	2014	2015	2016
Pemerintah					
1	Kementerian Kesehatan	33	33	33	33
2	Kepolisian	41	42	42	42
3	Tentara Nasional	118	127	125	125
4	Kementerian Lain	3	7	8	13
Total		195	209	208	213
Pemerintah Daerah					
Pemerintah Provinsi		96	98	113	120
Pemerintah Kabupaten		455	463	469	480
Pemerintah Kota		92	93	98	97
Total		643	654	680	697
Swasta		1.390	1.543	1.600	1.691
Total		2.228	2.406	2.488	2.601

Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2016

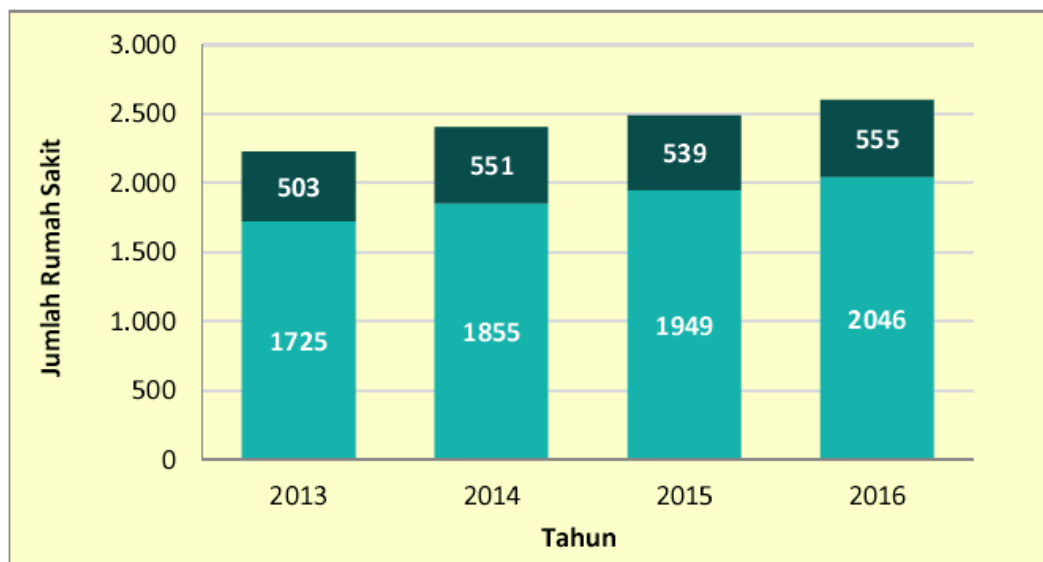
Sedangkan type rumah sakit berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan terbagi dua yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah Sakit Umum (RSU) adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah Sakit Khusus (RSK) adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Berdasarkan klasifikasinya, RSU terbagi kedalam 4 type yaitu rumah sakit type A, B, C dan D sedangkan RSK terbagi kedalam 3 type yaitu rumah sakit type A, B dan C. Adapun perkembangan rumah sakit di

a berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan terlihat pada Gambar 2.1.

ini:



Gambar 2.1. Perkembangan Jumlah Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus di Indonesia Th. 2013-2016



Sumber: Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI, 2016

2.2.2.2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Depkes RI (2009) rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas rumah sakit mempunyai fungsi:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan



2.2.2.3. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Permenkes RI No 56 tahun 2014, klasifikasi rumah sakit dibedakan berdasarkan: pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, sarana dan prasarana dan administrasi dan manajemen. Adapun klasifikasi rumah sakit umum adalah:

a. Rumah Sakit Umum Kelas A

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar yaitu: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetri dan ginekologi, 5 (lima) spesialis penunjang medik yaitu: pelayanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik, patologi klinik dan patologi anatomi, 12 (dua belas) spesialis lain yaitu: mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik dan kedokteran forensik dan 13 (tiga belas) subspecialis yaitu: bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, obstetri dan ginekologi, mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, jiwa, paru, onthopedi dan gigi mulut.

b. Rumah Sakit Umum Kelas B

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar yaitu: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetri dan ginekologi, 4 (empat) spesialis penunjang medik yaitu: pelayanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik dan patologi klinik. Sekurang-kurangnya 8 (delapan) dari 13 (tiga belas) pelayanan spesialis lain yaitu: mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh

lit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, plastik dan kedokteran forensik: mata, syaraf, jantung dan pembuluh



darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, urologi dan kedokteran forensik. Pelayanan Medik Subspesialis 2 (dua) dari 4 (empat) subspesialis dasar yang meliputi: Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi.

c. Rumah Sakit Umum Kelas C

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetri dan ginekologi dan 4 (empat) spesialis penunjang medik yaitu: pelayanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik dan patologi klinik.

d. Rumah Sakit Umum Kelas D

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) dari 4 (empat) spesialis dasar yaitu: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetri dan ginekologi.

2.2.2.4. Pelayanan Rumah Sakit

Berdasarkan Permenkes RI No 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perijinan rumah sakit, Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit adalah 1) pelayanan medik; 2) pelayanan kefarmasian; 3) pelayanan keperawatan dan kebidanan; 4) pelayanan penunjang klinik; 5) pelayanan penunjang nonklinik; dan 6) pelayanan rawat inap. Adapun sumber daya manusia yang ada di rumah sakit adalah 1) tenaga medik; 2) tenaga kefarmasian; 3) tenaga keperawatan; 4) tenaga kesehatan lain; dan 5) tenaga non kesehatan

Pelayanan medik terdiri dari a) pelayanan gawat darurat; b) pelayanan spesialis dasar (meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, dan obstetri dan ginekologi); c) pelayanan medik spesialis penunjang



(meliputi pelayanan anestesiologi, radiologi, patologi klinik, patologi anatomi, dan rehabilitasi medik); d) pelayanan medik spesialis lain (meliputi pelayanan mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan kedokteran forensic); e) pelayanan medik subspecialis (meliputi pelayanan subspecialis di bidang spesialisasi bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, obstetri dan ginekologi, mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan gigi mulut); dan f) pelayanan medik spesialis gigi dan mulut (meliputi pelayanan bedah mulut, konservasi/endodonsi, periodonti, orthodonti, prosthodonti, pedodonti, dan penyakit mulut).

Pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud di atas meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik. Pelayanan keperawatan dan kebidanan meliputi asuhan keperawatan generalis dan spesialis serta asuhan kebidanan. Pelayanan penunjang klinik meliputi pelayanan bank darah, perawatan intensif untuk semua golongan umur dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrumen dan rekam medik. Pelayanan penunjang nonklinik meliputi pelayanan *laundry/linen*, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaraan jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik, dan pengelolaan air bersih.

Berdasarkan Kepmenkes RI No. 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, bahwa jenis pelayanan yang diberikan oleh

Rumah Sakit kepada masyarakat ada 21 yang terdiri dari 1) pelayanan gawat darurat; 2) pelayanan rawat jalan; 3) pelayanan rawat inap; 4) pelayanan bedah;



5) pelayanan persalinan dan perinatology; 6) pelayanan intensif; 7) pelayanan radiologi; 8) pelayanan laboratorium patologi klinik; 9) pelayanan rehabilitasi medik; 10) pelayanan farmasi; 11) pelayanan gizi; 12) pelayanan transfuse darah; 13) pelayanan keluarga miskin; 14) pelayanan rekam medis; 15) pengelolaan limbah; 16) pelayanan administrasi manajemen; 17) pelayanan ambulance/kereta jenazah; 18) pelayanan pemulasaraan jenazah; 19) pelayanan laundry; 20) pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; 21) pencegahan pengendalian injeksi.

2.2.3. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Seiring berjalannya waktu, jumlah rumah sakit di Makassar semakin bertambah. Dan apa yang diharapkan dari pasien maupun keluarga pasien, tak lain adalah pelayanan prima dari pihak rumah sakit. Entah itu dari segi pelayanan pihak non-medis, totalitas perawatan dari dokter dan perawat, maupun kenyamanan suasana rumah sakit tersebut. Oleh karenanya pihak rumah sakit pun berlomba-lomba meningkatkan mutu pelayanannya. Di sisi lain, pengakuan mutu pelayanan ini dibuktikan dengan status akreditasi yang diraih oleh rumah sakit tersebut.

Rumah sakit memiliki lembaga yang mengakreditasinya. Akreditasi rumah sakit ini merupakan proses di mana suatu lembaga (biasanya non-pemerintah) melakukan *assesment* terhadap suatu rumah sakit. Dan ini didasari oleh standar akreditasi yang berlaku. Di Indonesia sendiri, terdapat Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) yang merupakan penyelenggara akreditasi rumah sakit di Indonesia. Tujuan dari pengakreditasian rumah sakit ini salah satunya adalah

meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit bersangkutan. Hasil akreditasi ini pun memiliki tingkatan, yaitu: lulus



perdana, tingkat dasar, tingkat madya, tingkat utama, dan tingkat paripurna. Tingkat paripurna inilah yang merupakan tingkatan tertinggi dengan rating bintang lima. Dan tidak banyak rumah sakit yang bisa lulus akreditasi dengan predikat tingkat paripurna ini.

Menurut Azwar (1996), pelayanan kesehatan yaitu setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Gasperz (2005) mengemukakan bahwa kualitas pelayanan adalah berbagai cara pemenuhan keinginan pengguna yang bebas dari kekurangan sehingga memberikan kepuasan atas penggunaan jasa. Jika pelayanan yang diterima lebih rendah dibandingkan yang diharapkan pasien maka kualitas pelayanan akan dianggap buruk. Baik buruknya kualitas pelayanan bergantung pada kemampuan suatu fasilitas pelayanan kesehatan memenuhi harapan pasien secara konsisten. Kualitas dalam jasa pelayanan kesehatan terdiri dari kualitas pasien, kualitas profesional tenaga kesehatan, dan kualitas manajemen rumah sakit.

Rumah sakit saat ini berkembang sebagai sebuah industry kesehatan yang padat karya, padat modal dan padat teknologi. Disebut demikian karena rumah sakit memanfaatkan Sumber Daya Manusia (SDM) dalam jumlah yang relative besar, beragam dalam kualifikasi dan profesinya. Demikian pula dengan jumlah dana yang digunakan untuk melaksanakan berbagai jenis pelayanan, termasuk pendapatan (revenue) rumah sakit. Rumah sakit juga memanfaatkan

jenis teknologi kedokteran terbaru untuk meningkatkan mutunya. Mutu dalam pelayanan kesehatan dapat dimaksudkan adalah dari



aspek teknis medis yang hanya berhubungan langsung antara pelayanan medis dan pasien saja, atau mutu kesehatan dalam sudut pandang sosial dan pelayanan kesehatan secara keseluruhan, termasuk akibat-akibat manajemen administrasi, keuangan, peralatan dan tenaga kesehatan lainnya.

Juran (1989) mengemukakan mutu adalah "*Fitness for Use*" atau kemampuan kecocokan penggunaan. Ada hal menarik yang bisa dipetik dari pengertian ini yaitu: mutu sebagai keistimewaan produk (dimata pelanggan, semakin baik keistimewaan produk, semakin tinggi mutunya). Ini akan memberikan manfaat: meningkatkan kepuasan pelanggan, membuat produk mudah laku/terjual, memenangkan persaingan, meningkatkan pangsa pasar, memperoleh pemasukan dari penjualan, menjamin harga premium serta berdampak utama terhadap penjualan. Semakin ketatnya persaingan dalam bidang jasa khususnya pada rumah sakit, menyebabkan setiap rumah sakit harus tetap memberikan tingkat kepedulian, profesionalisme dan kompetensi yang maksimal untuk mencerminkan kualitas layanan terbaik. Kualitas layanan yang diberikan dapat mempengaruhi hasil produk yang sangat menentukan tingkat kesehatan masyarakat, oleh karena itu, sebagai salah satu perusahaan sektor industri jasa perhatian terhadap kualitas menjadi suatu keharusan untuk dilaksanakan.

Ada beberapa hal yang bisa mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Menurut Bruce (1990), Fromberg (1988), Gambone (1991) bahwa tenaga, dana dan sarana merupakan unsur masukan, apabila tenaga dan sarana tidak sesuai dengan standar yg ditetapkan dan dana tidak sesuai dengan kebutuhan, maka

harapkan baiknya mutu pelayanan. Sedangkan Donabedian (1980) mengemukakan bahwa kebijakan, organisasi dan manajemen merupakan unsur



lingkungan, apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tidak sesuai dengan standar dan atau tidak mendukung, maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan. Begitu pula menurut Pena (1984) bahwa tindakan medis, tindakan non medis merupakan unsur proses, apabila kedua tindakan tersebut tidak sesuai dengan standar yg telah ditetapkan maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan. Penampilan aspek medis, penampilan aspek non medis merupakan unsur keluaran, apabila kedua penampilan tersebut tidak sesuai dengan standar berarti pelayanan kesehatan yg diselenggarakan tidak bermutu.

Keberhasilan perusahaan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dapat ditentukan dengan pendekatan *service quality (SERQUAL)* yang telah dikembangkan oleh Parasuraman, Berry dan Zeithaml. *Service Quality* adalah seberapa jauh perbedaan antara harapan dan kenyataan para pelanggan atas layanan yang mereka terima. Menurut Parasuraman *et. al.* (1985) ada 5 dimensi dari kualitas pelayanan kesehatan yang banyak digunakan untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan yang dikenal sebagai SERQUAL.

Lima dimensi kualitas pelayanan kesehatan tersebut sebagai berikut:

1. **Kondisi fisik (*tangibles*)** merupakan kondisi yang ada dalam memberikan pelayanan yang meliputi kualitas fisik, kondisi sarana, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi. Muninjaya (2011) mengemukakan bahwa pengguna jasa pelayanan menggunakan indranya dalam menilai kualitas jasa pelayanan yang diterimanya seperti ruangan yang bersih dan nyaman, peralatan yang lengkap, seragam petugas yang rapi, dan lantai yang bersih. Joewono (2003) menyebutkan salah satu aspek kualitas pelayanan adalah lingkungan fisik yaitu aspek yang menunjukkan kenyamanan lingkungan yang akan dinikmati konsumen



ketika mereka menggunakan produk, serta penampilan pegawainya.

2. **Kehandalan (*reliability*)** adalah kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan. Dimensi ini dinilai paling penting oleh pelanggan karena produknya sangat bergantung dari tindakan manusia sehingga sulit mendapat hasil yang konsisten atau sama pada waktu bersamaan. Sugiarto (1999) menyebutkan salah satu aspek kualitas pelayanan adalah aspek cepat dan tepat maksudnya membiarkan konsumen menunggu tanpa alasan yang jelas menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan. Secara singkat dapat diartikan sebagai kemampuan untuk memberikan layanan yang dijanjikan secara akurat, tepat waktu, dan dapat dipercaya.

3. **Daya tanggap (*responsiveness*)** merupakan keinginan para staf atau pegawai untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang tanggap sesuai prosedur. Hal ini meliputi alur penyampaian jasa dan respon pegawai dalam menanggapi permintaan pelanggan dengan cepat. Dimensi ini akan dinamis penilaiannya karena harapan pelanggan yang datang akan menuntut semakin jelasnya suatu pelayanan dan tidak menghabiskan banyak waktu. Joewono (2003) mengatakan salah satu aspek kualitas pelayanan adalah cepat tanggap, aspek yang menunjukkan kecepatan perusahaan dalam menanggapi kebutuhan konsumen.

4. **Jaminan (*assurance*)** mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan,

dan sifat yang dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko, dan keragu-raguan. Terdiri dari komponen: komunikasi



(*Communication*), kredibilitas (*Credibility*), keamanan (*Security*), kompetensi (*Competence*), dan sopan santun (*Courtesy*). Joewono (2003) menyampaikan bahwa dalam kualitas pelayanan adanya aspek kemudahan bertransaksi, memperoleh informasi dan mudah menghubungi/mengakses petugas/staf. Syaputra (2015) mengemukakan bahwa pemenuhan harapan pelanggan dari dimensi ini dapat memberikan rasa aman bagi pelanggan yang datang dan membuat pelanggan semakin percaya ataupun loyal.

5. **Empati (*emphaty*)** dapat dilihat melalui kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pelanggan. Dimensi ini menuntut pemberi layanan mencoba merasakan sebagai pelanggan apabila mendapatkan pelayanan tersebut. Joewono (2003) berpendapat bahwa salah satu aspek kualitas pelayanan adalah kepedulian, seberapa jauh perusahaan memperhatikan emosi atau perasaan konsumen, selanjutnya Sugiarto (1999) menyatakan bahwa aspek kualitas pelayanan memiliki rasa menghargai dan menghormati konsumen.

Menurut Kotler dan Armstrong (2008) Kepuasan pelanggan adalah indikator utama dari standar suatu fasilitas kesehatan dan merupakan suatu ukuran kualitas pelayanan kesehatan, kepuasan pelanggan yang rendah akan berdampak terhadap jumlah kunjungan yang akan mempengaruhi provitabilitas fasilitas kesehatan tersebut, sedangkan sikap karyawan terhadap pelanggan juga akan berdampak terhadap kepuasan pelanggan dimana kebutuhan pelanggan

itu ke waktu akan meningkat, begitu pula tuntutan akan kualitas n yang diberikan.



Pelayanan yang berkualitas merupakan inti kelangsungan hidup sebuah rumah sakit. Pelayanan atau service yang optimal kepada pasien merupakan hal yang harus dimiliki setiap rumah sakit untuk bertahan dan memenangkan persaingan di masa depan. Terciptanya kualitas layanan tentunya akan menciptakan kepuasan terhadap pengguna layanan. Kualitas layanan ini pada akhirnya dapat memberikan beberapa manfaat, diantaranya terjalinnya hubungan yang harmonis antara penyedia barang dan jasa dengan pasien, dan pada akhirnya akan meningkatkan kinerja rumah sakit. Pada industri jasa kesehatan, kualitas pelayanan merupakan salah satu strategi bisnis yang ditekankan pada pemenuhan keinginan konsumen. Di sisi lain, kinerja perusahaan dan kepuasan konsumen merupakan satu kesatuan yang sulit untuk dipisahkan, dengan kata lain bisa dikatakan bahwa kualitas pelayanan akan berpengaruh terhadap kinerja rumah sakit.

2.2.4. Kinerja Rumah Sakit (*Balanced Scorecard*)

Giri (1998) mengemukakan bahwa pengukuran kinerja merupakan salah satu faktor yang sangat penting bagi perusahaan karena pengukuran kinerja merupakan usaha memetakan strategi kedalam tindakan pencapaian target tertentu. Ulum (2009) juga mengemukakan bahwa sistem pengukuran kinerja dapat dijadikan sebagai alat pengendalian organisasi, karena pengukuran kinerja diperkuat dengan menetapkan *reward* dan *punishment system*

Kinerja rumah sakit merupakan faktor penting yang harus diperhatikan untuk menghadapi tuntutan lingkungan tersebut. Kinerja dalam suatu periode dapat dijadikan acuan untuk mengukur tingkat keberhasilan organisasi. Oleh karena itu, sistem kinerja yang sesuai dan cocok untuk



organisasi sangat diperlukan agar suatu organisasi mampu bersaing dan berkembang.

Kinerja organisasi dapat diketahui melalui pengukuran kinerja organisasi. Pengukuran kinerja adalah suatu proses penilaian kemajuan pekerjaan terhadap tujuan dan sasaran yang telah ditentukan sebelumnya, termasuk informasi atas: efisiensi penggunaan sumber daya dalam menghasilkan barang dan jasa, kualitas barang dan jasa (seberapa baik barang dan jasa diserahkan kepada pelanggan dan sampai seberapa jauh pelanggan terpuaskan), hasil kegiatan dibandingkan dengan maksud yang diinginkan dan efektifitas tindakan dalam mencapai tujuan (Robertson, 2002). Sedangkan Stout (1993), mendefinisikan pengukuran/penilaian kinerja sebagai proses mencatat dan mengukur pencapaian pelaksanaan kegiatan dalam arah pencapaian misi (*mission accomplishment*) melalui hasil-hasil yang ditampilkan berupa produk, jasa, ataupun suatu proses.

Dessler dan Gary (1994) menjelaskan bahwa keberhasilan suatu institusi ditentukan oleh dua faktor utama, yaitu sumber daya manusia atau tenaga kerja dan sarana dan prasarana pendukung atau fasilitas kerja. Dari kedua faktor utama tersebut sumber daya manusia lebih penting daripada sarana dan prasarana pendukung. Secanggih dan selengkap apapun fasilitas pendukung yang dimiliki oleh suatu organisasi, tanpa adanya sumber daya yang memadai baik kualitas maupun kuantitasnya, maka organisasi tersebut tidak dapat berhasil mewujudkan visi, misi, dan tujuan organisasinya. Kualitas sumber daya manusia tersebut diukur dari kinerja karyawan (*performance*)

duktifitasnya.



Menurut Atkinson, *et.al* (1995), sistem penilaian kinerja sebaiknya mengandung indikator kinerja yaitu (1) memperhatikan setiap aktivitas organisasi dan menekankan pada perspektif pelanggan, (2) menilai setiap aktivitas dengan menggunakan alat ukur kinerja yang mengesahkan pelanggan, (3) memperhatikan semua aspek aktivitas kinerja secara komprehensif yang mempengaruhi pelanggan, dan (4) menyediakan informasi berupa umpan balik untuk membantu anggota organisasi mengenai permasalahan dan peluang untuk melakukan perbaikan.

Penilaian kinerja pada rumah sakit sebagai organisasi nirlaba tidak hanya berfokus pada pencapaian internal organisasi saja, namun juga mencakup berbagai aspek penting yang perlu banyak mendapat perhatian bagi setiap stakeholder rumah sakit. Perkembangan pengelolaan rumah sakit, baik dari aspek manajemen maupun operasional sangat dipengaruhi oleh berbagai tuntutan dari lingkungan, yaitu lingkungan eksternal dan internal (Hendrawan, 2011). Tuntutan eksternal antara lain adalah dari para *stakeholder* bahwa rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, dan biaya pelayanan kesehatan terkendali sehingga akan berujung pada kepuasan pasien. Tuntutan dari pihak internal antara lain adalah pengendalian biaya. Pengendalian biaya merupakan masalah yang kompleks karena dipengaruhi oleh berbagai pihak yaitu mekanisme pasar, perilaku ekonomis, sumber daya professional dan yang tidak kalah penting adalah perkembangan teknologi.

Untuk mengukur kinerja organisasi masa depan, diperlukan ukuran yang komprehensif, bukan hanya pengukuran kinerja yang menitikberatkan pada keuangan saja namun juga menitikberatkan pada sektor non keuangan.



Pengukuran kinerja yang lebih *komprensif* disebut dengan *Balanced Scorecard*.

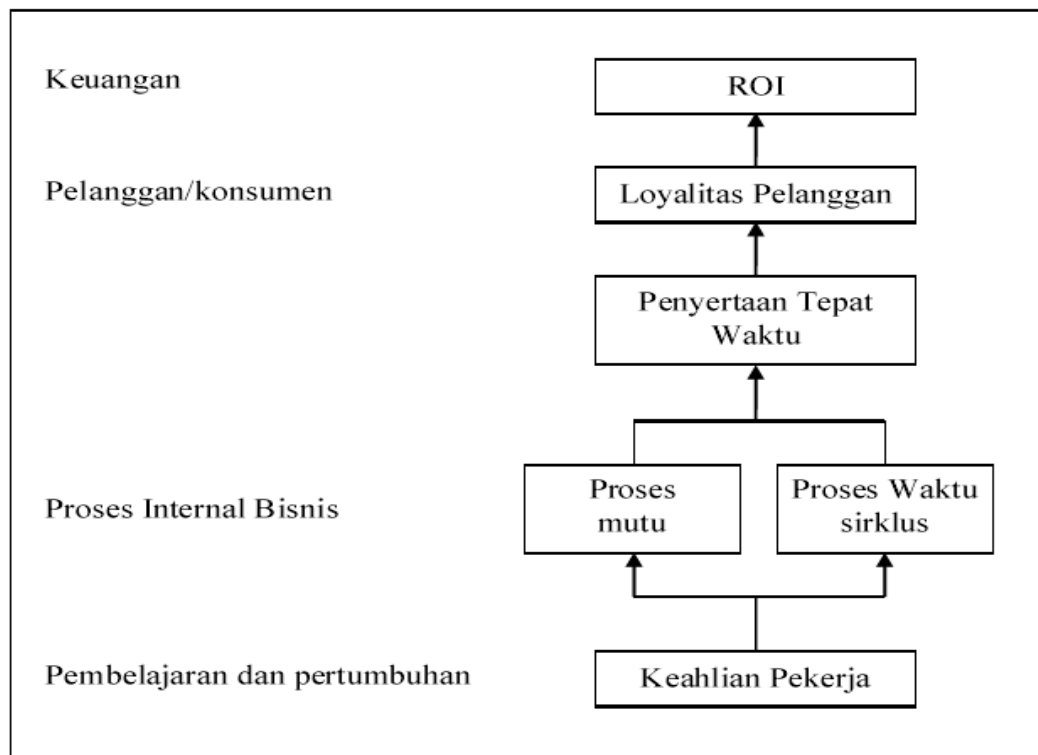
Konsep *Balanced Scorecard* merupakan salah satu metode pengukuran kinerja yang berusaha untuk menyeimbangkan pengukuran aspek keuangan dengan aspek non keuangan. Saat ini banyak rumah sakit telah mengadopsi sistem kinerja yang multidimensional untuk mendukung dalam pencapaian tujuan dan misinya (Zelman dkk., 2003). Konseptual *Balanced Scorecard* tidak hanya mencakup indikator kinerja rumah sakit tetapi juga untuk membantu dalam membandingkan kinerja rumah sakit. Sehingga metode BSC akan bermanfaat untuk mengidentifikasi kesempatan dalam peningkatan kinerja akibat dari adanya hasil pengukuran kinerja yang nilainya masih rendah (Chen *at.al.*, 2006).

Kaplan dan Norton (1993) menyatakan bahwa *Balanced Scorecard* menyediakan tujuan-tujuan strategis organisasi kedalam seperangkat tolak ukur kinerja yang saling berhubungan. *Balanced Scorecard* merupakan suatu metode pengukuran kinerja yang tidak hanya mencerminkan pada kinerja keuangan saja, tetapi juga kinerja non keuangan. Ada empat perspektif kinerja bisnis yang diukur dalam *Balanced Scorecard*, yaitu: keuangan, pelanggan, proses bisnis internal, pembelajaran dan pertumbuhan

Untuk dapat melihat hubungan keempat perspektif dalam *balanced scorecard* dapat dilihat pada gambar di bawah ini (Kaplan and Norton, 2000)



Gambar 2.2
Hubungan Empat Perspektif *Balanced Scorecard*



Sumber: Kaplan and Norton, 2000

Empat perspektif kinerja bisnis yang diukur dalam *Balanced Scorecard*, yaitu:

a. Perspektif Keuangan (*Financial Perspective*)

Sasaran-sasaran perspektif keuangan dibedakan pada masing-masing tahap dalam siklus bisnis yang oleh Kaplan dan Norton (2000) dibedakan menjadi tiga tahap:

1) *Growth* (Berkembang)

Berkembang merupakan tahap pertama dan tahap awal dari siklus kehidupan bisnis. Pada tahap ini suatu perusahaan memiliki tingkat pertumbuhan yang sama sekali atau paling tidak memiliki potensi untuk berkembang. Untuk

manfaatkan potensi ini, kemungkinan seorang manajer harus terikat komitmen mengembangkan suatu produk atau jasa baru, membangun dan



mengembangkan fasilitas produksi, menambah kemampuan operasi, mengembangkan sistem, infrastruktur dan jaringan distribusi yang akan mendukung hubungan global, serta mengasuh dan mengembangkan hubungan dengan pelanggan.

2) *Sustain Stage* (Bertahan)

Bertahan merupakan tahap kedua yaitu suatu tahap dimana perusahaan masih melakukan investasi dan reinvestasi dengan mempersyaratkan tingkat pengembalian yang terbaik. Dalam tahap ini perusahaan berusaha mempertahankan pangsa pasar yang ada dan mengembangkannya apabila mungkin. Investasi yang dilakukan umumnya diarahkan untuk menghilangkan kemacetan, mengembangkan kapasitas dan meningkatkan perbaikan operasional secara konsisten. Pada tahap ini perusahaan tidak lagi bertumpu pada strategi-strategi jangka panjang. Sasaran keuangan tahap ini lebih diarahkan pada besarnya tingkat pengembalian atas investasi yang dilakukan.

3) *Harvest* (Panen)

Tahap ini merupakan tahap kematangan (*mature*), suatu tahap dimana perusahaan melakukan panen (*harvest*) terhadap investasi mereka. Perusahaan tidak lagi melakukan investasi lebih jauh kecuali hanya untuk memelihara dan perbaikan fasilitas, tidak untuk melakukan ekspansi atau membangun suatu kemampuan baru. Tujuan utama dalam tahap ini adalah memaksimalkan arus kas yang masuk ke perusahaan. Sasaran keuangan untuk *harvest* adalah *cash flow* maksimum yang mampu dikembalikan dari investasi dimasa lalu.

b. Perspektif Pelanggan/Konsumen

aplan dan Norton (2000) menjelaskan ada dua kelompok pengukuran kait di dalam perspektif pelanggan, yaitu:



1) Kelompok Inti (*core measurement*)

a) Pangsa pasar

Pangsa pasar menggambarkan proporsi bisnis yang dijual oleh sebuah unit bisnis di pasar tertentu. Hal itu diungkapkan dalam bentuk jumlah pelanggan, uang yang dibelanjakan atau volume satuan yang terjual.

b) Akuisisi pelanggan

Mengukur seberapa banyak perusahaan berhasil menarik pelanggan pelanggan baru. Akuisisi ini diukur dengan membandingkan jumlah pelanggan dari tahun ke tahun.

c) Retensi pelanggan

Mengukur seberapa banyak perusahaan berhasil mempertahankan pelanggan pelanggan lama. Pengukuran dapat dilakukan dengan mengetahui besarnya persentase pertumbuhan bisnis dengan pelanggan yang ada saat ini dengan cara membandingkan jumlah pelanggan tahun berjalan dengan tahun sebelumnya.

d) Tingkat kepuasan pelanggan

Mengukur seberapa jauh pelanggan merasa puas terhadap layanan perusahaan. Berupa umpan balik mengenai seberapa baik perusahaan melaksanakan bisnisnya.

2) Kelompok Penunjang (*performance drivers*)

a) Atribut-atribut Produk

Tingkat ukur atribut produk dilihat dari beberapa aspek:

Tingkat harga eceran relatif (tingkat harga yang dibandingkan dengan



tingkat harga produk pesaing).

2. Tingkat daya guna produk (seberapa jauh produk yang telah dibeli berdaya guna bagi pelanggan).
3. Tingkat pengembalian produk oleh pelanggan sebagai akibat ketidak sempurnaan proses produksi (cacat, rusak, atau tidak lengkap).
4. Mutu peralatan dan fasilitas produksi yang digunakan
5. Kemampuan sumber daya manusia
6. Tingkat efisiensi produksi.

b) Hubungan Dengan Pelanggan

Tolok ukur yang termasuk sub kelompok ini, tingkat fleksibilitas perusahaan dalam memenuhi keinginan dan kebutuhan para pelanggannya, penampilan fisik dan mutu layanan yang diberikan oleh pramuniaga serta penampilan fisik fasilitas penjualan. Citra dan reputasi perusahaan beserta produk-produknya dimata para pelanggannya dan masyarakat konsumen.

c. Perspektif Proses Bisnis Internal

Menurut Kaplan dan Norton (2000) dalam proses bisnis internal, manajer harus bisa mengidentifikasi proses internal yang penting dimana perusahaan diharuskan melakukan dengan baik karena proses internal tersebut mempunyai nilai-nilai yang diinginkan konsumen dan dapat memberikan pengembalian yang diharapkan oleh para pemegang saham. Tahapan dalam proses bisnis internal meliputi:



1) Inovasi

Inovasi yang dilakukan dalam perusahaan biasanya dilakukan oleh bagian riset dan pengembangan. Dalam tahap inovasi ini tolok ukur yang digunakan adalah besarnya produk-produk baru, lama waktu yang dibutuhkan untuk mengembangkan suatu produk secara relatif jika dibandingkan perusahaan pesaing, besarnya biaya, banyaknya produk baru yang berhasil dikembangkan.

2) Proses Operasional

Tahapan ini merupakan tahapan dimana perusahaan berupaya untuk memberikan solusi kepada para pelanggan dalam memenuhi kebutuhan dan keinginan pelanggan. Tolok ukur yang digunakan antara lain *Manufacturing Cycle Effectiveness* (MCE), tingkat kerusakan produk pra penjualan, banyaknya bahan baku terbuang percuma, frekuensi pengerjaan ulang produk sebagai akibat terjadinya kerusakan, banyaknya permintaan para pelanggan yang tidak dapat dipenuhi, penyimpangan biaya produksi aktual terhadap biaya anggaran produksi serta tingkat efisiensi per kegiatan produksi.

3) Proses Penyampaian Produk atau Jasa pada Pelanggan

Aktivitas penyampaian produk atau jasa pada pelanggan meliputi pengumpulan, penyimpanan dan pendistribusian produk atau jasa serta layanan purna jual dimana perusahaan berupaya memberikan manfaat tambahan kepada pelanggan yang telah membeli produknya seperti layanan pemeliharaan produk, layanan perbaikan kerusakan, layanan penggantian suku cadang, dan perbaikan pembayaran.



d. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Adapun faktor-faktor yang harus diperhatikan adalah (Kaplan dan Norton, 2000):

1) Tingkat Kemampuan Karyawan

Hal yang perlu ditinjau adalah kepuasan karyawan dan produktivitas kerja karyawan. Untuk mengetahui tingkat kepuasan karyawan perusahaan perlu melakukan survei secara reguler. Beberapa elemen kepuasan karyawan adalah keterlibatan dalam pengambilan keputusan, pengakuan, akses untuk memperoleh informasi, dorongan untuk melakukan kreativitas dan inisiatif serta dukungan dari atasan. Produktivitas kerja merupakan hasil dari pengaruh agregat peningkatan keahlian moral, inovasi, perbaikan proses internal dan tingkat kepuasan konsumen. Di dalam menilai produktivitas kerja setiap karyawan dibutuhkan pemantauan secara terus menerus.

2) Kemampuan Sistem Informasi

Perusahaan perlu memiliki prosedur informasi yang mudah dipahami dan mudah dijalankan. Tolok ukur yang sering digunakan adalah bahwa informasi yang dibutuhkan mudah didapatkan, tepat dan tidak memerlukan waktu lama untuk mendapat informasi tersebut.

3) Motivasi, pemberdayaan dan keselarasan

Pegawai yang memiliki informasi yang berlimpah tidak akan memberikan kontribusi pada keberhasilan usaha, apabila mereka tidak mempunyai motivasi untuk bertindak selaras dengan tujuan perusahaan atau tidak diberi kebebasan

ngambilan keputusan atau bertindak.

