

**MODEL KONSEPTUAL AKUNTABILITAS RS DI INDONESIA
PADA ERA REFORMASI PERUMAHSAKITAN**

*A Conceptual Model of Hospital Accountability in Indonesia
At Hospital Reformation Era*

ANDI NDAHWATY SIDIN



**PROGRAM DOKTOR
PROGRAM STUDI ILMU KEDOKTERAN
PASCASARJANA UNHAS
MAKASSAR**

2014

**MODEL KONSEPTUAL AKUNTABILITAS RS DI INDONESIA
PADA ERA REFORMASI PERUMAHSAKITAN**

Disertasi

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Doktor

Program Studi
Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

ANDI INDAHWATY SIDIN

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2014**

DISERTASI

MODEL KONSEPTUAL AKUNTABILITAS RS DI INDONESIA PADA ERA REFORMASI PERUMAHSAKITAN

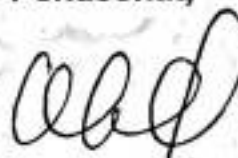
Disusun dan diajukan oleh

ANDI INDAHWATY AS
Nomor Pokok P0200310016

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 25 Juli 2014

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

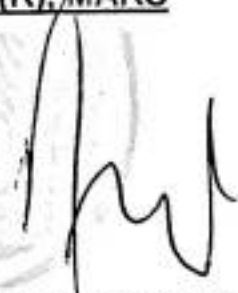
Menyetujui
Komisi Penasehat,



Prof. dr. H. Abd. Kadir, Ph.D., Sp/THT-KL(K), MARS
Promotor

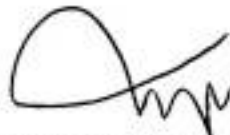


Prof. Dr. dr. H.M. Alimin Maidin, MPH
Co-Promotor



Dr. Indrianty Sudirman, SE., M.Si
Co-Promotor

Ketua Program Studi
Ilmu Kedokteran,



Prof. Dr. dr. Suryani As'ad, M.Sc

Dekan Fakultas Kedokteran



Prof. Dr. dr. Andi Assadul Islam, Sp.BS(K)

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ANDI INDAHWATY AS

Nomor Mahasiswa : P200310016

Program Studi : KEDOKTERAN

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 5 Agustus 2014

Yang menyatakan,



ANDI INDAHWATY AS

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat karunia dan hidayah-Nya, sehingga Penulisan Disertasi ini dapat terselesaikan. Penulisan ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu dari persyaratan guna memperoleh gelar Doktor pada Program Studi S3 Ilmu Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar, disamping manfaatnya yang mungkin dapat disumbangkan dari hasil penelitian ini kepada semua pihak yang berkepentingan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam pengungkapan, penyajian dan pemilihan kata-kata maupun pembahasan materi dalam disertasi ini masih jauh dari sempurna, oeh sebab itu dengan penuh kerendahan hati penulis mengharapkan saran, kritik dan segala bentuk pengarahan dari semua pihak untuk perbaikan disertasi ini.

Banyak pihak yang telah dengan tulus ikhlas memberikan bantuan, oleh karena itu pada kesempatan ini, perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih disertai penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof.Dr.dr.Suryani As'ad, M.Sc. selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Prof.DR.dr.H.M.Alimin Maidin, MPH, selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar dan selaku

Co Promotor yang telah banyak memberikan kritik dan saran-sarannya demi kesempurnaan dalam penulisan disertasi ini.

3. Prof.dr.Abd.Kadir,Sp.THT-KL(K),MARS,Ph.D selaku Promotor yang dengan penuh kesabaran membantu dan memberikan saran-saran serta petunjuk sehingga penulis dapat menyelesaikan disertasi ini.
4. Dr. Indrianty Sudirman, SE, M.Si selaku Co Promotor yang telah meluangkan waktu begitu banyak dan dengan penuh kesabaran membantu dan memberikan saran-saran serta petunjuk sehingga penulis dapat menyelesaikan disertasi ini.
5. Dr. Widodo.J.Pudjiraharjo, MPH,Dr.PH, selaku Dosen Penguji Eksternal yang telah meluangkan waktu untuk memberikan masukan dan kritika untuk penyempurnaan disertasi ini
6. Dr.Syahrir.A.Pasinringi, MS, selaku Penasehat Akademik dan Penguji internal yang telah memberikan dukungan baik materil maupun saran-saran perbaikan terhadap disertasi ini
7. Dr.dr.H.Noer Bahry Noor, M.Sc selaku Dosen Penguji internal yang meluangkan waktunya untuk berdiskusi selama pengembangan disertasi ini
8. DR.dr. Burhanuddin Bahar, MS, selaku Dosen Penguji internal yang meluangkan waktunya untuk berdiskusi selama pengembangan disertasi ini dan memberikan pemahaman tentang hakikat ilmu dan ilmuwan

9. Prof.dr.Irawan Yusuf, Ph.D, Dosen Penguji internal yang meluangkan waktunya untuk berdiskusi selama pengembangan disertasi ini
10. Bapak dan Ibu staff pengajar pada Program Studi S3 Ilmu Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar, yang telah memberikan ilmunya melalui kegiatan pembelajaran.
11. dr. Ahmad Nizar Shihab, Sp.An, sebagai informan kunci dan sebagai fasilitator untuk mendapatkan akses terhadap salah satu informan kunci Dirjen BUK Kemenkes RI
12. Para informan kunci lainnya yang telah bersedia memberikan waktunya untuk menjadi sumber informasi dalam rangka pengembangan disertasi ini
13. Para responden yang berasal dari sebagian besar RS di Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Barat, Kalimantan timur dan Papua
14. Seluruh staf administrasi pada, Program Studi S3 Ilmu Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar, yang telah banyak membantu dan mempermudah penulis dalam menyelesaikan studi.
15. Seluruh staf, mahasiswa dan alumni Bagian Manajemen RS dan Program Magister RS Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.
16. Yang terhormat kedua orang tuaku Ayahanda A.Sidin DM (Alm) dan Ibunda Hj.Andi Darwati yang telah memberikan dukungan dan perhatiannya.

17. Yang tercinta suamiku Usman, SKM. dan anak-anakku, Myisha dan Affan atas pengertian, kesabaran, motivasi, dan kasih sayang dalam menghadapi segala keluhan, rintangan dan halangan untuk menyelesaikan tesis ini.

18. Direktur dan seluruh staff RS Unhas yang telah bersedia memberikan kesempatan bagi peneliti untuk menyelesaikan disertasi ini.

19. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih karena telah banyak membantu dan memberikan dorongan.

Semoga Allah SWT berkenan membalas semua kebaikan Bapak/Ibu/Saudara/i dan teman-teman serta keluargaku tercinta, dan semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi orang lain.

Makassar, Juli 2014

Penulis



- Belum ada kesepakatan
H-4 → Ilmu ada kebebasan ilmiah

MODEL KONSEPTUAL AKUNTABILITAS RUMAH SAKIT INDONESIA DI ERA REFORMASI PERUMAHSAKITAN (Indahwaty, Abdul Kadir, Alimin Maidin, Indrianty Sudirman)

ABSTRAK

Era reformasi rumah sakit telah bergeser dari fokus pada kualitas dan pengendalian biaya terhadap isu-isu akuntabilitas (Gamm 1996; Emanuel dan Emanuel 1996a; Daniels dan Sabin 1998; Davidson 1999; Lanier, Roland et al 2003; Brinkerhoff 2004; Timmermans 2005). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengembangkan model konseptual akuntabilitas rumah sakit di Indonesia pada era reformasi rumah sakit.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan dua tahap yaitu (1) mengembangkan model konseptual dengan menggunakan metode kualitatif berdasarkan data yang dikumpulkan dari para ahli rumah sakit, akademisi, manajer, regulator, legislator, dan pemilik rumah sakit dan (2) memverifikasi model pengukuran akuntabilitas rumah sakit Indonesia dalam pelayanan kesehatan di era reformasi perumahsakitian dengan menggunakan analisis faktor konfirmatori dengan 360 sampel dengan statistik signifikan pada $\geq 0,3$ (Tatham, RL dan WC Hitam 1998).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dimensi akuntabilitas rumah sakit terdiri dari 2 (dua dimensi) yaitu tanggung jawab dan transparansi. Dimensi tanggung jawab diukur dengan 3 (tiga) variabel yaitu moral, kewajiban dan keputusan rasional; sementara transparansi dibangun oleh 3 (tiga) variabel yaitu visibilitas, dimengerti dan pemanfaatan.

Pada
Salah

- TRK

Kata Kunci: Rumah Sakit, Akuntabilitas, Reformasi Perumahsakitian

A. Aspek legal dari konsep

- RS itu ber macam
Status → bagaimana
perbedaan konsep
akuntabilitas.

B. H-156
Aspek pelayanan
- Ketersediaan
- Pelayanan
- Biaya → tingkat
kepercayaan &

Bagaimana
di dimensi
Proses
(Mekanisme)
H-61
ada ?

B. Mengapa dimensi yg pertama saudara konsepnya yg 1 ya dan bukan pertanggung jawa

C. Bagaimana pendapat idr,

A CONCEPTUAL MODEL OF HOSPITAL ACCOUNTABILITY IN INDONESIA AT HOSPITAL REFORMATION ERA (Indahwati, Abdul Kadir, Alimin Maidin, Indrianty Sudirman)

ABSTRACT

Hospital reformation era has shifted from focus on quality and cost containment to accountability issues (Gamm 1996; Emanuel and Emanuel 1996a; Daniels and Sabin 1998; Davidson 1999; Lanier, Roland et al. 2003; Brinkerhoff 2004; Timmermans 2005). The purpose of the study is to develop a conceptual model of hospital accountability in Indonesia during hospital reformation era.

This study was conducted using two stages i.e. (1) developing a conceptual model using qualitative method based on data collected from hospital experts, academicians, managers, regulators, legislators, and hospital's owners and (2) verifying the measurement model of hospital accountability in Indonesia in health care reformation era using confirmatory factor analysis with 360 samples with statistic significant on $\geq 0,3$ (Tatham, R. L. and W. C. Black 1998).

The result showed that the dimension of hospital accountability consisted of 2 (two dimensions) i.e responsibility and transparency. The dimension of responsibility measured by 3 (three) variables i.e. moral, obligation and rational decision; while transparency was constructed by 3 (three) variables i.e. visibility, understandable and utilization.

Key Words: Hospital, Accountability, Hospital reform

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN	iii
PRAKATA.....	iv
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ISTILAH.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	13
C. Tujuan Penelitian	13
D. Kegunaan Penelitian	14
E. Ruang Lingkup/Batasan Penelitian	15
F. Definisi/ Istilah	16
G. Organisasi/Sistematika	17
H. Orisinalitas Penelitian	17
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	19
A. Akuntabilitas	19
B. Akuntabilitas di Sektor Kesehatan	60
C. Reformasi Sistem Pelayanan Kesehatan.....	66

BAB III	METODOLOGI PENELITIAN	84
	A. Metode Penelitian Kualitatif	85
	B. Metode Penelitian Kuantitatif	89
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	95
	A. Mengeksplorasi dimensi dan indikator konsep akuntabilitas RS di Indonesia pada era reformasi pelayanan kesehatan dengan menggunakan metode <i>conceptual mapping</i>	96
	1. Definisi	100
	2. Aspek	139
	3. Siapa	149
	4. Kepada Siapa	155
	B. Memverifikasi model konseptual akuntabilitas yang tepat bagi RS pada era reformasi pelayanan kesehatan di Indonesia	158
	1. Karakteristik Responden	159
	2. Hasil Analisis dengan <i>confirmatory factor</i>	160
	C. Model konseptual akuntabilitas rumah sakit di Indonesia	215
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	219
	A. Kesimpulan	219
	B. Kelemahan Penelitian	219
	C. Saran	220

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Rangkuman Definisi akuntabilitas dari para ahli/ Peneliti	4
Tabel 2 Matriks Perbedaan Definisi Akuntabilitas menurut era OPA, NPM dan NPS	22
Tabel 3 Pure Public administration dan Pola akuntabilitas menurut NPM.....	24
Tabel 4 Matriks Jurnal Penelitian Akuntabilitas Secara Umum	38
Tabel 5 Matriks Pergeseran Paradigma Pengelolaan Rumah Sakit.....	78
Tabel 6 Pedoman untuk mengidentifikasi makna muatan faktor berdasarkan ukuran sampel	92
Tabel 7 Hasil analisis <i>text as proxy for experience</i>	99
Tabel 8 Distribusi frekuensi responden menurut kelompok usia	159
Tabel 9 Distribusi frekuensi responden menurut kelompok masa kerja	159
Tabel 10 Distribusi frekuensi responden menurut tingkat pendidikan..	160
Tabel 11 Nilai loading factor variabel moral	161
Tabel 12 Pergeseran indikaor variabel moral dalam konsep akuntabilitas RS dan implikasinya pada pengelolaan RS era reformasi perumahsakitn	170
Tabel 13 Nilai loading faktor variabel kewajiban	174
Tabel 14 Pergeseran indikator variabel <i>obligation</i> dalam konsep akuntablitas RS dan Implikasinya pada pengelolaan Rumah Sakit di era reformasi perumahsakitn	184
Tabel 15 Nilai loading faktor variabel <i>bounded' rational</i>	188

Tabel 16	Pergeseran indikator variabel <i>bounded rational decision</i> dalam konsep akuntabilitas RS dan Implikasinya pada pengelolaan RS pada era reformasi perumahsakitannya	193
Tabel 17	Nilai loading factor variabel <i>visibility</i>	194
Tabel 18	Pergeseran <i>visibility</i> dalam konsep akuntabilitas RS dan Implikasinya pada era reformasi pelayanan kesehatan	198
Tabel 19	Nilai loading factor variabel <i>understandable</i>	200
Tabel 20	Pergeseran variabel <i>understandable</i> pada konsep akuntabilitas RS dan Implikasinya pada era reformasi pelayanan kesehatan	202
Tabel 21	Nilai loading factor variabel <i>utilisasi</i>	203
Tabel 22	Pergeseran indikator variabel <i>utilisasi</i> dalam konsep akuntabilitas RS dan implikasinya pada pengelolaan RS pada era reformasi perumahsakitannya	205
Tabel 23	Distribusi frekuensi <i>responsibilitas</i> terhadap akuntabilitas dengan variabel <i>moral</i> sebagai pengontrol	210
Tabel 24	Distribusi frekuensi <i>responsibilitas</i> terhadap akuntabilitas dengan variabel <i>obligation</i> sebagai pengontrol	211
Tabel 25	Distribusi frekuensi <i>responsibilitas</i> terhadap akuntabilitas dengan variabel <i>bounded rational decision</i> sebagai pengontrol	211
Tabel 26	Distribusi frekuensi <i>transparansi</i> terhadap akuntabilitas dengan variabel <i>visibility</i> sebagai pengontrol	212
Tabel 27	Distribusi frekuensi <i>transparansi</i> terhadap akuntabilitas dengan variabel <i>understandable</i> sebagai pengontrol	213

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Research Posture	12
Gambar 2 Evolusi Teori Akuntabilitas	23
Gambar 3 Proses Akuntabilitas (Bovens,2010)	27
Gambar 4 Akuntabilitas Vertikal, (Bovens 2010).....	27
Gambar 5 Akuntabilitas Horizontal (Bovens 2010).....	28
Gambar 6 Pergeseran Paradigma dalam Perumahsakitn	82
Gambar 7 Definisi Akuntabilitas	144
Gambar 8 Elemen kunci akuntablitas untuk seorang dokter menurut NHS.....	152
Gambar 9 Conceptual Mapping Akuntabilitas RS Di Indonesia Pada Era Reformasi Perumahsakitn	156
Gambar 10 Kerangka Konsep Akuntabilitas RS	158
Gambar 11 Model Pengukuran Akuntabilitas	209

DAFTAR SINGKATAN

RS	Rumah Sakit
LAKIP	Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
TAP MPR-RI	Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia
UU	Undang-Undang
SM	Sebelum Masehi
OPA	Old Public Administration
NPM	New Public Management,
NPS	New Public Services
USA	United State of America
UK	United Kingdom
APA	Administrative Procedure Act
FOI	The Freedom of Information Act
FBI	Federal Bureau of Investigation
MDGs	Millenium Developmant Goals
NCQA	National Committee For Quality Assurance
HEDIS	Health Plan Employer Data And Information Set
FACCT	Foundation For Accountability
AHA	American Hospihal Administration
SKN	Sistem Kesehatan Nasional
UUD	Undang-Undang Dasar
SDM	Sumber Daya Manusia
BLU	Badan Layanan Umum
UNDP	United Nations Development Programme
SJSN	Sitem Jaminan Sosial Nasional

NHS	National Health Services
PERSI	Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia
KARS	Komisi Akreditasi Rumah Sakit
SEM	Structural Equation Modelling
Dirjen	Direktur Jendral
BUK	Bina Upaya Kesehatan
CFA	Confirmatory Factor Analysis
GOFI	Goodness of Fit Index
LVS	Latent Variable Score
SLF	Standardized Loading Factor
CR	Construct Reliability
VE	Variance Extracted
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
NFI	Normed Fit Index
NNFI	Non-Normed Fit Index
CFI	Comparative Fit Index
IFI	Incremental Fit Index
RFI	Relative Fit Index
Std. RMR	Standardized Root Mean Square Residuan
GFI	Goodness of Fit Index
AGFI	Adjusted Goodness of Fit Index
RKAT	Rencana Kerja dan Anggaran Tahunan
RAB	Rancangan Anggaran Biaya
Restra	Rencana Strategi
WHO	World Health Organizational
Menkes	Menteri Kesehatan
ANA	The American Nurses A Asociation's

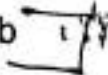
PNPK	Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran	
SPO	Standar Procedure Operasional	??
CSR	Corporate Social Responsibility	
INA CBGs	Indonesia Case Base Groups	
JCI	Joint Commision International Committee	
JCAHO	Joint Commission Accreditation of Hospital Organization	
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial	
AS	Amerika Serikat	

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor

- 1 Kuesioner
- 2 Hasil Uji Validitas dan Reabilitas
- 3 Hasil Analisis Data AMOS
- 4 Matriks Wawancara
- 5 Surat Ijin Meneliti BPKMD
- 6 Surat Rekomendasi Persetujuan Etik
- 7 Surat Ijin meneliti Rumah Sakit
- 8 Surat Keterangan Sudah Meneliti di Rumah Sakit
- 9 Curriculum Vitae

DAFTAR ISTILAH

Stakeholder	= Pemangku Kepentingan
Answerability	= Dapat menjelaskan
Peer	= Rekan
<i>continuum of care</i>	= Perawatan berkelanjutan
Logic	= Logika
<i>Good Governance</i>	= Tata Kelola yang Baik
<u>Responsibility</u>	= Tanggung Jawab 
<i>Dialoge</i>	= Dialog
<i>Responsive</i>	= responsif
<i>New Public Services</i>	= Pelayanan Publik Baru
<i>Old public administration</i>	= Administrasi Publik Lama
<i>Cost effective</i>	= biaya yang efektif
<i>agent-principle</i>	= Agen-prinsip
Expert	= Ahli
Parlement	= Parlemen
<i>Equity</i>	= Pemerataan
<i>Integrity</i>	= Integritas
Agent	= Agen
professionalism judicial	= Profesionalisme peradilan
Constitutional	= Konstitusional
Legislative	= Legislatif
<i>Global accountability report</i>	= Laporan pertanggungjawaban global
<i>Civil society</i>	= Masyarakat sipil
<i>Guarantee non-retaliation</i>	= Jaminan non-pembalasan
Complain	= Keluhan

professional peers	=	Rekan-rekan profesional
<i>Administrative Procedure Act</i>	=	Undang-Undang Prosedur Administrasi
<i>Freedom of Information Act</i>	=	Undang-Undang Kebebasan Informasi
Ideology	=	Ideologi
<i>nonofficial watchdog</i>	=	Pengawas non-pengkantoran
<i>Nepotism and favoritism</i>	=	Kekeluargaan
<i>a strong-patron client system</i>	=	Sistem klien yang kuat
<i>check and balance</i>	=	Memeriksa dan menyeimbangkan
Responsiveness	=	Tanggap
Asymetri information	=	Informasi Asymetri
Consumer	=	Konsumen
Political	=	Politik
Administrative	=	Administrasi
Financial	=	Keuangan
<i>supply induced demand</i>	=	Pasokan yang disebabkan permintaan
Millenium Development Goals	=	Tujuan pembangunan Milenium
<i>abuse of power</i>	=	Penyalahgunaan kekuasaan
<i>Good corporate governance</i>	=	Tata kelola perusahaan yang baik
<i>accountability for reasonable</i>	=	Akuntabilitas wajar
Committee for Quality Assurance	=	Komite Jaminan Mutu
<i>Health Plan Employer Data and Information Set</i>	=	Rencana Kesehatan Kerja Data dan paket Informasi

<i>Foundation for Accountability</i>	= Yayasan Akuntabilitas
<i>Clinical Practice Guidelines</i>	= Pedoman Praktek Klinis
<i>continous improvement</i>	= Perbaikan terus-menerus
<i>primary care</i>	= Perawatan primer
<i>Social Morbidity</i>	= Morbiditas sosial
<i>chronic care.</i>	= Perawatan kronis.
<i>Information production and management</i>	= Produksi dan manajemen informasi
<i>Coordinated Continuum of Services</i>	= Koordinasi pelayanan keberlanjutan
<i>Cost-benefit</i>	= Biaya-manfaat
<i>denominator based management</i>	= Manajemen berbasis denominator
<i>Value-added</i>	= Nilai tambah
<i>out of pocket</i>	= Pembayaran langsung oleh pasien kepada pemberi pelayanan
<i>Indepth interview</i>	= Wawancara mendalam
<i>rule of thumb</i>	= Aturan Kunci
<i>confirmatory factor analysis</i>	= Analisis faktor konfirmatori
<i>Measurement</i>	= Pengukuran
<i>conceptual mapping</i>	= Pemetaan konseptual
<i>text as proxy for experience</i>	= Teks sebagai proxy untuk pengalaman
<i>Blameworthyies</i>	= Menyalahkan
<i>Accountability</i>	= Akuntabilitas
<i>whistle blower</i>	= Yang meniupkan issue
<i>Obligation</i>	= Kewajiban

bounded rational decision	= Keputusan rasional terbatas
Visibility	= Visibilitas
understandable	= Dimengerti
Utilisasi	= Ketermanfaatan
<i>liberal democratic social order</i>	= Tatahan sosial liberal demokratis
<i>Beneficience</i>	= Manfaat
<i>Non Maleficence</i>	= Tidak membahayakan
<i>Justice</i>	= Keadilan
<i>Good practice</i>	= Praktek yang baik
<i>Own</i>	= Memiliki
<i>Regulator</i>	= Pembuat aturan
exhaustive and inclusive ,	= Lengkap dan inklusif
mutually exclusive and	= Saling eksklusif dan tepat
precise	
Concept	= Konsep
Construct	= Bangunan
Moralitas	= Sifat moral
ethical relativism	= Relativisme etis
<i>institutional theory</i>	= Teori institusional
<i>biomedik ethic</i>	= Etika biomedik
Informed consent	= Persetujuan tindakan
Respect for persons	= Menghormati orang
<i>Bioethics</i>	= Bioetika
<i>evidence based-patient choice</i>	= Pilihan berdasarkan bukti-pasien
equality of opportunity	= Kesetaraan kesempatan

compassion and justice	=	Kasih sayang dan keadilan
<i>consumer informed choice</i>	=	Pilihan informasi konsumen
Corporate Social Responsibility	=	Tanggung Jawab Sosial Perusahaan
Transparency	=	Transparansi

114

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Reformasi sistem kesehatan telah mulai sejak era 1990an. Pada beberapa negara industri, reformasi ini terjadi karena empat faktor utama, pertama yaitu adanya tekanan untuk melakukan penghematan (*cost containment*) karena terjadinya peningkatan biaya kesehatan, kedua untuk menciptakan *value of money* karena peningkatan harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Faktor ketiga adalah pemerintah memiliki kapasitas yang terbatas untuk membiayai kesehatan, dan terakhir karena adanya keragu-raguan terhadap pengelolaan organisasi kesehatan saat itu, yang tidak berhasil menyediakan pelayanan yang efektif dan efisien. Di Amerika latin, reformasi ini terjadi sebagai respon terhadap terjadinya krisis ekonomi yang terjadi pada tahun 1980an, dan adanya proses politik seperti yang terjadi pada negara Unisoviet (Frenk 1994, Roberts, Hsiao et al. 2008).

Rumah sakit (RS) sebagai bagian dari sistem kesehatan juga mengalami perubahan dengan adanya reformasi sistem kesehatan, karena agenda reformasi kesehatan turut mempengaruhi pengelolaan RS seperti adanya agenda desentralisasi, *universal coverage insurance* dan agenda tentang peningkatan kinerja organisasi pelayanan masyarakat

diterapkan regulasi untuk peningkatan kinerja organisasi pada rumah sakit dengan menetapkan RS harus berbentuk Badan Layanan Umum (BLU) dan adanya regulasi untuk melakukan akreditasi berkala setiap tiga tahun, dan RS yang telah mendapat izin operasional dan penetapan kelas dari pemerintah harus terakreditasi.

Selanjutnya, semakin meluasnya gerakan reformasi pelayanan kesehatan ini di seluruh dunia, telah banyak merubah paradigma dan penekanan para akademisi, peneliti, maupun praktisi dalam memandang sistem pelayanan kesehatan. Jika pada era 1980an, perhatian berfokus pada kualitas dan pengendalian biaya, maka sejak 1990an akuntabilitas menjadi isu penting yang dianggap mampu mengakomodir berbagai perubahan dan tekanan dalam reformasi pelayan kesehatan (Gamm, 1996; Emanuel and Emanuel 1996a; Daniels and Sabin, 1998; Davidson, 1999; Lanier, Roland et al. 2003; Brinkerhoff 2004; Timmermans, 2005).

Pergeseran tersebut didorong oleh setidaknya lima faktor. Pertama, eksisnya lembaga pembiayaan kesehatan di era reformasi kesehatan, yang berperan mengendalikan penyelenggaraan kesehatan yang akuntabel bagi *multistakeholders* (Daniels and Sabin 1998; Rowe 2006). Kedua, tekanan berbagai *stakeholder* terhadap rumah sakit (RS) untuk menyajikan pelayanan kesehatan yang lebih efektif, efisien dan berkeadilan (Davidson, 1999; Brinkerhoff, 2001; Brinkerhoff, 2003; Brinkerhoff, 2004). Ketiga, pergeseran sosiodemografi membuat masyarakat semakin cerdas, dan memiliki pengendalian yang tinggi untuk

Charles, Gafni et al., 1999; Frosch and Kaplan, 1999; Shiloh, Gerad et al. 2006). Keempat, pertumbuhan industri rumah sakit yang berimplikasi pada semakin tingginya intensitas persaingan, sehingga menuntut pelayanan kesehatan yang lebih transparan dan akuntabel (Daniels and Sabin, 1998; Brinkerhoff, 2003; Allsop, Jones et al., 2004; Willging, 2005; David.Hyman and Cannon, 2009; Stewart et.al dalam Freeman, McWilliam et al., 2009)). Kelima, semakin besarnya tekanan terhadap institusi publik untuk menerapkan prinsip-prinsip penerapan tata kelola yang baik (Eeckloo, Van Herck et.al., 2004). Di Indonesia, kewajiban tersebut diatur dalam beberapa kebijakan antara lain: 1) UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang RS, 2) TAP MPR RI Nomor VI/MPR/2002 tentang Reformasi Birokrasi yang menekankan pada kultur birokrasi yang transparan, akuntabel, bersih dan bertanggung jawab, serta dapat menjadi pelayan masyarakat dan abdi negara; 3) Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Pada intinya, kelima hal tersebut menekankan pada pentingnya akuntabilitas dalam penyelenggaraan rumah sakit.

Berbagai penelitian sebelumnya telah mengembangkan konsep akuntabilitas bagi RS (Gamm 1996; 1996a; Emanuel 1996b; Pawlson and O'Kane 2002; Pawlson and O'Kane 2002; Lanier, Roland et al. 2003; Timmermans 2005; Willging 2005; Rowe 2006). Meskipun demikian, masih terdapat kesenjangan antara konsep akuntabilitas RS yang sesuai dengan tuntutan kekinian, dengan konsep akuntabilitas yang telah dikaji

dijelaskan, belum terakomodir dengan konsep akuntabilitas yang dikembangkan selama ini. Hal ini akan berimplikasi pada penerapan dan penilaian akuntabilitas RS yang mampu memenuhi kepentingan *multiskateholder*.

Kesenjangan konseptualisasi akuntabilitas terletak pada tiga hal. Pertama, perbedaan pengertian, konseptualisasi, dan dimensi akuntabilitas (Schedler 1999; Mulgan 2000; Bovens.M 2005). Biela dan Papadopolous (2010) menegaskan hal tersebut dengan menyatakan bahwa, hingga saat ini belum ada persetujuan tentang konsep yang jelas mengenai akuntabilitas RS. Tabel di bawah ini menjelaskan beberapa definisi yang dikembangkan oleh para ahli/peneliti.

Yaah
saya
baca
no
box

Tabel 1. Rangkuman definisi akuntabilitas dari para ahli/ peneliti

No.	Tokoh	Definisi
1	Friedrich, 1940	Akuntabilitas adalah tanggung jawab pada profesi
2	Day & Klein, 1987	Hubungan antara individu, mengandalkan kesepakatan antara apa yang dilakukan dan apa yang dikatakan
3	Finer, 1941	Akuntabilitas adalah tanggung jawab pada profesi disertai control eksternal
4	Dwivedi & Jabbra, 1989	Akuntabilitas—kemampuan untuk menginformasikan atau menjelaskan alasan suatu tindakan
5	Sinclair, 1995	Akuntabilitas mensyaratkan adanya hubungan dimana orang diminta untuk menjelaskan dan bertanggungjawab atas tindakan mereka : "pemberian dan menuntut alasan untuk melakukan"
6	Emanuel & Emanuel (1996)	Akuntabilitas memerlukan prosedur dan proses yang satu pihak membenarkan dan bertanggungjawab atas kegiatan-kegiatannya

No.	Tokoh	Definisi
7	Gamm, 1996	Akuntabilitas adalah sebuah proses dimana Pemimpin organisasi mencapai tujuan efisiensi, kualitas dan akses untuk memenuhi harapan dan ketertarikan masyarakat (<i>significant public</i>)
8	Schedler, 1999	Akuntabilitas politik membawa dua konotasi dasar: <i>answerability</i> , yaitu kewajiban pejabat publik untuk menginformasikan dan menjelaskan, tentang apa yang mereka lakukan, dan penegakan, kapasitas lembaga untuk menjatuhkan sanksi kepada pemegang kekuasaan yang telah melanggar tugas publik mereka
9	Mulgan 2000	Proses menjadi kontrol antara warga & publik
10	Bovens 2010	Akuntabilitas merupakan hubungan antara seorang aktor dan forum, di mana aktor memiliki kewajiban untuk menjelaskan dan membenarkan perilakunya, forum dapat mengajukan pertanyaan dan memberikan penilaian, dan aktor mungkin menghadapi konsekuensi
11	Brinkerhoff, 2003	Akuntabilitas dalam hal kemampuan untuk menjelaskan tindakan yang dilakukan dan sanksi
12	Romzek And Dubnick, 1987	Akuntabilitas adalah hubungan di mana seorang individu atau lembaga diharuskan menjawab kinerja yang merupakan pendelegasian wewenang untuk melakukan tindakan
13	O'Connell, 2005	Akuntabilitas adalah kualitas tinggi tetapi biaya rendah (melakukan cara yang sopan)
14	Koppell, 2005	Akuntabilitas adalah transparansi, kewajiban, pengendalian, tanggung jawab, dan responsif
15	Blagescu, 2005	Akuntabilitas adalah melibatkan dan menjadi <i>responsive</i> terhadap <i>stakeholder</i> dengan mempertimbangkan kebutuhan mereka dan memberikan pandangan dan penjelasan dalam pengambilan keputusan secara terbuka
16	Lloyd, 2007	Akuntabilitas memiliki dimensi inti: transparansi, partisipasi, evaluasi, dan keluhan
17	Behn, 2001	Akuntabilitas fokus pada tiga wilayah yaitu keuangan, kejujuran, dan kinerja

No.	Tokoh	Definisi
18	Dubnick, 2005	Akuntabilitas disamakan dengan tanggung jawab, kemampuan menjelaskan tindakan, dan respon

Sumber : Kajian Pustaka

Lebih jauh Biela dan Papadopolous (2010) menjelaskan bahwa akuntabilitas seyogyanya meliputi akuntabilitas vertikal, horizontal, dan diagonal. Pengayaan orientasi akuntabilitas ini berangkat dari pemikiran akan keragaman sifat organisasi, ada organisasi yang dibentuk oleh keputusan politik dan ada juga yang bersifat independen. Demikian halnya dengan organisasi RS, yang terdiri atas RS pemerintah dan swasta. Di Indonesia RS pemerintah mewujudkan akuntabilitasnya melalui Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) dan laporan lain yang bersifat vertikal. Sedangkan RS swasta melaporkan tindakannya kepada yayasan/pemilik. Hal ini berimplikasi pada dibutuhkannya akuntabilitas diagonal dan horizontal, selain akuntabilitas vertikal.

Konsep akuntabilitas yang bersifat vertikal adalah sebagaimana yang ditulis oleh Day and Klein (1987); Koppel (2005); Bovens (2005; 2007) mendefinisikan akuntabilitas sebagai kemampuan untuk menjelaskan tindakan, yang menjadi tugas dan kewajiban kepada otoritas yang memberi mandat. Namun, definisi ini dianggap tradisional karena hanya menjelaskan perilaku atau kinerja organisasi, secara legal dan administratif dan belum mempertimbangkan peranan organisasi pemerintah terhadap masyarakat (Jessop, 2000; Erkkila, 2007). Akuntabilitas vertikal umumnya dilaksanakan kepada pemerintah, parlemen (berlaku untuk pemerintahan sistem parlementer di mana

pejabat organisasi dipilih oleh parlemen), dan pengadilan. Dimensi akuntabilitas vertikal yang telah dikembangkan meliputi kinerja dan administrasi organisasi. Sejauh pengetahuan peneliti, akuntabilitas RS di Indonesia hanya dilaksanakan secara vertikal. Hal ini terindikasi dari kewajiban pelaporan RS yang hanya ditujukan pada pemilik.

Namun, dalam perkembangannya akuntabilitas vertikal dianggap hanya berfokus pada kekuasaan (Jessop, 2000). Oleh karena itu, pada dua dekade terakhir ini, konsep akuntabilitas sudah mencakup aspek vertikal dan horizontal. Beberapa penulis yang telah berkontribusi terhadap akuntabilitas vertikal dan horizontal antara lain Sinclair (1995); Gamm (1996); Lloyd, (2006); Bovens, (2010). Selain itu, terdapat juga sebagian penulis yang hanya mengkonseptualisasikan akuntabilitas secara horizontal, tanpa mempertimbangkan unsur vertikal sama sekali, diantaranya adalah Danielle and Sabin (1998) dan O'Donnell (1998).

Perbedaan antara akuntabilitas horizontal dengan vertikal, adalah adanya hubungan setara antara para pihak yang terlibat, untuk terikat atau tidak terikat dalam suatu perjanjian. Akuntabilitas horizontal dilakukan terhadap *peer* dan entitas setara lainnya (Bovens, 2005). Dimensi akuntabilitas horizontal meliputi indikator kinerja fungsional organisasi, nilai ekonomis yang dihasilkan, besaran dan jenis biaya, kualitas, dan muatan pelayanan publik (Blagescu and Lloyd 2009; Biela and Papadopoulos, 2010). Pada dasarnya, akuntabilitas horizontal di Indonesia telah diatur dalam TAP MPR RI No. 6/2002. Namun, sejauh ini belum ada mekanisme serta implementasi akuntabilitas secara horizontal.

Konsep akuntabilitas diagonal dikemukakan oleh Jan Biela and Jan Papadopoulos (2010) dan Dwivedi and Jabbra (1989). Konsep ini dijabarkan dari konsep yang dikembangkan Bovens (2007) mengenai hubungan *dyadic* antara organisasi dengan kepada siapa akuntabilitas harus dilakukan. Kompilasi dari konsep Boven, Mulgan, Sinclair, O'Donnel, Daniel and Sabin menjelaskan bahwa akuntabilitas dilakukan terhadap pemerintah, parlemen, komite, pengadilan, ombudsman, kelompok *stakeholder*, *peers* menjelaskan perlunya dilakukan akuntabilitas secara diagonal. Tidak semua organisasi merupakan bagian dari hirarki kekuasaan, namun dalam operasionalnya tetap sulit dipisahkan dari politik dan tekanan sosial (Hughes, Mears et al. 1997); Sebagai tambahan terhadap konsep, dimensi, dan pengukuran akuntabilitas yang ada, maka dikembangkan konsep akuntabilitas diagonal yang bertanggungjawab terhadap sebuah lembaga independen. Dimensi akuntabilitas diagonal meliputi penyajian informasi, kapabilitas penyelenggaraan organisasi, dan kemungkinan pemberian sanksi (Biela and Papadopoulos, 2010).

Akuntabilitas diagonal telah diimplementasikan oleh RS di Indonesia dalam bentuk akreditasi RS yang dilakukan oleh Komite Akreditasi RS (KARS). Dimensi yang dinilai masih terbatas pada dimensi administratif pada enam belas pelayanan RS (rawat inap, rawat jalan, unit gawat darurat, laboratorium, farmasi, radiologi, gizi dan lain-lain). Sejak tahun 2011 dimensi yang dinilai telah berkembang dengan menambahkan dimensi input dan proses meliputi proses yang berfokus pada *patient*

safety (continuum of care), kualitas pendidikan staf, sistem manajemen fasilitas, pendidikan pasien, tata kelola, kepemimpinan dan pengarahannya, pencegahan dan pengendalian infeksi, peningkatan mutu dan keselamatan pasien, penilaian pasien dan hak pasien serta keluarganya). Ditinjau dari perspektif sistem (Von Bertalanffy, 1950; Donabedian, 1978) dan *hirarki logic* kinerja (Wholey 1983; McLaughlin and Jordan 1999), maka dimensi akuntabilitas seyogyanya meliputi *input, proses, output, outcomes*, namun akreditasi RS belum meliputi seluruh aspek tersebut. Kelemahan lain dari sistem akreditasi RS di Indonesia, adalah fokus yang terlalu menekankan pada *patient safety* sehingga kurang memberikan perhatian pada aspek administratif dan manajerial. Padahal, kemampuan dan pelaksanaan manajerial signifikan berpengaruh terhadap kinerja proses maupun kinerja hasil (Kaplan and Norton 1992).

Kesenjangan secara teori dan empirik yang kedua, terletak pada ketepatan konseptualisasi dan dimensi akuntabilitas pada konteks RS. Sebagian besar konsep akuntabilitas yang telah dikembangkan lebih ditujukan untuk pelayanan kesehatan secara umum (Emanuel and Emanuel, 1996a; Emanuel, 1996b; Willging, 2005; Rowe, 2006; Nunes, Rego et al. 2009). Dimensi akuntabilitas yang dikembangkan Emanuel and Emanuel (1996) meliputi kompetensi profesional, hukum dan kode etik, kinerja keuangan, aksesibilitas, promosi kesehatan masyarakat, dan manfaat bagi komunitas. Dimensi ini sebagian sulit terefleksikan dari aktivitas inti RS. Di sisi lain, beberapa aktivitas inti di RS seperti pelayanan tidak terliput di dalam konsep tersebut.

Ketiga, komprehensivitas konsep dan pengukuran akuntabilitas RS. Selama ini, pengembangan konsep akuntabilitas yang spesifik untuk RS lebih berfokus pada akuntabilitas profesi dokter (Gamm 1996; Pawlson and O'Kane 2002; Lanier, Roland et al. 2003; Timmermans 2005; Rowe 2006; Freeman, McWilliam et al., 2009). Di sisi lain, RS adalah institusi pelayanan yang diselenggarakan oleh multiprofesi sehingga membutuhkan kajian yang lebih komprehensif (Shortell and Kaluzny, 2000; Binkerkhoff, 2003). Selain itu, pertumbuhan industri rumah sakit yang melibatkan multi *stakeholders* sehingga memerlukan keselarasan antara manajemen dan profesional (Eeckloo, Van Herck et al. 2004).

Sintesa dari berbagai pemikiran tersebut di atas, dapat diklasifikasi ke dalam tiga aspek penting akuntabilitas yaitu apa, kepada siapa, dan bagaimana akuntabilitas seyogyanya dilaksanakan. Akuntabilitas dapat dipahami sebagai sebuah kewajiban, dan metode untuk mempertanggungjawabkan apa yang dilakukan, dengan wewenang dan sumber daya yang didelegasikan, proses pengambilan keputusan serta implementasi yang efektif dan efisien, serta hasil yang diperoleh diukur dari nilai ekonomis yang dihasilkan. Selanjutnya, akuntabilitas perlu dilaksanakan tidak hanya kepada pemilik, tetapi kepada seluruh *stakeholder* termasuk masyarakat. Dimensi penilaian akuntabilitas RS bersifat komprehensif meliputi manajerial, profesional, manfaat bagi masyarakat, hukum dan kode etik kesehatan, dan kinerja keuangan dan non keuangan.

Kondisi empirik menunjukkan bahwa RS di Indonesia, belum memiliki

konsep dan pengukuran akuntabilitas yang adaptif, dengan perubahan di era reformasi kesehatan. Pengertian akuntabilitas yang dianut masih rancu dengan akuntabilitas organisasi publik pada umumnya, dan belum mengintegrasikan secara spesifik sifat dan karakteristik unik, konteks pengelolaan RS yang mutakhir. Selain itu belum dikembangkan mekanisme dan dimensi, penilaian akuntabilitas RS yang komprehensif untuk memenuhi kepentingan *multistakeholder*. Padahal, Pemerintah perlu mengendalikan proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RS, sehingga mampu menggambarkan integritas dan legitimasi RS dalam menjalankan tata kelola yang baik. RS yang akuntabel dapat menyajikan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, *safety*, *timely* dan berkeadilan. Penelitian ini bertujuan untuk merumuskan model konseptual akuntabilitas RS di Indonesia pada era reformasi perumahsakit.

RESEARCH POSTURE

EMPIRICAL BACKGROUND

1. Kajian akuntabilitas << di RS khususnya di Indonesia
2. Penelitian akuntabilitas lebih berfokus pada akuntabilitas profesi dokter
3. Akuntabilitas RS di Indo: vertikal dan diagonal
4. Dimensi pengukuran akuntabilitas RS belum komprehensif
5. Lokus akuntabilitas (apa, siapa, bagaimana) RS yang sesuai era reformasi belum dirumuskan
6. Reformasi perumahausahaan
- a. Perubahan paradigma pelayanan RS
- b. Eksisnya lembaga pembayaan kesehatan
- c. Penerapan UU RS Tahun 2009
- d. Penerapan JKN
- e. Penerapan BLU
- f. Akreditasi Baru

LATAR BELAKANG TEORI

1. Day and Klein 1987 → konteks british, fokus pada akuntabilitas politik dan akuntabilitas ekonomi
2. Romzek and Dubnick, 1987 → AP theory, mekanisme sosial, dimensi : Birokrasi, legal, profesional dan politik
3. Jabbra and Dwyer, 1988 → konteks kebijakan publik → dimensi:organisasi, legal, profesional → tradisional akuntabilitas
4. Sindlar 1995 → bentuk akuntabilitas yang berbeda → akuntabilitas diberlakukan berdasarkan norma-norma sosial atau aspirasi
5. Emanuel, 1996 → 3 model akuntabilitas: politik, ekonomi dan profesional
6. Gamm, 1996 → institutional theory dan teori ekonomi politik (Politik, komersial, masyarakat, dan pasien),)
7. Mulyan, 2000 → akuntabilitas adalah konsep yang sangat luas
8. Boven, 2007, akuntabilitas adalah ikon dan sebuah peniasan institusi, vertikal dan horizontal akuntabilitas

ISU PENELITIAN

1. Era reformasi → RS harus akuntabel (EB1, 6)
 - a. Efisien, efektif, safety, timely, equity
 - b. Tingkat persaingan semakin tinggi
 - c. Tekanan untuk menerapkan good corporate governance (RB :6)
 - d. Masyarakat semakin cerdas menentukan pilihan pelayanan
2. Terdapat kesenjangan konseptualisasi akuntabilitas di RS :
 - a. Perbedaan pengertian (TB :1,2,3,4,8,10)
 - b. Konseptual
 - c. Dimensi akuntabilitas (EB2, 4) (TB:5,10,
3. Perluanya merumuskan lokus akuntabilitas RS di Indonesia yang tepat sesuai era reformasi (EB 5)
 - a. kepada siapa dan siapa yg harus (2)
 - b. apa saja yang harus akuntabel
 - c. bagaimana proses akuntabilitas (3)
 - d. Tujuan akuntabilitas

PENELITIAN TERDAHULU :

1. Tidak ada penelitian tentang konsep yang jelas mengenai akuntabilitas.
2. Danilels dan Sabini (1998) → perspektif ekonomi dengan membagi akuntabilitas menjadi *market accountability* dan *accountability for reasonable*.
3. Lanier, 2003 → kinerja dokter dan akuntabilitas publik
4. Erkilla (2007) bahwa terjadi pergeseran konsep akuntabilitas dari konsep tradisional yaitu *political, personal and bureaucratic accountability* dimana lebih fokus pada kekuasaan.
5. Willinging, 2005 → aplikasi akuntabilitas pada *managed care*
6. Biela dan Papadopoulos (2010), akuntabilitas vertikal, diagonal dan horisontal

RUMUSAN MASALAH

Bagaimana model konseptual akuntabilitas RS di Indonesia Pada era reformasi perumahausahaan

Gambar 1. Research Posture

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, maka masalah pada penelitian ini adalah, adanya kesenjangan antara pengertian, konsep, dan dimensi akuntabilitas RS dengan tuntutan pengelolaan RS dalam konteks reformasi kesehatan. Hal ini akan berimplikasi pada rendahnya daya saing RS serta kepercayaan masyarakat terhadap RS. Oleh karena itu, perlu dirumuskan model konseptual serta pengukuran akuntabilitas RS di Indonesia, serta menjelaskan implikasinya dalam pengelolaan RS.

Berdasarkan latar belakang masalah maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian yaitu :

Bagaimana model konseptual akuntabilitas RS di Indonesia pada era reformasi perumahsakitannya?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengembangkan model konseptual akuntabilitas RS di Indonesia pada era reformasi perumahsakitannya.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengeksplorasi dimensi dan indikator konsep akuntabilitas RS di Indonesia pada era reformasi perumahsakitannya dengan menggunakan metode *conceptual mapping*
- b. Memverifikasi model konseptual pengukuran akuntabilitas RS di Indonesia pada era reformasi perumahsakitannya.

D. Kegunaan Penelitian

1. Manfaat Teoritik

Bila pertanyaan penelitian ini dapat terjawab, maka dapat mengisi kesenjangan dari teori akuntabilitas yang dikembangkan selama ini. Hasil penelitian ini memberikan kontribusi yang signifikan dalam ilmu kesehatan masyarakat khususnya pada kajian kebijakan kesehatan/ manajemen rumah sakit, dalam bentuk pengembangan model konseptual, akuntabilitas yang spesifik bagi RS di Indonesia, serta berorientasi pada perubahan di masa depan terkait reformasi kesehatan. Penelitian ini merupakan penelitian multidisiplin yang mensintesakan ilmu kesehatan, manajemen, dan kebijakan kesehatan. Oleh karena itu, hasil dari penelitian ini juga memberikan kontribusi dalam bentuk pengayaan kajian, akuntabilitas dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat khususnya kajian ilmu kebijakan kesehatan/ ilmu manajemen RS. Penelitian ini diharapkan mampu menjelaskan teori akuntabilitas yang relevan dengan RS di Indonesia, apakah teori tradisional yang menekankan pada kekuasaan atau yang berorientasi pada masyarakat.

Diharapkan model ini memberikan dasar bagi peneliti selanjutnya., untuk mengkaji hubungan antara beberapa dimensi yang membentuk model konseptual, selain itu juga peneliti lain diharapkan dapat mengkaji apakah model konseptual akuntabilitas yang dibangun, dapat mempengaruhi pencapaian pelayanan kesehatan yang efisien, efektif dan berkeadilan.

2. Manfaat Praktis

Penerapan dari konsep akuntabilitas yang spesifik bagi RS di Indonesia dalam konteks reformasi kesehatan, memberikan manfaat untuk meningkatkan kapasitas bagi RS di Indonesia, dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang lebih efektif, efisien, dan berkeadilan. Hal ini akan berimplikasi pada peningkatan daya saing RS di Indonesia di kancah global, serta meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap RS di Indonesia. Selain itu, hasil penelitian ini bermanfaat bagi para pengambil kebijakan di Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Pemerintah Daerah untuk menjadi dasar kebijakan, dalam menentukan indikator dan mekanisme akuntabilitas RS, untuk menjamin pelaksanaan *good governance* sesuai TAP MPR-RI VI/2001 dan UU no 44 Tahun 2009 dan UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang RS.

E. Ruang Lingkup/Batasan Penelitian

Penelitian ini membahas konsep akuntabilitas rumah sakit baik pemerintah dan swasta di Indonesia, oleh karena itu penelitian ini mengeksplorasi pendapat para pakar, praktisi dan pengambil kebijakan di Indonesia tentang model konseptual akuntabilitas RS.

Era reformasi perumahsakitian yang dimaksud, adalah era terjadinya pergeseran paradigma pengelolaan rumah sakit, yang ditandai dengan pengelolaan RS berdasarkan prinsip Badan Layanan Umum (BLU) dan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), serta

penerapan akreditasi baru yang mengacu pada *Patient Safety*.

Penyusunan disertasi ini dibatasi oleh waktu dan tempat, sehingga pendapat para pakar, praktisi dan pengambil kebijakan yang dieksplorasi adalah para pakar yang berdomisili di empat kota besar di Indonesia yaitu Jakarta, Surabaya, Jogjakarta dan Makassar dengan asumsi bahwa ke tiga kota besar tersebut merupakan pusat rujukan pengembangan ilmu manajemen rumah sakit dan kota Makassar merupakan pusat pengembangan ilmu manajemen rumah sakit di Indonesia Timur.

F. Definisi/Istilah

1. Model konseptual adalah model konsep yang dikembangkan terhadap suatu objek yang menggambarkan dimensi, hubungan antara variabel serta model pengukuran variabel
2. Era reformasi perumahsakitan adalah era terjadinya pergeseran paradigma pengelolaan perumahsakitan, yang dipengaruhi oleh reformasi pelayanan kesehatan, dan pergeseran ilmu administrasi publik. Di Indonesia, reformasi perumahsakitan ditandai dengan di implementasikannya UU RS no 44 Tahun 2009, sehingga RS menjadi Badan Layanan Umum (BLU), implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan implementasi sistem akreditasi baru 2012.
3. Karakteristik unik rumah sakit adalah karakteristik rumah sakit yang tidak dimiliki oleh organisasi publik yaitu ketidak pastian (*uncertainty*), *emergency (life threatening)*, asimetri informasi, padat teknologi, padat sumber daya manusia, *supply induced demand*,

dan *one time consumption*.

G. Organisasi/Sistematika

Disertasi ini bertujuan untuk mengembangkan model konseptual akuntabilitas RS di Indonesia dan implikasinya terhadap pengelolaan RS di era reformasi kesehatan. Pada bab I dijelaskan : a) latar belakang, b) rumusan masalah, c) tujuan penelitian, d) ruang lingkup penelitian, e) definisi dan istilah. Latar belakang berisi alasan teori dan empiris, mengapa topik ini penting untuk dijadikan bahan kajian disertasi, serta menjelaskan kebaruan dari disertasi ini. Rumusan masalah menjelaskan masalah yang dirumuskan dari beberapa fakta empirik dan teoritik yang berhubungan dengan topik penelitian. Tujuan penelitian berisi tujuan umum yang akan dicapai oleh penelitian ini dan tujuan khusus merupakan tujuan spesifik yang akan dicapai untuk mencapai tujuan umum sedangkan ruang lingkup penelitian menjelaskan batasan-batasan penelitian yang akan dilakukan disesuaikan dengan kondisi penelitian.

Selanjutnya, bab II berisi tinjauan pustaka yang mengkaji beberapa kepustakaan yang berhubungan dengan topik disertasi, dari tinjauan pustaka ini akan dihasilkan kerangka konsep penelitian. Bab III akan menjelaskan metodologi penelitian yang akan digunakan serta tahapan penelitian yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan umum penelitian.

H. Orisinalitas Penelitian

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka orisinalitas penelitian ini terletak pada konsep dan metode penelitian. Model konseptual ini dibangun berdasarkan definisi, dimensi serta lokus akuntabilitas yang

disesuaikan dengan karakteristik RS di Indonesia di era reformasi. Model ini adalah model baru di Indonesia karena berdasarkan penelusuran pustaka, belum ada model konseptual akuntabilitas RS di Indonesia pada era reformasi perumahsakitannya. Model konseptual ini dirumuskan dengan menggunakan empiris logis, berdasarkan nalar induktif yang kemudian diverifikasi dengan menggunakan *confirmatory factor analysis*. Sesuai dengan pengamatan empiris dan penelusuran daftar pustaka peneliti, bahwa di Indonesia belum terdapat model konseptual akuntabilitas yang tepat untuk RS di era reformasi, dari observasi ini dilakukan wawancara terhadap responden yang memenuhi kriteria, untuk memberikan konsep akuntabilitas RS di Indonesia yang tepat di era reformasi. Kemudian pendapat dari beberapa pakar ini disintesa dengan hasil kajian pustaka, kemudian dikembangkan dimensi dan model konseptual, lalu dilakukan verifikasi untuk menjamin validitas eksternal model konseptual ini. Metode penelitian yang digunakan adalah *mixed method* dengan mengombinasikan studi eksplorasi dan *Confirmatory Factor Analysis*

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Akuntabilitas

1. Evolusi perkembangan teori dan konsep akuntabilitas

Menurut Grey and Jenkins (1993), konsep akuntabilitas sebenarnya telah mulai dikenal sejak pemerintahan raja Hammurabi di kerajaan Babilonia pada tahun 2000 SM. Raja Hammurabi harus memberikan perhatian terhadap kesepakatan yang dibuat dengan pihak yang mendelegasikan sumber daya untuk dikelolanya (Bird, 1973 dalam Grey and Jenkins, 1993). Berdasarkan hikayat ini diperoleh gambaran bahwa akuntabilitas telah eksis sejak peradaban manusia mulai dikenal.

Sejarah akuntabilitas dalam buku teks dapat ditelusuri dari perspektif konstitusional, yang berawal di Inggris pada masa pemerintahan Williams I. Raja William ingin selalu mengetahui seluruh harta kekayaan yang berada pada kekuasaannya, sehingga secara berkala dilakukan audit harta, yang dikenal dengan *Domesday Book* (Bovens, 2005). Pada saat itu akuntabilitas lebih berfokus terhadap penataan institusi, dibandingkan dengan penataan hubungan (Grey and Jenkins, 1993).

Teori akuntabilitas berkembang mengikuti pergeseran paradigma ilmu administrasi dari *Old Public Management* 1900 - 1970 ke *New*

Public Management (NPM) 1980-2000, dan sekarang pada era *New Public Governance* yang dimulai pada awal tahun 2000an (Osborne 2010), sehingga teori akuntabilitas bergeser dari konsep *responsibility*, ke konsep ekonomi, kemudian menjadi konsep demokratik, yang melihat akuntabilitas adalah suatu mekanisme sosial, dimana terjadi proses kontrol, *dialoge*, *responsive* dan transparansi yang dilakukan sebuah organisasi, agar organisasi tersebut dapat berjalan secara efektif, efisien dalam mengelola pemerintahan. Selain pada era 1997 an berkembang juga suatu paradigma yang menekankan pada pengendalian external yaitu *New Public Services* (Denhardt and Denhardt, 2007).

Kajian akuntabilitas mulai dikaji secara sistematis pada era *Old Public Administration (OPA)* di tahun 1940. Pustaka yang berhasil ditelusuri pada tahun tersebut adalah Friedrich (1940) dalam Denhardt and Denhardt (2007) yang mendefinisikan akuntabilitas sebagai bentuk tanggung jawab seseorang, untuk melaksanakan tugas sesuai dengan standar, aturan dan prosedur dan norma. Pada era tersebut aspek masyarakat belum dipertimbangkan. Akuntabilitas lebih dipandang sebagai moral untuk bertanggungjawab secara administratif.

Finer, (1941) dalam Denhardt and Denhardt (2007) pada dasarnya setuju dengan Friedrich, (1940) yang menyatakan bahwa akuntabilitas adalah tanggung jawab. Namun, Finer menekankan bahwa dalam demokrasi, akuntabilitas terbaik dapat dicapai melalui pengendalian eksternal. Pengelola organisasi adalah pejabat resmi yang ditunjuk..

oleh karenanya harus bertanggungjawab terhadap masyarakat.

Selanjutnya pada era *New Public Management*, pengelolaan organisasi ditekankan pada aspek pasar, sehingga yang dibutuhkan adalah memuaskan konsumen langsung dari pelayanan pemerintah dan menyediakan pelayanan yang *cost effective*. Oleh karena itu, akuntabilitas diartikan sebagai segala sesuatu yang mendukung penyediaan pelayanan yang memuaskan masyarakat, dan bersifat *cost effective* (Denhardt and Denhardt, 2007). Hughes (1994) menyatakan bahwa akuntabilitas dalam demokrasi berfokus kepada bagaimana hubungan pemerintah dan masyarakat, sehingga akuntabilitas dapat dimaknai sebagai daya tanggap terhadap kebutuhan masyarakat. Menurut Vigoda dalam Phenomenon (2002), konsep akuntabilitas pada era ini berfokus pada orientasi hasil, dan masyarakat memiliki peranan untuk dapat mengkritik hasil kinerja organisasi. Konsep ini mengacu pada hubungan *agent-principala*. Day and Klein (1987) dan Romzek and Dubnick (2000), Barberis (1998); Daniels and Sabin 1998) mendefinisikan akuntabilitas sebagai kemampuan institusi untuk menginformasikan kinerjanya kepada masyarakat.

Sejalan dengan perkembangan ilmu administrasi publik menjadi *New Public Management*, maka konsep akuntabilitas dapat dikaji menggunakan kembali perspektif ekonomi. Berdasarkan perspektif ini, beberapa peneliti mengkaji tentang akuntabilitas menggunakan perspektif ekonomi dan manajerial. Sinclair (1995) menyatakan bahwa untuk meningkatkan akuntabilitas diperlukan kontrol manajerial.

Sejalan dengan pernyataan Gray and Jenkins (1993), Bovens.M (2005) bahwa akuntabilitas berkembang menjadi audit administrasi/ manajerial.

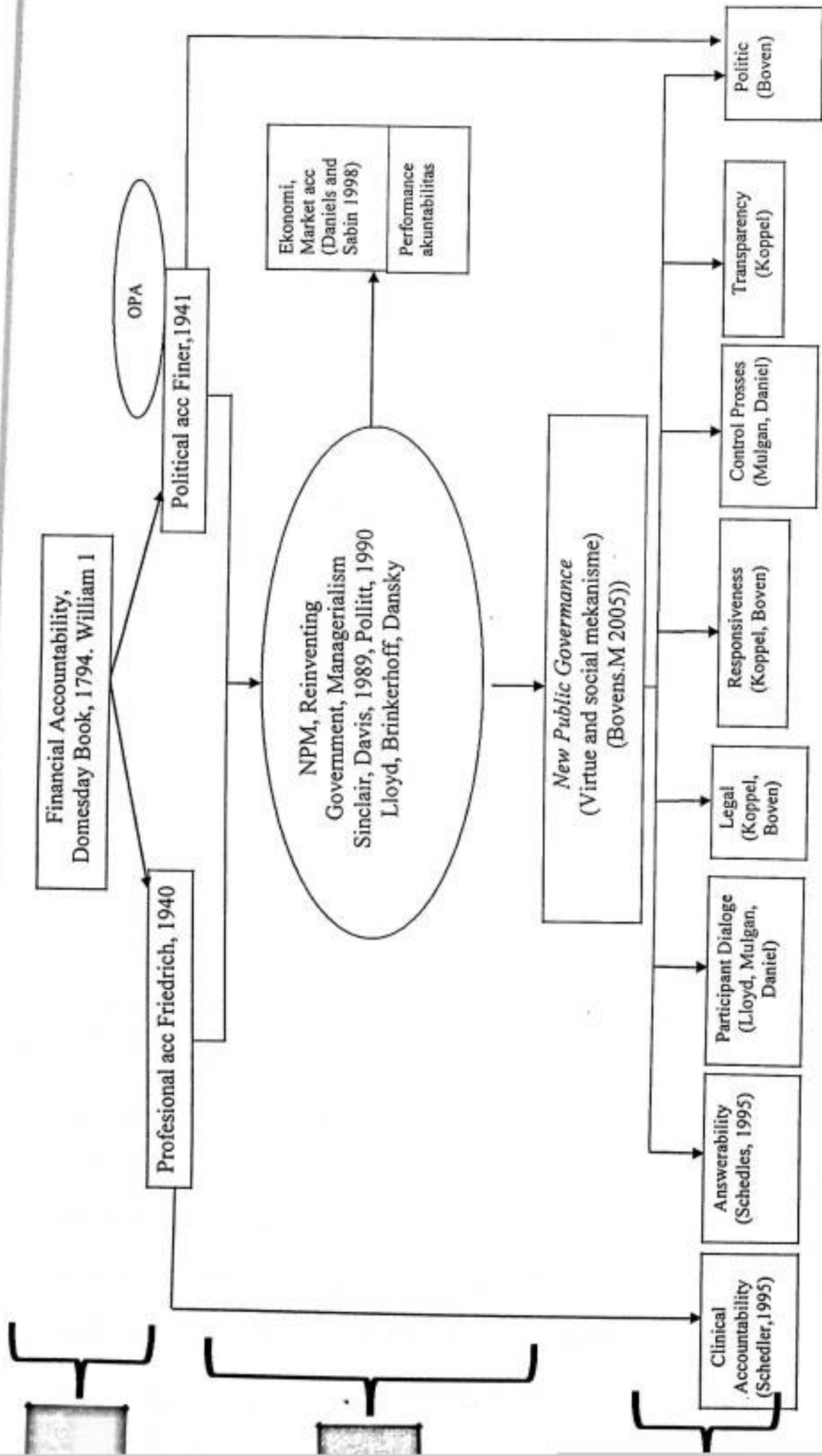
Di bawah ini dijelaskan perbedaan ide akuntabilitas berdasarkan era *Old Public Administration*, *New Public Management*, dan *New Public Services* (Denhardt and Denhardt, 2007). Berikut matriks perbedaan definisi akuntabilitas menurut ketiga era tersebut diatas.

Tabel 2. Matriks Perbedaan Definisi Akuntabilitas menurut era OPA,NPM dan NPS

Old public Administration	New Public Management	New Public Service
<ul style="list-style-type: none"> • Tanggung jawab terhadap anggota partai politik 	<ul style="list-style-type: none"> • Peranan Kewirausahaan • Efisiensi • Efektifitas biaya • Tanggapan terhadap tekanan pasar 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrol Eksternal • Standar Professi • Citizens preference • Moral issues • Hukum masyarkat • Public Interest

Sumber : Denhardt & Denhardt 2007

Selanjutnya, gambar di bawah ini memperlihatkan evolusi perjalanan teori akuntabilitas



Gambar 2. Evolusi Teori Akuntabilitas

Skema di bawah ini memperlihatkan perbedaan hubungan akuntabilitas pada era OPA dan NPM berdasarkan tipe akuntabilitas.

Tabel 3. *Pure Public Administration* dan Pola Akuntabilitas menurut NPM

No	Tipe Akuntabilitas	Hubungan Akuntabilitas	Peran di Administrasi Umum	Peran di NPM
1.	Hierarki	Unggul/ bawahan, pengawasan	Maksimal	Minimal
2.	Ahli	Menghormati Keahlian	Minimal	Proses Maksimal
3.	Politik	Legislatif ke atas tanggap terhadap pelanggan: Kompetisi dan nada peluang menurun bagi masyarakat setempat	Minimal	Maksimal
4.	Hukum	Anggota parlemen/pelaksana hukum prinsip/agen gadai	Proses Maksimal Hasil Minimal	Proses Minimal Hasil Maksimal

Sumber :

2. Pengertian akuntabilitas dalam berbagai perspektif

Berbeda dengan Jabbra dan Dwivedi (1989), keduanya mengkaji akuntabilitas dari aspek kebijakan publik, sehingga akuntabilitas diartikan sebagai sesuatu yang dapat dijawab (*answerability*). Artinya bahwa kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah harus dapat dijelaskan, mengapa kebijakan tersebut dikeluarkan. Berdasarkan konsep inilah maka Dwivedi dan Jabbra membagi akuntabilitas menjadi empat dimensi yaitu: 1) organisasi/administrasi, 2) legal, 3) professional dan 4) politik dalam hal profesional, kedua ahli ini menekankan bahwa terdapat masalah

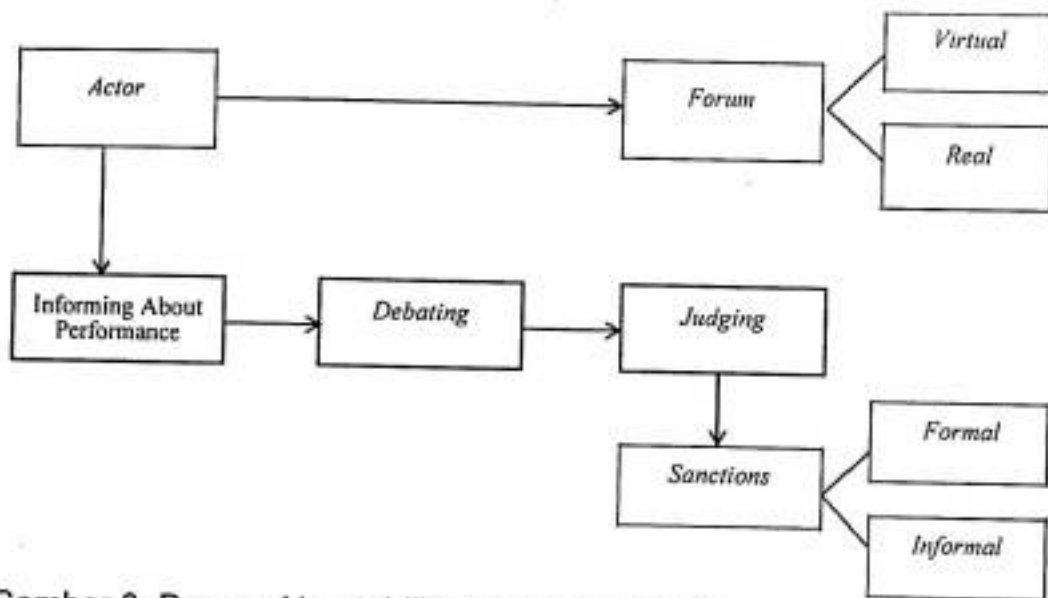
mengenai akuntabilitas profesi, karena sering tidak sejalan antara kode etik profesi dengan kepentingan masyarakat, sehingga harus ditentukan antara tanggung jawab profesi dan akuntabilitas terhadap masyarakat. Berbeda dengan Sinclair (1995) yang mengkaji akuntabilitas dengan menggunakan sudut pandang manajemen, bahwa untuk meningkatkan akuntabilitas, dibutuhkan kontrol manajemen. Sinclair mengajukan beberapa dimensi akuntabilitas yaitu akuntabilitas profesi, politik, publik dan manajerial. Akuntabilitas politik diartikan sebagai tanggung jawab pegawai pemerintahan terhadap parlemen. Bentuk tanggung jawab ini sesuai diaplikasikan pada negara parlemen, karena pegawai publik diangkat oleh parlemen (Day and Klein, 1987; Sinclair, 1995; Gamm 1996; Mulgan, 2000; Brinkerhoff, 2004; Dansky and Gamm, 2004; Bovens.M, 2005).

Terdapat banyak definisi akuntabilitas, namun definisi yang paling sering digunakan adalah definisi yang dikembangkan oleh Mulgan et.al (2000), Schedler dan Boven (2005). Pengertian akuntabilitas sinonim dengan *transparansi, equity, demokrasi, efisiensi dan integrity* (Brinkerhoff 2004; Blagescu.M, Casas.L et al. 2005; Bovens.M 2005). Menurut Mulgan et.al (2000) bahwa pengertian akuntabilitas adalah suatu konsep yang terus berkembang, dan tergantung perspektif yang digunakan. Sedangkan Schedler, (1999) menjelaskan bahwa akuntabilitas adalah kewajiban institusi pemerintah, untuk menginformasikan tentang apa yang telah dilaksanakan, dan menekankan kapasitas agen yang menilai untuk

memberikan sanksi terhadap institusi yang menyalahi wewenangnya dalam pelayanan masyarakat.

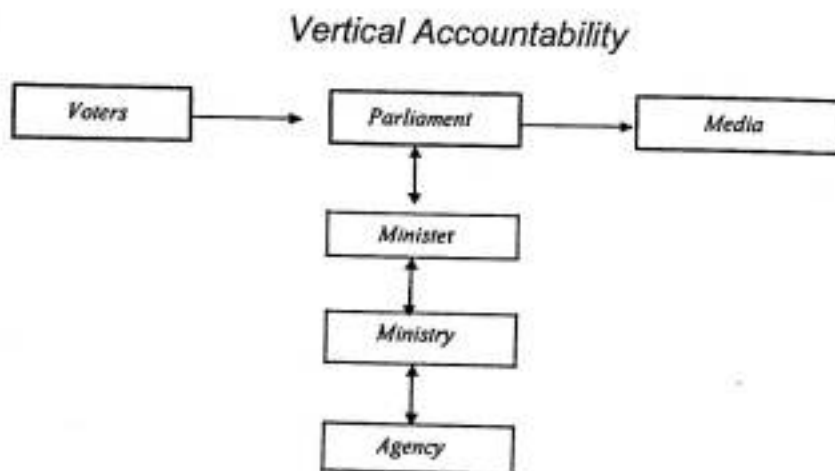
Day and Klein (1987) menggunakan perspektif politik dan ekonomi untuk mengkaji akuntabilitas, sehingga keduanya membagi dimensi akuntabilitas menjadi dua, yaitu akuntabilitas politik dan akuntabilitas keuangan. Akuntabilitas menurut perspektif politik, jika agen yang sedang berkuasa dapat memberikan alasan rasional terhadap tindakan mereka, dan menurut perspektif ekonomi, bahwa setiap orang ingin mendapatkan nilai lebih dari uang yang akan dibelanjakan sehingga membutuhkan akuntabilitas keuangan.

Bovens (2005) mengkaji akuntabilitas dari perspektif tata kelola pemerintahan, sehingga akuntabilitas dapat diartikan sebagai suatu mekanisme sosial, dapat juga sebagai sebuah kebaikan *virtue* sebagai suatu standar yang digunakan, untuk menilai perilaku pegawai pemerintahan. Menurut Boven, akuntabilitas adalah pemberian informasi aktifitas sebuah organisasi kepada masyarakat, dan terbuka kesempatan bagi masyarakat untuk menilai, serta mempertanyakan data/informasi tersebut. Proses ini dapat dilakukan secara formal maupun informal, proses tersebut digambarkan sebagai berikut:

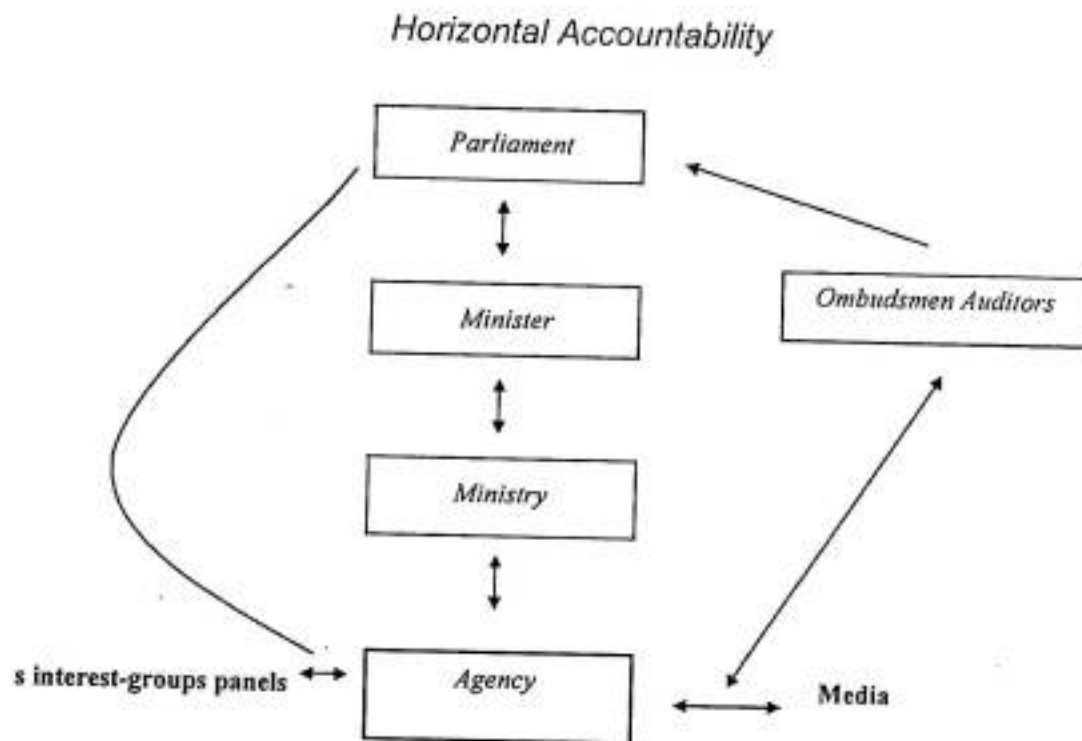


Gambar 3: Proses Akuntabilitas, (Bovens 2010)

Selanjutnya, Boven membagi dua akuntabilitas berdasarkan kepada siapa informasi tersebut diberikan yaitu horizontal dan vertikal:



Gambar 4: Akuntabilitas Vertikal, (Bovens 2010)



Gambar 5. Akuntabilitas Horizontal, (Bovens 2010)

Gambar ini menjelaskan bagaimana hubungan antara aktor sebagai organisasi, yang harus mempertanggungjawabkan kinerjanya terhadap forum sebagai pemerintah yang harus menilai kinerja aktor. Dalam hubungan ini terdapat penilaian dan sanksi (Bovens.M 2005).

3. Paradoks akuntabilitas

Meski akuntabilitas merupakan sebuah istilah yang menunjukkan sebuah proses yang baik, dan bertujuan untuk melaksanakan tata kelola pemerintahan yang sebaik-baiknya, namun terdapat beberapa paradoks yang terjadi dalam akuntabilitas ini, antara lain: 1) Mengurangi kreatifitas dan inovasi, karena terlalu patuh pada aturan (Behn 2001), disatu sisi dibutuhkan kreatifitas dan inovasi pada pelayanan di RS, untuk meningkatkan mutu pelayanan, 2) Pengendalian korupsi dan integritas

akan membuat terlalu patuh pada standar operating prosedur sehingga akan mempengaruhi efisiensi dan efektifitas (Anechiarico and Jacobs 1996), 3) Akuntabilitas dan transparansi dapat mempengaruhi keputusan menjadi tidak efisien daripada peningkatan kinerja, 4) akuntabilitas yang berfokus pada pelanggan sering tidak dapat sejalan dengan pengelolaan manajemen yang baik.

4. Dimensi akuntabilitas

Dimensi akuntabilitas menjelaskan apa saja yang harus akuntabel. Beberapa ahli memiliki pandangan yang sama tentang dimensi akuntabilitas, yaitu kinerja organisasi meliputi kinerja administratif, kinerja profesi, dan kinerja keuangan (Daniels and Sabin 1998; Brinkerhoff 2001; Brinkerhoff 2004; Bovens.M 2005; Koppell 2005; Blagescu and Lloyd 2009). Menurut Emanuel and Emanuel (1996a), domain akuntabilitas adalah kompetensi profesi, tindakan sesuai hukum dan etik, kinerja keuangan, aksesibilitas, promosi kesehatan masyarakat dan manfaat masyarakat.

Berbeda dengan Emanuel yang memberikan beberapa faktor yang harus akuntabel secara komprehensif, Lanier, Roland et. Al (2003) menekankan pentingnya akuntabilitas kinerja profesi dokter. Hal ini disebabkan adanya permintaan masyarakat terhadap kualitas pelayanan dokter yang tinggi, khususnya di negara USA dan UK yang pada dekade terakhir ini, memperlihatkan penurunan kualitas pelayanan dokter. Penyebab kedua adalah, kurangnya peranan pemerintah dalam

mengontrol kinerja dokter yang selama ini hanya dikontrol oleh organisasi profesi.

Selain dimensi tersebut, Schedler (1999) menambahkan dimensi akuntabilitas yaitu akuntabilitas moral dan akuntabilitas konstitusional. Schedler (1999) menjelaskan secara rinci dimensi akuntabilitas. Administrasi dinilai dengan melihat kesesuaian prosedur birokrasi, dimensi akuntabilitas profesi akan menilai kesesuaian dengan etika profesi, seperti secara medis, akademik, dan *professionalism* judicial. Akuntabilitas keuangan menilai penggunaan dana pemerintah secara efisien, dan sesuai dengan standar moral dan etik. Dimensi moral dinilai dengan mengevaluasi tindakan politik berdasarkan aturan normatif atau kebijakan, sedangkan akuntabilitas secara hukum memonitor aturan legal dan akuntabilitas *constitutional*, mengevaluasi apakah tindakan legislatif sesuai dengan aturan konstitusi.

5. Pengukuran akuntabilitas

Untuk mengukur akuntabilitas, harus mempertahankan tiga poin penting yaitu apa, kepada siapa, dan bagaimana proses akuntabilitas tersebut. Ketiga pertanyaan ini begitu kompleks sehingga pengukuran akuntabilitas menjadi tidak mudah dilaksanakan (Bovens 2007; Biela and Papadopoulos 2010). Menurut Bovens (2007) terdapat tiga halangan dalam menilai akuntabilitas penata kelolaan di Eropa yaitu 1) pengertian akuntabilitas sendiri yang bervariasi, 2) tipe akuntabilitas apa yang terlibat, 3) bagaimana seharusnya menilai hubungan

akuntabilitas, penatalaksanaannya dan sesuai dengan pemerintahan yang sedang berkuasa. Selanjutnya, Boven (2007) menyatakan ketiga pertanyaan ini memerlukan kajian lebih lanjut, karena konteks akuntabilitas disini adalah konteks pemerintahan Eropa, sangat ditentukan oleh konstitusi yang berlaku di negara tersebut, sehingga perlu dilakukan penelitian empirik untuk lebih mengoperasionalisasikan penilaian akuntabilitas sesuai dengan pemerintahan yang berkuasa.

Meskipun demikian, pengukuran akuntabilitas telah dikembangkan oleh dua *expert*. Pertama, Lloyd, Oatham et.al (2009) yang menulis dalam 2007 *Global accountability report*. Laporan ini adalah laporan tahunan terhadap kemampuan 30 organisasi yang akuntabel terhadap masyarakat sipil (*civil society*), berdasarkan empat dimensi yaitu transparansi, partisipasi, evaluasi, dan mekanisme keluhan serta respon. Indikator akuntabilitas dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kebijakan dan sistem (kepemimpinan, pelatihan dan aksesibilitas). Selanjutnya dinilai kapasitas seluruh organisasi tersebut terhadap keempat dimensi diatas.

a. Penilaian kemampuan transparansi menggunakan indikator sebagai berikut :

- 1) Daya tanggap terhadap permintaan informasi dalam kurun waktu tertentu dan memberikan penjelasan terhadap hal-hal yang tidak menyenangkan.
- 2) Mengidentifikasi kondisi yang tidak dapat diinformasikan

3) Mekanisme penanganan permintaan informasi yang *urgent*

b. Penilaian partisipasi :

- 1) Setiap anggota organisasi terwakili pada pertemuan dan dapat menambahkan ide pada agenda rapat
- 2) Setiap anggota organisasi dapat dicalonkan menjadi anggota eksekutif
- 3) Calon eksekutif adalah mayoritas
- 4) Setiap anggota organisasi memiliki hak suara yang sama
- 5) Setiap anggota organisasi tidak dapat menghalangi jalannya organisasi

c. Penilaian Evaluasi :

- 1) Keterlibatan pihak eksternal yang berkepentingan dalam proses evaluasi yang berdampak kepada mereka
- 2) Menggunakan hasil evaluasi untuk pengambilan keputusan
- 3) Terbuka dan transparan terhadap hasil evaluasi
- 4) Mengevaluasi kinerja yang berhubungan dengan rencana strategi, proses internal administrasi, kebijakan manajemen, isu tentang kebijakan spesifik.

d. Penilaian mekanisme keluhan dan respon.

- 1) Menjamin kerahasiaan keluhan pihak eksternal.
- 2) *Guarantee non-retaliation.*
- 3) Menjelaskan bagaimana mekanisme keluhan dan bagaimana menanganinya.

- 4) Memastikan orang-orang yang akan menilai, mengkaji dan respon terhadap keluhan adalah orang yang independen.
- 5) Memiliki mekanisme terhadap penerapan hasil pengkajian *complain*.

Expert kedua yang mengkaji pengukuran akuntabilitas adalah Biela dan Papadopoulos (2010). Tahap pertama yang dilakukan oleh kedua *expert* ini, adalah mengkaji secara teliti konteks pemerintahan agen yang akan diteliti tingkat akuntabilitasnya, kemudian mengkaji konsep akuntabilitas yang digunakan pada pemerintah tersebut, kemudian mendefinisikan tipe akuntabilitas, dan selanjutnya mengukur akuntabilitas. Namun adanya keberagaman kebijakan dari setiap pemerintahan, membuat sulit untuk menentukan indikator penilaian akuntabilitas. Misalnya, lembaga audit keuangan ada yang eksis di suatu negara, namun ada yang tidak. Di negara lain mungkin memiliki lembaga ombudsman dan *external auditor*, namun di negara lain tidak ada. Hal terpenting dalam penilaian ini adalah, bagaimana menilai hubungan akuntabilitas, dan bagaimana mekanisme sanksi yang akan diberlakukan.

6. Mekanisme penerapan akuntabilitas

Mekanisme penerapan akuntabilitas berkaitan kepada siapa sebuah organisasi harus akuntabel. Mekanisme ini tergantung pada pengertian akuntabel. Jika pengertian akuntabel adalah tanggung jawab, maka menurut pandangan *Old Public Management* akuntabel adalah

tanggung jawab individu terhadap profesi untuk melakukan tugas sesuai dengan etika serta aturan profesi (Friendrich, 1940 dalam Denhardt and Denhardt 2007). Bentuk tanggung jawab ini dikenal sebagai akuntabilitas profesi di sektor kesehatan. Namun selain bertanggung jawab kepada profesi, menurut perspektif politik, bahwa individu dalam organisasi adalah orang-orang yang dipilih oleh masyarakat, sehingga harus dapat mempertanggungjawabkan kinerjanya pada masyarakat, sebagai pengendali eksternal (Finer, 1941 dalam Denhardt and Denhardt, 2007).

Selanjutnya, jika ditinjau dari aspek organisasi, maka sebuah organisasi harus akuntabel terhadap dewan perwakilan rakyat, partai politik, masyarakat dan media, pengadilan, inspektor dan pengendali, teman sejawat (*professional peers*), kelompok pemerhati, pemangku kepentingan lainnya (Bovens, 2007).

7. Implementasi akuntabilitas pada berbagai negara

Embriologi konsep akuntabilitas adalah ilmu administrasi publik, sehingga mengkaji konsep ini sangat erat hubungannya dengan tata kelola pemerintahan. Setiap negara memiliki pengelolaan pemerintahan berbeda, tergantung dari sejarah berdirinya negara tersebut, sehingga konsep dan implementasi akuntabilitas akan berbeda berdasarkan *regime* institusi tersebut (Biela and Papadopoulos, 2010).

Jabbara and Dwivedi (1989) mengkaji penerapan akuntabilitas diberbagai negara, dengan mengkategorikan negara ke dalam tiga kelompok yaitu negara barat, negara berkembang dan negara sosialis.

United Kingdom (UK) adalah tempat dimana awal konsep akuntabilitas berkembang. Awalnya adalah konsep akuntabilitas tradisional, yaitu institusi atau organisasi harus bertanggung jawab kepada parlemen, yang beranggotakan anggota masyarakat yang terpilih untuk mewakili di pemerintahan. Anggota parlemen ini merupakan sumber kekuasaan dari semua tindakan pemerintah (Jabbra and Dwivedi, 1989).

Dalam perkembangannya ternyata parlemen dan pengadilan, tidak dapat menjamin masyarakat atas ketidakadilan secara administratif, yang dialami oleh masyarakatnya akibat birokrasi yang sulit. Sehingga akuntabilitas publik semakin berkembang, untuk menghadapi perubahan ini (Humphrey, Miller et al. 1993; Broadbent and Laughlin 2003).

Selanjutnya, sebagai negara demokrasi, USA menekankan pentingnya kontrol masyarakat terhadap pemerintah. Kenyataannya, USA dan negara demokrasi lainnya, pengambilan keputusan dilakukan oleh pegawai pemerintahan yang tidak dapat dikendalikan langsung oleh partai terpilih (*electoral control*). Menurut teori demokrasi, bahwa pemerintahan seharusnya tidak memiliki kekuasaan, sehingga tanggung jawab birokrasi adalah hasil dari pemisahan kekuasaan, dan menghasilkan mekanisme kontrol dan keseimbangan. Tidak hanya pegawai pemerintahan yang dipilih harus akuntabel kepada masyarakat, namun pegawai yang diangkat tidak melalui pemilihan seperti professional training, motivator, tenaga administrasi, seyogianya harus akuntabel (Jabbra and Dwivedi 1989).

Terdapat beberapa mekanisme diterapkan di USA untuk menciptakan pemerintahan yang akuntabel, yaitu adanya kongres dan sistem pengadilan. Pada tahun 1946 dibentuk *Administrative Procedure Act* (APA), yang bertujuan untuk melibatkan masyarakat untuk memperoleh informasi terhadap pengelolaan pemerintahan. Pada tahun 1960, dibentuk *the freedom of information act* (FOI) yang bertujuan sama dengan APA. FOI ini membuat masyarakat dapat mengakses dokumen pemerintah termasuk dokumen yang berada pada *Federal Bureau of Investigation* (FBI). Selain itu terdapat aktifitas lain dalam rangka menjamin akuntabilitas pemerintah, seperti pertemuan terbuka atau *Sunshine law*. Pada era ini tidak dapat dipungkiri bahwa USA adalah negara yang paling mengembangkan mekanisme akuntabilitas (Jabbara and Dwivedi 1989).

Kelompok kedua adalah negara-negara berkembang yaitu Afrika, Amerika Latin, Timur Tengah, dan Asia yang memiliki latar belakang budaya, sosio-ekonomi, ideologi, dan politik yang berbeda dengan kelompok pertama. Latar belakang ini menurut Jabbara and Dwivedi (1989) merupakan halangan dalam Implementasi akuntabilitas di negara-negara tersebut. Pada era 1975-an, mekanisme akuntabilitas di Timur Tengah, sebagai contoh di *Egypt*, *Saudi Arabia*, dan *Lebanon* terdapat dua mekanisme kontrol yang berhubungan dengan prinsip akuntabilitas. Pertama adalah struktur birokrasi yang berbentuk piramid, yang mengharuskan bawahan akuntabel terhadap atasan, disebut juga

akuntabilitas secara internal. Mekanisme kedua adalah akuntabilitas secara eksternal, yaitu pihak yuridis dan *nonofficial watchdog* yang mengendalikan dan memastikan birokrasi berjalan akuntabel, efisien, dan produktif.

Implementasi akuntabilitas di negara ini memiliki beberapa hambatan akibat dua faktor yaitu 1) sistem administratif dan struktural yang terlalu sentralisasi, kekuasaan sangat besar berada pada top birokrasi, 2) hambatan sosial budaya dan perilaku adanya *confessionalism, nepotism and favoritism, a strong-patron client system*. Sebagian besar perilaku dari birokrasi di negara Timur Tengah, merupakan anteseden dari akuntabilitas publik, sehingga untuk menerapkan akuntabilitas publik, seharusnya pemerintah di Timur Tengah berusaha mengikuti arus perubahan, yang akan berdampak pada perubahan perilaku. Hal yang sama juga terjadi pada sebagian besar negara Asia.

Kelompok ketiga adalah kelompok negara-negara sosialis seperti Cina dan Uni Soviet.

bel 4. Matriks Jurnal Penelitian Akuntabilitas Secara Umum

Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	Kelemahan
Day & Klein, 1987	Untuk mengklarifikasikan konsep dengan mengkaji lebih dalam persepsi dan praktik akuntabilitas di sektor public	<p>Menggunakan konteks : <i>British</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Akuntabilitas adalah tentang tindakan dan kinerja -Menggunakan pendekatan ekonomi dan sosial 	<p>Politik akuntabilitas Kemampuan agen yang sedang berkuasa untuk menjawab alasan tindakann mereka terhadap masyarakat, (<i>simple</i> maupun kompleks) Finansial akuntabilitas</p>		
Dwivedi & Jabbra, 1989		<ul style="list-style-type: none"> -Akuntabilitas— -Answerability -Public perspective: -organizational dan -profesional behavior <p>Elemen politik Moralitas tindakan administrasi</p>	<p>Konteks: <i>Public policy</i>, Administration 5 elements : <i>Organization/administration</i> Legal Professional: sering tidak sejalan antara kode etik profesi dengan <i>public interest</i>, sehingga harus ditentukan antara tanggungjawab profesi dan Akuntabilitas <i>Political</i></p>		
<i>The Chameleon of Accountability:</i>	Bagaimana CEO menetapkan	Akuntabilitas adalah proses yang	Wawancara semi-terstruktur dengan	CEO Mengkonstruksik	

Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	Keamanan
Forms and Discourses Sinclair, 1995 <i>Accounting organization and society</i> . Vol 20, No. 2J3. pp. 219-237. 1995	akuntabilitas terhadap dirinya dan terhadap lingkungannya	menggambarkan hubungan orang yang dibutuhkan untuk memberikan penjelasan dan bertanggungjawab terhadap tindakan mereka	sampel yang representatif dari 15 kepala lembaga sektor publik Victoria, dari total diidentifikasi populasi 35. (Lanier, Roland et al. 2003)	an akuntabilitas melalui pengelolaan makna akuntabilitas sebagai suatu proses subjektif, dan interaktif, dan proses politik	
Schedler, 1999	Merekonstruksi pengertian konsep akuntabilitas yang digunakan sekarang	<i>Answerability</i> , kewajiban pejabat publik untuk menginformasikan tentang dan untuk menjelaskan apa yang mereka lakukan, dan pegakan kapasitas lembaga akuntansi untuk menjatuhkan sanksi terhadap pemegang kekuasaan yang telah melanggar tugas publik mereka			Dapatkah rumah sakit di justifikasi oleh masyarakat padahal disatu sisi terjadi <i>asimetri information</i> ,
<i>Accountability : An Ever Expanding Concept?</i> Mulgan 2000		- Bertanggung jawab kepada otoritas tertentu atas tindakan seseorang Sebuah fitur cek mekanisme &	a. Eksternal : di luar bursa interaksi organisasi sosial negara demokrasi: hubungan antara warga negara &		Tidak memberikan kejelasan

Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	Referensi
Pemerintah administration 78 555-573		balance 1. Proses menjadi kontrol antara warga & publisitas 2. <i>Cek & balance</i> (kontrol) 3. Pemerintah memenuhi harapan kebutuhan masyarakat (<i>responsiveness</i>) 4. ACC adalah sebuah —percakapanil - Diskusi umum	jabatan publik b. Internal : - Professional - Personal - External - Internal : a. Professional b. Personal c. Batin d. Subjektif Official's <i>responsive</i>		
Newell & Shaula, 2002	Memberikan gambaran tentang aplikasi dan penggunaan akuntabilitas secara politik		<i>Political akuntabilitas Managerial</i> akuntabilitas Proses akuntabilitas Harus terdapat hubungan antara citizenship, partisipasi dan akuntabilitas		
<i>Implications of Organizational Exchanges for Accountability Theory</i> Erdogan and Sparrowe, 2004	menyajikan pertukaran interpersonal dengan para pemimpin (LMX), anggota tim (TMX) dan organisasi			Hubungan yang membentuk individu dalam organisasi Mempengaruhi akuntabilitas persepsi	

Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan dan hasil berikutnya
Human Resource Management Review 14(1): 19-45 Koppell, 2005	(POS) sebagai faktor yang mempengaruhi proses akuntabilitas	<ul style="list-style-type: none"> - Transparan : Mengungkapkan Kinerja - Kewajiban : konsekuensi kinerja - Kontrol : apa pokok yang diinginkan - Tanggung jawab : mengikuti aturan - Responsiveness : memenuhi harapan Substantive 		<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan bahwa kelimanya akan menimbulkan <i>multiple disorder</i> terhadap ICANN - Apakah hal ini juga bias terhadap pelayanan kesehatan
O'Connell, 2005		<p>Teori keagenan: Prinsip-agent teori : Kualitas tinggi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sebuah biaya yang lebih rendah (keuangan) b. Keadilan (cara yang sopan) <p>Acc adalah hasil yang muncul dari interaksi yang kompleks antara beberapa actor</p>		<p>Tidak menjelaskan dimensi akuntabilitas secara eksplisit</p>

Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	Referensi
Lloyd & Blagescu, 2006		Akuntabilitas : Transparansi Partisipasi Evaluasi Komplain Respon	<ul style="list-style-type: none"> - Kerangka ACC global Transparansi : Acc di bagi <i>stakeholder</i>, struktur organisasi <i>procedicion</i> partisipasi Internal & eksternal pemangku kepentingan evaluasi Kinerja organisasi pemangku kepentingan kunci 		<ul style="list-style-type: none"> - Apakah rumah sakit dapat menerapkan partisipasi? - Indikator partisipasi tidak dapat diterapkan di rumah sakit - <i>Consumer</i> rumah sakit - <i>a. Asymetri information</i> - Keputusan kebanyakan tehnis medis - Akuntabilitas tradisional
<i>Analysing and Assessing Accountability : A Conceptual Framework</i> Bovens, 2007 European Law Journal	Untuk mendapatkan dan mengatasi dengan konsep menarik namun sulit dipahami akuntabilitas dengan menanyakan tiga	Pertama yang konseptual: apa sebenarnya yang dimaksud dengan akuntabilitas? Pertanyaan kedua adalah analitis: jenis akuntabilitas apa yang	<ul style="list-style-type: none"> <i>Legal</i> <i>Political</i> <i>Financial</i> <i>Administrative</i> 		

o	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	Kelemahan
	13(4) : 447	jenis pertanyaan	terlibat? Pertanyaan ketiga adalah evaluatif. bagaimana seharusnya kita menilai pengaturan ini akuntabilitas?			
	Governance and Accountability-A Shift in Conceptualisation Erkkila, T, 2007 Pemerintah Administration Quarterly 31(1-2):1	pergeseran konseptualisasi akuntabilitas dalam literatur pemerintahan			Pergeseran Konseptualisasi akuntabilitas dalam literatur pemerintahan, Argumen dibuat bahwa alih-alih mencoba untuk mengidentifikasi mekanisme baru, Perhatian akuntabilitas lebih harus diberikan Kepada transformasi yang terjadi di kalangan Mekanisme	

o	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	Kelemahan
					akuntabilitas tradisional dan potensi mereka dalam desain institusional baru.	
Accountability in The Shadow of Hierarchy Schillemans 2008 Pemerintah Organiz Rev. 8 : 175-194	Menyediakan inventarisasi dan penilaian kualitatif akuntabilitas horizontal	Studi kasus kualitatif beberapa rezim akuntabilitas	Vertikal horisontal: rekan-rekan dan sesama Diagonal: (boven) forum memiliki akses langsung ke informasi, tetapi harus bergantung pada pihak ketiga untuk menerapkan sanksi(kantor audit) yang melapor kepada parlemen)	Lebih baik terpisah hubungan akuntabilitas dari non-akuntabilitas dan menilai tingkat akuntabilitas di setiap Hubungan akuntabilitas melalui jumlah informasi dimana forum dapat	- Bagaimana menjelaskan perbedaan antara rezim(di negara atau sektor)? - Apakah cocok/ada ketidaksuaian antara rezim dengan desain? rezim seperti beroperasi pada	
Strategies for Assessing and Measuring Agency Accountability Jan Biela and Yannis Papadopoulos Paper for the 32nd EGPA Annual Conference 2010, 7-10 September 2010, Toulouse	Untuk mengidentifikasi rezim akuntabilitas dari lembaga, dengan memberi gambaran dari jaringan arus informasi, dan hubungan kekuasaan antara lembaga dan akuntabilitas. Peran akuntabilitas sebagai konsep literatur					

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	Kelemahan
15	Two Concepts of accountability Bovens 2010 West European Politics 33 (5) : 946-767	pengatur independen dalam lembaga Ada konsep akuntabilitas dan menawarkan konseptualisasi yang memberikan dasar yang memadai bagi penilaian akuntabilitas secara empiris		<p>⇩</p> <p>—</p>	<p>memproses dan tindakan melalui kekuatan efektif sanksi. Total hubungan akuntabilitas lembaga terlibat untuk semua aspek perilaku yang membentuk akuntabilitas</p>	<p>kenyataannya, - Bagaimana persepsi dan Kendala akuntabilitas oleh anggota badan?</p>
				<p>1. Org acc : supervisor : Adv & political Strong hierarchi Not yet public acc Internal acc (penting meski acc lain ada) 2. Political acc : - Menjadi sangat penting - Sulit untuk diatasi - Penetapan kriteria politik -Contestable : dispute 3. Legal acc : Court Growing</p>		<p>-Tidak ada Dimensi akuntabilitas Masyarakat -Traditional accountability</p>

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	Referensi
16	Public sector reforms and financial transparency: experiences from Indonesia Stein Kristiansen, Agus Dwiyanto, Agus Pramusinto, Erwan Agus Putranto	Untuk menilai dampak dari reformasi administrasi dan retorika politik pada sistem dan kualitas tata pemerintahan di tingkat local/ Mengapa tingkat transparansi dalam urusan keuangan pemerintah umumnya rendah di Indonesia?		Formalising of social relations Legal standards Prescribed by Administrative statuta 4. Administrative : auditors, inspections, controllers a. Resuler financial b. Administrative control c. JCI-akreditasi Professional : Metodologi kualitatif		

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	Kelemahan
		<p>Mekanisme apa yang digunakan untuk mengurangi wawasan publik dalam penganggaran daerah dan akuntansi? Apa yang dapat dilakukan untuk meningkatkan transparansi keuangan di tingkat lokal, dan dengan demikian mengurangi tingkat korupsi di kalangan birokrat dan politisi?</p>				
17	<p><i>Accountable Agents: Federal Performance Measurement and Third-Party Government</i> Melvin J. Dubnick University of New Hampshire H. George Frederickson</p>	<p>Membongkar penerapan konsep akuntabilitas terhadap keadaan dengan menggunakan "sebuah janji akuntabilitas" heuristik(Dubnick 2002b).</p>		<p>A-P : theory (social mechanism)</p>		

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Keimpulan
18	<p>University of Kansas JPART 20:i:143-i159</p> <p><i>Professionalism, Regulation, and The Market : Impact on Accountability for Quality of Care</i> Pawson and O'Kane, 2002 Health Affairs Volume 21 No. 3</p>	<p>Interaksi profesional, regulasi, dan pasar dalam membentuk pertanggungjawaban dari pihak rumah sakit, dokter, dan rencana kesehatan.</p>			<p>akuntabilitas untuk kewajaran harus dianggap sebagai tengara dari setiap reformasi kesehatan. Dan karena itu regulator memiliki tugas sosial untuk memastikan bahwa dasar pemikiran untuk batas-pengaturan keputusan jelas dapat diakses oleh publik.</p>
19	<p>What Is Accountability in Health Care?</p>	<p>Mengevaluasi secara kritis model dan menata institusi</p>	<p>• Konsep Akuntabilitas terdiri dari 3</p>	<p>Model 3. The Political Model</p>	<p>pasien-dokter, model politik pengelolaan organisasi, dan model</p>

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	
	Ezekiel J. Emanuel, MD, PhD; and Linda L. Emanuel, MD, PhD January 15, 1996 vol. 124 no. 2 229-239	untuk model akuntabilitas yang tepat	<p>Komponen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lokus Akuntabilitas (siapa) : Patients, MD, non MD, Hospital, Professional Association 2. Domain Akuntabilitas (apa) <ol style="list-style-type: none"> a. Professional competence b. Legal and ethical conduct c. Financial performance d. Adequacy of access e. Public health promotion f. community benefit 3. Proses akuntabilitas (Bagaimana) 	<p style="text-align: center;">14</p>	seharusnya menjadi petunjuk untuk	ekonomi memiliki peran dalam interaksi dalam organisasi
20	<i>A Professional response to demand for accountability: Practical</i>	Untuk menawarkan rekomendasi nyata bagi akuntabilitas	Etika dimensi praktek perawatan medis: 1. Pengambilan keputusan medis		Kelompok profesional dalam pengobatan untuk	

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Rekomendasi
	<p><i>recommendation regarding ethical aspects of patient care</i> Linda L. Emanuel, MD, PhD Ann Intern Med, 1996;124:240-249</p>		<p>2. Kerahasiaan 3. Kewajiban Fidusia (termasuk benturan kepentingan) 4. Tanggungjawab aries dari pasien kerentanan 5. Standar pribadi 6. Ekuitas antara pasien 7. Representasi budaya Prosedur untuk mengatasi dilema</p>		<p>memberikan rekomendasi penetapan standar di semua domain dari praktek medis</p>
21	<p><i>Dimensions Of Accountability For Not-For-Profit Hospitals and Health Systems</i> Gamm, L.D. 1996 Health Care Management Review 21(2) :74</p>			<p>1. Political acc 2. Commercial 3. Community 4. Patient acc (external acc)</p>	<p>a. Dimensi akuntabilitas yang dibuat belum diartikulasikan dalam bentuk tujuan dan implementasi strategis b. Petunjuk terhadap strategi <i>organizational</i></p>

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	Kelemahan
22	<p><i>The Ethics of Accountability in Managed Care Reform</i> Daniels and Sabin Health Affairs, 17 No. 5 (1998): 50-64</p>		<p>Acc & wajar "berpikiran adil"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasional Dapat Menyepakati kendala yang relevan untuk Mengejar perawatan pasien sesuai di bawah sumber daya yang diperlukan. Membutuhkan rencana untuk menjadi eksplisit tentang komitmen 	<p>1. Akuntabilitas pasar : - Informasi tentang kinerja (pembelian, terdaftar) etis batas : pasar akuntabilitas Akuntabilitas untuk kewajaran</p>		<p>A central part of vision Tidak ada organisasi acc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangat fokus pada acc masyarakat, padahal masyarakat sering tidak objektif mengerti tentang karakter & keunikan rumah sakit (asymetri information) - Akuntabel pada pemerintah Akuntabel pada organisasi
23	<p><i>Taking Account of Accountability: A Conceptual Overview and Strategic Options</i> Derick W. Brinkerhoff</p>	<p>Untuk mengklarifikasi arti akuntabilitas, untuk mengelaborasi elemen dasar dan untuk menawarkan pilihan</p>		<p>↳</p>	<p>Akuntabilitas keuangan dengan cepat mengarah ke masalah kinerja, dan kedua</p>	

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	Referensi
24	Abt Associates Inc. March 2001	untuk meningkatkan akuntabilitas			digabungkan memiliki implikasi untuk demokrasi akuntabilitas	
24	Newell & Shaula, 2002	Memberikan gambaran tentang aplikasi dan penggunaan akuntabilitas secara politik		Politik Akuntabilitas Managerial Akuntabilitas Proses Akuntabilitas Harus terdapat hubungan antara cintizenship,partis ipasi dan akuntabilitas		
25	<i>Doctor performance and public accountability</i> David C Lanier, Martin Roland, Helen Burstin, J Andre Knottnerus. The Lancet. London: Oct 25, 2003. Vol. 362, Iss. 9393; pg.	Sebuah pandangan internasional dan upaya untuk mengukur dan meningkatkan kinerja dokter 'dari perspektif Inggris, Amerika Serikat, dan Belanda. Strategi yang digunakan di negara-negara, sejauh mana inisiatif ini dikenal untuk menjadi				

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan
	1404	sukses, tantangan yang dihadapi dalam melakukan upaya ini, dampak potensial dari akuntabilitas publik yang lebih besar pada pendekatan yang digunakan oleh setiap Negara			
26	<i>From Autonomy to accountability</i> <i>The role of clinical practice guidelines in professional power</i> Stefan Timmermans <i>Perspectives in biology and medicine</i> Vol 48, 2005	Bagaimana profesi medis mengelola peranan pedoman praktek klinis untuk memperluas kekuatannya ketika berhadapan dengan bahaya bahwa pedoman yang sama dapat melemahkan otonomi dokter	Kekuatan profesi Yuridiksi profesi Perilaku profesi Eksternal motivasi : kualitas dan insentif		Keberhasilan <i>Clinical Guidelines</i> tergantung pada: - Kualitas pedoman - Karakteristik profesi kesehatan - Karakteristik dari pengaturan praktik - Insentif - Peraturan pasien faktor
27	Power, Blame, and	Bagaimana			

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Umerisi	Referensi
	<p><i>Accountability : Medicaid Managed Care for Mental Health Service In New Mexico</i> Willging, 2005 <i>Medicaid Anthropology Quarterly</i> : 19 (1) : 84-102</p>	<p>penerapan model akuntabilitas <i>managed care</i> dapat menumbangkan fenomena yang sangat mereka klaim untuk menegakkan, termasuk pembagian tanggung jawab untuk memberikan, monitoring, dan meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.</p>		<p>1. 2</p>	
28	<p><i>An Inquiry Into Good Hospital Governance : A New Zealand-Czech Comparison</i> Ditzel, Strach, et.al <i>Health Research Policy and Systems</i> 2006, 4:2</p>	<p>Untuk memeriksa peran papan kesehatan di rumah sakit Pemerintahan</p>	<p>Sembilan prinsip <i>good governance Taylor</i></p>		<p>1. Beberapa kesamaan yang ditemukan antara Ceko Hospital dan rumah sakit umum di Selandia Baru 2. 'Ad Hoc' rumah sakit pemerintahan ada di Rumah Sakit Ceko dan</p>

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan
29	<p><i>Pay-for-Performance and Accountability: Related Themes In Improving Health Care</i> Rowe 2006 <i>Annals of Internal Medicine</i> 145 (9) : 695-699</p>	<p>Ulasan desain fitur penting seperti upaya, menjelaskan jenis program saat ini yang ditawarkan, dan komentar pada implikasi dari gerakan ini muncul untuk masa depan perawatan kesehatan di Amerika Serikat.</p>			<p>rumah sakit umum di Selandia Baru diatur dengan cara 'perguruan tinggi' oleh Dewan Kesehatan Kabupaten terpilih</p>
30	<p><i>Creating Accountable Care Organizations: The Extended Hospital</i> <i>Medical Staff Elliott</i></p>	<p>mengeksplorasi pendekatan alternatif: mendorong pengembangan akuntabel organisasi</p>			

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan	Relevansi
31	<p>S. Fisher, Douglas O. Staiger, Julie P.W. Bynum and Daniel J. Gottlieb .26.1.w44) Health Affairs, 26, no.1 (2007):w44-w57</p> <p>Health <i>Professional's Enactment of Their Accountability Obligations : Doing The Best They Can</i> Freeman, McWilliam et al, 2009 Social Science & Medicine 69(7): 1063- 1071</p>	<p>perawatan yang terdiri dari rumah sakit setempat dan dokter yang bekerja dalam dan di sekitar mereka .7</p> <p>Untuk memeriksa bagaimana satu kelompok profesional, terapis okupasi, berlaku kewajiban akuntabilitas mereka dalam konteks praktek mereka saat ini</p>			<p>Memastikan kualitas jasa dan dampaknya terhadap profesional. Meskipun praktisi memiliki peran penting untuk bermain mengatasi tantangan ini, para pemangku kepentingan lain, misalnya, badan pengawas profesional, Juga harus berperan dalam</p>	<p>Untuk memperoleh Pemahaman yang besar berlakunya akuntabilitas profesional di seluruh profesi kesehatan, praktik sektor dan yurisdiksi kesehatan, dan untuk mengeksplorasi i badan pengawas manajerial dan profesional ' perspektif,</p>

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	menciptakan kerangka akuntabilitas yang koheren.	peran dan tanggung jawab
32	<p><i>Health Care Regulation As a tool For public Accountability</i> Nunes, Rego, et al 2009 Med Health Care and Philos 12 : 257-264</p>	<p>untuk mengevaluasi apakah peraturan kesehatan independen adalah alat penting yang berkaitan dengan pembangunan proses yang adil untuk menetapkan batas untuk kesehatan .</p>			<p>Dalam sistem masyarakat dengan budaya kewirausahaan, pengawasan independen dari sistem ini tampaknya solusi yang baik untuk mengatasi kegagalan yang umum, yaitu ketika penyedia layanan publik bersaing dengan orang-orang pribadi untuk pendanaan umum (Whincop 2001)</p>	
33	<p><i>Profesionalism, Regulation, and</i></p>	<p>interaksi profesionalisme,</p>				<p>Akuntabilitas untuk kewajaran</p>

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan
	<p><i>The Market : Impact on Accountability for Quality of Care</i> Pawlson and O'Kane, 2002 Health Affairs Volume 21 No. 3</p>	<p>regulasi, dan pasar dalam membentuk pertanggungjawaban dari pihak rumah sakit, dokter, dan rencana kesehatan</p>			<p>harus dianggap sebagai tengara dari setiap reformasi kesehatan. Dan karena itu regulator memiliki tugas sosial, memastikan bahwa dasar pemikiran untuk batas-pengaturan keputusan jelas dapat diakses oleh publik</p>
34	<p><i>Accountability and Health Systems : Toward Conceptual Clarity and Policy Relevance</i> Brinkerhoff, 2003 Health Policy and Planning 19 (6) : 371-379</p>	<p>menguraikan definisi akuntabilitas dalam hal <i>answerability</i> dan sanksi, dan membedakan tiga jenis akuntabilitas</p>	<p>Tinjauan literatur</p>		<p><i>The analytic framework presented here represents an initial effort to consider accountability from a systemic perspective,</i></p>

No	Nama penulis/ judul jurnal	Tujuan	Konsep	Dimensi	Kesimpulan
					<p>with the intent to respond to calls for attention to <u>how best</u> to regulate, supervise and monitor both public and private sector providers and how best to encourage them to act in the broader public interest'</p>

14

B. Akuntabilitas di sektor kesehatan

1. Pentingnya akuntabilitas di sektor kesehatan

Sektor kesehatan merupakan sektor yang cukup memiliki peranan, dalam pembangunan manusia selain sektor pendidikan. Sektor kesehatan, khususnya rumah sakit telah berkembang menjadi sebuah industri jasa, yang memiliki kompleksitas dan keunikan tersendiri. Kompleksitas dan keunikan tersebut berupa multiprofesi, padat teknologi, membutuhkan investasi besar, *output* yang sulit terukur, asimetri informasi, dan *supply induced demand*.

Dibutuhkan sistem pengelolaan RS yang baik, agar RS dapat menyediakan pelayanan yang berkualitas dan berkeadilan, sehingga *Millenium Developmant Goals* (MDGs) berhubungan dengan kesehatan dapat tercapai. Meski organisasi dan konten pelayanan kesehatan berbeda, dari satu negara ke negara lainnya, namun untuk menghasilkan sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik, maka perlu mempertimbangkan beberapa faktor yaitu: komprehensif, aksesibilitas, keberlanjutan, berfokus pada manusia, koordinasi, akuntabilitas, dan efisiensi (WHO 2012).

Akuntabilitas menjadi penting di sektor kesehatan, karena salah satu tujuan akuntabilitas adalah sebagai mekanisme kontrol, terhadap pelaksanaan organisasi pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit. Hal ini perlu untuk memberikan jaminan bagi masyarakat, bahwa rumah sakit melakukan efisiensi dan efektifitas dalam penyelenggaraannya yang memanfaatkan uang negara,

serta seluruh anggaran publik yang dialokasikan harus menjadi transparan, bagi masyarakat dan dapat dipertanggungjawabkan. Melalui penciptaan akuntabilitas di rumah sakit, maka akan meningkatkan legitimasi demokrasi bagi organisasi publik dan jaminan bagi masyarakat bahwa organisasi publik, tidak melakukan *abuse of power*. Selain itu akuntabilitas dibutuhkan sebagai alat untuk meningkatkan kinerja, menjadikan kesalahan sebagai sumber pembelajaran, dan sebagai *reward* terhadap pengelolaan RS (Brinkerhoff, 2004; Boeker and Wiltbank, 2005; Biela and Papadopoulos, 2010).

2. Pengertian akuntabilitas dalam pelayanan kesehatan

Akuntabilitas merupakan sebuah istilah yang berkembang di Industri perumahsakit, sejalan dengan berkembangnya konsep *good corporate governance*. Akuntabilitas memiliki pengertian yang berbeda-beda, namun pengertian secara umum adalah mekanisme mempertanggunggugatkan tindakan orang/institusi. Dari beberapa literatur yang mengkaji akuntabilitas, sebagian besar mendefinisikan akuntabilitas sebagai suatu proses dan prosedur pertanggunggugatan terhadap suatu tindakan (Emanuel,1996a). Sejalan dengan Gamm (1996) bahwa akuntabilitas adalah sebuah proses yang dilakukan oleh pemimpin organisasi, untuk mencapai tujuan efisiensi, kualitas, dan akses dalam rangka memenuhi harapan masyarakat. Brinkerhoff (2004) mendefinisikan akuntabilitas dengan merujuk definisi Schedler, bahwa akuntabilitas

1/2

adalah tentang *answerability* dan kemungkinan sanksi. Definisi ini menjelaskan pengertian *answerability* adalah kemampuan institusi/ organisasi untuk menginformasikan dan menjelaskan alasan suatu tindakan, serta kemampuan pihak yang mengaudit untuk memberikan sanksi terhadap organisasi publik, yang tidak melaksanakan tugas pelayanan masyarakat dengan baik.

3. Dimensi-Dimensi akuntabilitas pada pelayanan kesehatan

Dalam perjalanannya, istilah akuntabilitas semakin berkembang dan semakin kompleks (Sinclair 1995; Mulgan 2000; Dubnick 2002). Setiap *expert* menggunakan dimensi yang berbeda, tergantung konsep yang digunakan. Meskipun demikian, pendekatan NPM masih berlaku dalam mengkaji akuntabilitas, yaitu akuntabilitas dapat berfungsi sebagai alat maupun tujuan. Akuntabilitas merupakan alat untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi organisasi, namun juga dapat menjadi tujuan sebuah organisasi.

Beberapa penelitian tentang akuntabilitas di bidang pelayanan kesehatan, lebih banyak fokus pada dimensi kinerja profesi dokter, karena dianggap dokter merupakan tenaga profesional yang paling banyak berpengaruh terhadap kepuasan pasien (Lanier, Roland et al., 2003; Timmermans, 2005; Rowe, 2006; Freeman, McWilliam et al., 2009). Selain kinerja profesi, juga dibahas batasan yang harus diperhatikan dalam memberikan penjelasan kepada pasien, rasionalisasi dari suatu tindakan yang

akan diberikan atau layanan yang diterima oleh pasien, yang dikenal sebagai *accountability for reasonable* (Daniels and Sabin 1998).

Dimensi lain yang ditambahkan oleh Gamm (1996) yaitu kinerja organisasi, kontribusi RS terhadap pemerintahannya, kolaborasi dengan organisasi lain (akuntabilitas politik) alokasi penggunaan dana, khususnya dalam berkontribusi terhadap penelitian, pendidikan dan tanggungjawab sosial, kualitas pelayanan, pelaksanaan *continuum of care* (akuntabilitas komersial), partisipasi rumah sakit terhadap penelitian, yang dapat meningkatkan status kesehatan (akuntabilitas pasien dan klinik), komitmen rumah sakit terhadap peningkatan status kesehatan masyarakat (akuntabilitas masyarakat).

4. Pengukuran akuntabilitas pada pelayanan kesehatan

Pengukuran akuntabilitas RS masih memiliki beberapa masalah, yaitu adanya hambatan berupa teknis dan prosedur dalam pengukurannya. Menurut Roper dan Cutler (1998) hambatan teknis yang utama adalah sulitnya untuk mengukur dampak dari pelayanan kesehatan, selain itu juga karena data yang akan digunakan berhubungan dengan data pada rekam medis. Belum terdapat standar terhadap sistem informasi RS, serta jaminan akan keakurasian dan kelengkapan data di rekam medis belum dapat dipastikan. Kondisi ini yang menyebabkan perlunya perhatian serius terhadap kerahasiaan data pasien. Di Indonesia, bahkan terdapat aturan hukum yang menjelaskan bahwa isi rekam medik

merupakan hak pasien, namun dokumennya adalah milik rumah sakit. Tantangan kedua, adalah sistem informasi dibidang kesehatan belum berkembang dengan baik, sehingga informasi dibidang pelayanan kesehatan sulit untuk diakses.

Adanya etika profesi dan etika dalam pelayanan kesehatan, sehingga tidak semua informasi di RS dapat dipublikasi, selain itu RS memiliki keunikan tersendiri, yaitu adanya *asimetri* informasi. Masyarakat cenderung tidak mengetahui jenis pelayanan apa yang harus diterima, dan RS sebagai organisasi penyedia layanan kesehatan, memiliki kontrol yang sangat kuat untuk menentukan informasi apa saja yang dapat diterima oleh pasien (Millar and McKeivitt, 2000).

Tantangan kedua menurut Roper dan Cutler (1998) adalah hambatan prosedur. Informasi tentang pelayanan kesehatan sangat sensitif, karena ini berkaitan dengan kesehatan manusia, sehingga dapat saja mekanisme akuntabilitas ini menjadi isu politik. Adanya keberagaman *stakeholder* dan kompleksitas proses di industri pelayanan kesehatan, menyebabkan permintaan terhadap informasi semakin meningkat dan bervariasi, meskipun sebagian masyarakat dan pengguna layanan kesehatan menilai kinerja rumah sakit, dari hasil akreditasi sebagai alat untuk menilai mutu layanan rumah sakit.

5. Mekanisme penerapan akuntabilitas pada pelayanan kesehatan

Penerapan akuntabilitas pada pelayanan kesehatan

Perlu dikembangkan konsep dan dimensi yang lebih komprehensif, dalam menilai dan mengukur akuntabilitas pada pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit.

C. Reformasi Sistem Pelayanan Kesehatan

1. Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia dijabarkan ke dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Indonesia yaitu suatu tatanan yang dibentuk oleh pemerintah Indonesia yang terdiri dari beberapa subsistem, yang saling bergantung namun memiliki batas-batas sendiri pada subsistem tersebut untuk mencapai tujuan pembangunan Indonesia.

Menurut SKN 2009, bahwa pembangunan kesehatan harus dilaksanakan dengan mengintegrasikan seluruh subsistem, dengan memperhatikan kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, kesadaran masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan

Sistem kesehatan nasional Indonesia dikembangkan dengan landasan Pancasila, UUD 1945, Pasal 28 A, B, C, H, Pasal 34, landasan operasional. Sistem Kesehatan Nasional ini meliputi: upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen dan Informasi kesehatan, pemberdayaan masyarakat.

Pembangunan kesehatan di Indonesia didasarkan pada beberapa asas yaitu perikemanusiaan, pemberdayaan dan

kemandirian, adil dan merata, pemerataan dan kemanfaatan. Asas pemberdayaan dan kemandirian merupakan dasar menciptakan akuntabilitas bagi pelayanan kesehatan. Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah berperan, berkewajiban, dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya. Pembangunan kesehatan harus mampu membangkitkan dan mendorong peran aktif masyarakat.

Penyelenggaraan SKN didasarkan pada 1) hak asasi manusia, 2) sinergisme dan kemitraan yang dinamis, 3) komitmen dan tata pemerintahan yang baik (*good governance*), 4) dukungan Regulasi, 5) antisipatif dan pro Aktif, 6) responsif Gender, 7) kearifan Lokal.

Oleh karena itu, jelas bahwa isu akuntabilitas menjadi penting, untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan dengan dinyatakan dalam SKN bahwa SKN didasarkan pada komitmen dan tata pemerintahan yang baik (*good corporate governance*).

Pelaksanaan SKN ini membutuhkan kerja sama dan kordinasi antara beberapa *stakeholder*. Setiap *stakeholder* memiliki peranannya masing-masing, dalam mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan.

Rumah sakit sebagai bagian dari subsistem upaya kesehatan perorangan, memiliki peranan yang besar dalam mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan, sehingga RS juga harus mengikuti dasar-dasar penyelenggaraan SKN, sehingga penerapan

sistem akuntabilitas pada rumah sakit di Indonesia sangat penting.

2. Isu- isu penting reformasi pelayanan kesehatan di Indonesia

Reformasi pelayanan kesehatan di Indonesia diawali dengan penerapan desentralisasi. Perubahan menuju desentralisasi di Indonesia selain akibat krisis politik dan ekonomi pada tahun 1998, juga akibat kondisi alamiah Indonesia sebagai suatu negara kepulauan, yang penduduknya terdiri dari beberapa etnis dan budaya harus mengakomodasi seluruh kepentingan masyarakatnya termasuk dapat menentukan arah kebijakan kesehatan sesuai dengan kondisi lokal masing-masing daerah. Implementasi desentralisasi ditandai dengan penetapan kebijakan nasional desentralisasi, melalui TAP MPR Nomor 15 Tahun 1998 dan percepatan proses desentralisasi dimulai pada tahun 2001 (Trisnantoro and Ferdiana, 2005). Segall (2003) menyatakan seharusnya kebijakan desentralisasi kesehatan ini memberikan dampak terhadap perbaikan sistem kesehatan.

Kenyataannya meski sudah lebih satu dekade reformasi kesehatan berproses, yang ditandai dengan desentralisasi kesehatan, kualitas pelayanan belum memperlihatkan peningkatan yang signifikan. Menurut data dari *World Bank* (2008) bahwa Indonesia belum mencapai hasil yang diharapkan sesuai dengan MDG's. Angka kematian ibu yang masih tinggi, dan merupakan angka kematian tertinggi di Asia Tenggara, angka kekurangan gizi tidak mengalami penurunan, bahkan memburuk di beberapa

provinsi seperti Papua Angka buta huruf dikalangan wanita serta akses terhadap air bersih dan sanitasi yang baik masih rendah, khususnya di kalangan masyarakat miskin. Hal yang paling penting adanya perbedaan geografi menyebabkan status kesehatan yang berbeda, sehingga status kesehatan di Pulau Jawa dan Bali cenderung lebih baik dibanding masyarakat yang ada di kawasan Timur Indonesia. Kondisi ini memperlihatkan bahwa reformasi kesehatan di Indonesia belum berjalan dengan baik.

Hal ini sebagai dampak dari beberapa kondisi di Indonesia, yang meskipun telah melakukan desentralisasi, namun pemerintah memiliki kekuasaan yang terbatas, dalam mengelola sumber daya manusia. Mekanisme yang diterapkan dalam mengelola SDM ini tidak memperlihatkan akuntabilitas yaitu terjadi *overstaffing* di satu tempat dan terjadi kekurangan di tempat lain. Selain itu, mekanisme *reward and punishment* bagi staf khususnya pegawai negeri sipil tidak menciptakan budaya kerja yang dapat mendukung pencapaian kinerja yang baik (World Bank, 2008).

Faktor kedua, rendahnya infrastruktur disektor kesehatan, serta sarana dan prasarana yang tidak berkualitas di institusi pelayanan kesehatan, seperti puskesmas dan posyandu, Akibatnya utilisasi sarana kesehatan menjadi rendah, khususnya bagi masyarakat miskin. Disisi lain, pengeluaran dalam bidang kesehatan meningkat secara tajam dari 2001 ke 2007 (World Bank, 2008).

Meskipun desentralisasi dilakukan, namun pemerintah lokal

tidak sepenuhnya dapat menentukan besarnya biaya untuk sektor kesehatan. Proporsi pembiayaan kesehatan masih didominasi oleh sektor swasta, berdasarkan bahwa pembayaran biaya kesehatan yang *out of pocket* sekitar 60%, sehingga aksesibilitas bagi masyarakat miskin masih menjadi masalah. Akibatnya tingkat hunian rumah sakit menurun yang menunjukkan adanya *inefficiency*, pada akhirnya meningkatkan biaya pelayanan.

Sejalan dengan itu, Berman (1995) dan Wilsford (1995), bahwa reformasi kesehatan bukan hal yang mudah. Dapat dilihat pada beberapa negara yang juga sedang proses reformasi, terjadi *issue* krisis anggaran, perubahan pada koalisi pemerintah, skandal publik, dan kasus mogok dikalangan profesi. Kondisi sistem kesehatan yang ada sekarang ini merupakan hasil dari perubahan 60 tahun yang lalu (Heywood and Choi, 2010).

Heywood and Choi (2010) menyimpulkan bahwa terjadi variasi efisiensi penggunaan sumber daya kesehatan diantara berbagai daerah, dan tidak terdapat hubungan antara jumlah dana yang dikeluarkan untuk anggaran kesehatan dengan dampak kesehatan pada masyarakat. Salah satu penyebabnya adalah kurangnya *leadership* dan adanya birokrasi politik. Pelayanan kesehatan gratis selalu dijadikan isu politik, bagi pencalonan kepala daerah, mereka tidak pernah menyuarakan tentang mekanisme apa yang harus dilakukan untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Adanya desentralisasi kesehatan ini menyebabkan

perubahan peranan dinas kesehatan, yang selama ini lebih banyak berperan sebagai pelaksana di tingkat daerah, diarahkan untuk menjadi regulator dan penyusun kebijakan. Sedangkan rumah sakit daerah diharapkan berkembang menjadi lembaga non birokratik (Trisnantoro and Ferdiana, 2005).

Sejalan dengan Brinkerhoff (2003), Shortell and Casalino (2008) bahwa untuk menjalankan reformasi kesehatan dibutuhkan sistem akuntabilitas pelayanan. Hal ini bertujuan agar organisasi dapat meningkatkan kualitas, dengan menetapkan proses yang terkelola dengan baik, dan biaya yang terkendali, sehingga hasilnya dapat akuntabel.

Sejalan dengan agenda desentralisasi, maka untuk lebih meningkatkan efisiensi, efektifitas, dan produktifitas pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit, maka pemerintah menetapkan bahwa RS harus berbentuk Badan Layanan Umum (BLU) yang dituangkan pada pasal 7 UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, dan pada pasal 51 dijelaskan bahwa pendapatan rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah, digunakan seluruhnya secara langsung untuk biaya operasional rumah sakit, dan tidak dapat dijadikan pendapatan negara atau pemerintah daerah.

Kebijakan ini diambil dalam rangka meningkatkan peran negara dalam meregulasi sistem pelayanan kesehatan, dalam rangka mengatasi kegagalan pasar, dan meningkatkan kesehatan yang

berkeadilan (Bank 1997; Buse, Mays et al. 2005).

Untuk mencapai pelayanan kesehatan yang berkeadilan, pemerintah juga menetapkan regulasi tentang implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu UU Nomor 40 tahun 2004 dan regulasi tentang badan pelaksana jaminan sosial yaitu UU Nomor 24 tahun 2011. Penetapan UU ini sebagai titik awal implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jaminan kesehatan adalah perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Adanya UU SJSN di tahun 2004 dan UU BPJS di tahun 2011 menunjukkan perubahan aspek pembiayaan dalam sistem kesehatan. SJSN diselenggarakan dengan prinsip-prinsip kegotong royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas dan portabilitas. Pesertanya bersifat wajib, dana amal dan hasil pengelolaan jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar besarnya kepentingan peserta jaminan. Implementasi SJSN memberikan perubahan pada pengelolaan RS yang dipengaruhi oleh perubahan sistem pelayanan, sistem rujukan, dan sistem pembiayaan. Sistem pembiayaan dengan memberlakukan tarif INA-CBGs pada rumah sakit rujukan tingkat lanjut menyebabkan tanggung jawab yang lebih besar bagi RS dalam mengelola sumber daya.

Adanya tanggung jawab yang lebih besar yang diberikan kepada rumah sakit yang berarti kekuasaan pengelolaan sumber daya yang lebih besar, mengakibatkan rumah sakit harus dikelola dengan prinsip-prinsip *Good Governance* (Taylor 2000).

Governance oleh UNDP di artikan sebagai berikut :

"The exercises of economic, political and administrative authority to manage country's affairs at all levels. It comprises mechanisms, process and institutions through which citizens and groups articulate their interests, exercise their legal rights, meet their obligation, and mediate their difference."

Secara umum dapat dijelaskan bahwa *Governance* adalah proses yang dilakukan untuk menata kelola organisasi (Alexander, Lee et al. 2003; Kaen 2003). Prinsip-prinsip *good governance* adalah partisipasi masyarakat, transparansi, akuntabilitas, dan mengutamakan aturan hukum (Kaufmann and Kraay, 2008).

World Bank (2008) memberikan sembilan ide untuk menciptakan dampak kesehatan yang baik di Indonesia. Dua diantaranya yaitu melalui: 1) efisiensi penggunaan sumber daya yang ada sekarang dan menyediakan sumber daya untuk masa depan, 2) Peningkatan sistem informasi dan ketersediaan data. Ide pertama dapat dilakukan dengan meningkatkan akuntabilitas pengelolaan SDM, khususnya terhadap tingkat kealpaan pegawai dan ide kedua untuk meningkatkan adanya penganggaran yang transparan, sebagai *feedback* bagi peningkatan kinerja pelayanan kesehatan.

Berdasarkan kondisi ini sebagai bagian dari reformasi

kesehatan, maka pemerintah mengeluarkan UU SJSN untuk menerapkan *universal coverage*. Hal ini menjadi tantangan bagi industri kesehatan untuk dapat mengimplementasikan *universal coverage* yang akan berdampak pada pengelolaan rumah sakit. Oleh karenanya perlu pelaksanaan tata kelola yang baik dengan memperhatikan aspek transparansi dan akuntabilitas.

3. Reformasi Perumahsakitian

Industri kesehatan merupakan industri yang sangat kompleks dan unik. Keunikan ini sangat berhubungan dengan area manajemen. Diantaranya adalah mendefinisikan dan mengukur *output* sangat sulit, pekerjaan yang terlibat didalamnya sangat bervariasi dan kompleks, kebanyakan pekerjaan adalah darurat dan tidak dapat ditunda, pekerjaan tidak memberikan ruang untuk terjadinya kesalahan, pekerjaan melibatkan ketergantungan yang tinggi dan koordinasi diantara beberapa kelompok profesi ini, dan beberapa keunikan lainnya (Shortell and Kaluzny, 2000).

Reformasi pelayanan kesehatan diawali oleh kondisi pelayanan kesehatan yang tidak efisien, rendahnya kualitas pelayanan, moral *hazard*, aksesibilitas yang rendah, serta terjadi *inequity*. Hal ini menimbulkan krisis pada pelayanan kesehatan menuntut untuk terjadinya perubahan. Di satu sisi, industri pelayanan kesehatan merupakan organisasi unik yang cenderung resisten terhadap perubahan. Adanya berbagai perspektif dan kondisi tersebut menyebabkan reformasi kesehatan tidak berjalan

sebagaimana yang diharapkan (Roberts 2004).

Terdapat sembilan faktor yang mempengaruhi perubahan pelayanan kesehatan :

a. Pembayaran kapitasi, target pengeluaran, dan anggaran global untuk menyiapkan pelayanan terhadap populasi

Implikasi manajemennya berupa :

- 1) Dibutuhkannya peningkatan efisiensi dan produktifitas
- 2) Mendesain kembali penyajian pelayanan kesehatan
- 3) Mengembangkan aliansi strategik yang dapat memberikan nilai tambah peningkatan sistem jaringan dan sistem

b. Peningkatan akuntabilitas terhadap kinerja

Implikasi manajemennya berupa :

- 1) Sistem informasi yang menghubungkan data keuangan dan data klinik sesuai dengan episode penyakit dan pemetaan kesehatan pasien.
- 2) Implementasi penggunaan petunjuk praktik klinik (*Clinical Practice Guidelines*).
- 3) Kemampuan untuk memperlihatkan *continous improvement* terhadap semua fungsi dan proses

c. Perkembangan teknologi yang menekankan pada rawat jalan, tempat kerja, dan pelayanan di rumah

Implikasi manajemennya berupa :

- 1) Ekspansi terhadap *continuum of care*, kebutuhan terhadap tempat pengobatan baru untuk mengakomodasi cara

pengobatan baru.

- 2) Peningkatan kapasitas untuk mengelola pelayanan dengan memperhatikan batas-batas organisasi.

d. Populasi usia lanjut

Implikasi manajemennya berupa :

- 1) Peningkatan hubungan dengan dokter dan pemberi pelayanan lainnya.
- 2) Peningkatan kebutuhan terhadap *primary care*, kesejahteraan, dan pelayanan promosi kesehatan terhadap kelompok umur 65-75 tahun.
- 3) Peningkatan kebutuhan terhadap pengelolaan penyakit kronik pada kelompok umur 75 tahun keatas.
- 4) Adanya tantangan untuk mengelola isu tentang etik yang berhubungan dengan bertambah panjangnya umur.

e. Peningkatan keberagaman etnik dan budaya populasi

Implikasi manajemennya berupa :

- 1) Kesulitan yang lebih besar dalam memahami dan memenuhi harapan pasien.
- 2) Meningkatnya tantangan dalam hal mengelola pelayanan kesehatan yang bervariasi terhadap angkatan kerja

f. Perubahan *supply* dan pendidikan tenaga kesehatan profesional

Implikasi manajemennya berupa :

- 1) Dibutuhkan kreatifitas dalam memenuhi kebutuhan populasi untuk pelayanan kesehatan yang lebih besar..

- 2) Dibutuhkan kompensasi akibat keterbatasan beberapa jenis ketenagaan.
- 3) Dibutuhkan pengembangan tim pemberi pelayanan yang efektif pada beberapa tempat pelayanan.

g. *Social Morbidity (AIDS, drugs, homicides dan new surprises)* Implikasi manajemennya berupa :

- 1) Kemampuan untuk menangani peningkatan kebutuhan yang tidak terprediksi.
- 2) Dibutuhkan peningkatan sistem pendukung sosial dan pengelola *chronic care*.

h. *Information production and management*

Implikasi manajemennya berupa :

- 1) Melatih tenaga kerja di bidang kesehatan terhadap informasi baru, produksi, dan metodologi baru.
- 2) Peningkatan kemampuan untuk mengkoordinasikan pelayanan pada beberapa tempat.
- 3) Tantangan terhadap pengelolaan perubahan karena adanya transfer informasi yang lebih cepat.
- 4) Tantangan untuk menangani isu rahasia yang berhubungan dengan informasi terbaru dan metodologi terbaru

i. *Globalisasi dan penciptaan ekonomi dunia.*

Implikasi manajemennya berupa :

- 1) Dibutuhkan untuk mengelola lintas negara, lintas budaya, dan rujukan pasien.

- 2) Peranan organisasi pelayanan kesehatan meningkatkan produktivitas angkatan kerja di Amerika mengelola aliansi strategik khususnya untuk *biotechnology* dan pengembangan teknologi baru.
- 3) Perubahan yang terjadi akibat reformasi pelayanan kesehatan, juga mempengaruhi perubahan pengelolaan rumah sakit.

Tabel 5. Matriks Pergeseran Paradigma Pengelolaan Rumah Sakit

No	Paradigma lama	Paradigma baru
1	Menekankan pada pelayanan pasien rawat inap yang menderita penyakit akut	Menekankan pada pelayanan yang berkelanjutan (<i>Continuum of care</i>)
2	Penekanan pada pengobatan Penyakit	Menekankan pada pemeliharaan dan peningkatan kesejahteraan
3	Bertanggung jawab terhadap pasien individual	Akuntabel terhadap kesehatan populasi
4	Semua penyedia pelayanan kesehatan sama secara esensial	Perbedaan tergantung kemampuan untuk memberikan penambahan nilai (<i>Value-added</i>)
5	Kesuksesan diperoleh dengan meningkatkan pangsa pasar pasien rawat jalan	Kesuksesan diperoleh dengan meningkatnya jumlah orang yang dapat dipelihara kesehatannya
6	Tujuan adalah untuk mengisi tempat tidur	Tujuannya adalah menyediakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan.
7	Rumah sakit, dokter dan perencana kesehatan bekerja secara terpisah	Sistem pelayanan kesehatan yang terintegrasi
8	Manajer yang menjalankan organisasi	Manajer meramalkan pasar
9	Manager merupakan kepala departemen	Manajer mengoperasikan pelayanan diseluruh organisasi

No	Paradigma lama	Paradigma baru
10	Manajer mengkoordinasikan pelayanan	Manajer secara aktif meningkatkan mutu dan peningkatan secara berkelanjutan

Sumber: Shortell dan Kaluzny, 2000

Perubahan-perubahan ini menyebabkan rumah sakit mendapat tekanan untuk menyediakan pelayanan yang lebih berkualitas, efisiensi-efektif serta berkeadilan, sehingga isu akuntabilitas menjadi sangat penting dalam era reformasi ini (Brinkerhoff, 2003).


Adanya transformasi dalam bidang pelayanan kesehatan menyebabkan terjadinya juga perubahan paradigma dalam pengelolaan rumah sakit. Konsep rumah sakit bermula sejak zaman Arab kuno dulu, juga pada rumah sakit dalam sejarah Islam, rumah sakit Budha di India, dan semacam rumah sakit di Israel dimana dokter yang ada juga bertindak sebagai pendeta dan pemaham kekuatan magis. Evolusi konsep rumah sakit modern bermula dari dasar pemikiran keimanan, kemanusiaan, dan sosial. Pada tahun 325 Masehi dimulai upaya membangun rumah sakit yang berlokasi di samping berbagai katedral yang ada di dunia. Era *renaissance* di akhir tahun 1200-an berperan dalam perkembangan rumah sakit dunia, khususnya di Eropa (Aditama TY, 2002; Wolper, 1995).

Selama 30 tahun terakhir, rumah sakit telah melalui perubahan yang belum pernah terjadi sebelumnya. Beberapa rumah

sakit tutup, yang lainnya melakukan penggabungan, dan ada yang berubah menjadi perawatan rumah atau penyediaan pelayanan kesehatan lain. Saat ini terdapat lebih sedikit rumah sakit pedalaman dibandingkan sepuluh tahun yang lalu. Rata-rata masa inap untuk rawat inap rumah sakit mengalami kemunduran. Penurunan ini adalah cerminan dari peningkatan teknologi kedokteran dan perubahan dalam sistem pembayaran rumah sakit. Penurunan pelayanan rawat inap juga merupakan hasil dari kebutuhan rumah sakit untuk meningkatkan *economic scale* melalui penggabungan dan akuisisi (Wolper, 2004).

Secara terus meningkat, komunitas rumah sakit telah mengadopsi strategi untuk berurusan dengan perubahan politik dan ekonomi, khususnya mencoba untuk mengatur perkembangan manajerial. Banyak rumah sakit telah mengadopsi strategi seperti rumah sakit ke rumah sakit dan rumah sakit ke kerjasama dokter. Tujuannya menawarkan peningkatan akses pasien terhadap pelayanan yang berkelanjutan melalui kordinasi, strategi ini juga dapat meningkatkan efisiensi dan biaya yang rendah.

Beberapa literatur telah menggambarkan secara lugas peranan sosial dan simbolik rumah sakit dalam komunitas dan pengaruh ilmu pengetahuan dan *profesionalism* dalam bidang kedokteran dan keperawatan pada perkembangan rumah sakit. Namun masih kurang yang mengetahui tentang pekerjaan sebenarnya dari seorang administrator rumah sakit pada awal tahun



1990 atau menjadikan manajemen rumah sakit menjadi sebuah pekerjaan khusus. (Starr 1982; Stevens 1986; Reverby 1987; Melosh 1982; Freidson 1970, (Neuhauser 1995) dalam Arndt.et.all, 2007).

Pergeseran perubahan pelayanan kesehatan juga menyebabkan terjadi pergeseran perubahan dalam mengelola rumah sakit menjadi semakin membutuhkan efisiensi dan peningkatan kualitas pelayanan. Harapan masyarakat semakin tinggi karena teknologi informasi yang semakin berkembang. Terjadinya perubahan social dan politik memberikan tekanan bagi rumah sakit untuk melakukan perubahan dalam pelayanan.

Dibawah ini dijelaskan oleh Porter and Tesberg (2004) pergeseran paradigma dalam perumahsakititan.

MASA LALU		SEKARANG		MASA DEPAN
Tujuan : Mengurangi biaya, menghindari biaya		Tujuan: Memungkikan adanya pilihan, mengurangi kesalahan		Tujuan: Meningkatkan nilai
Berfokus pada: biaya, daya tawar dan rasionalisasi	Berfokus pada: aturan dan bantuan	Berfokus pada: pilihan penyelenggara asuransi	Berfokus pada: penyedia layanan kesehatan	Berfokus pada : sifat persaingan
Karakteristik sistem terdiri dari:	Karakteristik sistem terdiri dari:	Karakteristik sistem terdiri dari:	Karakteristik sistem terdiri dari:	Karakteristik terdiri dari:
<ul style="list-style-type: none"> • Pergeseran biaya diantara pasien, penyedia layanan, dokter, pembayar, ..dan pemerintah • Keterbatasan akses pelayanan • Penawaran harga rendah terhadap obat dan pelayanan • Harga tidak sesuai dengan biaya pelayanan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Hak Pasien • Aturan yang rinci bagi peserta sistem • Meningkatkan ketergantungan pada sistem hukum 	<ul style="list-style-type: none"> • Persaingan antara asuransi • Informasi asuransi • Insentif keuangan bagi pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Pendaftaran online. • Penerapan six sigma • Kesesuaian staf pada unit gawat darurat • Ambang batas terhadap rujukan lengkap • Pedoman yang dimandatkan • Membayar kinerja sesuai dengan pelayanan yang diberikan 	<ul style="list-style-type: none"> • Persaingan pada tingkat penyakit dan kondisi tertentu • Perbedaan Strategi bagi pembayar dan penyedia • Insentif untuk meningkatkan nilai dibanding perubahan biaya • Informasi pengalaman penyedia layanan, outcome, dan harga. • Pilihan konsumen

Sumber: Porter and Teisberg (2004)

Gambar 6. Pergeseran Paradigma dalam Perumahsakit

Seiring dengan kebutuhan tersebut, maka ilmu administrasi RS yang lebih dipengaruhi oleh ilmu publik administrasi juga mengalami perkembangan seiring dengan perubahan ilmu administrasi publik dari *Old Public Administration* menjadi *New Public Management*.

Pergeseran paradigma dari *public administration* yang mempengaruhi pergeseran paradigma ilmu manajemen rumah sakit sehingga pengelolaan manajemen RS sekarang masih cenderung mengadopsi *New Public Management*.

Model tentang administrasi rumah sakit masih belum didefinisikan dengan jelas, namun manajemen dalam sektor swasta memberikan model (Goldwater 1920, 275-76). Keppel (1916, 304-305) menulis tentang rumah sakit modern sebagai suatu pabrik kesehatan. Mereka menjelaskan bahwa rumah sakit dengan segala tujuan sebuah industri seharusnya menggunakan manajemen yang sama dengan yang digunakan pada industri lainnya. Konsisten dengan pandangan ini, *American Hospital Administration* (AHA) menyarankan sebuah model rumah sakit modern yang fokus pada praktik bisnis dan rumah sakit sebagai institusi ilmiah.

BAB III

METODE PENELITIAN

Penelitian ini akan mengembangkan model konseptual akuntabilitas RS di Indonesia. Fokus penelitian terletak pada pengembangan konsep dan pengukuran akuntabilitas yang tepat bagi RS di Indonesia. Oleh karena itu, yang menjadi unit analisis dalam penelitian ini adalah sistem akuntabilitas RS di Indonesia. Asumsi yang mendasari fokus penelitian ini adalah: 1) masih adanya perbedaan pengertian, konseptualisasi, dan dimensi akuntabilitas (Mulgan, 2003; Boven, 2005) sehingga saat ini belum ada persetujuan tentang konsep yang jelas mengenai akuntabilitas RS (Biela dan Papadopolous, 2010); 2) secara umum, konsep akuntabilitas yang telah dikembangkan dalam bidang kesehatan selama ini lebih ditujukan untuk pelayanan kesehatan secara umum (Emanuel and Emanuel 1996a; Daniels and Sabin 1998; Brinkerhoff 2001; Brinkerhoff 2003; Willging 2005; Nunes, Rego et al. 2009), sehingga kurang merefleksikan dan mengakomodir aktivitas inti di RS; 3) beberapa kajian mengenai konsep akuntabilitas untuk RS hanya menekankan pada akuntabilitas profesi dokter (Gamm, 1996; Lanier, et.al., Stephen and Timmarmans, 2005, Rowe, 2006; Freenhan and William, 2009; Pawlson, 2005), sedangkan RS adalah institusi pelayanan yang diselenggarakan oleh multi profesi sehingga membutuhkan kajian yang lebih komprehensif serta menyelaraskan antara manajemen dan profesional (Eeckloo, Van

Herck et al. 2004).

Pada bab ini diuraikan metodologi penelitian untuk mencapai tujuan penelitian sebagaimana yang terdapat pada bab 1 proposal ini. Penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan *mixed method*. Metode ini dipilih karena penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi ide dan konsep tentang akuntabilitas RS di Indonesia pada era reformasi perumahan sakitan yang menggunakan studi eksplorasi. Untuk memverifikasi model konseptual digunakan *confirmatory factor analysis*. Sehingga metode ini dibagi dua tahap. Tahap I dengan metode kualitatif dan tahap II menggunakan metode kuantitatif.

A. Metode Penelitian Kualitatif

1. Pendekatan dan jenis penelitian.

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti belum ada model konseptual akuntabilitas yang tepat di Indonesia sesuai era reformasi perumahsakit. Sehingga untuk mengembangkan model konseptual terlebih dahulu harus mengeksplorasi pandangan/ide orang-orang yang terlibat dalam pengelolaan RS tentang akuntabilitas RS. Hal ini dilakukan untuk memperoleh pemahaman lebih mendalam tentang akuntabilitas RS sehingga desain yang digunakan adalah studi eksplorasi.

Studi eksplorasi adalah studi dengan menggunakan metode penelitian kualitatif yaitu penelitian dengan menggunakan nalar induksi, dengan mengamati fenomena yang secara khusus terjadi, kemudian di analisis untuk mengembangkan konsep pengetahuan konseptual yang

diperoleh dari fakta untuk perumusan masalah secara fokus, membangun konsep dan tujuan secara spesifik, dan mengembangkan pertanyaan dan atau pernyataan berbasis kebenaran faktual.

2. Pengelolaan peran sebagai peneliti

Data penelitian harus dapat dideskripsikan, dianalisis, dan diinterpretasikan. Untuk itu diperlukan data yang akurat. Dalam penelitian kualitatif, peneliti sendiri sebagai alat utama pengumpul data. Pengumpulan data dengan memanfaatkan alat yang bukan manusia, sangat sulit menyesuaikan dengan kenyataan. Oleh karena itu peneliti sendiri terjun ke lapangan untuk melakukan observasi dan wawancara, agar dapat menangkap makna data penelitian. Peneliti langsung melakukan seleksi data sehingga lebih efektif dan efisien dan peneliti sendiri yang menentukan teknik analisis data. Instrumen sifatnya sebagai sarana bantu yang dipandang sesuai untuk mendokumentasikan hasil wawancara agar data yang dikumpulkan sesuai keperluan studi.

3. Lokasi penelitian

Pada penelitian ini, pemilihan lokasi berdasarkan domisili *key informan* karena yang akan dieksplorasi adalah pandangan dari *key informan* yang dianggap dapat memberikan sumber informasi tentang akuntabilitas RS di Indonesia pada era reformasi. Sehingga peneliti memilih *key informan* yang berdomisili di Makassar, Surabaya dan Jakarta. Ketiga kota besar ini merupakan tempat domisili bagi para ahli perumahsakitian yang dianggap dapat mewakili pemikiran seluruh ahli

perumahaakitan di Indonesia, dan merupakan kota besar tempat berdomisili para regulator dan legislator.

4. Sumber data

Data diperoleh dari hasil wawancara informan dan kajian pustaka. Wawancara mendalam dilakukan terhadap pendapat para pakar. Mereka akan menggunakan pengalaman empiriknya dan logikanya untuk mengkonseptualisasikan akuntabilitas RS dalam konteks era reformasi perumahaakitan. Pada tahap awal ditentukan empat orang informan yang mewakili praktisi RS pemerintah dan swasta, pakar yang berasal dari akademisi. Kemudian dilakukan *snowball sampling* untuk mendapatkan informan yang sesuai untuk memberikan persepsi tentang akuntabilitas RS yang tepat di era reformasi. Informan dipilih secara sengaja berdasarkan pertimbangan tingkat kepakaran dan pengalaman informan dalam akuntabilitas RS, sehingga pakar, praktisi, dan pengambil kebijakan yang dijadikan informan dalam penelitian ini adalah:

- a. Dosen ilmu manajemen RS (WJP, ACS)
- b. Dosen ilmu manajemen (IS)
- c. Dosen ilmu Publik administrasi (DT),
- d. Asosiasi Profesi (KDR)
- e. Praktisi RS (SAP, NP, SS, SR)
- f. Dewan Pengawas RS (IJ),
- g. Regulator: (Mantan Dirjen BUK Kemenkes RI, SPR),
- h. Legislator (Anggota Komisi IX DPR RI, NS, SD)

i. Direktur RS Swasta (TD, MT),

j. Masyarakat (R dan I)

5. Teknik pengumpulan data

Studi ini dilakukan dengan menggunakan teknik *in-depth interview*, *brainstorming* melalui seminar dan kajian literatur.

6. Teknik analisis data :

Data pada penelitian kualitatif terdiri dari tiga yaitu kata, gambar dan video. Penelitian ini menggunakan data berupa kata-kata/kalimat dan berdasarkan tujuan penelitian yaitu untuk mengeksplorasi ide dari para ahli perumahsakitannya tentang akuntabilitas. Teknik analisis data yang digunakan adalah *text proxy for experience* dengan menggunakan *free flowing of text* yaitu memberikan kode pada kata dan menghitung kata yang muncul pada seluruh rangkuman hasil wawancara (Bernard and Ryan, 1998).

7. Pengecekan validitas temuan

Untuk menjamin validitas temuan ini maka dilakukan triangulasi sumber data dengan mewawancarai beberapa informan serta melakukan kajian literatur (Morse, Barrett et al. 2008; Denzin and Lincoln 2011).

8. Tahap-tahap penelitian dan jadwalnya:

a. Penyusunan proposal Juni – Agustus 2012

b. Pengumpulan data November- Desember 2012

c. Analisis data: Januari - Februari 2013

d. Penulisan laporan: Maret 2013

B. Metode Penelitian Kuantitatif.

1. Rancangan Penelitian

Penelitian tahap kedua bertujuan untuk melakukan verifikasi, model konseptual akuntabilitas RS sehingga di gunakan pendekatan kuantitatif dengan *multivariate analysis* oleh karena penelitian ini menganalisis beberapa variabel (Tatham and Black 1998). Pada penelitian ini telah dikembangkan enam variabel yaitu moral, kewajiban, *bounded rational decision*, *visibility* (tampak jelas), dapat dimengerti dan *utility* (kemanfaatan), *accountability*. Ke enam variabel tersebut diatas belum dapat dikategorikan mana yang dependen dan independen dan akan dianalisis untuk mencari model konseptual yang sesuai. Oleh karena itu menurut Tatham and Black (1998) teknik analisis yang tepat adalah *confirmatory faktor analysis*.

Melalui *confirmatory faktor analysis* peneliti dapat menilai kontribusi setiap indikator atau beberapa bagus tingkat kepercayaan suatu indikator terhadap konsep yang diukur. Dengan kata lain, untuk mengonfirmasi apakah variabel indikator yang digunakan dapat mengonfirmasi sebuah faktor(Ferdinand 2005).

2. Lokasi dan Waktu

Penelitian ini dilakukan selama tiga bulan. Tujuan dari tahap kedua adalah melakukan verifikasi model konseptual akuntabilitas RS, sehingga kuesioner disebarakan pada 34 RS yang berada di kawasan Indonesia Timur meliputi Provinsi Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Kalimantan Timur, Jayapura, - rumah sakit

tersebut adalah:

- 1) RS Haji Makassar
- 2) RS Ibnu Sina
- 3) RS Jala Ammari
- 4) RS Bhayangkara
- 5) RS Khadijah
- 6) RS Labuang Baji
- 7) RS Mitra
- 8) RS Sayang Rakyat
- 9) RS Stella Maris
- 10) RS Tadjuddin Chalid
- 11) RS Grestelina
- 12) RS H Darjad
- 13) RS Bulukumba
- 14) RS Bantaeng
- 15) RS Takalar
- 16) RS Gowa
- 17) RS Maros
- 18) RS Pangkep
- 19) RS Barru
- 20) RS Pare-Pare
- 21) RS Sengkang
- 22) RS Sidrap
- 23) RS Sinjai

- 24)RS Belopa Luwu
- 25)RS Sawerigading
- 26)RS Enrekang
- 27)RS Sangata
- 28)RS Perikesit
- 29)RS Samboja
- 30)RS Berau
- 31)RS Madani Palu
- 32)RS Anutapura
- 33)RS Mamuju
- 34)RS Jayapura

3. Populasi dan Teknik Sampel

Populasi penelitian adalah seluruh staf manajemen di RS seluruh Indonesia. Metode sampling yang digunakan adalah *purposive sampling* dengan persyaratan responden tersebut merupakan tim manajemen RS. Asumsinya bahwa responden ini memiliki pemahaman dan pengalaman tentang manajemen rumah sakit yang sesuai dengan topik akuntabilitas RS pada kuesioner. Penelitian ini menggunakan *confirmatory factor analysis* yang membutuhkan sampel besar yaitu >200 sampel, sehingga setiap RS dipilih minimal terdapat sepuluh responden sehingga dicapai 360 responden sebagai batas minimal responden untuk dianalisis nilai *loading factor* (Tatham and Black 1998).

4. Instrumen Pengumpulan data

Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner yang disusun dari hasil *in-depth interview* dan kajian pustaka. Kuesioner disebarikan kepada 360 orang yang diasumsikan paham dalam bidang perumahsakitian yang bekerja sebagai pejabat struktural di rumah sakit.

Setelah kuesioner dikirimkan, masing-masing pakar, praktisi, dan pengambil kebijakan ditelepon untuk mendorong agar dapat memberikan respon terhadap kuesioner dalam waktu yang ditentukan. Jika dalam waktu dua minggu, tidak diperoleh respon maka calon responden dikirim kembali kuesioner baik secara fisik maupun virtual. Selain itu, calon responden yang belum memberikan respon juga ditelepon kembali.

5. Analisis data

Pada *confirmatory factor analysis*, yang dinilai adalah nilai *loading factor*. Untuk menilai kecocokan, kesesuaian atau unidimensionalitas dari indikator-indikator yang membentuk sebuah dimensi atau faktor, maka digunakan nilai λ atau dikenal sebagai *loading factor*. Bilai nilai λ memiliki nilai $\geq + 0,5$ maka indikator tersebut dapat menjelaskan variabel laten yang dibentuk. Namun menurut Tatham and Black (1998) *signifikansi faktor by load* tergantung dari besar sampel.

Tabel 6. Pedoman untuk mengidentifikasi makna muatan faktor berdasarkan ukuran sampel

Faktor Loading	Kebutuhan ukuran sampel untuk pemaknaan
0.30	350
0.35	250

Faktor Loading	Kebutuhan ukuran sampel untuk pemaknaan
0.40	200
0.45	150
0.50	120
0.55	100
0.60	85
0.65	70
0.70	60
0.75	50

*pemaknaan tingkat makna dasar adalah .05 (α), sebuah tingkat kekuatan dari 80%, dan standar kesalahan kira-kira menjadi dua kali koefisien hubungan konvensional.

Sumber : Perhitungan dibuat oleh *SOLO Power Analysis*, BPM DP Statistical Software Inc, 1993.

Pada penelitian ini besar sampel adalah 360 sehingga signifikansi faktor loading yang digunakan adalah 0.30.

- a. Faktor muatan berada pada rentang +0,30 sampai +0,40 mempertimbangkan pertemuan tingkat minimal untuk interpretasi struktur.
- b. Muatan +0,50 atau lebih besar mempertimbangkan makna sebenarnya.
- c. Melebihi 0,70 mempertimbangkan indikasi definisi struktur yang benar dan merupakan tujuan dari beberapa faktor analisis.

Menurut Tatham and Black (1998) proses interpretasi faktor adalah sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi nilai *loading faktor*

- b. Mengidentifikasi signifikansi nilai faktor loading setiap variabel, ketika sebuah variabel memiliki lebih dari satu variabel yang signifikan maka disebut terjadi *cross loading*
- c. Menilai *communality* yaitu mengidentifikasi setiap variabel yang tidak memiliki minimal satu nilai *faktor loading* yang signifikan
- d. *Respecify* model faktor yang yang diperlukan
- e. Melabel faktor yang signifikan

117

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menggunakan metode *mixed method* yang terdiri atas dua tahap yaitu tahap pertama dengan metode kualitatif dan tahap kedua menggunakan metode kuantitatif. Penelitian tahap pertama menggunakan studi eksploratif dengan desain kualitatif untuk mengeksplorasi dimensi dan indikator konsep akuntabilitas RS di Indonesia pada era reformasi pelayanan kesehatan dengan menggunakan metode *conceptual mapping*. Studi eksploratif digunakan, karena kajian tentang model akuntabilitas RS di Indonesia belum ada sebelumnya. Sedangkan penelitian tahap kedua menggunakan desain hipotetik deduktif untuk memverifikasi model konseptual pengukuran akuntabilitas RS di Indonesia pada era reformasi perumahsakitannya.

Penelitian ini terdiri dari dua tahap: 1) Studi eksplorasi dengan desain kualitatif, 2) Desain kuantitatif untuk memverifikasi model pengukuran dengan menggunakan *confirmatory factor analysis* untuk menghasilkan model konseptual akuntabilitas RS di era reformasi pelayanan kesehatan.

Sehingga laporan penelitian ini juga terdiri dari dua bagian utama yaitu:

- a. Data dan hasil penelitian tahap kualitatif
- b. Data dan hasil penelitian tahap kuantitatif

A. Mengeksplorasi dimensi dan indikator konsep akuntabilitas RS di Indonesia pada era reformasi pelayanan kesehatan dengan menggunakan metode *conceptual mapping*

Pengembangan dimensi akuntabilitas ini dilakukan studi eksploratif dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan kajian pustaka. Tujuannya untuk menggali ide dan pandangan para ahli manajemen perumahsakitannya tentang dimensi dan indikator akuntabilitas RS. Para pakar yang berhasil diwawancarai adalah :

1. Dosen ilmu manajemen RS (WJP, ACS)
2. Dosen ilmu manajemen (IS)
3. Dosen yang ilmu Publik administrasi (DT),
4. Asosiasi Profesi (KDR)
5. Praktisi RS (SAP, NP, SS, SR)
6. Dewan Pengawas RS (IJ),
7. Regulator: (Mantan Dirjen BUK Kemenkes RI (SPR),
8. Legislator (Anggota Komisi IX DPR RI, NS, SD)
9. Direktur RS Swasta (TD, MT),
10. Masyarakat (R dan I)

Keseluruhan informan ini diwawancarai dengan menanyakan ide mereka tentang 1) apa yang dimaksud akuntabilitas?, 2) unsur apa saja yang harus akuntabel di RS bila disesuaikan dengan tuntutan reformasi pelayanan kesehatan, 3) siapa saja yang harus akuntabel di RS bila disesuaikan dengan tuntutan reformasi pelayanan kesehatan, 4) kepada siapa RS harus akuntabel bila disesuaikan dengan tuntutan reformasi pelayanan kesehatan, 5) bagaimana mengukur akuntabilitas RS, 6) mekanisme apa yang harus dilakukan untuk menjamin bahwa sebuah RS akuntabel. Pertanyaan ini bertujuan untuk mendapatkan ide mengenai akuntabilitas RS, dan tidak bertujuan untuk menguji pengetahuan informan, tetapi digunakan sebagai dasar dalam membuat *conceptual mapping* tentang model akuntabilitas RS di Indonesia yang tepat sesuai konteks era reformasi kesehatan. Hasilnya dijadikan dasar untuk menyusun indikator yang tepat untuk penilaian akuntabilitas RS di Indonesia.

Setiap informan dihubungi melalui telepon atau email untuk meminta persetujuan sebagai responden penelitian. Kemudian peneliti mengirimkan via email penjelasan tentang tujuan penelitian, daftar pertanyaan serta formulir persetujuan dan penjelasan. Setelah itu, peneliti menghubungi kembali informan, yang bersedia diwawancarai baik langsung atau dengan menjawab pertanyaan via email atau melalui telepon. Beberapa informan berhasil diwawancarai langsung,

namun terdapat informan yang di wawancarai melalui hubungan telepon.

Seluruh informan menjelaskan pemahamannya sesuai dengan pengalaman dan pengetahuannya, bahkan ada yang menjawab sangat teoritis. Terlihat jawaban yang berbeda antara informan yang diwawancarai langsung oleh peneliti dengan informan yang diwawancarai melalui email. Informan yang menjawab melalui email menghasilkan jawaban yang terstruktur bahkan seperti menjelaskan teori akuntabilitas.

Pada saat wawancara, peneliti melakukan pencatatan dan perekaman. Semua informan yang diwawancarai nampak serius menjelaskan. Beberapa informan menjelaskan sesuatu sering keluar dari topik wawancara, dan menjelaskan pengalamannya mengelola RS. Selain itu, terdapat juga informan yang sedikit resisten pada saat menjawab pertanyaan, dan menyarankan untuk berdiskusi dengan stafnya. Padahal yang ingin dieksplorasi oleh peneliti adalah pandangan informan dan bukan menguji pengetahuan informan. Masalah lain yang ditemui adalah terdapat sedikit hambatan psikologis dalam wawancara, karena salah seorang informan kunci adalah pejabat Kementerian Kesehatan RI. Hambatan psikologis pertama terjadi karena status peneliti sebagai mahasiswa dan hambatan umur. Sehingga peneliti kurang dapat mengeksplorasi

dengan baik jawaban informan dan terdapat keterbatasan waktu saat wawancara.

Hasil pencatatan kemudian dibandingkan dengan hasil perekaman untuk mencegah adanya informasi yang hilang, termasuk membuat *field notes* saat wawancara. Setelah seluruh hasil wawancara dikumpulkan, maka peneliti membuat matriks wawancara, lalu menghitung kata-kata yang muncul pada setiap item pertanyaan. Hasil wawancara ini di analisis dengan menggunakan metode *text as proxy for experience* yang menggunakan analisis teks dengan menghitung kata. Kata yang muncul pada setiap informan dihitung (Denzin and Lincoln 2011). Sehingga diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 7. Hasil analisis *text as proxy for experience*

NO	Pertanyaan Kunci	Unsur Jawaban												
		TGJW	TRP	PRTSPS	CHNBL	ETIKA	RESP	ANSWER	BLMWORT	LIABLE	STOR			
1	Defnisi													
	Frekuensi	12x	9x	1x	1x	1x	2x	1x	1x	1x	1x			
2	Unsur	ADM	KEU	LYMDC	FARM	LYPER	MULYKL	PGSDM	PGSAR	PGKEU	RENJA	KBJKN	SOP	CLPRV
	Frekuensi	3x	5x	2x	2x	2x	3x	2x	3x	2x	2x	2x	1x	1x
3	Siapa	DOKTER	PRWT	APOTK	MNJR	PSTDD	PDDK	PEMLK	SUPPL					
	Frekuensi	5X	5X	3X	6X	1X	1X	2X	1X					
4	Kepada Siapa	MASYK	PEMLK	PEMRTH	PSTDD	PDDK	CINTL	PROFESI						
	Frekuensi	6X	3X	4X	1X	1X	2X	1X						
5	Mekanisme	LAPORAN	XBANNER	FORUM										
	Frekuensi	3X	1X	2X										

Keterangan :

TGJW	=	Tanggung jawab
TRP	=	Transparansi
PRTSPS	=	Partisipasi
CHNBL	=	<i>check and balance</i>
ETIKA	=	etika
ANSWER	=	<i>answerability</i>

BLMWORT	=	<i>blameworthyies</i>
LIABLE	=	Liability
STDR	=	Standar
ADM	=	Administrasi
KEU	=	Keuangan
Farmasi	=	Layanan obat
MULYKL	=	Mutu pelayanan klinik
PGSDM	=	Pengelolaan SDM
PGSAR	=	Pengelolaan sarana
PGKEU	=	Pengelolaan keuangan
RENJA	=	Rencana kerja
KBJKN	=	Kebijakan
SOP	=	Standar Operasional Prosedur
DOKTER	=	Dokter
PRWT	=	Perawat
APOTK	=	Apoteker
MNJR	=	Manajer
PSTDD	=	Peserta didik
PDDK	=	Pendidik
PEMLK	=	Pemilik
SUPPL	=	<i>Supplier</i>
MASYK	=	Masyarakat
PMLK	=	Pemilik
PEMRTH	=	Pemerintah
PSTDD	=	Peserta didik
PDDK	=	Pendidik
PROFESI	=	Profesi

1. Definisi

Dari sejumlah informan yang ditanyakan apa definisi akuntabilitas, terdapat sembilan orang yang menjawab bahwa pengertian akuntabilitas berhubungan dengan kata tanggung jawab dan istilah ini muncul sebanyak dua belas kali. Berikut ini adalah kutipan jawaban responden sbb :

Akuntabilitas adalah bentuk pertanggungjawaban sebuah tindakan/ produk barang/jasa, yang direncanakan, dijanjikan dan diberikan kepada pihak lain (konsumen) dan pihak-pihak yang berkepentingan (share holder) .(dr.S).

*Akuntabilitas secara harfiah dalam bahasa inggris disebut dengan *accountability* yang diartikan sebagai "yang dapat dipertanggungjawabkan". Atau dalam kata sifat disebut *accountable* (dr. Su)*

Perwujudan kewajiban untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (ANS)

Bagi saya akuntabilitas itu adalah suatu mekanisme untuk mempertanggungjawabkan tugas yang diberikan kepada manajer, kepada masyarakat, kepada stakeholder. (IJ)

*Akuntabilitas pada beberapa ada yang mengartikan transparansi tetapi kalau kita melihat prinsip-prinsip *governance*, ada yang membedakan transparansi dan dapat dipertanggung jawabkan. Jadi ada hubungan antara dua pihak yang memberikan informasi kinerjanya kemudian dapat dinilai, dapat dipertanggungjawabkan,(AC)*

Baik jadi mungkin kita berbicara dalam lingkup bahasa masyarakat yah karena bagaimanapun juga rumah sakit itu kan fokusnya harus pada masyarakat atau pada pasien. Jadi kalau bahasa masyarakat akuntabilitas itu kalau menurut saya bahwa pertanggungjawaban dan keterbukaan.(WJP)

..... jadi menurut saya sendiri akuntabilitas itu tanggung jawab saya sebagai pejabat tentunya bersama dengan jajaran saya di rumah sakit, (NP)

Bentuk pertanggungjawaban antara pembuat kebijakan dan apa yang dilaksanakan dan diputuskan kepada publik dan stakeholders (AKDR)

akuntabilitas itu tanggung jawab (TGJW) saya sebagai pejabat tentunya bersama dengan jajaran saya di rumah sakit (SI)

Dimensi lain hanya dijelaskan rata-rata oleh satu responden seperti: partisipasi, *check and balance*, etika, *answerability* dan *blameworthy*.

Hal ini sejalan dengan beberapa peneliti terdahulu antara lain, Jabbra and Dwivedi (1989) yang mengkaji pengertian akuntabilitas yang tetap harus mempertimbangkan unsur lain seperti kemampuan untuk menjawab (*answerability*), sejalan dengan Sinclair (1995; Schillemans 2008) dan Scheduler (1999) yang menyatakan bahwa akuntabilitas merupakan hubungan dua pihak yang didalamnya terdapat tanggung jawab (*responsibility*) untuk menjelaskan (*answerability*).

Istilah akuntabilitas adalah istilah yang dikenal dalam pengelolaan pemerintahan yang modern. Dalam pengertian akuntabilitas sebenarnya sangat luas. Meski istilah ini awalnya sangat berhubungan erat dengan istilah *accounting* dalam keuangan, namun dalam perkembangannya menjadi istilah yang lebih luas. Beberapa *expert* telah mendefinisikan akuntabilitas sebagai tanggung jawab. Pertama, Friedrich (1940) mendefinisikan akuntabilitas sebagai suatu tanggungjawab. Akuntabilitas profesi dijelaskan bahwa bagaimana para profesional bertanggung jawab untuk melaksanakan tugas dan fungsi sesuai standar profesi yang ditetapkan. Definisi ini masih belum mempertimbangkan peranan masyarakat yang memiliki kontrol terhadap profesi, dimana masyarakat adalah penerima dampak dari tugas profesi tersebut. Sehingga dalam hal

pelaksanaan tanggung jawab, RS bertanggung jawab menyediakan pelayanan yang berkualitas kepada para *stakeholder*.

Selanjutnya, Finer (1941) mendefinisikan akuntabilitas sebagai tanggung jawab dengan mempertimbangkan kendali eksternal. Menurut Finer (1941) seorang professional cenderung tidak dapat memutuskan apa yang tepat untuk masyarakat umum, karena lebih cenderung mengacu pada kode etik profesi mereka, yang dapat saja tidak sejalan dengan kepentingan masyarakat. Sehingga perlu kendali eksternal untuk melihat suatu tindakan dapat dipertanggung jawabkan atau tidak.

Definisi lain dikembangkan oleh Day and Klein (1987) bahwa akuntabilitas merupakan perjanjian antara dua individu terhadap hasil sebuah kinerja. Sehingga akuntabilitas selalu mengandung pengertian tanggung jawab satu pihak terhadap pihak lain yang berkaitan dengan kinerja. Definisi akuntabilitas mengandung unsur *responsibilitas*. Rumah sakit merupakan organisasi yang kompleks memiliki tanggung jawab kepada beberapa *stakeholder*, pemilik, pasien, *supplier*, pihak penjamin, pembayar dan masyarakat (Emanuel and Emanuel 1996a; Emanuel 1996b).

Akuntabilitas adalah suatu proses yang didalamnya terdapat unsur tanggung jawab dan transparansi. Menurut kamus, tanggung jawab adalah suatu kondisi atau keadaan dimana kita memiliki tugas untuk melakukan sesuatu terhadap seseorang. Sedangkan menurut Bivins

(2006) tanggung jawab adalah sejumlah tugas atau fungsi sah menurut hukum yang dilakukan oleh seorang pekerja, organisasi profesi, pengadilan atau organisasi lainnya. Ditambahkan bahwa tanggung jawab adalah suatu tugas yang diberikan kepada seseorang yang berkaitan dengan tugas dan fungsi orang tersebut dalam suatu organisasi. Sehingga didalam tanggung jawab ada kewajiban, ada moral (Shaw, Barry *et al.*, 2010).

Kadang-kadang orang membuat istilah tanggung jawab dan dapat dipertanggungjawabkan (akuntabel) secara bergantian, namun dalam buku *responsibility and accountability* yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan UK (2010) tidak dapat digunakan secara bergantian karena kedua istilah ini memiliki pengertian yang berbeda. Tanggung jawab adalah sejumlah tugas atau fungsi yang dibebankan pada seseorang sesuai dengan tugasnya sedangkan *accòuntable* adalah menggambarkan hubungan antara praktisi dan organisasi yang didalamnya ada sanksi jika praktisi tersebut gagal melakukan tanggung jawabnya terhadap organisasi. Jadi ada kata kunci "sanksi" yang membedakannya.

Llewyn 1988 dalam (Lindkvist and Llewellyn, 2003; Frunzã, 2011) istilah tanggung jawab lebih bermakna moral dan bersifat lebih komprehensif yang berarti melakukan sesuatu yang dapat menyenangkan orang. Tanggung jawab dalam kesehatan dapat dibagi menjadi tanggung

jawab profesi, tanggung jawab klinik, tanggung jawab medis, tanggung jawab para perawat dan tanggung jawab manajerial (Health, 2010).

Definisi tanggung jawab ini merupakan dimensi akuntabilitas, artinya suatu pekerjaan yang *accountable* harus ada unsur tanggung jawabnya yang mengandung makna moral, kewajiban (obligasi) dan otonomi. Lichtenberg dalam (Frunzä, 2011) menjelaskan bahwa tanggung jawab merupakan sesuatu hal yang secara alamiah merupakan perbuatan "baik" artinya melakukan sesuatu yang baik bagi masyarakat adalah tanggung jawab sosial seseorang. Tindakan tanggung jawab adalah keterlibatan manusia terhadap manusia lain, masyarakat, sistem hukum. Tanggung jawab sosial adalah bagian dari sistem sosial yang secara sadar dan bebas untuk melakukan yang terbaik untuk orang lain. Dari pengertian ini maka, unsur tanggung jawab mengandung makna moral, otonomi dan pengambilan keputusan. Jadi tanggung jawab adalah tindakan yang wajib dilaksanakan suatu pihak ke pihak lain sesuai tupoksi yang melekat. Sehingga untuk menjadi akuntabel RS harus menjalankan tanggung jawabnya yang mengandung unsur moral, kewajiban dan pengambilan keputusan terhadap *stakeholdernya*.

a. Moral

Moral adalah standar perilaku yang memiliki dampak yang serius terhadap kemanusiaan. (Shaw, Barry *et al.*, 2010). Sumber moral : *justification, agama, ethical relativism* (kebiasaan masyarakat).

Moral atau moralitas dipakai untuk perbuatan yang sedang dinilai. Teori Moral akan menjelaskan mengapa suatu tindakan dianggap benar atau tidak. Jika terdapat suatu tindakan yang dianggap bertentangan dengan etik yang dipahami maka dengan mengaplikasikan teori moral kita dapat mengevaluasi nilai-nilai moral yang diyakini (Herman, 1977; Raws, 1974). Definisi operasional moral adalah bagaimana RS dikelola dengan memperhatikan aspek etik dan dampaknya terhadap masyarakat.

Menurut *institutional theory* bahwa organisasi tidak hanya berkompetisi untuk sumber daya dan pelanggan tetapi juga berkompetisi untuk kekuatan politik dan legitimasi organisasi agar dapat memenuhi keinginan lingkungan sosial disekitarnya. Lingkungan menginginkan organisasi dijalankan sesuai dengan nilai, norma, aturan dan kepercayaan yang berlaku pada masyarakat (Hatch and Cunliffe, 2006). Oleh karena itu, RS sebagai organisasi sosial diharapkan menjadikan nilai moral ini sebagai landasan dalam menjalankan organisasi.

Moral dan etik adalah unsur yang tidak dapat dipisahkan. Nilai adalah etik organisasi yang dijadikan dasar dalam menentukan tujuan organisasi, pengambilan kebijakan dan menentukan bagaimana seharusnya anggota organisasi berperilaku dalam organisasi tersebut (George, Jones *et al.*, 1996).

Etika dipakai untuk pengkajian sistem nilai-nilai yang ada. Kajian tentang moral tidak terlepas dari konsep etik. Menurut *Encyclopedia Britanica*: etika adalah filsafat moral, yaitu studi yang sistematis mengenai sifat dasar dari konsep-konsep nilai baik, buruk, harus benar, salah, dsb. Sejalan dengan pendapat Ki Hajar Dewantara (1962) etika adalah ilmu yang mempelajari segala soal kebaikan dan keburukan dalam kehidupan manusia semuanya teristimewa yang mengenai gerak gerik pikiran dan rasa yang dapat merupakan pertimbangan dan perasaan sampai mengenai tujuannya yang dapat merupakan perbuatan.

Etika : ethos : watak kesusilaan atau adat

Moral : Mores : adat atau cara hidup

Teori moral dapat digunakan sebagai dasar untuk pemberi pelayanan kesehatan sebagai dasar penilaian etik terhadap pelayanan yang disajikan (Beauchamp, 2001). Prinsip dari *biomedik ethic* merupakan kerangka teori dalam memikirkan masalah moral dalam pelayanan kedokteran di RS. Etik melibatkan kode moral seperti (Beauchamp and Childress, 2001) :

- 1) Kepedulian terhadap pasien sebagai seorang individu yang berarti menghargai individu sebagai seorang pribadi yang memiliki otonomi

- 2) Tindakan klinik yang berdasarkan prinsip *Beneficience and non maleficience*
- 3) Kerahasiaan : menghargai orang
- 4) Loyalitas
- 5) *Informed consent* : menghargai orang
- 6) Bekerja dalam sebuah tim
- 7) Dokter sebagai pasien
- 8) *Primum non nocere*

Beauchamp and Childress (2001) menjelaskan bahwa prinsip dari biomedik etik mengandung 4 unsur di bawah ini:

- 1) *Respect for person : Personal autonomous and autonomous choice*
- 2) *Beneficience : Bring Benefit and do no harm*
- 3) *Non Maleficience:*
- 4) *Justice*

Oleh karena itu mengembangkan indikator moral harus mengacu pada empat prinsip *bioethics* seperti dijelaskan di atas.

Seperti dijelaskan sebelumnya, maka yang disusun untuk variabel moral adalah bagaimana pelayanan medis disajikan di rumah sakit memenuhi unsur moral. Implikasinya adalah rumah sakit menyajikan pelayanan yang berdasarkan prinsip *bioethics* yaitu prinsip

menghargai orang, menyajikan pelayanan yang bertujuan untuk peningkatan kesehatan pasien, dan tidak membahayakan jiwa pasien, serta berkeadilan.

Penyajian pelayanan dengan memperhatikan aspek moral harus menjadi bagian dari nilai organisasi dan nilai individu yang bekerja didalamnya. Nilai itu dapat tercermin dari kebijakan yang diambil di organisasi dan perilaku individu yang bekerja didalamnya.

Penerapan SJSN dapat membuka celah untuk terjadinya moral *hazard*. Sistem pembayaran pada RS rujukan tingkat lanjut menggunakan *Indonesia-Case Base Group* (INA-CBGs), memberikan kekuasaan yang tinggi pada manajemen untuk mengelola sumber daya. Terjadi perubahan sistem pembayaran jasa medik dari *fee for services* ke sistem remunerasi. Oleh karena itu tuntutan untuk akuntabel semakin tinggi. RS dapat saja melakukan *fraud*, yaitu penyajian layanan medis kepada pasien yang tidak sesuai indikasi medis atau bahkan tidak menyajikan layanan namun dilaporkan diberikan. Hal ini hanya dapat dicegah dengan menerapkan prinsip bioetik. RS harus dapat mempertanggungjawabkan seluruh layanan yang disajikan baik itu kepada pasien dan payer dalam hal ini BPJS. RS harus membuat kebijakan yang memiliki nilai moral untuk menghindari terjadinya *fraud*.

Lebih lanjut tentang prinsip pertama dalam bioetik yaitu menghargai orang. Artinya bahwa pemberi pelayanan di RS harus menjelaskan kebenaran yang ada kepada pasien, menghargai privasi, melindungi kerahasiaan informasi pasien, memperoleh persetujuan dari pasien sebelum melakukan tindakan medis serta membantu memberikan keputusan penting saat dimintai pertolongan oleh pasien.

Pengelolaan rumah sakit saat ini menitik beratkan pada penjaminan mutu sehingga RS diharuskan¹¹¹ untuk menstandarisasi pelayanan yang disajikan. Sesuai dengan ketentuan UU bahwa setiap RS harus terakreditasi nasional maupun internasional. Akreditasi nasional sekarang mengacu pada standar-standar yang dibuat oleh *Joint Commission International Committee (JCI)* yang berfokus pada *patient safety*. Pada *patients safety*, unsur moral dan etik sangat ditekankan dalam pemberian pelayanan kepada pasien. Hal ini dapat dilihat pada standar keselamatan pasien, standar yang paling pertama adalah hak pasien.

Pasien yang berkunjung ke RS adalah makhluk hidup yang sadar dan memahami dunia melalui persepsi dan mengkonseptualisasikan sesuai kenyataan yang ditemui. Pasien menggunakan inteligensianya untuk memecahkan masalah dan membuat pilihan-pilihan sehingga secara etik dan moral RS harus mempertimbangkan hal ini. Salah satu yang penting pada aspek ini

adalah dalam pengambilan keputusan. RS harus menghargai kebebasan individu dalam mengambil keputusan medik.

Namun demikian, kenyataannya tidak selalu mudah untuk menyerahkan keputusan pilihan tindakan medis kepada pasien, karena terdapat keterbatasan pada pasien. Contohnya, informasi yang tidak adekuat tentang kondisi dan penyakit pasien. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi otonomi pasien yaitu identitas diri, evaluasi diri dan kapabilitas untuk otonomi (Entwistle, Carter *et al.*, 2010). Oleh karena ketiga aspek di atas, maka para dokter juga harus melindungi hak pasien yang memiliki keterbatasan otonomi, misalnya pada pasien dalam keadaan *terminal ill* dan anak-anak (Goldstein, 1977). Sehingga beberapa penelitian ditemukan bahwa pada etnis tertentu, lebih menyerahkan keputusan medis kepada keluarga seperti *Korean-American* dan *Mexican-American* (Blackhall, Murphy *et al.*, 1995). Hal ini harus dihargai karena merupakan keputusan pasien yang berhubungan dengan keputusan tentang tindakan medis. Sehingga RS harus memberikan kesempatan bagi pasien untuk berdiskusi dengan keluarga sebelum mengambil keputusan.

Seorang pasien harus diberikan pilihan, dijelaskan segala fakta, manfaat dan efek samping suatu tindakan serta memberikan kesempatan kepada pasien untuk memilih sendiri, tanpa ada paksaan atau pengaruh dari pihak manapun (Entwistle, Carter *et al.*, 2010).

Parker dalam Clarke and Oakley (2007) mengembangkan tentang *evidence based-patient choice* yang menjelaskan bahwa terdapat dua konsep keputusan medis yang akan dilakukan oleh dokter berdasarkan *evidence base medicine* dan mempertimbangkan keputusan pasien yang memiliki nilai. Konsep ini akan meningkatkan hubungan pasien-dokter dalam peranan etik dan komunikasi.

Terdapat beberapa kondisi yang dapat menjadi dilema dalam memberikan *informed consent*, khususnya saat harus menyampaikan kebenaran. Contoh kasus pada pasien kanker, sering menjadi dilema apakah mengikuti prinsip etik bahwa memberitahu kebenaran pada pasien tentang ketidakpastian hasil terapi yang mungkin terjadi dan hal ini dapat membuat pasien menolak terapi, tetapi disatu sisi penolakan terapi juga akan membahayakan keselamatan pasien. Forman and Ladd (1989) menyatakan bahwa dalam kondisi ini seharusnya dokter memberikan penjelasan secara berhati-hati pada pasien serta menjelaskan dengan baik mengapa merekomendasikan suatu tindakan pada pasien. Informasi harus diberikan kepada pasien sebelum mengambil keputusan medis, karena informasi tersebut memberikan manfaat terapeutik bagi pasien, dan dapat bekerjasama dengan baik dalam menjalani perawatannya (Waller and Repko, 2008).

Informed consent berhubungan dengan hak pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih baik. Menurut Annas

(1998), *informed consent* adalah hak yang paling penting bagi pasien di dalam *patients' bill of rights* dinyatakan bahwa pasien memiliki hak untuk memperoleh informasi yang berhubungan dengan tindakan medis, untuk ikut berpartisipasi dalam penanganan medis, penanganan keluhan khususnya terhadap kasus-kasus sulit. Menurut Beauchamp (1989), jika seseorang memiliki hak, maka orang lain memiliki tugas untuk menghormati hak tersebut.

Selanjutnya, *informed konsent* terdiri dari lima elemen, yaitu: pemberian informasi, pengertian, sukarela, *competent* dan persetujuan. Untuk mendapatkan persetujuan, profesi dokter ataupun peneliti harus memberikan penjelasan kepada pasien. Menurut *Helsinki Declaration* (1964), informasi yang harus diberikan kepada pasien atau manusia yang terlibat dalam penelitian adalah manfaat, risiko dan akibat suatu tindakan atau penelitian terhadap objek. Menurut *Nurumburg Code* bahwa partisipan dalam hal ini pasien seharusnya mengetahui metode, tujuan dan sifat suatu tindakan. Selain itu ditambahkan oleh O'Neil dalam Helgesson, Ludvigsson *et al.* (2005) bahwa aspek yang paling penting juga dijelaskan adalah biaya dan manfaat tindakan medis. Aspek ke dua yang penting adalah pengertian. Informasi yang diberikan sejas-jelasnya tidak berguna jika pasien tidak mengerti. Aspek ketiga adalah kompeten yaitu kemampuan seseorang secara psikologi dan fisik untuk melakukan sesuatu. (Beauchamp and Childress, 2001)

menyatakan bahwa kompetensi merupakan suatu prekondisi untuk dapat menjadi otonomi, sehingga orang yang memiliki otonomi tersebut dianggap memiliki kompeten dalam memutuskan sesuatu.

Di Indonesia aturan tentang *informed consent* terdapat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran. Pada dokumen ini dijelaskan definisi persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien. Terdapat poin penting kata: "setelah mendapatkan penjelasan". Kadang-kadang hal ini dilupakan oleh pemberi pelayanan, karena sering terjadi kekeliruan bahwa *informed consent* hanya sekedar terdapat tanda tangan persetujuan dari keluarga pasien. Padahal yang penting adalah proses dan informasi yang diberikan sebelum mendapatkan konsen dari pasien.

Berdasarkan di atas, maka dokter memiliki kewajiban untuk menyediakan informasi dan memperoleh persetujuan dari pasien sebelum memberikan tindakan medis. Pasien dapat meminta penjelasan tentang efek samping obat dan dapat berdiskusi dengan dokter tentang penyakitnya. Hak dan kewajiban dapat saja bertentangan. Oleh karena itu beberapa hak menjadi hak yang bernilai

hukum. Beberapa negara membuat hukum *informed consent* (America, Canada, Australia and UK). Keempat negara ini menjadikan *informed consent* sebagai bagian dari kewajiban hukum pada saat penanganan pasien dan penelitian (Milburn, 2001). Bahkan di Amerika, karena adanya penurunan nilai moral dalam pelayanan kesehatan maka salah satu proposal perbaikan sistem kesehatan adalah perlindungan terhadap kebebasan pasien. Terdapat tiga nilai utama yang diajukan oleh komite etik kesehatan yaitu kesamaan kesempatan, *compassion* dan keadilan. Seluruh pendukung perbaikan sistem kesehatan di Amerika mendukung adanya otonomi pasien dalam menentukan tindakan medis yang akan diterima yang dikenal *consumer informed choice* (Sade, 2008). Mengacu pada aturan ini, maka *Joint Commision International* (JCI) lembaga akreditasi internasional yang berdasarkan *patient safety* menjadikan *informed consent* sebagai salah satu dokumen yang wajib ada pada setiap tindakan medik di RS.

Aspek kedua yaitu menghargai privasi pasien, hal ini merupakan salah satu tanggung jawab dokter. Dalam sumpah Hipocrates dijelaskan bahwa apa yang saya lihat atau dengar pada saat melakukan pengobatan terhadap pasien akan tetap saya jaga kerahasiaannya dan tidak akan menceritakan keluar. Di Amerika, aturan ini dijadikan aturan hukum bagi dokter dalam menjaga kerahasiaan pasien. Menghargai privasi pasien dan menjaga kerahasiaan

(*confideality*) adalah tanggung jawab paling dasar seorang profesional yang bekerja di RS (Moskop, Marco et al., 2005). Orang yang akan memberikan persetujuannya seharusnya bebas dari tekanan atau pengaruh orang lain, dan mengambil keputusan berdasarkan pengetahuan dan informasi yang dimiliki (Appelbaum, 1987; Kerridge.L, 1998).

Warren and Brandeis, mendefinisikan privasi sebagai hak untuk dibiarkan sendiri, atau sering diartikan sebagai kebebasan untuk tidak terekspos atau terganggu oleh orang lain. Terdapat tiga penggunaan privasi yaitu privasi fisik, informasi, dan keputusan. Dalam pelayanan kesehatan, privasi fisik merupakan hal yang sulit karena adanya pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh seorang dokter ataupun perawat. Demikian juga dengan privasi terhadap informasi, karena seorang dokter akan memberitahukan kondisi pasien kepada perawat untuk dapat ditangani, namun pasien berharap agar akses mengenai informasi tentang kondisi pasien dapat dibatasi.

Menurut Westin Nayeri and Aghajani (2010) privasi didefinisikan pada 4 konteks yaitu *solitude, intimacy, anonymity and reserve*. Namun secara umum privasi mengandung dua unsur yaitu otonomi dan kerahasiaan. Leino-Kilpi, Välimäki et al. (2001) menambahkan bahwa privasi pasien selain memiliki aspek *physical*, juga memiliki privasi dalam hal *spiritual, psikososial* dan aspek kerahasiaan. Penerapan

konsep privasi pada pelayanan kesehatan membutuhkan kajian yang cermat, karena terkadang RS tidak dapat melindungi privasi pasien, khususnya di ruang gawat darurat. Gangguan terhadap privasi dapat berupa hadirnya orang yang tidak diinginkan, pengamatan yang tidak diharapkan dari seseorang, informasi yang keliru tentang seseorang, mengambil keputusan sepihak tanpa persetujuan yang bersangkutan. Penelitian ditemukan bahwa beberapa pasien merasa terganggu privasinya karena kehadiran orang lain yang tidak perlu hadir pada saat pemeriksaan fisik. Demikian juga yang terjadi di ruang UGD, privasi tentang informasi pasien terganggu karena kondisi di tempat tersebut yang begitu banyak orang dan tidak ada ruang sekat (Nayeri and Aghajani, 2010).

Bäck and Wikblad (1998) menyatakan bahwa penyajian pelayanan di rumah sakit berisiko terhadap perlindungan privasi pasien. Terdapat sejumlah situasi di rumah sakit yang dapat mengganggu privasi pasien karena situasi dan kondisi pelayanan yang dilakukan oleh dokter maupun perawat jika tidak menyadari pentingnya privasi bagi pasien. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kebanyakan pasien wanita dan orang yang lebih tua merasa tidak mendapatkan privasi yang cukup saat menjalani perawatan di rumah sakit (bauer,1994 and Parrot). Selain itu, privasi tentang informasi pasien juga banyak terjadi masalah karena pemberitahuan diagnosa, kondisi

dan rencana penanganan pasien dilakukan di bangsal yang terdapat orang lain disekitarnya. Penelitian lain juga menemukan bahwa konsep privasi pasien sering diabaikan oleh perawat. Sebagai contoh, perawat sering melupakan harga diri pasien ketika membantu dalam hal kebutuhan fisik. Perawat kadang lupa menutup pintu ketika membantu pasien ke kamar mandi. Pentingnya perhatian para dokter dan perawat tentang menghargai privasi pasien, sehingga di NHS UK menjadikan menghargai privasi pasien dan harga diri pasien sebagai hak dasar manusia yang dilindungi oleh negara, hal ini tersurat pada *Human rights* (1998). Meskipun demikian, (Woogara, 2005) menemukan bahwa sebagian perawat dan dokter tidak menyadari hak pasien sehingga diberikan usulan bahwa pendidikan tentang hak dasar manusia untuk dilindungi privasinya sebaiknya masuk dalam kurikulum pendidikan. Sehingga privasi ini harus dilindungi. Informasi tentang pasien tidak dapat dipublikasikan dan difoto, kecuali untuk kepentingan ilmiah dan pasien memberikan persetujuan terhadap kepentingan tersebut (Editors, 1995).

Unsur kedua dalam moral pelayanan kesehatan adalah *beneficence dan non maleficience* yaitu memaksimalkan manfaat suatu tindakan medis kepada pasien dan tidak mengakibatkan bahaya. Tindakan medis yang dilakukan seharusnya memberikan manfaat dan tidak mengakibatkan bahaya, jangan membunuh, jangan

mengakibatkan sakit atau penderitaan, tidak menyebabkan keterhinaan serta tidak mengambil kehidupan dari orang lain.

Menurut Claude Bernard bahwa seseorang seharusnya tidak membuat luka untuk memberikan manfaat kepada orang tersebut (Beauchamp and Childress, 2001). Prinsip *beneficence* ini merupakan prinsip yang fundamental ditinjau dari filosofi moral, dan sering menjadi konflik untuk kasus-kasus tertentu. Pada pelayanan kesehatan sering terdapat risiko bahaya untuk mencapai manfaat terbesar, misalnya melakukan *tracheostomi* pada pasien yang mengalami sumbatan napas. Namun pasien berpendapat bahwa seharusnya tidak mengambil risiko karena *non maleficence* merupakan prioritas moral utama dibanding dengan *beneficence*.

Sesuai dengan sumpah Hipocrates terdapat dua tujuan moral dalam kedokteran adalah membantu orang sakit dan orang yang menderita dan mencegah bahaya dalam hal penurunan kondisi kesehatan, serta kerusakan yang lebih luas. Hal yang harus jadi perhatian adalah bagaimana membuat risiko dan manfaat menjadi seimbang, karena kadang-kadang efek-efek yang tidak baik/injury tidak dapat dihindari pada suatu tindakan medik. *Non maleficence* adalah prinsip krusial mendalam filosofi etik di bidang kedokteran yang sering menjadi pertimbangan bersamaan dengan kewajiban untuk menjalankan prinsip *beneficence*, menghargai individu dan otonomi

serta keadilan. Diatas segalanya, bahwa pelayanan kesehatan selalu berprinsip bahwa "pasien yang paling utama (Gillon, 1985). Berikut indikator yang dikembangkan :

- 1) Informasi yang diberikan kepada pasien
- 2) Menjelaskan perkiraan biaya pelayanan
- 3) Menjelaskan lamanya perawatan
- 4) Menjelaskan perkembangan dan perjalanan penyakit pasien
- 5) Memiliki kebijakan tentang pelecehan agama, etik, moral dan seksual
- 6) Ada aturan yang melarang staf RS dan dokter untuk membicarakan kondisi penyakit pasien
- 7) Dokumentasi persetujuan tindakan medis
- 8) Pasien dapat memilih maupun menolak dokter yang akan merawat
- 9) Pasien merasa terjamin kerahasiaannya
- 10) Setiap saat pasien dapat menghubungi RS untuk memanggil tenaga
- 11) Catatan pasien hanya diketahui oleh dokter yang merawat
- 12) Pasien dapat menolak suatu tindakan medis
- 13) Tindakan medis merupakan hasil keputusan bersama
- 14) Pasien mengetahui aturan pelayanan di RS
- 15) Memberikan informasi tentang pilihan obat

- 16) Memberikan informasi tentang perjalanan dan perkembangan penyakit
- 17) Dokter atau perawat dapat menghentikan obat maupun alat
- 18) Dokter/perawat berusaha untuk mengurangi nyeri
- 19) Menyediakan instalasi pembuangan limbah
- 20) Menjalankan program *Coorporate Social Responsibility* (CSR)
- 21) Menjalankan program bakti sosial
- 22) Staf dapat beribadah di RS
- 23) Menyediakan ruangan ibadah
- 24) Staff mengikuti kode etik RS
- 25) Aturan dan kebijakan RS di atur dalam dokumen
- 26) Staf medis diatur oleh aturan
- 27) Pelanggaran etik ditangani oleh komisi etik RS
- 28) Hak-hak klinis setiap dokter berdasarkan keahliannya
- 29) Pengunjung RS/staf RS dapat melakukan komplain
- 30) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kesesuaian terapi dan diagnosa
- 31) Pengunjung/pasien RS yang cacat atau lansia memiliki fasilitas khusus
- 32) Terdapat petugas khusus jika terjadi kebakaran
- 33) Memiliki mekanisme untuk menjamin keamanan dan kenyamanan
- 34) Memiliki mekanisme untuk menangani kasus kehilangan

- 35) Tindakan medik mengacu pada dokumentasi hasil *assesment* awal dan diagnosa pasien
- 36) Pasien/pengunjung RS mendapatkan pelayanan medis tanpa dibeda-bedakan
- 37) Tidak meminta uang muka bagi pasien yang masuk ke IRD

b. Kewajiban (*obligation*)

Kewajiban adalah tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang terikat secara moral dan hukum, sebuah tugas atau komitmen. Nagel (1959) menjelaskan konsep hobbes bahwa kewajiban dasar adalah patuh pada hukum alam, semua kewajiban yang timbul berasal dari konsep ini. Kewajiban yang akan dibahas adalah bagaimana kewajiban organisasi RS dan kewajiban profesi dalam memberikan pelayanan. Sesuai dengan definisi di atas, maka untuk menentukan apa kewajiban RS, perlu diketahui dulu apa tugas pokok dan fungsi sebuah RS. Ini meliputi kewajiban RS terhadap pasien, masyarakat dan staf RS. Sesuai dengan pasal 4 UU No.44 Tahun 2009 bahwa tugas RS adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, dan pada pasal 5 dijelaskan fungsi RS adalah :

- 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

Fungsi ini memberikan pengertian luas tentang kewajiban RS yaitu memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian. Kewajiban RS di Indonesia diatur dalam UU Nomor 44 Tahun 2009. Selain itu rumah sakit juga memiliki kewajiban etik dan moral yang harus diperhatikan dalam penyajian layanan kesehatan kepada masyarakat. Tanggung jawab moral RS adalah menyediakan pelayanan kesehatan yang memiliki standar mutu, termasuk menyiapkan SDM, sarana dan prasarana serta mengembangkan proses sesuai standar mutu. Pada pasal 29 UU Nomor 44 Tahun 2009 dijelaskan beberapa kewajiban RS yaitu :

- 1) Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat

- 2) Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- 3) Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya
- 4) Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya
- 5) Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin
- 6) Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/ miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan
- 7) Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
- 8) Menyelenggarakan rekam medis
- 9) Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia
- 10) Melaksanakan sistem rujukan;

- 11) Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan
- 12) Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
- 13) Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- 14) Melaksanakan etika rumah sakit
- 15) Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana
- 16) Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional
- 17) Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya
- 18) Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*)
- 19) Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas dan
- 20) Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok

Sehingga indikator yang dikembangkan :

- 1) Memiliki sistem penjaminan mutu
- 2) Mempertimbangkan untung rugi dari setiap biaya
- 3) Pasien memahami hak dan kewajibannya

- 4) Staf tahu apa yang harus dilakukan dan apa yang berhak diperoleh di RS
- 5) Pasien memahami tentang biaya pengobatan
- 6) Tidak ada biaya di luar ketentuan tarif resmi
- 7) Tarif resmi menjamin keberlanjutan RS
- 8) Tarif resmi dengan INA CBGs
- 9) Menyediakan seluruh kebutuhan obat dan bahan habis pakai medis
- 10) Memberikan pendidikan kesehatan bagi pasien
- 11) Memfasilitasi pendidikan kesehatan
- 12) Memfasilitasi segala kegiatan penelitian
- 13) Mengimplementasi kebijakan afirmasi
- 14) Memiliki dokumen kontrak
- 15) Memiliki perencanaan tahunan tentang peningkatan kompetensi staf
- 16) Prosedur RS menjamin keamanan dan keselamatan pasien
- 17) Prosedur RS menjamin keamanan dan keselamatan petugas RS
- 18) Prosedur RS menjamin keamanan dan keselamatan masyarakat
- 19) Memiliki dokumen kontrak antara staf dengan RS
- 20) Kesempatan pengembangan diri bagi staf RS
- 21) Kasus yang ditangani memiliki *clinical pathway*
- 22) Melibatkan pasien pada setiap pengambilan keputusan pelayanan
- 23) Menolak pasien karena memiliki keputusan berbeda

- 24) Informasi pelayanan kepada pasien
- 25) Perawat melaksanakan asuhan keperawatan
- 26) Terkadang petugas sulit menerapkan kode etik profesi
- 27) Hambatan dalam membangun teamwork antar petugas
- 28) Penyerahan obat kepada pasien oleh apoteker
- 29) Apoteker harus memantau efektifitas dan keamanan penggunaan obat
- 30) Pencampuran obat suntik oleh apoteker
- 31) Penyiapan nutrisi parenteral oleh apoteker
- 32) Penanganan obat untuk penderita kanker oleh apoteker
- 33) Apoteker mengendalikan mutu obat-obatan dan alat kesehatan

c. *Bounded rational decision*

Pengambilan keputusan salah satu unsur penting dalam pelaksanaan tanggung jawab. Terdapat dua pendekatan dasar dalam pengambilan keputusan: 1) pendekatan yang berorientasi pada dampak jika kita dapat memprediksi dengan benar *out* maka kita dapat mengerti proses pengambilan keputusan; 2) pendekatan yang berorientasi pada proses. Jika kita dapat mengerti proses maka dapat diprediksi dampak pengambilan keputusan. Model pengambilan keputusan terdiri dari tiga model yaitu *rational decision*, *bounded rational decision* and *intuitive decision* (Robbins and Coulter 2002; Judge and Robbins, 2012).

Rational decision adalah pengambilan keputusan yang berdasarkan pemikiran rasional manusia yang membutuhkan data dan informasi yang adekuat. Namun terdapat beberapa kelemahan dari model ini yaitu adanya keterbatasan kemampuan pemikiran manusia, keterbatasan data dan informasi serta keterbatasan sumber daya. Simon (1972) mengembangkan teori model pengambilan keputusan yaitu *bounded rationality*. Teori ini mempertimbangkan juga pilihan rasional hanya mengakui keterbatasan kognitif pengambil keputusan. Tidak seluruh alternatif solusi suatu masalah dapat tersedia tepat waktu, padahal keputusan harus segera dibuat. Model ini mengutamakan pengambilan keputusan yang dapat memuaskan salah satu pihak, bukan keputusan yang optimal maupun maksimal. Keputusan yang diambil biasanya berdasarkan *rule of thumb* suatu organisasi ataupun bersifat *heuristic* yaitu berdasarkan pengalaman dan pengetahuan pengambil keputusan (Robbins, 2001). RS yang memiliki karakteristik khusus cenderung menggunakan *bounded rationality* karena sifat keputusan yang harus diambil kebanyakan bersifat *emergency*. Sehingga keputusan rasional susah untuk ditegakkan. RS memiliki *rule of thumb* yaitu mengutamakan pasien, mempertimbangkan prinsip bioetik dalam pelayanan kesehatan .

Berikut indikator yang dikembangkan :

- 1) Keputusan RS mementingkan kepuasan masyarakat daripada keuntungan RS
- 2) Intuisi penting dalam pengambilan keputusan profesional di RS
- 3) Pengambilan keputusan dilakukan secara cepat tanpa data
- 4) Analisis situasi didasarkan pada intuisi para ahli di RS
- 5) Mengutamakan dampak keputusan dibandingkan pertimbangan logika
- 6) Para ahli di RS lebih mengutamakan kepuasan masyarakat
- 7) Pengambilan keputusan di RS memperhitungkan aspek rasional ekonomis
- 8) Pengambilan keputusan pada seluruh data yang lengkap dan evaluasi alternatif yang rasional
- 9) Memiliki fleksibilitas pengambilan keputusan
- 10) Pendapat para ahli lebih dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan
- 11) Pengambilan keputusan di RS lebih mengutamakan pada pencapaian target kinerja
- 12) Pengambilan keputusan di RS lebih mengacu pada kepentingan pihak penjamin pembiayaan kesehatan

Dimensi kedua dari akuntabilitas yaitu transparansi. Pengertian transparansi, terdapat lima responden yang mengungkapkan bahwa definisi akuntabilitas di dalamnya mengandung pengertian transparansi.

Akuntabilitas adalah bentuk pertanggung jawaban sebuah tindakan/produk barang/jasa, yang direncanakan, dijanjikan dan diberikan kepada pihak lain (konsumen) dan pihak pihak yang berkepentingan (share holder), dan harus memenuhi unsur unsur keterbukaan (transparancy), mutu (quality), pemerataan (equity), dan keselamatan (safety), serta mengikuti standard operating procedur (SOP) yang telah ditetapkan

Jadi kalau bahasa masyarakat akuntabilitas itu kalau menurut saya bahwa pertanggungjawaban dan keterbukaan (TGJW) (TRSP). Tentunya dalam beberapa yang terkait fungsi rumah sakit dan fungsi rumah sakit dalam hal ini kalau kaitannya dengan masyarakat tentunya pelayanan.(WJP)

adalah salah satu penyelenggara pelayanan publik. Secara terbuka (TRSP) rumah sakit harus menyampaikan kepada masyarakat apa yang menjadi rencana kerjanya (RENJA) dan apa yang akan dilaksanakan pada satu periode waktu dan hal tersebut sesuai ketentuan dilaporkan pada masyarakat.(ACS)

akuntabilitas itu tanggung jawab (TGJW) saya sebagai pejabat tentunya bersama dengan jajaran saya di rumah sakit. Jadi memang harus ada standar (STDR), kedua Transparansii (TRSP) keterbukaan (NP)

Sebenarnya kalau akuntabilitas itu adalah pertanggungjawaban dan Transparansii. Dan itu akuntabilitas itu menyangkut berbagai aspek (AKDR)

Secara harfiah transparansi berarti transparan, tidak ada penghalang, dapat dilihat dengan jelas. Hal yang sama dengan istilah tanggung jawab, istilah transparansi sering digunakan secara bergantian dengan istilah akuntabilitas (Kaufmann and Bellver, 2005). Menurut Bauhr

and Grimes (2012) bahwa transparansi adalah keterbukaan informasi dan dapat diakses. Namun bukan sekedar kedua hal tersebut di atas, tetapi bagaimana data yang dapat diakses itu memiliki kepercayaan dan dapat digunakan sebagai data untuk mengevaluasi organisasi.

Jacob Soderman mendefinisikan transparansi adalah suatu proses yang dilakukan oleh penguasa dalam mengambil keputusan yang didalamnya mengandung unsur dapat dimengerti dan terbuka. Proses tersebut seharusnya dapat dijadikan alasan dalam pengambilan keputusan dan dapat di akses oleh publik (Curtin and Meijer, 2006). Selanjutnya Bauhr and Grimes (2012) menjelaskan bahwa terdapat tiga dimensi jika mengkaji transparansi yaitu keterbukaan pemerintah (*openes*), perlindungan terhadap *whistle blower* dan terpublikasi.

Kaufmann and Bellver (2005) menyatakan bahwa transparansi bukan hanya sekedar keterbukaan tetapi bagaimana informasi yang tersedia sesuai dan mengacu pada hukum, aturan dan kebijakan, serta memperhatikan pihak-pihak yang merupakan kelompok kepentingan dan memastikan bahwa kebijakan yang tersedia sama dan beralasan. Informasi yang diberikan kepada publik bukan sekedar informasi, tetapi diharapkan dapat digunakan untuk mengevaluasi institusi. Menurut teori politik bahwa memberi kesempatan bagi publik untuk mengevaluasi dan menganalisis kebijakan akan meningkatkan legitimasi suatu organisasi.

Lebih lanjut Stiglitz (1999) dalam Kaufmann and Bellver (2005) menyatakan bahwa memperoleh informasi dari pemerintah merupakan hak setiap warga negara. Mengacu pada teori *prinsip-agent*, masyarakat sebagai pihak prinsip berhak mengetahui perilaku agen. Hal ini berkontribusi pada pengembangan manusia karena memberikan informasi kepada warga negara bahwa sumber daya dialokasikan dengan baik (efisien) dan tidak hanya dinikmati oleh elit tertentu. Sehingga organisasi akan menjadi lebih efisien karena memiliki alat pengendali. Suatu informasi yang disajikan ke publik harus memenuhi kriteria dapat diakses serta menyajikan informasi yang akurat, *reliable*, berkualitas bagus dan relevan dengan *stakeholder*. Sehingga transparansi akan meningkatkan kapasitas warga negara untuk mengevaluasi suatu organisasi publik karena mereka akan memiliki informasi yang adekuat, membangun dan sistematis (Carter, 2014).

Transparansi memiliki tujuan yaitu membantu pemberi pelayanan untuk meningkatkan kinerjanya, memberikan kesempatan bagi asuransi swasta dan program publik untuk mengutamakan kualitas dan efisiensi serta membantu memberikan informasi bagi pasien untuk memilih pelayanan kesehatannya, (Islam 2003; Collins, Davis *et al.*, 2006).

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan transparansi data untuk meningkatkan kapasitas akuntabilitas organisasi, yaitu kualitas data, kemampuan *stakeholder* untuk menganalisis data

yang diinformasikan serta data yang dibutuhkan oleh stakeholder untuk mengevaluasi kinerja organisasi. Tidak ada diskriminasi terhadap pengakses data, misalnya pada kelompok marginalis, penggunaan informasi dan teknologi komunikasi serta media informasi seperti televisi dan internet .

Piotrowski and Rosenbloom (2002) dalam Banisar (2006) secara teori hukum tentang kebebasan informasi bertujuan untuk meningkatkan transparansi pemerintah dan akuntabilitas. Suatu data memenuhi syarat transparansi jika data itu dapat dilihat (Garsten and De Montoya, 2008), dalam pengertian secara aktif *visible*, dan dapat dimengerti oleh *stakeholder*.

Dalam pelayanan kesehatan, kata transparansi merupakan istilah yang memerlukan kajian khusus, karena organisasi pelayanan kesehatan adalah organisasi yang unik berkaitan dengan privasi pasien sehingga tidak mudah menerapkan konsep transparansi pada semua aspek di pelayanan kesehatan. Faktor etik selalu menjadi pertimbangan pada saat ingin menerapkan transparansi pelayanan kesehatan.

Beberapa penelitian yang mengkaji tentang transparansi dalam pelayanan kesehatan kebanyakan mengkaji tentang pentingnya transparansi dalam hal tarif pelayanan kesehatan (Gooch, 2008; Cutler and Dafny, 2011; Sinaiko and Rosenthal, 2011). Menurut Gooch, transparansi pada tarif RS akan meningkatkan efisiensi pada pasar

pelayanan kesehatan tetapi kompleksitas sistem pelayanan kesehatan akan membuat proses ini menjadi sulit. Meskipun demikian, transparansi merupakan salah satu metode untuk meningkatkan *safety*. Jika tidak transparansi maka orang tidak dapat belajar dari kesalahan, mengganggu sistem kolejal dan dapat mengurangi kepercayaan pasien. Organisasi pelayanan kesehatan harus transparansi pada semua anggota organisasi, pasien dan masyarakat. (Leape, Berwick et al., 2009). Proses transparansi akan menstimulasi peningkatan kualitas dengan mengendalikan biaya dan mengurangi pemborosan serta untuk meningkatkan nilai pemberi pelayanan kesehatan (Kurtzman, 2010)

a. Visibility

Kaufmann and Bellver (2005) menyatakan bahwa transparansi bukan hanya sekedar keterbukaan tetapi bagaimana informasi yang tersedia sesuai dan mengacu pada hukum, aturan dan kebijakan, memperhatikan pihak-pihak siapa saja yg merupakan kelompok kepentingan dan memastikan bahwa kebijakan yang tersedia sama dan beralasan.

Berikut indikator yang dikembangkan :

- 1) Akses informasi pelayanan RS selama 24 jam
- 2) Akses informasi tentang pelayanan RS tanpa dibatasi oleh jarak
- 3) Informasi yang disajikan selalu sesuai dengan kondisi saat ini
- 4) Memperoleh informasi tentang pelayanan di RS selama 24 jam

- 5) Informasi yang tersedia sudah jelas
- 6) Mudah menghubungi petugas informasi di RS tanpa dibatasi oleh waktu
- 7) Mudah menghubungi petugas informasi di RS tanpa dibatasi oleh jarak

b. *Understandable* (Dapat dimengerti)

Lebih lanjut Stiglitz (1999) dalam Kaufmann and Bellver (2005) menyatakan bahwa memperoleh informasi dari pemerintah merupakan hak setiap warga negara. Mengacu pada teori *prinsip-agent*, bahwa masyarakat sebagai prinsip berhak mengetahui perilaku agen. Hak ini berkontribusi pada pengembangan manusia karena memberikan informasi kepada warga negara bahwa sumber daya di alokasikan dengan baik (efisien) dan tidak hanya dinikmati oleh elit tertentu. Sehingga organisasi akan menjadi lebih efisien karena memiliki alat pengendali.

Berikut indikator yang dikembangkan :

- 1) Informasi yang disajikan oleh RS mudah dipahami
- 2) Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan oleh *stakeholder*
- 3) Masyarakat mampu memahami informasi yang disajikan untuk memahami mutu RS

c. Utilisasi

Informasi yang diberikan kepada publik bukan sekedar informasi, tapi diharapkan dapat digunakan untuk mengevaluasi institusi. Menurut teori

politik bahwa memberi kesempatan bagi publik untuk mengevaluasi dan menganalisis kebijakan akan meningkatkan legitimasi suatu organisasi.

Suatu informasi yang disajikan harus memenuhi kriteria dapat diakses serta menyajikan informasi yang akurat, *reliable*, informasi yang berkualitas bagus dan relevan dengan *stakeholder*. Transparansi akan meningkatkan kapasitas warga negara untuk mengevaluasi suatu organisasi publik karena mereka akan memiliki informasi yang adekuat, membangun dan sistematis (Carter, 2014).

Transparansi memiliki tujuan yaitu membantu pemberi pelayanan untuk meningkatkan kinerjanya, memberikan kesempatan bagi asuransi swasta dan program publik untuk mengutamakan kualitas dan efisiensi serta membantu memberikan informasi bagi pasien untuk memilih pelayanan kesehatannya, (Islam 2003; Collins, Davis *et al.*, 2006).

Sesuai dengan karakteristik unik RS bahwa terjadi asimetri informasi antara penyedia layanan dan masyarakat. Sebagai pengguna pelayanan, masyarakat tidak memiliki informasi yang cukup tentang kesesuaian antara kualitas layanan yang diterima dengan harga pelayanan yang diterima. Sehingga untuk meningkatkan kapasitas rumah sakit menjadi organisasi yang akuntabel seharusnya didukung oleh pelaksanaan transparansi di RS. Diperlukan informasi yang adekuat bagi *stakeholder* agar masyarakat dapat bersama dengan rumah sakit untuk menjamin akuntabilitas RS.

Berikut indikator yang dikembangkan :

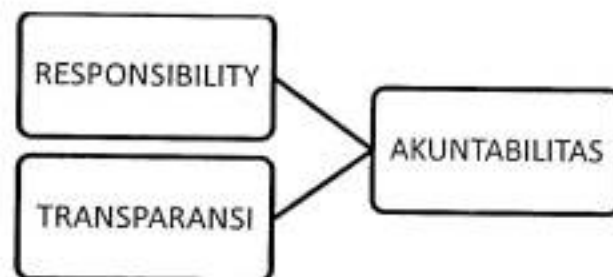
- 1) Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang dapat dipertanggung jawabkan
- 2) Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang bebas dari praktek korupsi
- 3) Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang bersih dari praktek kolusi dan nepotisme
- 4) Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang berfokus pada keselamatan pasien
- 5) Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang sesuai standar internasional
- 6) Informasi RS untuk menilai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RS
- 7) Informasi RS memberikan jaminan untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas dari tenaga professional
- 8) Informasi RS memberikan jaminan rasa aman
- 9) Informasi RS untuk menilai kinerja RS
- 10) Informasi RS membantu masyarakat dalam pengambilan keputusan pemilihan RS
- 11) Informasi RS memantau pemanfaatan sumber daya publik untuk menjamin peningkatan nilai ekonomi

Sesuai dengan karakteristik unik RS bahwa terjadi asimetri informasi antara penyedia layanan dan masyarakat. Sebagai pengguna pelayanan, masyarakat tidak memiliki informasi yang cukup tentang kesesuaian antara kualitas layanan yang diterima dengan harga pelayanan yang diterima. Sehingga untuk meningkatkan kapasitas rumah sakit menjadi organisasi yang akuntabel seharusnya didukung oleh pelaksanaan transparansi di RS. Diperlukan informasi yang adekuat bagi stakeholder agar masyarakat bisa bersama dengan rumah sakit untuk menyajikan pelayanan kesehatan yang akuntabel.

Namun bagi rumah sakit yang memiliki produk layanan yang variatif, jenis data yang dapat dipublikasikan tidak semudah yang dibayangkan karena terdapat unsur etik dan moral yang harus dipertimbangkan, khususnya dalam penyampaian informasi yang berhubungan dengan pasien karena ada privasi didalamnya. Di satu sisi RS memiliki kepentingan untuk tidak menyajikan informasi yang akan mengakibatkan tuduhan telah melakukan tindakan yang membahayakan pasien (Eaves-Leanos and Dunn, 2012). Sehingga yang menjadi isu dalam transparansi di rumah sakit adalah data apa yang harus disajikan untuk publik dan tetap mempertimbangkan unsur etik dan moral tetapi RS tetap dapat dievaluasi oleh para *stakeholder*.

Definisi akuntabilitas adalah suatu proses dalam RS yang melibatkan unsur tanggung jawab dengan mempertimbangkan nilai moral

dan etik serta transparansi yang dilakukan dengan mempertimbangkan sifat data yang dapat diakses, dapat digunakan dan dapat dimengerti oleh *stakeholder*. Dengan menjalankan fungsi tanggung jawab dan proses transparansi, maka RS dapat dianggap akuntabel bagi *stakeholder* karena proses ini akan menjawab bagaimana RS menjalankan fungsi pelayanannya.



Gambar 7. Definisi akuntabilitas

2. Aspek

Kajian akuntabilitas telah banyak dilakukan oleh Bovens (2005) yang membagi dimensi akuntabilitas publik menjadi empat dimensi yaitu akuntabilitas organisasi, politik, administratif, legal, dan akuntabilitas profesi. Meskipun RS merupakan organisasi publik, namun memiliki karakteristik khusus sehingga keempat dimensi yang dijelaskan oleh Boven tidak semua dapat dijelaskan pada kajian akuntabilitas RS, misalnya akuntabilitas politik. Hal yang menjadi perhatian paling penting adalah unsur apa saja yang harus akuntabel kepada *stakeholder* serta informasi apa yang harus disajikan ke masyarakat.

Berdasarkan hasil wawancara dari para pakar dalam bidang perumahsakit di Indonesia, didapatkan bahwa unsur yang harus dipertimbangkan untuk akuntabel di rumah sakit adalah administrasi, keuangan, layanan medik, keperawatan, farmasi, mutu layanan klinik dan pengelolaan SDM. Semua unsur ini penting dalam akuntabilitas, namun hanya ada beberapa unsur yang menjadi penekanan yaitu, layanan medik, keperawatan, farmasi, administrasi dan keuangan. Hal ini diungkapkan oleh 4 responden dari 9 responden.

...manajemen, keuangan... (NZ)

pelayanan administrasi, yang kedua yah pelayanan yang terkait dengan pelayanan kesehatan. pelayanan dokternya, pelayanan perawatnya, pelayanan obatnya, kalau masyarakat melihatnya secara sederhana pelayanan dalam hal pembayaran Jadi tiga hal itu secara sederhananya. pelayanan administrasi, pelayanan kesehatannya, dan pelayanan yang terkait dengan pembiayaan atau keuangannya(WJP)

Pencapaian renstra ,kebijakan kesehatan organisasi, sistem tata kelola, proses akreditasi (ACS)

bidang keuangan, bidang pelayanan, akuntabilitas dalam bidang manajemen (AK, WS)

a. Administrasi dan keuangan

Seperti organisasi publik lainnya, layanan administrasi di rumah sakit merupakan unsur yang paling penting dipertanggungjawabkan, karena hal ini merupakan alat dalam menjalankan penyediaan jasa dan pengambilan

keputusan. Akuntabilitas administrasi adalah bagaimana administrasi akuntabel terhadap kebijakan, regulasi dan hukum yang berlaku (Wang, 2002). Administrasi berasal dari kata "ad" + "ministrare" yang berarti "to serve" ataupun dalam makna "aministrasi" yang diterjemahkan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia dan Kamus Inggris-Indonesia dari John Echols dan Hassan Shadily, sebagai "tata usaha". Dunsire (1970) dalam Larmour (2007) menjelaskan pengertian administrasi sangat banyak, namun kesimpulannya adalah bagaimana melakukan sesuatu melalui orang lain untuk mencapai suatu tujuan (Dunsire, 1995).

Lebih lanjut, Simon, Smithburg, Thompson (1950), administrasi adalah suatu proses yang fokus pada bagaimana cara untuk menyelesaikan sesuatu. Istilah administrasi sering digunakan secara bergantian dengan istilah manajemen. Menurut teori Fayol (Hatch and Cunliffe, 2006) terdapat beberapa prinsip administrasi yaitu luas kendali, hal-hal yang diluar rutinitas pekerjaan, kesatuan perintah dan hirarki. Prinsip administratif ini menggambarkan fungsi dari struktur organisasi. Administrasi merupakan mekanisme pelaporan secara hirarki, memiliki norma-norma sektor publik, kode etik pelayanan publik, standar prosedur operasional dan ramalan public (Malena and Forster, 2004). Sehingga semua yang berkaitan dengan proses administrasi wajib akuntabel untuk menyediakan pelayanan publik, (Bignami, 2011).

Akuntabilitas layanan administrasi berarti bagaimana menjalankan fungsi-fungsi manajemen pada organisasi sesuai standar dan norma yang dapat dipertanggungjawabkan serta bersifat transparan bagi *stakeholder*. Dalam hal akuntabilitas administratif, Boven menjelaskan bahwa yang aktor harus akuntabel pada layanan administrasi adalah *auditor, inspektor kontroler*, dan proses administratif yang harus akuntabel adalah penggunaan anggaran, bagaimana melakukan efisiensi dan efektifitas organisasi dan pengendalian administratif.

Sistem administrasi saat ini tidak lagi dianggap sebagai suatu mekanisme aturan untuk mencapai efektifitas suatu pekerjaan, tapi sebagai jaringan akuntabilitas dimana pegawai negeri terlibat dalam *liberal democratic social order*. Lebih lanjut Bignami (2011) menjelaskan hubungan akuntabilitas dengan pengelolaan administrasi disatu sisi hubungan publik administrasi dengan politisi terpilih serta organisasi yang berkepentingan dan pengadilan hukum serta di pihak lain dengan general publik.

Berdasarkan hasil wawancara maka proses layanan administrasi yang harus akuntabel di RS adalah proses perencanaan yang dilakukan, penyusunan RKAT, RAB, Renstra, perencanaan SDM, sarana dan input, proses administrasi pasien saat masuk dan keluar RS.

b. Layanan medik

Layanan medik merupakan layanan yang utama di RS, sehingga yang selalu menjadi fokus pada saat mengkaji akuntabilitas adalah pelayanan medik (layanan dokter). Menurut UU praktik kedokteran Nomor 29 Tahun 2004, praktik kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dalam melaksanakan upaya kesehatan.

Dalam memberikan pelayanannya, seorang dokter harus mengutamakan keamanan, efektifitas, memberikan kepercayaan dan sesuai etik dan moral kepada pasien. Menurut kode etik kedokteran Indonesia yang mengacu pada sumpah Hipocrates bahwa seorang dokter memiliki kewajiban untuk melaksanakan sumpah dokter, dan secara tulus ikhlas mempergunakan ilmu dan keterampilannya untuk kepentingan pasien serta menjaga kerahasiaan pasien. Ditambahkan oleh Konsil kedokteran Australia bahwa dokter bertanggung jawab dalam melindungi dan meningkatkan kesehatan pasien.

Dokter yang baik harus mengutamakan pasiennya dan paham bahwa pasien adalah individu yang unik dan memiliki kebutuhan yang berbeda, sesuai dengan latar belakang budaya, pendidikan dan pengalaman. Dokter seharusnya menganggap pasien adalah partner dalam pengambilan keputusan. Faktor penting dalam membina hubungan ini adalah bagaimana seorang dokter melakukan komunikasi yang baik dengan pasiennya.

Hal yang selalu menjadi keluhan pada pasien adalah komunikasi dengan dokter. Komunikasi antar dokter dan pasien adalah komunikasi yang paling kompleks, karena terjadi antara individu yang tidak memiliki informasi yang sama, kapasitas yang berbeda dan perbedaan secara psikologis. Dilain pihak komunikasi ini sangat penting karena mempengaruhi perilaku pasien saat menjalani terapi seperti kepuasan pasien, keinginan untuk bekerjasama dalam pengobatan, pengertian terhadap informasi medis. Akuntabilitas pelayanan dokter dapat dinilai dari pemberian komunikasi yang secara transparan kepada pasien. (Ong, De Haes *et al.*, 1995). Selanjutnya, *Simpson, Buckman et al.* (1991) menyatakan bahwa komunikasi dokter dan pasien merupakan fungsi klinik yang essensial dan tidak bisa didelegasikan. Keluhan yang muncul selama ini dimasyarakat akibat ketidakpuasan terhadap komunikasi dokter. Pasien kadang-kadang merasa cemas dan tidak puas akibat informasi yang tidak adekuat. Di satu sisi dokter sering salah persepsi tentang jenis dan jumlah informasi yang dibutuhkan oleh pasien, kadang-kadang dokter menggunakan bahasa yang tidak dimengerti oleh pasien. Sehingga pasien merasa dokter tidak transparansi dalam memberikan pelayanan. Padahal suatu informasi dianggap transparan jika informasi itu dapat dimengerti oleh pasien, *visible* serta bermanfaat bagi yang memperoleh informasi tersebut.

Selain aspek transparansi komunikasi, yang perlu mendapat perhatian dalam akuntabilitas profesi adalah masalah etik yang merupakan

bagian tanggung jawab. Untuk dapat akuntabel seorang dokter harus memperhatikan aspek etik dalam penyajian pelayanan kesehatan. Artinya tanggung jawab seorang dokter untuk memberikan pelayanan yang sesuai etik dan moral yang berlaku. Terdapat beberapa prinsip etik yang harus diperhatikan oleh seorang dokter (Beauchamp and Childress, 2001):

- 1) Menghargai individu: Otonomi pribadi dan otonomi dalam memutuskan pilihan.

Setiap individu memiliki otonomi dalam dirinya, sehingga pada saat memutuskan penyajian layanan medis. Seorang dokter harus menghargai otonomi pasien untuk menentukan pilihannya. Namun demikian, terdapat beberapa individu yang memiliki keterbatasan sehingga tidak memiliki otonomi, terhadap kelompok inipun maupun dokter harus menghargai keterbatasan.

- 2) *Beneficence dan Non Maleficence*: memberikan manfaat dan tidak menyebabkan bahaya.

Seorang dokter seyogyanya tidak menyebabkan bahaya bagi pasien untuk tindakan medis yang akan diberikannya.

- 3) *Justice*

Dalam memberikan pelayanannya seorang dokter harus bersikap adil tidak membedakan pasien dari ras, agama dan status sosial.

Hal ini sesuai dengan sumpah *Hipocrates*.

c. Layanan obat

Kajian tentang layanan obat berarti juga mengkaji profesi apoteker. Prosedur layanan obat di RS harus dapat dipertanggung jawabkan, berarti harus sesuai dengan prinsip etika, moral dan tugas dan tanggung jawab seorang apoteker.

Pada dokumen WHO (1997) dijelaskan bahwa profesi apoteker memiliki tujuh peranan yang dikenal sebagai "*seven stars pharmacist*" yaitu pemberi pelayanan, komunikator, pemimpin, manajer, pembelajar hidup panjang, guru dan apoteker adalah salah satu profesi yang berkaitan erat dengan pekerjaan kedokteran. Dalam beberapa jurnal dijelaskan bahwa apoteker memegang peranan penting dalam meningkatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit, mencegah terjadinya *medical error*, perpanjangan waktu tinggal di rumah sakit, *adverse drugs event* bahkan kematian di RS.

Seperti pekerjaan profesi lainnya di RS, pelayanan farmasi juga berfokus pada pasien (Langebrake and Hilgarth, 2010; Khalili, Farsaei *et al.*, 2011; Tietze, 2011). Sejalan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XIII/999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit, yang menyebutkan bahwa pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik, yang terjangkau bagi semua

lapisan masyarakat. Seperti dengan dokter, apoteker juga memiliki kode etik yang isinya hampir sama bahwa seorang apoteker berpegang teguh pada prinsip kemanusiaan dan mengutamakan kepentingan pasien (Kode etik apoteker).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/Menkes/Sk/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit. Di rumah sakit, fungsi pelayanan farmasi ada dua 1) pengelolaan perbekalan farmasi dan 2) pelayanan kefarmasian dalam penggunaan obat dan alat kesehatan.

- 1) Mengkaji instruksi pengobatan/resep pasien
- 2) Mengidentifikasi masalah yang berkaitan dengan penggunaan obat dan alat kesehatan
- 3) Mencegah dan mengatasi masalah yang berkaitan dengan obat dan alat kesehatan
- 4) Memantau efektifitas dan keamanan penggunaan obat dan alat kesehatan
- 5) Memberikan informasi kepada petugas kesehatan, pasien, keluarga
- 6) Memberi konseling kepada pasien dan keluarga
- 7) Melakukan pencampuran obat suntik
- 8) Melakukan penyiapan nutrisi parentera
- 9) Melakukan penanganan obat kanker

- 10)Melakukan penentuan kadar obat dalam darah
- 11)Melakukan pencatatan setiap kegiatan
- 12)Melaporkan setiap kegiatan

Sehingga seorang apoteker dikatakan akuntabel jika melaksanakan tanggung jawab dengan mempertimbangkan aspek moral sebagai kewajiban dan bersifat transparansi dalam menjalankan kewajibannya.

d. Layanan keperawatan

Layanan keperawatan dilakukan oleh profesi keperawatan. Layanan keperawatan adalah layanan yang paling besar jumlahnya disajikan di RS. Layanan keperawatan tidak berbeda dengan layanan dokter bahwa didalamnya harus memperhatikan prinsip etika dan moral dalam memperlakukan pasien.

Pentingnya akuntabilitas pada layanan keperawatan telah dituangkan pada *The American Nurses Association's (ANA) Code for Nurses (1976)* yang menyatakan bahwa perawat harus dapat bertanggungjawab dan akuntabel terhadap penilaian dan tindakan individu (Boni, 2001). Seperti profesi lainnya, profesi perawat juga memiliki kode etik. Perawat juga memiliki otonomi dalam menjalankan tugasnya. Perawat memiliki atribut sebagai individu yang perhatian, memiliki hubungan yang erat dengan individu, bertanggung jawab untuk membuat keputusan yang tidak

menyebabkan pasien mengalami bahaya, memiliki interdependensi dengan profesi lain sebagai anggota *team work* di RS, serta memberikan nasehat yang proaktif kepada klien (Wade, 1999).

Dari perspektif *clinical governance*, McFeely (2005) menjelaskan bahwa terdapat tiga aspek yang harus diperhatikan oleh seorang perawat untuk dapat akuntabel terhadap tindakannya yaitu 1) mengimplementasikan *good practice* yang berarti tindakan keperawatan yang dilakukan adalah tindakan yang selalu *up to date*, selalu bekerja dalam sebuah tim, dan memastikan bahwa perawat tersebut kompeten untuk melakukan tugasnya sebagai perawat, 2) mencegah praktek keperawatan yang tidak tepat, misalnya memastikan bahwa terdapat sistem yang mendukung pelaksanaan *good practice*, 3) melakukan intervensi jika terjadi tindakan keperawatan yang tidak tepat.

3. Siapa

Selain unsur yang penting akuntabel, juga dalam definisi akuntabel harus meliputi siapa yang akuntabel. Profesi di RS banyak, namun dari hasil wawancara diperoleh bahwa yang paling utama harus akuntabel adalah dokter, perawat, apoteker dan manajemen. Hal ini dikemukakan oleh paling sedikit lima orang responden.

*Profesi (medikal, nurse/midwife, farmasis, nutrisionist, profesi lain di RS)
(slamet)*

Pemilik, pengelola (manajemen) RS, penyedia layanan (medis dan non medis), (NZ)

Profesionalitas tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, apoteker, ahli gizi, dll (dr surya)

Manajemen, dokter, perawat, apoteker (Sesuai PP no 51 ttg kefarmasian), petugas radiologi, laboran, petugas gizi (WJP)

Dokter, perawat, manajemen (NP)

Semua SDM di RS, tenaga medis, manajemen, keperawatan, apoteker, fisioterapi (SAP)

Hal ini sejalan dengan Emanuel and Emanuel (1996a) menjelaskan bahwa yang harus akuntabel pada organisasi pelayanan kesehatan adalah kompetensi profesi, tindakan sesuai etik dan hukum, kinerja keuangan, aksesibilitas, promosi kesehatan dan manfaat yang diperoleh masyarakat.

Di Indonesia aturan tentang akuntabilitas pelayanan publik diatur pada Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor KEP/26/M.PAN/2/2004 Tanggal 24 Februari 2004 Tentang Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas Dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik. Pada dokumen ini dijelaskan bahwa suatu organisasi publik harus dapat memperlihatkan akuntabilitas dalam hal kinerja, biaya dan prosedur layanan.

Demikian pula di RS, faktor tersebut harus akuntabel sejalan dengan perubahan-perubahan yang terjadi pada bidang manajemen akibat adanya reformasi pelayanan kesehatan. Adanya perubahan mekanisme pembayaran dari *out of pocket* menjadi sistem asuransi, sehingga RS perlu meningkatkan

efisiensi dan produktifitas, mendesain kembali penyajian pelayanan kesehatan, mengembangkan aliansi strategik yang dapat memberikan nilai tambah. Dalam pelayanan kesehatan, RS harus membayar *fee* dokter dan para professional lainnya dalam bentuk sistem remunerasi, terjadi subsidi silang antar jenis pelayanan. Adanya perubahan-perubahan ini maka diperlukan peningkatan akuntabilitas di bidang keuangan dan kinerja (Shortell and Kaluzny, 2000; Shortell and Casalino, 2008).

Akuntabilitas profesi dokter tidak terlepas dari etik dan moral. Secara tradisional, profesi akuntabel terhadap profesi (Finer, 1941) kemudian berkembang menjadi akuntabel pada pasien dan koleganya dan sekarang harus akuntabel terhadap seluruh stakeholder di RS termasuk kepada warga Negara (Emanuel, 1996b). Mengacu pada definisi akuntabilitas diatas maka yang menjadi pertanyaan adalah apa saja yang menjadi tanggung jawab seorang dokter dan informasi apa yang harus di sampaikan ke masyarakat yang tidak melanggar nilai etik dan moral baik dari persepsi pasien maupun dokter.

Terdapat beberapa faktor yang mendorong akuntabilitas pada dokter, pertama adanya variasi pada pelayanan dokter, adanya konsumerisme serta meningkatnya kesadaran pasien untuk ikut terlibat dalam pengambilan keputusan yg berkaitan dengan pelayanan yang diterima oleh pasien. Di satu sisi professional memiliki otonomi dalam melakukan pelayanannya. Pengertian otonomi profesi sering disamakan dengan pengertian liberal

bahwa dokter bebas menentukan tindakan apa yang harus diberikan kepada pasien karena dokter lebih paham terhadap kondisi pasien dan dokter memiliki pengetahuan untuk itu. Padahal otonomi yang dimaksud disini adalah kebebasan dokter memberikan tindakan kepada pasien dengan mengutamakan peningkatan status kesehatan pasien. (Emanuel and Pearson, 2012).

Terdapat empat elemen utama yang harus diperhatikan oleh seorang dokter agar dapat akuntabel yaitu pelayanan sesuai standar, mencegah kegagalan, peningkatan mutu berkelanjutan dan memperhatikan aspek organisasional (Donaldson, 2001).

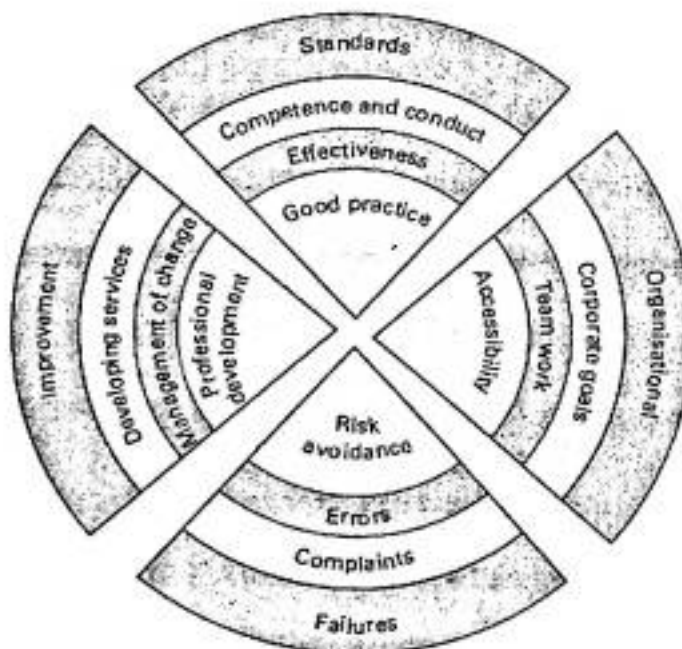


Figure 1 Key elements of accountability for a NHS clinician.

Gambar 8. Elemen kunci akuntabilitas untuk seorang dokter menurut NHS

Pada gambar diatas dijelaskan bahwa untuk dapat memberikan pelayanan dokter yang baik (*Good Practice*), pelayanan tersebut harus sesuai standar kompetensi dan memperhatikan perilaku dokter yang mengacu pada nilai etik dan moral yang telah dilafalkan pada sumpah Hipocrates serta menyajikan pelayanan yang efektif. Elemen kedua adalah bagaimana menghindari terjadinya kegagalan. Pelayanan di RS harus memperhatikan keluhan pasien mencegah terjadinya risiko. Elemen ketiga adalah memperhatikan aspek organisasi, bagaimana ketercapaian tujuan organisasi, *team work* yang baik serta keterjangkauan pelayanan. Elemen keempat, peningkatan kualitas berkelanjutan melalui pengembangan bisnis proses pelayanan, pengembangan diri bagi tenaga professional maupun anggota organisasi lainnya serta melaksanakan manajemen perubahan.

Untuk dapat menyediakan layanan yang berkualitas diharapkan dokter memiliki petunjuk berdasarkan bukti atau standar sebagai petunjuk dalam melakukan pelayanan klinik, seperti yang dikembangkan di UK dengan membuat petunjuk nasional untuk pelayanan klinik (Lanier, Roland et al., 2003).

Di Indonesia dikenal sebagai standar pelayanan kedokteran yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.1438/Menkes/Per/IX/2010. Standar ini terdiri dari Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan *Standar Prosedure Operasional (SPO)* yang menjadi acuan bagi dokter dan dokter gigi dalam menyajikan pelayanan kesehatan.

Menurut Emanuel (1996b) untuk dapat menjamin akuntabilitasnya dokter harus dapat mempertanggungjawabkan alasan pengambilan keputusan medis, menjamin kerahasiaan, menghindari adanya konflik kepentingan dan kewajiban atas *fiduciary*, tanggung jawab atas pasien yang berada pada posisi tidak berdaya, standar profesi, budaya, kesetaraan dan prosedur untuk mengatasi dilema dan nasehat ahli. Otonomi profesi dokter selalu berkaitan dengan masalah etik dan moral.

Melipunkan terdapat tekanan bagi profesi dokter untuk akuntabel terhadap pasien, organisasi ataupun *stakeholder* lainnya, namun dalam hal transparansi informasi tentang kinerja dokter masih menjadi bahan diskusi. Hal ini disebabkan ketakutan dokter bahwa informasi yang disajikan dapat disalahartikan, dan tidak sesuai konteks kejadian yang sebenarnya. Walaupun sebenarnya, informasi kinerja dokter yang disajikan ke masyarakat sudah lama dilakukan oleh beberapa negara berkembang seperti USA dan UK (Freeman, McWilliam *et al.*, 2009).

Oleh karena itu, seorang dokter ataupun para profesional yang bekerja di RS harus melaksanakan tupoksinya dengan memperhatikan aspek moral, kewajiban, dan dalam pengambilan keputusan mengacu pada prinsip bioetik. Untuk dapat akuntabel para profesional ini harus secara terbuka dapat dievaluasi kinerjanya.

4. Kepada Siapa

Paling penting dalam mengkaji akuntabilitas, adalah kepada siapa RS harus akuntabel, Dari 9 responden sebagian besar menyatakan bahwa RS harus akuntabel pada pemerintah dan masyarakat.

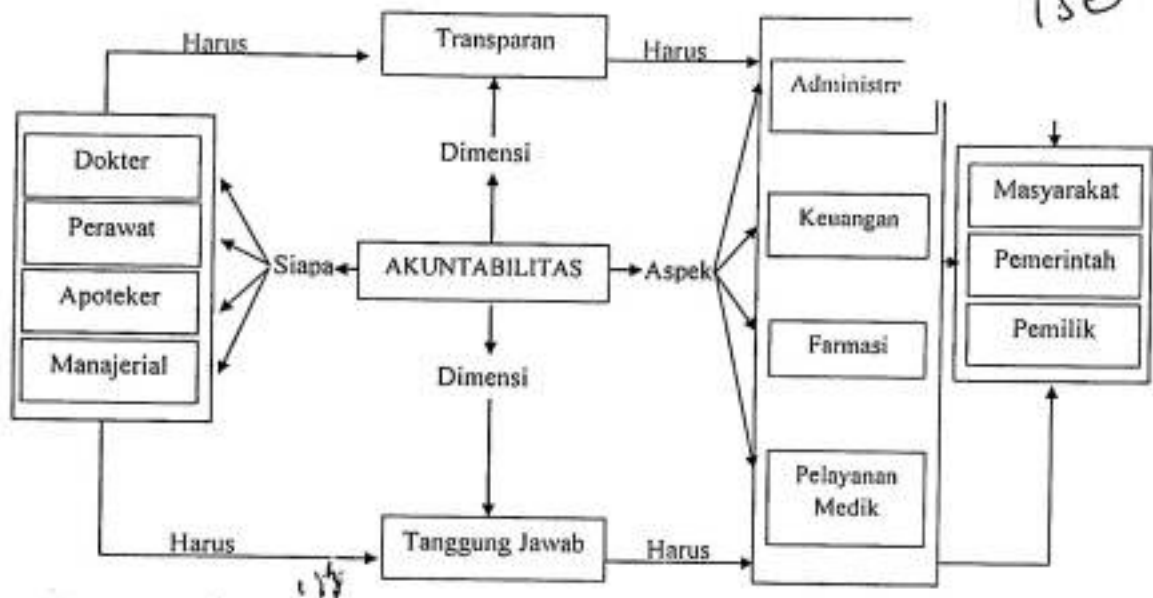
- 1) *Owner (pemilik RS) → own, regulator (pemerintah/ pusat/ daerah/ yayasan,*
- 2) *Kastemer (pelanggan/ pengguna): Kastemer internal (provider/ karyawan, karyawan), Kastemer eksternal (pasien/ pengguna Rumah Sakit/ perorangan dan masyarakat, pemasok)*
- 3) *Pendidik dan peserta didik (khusus untuk RS Pendidikan) (SLAMET)*

Masyarakat pengguna (pasien dan keluarga), karyawan, pemilik/pemegang saham (NZ)

Masyarakat (stakeholder kedua), pemerintah (stakeholder pertama), organisasi Internal (stakeholder ke tiga) (WJP)

Seluruh stakeholder, rakyat dan masyarakat (NS, SAP)

Berdasarkan hasil eksplorasi dari *In-depht Interview* maka dikembangkanlah *concept mapping* sebagai berikut :



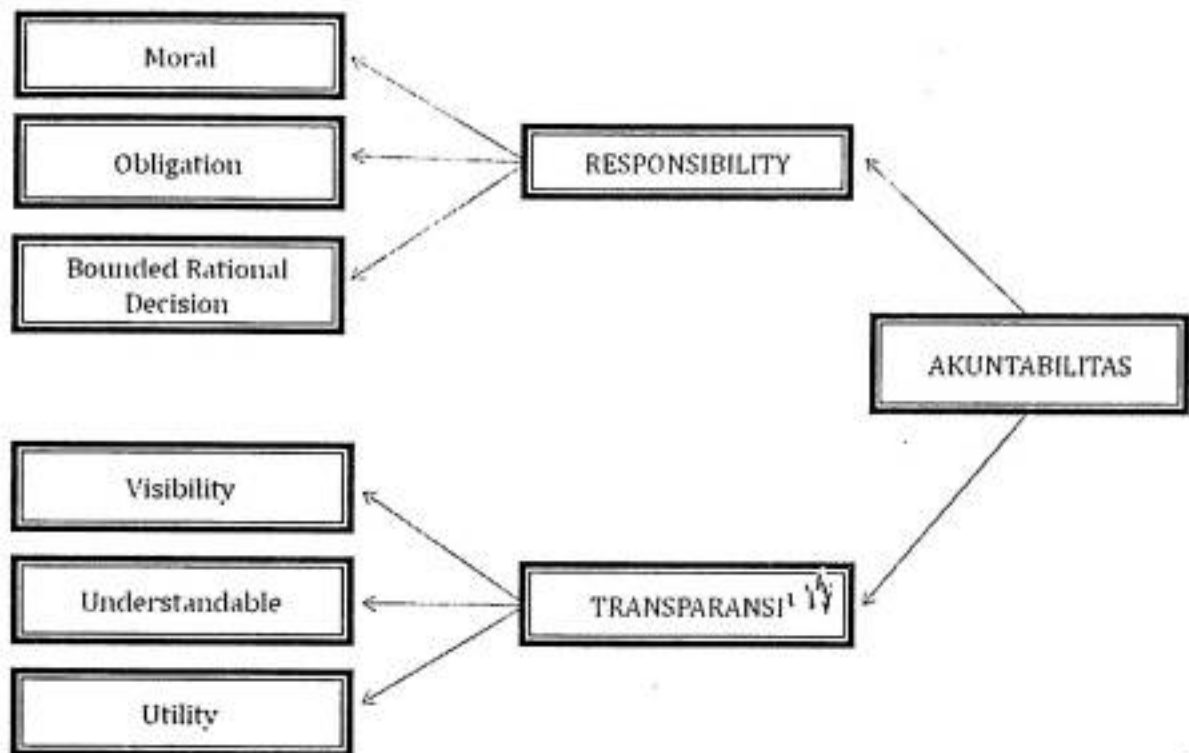
Gambar 9. *Conceptual Mapping* Akuntabilitas RS Di Indonesia Pada Era Reformasi Perumahsakit

Untuk mengukur sebuah konsep terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu sebuah objek yang dapat diamati dan objek yang tidak dapat diamati. Konsep adalah kumpulan konstruk yang tidak dapat diamati. Sebuah konsep dimulai dengan sebuah ide yang diekspresikan dengan kata-kata. Konsep merupakan bagian dari bahasa. Konsep ini terdiri dari sebuah ide dan sebuah kata yang berhubungan dengan ide tersebut. (Mullins, 1971 dan Hoever, 2004). Untuk tujuan ilmiah, konsep adalah bersifat sementara, berdasarkan persetujuan, berguna hanya pada tingkat dimana konsep tersebut dapat menangkap atau mengisolasi beberapa hak yang signifikan dalam realitas (Hoover.K and Donovan, 2004). Konsep dapat diekspresikan dalam hal definisi empiris. Ide/konstruks dibentuk oleh beberapa variabel. Variabel adalah sebuah konsep yang terdiri dari sejumlah perbedaan.

Menurut Mullins (1971), variabel adalah suatu kumpulan klasifikasi dari pengalaman empiris atau laporan empiris.

Terdapat beberapa faktor yang harus diperhatikan dalam mengukur sebuah konsep. Variabel yang mewakili harus bersifat *exhaustive* and *inclusive*, *mutually exclusive* and *precise* (Kaifeng and Gerald, 2008). Hal yang jadi perhatian pada pengukuran konsep adalah bagaimana membuat konsep yang abstrak menjadi konstruk atau variabel yang dapat terukur. Mengukur konsep tidaklah mudah, karena harus mengoperasionalkan konsep yang abstrak menjadi mudah terukur. Konsep tersebut harus dioperasionalkan sesuai dengan sifat dan sikap dari konsep sesuai hasil kajian atau penelitian. Definisi operasional adalah respon yang diberikan pada sejumlah pertanyaan yang diberikan, sedangkan variabel yang menyusun *concept* disebut *construct*. (Kaifeng 2008). Seperti yang dijelaskan diawal bahwa konsep akuntabilitas yang berkembang saat ini belum memenuhi tuntutan era reformasi yang telah mengakibatkan perubahan paradigma pelayanan kesehatan.

Berdasarkan *In-depth interview* dan kajian literatur maka dikembangkan kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 10. Kerangka konsep Akuntabilitas RS

B. Memverifikasi model konseptual akuntabilitas yang tepat bagi RS pada era reformasi pelayanan kesehatan di Indonesia

Pada tahap ini dilakukan pendekatan kuantitatif dengan melakukan pengukuran *confirmatory faktor analysis* (CFA) untuk memverifikasi model ini yang bertujuan untuk menjamin reliabilitas dan validitas model. Kuesioner disebarkan kepada 360 responden yang merupakan tim manajemen RS. Hasil ini terdiri dari 2 bagian yaitu gambaran karakteristik responden dan hasil *confirmatory faktor analysis*.

1. Karakteristik responden

a. Karakteristik responden berdasarkan usia

Tabel 8. Distribusi frekuensi responden menurut kelompok usia

No	Kelompok Umur (tahun)	Jumlah	Persentase
1	25 – 42	145 Orang	40,3 %
2	43 – 60	210 Orang	58,3 %
3	61 – 78	5 Orang	1,4 %
Jumlah		360 Orang	100 %

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa frekuensi responden terbanyak berada pada kelompok umur 43-60 tahun yaitu sebanyak 210 orang atau sebesar 58,3%. Sedangkan frekuensi responden sedikit berada di kelompok umur 61-77 tahun sebanyak lima orang atau sebesar 1,4%.

b. Karakteristik responden berdasarkan masa kerja

Tabel 9. Distribusi frekuensi responden menurut kelompok masa kerja

No	Kelompok Masa Kerja	Jumlah	Persentase
1	0 – 13 tahun	209 Orang	58,1 %
2	14 – 27 tahun	128 Orang	35,6 %
3	28 – 41 tahun	23 Orang	6,4 %
Jumlah		360 Orang	100 %

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa frekuensi responden terbanyak memiliki masa kerja 0-13 tahun yaitu sebanyak 209

orang atau sebesar 58,1%. Sedangkan frekuensi responden sedikit memiliki masa kerja 28-41 tahun yaitu sebanyak 23 orang atau sebesar 6,4%.

c. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan akhir

Tabel 10. Distribusi frekuensi responden menurut tingkat pendidikan

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
1	SMA	10 Orang	2,8 %
2	DIPLOMA	22 Orang	6,1 %
3	S1	168 Orang	46,7%
4	S2	153 Orang	42,5%
5	S3	7 Orang	1,9 %
Jumlah		360 Orang	100%

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa dominan responden memiliki pendidikan terakhir S1 sebanyak 168 orang atau sebesar 46,7% dan responden paling sedikit memiliki pendidikan akhir S3 sebanyak 7 orang atau sebesar 1,9%.

2. Hasil analisis dengan *confirmatory factor*

Pada penelitian ini terdapat tiga variabel laten yaitu moral, kewajiban, *bounded rational decision* yang membentuk konsep *responsibility* dan tiga variabel laten yang membentuk konsep transparansi yaitu *visibility*, dapat dimengerti dan utilisasi. Berikut ini akan dijelaskan hasil analisis pada setiap variabel laten.

a) Moral

Moral adalah suatu nilai yang dianut oleh RS dan menjadi dasar dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi RS termasuk dalam mengembangkan kebijakan. Hasil *confirmatory faktor analysis* diperoleh sebagai berikut :

Tabel 11. Nilai loading faktor variabel moral

Dimensi	Variabel	Indikator	Loading factor
Responsibility	Moral	Informasi yang diberikan kepada pasien terkait persetujuan tindakan medik	0.274
		Menjelaskan perkiraan biaya pelayanan	0.383
		Menjelaskan lamanya perawatan	0.373
		Menjelaskan perkembangan dan perjalanan penyakit pasien	0.416
		Memiliki kebijakan tentang pelecehan agama, etik, moral dan seksual	0.192
		Ada aturan yang melarang Staf RS dan Dokter untuk membicarakan kondisi penyakit pasien	0.234
		Dokumentasi persetujuan tindakan medis	0.135
		Pasien dapat memilih maupun menolak dokter yang akan merawat	-0.281
		Pasien merasa terjamin kerahasiaannya	0.483
		Setiap saat pasien dapat menghubungi RS untuk memanggil tenaga	0.334
		Catatan pasien hanya diketahui oleh dokter yang merawat	0.067

Dimensi	Variabel	Indikator	Loading factor
		Pasien dapat menolak suatu tindakan medis	0.277
		Tindakan medis merupakan hasil keputusan bersama	0.43
		Pasien mengetahui aturan pelayanan di RS	0.514
		Memberikan informasi tentang pilihan obat	0.511
		Memberikan informasi tentang perjalanan dan perkembangan penyakit	0.589
		Dokter atau Perawat dapat menghentikan obat maupun alat	0.073
		Dokter/perawat berusaha untuk meminimalisir nyeri	0.476
		Menyediakan instalasi pembuangan limbah	0.457
		Menjalankan program Corporate Social Responsibility (CSR)	0.455
		Menjalankan program bakti social	0.469
		Staf dapat beribadah di RS	0.456
		Menyediakan ruangan ibadah	0.479
		Staf mengikuti kode etik RS	0.638
		Aturan dan kebijakan RS di atur dalam dokumen	0.631
		Staf medis diatur oleh aturan	0.578
		Pelanggaran etik ditangani oleh komisi etik RS	0.588
		Hak-hak klinis setiap dokter berdasarkan keahliannya	0.566
		Pengunjung RS/staf RS dapat melakukan complain	0.367

Dimensi	Variabel	Indikator	Loading factor
		Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kesesuaian terapi dan diagnosa	0.632
		Pengunjung/Pasien RS yang cacat atau lansia memiliki fasilitas khusus	0.5
		Terdapat petugas khusus jika terjadi kebakaran	0.402
		Memiliki mekanisme untuk menjamin keamanan dan kenyamanan	0.559
		Memiliki mekanisme untuk menangani kasus kehilangan	0.446
		Tindakan medic mengacu pada dokumentasi hasil assesment awal dan diagnosa pasien	-0.29
		Pasien/pengunjung RS mendapatkan pelayanan medis tanpa dibedakan	0.401
		Tidak meminta uang muka bagi pasien yang masuk ke IRD	-0.145

Sumber : Data Primer, 2014

Tabel diatas menjelaskan bahwa terdapat 27 indikator atau 75 % dari indikator yang dikembangkan memiliki derajat hubungan yang secara statistic bermakna karena memiliki nilai *faktor loading* > 0.30.

Hal ini menunjukan bahwa sebagian besar indikator moral berkaitan dengan pemenuhan hak asasi pasien, masyarakat dan staf rumah sakit. Hak asasi pasien adalah memperoleh kebenaran tentang hal berhubungan dengan penyakitnya (M4,M16), informasi tentang biaya pengobatan (M2) serta penjaminan privasi pasien (M9). Sedangkan hak masyarakat adalah

terlindungi dari dampak pengelolaan RS-dengan adanya kegiatan *corporate social responsibility* RS, tersedianya instalasi pembuangan limbah (IPAL) serta program bakti sosial RS. Sesuai dengan definisi RS yaitu fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan paripurna yaitu preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Salah satu aspek akuntabilitas menurut Emanuel and Emanuel (1996a) adalah manfaat RS terhadap masyarakat disekitarnya.

Selain itu masyarakat yang berkunjung ke RS juga berhak untuk melakukan *complaint* jika tidak mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai standar. Hak asasi staf yang perlu dijamin adalah hak dalam melakukan ibadah (M 22-23), hak untuk mendapatkan keamanan dan kenyamanan selama bekerja (M33) serta adanya komisi etik yang dapat menyelesaikan jika terjadi masalah etik di RS dan penjaminan hak klinis dokter dalam melakukan pekerjaannya (M28).

Indikator ini menunjukkan adanya pergeseran dari era sebelum reformasi perumahsakitannya, dimana hak asasi pasien, staf dan masyarakat masih terabaikan, dengan adanya era reformasi perumahsakitannya, maka hak asasi pasien, staf dan masyarakat menjadi perhatian, karena pemenuhan hak asasi ini adalah tanggapan terhadap kebutuhan pasar.

Sehubungan dengan hak pasien, hal ini juga sejalan dengan pengaruh implementasi JKN pada pasal 15 dan 23 PMK Nomor 71 Tahun 2013 dijelaskan bahwa pasien berhak mendapatkan pelayanan medis, obat-obatan, alat kesehatan dan bahan habis pakai (BHP) sesuai indikasi medis.

Aturan ini jelas menunjukkan bahwa pasien berhak mendapatkan informasi tentang penyakitnya untuk mengetahui pelayanan medis, obat dan BHP apa yang dibutuhkan dan apa yang ditanggung oleh BPJS dan dapat disediakan oleh RS. Disamping itu, juga berhak mendapatkan obat, alkes dan BHP yang tidak disediakan pada formularium nasional tetapi berdasarkan indikasi medis bahan-bahan tersebut dibutuhkan (Pasal 24 ayat 2 PMK Nomor 71 Tahun 2013).

Pada standar ini dijelaskan bahwa pasien memiliki hak untuk mendapatkan informasi tentang penjelasan mengenai pengobatan dan rencana pengobatan yang akan dilayani hal ini sejalan dengan prinsip *biomedic ethic* yaitu menghargai pasien sebagai individu yang memiliki hak atas dirinya untuk mengetahui segala informasi tentang penyakitnya. Selain itu pasien berhak untuk mendapatkan pelayanan yang *beneficence dan non maleficence*. Hal ini sesuai dengan indikator yang dikembangkan bahwa untuk menjelaskan variabel moral di RS maka RS harus mengembangkan prosedur dan kebijakan yang mengacu pada *patient safety*.

Untuk dokter, RS memiliki tanggung jawab moral untuk melindungi hak klinisnya (*Clinical privilege*). Hak klinis ini penting sebagai kendali mutu pelayanan kesehatan di RS yang merupakan salah satu tujuan diterapkannya JKN. Penetapan hak klinis ini akan menjadi dasar pada saat kredensial untuk menentukan kompetensi seorang dokter yang akan bertugas. Sebelum era reformasi perumahsakitan, kredensial belum penting sehingga *clinical*

privilege belum menjadi penekanan, namun dengan adanya reformasi perumahasakitan, maka terdapat regulasi KMK 631/Menkes/SK/IV/2005 Tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By laws*) Di rumah sakit dan implementasi JKN kredensial menjadi sangat penting karena akan menentukan efektif dan efisiennya suatu penyajian pelayanan medik. Misalnya, *appendiktomi* dapat dilakukan oleh dokter umum dan dapat juga dilakukan oleh dokter bedah, namun hasil yang dicapai ditinjau dari efektifitas dan efisiensi dapat berbeda. Penetapan hak klinis dokter dapat mencegah terjadinya *moral hazard dan fraud*, sehingga hal ini akan melindungi pasien dari tindakan yang tidak *beneficence* dan *maleficence* karena melakukan tindakan yang tidak sesuai kompetensinya.

Indikator yang M30 (monitoring kesesuaian terapi dan diagnose) merupakan penjabaran implementasi nilai moral yaitu *non maleficence* yaitu tidak menyebabkan bahaya bagi pasien meskipun bertujuan untuk memperbaiki kesehatan dengan terapi. Diharapkan seorang dokter memiliki tugas moral untuk memberikan terapi rasional kepada pasien. Terapi rasional adalah terapi yang diberikan sesuai dengan diagnose penyakit dengan memilih obat yang efektif dan memiliki efek samping paling sedikit bagi pasien yang berarti menghindarkan pasien dari sesuatu yang dapat merusak fisik dan jiwanya.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa indikator penerapan moral di RS selain mengacu pada prinsip *bioetic* juga meliputi :

1. Aspek pembiayaan,
2. Lamanya perawatan,
3. Hak untuk meminta tenaga yang dapat memberikan motivasi dan semangat,
4. Kewajiban terhadap masyarakat, pengunjung dan staff

Ini menunjukkan bahwa penelitian ini menambahkan prinsip *economic beneficence* pada indikator moral yang berdasarkan kajian terdahulu prinsip moral di rumah sakit hanya berdasarkan prinsip *bioethics*.

Pergeseran paradigma pengelolaan rumah sakit yang dipengaruhi oleh era NPM menyebabkan banyak RS atau pelayanan kesehatan dikelola dengan mengacu pada teori ekonomi, sehingga pengelolaan RS cenderung mempertimbangkan *economic beneficence*.

Sejalan dengan itu, salah satu agenda reformasi pelayanan kesehatan adalah meningkatkan kinerja publik sehingga pemerintah menetapkan bahwa RS harus berbentuk BLU yang dituangkan pada pasal 7 UU Nomor 44 Tahun 2009 untuk lebih meningkatkan efisiensi, efektifitas, dan produktifitas pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit. Tujuan BLU sering disalahartikan karena mengelola organisasi dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat. Tujuan ini sering disalahartikan bahwa RS harus dikelola secara bisnis dengan mencari keuntungan, padahal yang dimaksud dengan prinsip bisnis yang sehat adalah meningkatkan efisiensi dan produktifitas

(Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum).

Penerapan BLU akan mempengaruhi pengelolaan RS, karena kekuasaan yang besar diberikan bagi RS untuk mengelola sumber daya sehingga RS harus benar-benar dapat akuntabel berarti RS harus menerapkan prinsip moral.

Selain itu, dalam hal perlindungan privasi RS misalnya dengan membuat kebijakan yang melindungi privasi pasien dan staf. Menghargai pasien dan staf yang bekerja di RS sebagai individu yang memiliki hak asasi untuk dilindungi privasi fisik, spiritual, psikosial, informasi, dan kepribadian. Sehingga secara moral tidak dibenarkan membicarakan kondisi pasien di tempat umum (M5,M6, M9 dan M11).

Akibat adanya globalisasi, saat ini harapan pasien meningkat, tidak hanya menginginkan perawatan kesehatan tapi juga bagaimana memperoleh pelayanan kesehatan yang terbaik, dengan teknologi terbaik serta peningkatan kesehatan dengan tidak membatasi kebebasan mereka termasuk dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang melindungi privasi mereka (Roberts, Hsiao *et al.*, 2008). Sehingga diharapkan RS membuat kebijakan yang dapat menjamin kerahasiaan pasien (M9).

Pasien mengharapkan pelayanan yang memiliki nilai tambah yaitu pelayanan yang akuntabel. Penerapan nilai-nilai moral dalam penyajian pelayanan kesehatan juga dalam rangka memberikan nilai tambah bagi

Rumah sakit. Sebagaimana yang dijelaskan oleh (Porter and Teisberg 2004; Porter and Teisberg 2006) bahwa akibat pergeseran paradigma pelayanan kesehatan maka terjadi peningkatan biaya, dan kompetisi diantara pemberi pelayanan kesehatan, namun kompetisi yang diharapkan adalah kompetisi nilai, yaitu RS menyajikan pelayanan yang memberikan nilai tambah bagi pasien. Salah satu nilai tambah yang diharapkan adalah penyajian pelayanan kesehatan yang mengacu pada prinsip etik yang sudah bergeser bahkan hilang karena terjadinya tekanan-tekanan akibat globalisasi. Contohnya yaitu peningkatan sifat materialism, pengejaran efisiensi oleh rumah sakit sehingga tidak memperhatikan lagi nilai-nilai tradisional bahkan hampir melupakan sumpah Hipocrates.

Pada tahun 1992 JCAHO (*joint Commission accreditation of Hospital organization*) telah menetapkan bahwa RS harus memiliki komisi etik untuk menangani masalah etik yang terjadi di RS baik antara petugas RS dan pasien maupun kasus etik oleh staf RS. Penerapan nilai etik dan moral di RS menunjukkan bahwa RS menjalankan tanggung jawab dalam menyajikan pelayanan kesehatan yang tidak melupakan hak-hak asasi manusia dan menegakkan prinsip bioetik. Hal ini menunjukkan pergeseran sebelum reformasi perumahsakitan belum ada regulasi.

Namun demikian, terdapat 11 variabel yang diamati memiliki *nilai loading factor* di bawah 0.30 yang berarti derajat hubungan antara variabel laten dan

observasi kurang dari 30% atau kontribusi indikator terhadap faktor secara statistik tidak signifikan karena hanya berkontribusi kurang dari 30%

Rendahnya faktor loading indikator tersebut dapat disebabkan oleh pengaruh karakteristik responden. Sebagian besar responden menjawab pertanyaan sesuai dengan pengalaman yang telah dilaluinya bukan menjawab apa yang idealnya.

Di bawah ini adalah matriks pergeseran variable moral dan implikasinya pengelolaan RS pada era reformasi perumh¹sakitan.

Tabel 12. Pergeseran indikator variable moral dalam konsep akuntabilitas RS dan implikasinya pada pengelolaan RS era reformasi perumh¹sakitan

No	Indikator Moral	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
1	Menjelaskan perkiraan biaya pelayanan	RS tidak menjelaskan perkiraan biaya pelayanan	dilakukan	Penerapan <i>clinical pathway</i> menjadi wajib untuk dapat memberikan perkiraan biaya
2	Menjelaskan lamanya perawatan	Lamanya perawatan tidak menjadi pertimbangan	Lamanya menjadi pertimbangan, karena menyangkut biaya-biaya lainnya (indirectcost) dan pasien sdah semakin banyak tahu tentang penyakit,	Penerapan <i>clinical pathway</i> menjadi wajib untuk dapat memberikan informasi lamanya perawatan
3	Menjelaskan perkembangan dan perjalanan penyakit pasien	Informasi ini diabaikan	pasien centre, pasien semakin sadar akan hak nya untuk mengetahui	Mengoptimalkan komunikasi terapeutik

No	Indikator Moral	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
			tentang perjalanan dan perkembangan penyakitnya	
4	Pasien merasa terjamin kerahasiaannya	Belum banyak menyadari pentingnya privasi	Privasi pasien menjadi hal yang penting	RS membuat kebijakan yang berhubungan dengan masalah privasi pasien, staff dan dokter
5	Setiap saat pasien dapat menghubungi RS untuk memanggil tenaga yang memberikan motivasi dan semangat	<i>Human right</i> pasien belum mendapat perhatian	Lebih memperhatikan human right	RS menyediakan pendamping spiritual
6	Tindakan medis merupakan hasil keputusan bersama	Dokter sepenuhnya sebagai provider	Kollaborasi dokter dan pasien dalam penyajian pelayanan kesehatan	Optimalisasi peranan pasien terhadap pengambilan keputusan
7	Pasien mengetahui aturan pelayanan di RS	Pasien tidak menyadari penting aturan RS	Hak pasien di prioritaskan untuk mendapat informasi	RS menyediakan pusat informasi baik secara virtual maupun on site
8	Memberikan informasi tentang pilihan obat	Hak pasien belum di akomodasi	Hak pasien di prioritaskan untuk mendapat informasi, pasal 15 dan 23 berhak mendapatkan pelayanan medis, obat dan BHP sesuai indikasi media	Peningkatan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan

No	Indikator Moral	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
9	Memberikan informasi tentang perjalanan dan perkembangan penyakit	Sebagian besar pasien hanya menyerahkan segalanya pada dokter	Hak pasien di prioritaskan untuk mendapat informasi, karena pasien telah membayar iuran maka pasien wajib mengetahui apa yang didapatkan	Edukasi Pasien
10	Dokter/perawat berusaha untuk meminimalisir nyeri	Prinsip <i>beneficence</i> tidak diperhatikan	Hak pasien untuk mendapat kenyamanan	RS membuat kebijakan pelayanan yang menerapkan prinsip <i>beneficence</i>
11	Menyediakan instalasi pembuangan limbah	Kesehatan lingkungan tidak menjadi prioritas	tanggung jawab RS untuk menjamin kes ling	RS menyediakan IPAL
12	Menjalankan program <i>Corporate Social Responsibility</i> (CSR)	RS fokus pada pelayanan perorangan	Manfaat RS terhadap masyarakat	RS mengembangkan program CSR
13	Menjalankan program bakti social	RS fokus pada pelayanan perorangan	Manfaat RS terhadap masyarakat	
14	Staf dapat beribadah di RS	RS kurang memfasilitasi hak staf	RS memfasilitasi hak staf	RS menyediakan tempat badah
15	Menyediakan ruangan ibadah	Belum terdapat kebijakan yang mengatur	Terdapat kebijakan di UU RS	RS mengimplementasikan Kebijakan
16	Staf mengikuti kode etik RS	Belum ada aturan yg mengharuskan RS memiliki kode etik	Prinsip etik mendapat perhatian lebih besar	RS harus memberntuk komite etik
17	Aturan dan kebijakan RS	Pendokumentasian belum menjadi	Pendokumentasian baik adalah syarat	RS mendokumentasi

No	Indikator Moral	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
	di atur dalam dokumen	budaya	mutlak	kan seluruh kebijakan
18	Staf medis diatur oleh aturan yang terdokumentasi dengan jelas	Staf medis diatur oleh aturan konvensi	Terdapat aturan yang terdokumentasi	RS mengimplementasikan aturan
19	Pelanggaran etik ditangani oleh komisi etik RS	Komisi etik belum dibentuk	Komisi etik sudah dibentuk	RS harus memberntuk komite etik
20	Hak-hak klinis setiap dokter berdasarkan keahliannya	Aturan kredensial belum ada	Kredensial Penting dilakukan	RS membentuk komite kredensial
21	Pengunjung RS/staf RS dapat melakukan complain	Pasien yang membutuhkan RS dan pilihan RS terbatas sehingga pasien kurang melakukan komplain	Pilihan RS semakin banyak dan pasien semakin berpengetahuan sehingga komplain sering dilakukan	RS membentuk <i>complaint centre</i>
22	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kesesuaian terapi dan diagnose	implementasi monev kesesuai terapi dan diagnosa belum diterapkan	implementasi monev kesesuai terapi dan diagnosa diterapkan secara konsisten	RS membentuk komite terapi rasional
23	Pengunjung/Pasien RS yang cacat atau lansia memiliki fasilitas khusus	Hak asasi manusia belum terlalu diperhatikan	RS menerapkan prinsip equity dan justice	RS menyediakan sarana bagi pasien berkebutuhan khusus
24	Terdapat petugas khusus jika terjadi kebakaran	Belum ada standar mutu keselamatan pasien	ada standar mutu keselamatan pasien	RS menerapkan standar mutu keselamatan pasien

No	Indikator Moral	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
25	Memiliki mekanisme untuk menjamin keamanan dan kenyamanan	Belum ada standar mutu keselamatan pasien	ada standar mutu keselamatan pasien	RS menerapkan standar mutu keselamatan pasien
26	Memiliki mekanisme untuk menangani kasus kehilangan	Belum ada standar mutu keselamatan pasien	ada standar mutu keselamatan pasien	RS menerapkan standar mutu keselamatan pasien
27	Pasien/pengunjung RS mendapatkan pelayanan medis tanpa dibedakan	Belum ada regulasi tentang penerapan prinsip equity	ada regulasi tentang penerapan prinsip equity	RS menerapkan kebijakan yang menjamin equity pelkes

b) Kewajiban (Kewajiban)

Kewajiban adalah tindakan yang dilakukan terhadap orang lain yang berhubungan dengan tugas pokok dan fungsi organisasi atau orang yang melekat pada organisasi. Pelaksanaan kewajiban organisasi dapat diukur dengan menggunakan indikator tertentu. Di bawah ini adalah tabel yang memperlihatkan nilai *loading factor* indikator terhadap faktor kewajiban.

Tabel 13. Nilai Loading Factor Variabel Kewajiban

Dimensi	Variabel	Indikator	Loading Factor
<i>Responsibility</i>	Obligation	Memiliki sistem penjaminan mutu	0.548
		Mempertimbangkan untung rugi dari setiap biaya	0.309
		Pasien memahami hak dan kewajibannya	0.548
		Staf tahu apa yang harus dilakukan dan apa yang berhak diperoleh di RS	0.626
		Pasien memahami tentang biaya pengobatan	0.448
		Tidak ada biaya di luar ketentuan tarif resmi	0.516
		Tarif resmi menjamin keberlanjutan RS	0.551
		Tarif resmi dengan INA CBGs	0.276
		Menyediakan seluruh kebutuhan Obat dan bahan habis pakai medis	0.458
		Memberikan pendidikan kesehatan bagi pasien	0.605
		Memfasilitasi pendidikan kesehatan	0.568
		Memfasilitasi segala kegiatan penelitian	0.435

Dimensi	Variabel	Indikator	Loading Factor
		Mengimplementasi kebijakan afirmasi	0.499
		Memiliki dokumen kontrak	0.654
		Memiliki perencanaan tahunan tentang peningkatan kompetensi staf	0.727
		Prosedur RS menjamin keamanan dan keselamatan pasien	0.7
		Prosedur RS menjamin keamanan dan keselamatan petugas RS	0.719
		Prosedur RS menjamin keamanan dan keselamatan masyarakat	0.642
		Memiliki dokumen kontrak antara staf dengan RS	0.583
		kesempatan pengembangan diri bagi staf RS	0.608
		Kasus yang ditangani memiliki clinical pathway	0.6
		Melibatkan pasien pada setiap pengambilan keputusan pelayanan	0.447
		Menolak pasien karena memiliki keputusan berbeda	-0.072

Dimensi	Variabel	Indikator	Loading Factor
	Kewajiban	Informasi pelayanan kepada pasien	0.61
		Perawat melaksanakan asuhan keperawatan	0.619
		Terkadang petugas sulit menerapkan kode etik profesi	-0.091
		Hambatan dalam membangun <i>teamwork</i> antar petugas	0.068
		Penyerahan obat kepada pasien oleh apoteker	0.44
		Apoteker harus memantau efektifitas dan keamanan penggunaan obat	0.534
		Pencampuran obat suntik oleh apoteker	0.412
		Penyiapan nutrisi parenteral oleh apoteker	0.343
		Penanganan obat untuk penderita kanker oleh apoteker	0.375
		Apoteker mengendalikan mutu obat-obatan dan alat kesehatan	0.448

Sumber : Data Primer, 2014

Hal ini menunjukkan bahwa dari 33 indikator yang dikembangkan terdapat 29 indikator atau 87,9% indikator memiliki kontribusi yang signifikan terhadap variabel laten kewajiban.

Terdapat dua aspek tentang kewajiban yaitu kewajiban organisasi dan kewajiban individu yang ada di dalam organisasi tersebut. Sebagai organisasi RS memiliki dua kewajiban yaitu kewajiban organisasi terhadap anggotanya dan kewajiban organisasi terhadap pasien. Sedangkan kewajiban individu adalah kewajiban yang harus dilaksanakan oleh para individu khususnya para professional yang ada di dalam organisasi tersebut.

Meskipun kewajiban RS telah dijelaskan pada UU RS, namun sebagian besar berupa kewajiban bagi pasien, padahal sebuah organisasi juga memiliki kewajiban terhadap anggota organisasinya. Indikator kewajiban yang dikembangkan mengacu pada UU RS serta pada reformasi kesehatan seperti moral (sudah dijelaskan sebelumnya) dan terkait tupoksi RS yaitu menyajikan pelayanan berkualitas, sehingga RS bertanggungjawab terhadap penyediaan input yang berkualitas yaitu sumber daya manusia, peralatan dan sarana, serta proses pelayanan yang sesuai standar mutu.

Kewajiban menyediakan sistem penjaminan mutu (O1) adalah tuntutan di era reformasi, khususnya pada era JKN ini, karena rumah sakit yang memiliki sistem penjaminan mutu cenderung akan menghasilkan pelayanan yang aman, tepat waktu, efektif, efisien, dan berkeadilan (Bloom 2002) dengan demikian tujuan penerapan SJSN agar masyarakat dapat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dasar dapat tercapai. Oleh karena itu RS sebaiknya menerapkan sistem penjaminan mutu.

Rumah sakit juga berkewajiban dalam menyampaikan hak dan kewajiban pasien selama mengunjungi RS (O3), memahami biaya pengobatan (O5) dan tidak ada biaya di luar ketentuan tariff resmi (O6). memberikan informasi pelayanan kepada pasien (O22). Indikator-indikator ini menjadi penting pada saat penerapan JKN untuk menilai pelaksanaan kewajiban RS. Penyampaian informasi ini akan membantu pasien mengetahui manfaat pelayanan kesehatan yang diterima dan mencegah terjadinya *fraud dan abuse* dalam penyajian pelayanan kesehatan di RS. Hal ini sangat berhubungan dengan aturan pada Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada JKN pasal 26 ayat 2 bahwa RS wajib menyiapkan obat, bahan habis pakai dan alat kesehatan sesuai indikasi medis. Sebelum implementasi JKN, pemberian informasi tentang biaya pengobatan kepada pasien tidak wajib. Sehingga RS sebaiknya menjalankan edukasi pada pasien.

Selain itu RS juga wajib melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan medis serta (O22 dan O 24). Kewajiban ini berhubungan dengan hak pasien untuk dilibatkan pada setiap tindakan yang berhubungan dengan kesehatan dan keselamatan pasien. Sebelum reformasi, hak pasien belum banyak diakomodir, dengan adanya pergeseran paradigma perumahsakitannya, maka pasien menjadi fokus dalam setiap pengambilan tindakan. Kewajiban RS ini juga diatur dalam standar mutu akreditasi internasional.

Rumah sakit juga memiliki kewajiban terhadap organisasi antara lain : pertama yaitu mempertimbangkan untung rugi dari setiap biaya yang dikeluarkan (O2) karena adanya pergeseran pengelolaan rumah sakit. Implementasi BLU pada RS menyebabkan RS tidak lagi menjadi *cost centre* tetapi menjadi *revenue centre*. Implikasinya adalah RS wajib menerapkan *cost containment*.

Kedua adalah menjelaskan kepada staf tentang hak dan kewajibannya di RS (O4). Hal ini penting bagi staf karena sebagai pedoman dalam melakukan tugas pokok dan fungsi staf. Sebelum reformasi, hak staf cenderung diabaikan, namun setelah reformasi staf harus atau hak dan kewajibannya agar dapat meningkatkan kinerjanya. Hal ini dilakukan dengan membuat dokumen kontrak dengan seluruh staf yang bekerja di RS termasuk dokter (O19). Selanjutnya ketersediaan dokumen kontrak ini memberikan implikasi bahwa dalam menjalankan fungsinya RS dapat mempertanggungjawabkan seluruh proses yang ada di RS, karena dokumen kontrak sebagai bukti tertulis terhadap semua kerjasama yang dilakukan di RS.

Menurut Roussau dalam Shore and Barksdale (1998) seharusnya terdapat psikologika kontrak yaitu suatu bentuk pertukaran kewajiban bersama antara pemberi kerja dan staf. Hubungan ini penting karena akan mempengaruhi perilaku organisasi (Rousseau 1990). Oleh karena itu maka RS wajib membuat kontrak dengan para staffnya maupun dengan pihak-

pihak yang terkait di RS Hal ini berarti pada era reformasi perumahsakitian pengendalian RS bergeser dari dokter ke manajemen.

Ketiga adalah menciptakan lingkungan RS yang aman dan nyaman bagi staf, pasien dan masyarakat (O16-O18). Bagi staf, bekerja dengan prosedur yang aman akan mempengaruhi kinerja dan kepuasan pegawai sehingga diharapkan dengan RS melaksanakan kewajibannya terhadap staff akan meningkatkan komitmen dan integritas para staf tersebut untuk menghasilkan pelayanan yang berkualitas, sesuai dengan tuntutan SJSN. Sebelum era reformasi perumahsakitian, kebutuhan staf tidak menjadi perhatian, dan belum ada regulasi penjaminan mutu tentang jaminan atas keselamatan staf, setelah era sekarang, adanya standar mutu keselamatan staf (akreditasi JCI) maka RS wajib mendesain prosedur kerja yang aman dan nyaman.

Selain itu, RS memiliki kewajiban untuk menyediakan/memfasilitasi proses pendidikan dan penelitian di RS selain pelayanan kesehatan (O11 dan O12). Sebelum diterapkannya regulasi tentang tugas pokok dan fungsi rumah sakit maka penyediaan fasilitas pendidikan bukan merupakan kewajiban, namun dengan adanya UU Nomor 40 tahun 2009 tentang RS Pasal 4 dan 5 tugas tersebut menjadi kewajiban.

Indikator kewajiban RS selanjutnya adalah setiap professional yang bekerja didalamnya wajib bekerja sesuai standar kompetensinya (O21,O22,O25,028-33). Bagi profesi dokter, kewajibannya adalah

menerapkan *clinical pathway* (CP) pada saat menangani kasus penyakit. CP ini merupakan perencanaan pelayanan kesehatan terpadu dengan merangkum setiap langkah yang dilakukan pada pasien mulai dari masuk sampai keluar rumah sakit.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa implementasi *clinical pathway* akan menurunkan biaya bagi pasien serta efisiensi pada rumah sakit (Warner, Kulick et al. 1998; Porter, Pisters et al. 2000; Loeb, Carusone et al. 2006). Selain itu *clinical pathway* yang dijadikan dasar dalam pengelolaan kasus menjadi dasar pertanggungjawaban bagi seorang dokter dalam mempertanggung jawabkan biaya pelayanan kesehatan yang timbul pada pengelolaan kasus. Sehingga menjadi kewajiban dokter dan RS menyiapkan *clinical pathway* sebagai kendali mutu dan kendali biaya dalam implementasi JKN. Pada era sebelum implementasi JKN, penerapan *clinical pathway* tidak wajib bagi seorang dokter. Sehingga implikasinya RS harus menyiapkan CP bagi setiap kasus yang ditangani.

Namun demikian terdapat empat indikator yang memiliki nilai faktor loading <0.30 menunjukkan kontribusinya tidak signifikan membentuk variabel kewajiban yaitu O8 (tarif resmi yang berlaku sesuai dengan INA CBGs), O23 (Jika pasien memilih keputusan yang berbeda dengan saran dokter, maka RS dapat menolak pasien tersebut), O26 (Terkadang ada situasi yang menyebabkan petugas sulit menerapkan kode etik profesi). O27 (Dokter dan perawat seringkali menemui hambatan dalam membangun *teamwork*).

Tarif resmi yang berlaku di RS saat ini belum semua disesuaikan dengan tariff INA CBGs. Belum ada aturan yang mewajibkan RS menerapkan tariff sesuai INA-CBGs khususnya untuk pasien umum.

Kewajiban RS adalah melayani pasien dan tidak dapat menolak pasien hanya karena pasien menolak saran dokter tertentu. Dalam hal penerapan kode etik, dalam hal-hal tertentu para professional mungkin tidak dapat melaksanakan kode etik dengan tepat, seperti euthanasia pasif tidak dapat dilakukan, namun terkadang permintaan pasien dan keluarga untuk menghentikan *life support* tidak dapat dihindari, ini adalah hal yang sulit bagi profesional yang berhubungan langsung dengan pasien, sehingga tidak dapat dijadikan indikator kewajiban, bahwa untuk situasi tertentu, petugas RS dapat melanggar kode etik.

Berdasarkan hasil uraian ini maka secara singkat dapat dijelaskan bahwa, Kewajiban RS mencakup pengambilan keputusan :

1. Rasional ekonomi
2. hukum
3. implementasi *human right* terhadap prinsip *equity*
4. pelaksanaan secara konsisten prosedur keselamatan pasien,
5. kendali mutu dan biaya .

Temuan ini menambahkan indikator variabel obligasi dengan faktor: rasional ekonomi, kendali mutu dan biaya pelaksanaan secara konsisten prosedur. Selain itu juga melengkapi pengertian konsep obligasi dengan

perluasan implementasi *human right* dalam pelayanan kesehatan serta mengubah konsep obligator dari dokter dan perawat menjadi RS.

Dibawah ini adalah matriks yang memuat pergeseran konsep akuntabilitas pada indikator obligasi dan Implikasinya pada pengelolaan RS di era reformasi perumahsakitan :

Tabel 14. Pergeseran indikator variabel *obligation* dalam konsep akuntabilitas RS dan Implikasinya pada pengelolaan Rumah Sakit di era reformasi perumahsakitan

No	Indikator Obligation	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
1	Memiliki sistem penjaminan mutu	Pengembangan sistem penjaminan mutu bersifat sukarela	Pengembangan sistem penjaminan mutu bersifat wajib	RS mengembangkan dan menerapkan sistem penjaminan mutu
2	Mempertimbangkan untung rugi dari setiap biaya	Cost center	Revenue center	RS mengembangkan cost containment
3	Pasien memahami hak dan kewajibannya	Hak pasien belum di akomodasi	Hak pasien sudah di akomodasi	Peningkatan edukasi pasien
4	Staf tahu apa yang harus dilakukan dan apa yang berhak diperoleh di RS	Hak staff belum jadi prioritas	Hak Staff mendapatkan perhatian khusus	RS membuat dokumen kontrak dengan staff
5	Pasien memahami tentang biaya pengobatan	Hak pasien belum di akomodasi	Hak Pasien, kewajiban RS, karena pada pasal 26 ayat 2, RS wajib	Edukasi Pasien

No	Indikator Obligation	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
			menyediakan alat kesehatan sesuai indikasi medis	
6	Tidak ada biaya di luar ketentuan tarif resmi	Belum diterapkan prinsip transparansi	Prinsip transparansi diterapkan	Edukasi pasien
7	Tarif resmi menjamin keberlanjutan RS	Keberlanjutan RS ditentukan oleh CRR	Keberlanjutan RS ditentukan oleh kendali biaya berdasarkan regulasi pembiayaan kesehatan pemerintah	Kendali mutu dan biaya
8	Menyediakan seluruh kebutuhan obat dan bahan habis pakai medis	RS tidak wajib menyediakan obat dan BHP pasien	RS wajib menyediakan obat dan BHP pasien	penataan manajemen logistik RS
9	Memberikan pendidikan kesehatan bagi pasien	Belum ada regulasi tentang tugas RS	Ada regulasi tentang tugas RS	implementasi UU RS
10	Memfasilitasi pendidikan kesehatan	Belum ada regulasi tentang tugas RS	Ada regulasi tentang tugas RS	implementasi UU RS
11	Memfasilitasi segala kegiatan penelitian	Belum ada regulasi tentang tugas RS	Ada regulasi tentang tugas RS	implementasi UU RS
12	Mengimplementasi kebijakan afirmasi	Hak pasien yang berkebutuhan khusus belum terakomodasi	Hak pasien yang berkebutuhan khusus sudah terakomodasi	menyediakan kebijakan dan sarana untuk berkebutuhan khusus

No	Indikator Obligation	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
13	Memiliki dokumen kontrak	dasar saling percaya	Ada kontrak	pengendalian bergeser dari dokter ke manajemen RS
14	Memiliki perencanaan tahunan tentang peningkatan kompetensi staf			menerapkan aturan <i>patient safety</i>
15	Prosedur RS menjamin keamanan dan keselamatan pasien	Belum ada aturan <i>patient safety</i>	Ada aturan <i>patient safety</i>	menerapkan aturan <i>patient safety</i>
16	Prosedur RS menjamin keamanan dan keselamatan petugas RS	Belum ada aturan <i>patient safety</i>		menerapkan aturan <i>patient safety</i>
17	Prosedur RS menjamin keamanan dan keselamatan masyarakat	Belum ada aturan <i>patient safety</i>		menerapkan aturan <i>patient safety</i>
18	Memiliki dokumen kontrak antara staf dengan RS	Belum ada dokumen kontrak, atas dasar kontrak social	Ada dokumen kontrak	RS memiliki sistem remunerasi
19	Kesempatan pengembangan diri bagi staf RS	Belum wajib dokumen perencanaan SDM	RS wajib mengembangkan rencana pengembangan staf	RS mengembangkan renstra SDM
20	Kasus yang ditangani memiliki <i>clinical pathway</i>	Belum ada <i>clinical pathway</i> ,	RS wajib memiliki CP sebagai alat kendali mutu dan biaya	RS mengembangkan CP

No	Indikator Obligation	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
21	Melibatkan pasien pada setiap pengambilan keputusan pelayanan	Pasien kurang dilibatkan dalam pengambilan keputusan pelayanan karena adanya asimetri informasi	Pasien lebih banyak dilibatkan karena pasien sudah lebih cerdas, penerapan patient center, JKN pasal 15 dan 23 PMK no 71 Tahun 2012	Mutu RS juga perlu mempertimbangkan <i>customer driven standard</i>
22	Informasi pelayanan kepada pasien	RS kurang memberi informasi kepada pasien sebab pilihan RS bagi pasien lebih terbatas.	Semakin banyak informasi diberikan kepada pasien sebagai akibat hypercompetition	RS menjadi lebih berorientasi pasien
23	Perawat melaksanakan asuhan keperawatan	Sistem penjaminan mutu bersifat sukarela	Sistem penjaminan mutu menjadi wajib	RS fokus pada pengembangan sistem penjaminan mutu berkelanjutan
24	Penyerahan obat kepada pasien oleh apoteker	Profesi apoteker belum di optimalkan	Profesi apoteker lebih di optimalkan	Optimalisasi peranan profesi di RS
25	Apoteker harus memantau efektifitas dan keamanan penggunaan obat	Profesi apoteker belum di optimalkan	Profesi apoteker lebih di optimalkan	

No	Indikator Obligation	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
26	Pencampuran obat suntik oleh apoteker	Profesi apoteker belum di optimalkan	Profesi apoteker lebih di optimalkan	
27	Penyiapan nutrisi parenteral oleh apoteker	Profesi apoteker belum di optimalkan	Profesi apoteker lebih di optimalkan	
28	Penanganan obat untuk penderita kanker oleh apoteker	Profesi apoteker belum di optimalkan	Profesi apoteker lebih di optimalkan	
29	Apoteker mengendalikan mutu obat-obatan dan alat kesehatan	Profesi apoteker belum di optimalkan	Profesi apoteker lebih di optimalkan	

c) *Bounded rationality Decision*

Bounded rationality decision adalah salah satu metode pengambilan keputusan yang bersifat *heuristic* dan tidak megandalkan pada ketersediaan data dan informasi yang lengkap. Model pengambilan keputusan ini dapat di ukur dengan menggunakan indikator yang dikembangkan di bawah ini.

Tabel 15. Nilai loading faktor variabel *bounded rational decision*

Dimensi	Variabel	Indikator	Loading Factor
<i>Responsibility</i>	<i>Bounded Rational Decision</i>	Keputusan RS mementingkan kepuasan masyarakat daripada keuntungan RS	0.367
		Intuisi penting dalam pengambilan keputusan profesional di RS	0.646

Dimensi	Variabel	Indikator	Loading Factor
		Pengambilan keputusan dilakukan secara cepat tanpa data	0.66
		Analisis situasi didasarkan pada intuisi para ahli di RS	0.684
		mengutamakan dampak keputusan dibandingkan pertimbangan logika	0.423
		para ahli di RS lebih mengutamakan kepuasan masyarakat	0.423
		pengambilan keputusan di RS memperhitungkan aspek rasional ekonomis	0.103
		pengambilan keputusan pada seluruh data yang lengkap dan evaluasi alternatif yang rasional	-0.068
		memiliki fleksibilitas pengambilan keputusan	0.031
		pendapat ahli lebih dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan	0.307
		Pengambilan keputusan di RS lebih mengutamakan pada pencapaian target kinerja	0.091
		Pengambilan keputusan di RS lebih mengacu pada kepentingan pihak penjamin pembiayaan kesehatan	0.024

Sumber : Data Primer, 2014

Terdapat 6 indikator atau 50% dari indikator yang dikembangkan yang memiliki kontribusi pada variabel *bounded rational decision*. Indikator yang paling memberikan kontribusi tertinggi pada variabel BR adalah BR4 (Analisis situasi pada data yang terbatas didasarkan pada intuisi para ahli di RS). Ini menunjukkan cara pengambilan keputusan yang tidak mengacu pada

ketersediaan data secara sempurna. Bahwa pengambilan keputusan yang demikianlah yang disebut *bounded rational decision*.

Dari tabel diatas dapat disimpulkan dua fakta, pertama yaitu bahwa Keterbatasan kognitif terkadang menyebabkan pengambilan keputusan dilakukan secara cepat tanpa data. Keputusan yang diambil biasanya berdasarkan *rule of thumb* suatu organisasi ataupun bersifat *heuristic* yaitu berdasarkan pengalaman dan pengetahuan pengambil keputusan (Robbins 2001). Sehingga temuan ini dianggap mendukung teori *bounded rational decision* di RS. Fakta kedua adalah meskipun dalam keterbatasan kognitif, *rule of thumb* pengambil keputusan mengutamakan kepentingan masyarakat serta dampak pengambilan keputusan. Meskipun menurut Simon (1972) keterbatasan kognitif menyebabkan pengambil keputusan mengutamakan pengambilan keputusan yang dapat memuaskan salah satu pihak, bukan keputusan yang optimal maupun maksimal. Hasil penelitian ini memberikan kontribusi dengan menggeser pengukuran *bounded rational decision* dari mengutamakan satu pihak menjadi mengutamakan kepentingan masyarakat. Selanjutnya akan diuraikan penjelasan indikator.

Keputusan yang diambil di RS seyogyanya mengacu pada *rule of thumb* yaitu mengacu pada kepentingan pasien dan prinsip biomedik etik. Meskipun keputusan yang diambil tidak berdasarkan data yang lengkap, tapi keputusan harus segera diambil, maka yang perlu menjadi pertimbangan bagaimana keputusan tersebut tidak merugikan pasien. Fokus pada

kepentingan pasien merupakan penjabaran dari reformasi dalam sistem pelayanan kesehatan yang dipengaruhi oleh *new publik management* dimana keputusan organisasi dipengaruhi oleh kepentingan pengguna di dalam kontex rumah sakit pengguna adalah pasien. Pada model ini pengambil keputusan lebih menggunakan pengalaman dan pengetahuan dalam mengambil keputusan dibanding pada ketersediaan data (BR2, BR3).

Salah satu aspek yang dapat menunjukkan suatu organisasi bertanggung jawab adalah bagaimana proses pengambilan keputusan dilakukan. Pada BRD terdapat beberapa nilai yang jadi pertimbangan yaitu nilai organisasi, nilai individu, nilai kebijakan, nilai profesi, dan nilai ideologi. Pada organisasi RS nilai-nilai yang menjadi utama dan menjadi *rule of thumb* dalam pengambilan keputusan yaitu mengutamakan kepentingan pasien, sehingga keputusan tidak selalu mengikuti logika organisasi. Terdapat alasan yang dapat dipertanggungjawabkan terhadap kebijakan yang diambil baik tertulis maupun tidak tertulis. Seperti pada indikator yang dikembangkan yaitu keputusan yang diambil lebih mementingkan kepentingan masyarakat, para profesional di RS mengambil keputusan dengan berdasarkan intuisi sebagai profesional yang telah berpengalaman dalam hal mengelola RS, Pengambilan keputusan dilakukan secara cepat meski data yang lengkap tidak tersedia. Seperti diketahui RS adalah organisasi kompleks dengan ciri ketidakpastian membutuhkan pengambilan keputusan yang segera, sehingga tidak dapat selalu bergantung pada ketersediaan data, selain itu

pengambilan keputusan di rumah sakit selalu dipengaruhi oleh nilai-nilai moral dan etik maka *bounded rational decision* adalah model pengambilan keputusan yang tepat di rumah sakit.

Sehingga untuk menjadi akuntabel RS termasuk didalamnya para professional harus menyajikan pelayanan yang bertanggung jawab yaitu pelayanan yang memiliki nilai moral, melaksanakan kewajiban serta mengambil keputusan berdasarkan *bounded rational decision*. Pelayanan yang bertanggung jawab seyogyanya dilakukan oleh dokter, perawat, apoteker, manajerial untuk menyajikan layanan medis, layanan keuangan, layanan obat.

Namun demikian, diperoleh lima indikator yang memiliki nilai *faktor loading* di bawah 0.30 yaitu BR7 (Pengambilan keputusan di RS memperhitungkan aspek rasional ekonomis daripada kepentingan masyarakat), BR8 (pengambilan keputusan dengan mengandalkan pengetahuan dan pengalaman para ahli) , BR9 (pendapat ahli lebih dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan dibandingkan dengan evaluasi data),BR,11(Pengambilan keputusan di RS lebih mengacu pada kepentingan pihak penjamin pembiayaan kesehatan daripada kepentingan optimalisasi pelayanan kesehatan, BR12 (RS tidak memiliki fleksibilitas pengambilan keputusan yang berbeda dengan SOP yang ada). Banyaknya factor yang tidak memberikan kontribusi terhadap variable BRD dapat disebabkan oleh pemahaman responden terhadap istilah BRD masih sangat

awam, karakteristik responden yang hampir sebagian besar memiliki tingkat pendidikan S1 belum mampu memahami apa makna BRD dan pengetahuan manajemen responden masih kurang.

Dibawah ini adalah tabel pergeseran *bounded rational decision* dalam konsep akuntabilitas dan implikasinya dalam pengelolaan RS:

Tabel 16. Pergeseran indikator variable *bounded rational decision* dalam konsep akuntabilitas RS dan Implikasinya pada pengelolaan RS pada era reformasi perumahsakit

No	Indikator Bounded Rational Decision	Sebelum reformasi	Setelah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
1	Keputusan RS mementingkan kepuasan masyarakat daripada keuntungan RS	RS cenderung berorientasi sosial	RS cenderung lebih memikirkan pendapatan	RS mengembangkan kebijakan yang berorientasi kepuasan masyarakat
2	Intuisi penting dalam pengambilan keputusan profesional di RS	Keputusan profesional lebih banyak mengandalkan intuisi	Keputusan profesional lebih dikendalikan oleh SOP <i>professional</i>	RS wajib mengimplementasikan CP
3	Pengambilan keputusan dilakukan secara cepat tanpa data	Intuisi kepakaran diakui sebagai dasar pengambilan keputusan secara cepat	Pengambilan keputusan harus berbasis data	RS memiliki lebih banyak SOP dan wajib mengimplementasikan CP
4	Analisis situasi didasarkan pada intuisi para ahli di RS	Pandangan para ahli menjadi <i>rule of thumb</i>	Kepentingan pasien/masyarakat menjadi <i>rule of thumb</i>	Customer driven standard dan keterbukaan informasi kepada masyarakat

No	Indikator Bounded Rational Decision	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
5	mengutamakan dampak keputusan dibandingkan pertimbangan logika	Pelayanan di RS penuh dengan pertimbangan etik dan moral	Pelayanan di RS penuh dengan pertimbangan etik dan moral	Kualitas RS bersifat kredensial
6	para ahli di RS lebih mengutamakan kepuasan masyarakat	Para ahli lebih fokus pada pendapat kepakarannya serta cenderung kurang memperhatikan kepuasan masyarakat	Kepentingan pasien/masyarakat menjadi <i>rule of thumb</i>	Menambahkan <i>customer driven standard</i> selain profesional standard
7	pendapat ahli lebih dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan	Keterbatasan kognitif dan perlunya pengambilan keputusan dalam situasi <i>uncertainty</i>	Keterbatasan kognitif dan perlunya pengambilan keputusan dalam situasi <i>uncertainty</i>	Penguatan peran komite kredensial di RS

d) Visibility

Visibility adalah kemampuan data untuk dapat diakses yang tidak dibatasi oleh jarak dan waktu.

Tabel 17. Nilai loading faktor variabel visibility

Dimensi	variabel	indikator	Loading factor
Transparency	Visibility	Akses informasi pelayanan RS selama 24 jam	0.836
		Akses informasi tentang pelayanan RS tanpa dibatasi oleh jarak	0.838

Dimensi	variabel	indikator	Loading factor
		Informasi yang disajikan selalu sesuai dengan kondisi saat ini	0.753
		Memperoleh informasi tentang pelayanan di RS selama 24 jam	0.826
		Informasi yang tersedia sudah jelas	0.501
		Mudah menghubungi petugas informasi di RS tanpa dibatasi oleh waktu	0.645
		Mudah menghubungi petugas informasi di RS tanpa dibatasi oleh jarak	0.643

Sumber : Data Primer, 2014

Hasil analisis diatas memperlihatkan bahwa seluruh indikator yang dikembangkan memberikan kontribusi > 30 % bahkan lebih dari 50% terhadap pembentukan variabel *visibility*. Sehingga indikator tersebut dianggap layak mewakili variabel *visibility*. Indikator yang paling dapat mewakili *visibility* adalah yang memiliki nilai *factor loading* tertinggi yaitu 0.838 yaitu indikator V2 (aksesibilitas informasi RS yang tidak dibatasi oleh waktu dan jarak) yang berarti informasi tentang RS dianggap visibel jika tersedia website RS yang memberikan info tentang RS.

Tabel diatas menunjukan bahwa Informasi yang disajikan harus dapat diakses tanpa dibatasi jarak dan waktu (*visible*) dan bersifat *real time*. Menurut Garsten and De Montoya (2008) bahwa transparansi dalam organisasi berhubungan dengan *visibility* dan penyajian informasi (keterbukaan). Selain itu Informasi yang disajikan harus mutakhir (Chang

2007). Selanjutnya, Chang (2007) menemukan bahwa RS mengembangkan website untuk memfasilitasi karyawan agar dapat berkomunikasi dengan pelanggan untuk menyajikan informasi yang lengkap dan komprehensif

Hasil ini menambah indikator tentang aksesibilitas informasi di RS serta mempertajam indikator variabel visibility terkait waktu penyajian informasi. Kebutuhan akan informasi yang dapat diakses 24 jam dan tidak dibatasi oleh waktu dan jarak ini dipengaruhi oleh era digital saat ini dimana perjalanan manusia tidak dibatasi oleh jarak dan waktu, sehingga kebutuhan akan informasi pelayanan kesehatan juga tidak dibatasi oleh jarak dan waktu. Dalam konteks global, pasien memiliki keinginan yang lebih besar tentang pelayanan kesehatan yang memberikan kualitas yang lebih baik dengan harga yang lebih murah, demikian juga dengan peranan warga negara yang semakin meningkat sebagai agen kontrol terhadap organisasi publik, masyarakat ingin mengetahui segala informasi yang dapat menunjukkan suatu RS dijalankan secara efisien dan efektif. Suatu RS disebut transparansi jika informasi yang diberikan bersifat *visible*.

Informasi tersebut tidak hanya dibutuhkan oleh pasien namun juga pengguna jasa RS lainnya seperti *supplier* serta masyarakat yang peranannya semakin tinggi sebagai alat kendali terhadap organisasi publik. Hak warga negara untuk mengakses informasi dari organisasi publik bukan lagi hal yang "tabu" karena hampir lebih 40 negara telah membuat hukum tentang akses terhadap organisasi publik dan 30 negara lainnya sedang

dalam proses. Hal ini di picu oleh runtuhnya *authoritarianism* dan berkembangnya demokrasi, meskipun demikian beberapa negara membuat peraturan tentang jenis data yang dapat diakses oleh masyarakat (Banisar 2002).

Dalam hal mencari informasi, beberapa penelitian di USA memperoleh data bahwa sekitar 63% pasien melakukan pencarian informasi secara online mengenai kesehatan sebelum berkunjung ke RS (Hesse, Nelson et al. 2005; Liszka, Steyer et al. 2006). Hal ini tentu juga akan mempengaruhi perilaku pasien atau masyarakat dalam mencari informasi tentang rumah sakit yang akan dikunjungi.

Saat ini diasumsikan bahwa pasien memiliki peranan penting dalam kesehatannya, mereka cenderung terlibat pada pengambilan keputusan tentang pelayanan medis yang akan didapatkannya, sehingga mereka akan menjadi aktif untuk mencari informasi tentang penyakitnya maupun informasi tentang tempat pelayanan kesehatan yang akan dikujungnya (Moen and Brennan 2005; Brennan and Starren 2006; Dart and Gallois 2010) di beberapa neagara *e-hospital* bukan lagi barang baru dan telah berkembang sejak 10 tahun yang lalu, bahkan telah diteliti bagaimana peranan e-hospital dan meningkatkan efisiensi dan kinerja (Chang 2007).

Pada sektor kesehatan, kajian tentang transparansi lebih banyak yang berfokus pada tarif (Tu and Lauer 2009; Sinaiko and Rosenthal 2011). Permintaan akan transparansi tarif meningkat di AS, sejak tahun 2009,

kongres di AS telah menyetujui transparansi tarif sehingga beberapa negara bagian telah meminta RS untuk mengumumkan tingkat *reimbursement* dan secara sukarela mengumumkan tarif yang berlaku di RS (Cutler and Dafny 2011). Transparansi tarif ini meningkat di USA karena terjadinya peningkatan biaya kesehatan. Melalui transparansi tarif, maka masyarakat dapat mengetahui biaya layanan yang diterima serta membandingkan dengan kualitas pelayanan yang didapatkan. Untuk kasus *cost sharing* pada anggota asuransi, sangat dibutuhkan transparansi tarif. Sedangkan dari pihak asuransi dapat melihat RS mana yang efisien mengelola dana. Pihak penjamin kesehatan, dalam hal ini BPJS dapat mengevaluasi tingkat efisiensi RS dan dapat mengurangi *fraud and abuse* dalam penyajian layanan kesehatan.

Terjadi beberapa pergeseran tentang penyajian informasi pada rumah sakit. Pada era sebelum reformasi perumahsakitannya, pencarian informasi tentang RS hanya dilakukan pada jam kerja, bahkan jarang masyarakat yang mencari informasi tentang RS. Saat ini, masyarakat dengan pengaruh teknologi dan sudah memiliki kesadaran yang tinggi tentang pentingnya pelayanan RS, maka pencarian informasi ini menjadi 24 jam. Oleh karena itu, diharapkan setiap RS memiliki web site yang menyajikan data yang mutakhir.

Dibawah ini adalah tabel pergeseran *visibility* dalam konsep akuntabilitas dan implikasinya dalam pengelolaan RS:

Tabel 18. Pergeseran visibility dalam konsep akuntabilitas RS dan Implikasinya pada pengelolaan RS di era reformasi perumahsakit

No	Indikator Visibility	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
1	Akses informasi pelayanan RS selama 24 jam	Pencarian informasi pelayanan <i>non emergency</i> dilakukan pada jam kerja	Pencarian informasi pelayanan <i>non emergency</i> dilakukan 24 jam	Pengembangan web site RS
2	Akses informasi tentang pelayanan RS tanpa dibatasi oleh jarak	Pencarian informasi RS dilakukan <i>on site</i>	Pencarian informasi RS dilakukan <i>off site</i> berbasis digital	Pengembangan web site RS
3	Informasi yang disajikan selalu sesuai dengan kondisi saat ini	Informasi belum tersedia berdasarkan kondisi <i>real time</i>	Informasi disajikan <i>real time</i> untuk menghadapi situasi <i>uncertainty</i>	Pengembangan sistim informasi RS terintegrasi untuk mendukung DSS
4	Memperoleh informasi tentang pelayanan di RS selama 24 jam	Informasi RS yang dapat diakses 24 jam relatif sama antara RS satu dengan yang lain	Informasi RS yang dapat diakses 24 jam lebih beragam untuk menjelaskan nilai unggul RS	Pengembangan web site RS
5	Informasi yang tersedia sudah jelas	Penyajian informasi masih menggunakan istilah teknis medis	Penyajian informasi dalam bahasa awam	Peningkatan komunikasi RS
6	Mudah menghubungi petugas informasi di	Sulit menghubungi petugas informasi di luar jam kerja	Mudah menghubungi petugas informasi 24	<i>Hot line</i> 24 jam

No	Indikator Visibility	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
	RS tanpa dibatasi oleh waktu		jam	
7	Mudah menghubungi petugas informasi di RS tanpa dibatasi oleh jarak	Petugas RS dapat dihubungi <i>on site</i>	Petugas RS dapat dihubungi berbasis web (tanpa dibatasi jarak)	Pengembangan web site RS

Sumber : Data Primer, 2014

e) Dapat dimengerti

Dapat dimengerti adalah kemampuan suatu data/informasi dapat dipahami bagi yang mengakses informasi tersebut.

Tabel 19. Nilai loading faktor variabel understandable

Dimensi	variabel	indikator	Loading factor
Transparency	Understandable	informasi yang disajikan oleh RS mudah dipahami	0.724
		Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan oleh stakeholder	0.775
		Masyarakat mampu memahami informasi yang disajikan untuk memahami mutu RS	0.895

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel diatas maka semua indikator yang dikembangkan memiliki kontribusi diatas 70% terhadap pembentukan variabel laten yang dapat dimengerti.

Tabel diatas menjelaskan bahwa Informasi yang disajikan harus dapat dipahami masyarakat termasuk informasi mutu rumah sakit. Sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa transparansi adalah bentuk komunikasi organisasi dengan stakeholder sehingga informasi yang disajikan harus dapat dipahami (Lee 2003). Hal ini disebabkan oleh karena komunikasi merupakan proses dimana orang secara interaktif menciptakan, mempertahankan dan mengelola pemahaman. Komunikasi yang tepat jika memenuhi syarat efektif dan tepat. Sehingga untuk menyampaikan informasi yang efektif, isi bahasanya harus mudah dipahami oleh pembaca atau pendengar (West, Turner et al. 2010). Ditambahkan oleh Lee (2003) bahwa seluruh partisipan dalam komunikasi harus mengerti *content* dan mengartikulasikan ide yang akan disampaikan dengan baik, sehingga tidak membutuhkan pertanyaan.

Suatu informasi yang di sajikan kepada pasien ataupun *stakeholder* lainnya, baru dapat bermanfaat jika informasi tersebut dapat dimengerti. Tujuan dari *disclosure informasi* kepada masyarakat agar informasi tersebut dapat digunakan untuk mengevaluasi dan memonitor kinerja RS baik dalam efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya dalam menyajikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Sehingga informasi yang di sajikan oleh RS sebaiknya menggunakan bahasa yang mudah dimengerti. Burack, Impellizzeri et al. (1999). selama ini RS sering menampilkan informasi yang menggunakan bahasa latin atau medis yang kurang dipahami oleh pasien,

informasi ini menjadi tidak berguna karena tujuan pemberian informasi tidak tercapai.

Sebelum era reformasi, kebanyakan informasi yang disajikan RS banyak yang tidak dipahami oleh masyarakat karena menggunakan istilah medis, setelah era reformasi maka diharapkan RS menyajikan informasi tersebut dalam bahasa yang awam sehingga mudah dipahami. Saat ini masyarakat semakin sadar dalam hal pencarian informasi tentang RS dan peranan masyarakat sebagai alat kontrol organisasi publik semakin dikembangkan, sehingga makin banyak informasi yang dibutuhkan untuk mengontrol pelaksanaan RS tersebut.

Berdasarkan temuan empiric, maka RS perlu lebih mengembangkan aspek komunikasi dan lebih terbuka terhadap penyajian informasi mengenai mutu. Penelitian ini menambahkan indicator transparansi bahwa penyajian informasi harus mempertimbangkan aspek pengguna RS.

Tabel 20. Pergeseran variabel understandable pada konsep akuntabilitas RS dan Implikasinya pada era reformasi pelayanan kesehatan

No	Indikator Understandable	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
1	Informasi yang disajikan oleh RS mudah dipahami	Penyajian informasi banyak menggunakan istilah yang kurang dipahami masyarakat	Penyajian informasi RS dalam bahasa awam	Peningkatan komunikasi RS

2	Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan oleh <i>stakeholder</i>	Informasi yang disediakan dapat diakses dan dimanfaatkan oleh <i>stakeholder</i> terbatas	Informasi yang disediakan dapat diakses dan dimanfaatkan oleh <i>stakeholder</i> yang lebih luas	Pengembangan indikator kinerja RS secara lebih komprehensif
3	Masyarakat mampu memahami informasi yang disajikan untuk memahami mutu RS	Mutu RS disajikan dalam istilah yang tidak dimengerti masyarakat	Mutu RS disajikan dalam istilah yang lebih dapat dipahami oleh masyarakat	Keterbukaan informasi mengenai mutu RS

f) Utilisasi

Tabel 21. Nilai loading faktor variabel utilisasi

Dimensi	Variabel	indikator	Loading Factor
Transparensy	Utilisasi	Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang dapat dipertanggung jawabkan	0.759
		Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang bebas dari praktek korupsi	0.762
		Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang bersih dari praktek kolusi dan nepotisme	0.781
		Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang berfokus pada keselamatan pasien	0.782
		Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang sesuai standar internasional	0.765
		Informasi RS untuk menilai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RS	0.794

Dimensi	Variabel	indikator	Loading Factor
		Informasi RS memberikan jaminan untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas dari tenaga professional	0.763
		Informasi RS memberikan jaminan rasa aman	0.725
		Informasi RS untuk menilai kinerja RS	0.79
		Informasi RS membantu masyarakat dalam pengambilan keputusan pemilihan RS	0.681
		Informasi RS memantau pemanfaatan sumber daya publik untuk menjamin peningkatan nilai ekonomi RS	0.688

Sumber : Data Primer, 2014

Dari tabel diatas diperlihatkan bahwa semua indikator yang dikembangkan, memberikan kontribusi lebih dari 30 % terhadap pembentukan variable utilisasi dan sebagian besar nilai loading faktornya diatas 0.7 yang berarti kontribusinya signifikan secara statistic.

Penelitian ini menghasilkan bahwa Informasi yang disajikan pada masyarakat mencakup manajemen, moral, mutu,etika, keuangan, kompetensi, edukasi masyarakat tentang tupoksi RS. Hal ini menunjukkan beberapa pergeseran. Saat sebelum era reformasi perumah sakitan, informasi yang disajikan oleh rumah sakit hanya informasi ke tingkat vertical, yaitu pemilik (laporan kinerja) dan penelitian terdahulu menunjukkan bahwa informasi yang disajikan RS pada masyarakat lebih fokus pada tarif layanan (Gooch 2002; Cutler and Dafny 2011; Sinaiko and Rosenthal 2011), Mengacu pada

hasil penelitian, saat ini informasi harus disajikan untuk *multistakeholders* sehingga para *stakeholder* tersebut dapat memanfaatkan informasi tersebut. Kondisi ini memberikan implikasi bahwa RS seharusnya menyajikan informasi yang dapat memenuhi kepentingan *stakeholders*. RS harus menyusun indikator kinerja secara komprehensif, karena informasi yang disajikan dapat digunakan untuk bahan evaluasi kinerja RS. Selain itu RS hendaknya menerapkan pemasaran RS, karena dapat memanfaatkan informasi RS sebagai dasar pemilihan RS. Aspek yang paling penting juga adalah RS harus mengembangkan kapasitas penyusunan dan monitoring implementasi rencana strategi.

Table dibawah ini menggambarkan pergeseran indikator dan implikasinya terhadap rumah sakit.

Tabel 22. Pergeseran indikator variabel utilisasi dalam konsep akuntabilitas RS dan implikasinya pada pengelolaan RS pada era reformasi perumahsakitian

No	Indikator Utilisasasi	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
1	Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang dapat dipertanggung jawabkan	Informasi RS untuk pertanggung jawaban <i>vertical</i>	Informasi RS untuk pertanggungjaban <i>vertikal, horizontal, dan diagonal</i>	Pelaporan dan atau publikasi yang mampu memenuhi kepentingan <i>vertikal, akreditasi, dan masyarakat</i>
2	Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang bebas dari praktek korupsi	Informasi yang harus disajikan RS relatif terbatas untuk mengidentifikasi	Lebih banyak informasi yang harus disajikan RS sehingga <i>berpeluang</i>	Pengembangan indikator kinerja RS secara lebih komprehensif

No	Indikator Utilisasasi	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
		korupsi	untuk mengidentifikasi korupsi	
3	Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang bersih dari praktek kolusi dan nepotisme	Informasi RS bersifat kredensial	Selain pertimbangan kredensial, pengambilan keputusan didasarkan pada kriteria yang jelas dan terbuka bagi <i>stakeholder</i>	Pengembangan indikator kinerja RS secara lebih komprehensif
4	Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang berfokus pada keselamatan pasien	Informasi RS untuk menilai keselamatan pasien bersifat kredensial, tidak terdokumentasi dengan baik	Informasi RS untuk menilai keselamatan pasien terdokumentasi dengan baik	Pengembangan indikator kinerja RS secara lebih komprehensif
5	Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang sesuai standar internasional	Belum ada standarisasi jenis dan penyajian informasi RS	Jenis dan penyajian informasi RS mengacu standar internasional	Jenis dan penyajian informasi RS mengacu standar internasional
6	Informasi RS untuk menilai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RS	Informasi yang disajikan RS bagi masyarakat tidak meliputi semua tupoksi	Informasi yang disajikan RS bagi masyarakat meliputi semua tupoksi, ada edukasi masyarakat mengenai tupoksi RS	Pengembangan indikator kinerja RS secara lebih komprehensif
7	Informasi RS memberikan jaminan untuk	Tidak ada informasi mengenai profil	Informasi RS perlu mencakup	Pengembangan indikator kinerja RS secara lebih

No	Indikator Utilisasasi	Sebelum reformasi	Sesudah reformasi	implikasi dalam pengelolaan RS
	mendapatkan pelayanan yang berkualitas dari tenaga professional	dan kompetensi tenaga professional	profil dan kompetensi tenaga kependidikan	komprehensif
8	Informasi RS memberikan jaminan rasa aman	Tidak ada informasi mengenai kinerja medis, pengakuan mutu (akreditasi) belum wajib	Perlu informasi mengenai kinerja medis, pengakuan mutu (akreditasi) menjadi wajib	Pengembangan indikator kinerja RS secara lebih komprehensif
9	Informasi RS untuk menilai kinerja RS	RS wajib memberikan laporan kinerja kepada <i>shareholder</i>	RS wajib memberikan laporan kinerja kepada <i>stakeholder</i>	Pengembangan indikator kinerja RS secara lebih komprehensif
10	Informasi RS membantu masyarakat dalam pengambilan keputusan pemilihan RS	Informasi yang disajikan tidak bersifat preskriptif dan edukatif untuk membantu pengambilan keputusan pemilihan RS	Informasi yang disajikan bersifat preskriptif dan edukatif untuk membantu pengambilan keputusan pemilihan RS	Penerapan pemasaran di RS
11	Informasi RS memantau pemanfaatan sumber daya publik untuk menjamin peningkatan nilai ekonomi RS	RS Pemerintah wajib membuat LAKIP	RS Pemerintah wajib membuat LAKIP	Peningkatan perencanaan strategis dan money RS

Hasil penelitian ini memberikan kontribusi dengan menambahkan indikator variabel utilisasi informasi RS.

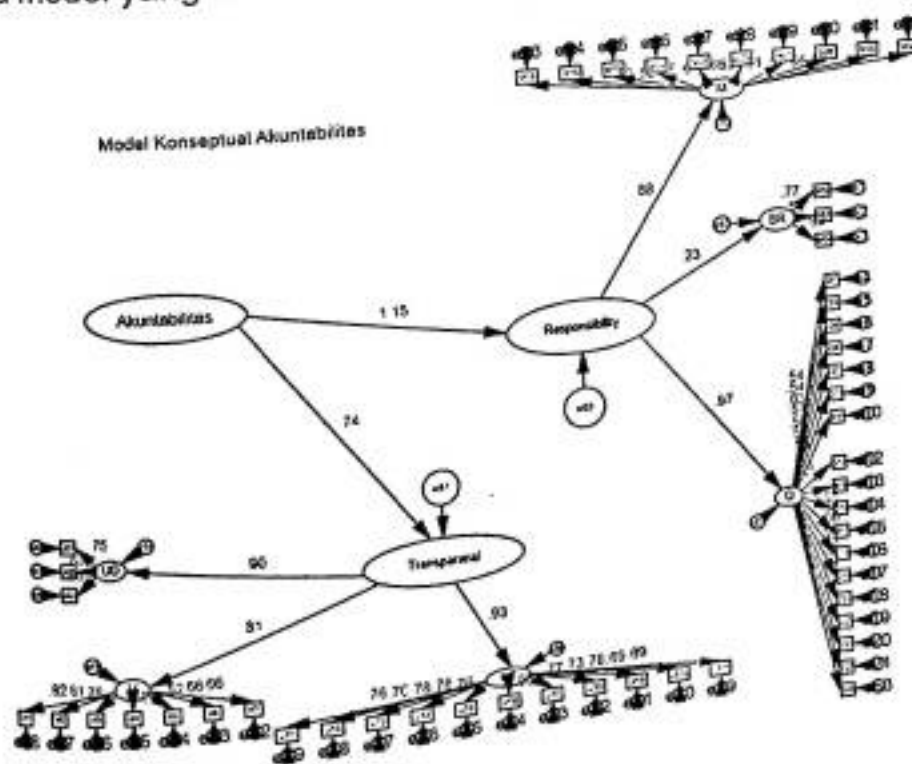
Sehingga untuk dikatakan suatu organisasi melakukan Transparansi, maka informasi yang di sajikan harus dapat diakses secara aktif tidak dibatasi oleh jarak dan waktu dengan kata lain harus tersedia website, informasi yang disajikan harus dapat dimengerti oleh penerima informasi serta dapat dimanfaatkan.

Mengacu pada hasil wawancara dengan informan kunci, maka informasi tentang prosedur layanan di RS yaitu layanan medik, layanan administrasi, layanan keuangan dan layanan obat harus dapat diakses 24 jam, dimanapun dan kapanpun, dan informasi ini harus dapat dipahami oleh target penerima informasi. Informasi yang disajikan harus menggunakan bahasa sederhana. Hal yang paling penting adalah, informasi tersebut dapat dimanfaatkan oleh para *stakeholder*, misalnya untuk pasien, informasi yang diperoleh dapat dijadikan dasar untuk mengambil keputusan dalam menggunakan layanan RS, sedangkan untuk pemerintah, pihak penjamin kesehatan maupun pemilik dapat menggunakan informasi tersebut untuk mengevaluasi dan memonitoring penyajian layanan kesehatan apakah layanan tersebut memenuhi standar mutu, apakah RS dijalankan dengan efisien dan efektif, apakah tidak terjadi korupsi, kolusi dan nepotisme. Bagi pihak penjamin kesehatan dapat memperoleh informasi tentang implementasi jaminan kesehatan national sesuai dengan amanat UU SJSN.

Demikian juga informasi tentang para professional yang bekerja di RS harus dapat dipahami oleh para *stakeholder*, dapat diakses 24 jam, misalnya

tentang jadwal poliklinik, jadwal visite, jadwal jaga dokter, kompetensi dokter yang bertugas di RS tersebut, kompetensi perawat, apoteker dan manajerial yang bertugas di RS tersebut, sehingga masyarakat mendapat kepercayaan terhadap RS bahwa mereka dilayani oleh para professional yang berkompoten, dan pemilik serta penjamin percaya bahwa RS dikelola sesuai standar kompetensi sehingga diharapkan dapat menyajikan pelayanan yang sesuai standar mutu pelayanan kesehatan.

Dari hasil analisis *confirmatory faktor*, maka model pengukuran yang dikembangkan adalah sebuah model yang *recursive* yaitu model yang hanya memiliki satu arah yaitu hubungan *causal* satu arah. Hal ini menunjukkan bahwa model yang dibuat teridentifikasi.



Gambar 11. Model pengukuran akuntabilitas

Berdasarkan hasil eksplorasi dan pengembangan model pengukuran akuntabilitas maka dapat dijelaskan bahwa pengertian akuntabilitas mengandung 2 dimensi utama yaitu tanggung jawab dan transparansi. Kedua konstruk ini dibangun oleh enam variable yaitu moral, kewajiban, *bounded rational decision*, visibility, dapat dimengerti and utilisasi. Untuk menentukan apakah model ini memiliki *Good Fit*, maka peneliti melakukan pengamatan secara empiris terhadap jawaban-jawaban yang dihasilkan oleh responden, yang dirangkum pada tabel sebagai berikut :

Tabel 23. Distribusi frekuensi responsibilitas terhadap akuntabilitas dengan variabel moral sebagai pengontrol

Moral	Respon		Akuntabilitas		Total
			UN ACC	ACC	
Unmoral	Respon	Unrespon	92	6	98
			93.90%	6.10%	100.00%
		Respon	6	18	24
		25.00%	75.00%	100.00%	
	Total	98	24	122	
		80.30%	19.70%	100.00%	
Moral	Respon	Unrespon	2	10	72
			2.80%	13.90%	100.00%
		Respon	7	159	166
		4.20%	95.80%	100.00%	
Total	9	169	238		
	3.80%	71.00%	100.00%		

Tabel 24. Distribusi frekuensi responsibilitas terhadap akuntabilitas dengan variabel obligation sebagai pengontrol

Obligation	Respons		Akuntabilitas		Total
			UN ACC	ACC	
Tidak wajib	Respon	Unrespon	116	5	121
			95.90%	4.10%	100.00%
		Respon	4	21	25
	Total	16.00%	84.00%	100.00%	
		120	26	146	
		82.20%	17.80%	100.00%	
Wajib	Respon	Unrespon	38	11	49
			77.60%	22.40%	100.00%
		Respon	9	156	165
	Total	5.50%	94.50%	100.00%	
		47	167	214	
		22.00%	78.00%	100.00%	

Tabel 25. Distribusi frekuensi responsibilitas terhadap akuntabilitas dengan variabel bounded rational decision sebagai pengontrol

Bounded rational	Respon		AKUNTABILITAS		Total
			UN ACC	ACC	
Un bounded rational	Respon	Unrespon	108	10	118
			91.50%	8.50%	100.00%
		Respon	5	52	57
	Total	8.80%	91.20%	100.00%	
		113	62	175	
		64.60%	35.40%	100.00%	
Bounded rational	Respon	Unrespon	46	6	52
			88.50%	11.50%	100.00%
		Respon	8	125	133
	Total	6.00%	94.00%	100.00%	
		54	131	185	
		29.20%	70.80%	100.00%	

Tabel 26. Distribusi frekuensi transparansi terhadap akuntabilitas dengan variabel visibility sebagai pengontrol

Visibility	Transparansi		AKUNTABILITAS		Total
			UN ACC	ACC	
Un visibility	Transparansi	Untransparansi	77	11	88
			87.50%	12.50%	100.00%
		Transparansi	33	41	74
			44.60%	55.40%	100.00%
Total	110	52	162		
	67.90%	32.10%	100.00%		
Visibility	Transparansi	Untransparansi	6	1	7
			85.70%	14.30%	100.00%
		Transparansi	51	140	191
			26.70%	73.30%	100.00%
Total	57	141	198		
	28.80%	71.20%	100.00%		

Tabel 27. Distribusi frekuensi transparansi terhadap akuntabilitas dengan variabel understandable sebagai pengontrol

Understandable	Transparansi		AKUNTABILITAS		Total
			UN ACC	ACC	
Tidak understandable	Transparansi	Untransparansi	21	0	21
			100.00%	0.00%	100.00%
		Transparansi	2	0	2
			100.00%	0.00%	100.00%
Total	23	0	23		
	100.00%	0.00%	100.00%		
Understandable	Transparansi	Untransparansi	62	12	74
			83.80%	16.20%	100.00%
		Transparansi	82	181	263
			31.20%	69.80%	100.00%
Total	144	193	337		
	42.70%	57.30%	100.00%		

Tabel 28. Distribusi frekuensi transparansi terhadap akuntabilitas dengan variabel utilisasi sebagai pengontrol

Utilisasi	Transparansi		AKUNTABILITAS		Total
			UN ACC	ACC	
Un utilisasi	Transparansi	Untransparansi	44	5	49
			89.80%	10.20%	100.00%
		Transparansi	8	4	12
			66.70%	33.30%	100.00%
Total		52	9	61	
			85.20%	14.80%	100.00%
Utilisasi	Transparansi	Untransparansi	39	7	46
			84.80%	15.20%	100.00%
		Transparansi	76	177	253
			30.00%	70.00%	100.00%
Total		115	184	299	
			38.50%	61.50%	100.00%

Secara empirik, model ini dapat dianggap sesuai fakta karena berdasarkan fakta diperoleh bahwa 93,5% responden yang menjawab moral dan responsible serta akuntabel, demikian juga untuk variable obligasi terhadap responsibel dan akuntabel, terdapat 94,5% responden yang menyatakan bahwa obligasi berhubungan dengan responsibility dan akuntabel dan pada variable ke tiga terdapat 125 orang (94 %) yang menyatakan *bounded rational decision* berhubungan dengan *responsibility* dan dinyatakan akuntabel. Demikian juga dengan model transparansi. Terdapat 140 orang (73,3%) responden yang menyatakan *visibility* juga menyatakan transparansi dan akuntabel, sedangkan untuk model yang menyatakan dapat dimengerti juga transparansi dan akuntabel terdapat

63,8% (181 orang) dan terakhir terdapat 70% (177 orang) yang menyatakan utilisasi adalah juga transparan dan akuntabel.

Fakta empiris yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyetujui model yang dikembangkan sehingga dapat dikembangkan suatu dugaan sementara dengan model tersebut. Sehingga hipotesis yang dibangun adalah konstruk akuntabilitas dibentuk oleh konsep *responsibility* dan transparansi. Sedangkan moral, obiligasi dan *bounded rational decision* adalah variabel yang menyusun konsep *responsibilitas* dan variabel *visibility*, dapat dimengerti dan utilisasi merupakan variabel yang menyusun konsep transparansi, sehingga ke enam variabel diatas berpeluang digunakan untuk mengukur akuntabilitas.

Dari sudut pandang *positivist* yang menyatakan bahwa kejadian nyata dapat diobservasi secara empiric dan dapat dijelaskan secara rasional. Positivism mengadopsi teori Hume (2011) dan Descartes, Haldane et al. (1993), David hume teori menyatakan bahwa kenyataan terdiri dari *atomistic* dan terdapat kejadian yang *independent*. bahwa dibutuhkan *philosophy* untuk dan alasan yang logis untuk melihat hubungan yang tidak nyata antara kejadian yang terjadi secara bersamaan. Dibutuhkan indera untuk menghasilkan pengetahuan tentang kenyataan. Sehingga fakta empirik yang menemukan bahwa akuntabilitas mengandung dimensi tanggung jawab dan transparansi dianggap pengetahuan tentang realita dimana tanggung jawab disusun oleh variabel moral, kewajiban dan *Bounded Rational Decision* dan

konsep transparansi disusun oleh variabel *visibility*, dapat dimengerti (*Understandable*) dan utilisasi (Ketermanfaatan). Selanjutnya menurut Descartes menyatakan bahwa satu-satunya cara yang terbaik untuk memperoleh pengetahuan tentang alam adalah dengan menggunakan alasan. Alasan yang logis bahwa model ini dapat dianggap tepat karena dapat ditarik kesimpulan dari premis. Semua proses yang menjelaskan tentang tanggung jawab dan bersifat transparan adalah sifat akuntabilitas. Sedangkan semua proses yang didalamnya ada unsur moral, kewajiban dan pengambilan keputusan secara *bounded rationality* adalah gambaran konsep tanggung jawab dan proses yang menggambarkan *visibility*, *understandabel* dan utilisasi merupakan konsep dari transparansi. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa keenam variable ini menyusun konstruk akuntabilitas.

C. Model Konseptual Akuntabilitas Rumah Sakit di Indonesia

Model konseptual adalah pendefinisian suatu objek dengan menjelaskan unsur/dimensi, variable, serta sifat dan hubungan satu sama lain untuk mengukur.

Berdasarkan hasil eksplorasi terhadap nara sumber utama maupun kajian literatur mengenai konsep akuntabilitas RS di Indonesia maka dapat disimpulkan bahwa akuntabilitas RS terbangun atas dua dimensi yaitu tanggung jawab dan transparansi. Pihak-pihak yang dipertimbangkan sebagai pemain kunci yang harus bertanggung dan transparan adalah dokter,

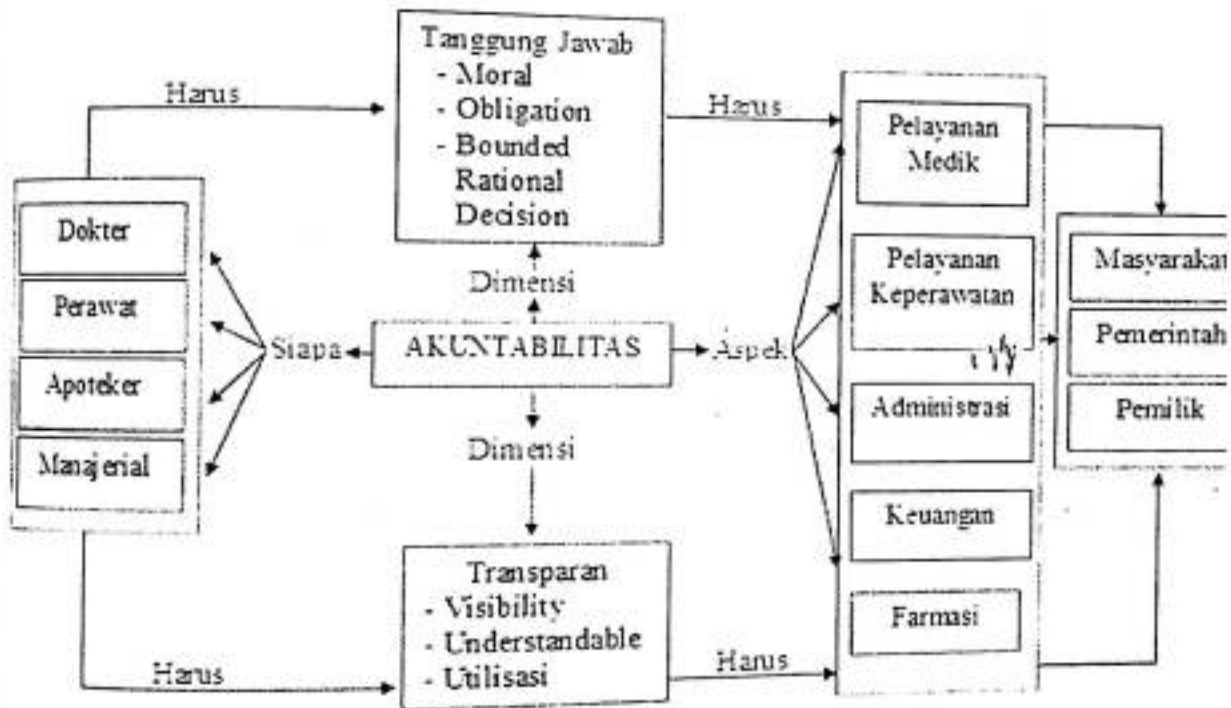
perawat, apoteker, dan manajer. Keempat pihak tersebut perlu bertanggung jawab serta transparan dalam pelayanan medik, pelayanan keperawatan, administrasi, farmasi, dan keuangan terhadap pemilik, masyarakat, dan pemerintah.

Model tersebut kemudian diverifikasi melalui *confirmatory factor analysis* sehingga menghasilkan model pengukuran akuntabilitas RS. Model pengukuran tersebut menunjukkan bahwa akuntabilitas RS terdiri atas dua dimensi yaitu transparansi dan tanggung jawab. Hasil pengujian menunjukkan bahwa dimensi tanggung jawab signifikan diukur oleh variable moral yang terdiri atas 27 indikator, obligasi yang terdiri atas 29 indikator, bounded rational yang terdiri atas 6 indikator. Sedangkan dimensi transparansi signifikan diukur oleh variable visibility yang terdiri atas 7 indikator, understandable yang terdiri atas 3 indikator, dan utilisasi informasi yang terdiri atas 11 indikator.

Dengan mengacu pada temuan tersebut, maka dirumuskanlah definisi akuntabilitas RS sebagai berikut: akuntabilitas RS adalah yang suatu keadaan dimana dokter, perawat, apoteker, dan manajer RS bertanggung jawab dan transparan dalam pelayanan medik, pelayanan keperawatan, farmasi administrasi, dan keuangan terhadap pemilik, masyarakat, dan pemerintah. Bertanggung jawab adalah pengelolaan RS yang melibatkan aspek moral, obligasi, dan *bounded rational decision*. Sedangkan transparansi dalam pengelolaan RS adalah terpenuhinya sifat visibility,

understandable, dan utilisasi informasi yang mempertimbangkan manfaat terhadap seluruh pemangku kepentingan RS.

Definisi tersebut dapat digambarkan dalam ilustrasi sebagai berikut :



Gambar 12. Model konseptual akuntabilitas rumah sakit di Indonesia pada era reformasi perumaha sakitan

Berdasarkan hasil kajian penelitian diatas maka dapat dijelaskan kesenjangan konseptualisasi akuntabilitas RS di era reformasi pelayanan kesehatan dapat dijawab bahwa kesepakatan dimensi akuntabilitas adalah suatu proses yang didalamnya menjabarkan pelaksanaan tanggung jawab dan transparansi, dimana kedua konsep ini dapat diukur dengan enam variabel. Kesenjangan kedua adalah menjawab aspek yang harus akuntabel

di RS adalah aspek administrasi, keuangan, farmasi dan pelayanan medik. Aktor yang harus akuntabel adalah dokter, perawat, apoteker dan manajerial dan RS harus akuntabel pada masyarakat, pemilik dan pemerintah sehingga akuntabilitas yang menjadi penting adalah akuntabilitas vertikal dan horizontal. Hal ini sesuai dengan definisi akuntabilitas pada era NPM yang melibatkan masyarakat. Kesenjangan ketiga komprehensivitas konsep dan pengukuran akuntabilitas RS telah ditemukan bahwa untuk mengukur akuntabilitas RS maka dapat mengukur enam variabel (Moral: 27 indikator, Obligasi: 29 indikator, BRD;6 indikator, Visibility;7 indikator, Understandable; 3 indikator, Utilisasi:11 indikator).

Meskipun demikian, penelitian ini masih membutuhkan pembuktian apakah model yang telah dibangun dapat sesuai dengan fakta sehingga diperlukan uji model. Akhir kata bahwa ilmu tidak bertujuan untuk mencari kebenaran absolut melainkan kebenaran yang bermanfaat bagi manusia dalam tahap perkembangannya (Suriasumantri, 2009).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Konsep akuntabilitas RS di era reformasi perumahsakitannya terdiri atas 2 (dua) dimensi, yaitu tanggung jawab dan transparansi, *Bentuk :
rehabilitasi*
2. Dimensi tanggung jawab signifikan diukur oleh variabel moral yang terdiri atas 27 indikator, obligasi yang terdiri dari 29 indikator, dan bounded rational decision yang terdiri dari 6 indikator
3. Dimensi transparansi diukur oleh variabel visibility yang terdiri dari 7 indikator, understandable yang terdiri dari 3 indikator dan utilisasi yang terdiri 11 indikator.
4. Aspek yang harus akuntabel : administrasi, farmasi, keuangan, keperawatan dan layanan medik
5. Siapa yang harus akuntabel: Dokter, Perawat, Apoteker, manajerial
6. Kepada siapa harus akuntabel : Masyarakat, Pemerintah dan Pemilik

B. Kelemahan Penelitian

Metode *in-depth interview* seharusnya diikuti dengan *focus grup discussion* dengan para *key informan* untuk mendapatkan hasil

pemahaman yang lebih komprehensif. Selanjutnya, untuk *confirmatory factor analysis* sebaiknya jumlah seharusnya diperbesar agar dapat dilakukan uji model struktural untuk mendapatkan *Good fit of indices*.

C. Saran

1. Perlu penelitian lanjutan untuk menguji implementasi model konseptual akuntabilitas di RS pada era reformasi pelayanan kesehatan.
2. Indikator yang mengukur akuntabilitas RS di Indonesia perlu diintegrasikan ke dalam sistem penjaminan mutu internal RS, akreditasi, dan pengendalian vertikal sebagai implementasi akuntabilitas di RS.
3. Manajemen RS perlu mengembangkan kebijakan, prosedur, dan strategi yang mengacu pada pergeseran konsep akuntabilitas RS sebagai implikasi reformasi pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- (2009). Undang-Undang No 44 Tentang Rumah Sakit KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA.REPUBLIK INDONESIA,Jakarta.
- Alexander, J. A., S. Y. D. Lee, et al. (2003). "Governance forms in health systems and health networks." Health Care Management Review 28(3): 228.
- Allsop, J., K. Jones, et al. (2004). "Health consumer groups in the UK: a new social movement?" Sociology of health & illness 26(6): 737-756.
- Anecharico, F. and J. B. Jacobs (1996). The pursuit of absolute integrity: How corruption control makes government ineffective, University of Chicago Press.
- Annas, G. J. (1998). "A National Bill of Patients' Rights." The New England Journal of Medicine 338(10): 695-700.
- Appelbaum, P. S., Lidz,C.W,&Meisel,A, (1987). Informed Consent. New York, Oxford University Press.
- Ashmos, D. P. and R. R. McDaniel Jr (1991). "Physician participation in hospital strategic decision making: the effect of hospital strategy and decision content." Health services research 26(3): 375.
- Bäck, E. and K. Wikblad (1998). "Privacy in hospital." Journal of Advanced Nursing 27(5): 940-945.
- Banisar, D. (2002). "Freedom of information and access to government records around the world." London (Privacy International).
- Banisar, D. (2006). "Freedom of Information around the World 2006." Privacy International.
- Bank, T. W. (1997). World Development Report 1997: The state in a changing world, A World Bank Publication.
- Bauhr, M. and M. Grimes (2012). "What is government transparency?" QoG Working Paper Series 2012(16): 16.
- Barberis, P. (1998). "The new public management and a new accountability." Public Administration 76(3): 451-470.

- Beauchamp, T. L. and J. F. Childress (2001). Principles of biomedical ethics. Oxford university press.
- Behn, R. (2001). Rethinking Democratic Accountability.
- Biela, J. and Y. Papadopoulos (2010). Strategies for Assessing and Measuring Agency Accountability. EGPA Annual Conference.
- Bignami, F. (2011). "From Expert Administration to Accountability Network: A New Paradigm for Comparative Administrative Law." American Journal of Comparative Law 59(4): 859-908.
- Bivins, T. H. (2006). "Responsibility and accountability." Ethics in public relations: Responsible advocacy: 19-38.
- Blackhall, L. ^U, et al. (1995). "Ethnicity and attitudes toward patient autonomy." Jama 274(10): 820-825.
- Blagescu, M. and R. Lloyd (2009). "2006 Global Accountability Report: holding power to account."
- Blagescu.M, Casas.L, et al. (2005). Pathways to Accountability
A short guide to the GAP Framework. London, One world Trust.
- Boeker, W. and R. Wiltbank (2005). "New venture evolution and managerial capabilities." Organization Science: 123-133
- Boni, C. E. (2001). Accountability in nurses who practice in three different nursing care delivery models. Ann Arbor, University of Massachusetts Amherst. 3012116: 97-97 p.
- Bovens.M (2005). The Oxford Handbook of Publik Management.
- Bovens, M. (2007). "Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework1." European Law Journal 13(4): 447-468.
- Bovens, M. (2010). "Two Concepts of Accountability: Accountability as a Virtue and as a Mechanism." West European Politics 33(5): 946-967.
- Brennan, P. F. and J. B. Starren (2006). Consumer health informatics and telehealth. Biomedical Informatics, Springer: 511-536.
- Brinkerhoff, D. W. (2001). "Taking account of accountability: A conceptual overview and strategic options." Draft Report, US Agency for International Development, Center for Democracy and Governance. Implementing Policy Change Project, Phase 2.

- Brinkerhoff, D. W. (2003). Accountability and health systems: Overview, framework, and strategies. Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates.
- Brinkerhoff, D. W. (2004). "Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance." Health Policy and Planning 19(6): 371-379.
- Broadbent, J. and R. Laughlin (2003). "Control and legitimation in government accountability processes: the private finance initiative in the UK." Critical Perspectives on Accounting 14(1): 23-48
- Brown, T. A. (2012). Confirmatory factor analysis for applied research. Guilford Press.
- Burack, J. H., et al. (1999). "Public reporting of surgical mortality: a survey of New York State cardiothoracic surgeons." The Annals of thoracic surgery 68(4): 1195-1200.
- Buetow, S. (1998). "The scope for the involvement of patients in their consultations with health professionals: rights, responsibilities and preferences of patients." Journal of medical ethics 24(4): 243-247.
- Buse, K., N. Mays, et al. (2005). "Making health policy." Recherche 67: 02.
- Carter, B. (2014). "Transparency and accountability."
- CHANG, C.-C. (2007). "The e-hospital website measure architecture approach: integrating internal and external customers' needs in information delivery services."
- Charles, C., A. Gafni, et al. (1999). "Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model." Social science & medicine 49(5): 651-661.
- Clarke, S. and J. Oakley (2007). Informed consent and clinician accountability: the ethics of report cards on surgeon performance. Cambridge University Press.
- Collins, S. R., et al. (2006). Transparency in health care: the time has come. Commonwealth Fund.
- Curtin, D. and A. J. Meijer (2006). "Does transparency strengthen legitimacy?" Information polity 11(2): 109-122.
- Cutler, D. and L. Dafny (2011). "Designing transparency systems for medical care prices." New England Journal of Medicine 364(10): 894-895.

Daniels, N. and J. Sabin (1998). "The ethics of accountability in managed care reform." Health Affairs 17(5): 50-64.

Dansky, K. H. and L. S. Gamm (2004). "Accountability framework for managing stakeholders of health programs." Journal of health organization and management 18(4): 290-304.

Dart, J. M. B. B. A. M. P. and C. B. S. M. A. P. Gallois (2010). "Community desires for an online health information strategy." Australian Health Review 34(4): 467-476.

David Hyman and M. Cannon (2009). "Crucial Issues in Health Care Reform." Cato Policy Report

Davidson, A. R. (1999). "British Columbia's health reform: new directions and accountability." Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique 90: S35.

Day, P. and R. Klein (1987). "Accountability. Five Public Services." London: Tavistock Publications.

Denhardt, J. V. and R. B. Denhardt, Eds. (2007). The New Public Service. New York, ME Sharpe.

Denzin, N. K. and Y. S. Lincoln (2011). The Sage handbook of qualitative research, Sage Publications, Incorporated.

Denzin, N. K. and Y. S. Lincoln (2011). The Sage handbook of qualitative research, Sage Publications, Incorporated.

Donabedian, A. (1978). "The quality of medical care." Science 200(4344): 856.

Donaldson, L. J. (2001). "Professional accountability in a changing world." Postgraduate medical journal 77(904): 65-67.

Dubnick, M. J. (2002). Seeking salvation for accountability.

Dunsire, A. (1995). "Administrative theory in the 1980s: a viewpoint." Public administration 73(1): 17-40.

Eaves-Leanos, A. and E. J. Dunn (2012). "Open disclosure of adverse events: transparency and safety in health care." Surgical Clinics of North America 92(1): 163-177.

Editors, I. C. o. M. J. (1995). "Protection of patients' rights to privacy." BMJ: British Medical Journal 311(7015): 1272.

- Emanuel, E. (1996b). "A Professional Responses to demand for accountability :Practical Recomendation regarding Ethical Aspects of PatientCare." Annals of Internal Medicine **124**.
- Emanuel, E. and L. Emanuel (1996a). "What is accountability in health care?" Annals of Internal Medicine **124**(2): 229.
- Emanuel, E. J. and S. D. Pearson (2012). "Physician autonomy and health care reform." Jama **307**(4): 367-368.
- Entwistle, V. A., et al. (2010). "Supporting Patient Autonomy: The Importance of Clinician-patient Relationships." Journal of General Internal Medicine **25**(7): 741-745.
- Erkkila, T. (2007). "Governance and Accountability-A Shift in Conceptualisation." Public Administration Quarterly **31**(1/2): 1.
- Ferdinand, A. (2005). Structural Equation Modeling: Aplikasi model-model rumit dalam penelitian untuk tesis magister dan Disertasi Doktor. Semarang, BP UNdip.
- Fleurbaey, M. (1995). "Equality and responsibility." European Economic Review **39**(3): 683-689.
- Forman, E. N. and R. E. Ladd (1989). "Telling the truth in the face of medical uncertainty and disagreement." Journal of Pediatric Hematology/Oncology **11**(4): 463-466.
- Freeman, A. R., et al. (2009). "Health professionals' enactment of their accountability obligations: Doing the best they can." Social Science & Medicine **69**(7): 1063-1071.
- Frosch, D. L. and R. M. Kaplan (1999). "Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions." American journal of Preventive medicine **17**(4): 285-294.
- Frunză, S. (2011). "Ethical responsibility and social responsibility of organizations involved in the public health system." Revista de cercetare și intervenție socială(32): 155-171.
- Gamm, L. D. (1996). "Dimensions of accountability for not-for-profit hospitals and health systems." Health Care Management Review **21**(2): 74.
- Garsten, C. and M. L. De Montoya (2008). Transparency in a new global order: Unveiling organizational visions, Edward Elgar Publishing.
- George, J. M., et al. (1996). Understanding and managing organizational behavior, Addison-Wesley Reading, MA.

- Gillon, R. (1985). "Primum non nocere" and the principle of non-maleficence." British medical journal (Clinical research ed.) 291(6488): 130.
- Goldstein, J. (1977). "Medical care for the child at risk: on state supervision of parental autonomy." Yale Law Journal: 645-670.
- Gooch, A. (2008). "Hospital Pricing Transparency." Hospital.
- Gray, A. and B. Jenkins (1993). "Codes of accountability in the new public sector." Accounting, Auditing & Accountability Journal 6(3)
- Hatch, M. J. and A. L. Cunliffe, Eds. (2006). Organization Theory. New York, Oxford University Press.
- Health, D. o. (2010). Responsibility and accountability. Health. London, www.dh.gov.uk.
- Helgesson, G., et al. (2005). "How to handle informed consent in longitudinal studies when participants have a limited understanding of the study." Journal of medical ethics 31(11): 670-673.
- Hesse, B. W., et al. (2005). "Trust and sources of health information: the impact of the Internet and its implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey." Archives of internal medicine 165(22): 2618-2624.
- Heywood, P. and Y. Choi (2010). "Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization." BMC International Health and Human Rights 10(1): 3.
- Hoover, K and Donovan, Eds. The Elements of Social Scientific Thinking. Australia, Thomson Wadsworth.
- Humphrey, C., P. Miller, et al. (1993). "Accountability and accountable management in the UK public sector." Accounting, Auditing & Accountability Journal 6(3).
- Islam, R. (2003). Do more transparent governments govern better?, World Bank.
- Jabbara, J. G. and O. Dwivedi (1989). Public service accountability: a comparative perspective, Kumarian Press.
- Jenkins, R. and A. M. Goetz (1999). "Accounts and accountability: theoretical implications of the right-to-information movement in India." Third World Quarterly 20(3): 603-622
- Jessop, B. (2000). "1 Governance Failure." The New Politics of British Local Governance.

(Macmillan ©): 11-32.

Judge, T. A. and S. P. Robbins (2012). "Essentials of organizational behavior." Ill. New e. £44 99.

Kaen, F. R. (2003). A blueprint for corporate governance: strategy, accountability, and the preservation of shareholder value, Amacom Books.

Kaifeng, Y. (2008). Handbook of research method of Public administration. New York, Taylor and Francis.

Kaplan, R. S. and D. P. Norton (1992). "The balanced scorecard—measures that drive performance." Harvard business review 70(1): 71-79.

Kaufmann, D. and A. Kraay (2008). "Governance Indicators: Where Are We, Where Should We Be Going?" The World Bank Research Observer 23(1): 1-30.

Kaufmann, D. and A. Bellver (2005). "Transparenting transparency: Initial empirics and policy applications." Available at SSRN 808664.

Kerridge, L. e. a. (1998). Ethics and Law for the Health Professions. Australia, Social Science Press.

Khalili, H., et al. (2011). "Role of clinical pharmacists' interventions in detection and prevention of medication errors in a medical ward." International Journal of Clinical Pharmacy 33(2): 281-284.

Koppell, J. G. S. (2005). "Pathologies of accountability: ICANN and the challenge of multiple accountabilities disorder." Public Administration Review 65(1): 94-108.

Kurtzman, E. T. (2010). "A Transparency and Accountability Framework for High-Value Inpatient Nursing Care." Nursing Economics 28(5): 295-306.

Langebrake, C. and H. Hilgarth (2010). "Clinical pharmacists' interventions in a German University Hospital." Pharmacy World & Science 32(2): 194-199.

Lanier, D., et al. (2003). "Doctor performance and public accountability

* The Lancet 362(9393): 1404.

Larmour, P. (2007). "Administrative theory, interpersonal relationship and anticorruption Practice in Papua New Guinea."

Leape, L., et al. (2009). "Transforming healthcare: a safety imperative." Quality and Safety in Health Care 18(6): 424-428.

- Lee, S. M. (2003). "A review of language and other communication barriers in health care." Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Office of Public Health and Science, Office of Minority Health.
- Leino-Kilpi, H., et al. (2001). "Privacy: a review of the literature." International journal of nursing studies 38(6): 663-671.
- Lindkvist, L. and S. Llewellyn (2003). "Accountability, responsibility and organization." Scandinavian Journal of Management 19(2): 251-273.
- Liszka, H. A., et al. (2006). "Virtual Medical Care: How Are Our Patients Using Online Health Information?" Journal of Community Health 31(5): 368-378.
- Lloyd, R., J. Oatham, et al. (2009). "2007 Global Accountability Report."
- Malena, C. and R. Forster (2004). "Social Accountability An Introduction to the Concept and Emerging Practice."
- Martinez-Torres, M. (2006). "A procedure to design a structural and measurement model of intellectual capital: an exploratory study." Information & management 43(5): 617-626.
- Martinez-Torres, M., F. BarreroGarcia, et al. (2005). "A digital signal processing teaching methodology using concept-mapping techniques." Education, IEEE Transactions on 48(3): 422-429.
- McFeely, S. (2005). "CLINICAL GOVERNANCE and the new practice nurse." Practice Nurse 30(4): 44-46.
- McLaughlin, J. A. and G. B. Jordan (1999). "Logic models: a tool for telling your programs performance story." Evaluation and program planning 22(1): 65-72.
- Milburn, M. (2001). Informed Choice of Medical Services :Is The Law Just? Aldershot, Ashgate.
- Millan, J. M. Moral Theory.
- Millar, M. and D. McKeivitt (2000). "Accountability and Performance Measurement: An Assessment of the Irish Health Care System." International Review of Administrative Sciences 66(2): 285-296.
- Moen, A. and P. F. Brennan (2005). "Health@ Home: the work of health information management in the household (HIMH): implications for consumer health informatics (CHI) innovations." Journal of the American Medical Informatics Association 12(6): 648-656.

- Moskop, J. C., et al. (2005). "From Hippocrates to HIPAA: privacy and confidentiality in emergency medicine—part I: conceptual, moral, and legal foundations." Annals of emergency medicine 45(1): 53-59.
- Muhadjir, N., Ed. (1996). Metodologi Penelitian Kualitatif. Yogyakarta, Rake Sarasin
- Mulgan, R. (2000). "Accountability: An Ever-Expanding Concept?" Public administration 78(3): 555-573.
- Nagel, T. (1959). "Hobbes's Concept of Obligation." The Philosophical Review: 68-83.
- Nayeri, N. D. and M. Aghajani (2010). "Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study." Nursing ethics 17(2): 167-177.
- Novak, J. D., et al. (1983). "The use of concept mapping and knowledge mapping with junior high school science students." Science Education 67(5): 625-645.
- Novak, J. D. and A. J. Cañas (2008). "The theory underlying concept maps and how to construct and use them." Florida Institute for Human and Machine Cognition Pensacola FL, www.ihmc.us.[http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryCmaps/TheoryUnderlyingConceptMaps.htm] 284.
- Nunes, R., G. Rego, et al. (2009). "Health care regulation as a tool for public accountability." Med Health Care and philos 12: 257-264
- O'Donnell, G. A. J. (1998). "Horizontal Accountability in New Democracies." Journal of Democracy 9(3).
- Ong, L. M., et al. (1995). "Doctor-patient communication: a review of the literature." Social Science & Medicine 40(7): 903-918.
- Pawson, L. G. and M. E. O'Kane (2002). "Professionalism, Regulation, And The Market: Impact On Accountability For Quality Of Care." Health Aff 21(3): 200-207.
- Pawson, L. G. and M. E. O'Kane (2002). "Professionalism, Regulation, And The Market: Impact On Accountability For Quality Of Care." Health Affairs 21(3): 200-207.
- Phenomenon, A. E. (2002). "Accountability in New Public Management." An Interdisciplinary Critical Analysis: 63.

Piotrowski, S. J. and D. H. Rosenbloom (2002). "Nonmission-Based Values in Results-Oriented Public Management: The Case of Freedom of Information." Public Administration Review 62(6): 643-657.

Porter, M. E. and E. O. Teisberg (2004). "Redefining competition in health care." Harvard Business Review: 64-77.

Porter, M. E. and E. O. Teisberg (2004). "Redefining competition in health care." Harvard Business Review: 64-77.

Porter, M. E. and E. O. Teisberg (2006). Redefining health care: creating value-based competition on results, Harvard Business Press.

Rabin, J., et al. (2012). Handbook of public administration, CRC Press.

Robbins, S. P. (2001). Organizational Behavior, 14/e, Pearson Education India.

Robbins, S. P. and M. Coulter (2002). Management, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Roberts, M. J. (2004). Getting health reform right: a guide to improving performance and equity, Oxford University Press, USA.

Roberts, M., et al. (2008). Getting health reform right: a guide to improving performance and equity, Oxford university press.

Robinson, J. C. (2001). "The end of managed care." Jama 285(20): 2622-2628.

Romzek, B. S. (2000). "Dynamics of public sector accountability in an era of reform." International Review of Administrative Sciences 66(1): 21-44

Rousseau, D. M. (1990). "New hire perceptions of their own and their employer's obligations: A study of psychological contracts." Journal of Organizational Behavior 11(5): 389-400.

Roper, W. L. and C. M. Cutler (1998). "Health plan accountability and reporting: issues and challenges." Health Affairs 17(2): 152-155.

Rowe, J. W. (2006). "Pay-for-Performance and Accountability: Related Themes in Improving Health Care." Annals of Internal Medicine 145(9): 695-699.

Sade, R. M. (2008). "Foundational ethics of the health care system: The moral and practical superiority of free market reforms." Journal of Medicine and Philosophy 33(5): 461-497.

Schedler, A. (1999). "Conceptualizing accountability." The self-restraining state: Power and accountability in new democracies: 13-28.

Schillemans, T. (2008). "Accountability in the Shadow of Hierarchy." Public Organiz Rev 8: 175-194.

Segall, M. (2003). "District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas." The International journal of health planning and management 18(S1): S5-S26.

Shaw, W. H., et al. (2010). Moral issues in business, Wadsworth Cengage Learning Canada.

Shiloh, S., L. Gerad, et al. (2006). "Patients' information needs and decision-making processes: What can be learned from genetic counselees?" Health Psychology 25(2): 211.

Shortell and Kaluzny, Eds. (2000). Health Care Management, Organization Design and Behavior. USA, Delmar.

Shortell, S. M. and L. P. Casalino (2008). "Health Care Reform Requires Accountable Care Systems." JAMA: The Journal of the American Medical Association 300(1): 95-97

Shore, L. M. and K. Barksdale (1998). "Examining degree of balance and level of obligation in the employment relationship: A social exchange approach." Journal of Organizational Behavior 19(s 1): 731-744.

Shortell and Kaluzny, Eds. (2000). Health Care Management, Organization Design and Behavior. USA, Delmar.

Shortell, S. M. and L. P. Casalino (2008). "Health Care Reform Requires Accountable Care Systems." JAMA: The Journal of the American Medical Association 300(1): 95-97.

Simon, H. A. (1972). "Theories of bounded rationality." Decision and organization 1: 161-176.

Simpson, M., et al. (1991). "Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement." BMJ: British Medical Journal 303(6814): 1385.

Sinaiko, A. D. and M. B. Rosenthal (2011). "Increased price transparency in health care—challenges and potential effects." New England Journal of Medicine 364(10): 891-894.

Sinclair, A. (1995). "The chameleon of accountability: forms and discourses." Accounting, organizations and Society 20(2): 219-237.

Sugiyono, Ed. (2008). Metode Penelitian Bisnis. Bandung, Alfabeta.

- Talham, R. L. and W. C. Black (1998). "Multivariate data analysis." Prentice Hall, New Jersey, Titman, S. and R. Wessels 1(1988): 1-19.
- Taylor, D. W. (2000). "Facts, myths and monsters: understanding the principles of good governance." International Journal of Public Sector Management 13(2): 108-124.
- Tietze, K. J. (2011). Clinical skills for pharmacists: a patient-focused approach, Elsevier Health Sciences.
- Timmermans (2005). "From Autonomy to Accountability: the role of clinical practice guidelines in Profesional Power." Perspectives in Biology and Medicine; 48(4): 490.
- Toral, S., F. Barrero, et al. (2007). "Analysis of utility and use of a web-based tool for digital signal processing teaching by means of a technological acceptance model." Computers & Education 49(4): 957-975.
- Trisnantoro, L. and A. Ferdiana (2005). Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah: 2001-2003, Apakah merupakan periode Uji Coba? Desentralisasi Kesehatan: Definisi dan Tinjauan Sejarah di Indonesia. L. Trisnantoro. Jogjakarta, Gadjah Mada University Press.
- Trochim, W. (1993). Reliability of concept mapping.
- Tu, H. T. and J. R. Lauer (2009). "Impact of health care price transparency on price variation: the New Hampshire experience." Issue Brief Cent Stud Health Syst Change 128: 1-4.
- Von Bertalanffy, L. (1950). "An outline of general system theory." British Journal for the Philosophy of Science.
- Wade, G. H. (1999). "Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education." Journal of Advanced Nursing 30(2): 310-318.
- Wallace, J. D. and J. J. Mintzes (1990). "The concept map as a research tool: Exploring conceptual change in biology." Journal of Research in Science Teaching 27(10): 1033-1052.
- Waller, B. N. and R. A. Repko (2008). "Informed Consent: Good Medicine, Dangerous Side Effects." Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 17(1): 66-74.

Wang, X. (2002). "Assessing Administrative Accountability Results from a National Survey." The American Review of Public Administration 32(3): 350-370.

Watson, J. (2006). "Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices." Nursing Administration Quarterly 30(1): 48-55.

WHO (1997) The Role of Pharmacist in Health Care System.

WHO (2012). Global Health Observatory.
http://www.who.int/gho/service_delivery/en/,

Wholey, J. S. (1983). Evaluation and effective public management, Little, Brown Boston.

Willging, C. E. (2005). "Power, blame, and accountability: Medicaid managed care for mental health services in New Mexico." Medical anthropology quarterly 19(1): 84-102.

WorldBank (2008). Investing in Indonesia's Health:Challenges and Opportunities for Future Public Spending. Health Public Expenditure Review, World Bank.

Woogara, J. (2005). "Patients' rights to privacy and dignity in the NHS." Nursing Standard 19(18): 33-37.

**L
A
M
P
I
R
A
N**

LAMPIRAN 1. Kuesioner Penelitian

Kode	MORAL(M)	STS	TS	STJ	SST
M1	Untuk memperoleh persetujuan pasien tentang tindakan medik, informasi yang diberikan kepada pasien terdiri dari manfaat, efek samping dan risiko yang terjadi jika tindakan tidak dilakukan	1	2	3	4
M2	Dalam meminta persetujuan pasien tentang tindakan medik, pihak RS harus menjelaskan perkiraan biaya pelayanan	1	2	3	4
M3	Dalam meminta persetujuan pasien tentang tindakan medik, RS harus menjelaskan lamanya perawatan	1	2	3	4
M4	Dokter menjelaskan perkembangan dan perjalanan penyakit pasien secara lengkap dengan bahasa yang mudah dimengerti	1	2	3	4
M5	RS tidak memiliki kebijakan tentang pelecehan agama, etik, moral dan sexual yang terjadi di RS	1	2	3	4
M6	Tidak ada aturan yang melarang Staf RS dan Dokter untuk membicarakan kondisi penyakit pasien di tempat umum (Lift,	1	2	3	4
M7	Persetujuan terhadap tindakan medis, tidak selamanya harus di dokumentasikan	1	2	3	4
M8	Jika tidak sesuai dengan harapan pasien, maka pasien dapat memilih maupun menolak dokter yang akan merawat	1	2	3	4
M9	Saat pasien melakukan konsultasi dengan dokter di RS, pasien merasa terjamin kerahasiaannya	1	2	3	4
M10	Jika pasien dalam kondisi tertentu, setiap saat dapat menghubungi RS untuk memanggil tenaga yang dapat	1	2	3	4
M11	Catatan perjalanan dan perkembangan penyakit pasien hanya diketahui oleh dokter yang merawat	1	2	3	4
M12	Pasien dapat menolak suatu tindakan medis jika merasa dipaksa oleh pihak lain	1	2	3	4
M13	Tindakan medis yang diperoleh pasien adalah hasil keputusan bersama antara pasien dan Dokter	1	2	3	4
M14	Pasien mengetahui secara jelas tentang hal-hal yang harus dipatuhi ataupun dapat/tidak dapat dilakukanselama memperoleh pelayanan di RS	1	2	3	4
M15	Pasien mendapat informasi tentang pilihan obat yang akan di	1	2	3	4
M16	Pasien mendapat informasi tentang perjalanan dan perkembangan penyakit	1	2	3	4
M17	Dokter atau Perawat dapat menghentikan obat maupun alat yang bertujuan untuk mengakhiri hidup pasien	1	2	3	4
Kode	MORAL(M)	STS	TS	STJ	SST
M18	Dalam memberikan tindakan invasi kepada pasien, dokter/perawat berusaha untuk meminimalisir nyeri	1	2	3	4
M19	RS menyediakan instalasi pembuangan limbah	1	2	3	4
M20	RS menjalankan program Corporate Social Responsibility (CSR) setiap tahun	1	2	3	4
M21	RS menjalankan program bakti sosial kepada masyarakat setia	1	2	3	4
M22	Setiap staf dapat beribadah di RS sesuai dengan keyakinannya masing-masing	1	2	3	4
M23	RS menyediakan ruangan khusus untuk melakukan ibadah	1	2	3	4
M24	pasien, staff mengikuti kode etik RS yang terdokumentasi dengan jelas	1	2	3	4

Kode	MORAL(M)	STS	TS	STJ	SST
M25	Seluruh aturan dan kebijakan yang berlaku di RS di atur dalam sebuah dokumen	1	2	3	4
M26	pasien, staff medis diatur oleh aturan yang terdokumentasi dengan jelas	1	2	3	4
M27	Setiap pelanggaran etik di RS harus ditangani oleh komisi etik	1	2	3	4
M28	RS mengatur hak-hak klinis setiap dokter berdasarkan keahlian	1	2	3	4
M29	Pengunjung RS/staf RS dapat melakukan komplain terhadap pelanggaran haknya tanpa dibatasi oleh jarak dan waktu	1	2	3	4
M30	RS melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kesesuaian terapi dan diagnosa	1	2	3	4
M31	Pengunjung/Pasien RS yang cacat atau lansia memiliki fasilitas khusus di RS (cth: toilet khusus)	1	2	3	4
M32	Jika terjadi kebakaran di RS, terdapat petugas khusus di RS yang akan menangani kebakaran tersebut	1	2	3	4
M33	RS harus memiliki mekanisme untuk menjamin keamanan dan kenyamanannya Pasien/pengunjung RS/Staf saat berada di RS	1	2	3	4
M34	RS harus memiliki mekanisme untuk menangani kasus kehilangan yang dialami oleh Pasien/pengunjung RS/Staf saat	1	2	3	4
M35	tanpa harus mengacu pada dokumentasi hasil assesment awal dan diagnosa pasien	1	2	3	4
M36	Pasein/pengunjung RS mendapatkan pelayanan medis tanpa membedakan ras, agama, suku dan tingkat sosial ekonomi	1	2	3	4
M37	RS dapat meminta uang muka bagi pasien yang masuk ke IRD	1	2	3	4
Kode	KEWAJIBAN (Obligation) (o)	STS	TS	STJ	SST
O1	RS memiliki sistem penjaminan mutu yang dapat diakui masyarakat secara internasional	1	2	3	4
O2	RS selalu mempertimbangkan untung rugi dari setiap biaya yang dikeluarkan bagi pengembangan RS	1	2	3	4
O3	Semua pasien memahami hak dan kewajibannya	1	2	3	4
O4	Semua staf tahu apa yang harus dilakukan dan apa yang berhak diperoleh di RS	1	2	3	4
O5	Semua pasien sudah memahami secara jelas tentang biaya pengobatan sebelum memperoleh pelayanan	1	2	3	4
O6	Tidak ada biaya yang berlaku di luar ketentuan tarif resmi	1	2	3	4
O7	Tarif resmi yang berlaku dapat menjamin keberlanjutan (sustainabilitas) RS	1	2	3	4
O8	Tarif resmi yang berlaku sesuai dengan INA CBGs				
O9	RS menyediakan seluruh kebutuhan obat dan bahan habis pakai medis pasien	1	2	3	4
O10	RS tidak hanya memberikan pelayanan pengobatan tapi juga memberikan pendidikan kesehatan bagi pasien	1	2	3	4
O11	RS memfasilitasi pendidikan di bidang kesehatan	1	2	3	4
O12	RS memfasilitasi segala kegiatan penelitian	1	2	3	4
O13	RS mengimplementasi kebijakan afirmasi untuk masyarakat yang kurang beruntung, usila dan penyandang cacat	1	2	3	4
O14	RS memiliki dokumen kontrak dengan semua pihak terkait	1	2	3	4
O15	RS memiliki perencanaan tahunan tentang peningkatan komp	1	2	3	4
O16	Seluruh prosedur yang diterapkan di RS menjamin keamanan dan keselamatan pasien	1	2	3	4

Kode	MORAL(M))	STS	TS	STJ	SST
017	Seluruh prosedur yang diterapkan di RS menjamin keamanan dan keselamatan petugas RS	1	2	3	4
018	Seluruh prosedur yang diterapkan di RS menjamin keamanan dan keselamatan masyarakat	1	2	3	4
019	Ketersediaan dokumen kontrak antara staf dengan RS	1	2	3	4
020	Ketersediaan kesempatan pengembangan diri bagi staf RS	1	2	3	4
021	Semua kasus yang ditangani memiliki clinical pathway	1	2	3	4
022	Melibatkan pasien pada setiap pengambilan keputusan pelayanan yang diberikan	1	2	3	4
023	Jika pasien memilih keputusan yang berbeda dengan saran dokter, maka RS dapat menolak pasien tersebut	1	2	3	4
024	Setiap kali menyajikan pelayanan, pasien diinformasikan mengenai diagnosis, prognosis, tujuan setiap tindakan, rencana terapi	1	2	3	4
025	Semua perawat melaksanakan sepenuhnya asuhan keperawatan	1	2	3	4
026	Terkadang ada situasi yang menyebabkan petugas sulit menerapkan kode etik profesi	1	2	3	4
027	Dokter dan perawat seringkali menemui hambatan dalam membangun teamwork	1	2	3	4
Kode	KEWAJIBAN (Obligation) (o)	STS	TS	STJ	SST
028	Penyerahan obat kepada pasien selalu dilakukan oleh apoteker	1	2	3	4
029	Apoteker harus memantau efektifitas dan keamanan penggunaan	1	2	3	4
030	Pencampuran obat suntik harus dilakukan oleh seorang apoteker	1	2	3	4
031	Penyiapan nutrisi parenteral harus dilakukan oleh seorang apoteker	1	2	3	4
032	Penanganan obat untuk penderita kanker harus dilakukan oleh seorang apoteker	1	2	3	4
033	Apoteker harus dapat mengendalikan mutu obat-obatan dan alat kesehatan	1	2	3	4
KODE	BOUNDED RATIONAL DECISION (Keputusan rasional yang terbatas)	STS	TS	STJ	SST
BR1	Pengambilan keputusan di RS lebih mementingkan kepuasan masyarakat daripada keuntungan RS	1	2	3	4
BR2	Intuisi memainkan peranan penting dalam pengambilan keputusan profesional di RS	1	2	3	4
BR3	Pengambilan keputusan dilakukan secara cepat meskipun data yang tersedia masih terbatas	1	2	3	4
BR4	Analisis situasi pada data yang terbatas didasarkan pada intuisi para ahli di RS	1	2	3	4
BR5	Lebih mengutamakan dampak keputusan terhadap kepuasan masyarakat dibandingkan dengan pertimbangan logika	1	2	3	4
BR6	Ketika dihadapkan pada pilihan antara kepuasan masyarakat dengan pertimbangan rasional, maka para ahli di RS lebih mengutamakan kepuasan masyarakat	1	2	3	4
BR7	Pengambilan keputusan di RS memperhitungkan aspek rasional ekonomis daripada kepentingan masyarakat*	1	2	3	4
BR8	RS tidak mengandalkan pengetahuan dan pengalaman para ahli serta mewajibkan pengambilan keputusan pada seluruh data yang lengkap dan evaluasi alternatif yang rasional *	1	2	3	4
BR9	RS tidak memiliki fleksibilitas pengambilan keputusan yang berbeda dengan SOP yang ada	1	2	3	4

Kode	MORAL(M)	STS	TS	STJ	SST
BR10	Ketika terjadi persoalan yang pelik, pendapat ahli lebih dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan dibandingkan dengan evaluasi data	1	2	3	4
BR11	Pengambilan keputusan di RS lebih mengutamakan pada pencapaian target kinerja RS dibanding peningkatan nilai untuk seluruh stakeholder terkait	1	2	3	4
BR12	Pengambilan keputusan di RS lebih mengacu pada kepentingan pihak penjamin pembiayaan kesehatan daripada kepentingan optimalisasi pelayanan kesehatan	1	2	3	4
KODE	VISIBILITY (V)---Dapat dilihat	STS	TS	STJ	SST
V1	Semua orang dapat mengakses informasi tentang pelayanan RS selama 24 jam	1	2	3	4
V2	Semua orang dapat mengakses informasi tentang pelayanan RS tanpa dibatasi oleh jarak	1	2	3	4
V1	Informasi yang disajikan selalu sesuai dengan kondisi saat ini	1	2	3	4
V3	Semua orang dapat memperoleh informasi tentang pelayanan di RS selama 24 jam	1	2	3	4
V1	informasi yang tersedia sudah jelas tanpa harus berkomunikasi dengan petugas	1	2	3	4
V4	Jika terdapat informasi yang kurang jelas, maka setiap orang dengan mudah menghubungi petugas informasi di RS tanpa dibatasi oleh waktu	1	2	3	4
V1	Jika terdapat informasi yang kurang jelas, maka setiap orang dengan mudah menghubungi petugas informasi di RS tanpa dibatasi oleh jarak	1	2	3	4
KODE	UNDERSTANDABLE (Ud)...Dapat dimengerti	STS	TS	STJ	SST
Ud1	Setiap orang dengan mudah memahami isi informasi yang disajikan oleh RS	1	2	3	4
Ud2	Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan oleh stakeholder untuk memastikan bahwa RS menjalankan fungsi	1	2	3	4
Ud3	Masyarakat mampu memahami informasi yang disajikan untuk memahami mutu RS	1	2	3	4
KODE	UTILISASI (Ut)... Ketermanfaatan	STS	TS	STJ	SST
Ut1	Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan untuk menilai pelaksanaan RS yang dapat dipertanggung jawabkan	1	2	3	4
Ut2	Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan untuk menilai pelaksanaan RS yang bebas dari praktek korupsi	1	2	3	4
Ut3	Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan untuk menilai pelaksanaan RS yang bersih dari praktek kolusi dan nepotisme	1	2	3	4
Ut4	Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan untuk menilai pelaksanaan RS yang berfokus pada keselamatan pasien	1	2	3	4
Ut5	Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan untuk menilai pelaksanaan RS yang sesuai standar internasional	1	2	3	4
Ut6	Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan oleh stakeholder untuk menilai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RS	1	2	3	4
Ut7	Informasi yang disediakan RS dapat memberikan jaminan kepada pasien untuk mendapatkan pelayanan yang	1	2	3	4

Kode	MORAL(M)	STS	TS	STJ	SST
Ut8	Informasi yang disediakan RS dapat memberikan jaminan rasa aman kepada pasien/pengunjung RS saat berada di RS	1	2	3	4
Ut9	Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan oleh stakeholder untuk menilai kinerja RS	1	2	3	4
Ut10	Informasi yang disediakan RS dapat membantu masyarakat dalam pengambilan keputusan pemilihan RS	1	2	3	4
Ut11	Informasi yang disediakan dapat memantau pemanfaatan sumber daya publik untuk menjamin peningkatan nilai ekonomi RS	1	2	3	4

EMPIRAN 2

Instrument: RESPONSIBILITY

TAHAPAN - 1

Internal Konsisten

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
1	3.727	.5168	33
2	3.576	.5607	33
3	3.182	.5839	33
4	3.667	.4787	33
5	1.848	.9056	33
6	1.712	.7398	33
7	1.545	.8693	33
8	3.121	.6963	33
9	3.636	.4885	33
10	2.879	.6963	33
11	2.515	.8704	33
12	3.212	.5999	33
13	3.455	.5641	33
14	3.455	.5056	33
15	3.394	.5556	33
16	3.576	.5019	33
17	1.833	1.1637	33
18	3.636	.4885	33
19	3.848	.3641	33
20	3.485	.5658	33
21	3.212	.6963	33
22	3.667	.5951	33
23	3.727	.5168	33
24	3.576	.5607	33
25	3.758	.5019	33
26	3.606	.4962	33
27	3.515	.5658	33
28	3.545	.5641	33
29	3.303	.7282	33
30	3.515	.5658	33
31	3.576	.5607	33

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
02	3.273	.7613	33
03	3.515	.7124	33
04	3.515	.5075	33
05	1.803	.7900	33
06	3.758	.4352	33
07	1.515	.6185	33
08	3.485	.5075	33
09	2.985	.7550	33
10	3.576	.6139	33
11	3.576	.5019	33
12	3.212	.6499	33
13	3.485	.6185	33
14	3.545	.5056	33
15	3.091	.6784	33
16	3.394	.5963	33
17	3.682	.4972	33
18	3.348	.6185	33
19	3.121	.7809	33
20	3.242	.6139	33
21	3.364	.6030	33
22	3.636	.5488	33
23	3.758	.5019	33
24	3.758	.5019	33
25	3.667	.5951	33
26	3.424	.5607	33
27	3.515	.5658	33
28	3.333	.6922	33
29	3.242	.7084	33
30	2.030	.7699	33
31	3.364	.6030	33
32	3.455	.6170	33
33	2.424	.7513	33
34	2.606	.6093	33
35	2.758	.7084	33
36	3.273	.6261	33
37	2.879	.8572	33
38	2.697	.8472	33

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
OS2	2.970	.7282	33
OS3	3.394	.6093	33
BR1	2.879	.6963	33
BR2	2.485	.6185	33
BR3	2.424	.5607	33
BR4	2.394	.6093	33
BR5	2.545	.6657	33
BR6	2.576	.6629	33
BR7	2.273	.5741	33
BR8	2.364	.6990	33
BR9	2.136	.5498	33
BR10	2.333	.5431	33
BR11	2.606	.6093	33
BR12	1.970	.5294	33

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Rekomendasi
M1	324.167	701.464	.291	.952	Konsisten
M2	324.318	702.013	.248	.952	Konsisten
M3	324.712	694.313	.489	.951	Konsisten
M4	324.227	695.751	.543	.951	Konsisten
M5	326.045	720.865	-.246	.954	Takkonsisten
M6	326.182	719.700	-.266	.954	Takkonsisten
M7	326.348	696.086	.280	.952	Konsisten
M8	324.773	698.676	.281	.952	Konsisten
M9	324.773	698.676	.432	.951	Konsisten
M9	324.258	698.299	.175	.952	Takkonsisten
M10	325.015	702.742	.277	.952	Konsisten
M11	325.379	696.219	.363	.952	Konsisten
M12	324.682	697.825	.542	.951	Konsisten
M13	324.439	693.293	.552	.951	Konsisten
M14	324.439	694.731	.669	.951	Konsisten
M15	324.500	689.859	.699	.951	Konsisten
M16	324.318	691.013	.342	.952	Konsisten
M17	326.061	687.481	.346	.952	Konsisten
M18	324.256	700.518	.245	.952	Konsisten
M19	324.045	704.834			

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Rekomendasi
10	324.409	692.788	.557	.951	Konsisten
11	324.682	692.950	.444	.951	Konsisten
12	324.227	708.626	.023	.952	Takkonsisten
13	324.167	699.089	.379	.952	Konsisten
24	324.318	693.669	.532	.951	Konsisten
25	324.136	693.879	.589	.951	Konsisten
26	324.288	697.219	.467	.951	Konsisten
27	324.379	692.657	.562	.951	Konsisten
28	324.348	693.679	.528	.951	Konsisten
29	324.591	696.132	.339	.952	Konsisten
30	324.379	696.469	.432	.951	Konsisten
31	324.318	695.125	.527	.951	Konsisten
32	324.821	696.375	.317	.952	Konsisten
33	324.379	697.125	.321	.952	Konsisten
34	324.379	698.625	.403	.951	Konsisten
35	326.091	701.882	.172	.952	Takkonsisten
36	324.136	704.754	.206	.952	Konsisten
37	326.379	714.938	-.170	.953	Takkonsisten
01	324.409	698.076	.390	.951	Konsisten
02	324.909	721.101	-.295	.954	Takkonsisten
03	324.318	692.732	.513	.951	Konsisten
04	324.318	699.513	.374	.952	Konsisten
05	324.682	688.982	.595	.951	Konsisten
06	324.409	693.320	.491	.951	Konsisten
07	324.348	690.461	.714	.951	Konsisten
08	324.803	690.140	.536	.951	Konsisten
09	324.803	697.500	.376	.952	Konsisten
09	324.500	693.797	.598	.951	Konsisten
010	324.212	689.631	.606	.951	Konsisten
011	324.545	689.631	.267	.952	Konsisten
012	324.773	698.064	.516	.951	Konsisten
013	324.652	692.648	.671	.951	Konsisten
014	324.530	688.108	.607	.951	Konsisten
015	324.258	691.861	.596	.951	Konsisten
016	324.136	693.892	.644	.951	Konsisten
017	324.136	692.442	.643	.951	Konsisten
018	324.227	689.251	.707	.951	Konsisten
019	324.470	688.577			

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Rekomendasi
020	324.379	688.782	.694	.951	Konsisten
021	324.561	687.856	.588	.951	Konsisten
022	324.652	686.929	.600	.951	Konsisten
023	325.864	720.129	-.267	.954	Takkonsisten
024	324.530	695.265	.442	.951	Konsisten
025	324.439	697.856	.352	.952	Konsisten
026	325.470	718.108	-.223	.953	Takkonsisten
027	325.288	706.438	.089	.952	Takkonsisten
028	325.136	690.692	.497	.951	Konsisten
029	324.621	692.344	.515	.951	Konsisten
030	325.015	700.679	.183	.952	Takkonsisten
031	325.197	685.295	.534	.951	Konsisten
032	324.924	700.455	.226	.954	Konsisten
033	324.500	694.391	.465	.951	Konsisten
BR1	325.015	698.648	.287	.952	Konsisten
BR2	325.409	704.226	.155	.952	Takkonsisten
BR3	325.470	695.108	.483	.951	Konsisten
BR4	325.500	706.234	.096	.952	Takkonsisten
BR5	325.348	691.648	.503	.951	Konsisten
BR6	325.318	696.263	.372	.952	Konsisten
BR7	325.621	697.438	.394	.951	Konsisten
BR8	325.530	701.640	.204	.952	Konsisten
BR9	325.758	713.861	-.152	.953	Takkonsisten
BR10	325.561	719.918	-.363	.953	Takkonsisten
BR11	325.288	698.657	.331	.952	Konsisten
BR12	325.924	707.768	.059	.952	Takkonsisten

Total Konsisten = 66 item
Total Takkonsisten = 16 item

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
327.894	709.699	26.6402	104

	Estimate
M ← instrumen	.941
D ← instrumen	.768
BR ← instrumen	.436

3. Reliabilitas alpha crombach

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	33	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	33	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.919	82

TAHAPAN - 2

1. Internal Konsisten

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
M1	3.73	.517	33
M2	3.58	.561	33
M3	3.18	.584	33
M4	3.67	.479	33
M7	1.55	.869	33
M8	3.12	.696	33
M9	3.64	.489	33
M10	2.88	.696	33
M11	2.52	.870	33
M12	3.21	.600	33
M13	3.45	.564	33
M14	3.45	.506	33
M15	3.39	.556	33
M16	3.58	.502	33
M17	1.83	1.164	33
M18	3.64	.489	33
M19	3.85	.384	33
M20	3.48	.566	33
M21	3.21	.696	33
M22	3.67	.595	33
M23	3.73	.517	33
M24	3.58	.561	33
M25	3.76	.502	33
M26	3.61	.496	33
M27	3.52	.566	33
M28	3.55	.564	33
M28	3.30	.728	33
M29	3.52	.566	33
M30	3.52	.561	33
M31	3.58	.761	33
M32	3.27	.712	33
M33	3.52	.508	33
M34	3.52	.790	33
M35	1.80	.435	33
M36	3.76	.508	33
O1	3.48		

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
O3	3.58	.614	33
O4	3.58	.502	33
O5	3.21	.650	33
O6	3.48	.619	33
O7	3.55	.506	33
O8	3.09	.678	33
O9	3.39	.596	33
O10	3.68	.497	33
O11	3.35	.619	33
O12	3.12	.781	33
O13	3.24	.614	33
O14	3.36	.603	33
O15	3.64	.549	33
O16	3.76	.502	33
O17	3.76	.502	33
O18	3.67	.595	33
O19	3.42	.561	33
O20	3.52	.566	33
O21	3.33	.692	33
O22	3.24	.708	33
O24	3.36	.603	33
O25	3.45	.617	33
O27	2.61	.609	33
O28	2.76	.708	33
O29	3.27	.626	33
O30	2.88	.657	33
O31	2.70	.647	33
O32	2.97	.728	33
O33	3.39	.609	33
BR1	2.88	.696	33
BR2	2.48	.619	33
BR3	2.42	.561	33
BR4	2.39	.609	33
BR5	2.55	.666	33
BR6	2.58	.663	33
BR7	2.27	.574	33
BR8	2.36	.699	33

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
BR11	2.61	.609	33
BR12	1.97	.529	33

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Rekomendasi
M1	307.18	774.435	.302	.963	Konsisten
M2	307.33	774.448	.277	.963	Konsisten
M3	307.73	766.455	.514	.963	Konsisten
M4	307.24	769.064	.531	.963	Konsisten
M7	309.36	769.864	.265	.964	Konsisten
M8	307.79	772.547	.268	.963	Konsisten
M9	307.27	770.830	.455	.963	Konsisten
M10	308.03	775.437	.193	.964	Takkonsisten
M11	308.39	769.840	.265	.964	Konsisten
M12	307.70	771.718	.340	.963	Konsisten
M13	307.45	765.506	.563	.963	Konsisten
M14	307.45	767.068	.574	.963	Konsisten
M15	307.52	761.976	.688	.963	Konsisten
M16	307.33	761.976	.715	.963	Konsisten
M17	307.33	763.323	.319	.964	Konsisten
M18	309.08	761.549	.963	.963	Konsisten
M19	307.27	773.236	.365	.963	Konsisten
M20	307.27	777.496	.284	.963	Konsisten
M21	307.06	765.127	.574	.963	Konsisten
M22	307.42	765.030	.464	.963	Konsisten
M23	307.70	782.564	.014	.964	Takkonsisten
M24	307.24	772.653	.365	.963	Konsisten
M25	307.18	772.653	.544	.963	Konsisten
M26	307.33	766.198	.598	.963	Konsisten
M27	307.33	766.539	.598	.963	Konsisten
M28	307.15	770.124	.473	.963	Konsisten
M29	307.30	770.124	.577	.963	Konsisten
M30	307.30	765.027	.548	.963	Konsisten
M31	307.39	765.957	.348	.963	Konsisten
M32	307.36	768.902	.458	.963	Konsisten
M33	307.61	768.715	.556	.963	Konsisten
M34	307.39	765.823	.340	.963	Konsisten
M35	307.33	768.489			
M36	307.64				

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Rekomendasi
BR4	308.52	779.914	.091	.964	Takkonsisten
BR5	308.36	764.457	.502	.963	Konsisten
BR6	308.33	769.448	.367	.963	Konsisten
BR7	308.64	769.895	.414	.963	Konsisten
BR8	308.55	775.443	.192	.964	Takkonsisten
BR11	308.30	771.218	.349	.963	Konsisten
BR12	308.94	781.371	.059	.964	Takkonsisten

Total Konsisten 87

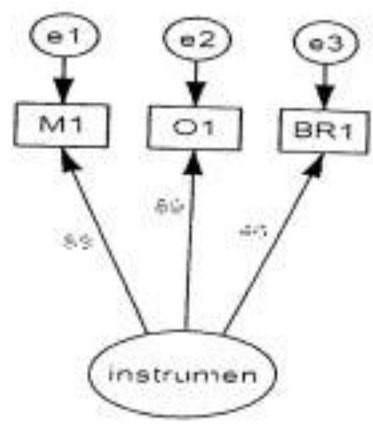
Total Takkonsisten 9

(tapi, semua korelasi terkoreksinya positif)

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
310.91	783.398	27.989	95

2. Konstrak Validity Empirik



Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
00 <-- instrumen	1.000				
01 <-- instrumen	1.113	.319	3.490	***	
091 <-- instrumen	.152	.060	2.527	.012	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
01 <-- instrumen	.876
01 <-- instrumen	.891
091 <-- instrumen	.462

3. Koefisien Reliability Alpha Crombach

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	33	100.0
	Excluded ^a	0	0.0
	Total	33	100.0

^a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.963	96

INSTRUMEN: TRANSPARANSI

TAHAPAN - 1

1. Internal Konsistensi

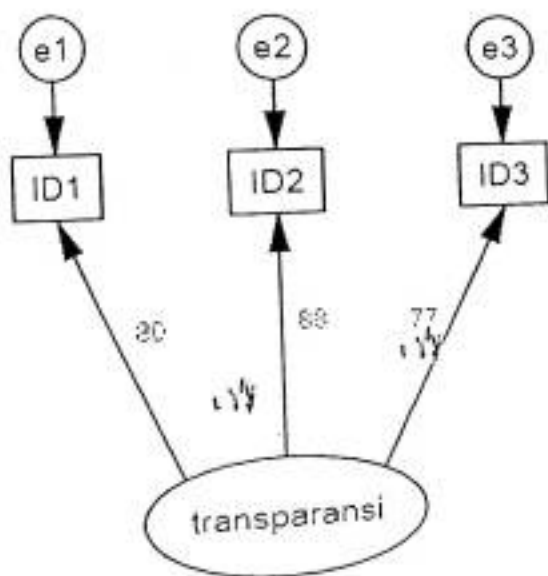
Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
T1	3.36	.603	33
T2	3.36	.549	33
T3	3.39	.609	33
T4	3.42	.561	33
T5	2.88	.820	33
T6	3.27	.626	33
T7	3.21	.600	33
T8	3.30	.585	33
T9	3.36	.489	33
T10	3.36	.489	33
T11	3.33	.479	33
T12	3.33	.736	33
T13	3.36	.653	33
T14	3.52	.508	33
T15	3.42	.663	33
T16	3.39	.556	33
T17	3.52	.508	33
T18	3.55	.506	33
T19	3.42	.561	33
T20	3.39	.496	33
T21	3.33	.540	33
T22	3.42	.561	33

Item-Total Statistics

Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Rekomendation
70.58	72.752	0.608	0.947	Konsisten
70.58	73.314	0.612	0.947	Konsisten
70.55	71.256	0.753	0.945	Konsisten
70.52	72.57	0.679	0.946	Konsisten
71.06	72.309	0.458	0.951	Konsisten
70.67	71.729	0.684	0.946	Konsisten
70.73	71.955	0.693	0.946	Konsisten
70.64	72.739	0.63	0.947	Konsisten
70.58	74.127	0.595	0.947	Konsisten
70.58	72.002	0.86	0.944	Konsisten
70.61	72.746	0.783	0.945	Konsisten
70.61	72.134	0.531	0.949	Konsisten
70.58	71.877	0.639	0.947	Konsisten
70.42	72.752	0.735	0.946	Konsisten
70.52	71.258	0.686	0.946	Konsisten
70.55	72.631	0.679	0.946	Konsisten
70.42	72.439	0.773	0.945	Konsisten
70.39	72.309	0.782	0.945	Konsisten
70.52	72.758	0.659	0.947	Konsisten
70.55	72.756	0.752	0.946	Konsisten
70.61	74.496	0.492	0.949	Konsisten
70.52	71.945	0.748	0.945	Konsisten

Struktur Validity Empiric



Parameter Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
transparansi	1.000				
transparansi	.554	.116	4.773	***	
transparansi	1.761	.391	4.507	***	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
transparansi	.800
transparansi	.884

Estimate

transparansi .774

Reliabilitas alpha-Crombach

Case Processing Summary

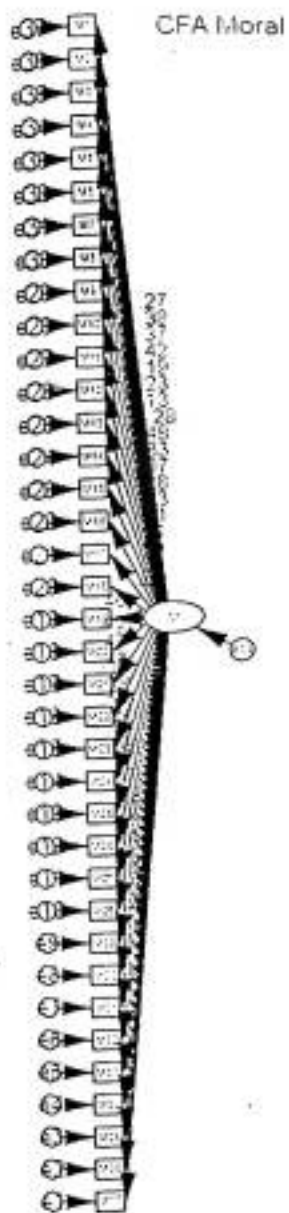
	N	%
Valid	33	100.0
Excluded ^a	0	.0
Total	33	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.949	22

LAMPIRAN HASIL AMOS 20



(Group number 1)

is recursive.

360

(Group number 1 - Default model)

(Group number 1 - Default model)

Estimates

Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
M	-.697	.297	-2.348	.019	
M	1.406	.327	4.296	***	
M	-1.441	.385	-3.739	***	
M	1.845	.415	4.450	***	
M	2.068	.438	4.720	***	
M	1.880	.437	4.303	***	
M	2.431	.529	4.597	***	
M	2.256	.466	4.837	***	
M	1.821	.438	4.157	***	
M	2.032	.429	4.734	***	
M	2.184	.458	4.770	***	
M	2.405	.506	4.755	***	
M	2.320	.480	4.835	***	
M	2.383	.492	4.845	***	
M	1.917	.422	4.544	***	
M	1.811	.404	4.482	***	
M	2.029	.449	4.516	***	
M	1.720	.384	4.478	***	
M	1.337	.298	4.484	***	
M	1.633	.360	4.536	***	
M	.588	.460	1.277	.201	
M	2.222	.466	4.773	***	
M	2.150	.465	4.623	***	
M	1.851	.400	4.629	***	
M	1.775	.404	4.400	***	
M	1.255	.344	3.647	***	
M	.355	.302	1.177	.239	
M	1.507	.377	3.999	***	
M	1.754	.385	4.555	***	
M	-1.168	.318	-3.677	***	
M	.754	.341	2.212	.027	
M	1.176	.355	3.309	***	
M	1.303	.449	2.901	.004	
M	1.636	.376	4.353	***	
M	1.733	.414	4.182	***	

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
M	1.584	.375	4.225	***	
M	1.000				

Standard Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
M	-.145
M	.401
M	-.290
M	.446
M	.559
M	.402
M	-.500
M	.632
M	.367
M	.566
M	.588
M	.578
M	.621
M	.628
M	.479
M	.456
M	.469
M	.455
M	.457
M	.476
M	.073
M	.589
M	.511
M	.514
M	.430
M	.277
M	.067
M	.334
M	.483
M	-.281
M	.135
M	.234
M	.192
M	.416
M	.373
M	.383
M	.274

119

Group number 1 - Default model)

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
1.728	.037	46.910	***	
3.714	.027	138.055	***	
1.764	.038	46.380	***	
3.211	.032	101.264	***	
3.481	.028	122.776	***	
3.219	.036	89.922	***	
3.181	.037	85.399	***	
3.358	.027	122.727	***	
3.019	.038	79.408	***	
3.389	.027	123.347	***	
3.406	.028	119.599	***	
3.411	.032	107.078	***	
3.561	.028	126.355	***	
3.511	.029	122.626	***	
3.536	.031	115.314	***	
3.542	.030	116.533	***	
3.072	.033	92.645	***	
3.194	.029	110.307	***	
3.775	.022	168.621	***	
3.386	.026	128.795	***	
2.225	.062	36.033	***	
3.369	.029	116.632	***	
3.203	.032	99.392	***	
3.431	.028	124.413	***	
3.386	.032	107.041	***	
3.253	.035	93.626	***	
2.508	.041	61.646	***	
2.953	.035	85.485	***	
3.514	.028	126.368	***	
1.853	.032	58.151	***	
3.300	.043	76.964	***	
3.372	.039	87.463	***	
3.008	.052	57.728	***	
3.617	.030	120.151	***	
3.128	.036	87.771	***	
3.394	.032	107.032	***	
3.636	.028	129.857	***	

Group number 1 - Default model)

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
.021	.008	2.518	.012	
.477	.036	13.368	***	
.218	.017	13.133	***	
.476	.036	13.270	***	
.289	.022	13.054	***	
.198	.016	12.769	***	
.386	.029	13.130	***	
.373	.029	12.936	***	
.162	.013	12.477	***	
.449	.034	13.182	***	
.184	.014	12.743	***	
.191	.015	12.667	***	
.242	.019	12.701	***	
.172	.014	12.483	***	
.175	.014	12.449	***	
.260	.020	12.985	***	
.263	.020	13.033	***	
.308	.024	13.008	***	
.239	.018	13.036	***	
.142	.011	13.031	***	
.192	.015	12.992	***	
1.362	.102	13.390	***	
.196	.015	12.660	***	
.275	.021	12.908	***	
.201	.016	12.900	***	
.293	.022	13.084	***	
.400	.030	13.283	***	
.592	.044	13.392	***	
.380	.029	13.224	***	
.213	.016	12.976	***	
.336	.025	13.279	***	
.648	.048	13.372	***	
.505	.038	13.318	***	
.939	.070	13.345	***	
.269	.021	13.108	***	
.393	.030	13.175	***	
.308	.023	13.160	***	
.260	.020	13.286	***	

Summary

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	111	1488.165	629	.000	2.366
Unrestricted model	740	.000	0		
Independence model	74	3579.802	666	.000	5.375

Model Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.584	.560	.709	.688	.705
Unrestricted model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Bayes-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.944	.552	.666
Unrestricted model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	859.165	750.272	975.742
Unrestricted model	.000	.000	.000
Independence model	2913.802	2729.991	3105.021

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	4.145	2.393	2.090	2.718
Unrestricted model	.000	.000	.000	.000
Independence model	9.972	8.116	7.604	8.649

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.062	.058	.066	.000
Independence model	.110	.107	.114	.000

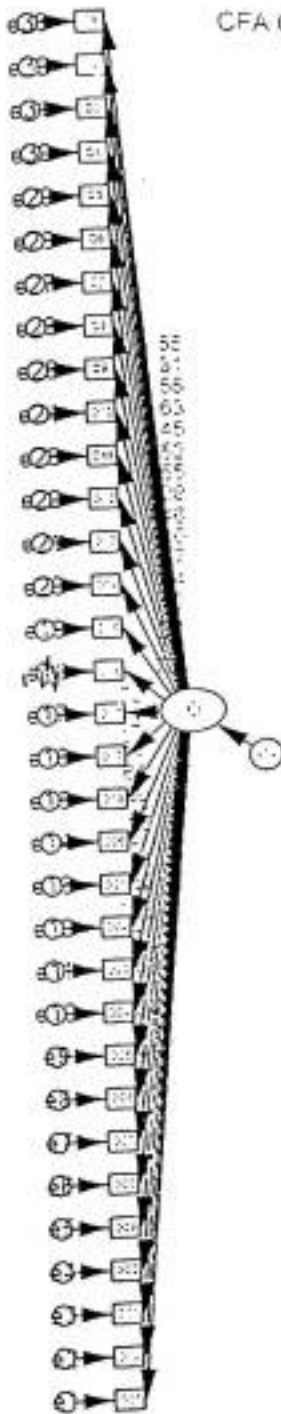
Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	1710.165	1736.445		

	AIC	BCC	BIC	CAIC
model	1480.000	1655.202		
reference model	3727.802	3745.322		

	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
model	4.764	4.460	5.088	4.837
reference model	4.123	4.123	4.123	4.611
reference model	10.384	9.872	10.916	10.433

	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
model	167	173
reference model	73	76

CFA Obligation



THESE OBLIGATIONS ARE DERIVED FROM THE CFAA

174

Group (Group number 1)

Model is recursive.
N = 360

Group number 1 - Default model)

Estimates (Group number 1 - Default model)

Likelihood Estimates

Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
0	1.000				
0	1.081	.188	5.753	***	
0	.943	.175	5.396	***	
0	1.198	.195	6.132	***	
0	1.147	.160	7.168	***	
0	1.176	.184	6.399	***	
0	.182	.148	1.231	.218	
0	-.222	.136	-1.636	.102	
0	1.201	.156	7.720	***	
0	1.341	.175	7.667	***	
0	-.187	.143	-1.307	.191	
0	1.094	.169	6.465	***	
0	1.302	.171	7.607	***	
0	1.206	.157	7.657	***	
0	1.151	.153	7.502	***	
0	1.357	.173	7.850	***	
0	1.365	.166	8.230	***	
0	1.296	.159	8.145	***	
0	1.416	.171	8.266	***	
0	1.288	.163	7.916	***	
0	.934	.135	6.903	***	
0	.941	.148	6.355	***	
0	1.102	.149	7.402	***	
0	1.161	.152	7.638	***	
0	.902	.138	6.560	***	
0	.719	.158	4.560	***	
0	1.086	.149	7.288	***	
0	1.132	.161	7.038	***	
0	1.059	.164	6.475	***	
0	1.201	.155	7.759	***	
0	1.043	.144	7.271	***	
0	.698	.140	4.978	***	
0	1.158	.159	7.272	***	

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
0	.448
0	.375
0	.343
0	.412
0	.531
0	.440
0	.068
0	-.091
0	.614
0	.610
0	-.072
0	.447
0	.600
0	.608
0	.585
0	.642
0	.710
0	.700
0	.710
0	.671
0	.499
0	.435
0	.568
0	.605
0	.458
0	.276
0	.55
0	.510
0	.448
0	.620
0	.548
0	.309
0	.548

Tests: (Group number 1 - Default model)

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
3.344	.033	102.614	***	
2.892	.042	68.729	***	
2.747	.040	68.480	***	
2.875	.042	67.656	***	
3.311	.031	105.561	***	
2.992	.039	76.631	***	
2.672	.039	68.045	***	

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
2.628	.036	73.295	***	
3.528	.028	124.527	***	
3.297	.032	102.707	***	
2.231	.038	58.819	***	
3.117	.036	87.200	***	
3.289	.032	103.717	***	
3.375	.029	116.549	***	
3.250	.029	112.688	***	
3.411	.031	110.501	***	
3.542	.028	127.723	***	
3.567	.027	131.970	***	
3.439	.028	120.847	***	
3.294	.029	114.609	***	
3.122	.027	114.189	***	
3.056	.032	96.757	***	
3.231	.028	113.958	***	
3.464	.028	123.585	***	
3.411	.029	118.464	***	
3.036	.038	79.917	***	
3.361	.029	116.782	***	
3.436	.032	107.302	***	
3.119	.035	90.408	***	
3.417	.028	121.918	***	
3.478	.028	125.137	***	
3.014	.033	91.269	***	
3.269	.031	106.038	***	

Items: (Group number 1 - Default model)

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
.077	.018	4.333	***	
.305	.023	13.153	***	
.546	.041	13.238	***	
.510	.038	13.268	***	
.538	.041	13.199	***	
.253	.019	13.009	***	
.441	.034	13.164	***	
.551	.041	13.393	***	
.458	.034	13.390	***	
.178	.014	12.793	***	
.232	.018	12.821	***	
.514	.038	13.393	***	
.367	.028	13.154	***	
.231	.018	12.850	***	
.190	.015	12.826	***	
.197	.015	12.896	***	

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
.201	.016	12.715	***	
.133	.011	12.356	***	
.134	.011	12.460	***	
.137	.011	12.305	***	
.170	.013	12.668	***	
.202	.015	13.075	***	
.290	.022	13.170	***	
.196	.015	12.935	***	
.179	.014	12.835	***	
.235	.018	13.140	***	
.479	.036	13.317	***	
.207	.016	12.973	***	
.270	.021	13.044	***	
.342	.026	13.153	***	
.172	.013	12.771	***	
.194	.015	12.979	***	
.354	.027	13.295	***	
.239	.018	12.978	***	

Model Summary

	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Full model	99	1812.027	495	.000	3.661
Reduced model	594	.000	0		
Independence model	66	4741.260	528	.000	8.980

Model Comparisons

	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Full model	.618	.592	.690	.667	.687
Reduced model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Sample-Adjusted Measures

	PRATIO	PNFI	PCFI
Full model	.938	.579	.644
Reduced model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

	NCP	LO 90	HI 90

	NCP	LO 90	HI 90
Model	1317.027	1190.636	1450.959
Model	.000	.000	.000
Reference model	4213.260	3996.704	4437.122

	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Model	5.047	3.669	3.317	4.042
Model	.000	.000	.000	.000
Reference model	13.207	11.736	11.133	12.360

	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Model	.086	.082	.090	.000
Reference model	.149	.145	.153	.000

	AIC	BCC	BIC	CAIC
Model	2010.027	2030.740		
Model	1188.000	1312.283		
Reference model	4873.260	4887.070		

	ECVI	LO 90	HI 90	MFCVI
Model	5.599	5.247	5.972	5.657
Model	3.309	3.309	3.309	3.655
Reference model	13.575	12.971	14.198	13.613

HOELTER

	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Model	109	114
Reference model	45	46

Summary

	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Model	36	444.886	54	.000	8.239
Model	90	.000	0		
Reference model	24	803.326	66	.000	12.172

Comparisons

	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Model	.446	.323	.478	.352	.470
Model	1.000		1.000		1.000
Reference model	.000	.000	.000	.000	.000

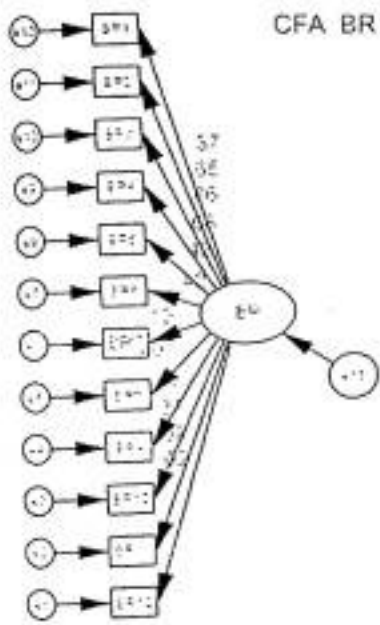
Adjusted Measures

	PRATIO	PNFI	PCFI
Model	.818	.365	.384
Model	.000	.000	.000
Reference model	1.000	.000	.000

	NCP	LO 90	HI 90
Model	390.886	327.330	461.915
Model	.000	.000	.000
Reference model	737.326	649.700	832.387

	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Model	1.239	1.089	.912	1.287
Model	.000	.000	.000	.000
Reference model	2.238	2.054	1.810	2.319

	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Model	.142	.130	.154	.000



Group number 1)

recursive.
n = 360

Group number 1 - Default model)

Parameters (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Standard Errors (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
BR	.211	.557	.380	.704	
BR	1.000				
BR	3.103	2.139	1.451	.147	
BR	.316	.648	.488	.626	
BR	-.755	.841	-.898	.369	
BR	.964	.853	1.129	.259	
BR	4.670	3.157	1.480	.139	
BR	4.690	3.170	1.479	.139	
BR	7.278	4.853	1.500	.134	
BR	6.545	4.366	1.499	.134	
BR	7.027	4.689	1.498	.134	
BR	4.241	2.888	1.469	.142	

Standard Regression Weights (Group number 1 - Default model)

	Estimate
BR	.024
BR	.091
BR	.307
BR	.031
BR	-.068
BR	.103
BR	.423
BR	.423
BR	.684
BR	.660
BR	.346
BR	.367

(Group number 1 - Default model)

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
1.981	.030	65.864	***	
2.494	.037	67.216	***	
2.417	.034	70.584	***	
2.781	.034	81.169	***	
2.767	.038	73.244	***	
2.264	.032	71.400	***	
2.775	.037	74.198	***	
2.661	.038	70.786	***	
2.667	.036	73.963	***	
2.650	.034	78.871	***	
2.772	.037	75.268	***	
2.983	.039	76.239	***	

(Group number 1 - Default model)

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
.004	.005	.753	.451	
.324	.024	13.395	***	
.490	.037	13.361	***	
.381	.029	12.944	***	
.421	.031	13.394	***	
.510	.038	13.378	***	
.357	.027	13.351	***	
.412	.033	12.441	***	
.417	.033	12.444	***	
.248	.026	9.437	***	
.229	.023	9.920	***	
.284	.028	10.168	***	
.476	.037	12.716	***	

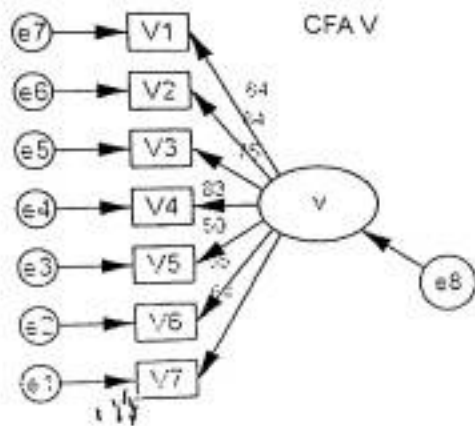
	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
reference model	.176	.166	.187	.000

	AIC	BCC	BIC	CAIC
reference model	516.886	519.591		
model	180.000	186.763		
reference model	851.326	853.129		

	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
reference model	1.440	1.263	1.638	1.447
model	.501	.501	.501	.520
reference model	2.371	2.127	2.636	2.376

CR

	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
reference model	59	66
reference model	39	43



Group number 1 - Default model)

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
.166	.025	6.562	***	
.236	.019	12.435	***	
.243	.020	12.422	***	
.409	.032	12.940	***	
.107	.010	10.412	***	
.122	.011	11.586	***	
.121	.012	10.118	***	
.113	.011	10.158	***	

Summary

	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	21	374.789	14	.000	26.771
Reduced model	35	.000	0		
Independence model	14	1583.300	21	.000	75.395

Model Comparisons

	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.763	.645	.770	.654	.769
Reduced model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Model-Fit Adjusted Measures

	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.667	.509	.513
Reduced model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

	NCP	LO 90	HI 90
Default model	360.789	301.365	427.635
Reduced model	.000	.000	.000
Independence model	1562.300	1435.474	1696.491

	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Model	1.044	1.005	.839	1.191
Model	.000	.000	.000	.000
Reference model	4.410	4.352	3.999	4.726

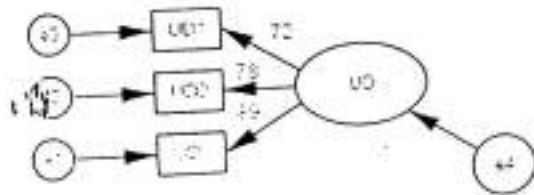
	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Model	.268	.245	.292	.000
Reference model	.455	.436	.474	.000

	AIC	BCC	BIC	CAIC
Model	416.789	417.746		
Model	70.000	71.595		
Reference model	1611.300	1611.938		

	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Model	1.161	.995	1.347	1.164
Model	.195	.195	.195	.199
Reference model	4.488	4.135	4.862	4.490

	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Model	23	28
Reference model	8	9

CFA UD



Group number 1)

recursive.

360

Group number 1 - Default model)

Model (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Parameters: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
UD	1.000				
UD	.890	.062	14.348	***	
UD	.890	.065	13.647	***	

Standard Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
UD	.890
UD	.890
UD	.890

Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
	3.278	.026	124.057	***	
	3.297	.027	121.488	***	
	3.297	.029	113.433	***	

Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
	.201	.021	9.483	***	
	.050	.011	4.459	***	
	.106	.011	9.184	***	
	.144	.014	10.584	***	

Summary

	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Model	9	.000	0		
Model	9	.000	0		
Reference model	6	445.869	3	.000	148.623

Comparisons

	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Model	1.000		1.000		1.000
Model	1.000		1.000		1.000
Reference model	.000	.000	.000	.000	.000

Non-Adjusted Measures

	PRATIO	PNFI	PCFI
Model	.000	.000	.000
Model	.000	.000	.000
Reference model	1.000	.000	.000

	NCP	LO 90	HI 90
Model	.000	.000	.000
Model	.000	.000	.000
Reference model	442.869	377.178	515.961

	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Model	.000	.000	.000	.000
Model	.000	.000	.000	.000
Reference model	1.242	1.234	1.051	1.437

	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Model				
Model				
Reference model	.641	.592	.692	.000

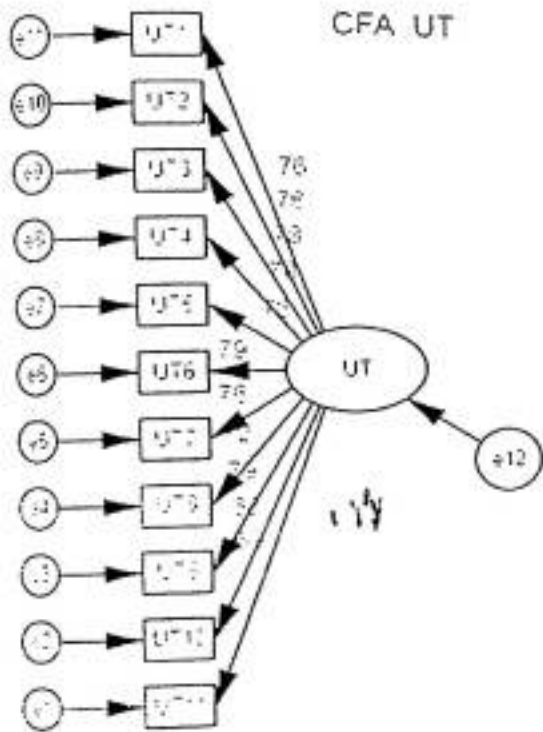
	AIC	BCC	BIC	CAIC
Model				
Model				
Reference model				

	AIC	BCC	BIC	CAIC
model	18.000	18.203		
model	18.000	18.203		
size model	457.869	458.004		

	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
model	.050	.050	.050	.051
model	.050	.050	.050	.051
size model	1.275	1.092	1.479	1.276

	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
model		
size model	7	10

city



	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
U19	3.303	.029	115.327	***	
U18	3.408	.028	121.936	***	
U17	3.425	.029	119.607	***	
U16	3.300	.028	116.555	***	
U15	3.256	.032	101.680	***	
U14	3.464	.028	124.820	***	
U13	3.331	.030	109.454	***	
U12	3.339	.031	107.509	***	
U11	3.300	.025	129.751	***	

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
U2	.144	.020	7.283	***	
U3	.160	.013	12.585	***	
U4	.134	.011	12.617	***	
U5	.111	.009	11.899	***	
U6	.133	.011	12.399	***	
U7	.123	.010	12.142	***	
U8	.106	.009	11.853	***	
U9	.133	.013	12.126	***	
U10	.108	.009	11.979	***	
U11	.130	.011	11.988	***	
U12	.145	.012	12.150	***	
U13	.099	.008	12.174	***	

Model Fit Summary

	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	33	398.770	44	.000	9.063
Reduced model	77	.000	0		
Independence model	22	2759.431	55	.000	50.171

Model Comparisons

	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.855	.819	.869	.836	.869
Reduced model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Model-Fit Adjusted Measures

	PRATIO	PNFI	PCFI
--	--------	------	------

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
default model	.800	.684	.695
saturated model	.000	.000	.000
independence model	1.000	.000	.000

Model	NCP	LO 90	HI 90
default model	354.770	294.603	422.404
saturated model	.000	.000	.000
independence model	2704.431	2536.087	2880.097

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
default model	1.111	.988	.821	1.177
saturated model	.000	.000	.000	.000
independence model	7.686	7.533	7.064	8.023

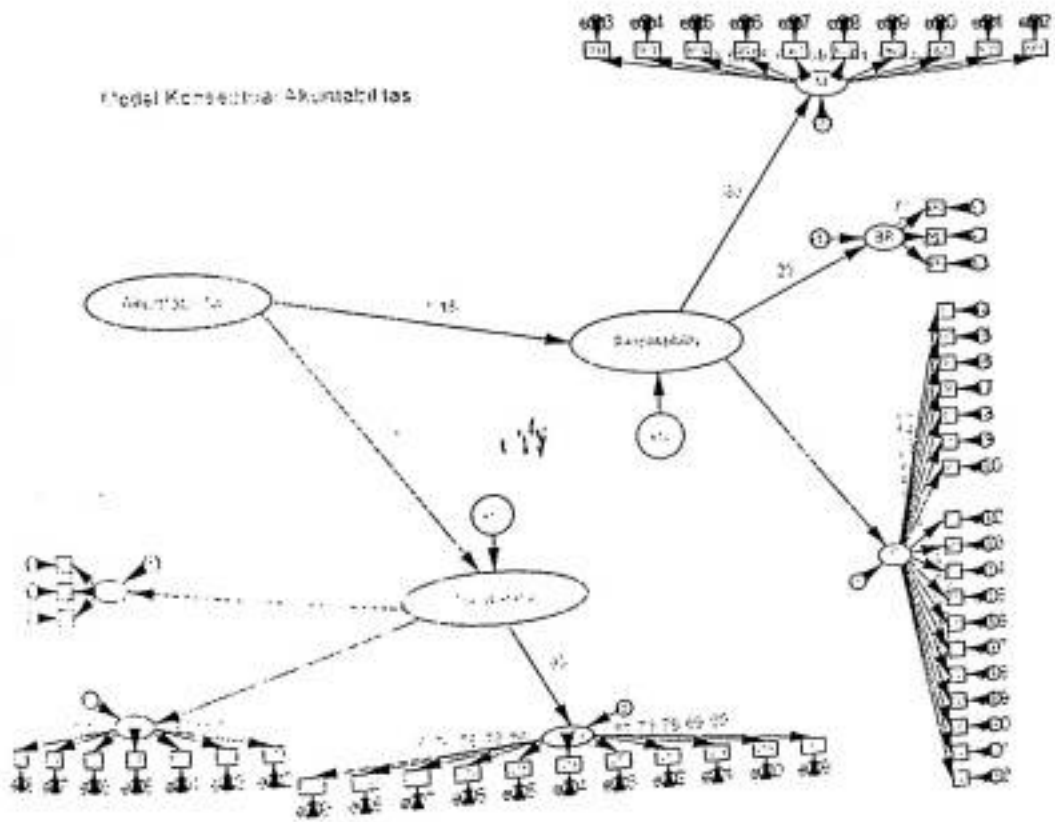
Model	RVISEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
default model	.150	.137	.164	.000
independence model	.370	.358	.382	.000

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
default model	464.770	467.053		
saturated model	154.000	159.326		
independence model	2803.431	2804.952		

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
default model	1.295	1.127	1.483	1.301
saturated model	.429	.429	.429	.444
independence model	7.809	7.340	8.298	7.813

Model	HOELTER	HOELTER
default model	.05	.01
saturated model	55	62
independence model	10	11

Model Konstruksi Akuntabilitas



Group (Group number 1)

Model is recursive.

Sample size = 360

Model (Group number 1 - Default model)

Parameter Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Parameter Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Responsibility	<--- Akuntabilitas	1.000				
Transparansi	<--- Akuntabilitas	1.000				
	<--- Responsibility	1.000				
	<--- Responsibility	.489	.147	3.335	***	
	<--- Responsibility	1.239	.163	7.615	***	
	<--- Transparansi	1.000				
	<--- Transparansi	.877	.079	11.132	***	
	<--- Transparansi	.913	.072	12.616	***	
	<--- BR	1.000				
	<--- BR	.717	.085	8.473	***	
	<--- BR	.879	.101	8.719	***	
	<--- O	1.000				
	<--- O	.896	.108	8.303	***	
	<--- O	1.059	.115	9.239	***	
	<--- O	.968	.122	7.925	***	
	<--- O	.945	.112	8.414	***	
	<--- O	.997	.112	8.886	***	
	<--- O	.942	.111	8.480	***	
	<--- O	1.105	.118	9.343	***	
	<--- O	1.242	.123	10.079	***	
	<--- O	1.157	.116	9.972	***	
	<--- O	1.232	.121	10.180	***	
	<--- O	1.213	.128	9.473	***	
	<--- O	1.031	.116	8.915	***	
	<--- O	1.074	.118	9.133	***	
	<--- O	1.162	.128	9.060	***	
	<--- O	1.171	.130	9.034	***	

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
	1.056	.115	9.158	***	
	1.000				
V	1.019	.092	11.090	***	
V	.924	.103	9.011	***	
V	1.166	.086	13.561	***	
V	.975	.077	12.593	***	
V	1.247	.094	13.263	***	
V	1.206	.090	13.328	***	
V	1.000				
UT	.911	.074	12.335	***	
UT	1.123	.081	13.888	***	
UT	1.014	.079	12.917	***	
UT	1.099	.081	13.608	***	
UT	1.127	.080	14.078	***	
UT	1.225	.090	13.568	***	
UT	1.084	.078	13.835	***	
UT	1.182	.086	13.766	***	
UT	1.174	.087	13.420	***	
UT	.967	.072	13.497	***	
UD	1.000				
UD	.962	.055	17.393	***	
UD	.966	.061	15.910	***	
M	1.000				
M	1.151	.147	7.839	***	
M	1.080	.134	8.086	***	
M	1.240	.140	8.890	***	
M	1.245	.138	8.994	***	
M	1.337	.153	8.720	***	
M	1.182	.136	8.657	***	
M	1.059	.128	8.257	***	
M	1.187	.133	8.898	***	
M	1.069	.131	8.134	***	
O	.981	.121	8.128	***	

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
Akuntabilitas	1.152
Akuntabilitas	.738
Responsibility	.884
Responsibility	.226
Responsibility	.965
Transparansi	.903
Transparansi	.813
Transparansi	.929
BR	.767

	Estimate
← BR	.603
← BR	.689
← O	.542
← O	.539
← U	.631
← O	.505
← O	.549
← O	.595
← O	.555
← O	.643
← O	.729
← O	.716
← O	.742
← O	.657
← O	.598
← O	.620
← O	.613
← O	.610
← O	.623
← V	.656
← V	.657
← V	.520
← V	.838
← V	.763
← V	.814
← V	.819
← V	.686
← UT	.691
← UT	.784
← UT	.725
← UT	.767
← UT	.796
← UT	.765
← UT	.781
← UT	.777
← UT	.756
← UT	.761
← UT	.852
← UD	.799
← UD	.749
← UD	.535
← M	.527
← M	.551
← M	.638
← M	.651
← M	.619
← M	

	Estimate
M	.612
M	.568
M	.639
M	.556
U	.523

number 1 - Default model)

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
2.772	.037	75.268	***	
2.650	.034	78.871	***	
2.667	.036	73.963	***	
3.269	.031	106.038	***	
3.478	.028	125.137	***	
3.417	.028	121.918	***	
3.436	.032	107.302	***	
3.361	.029	116.782	***	
3.464	.028	123.585	***	
3.231	.028	113.958	***	
3.294	.029	114.609	***	
3.439	.028	120.847	***	
3.567	.027	131.970	***	
3.542	.028	127.723	***	
3.411	.031	110.501	***	
3.250	.029	112.688	***	
3.375	.029	116.549	***	
3.289	.032	103.717	***	
3.297	.032	102.707	***	
3.528	.028	124.527	***	
3.144	.033	94.043	***	
3.175	.034	93.204	***	
2.847	.039	73.001	***	
3.322	.031	108.746	***	
3.300	.028	117.697	***	
3.167	.034	94.216	***	
3.269	.032	101.210	***	
3.219	.029	110.522	***	
3.317	.026	125.754	***	
3.303	.029	115.327	***	
3.408	.028	121.936	***	
3.425	.029	119.607	***	
3.300	.028	116.555	***	
3.256	.032	101.680	***	
3.464	.028	124.820	***	

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
3.331	.030	109.454	***	
3.339	.031	107.509	***	
3.300	.025	129.751	***	
3.278	.026	124.057	***	
3.297	.027	121.488	***	
3.297	.029	113.433	***	
3.431	.028	124.413	***	
3.203	.032	99.392	***	
3.369	.029	116.632	***	
3.511	.029	122.626	***	
3.561	.028	126.355	***	
3.411	.032	107.078	***	
3.406	.028	119.599	***	
3.389	.027	123.347	***	
3.358	.027	122.727	***	
3.481	.028	122.776	***	
3.311	.031	105.561	***	

parameter 1 - Default model)

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
.081	.011	7.344	***	
-.020	.006	-3.106	.002	
.068	.014	4.813	***	
.034	.007	4.723	***	
.059	.010	5.916	***	
.020	.005	4.273	***	
.007	.004	1.844	.065	
.272	.042	6.440	***	
.017	.004	3.930	***	
.201	.033	6.164	***	
.258	.025	10.530	***	
.245	.029	8.460	***	
.241	.019	13.008	***	
.197	.015	13.015	***	
.170	.013	12.776	***	
.274	.021	13.077	***	
.208	.016	12.993	***	
.182	.014	12.885	***	
.200	.015	12.980	***	
.174	.014	12.738	***	
.136	.011	12.330	***	
.128	.010	12.411	***	
.124	.010	12.244	***	
.194	.015	12.685	***	
.192	.015	12.877	***	

Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
.185	.014	12.812	***	
.226	.018	12.835	***	
.232	.018	12.842	***	
.176	.014	12.804	***	
.229	.018	12.477	***	
.237	.019	12.475	***	
.398	.031	12.948	***	
.100	.010	10.500	***	
.118	.010	11.687	***	
.137	.012	10.981	***	
.123	.011	10.887	***	
.161	.013	12.717	***	
.131	.010	12.702	***	
.113	.009	12.174	***	
.133	.011	12.549	***	
.121	.010	12.303	***	
.105	.009	12.073	***	
.153	.012	12.320	***	
.108	.009	12.200	***	
.132	.011	12.233	***	
.148	.012	12.379	***	
.098	.008	12.349	***	
.069	.008	8.804	***	
.096	.009	10.396	***	
.133	.012	11.257	***	
.195	.015	12.700	***	
.269	.021	12.729	***	
.209	.017	12.638	***	
.174	.014	12.193	***	
.164	.014	12.109	***	
.225	.018	12.313	***	
.182	.015	12.353	***	
.183	.015	12.565	***	
.159	.013	12.187	***	
.199	.016	12.618	***	
.257	.020	13.045	***	

177

number 1 - Default model)

number 1 - Default model)

	Transparency	Responsibility	M	LD	UT	V	O	BR
1000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
1000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
1000	.000	1.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
1000	1.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
913	.913	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
877	.877	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
1239	...	1.239	.000	.000	.000	.000	.000	.000

Montabdas	Transparansi	Responsibility	M	UD	ITT	V	O	BR
489	000	489	000	000	000	000	000	000
1216	000	1 216	000	000	000	000	000	000
1069	000	1 069	1 069	000	000	000	981	000
1187	000	1 187	1 187	000	000	000	000	000
1059	000	1 059	1 059	000	000	000	000	000
1182	000	1 182	1 182	000	000	000	000	000
1337	000	1 337	1 337	000	000	000	000	000
1245	000	1 245	1 245	000	000	000	000	000
1240	000	1 240	1 240	000	000	000	000	000
1080	000	1 080	1 080	000	000	000	000	000
1151	000	1 151	1 151	000	000	000	000	000
1000	000	1 000	1 000	000	000	000	000	000
966	966	000	000	966	000	000	000	000
962	962	000	000	962	000	000	000	000
1000	1 000	000	000	1 000	000	000	000	000
884	884	000	000	000	967	000	000	000
1072	1 072	000	000	000	1 174	000	000	000
1080	1 080	000	000	000	1 182	000	000	000
990	990	000	000	000	1 084	000	000	000
1119	1 119	000	000	000	1 225	000	000	000
1030	1 030	000	000	000	1 127	000	000	000
1004	1 004	000	000	000	1 099	000	000	000
926	926	000	000	000	1 014	000	000	000
1026	1 026	000	000	000	1 123	000	000	000
832	832	000	000	000	911	000	000	000
913	913	000	000	000	1 000	000	000	000
1058	1 058	000	000	000	000	1 206	000	000
1094	1 094	000	000	000	000	1 247	000	000
856	856	000	000	000	000	975	000	000
1023	1 023	000	000	000	000	1 166	000	000
811	811	000	000	000	000	924	000	000
894	894	000	000	000	000	1 019	000	000
877	877	000	000	000	000	1 000	000	000
1308	000	1 308	000	000	000	000	1 056	000
1451	000	1 451	000	000	000	000	1 171	000
1440	000	1 440	000	000	000	000	1 162	000
1331	000	1 331	000	000	000	000	1 074	000
1278	000	1 278	000	000	000	000	1 051	000
1503	000	1 503	000	000	000	000	1 213	000
1526	000	1 526	000	000	000	000	1 232	000
1434	000	1 434	000	000	000	000	1 242	000
1538	000	1 538	000	000	000	000	1 105	000
1369	000	1 369	000	000	000	000	942	000
1167	000	1 167	000	000	000	000	997	000
1236	000	1 236	000	000	000	000	945	000
1171	000	1 171	000	000	000	000	968	000
1199	000	1 199	000	000	000	000	1 059	000
1312	000	1 312	000	000	000	000	896	000
1110	000	1 110	000	000	000	000	1 000	000
1239	000	1 239	000	000	000	000	000	579
430	000	430	000	000	000	000	000	717
351	000	351	000	000	000	000	000	1 000
489	000	489	000	000	000	000	000	000

117

Total Effects (Group number 1 - Default model)

Montabdas	Transparansi	Responsibility	M	UD	ITT	V	O	BR
738	000	000	000	000	000	000	000	000
1152	000	854	000	000	000	000	000	000
1018	000	000	000	000	000	000	000	000
066	905	000	000	000	000	000	000	000
085	929	000	000	000	000	000	000	000
000	813	965	000	000	000	000	000	000
1112	000	226	000	000	000	000	000	000
260	000	000	000	000	000	000	000	000

Group	Transparansi	Responsibility	M	UD	UT	V	O	BR
82	000	505	000	000	000	000	523	000
86	000	491	556	000	000	000	000	000
91	000	565	639	000	000	000	000	000
97	000	502	568	000	000	000	000	000
101	000	540	612	000	000	000	000	000
108	000	547	619	000	000	000	000	000
115	000	575	651	000	000	000	000	000
120	000	564	638	000	000	000	000	000
131	000	487	551	000	000	000	000	000
136	000	465	527	000	000	000	000	000
144	000	472	535	000	000	000	000	000
149	676	000	000	749	000	000	000	000
152	721	000	000	799	000	000	000	000
168	770	000	000	852	000	000	000	000
171	706	000	000	000	761	000	000	000
188	702	000	000	000	756	000	000	000
193	722	000	000	000	777	000	000	000
195	726	000	000	000	781	000	000	000
194	710	000	000	000	765	000	000	000
196	740	000	000	000	796	000	000	000
197	713	000	000	000	767	000	000	000
197	674	000	000	000	725	000	000	000
198	729	000	000	000	784	000	000	000
193	641	000	000	000	691	000	000	000
196	658	000	000	000	686	000	000	000
197	606	000	000	000	000	819	000	000
198	602	000	000	000	000	814	000	000
198	621	000	000	000	000	763	000	000
199	681	000	000	000	000	858	000	000
199	423	000	000	000	000	820	000	000
194	554	000	000	000	000	657	000	000
194	554	000	000	000	000	656	000	000
195	000	601	000	000	000	000	610	000
198	000	589	000	000	000	000	613	000
198	000	591	000	000	000	000	620	000
198	000	599	000	000	000	000	598	000
198	000	577	000	000	000	000	657	000
199	000	634	000	000	000	000	742	000
199	000	717	000	000	000	000	716	000
199	000	691	000	000	000	000	729	000
199	000	704	000	000	000	000	643	000
199	000	620	000	000	000	000	555	000
199	000	536	000	000	000	000	595	000
199	000	574	000	000	000	000	549	000
199	000	530	000	000	000	000	505	000
199	000	488	000	000	000	000	631	000
199	000	610	000	000	000	000	539	000
199	000	520	000	000	000	000	542	000
199	000	525	000	000	000	000	000	689
199	000	155	000	000	000	000	000	605
199	000	136	000	000	000	000	000	767
199	000	173	000	000	000	000	000	000

Group number 1 - Default model)

Group	Transparansi	Responsibility	M	UD	UT	V	O	BR
100	000	000	000	000	000	000	000	000
100	000	000	000	000	000	000	000	000
000	000	1 000	000	000	000	000	000	000
000	1 000	000	000	000	000	000	000	000
190	913	000	000	000	000	000	000	000
000	877	000	000	000	000	000	000	000
000	000	1 239	000	000	000	000	000	000
000	000	489	000	000	000	000	981	000
000	000	000	000	000	000	000	000	000

Transparansi	Responsibility	M	UD	UT	V	O	BR
000	000	1.069	000	000	000	000	000
000	000	1.187	000	000	000	000	000
000	000	1.059	000	000	000	000	000
000	000	1.182	000	000	000	000	000
000	000	1.337	000	000	000	000	000
000	000	1.245	000	000	000	000	000
000	000	1.240	000	000	000	000	000
000	000	1.080	000	000	000	000	000
000	000	1.151	000	000	000	000	000
000	000	1.000	000	000	000	000	000
000	000	000	000	000	000	000	000
000	000	000	966	000	000	000	000
000	000	000	962	000	000	000	000
000	000	000	1.000	000	000	000	000
000	000	000	000	000	967	000	000
000	000	000	000	000	1.174	000	000
000	000	000	000	000	1.182	000	000
000	000	000	000	000	1.084	000	000
000	000	000	000	000	1.225	000	000
000	000	000	000	000	1.127	000	000
000	000	000	000	000	1.099	000	000
000	000	000	000	000	1.014	000	000
000	000	000	000	000	1.123	000	000
000	000	000	000	000	911	000	000
000	000	000	000	000	1.000	000	000
000	000	000	000	000	000	1.206	000
000	000	000	000	000	000	1.247	000
000	000	000	000	000	000	975	000
000	000	000	000	000	000	1.166	000
000	000	000	000	000	000	924	000
000	000	000	000	000	000	1.019	000
000	000	000	000	000	000	1.000	000
000	000	000	000	000	000	1.056	000
000	000	000	000	000	000	1.171	000
000	000	000	000	000	000	1.162	000
000	000	000	000	000	000	1.074	000
000	000	000	000	000	000	1.031	000
000	000	000	000	000	000	1.213	000
000	000	000	000	000	000	1.232	000
000	000	000	000	000	000	1.157	000
000	000	000	000	000	000	1.242	000
000	000	000	000	000	000	1.165	000
000	000	000	000	000	000	942	000
000	000	000	000	000	000	997	000
000	000	000	000	000	000	945	000
000	000	000	000	000	000	968	000
000	000	000	000	000	000	1.059	000
000	000	000	000	000	000	896	000
000	000	000	000	000	000	1.000	000
000	000	000	000	000	000	000	879
000	000	000	000	000	000	000	717
000	000	000	000	000	000	000	1.000
000	000	000	000	000	000	000	000

Effects (Group number 1 - Default model)

Transparansi	Responsibility	M	UD	UT	V	O	BR
000	000	000	000	000	000	000	000
000	000	000	000	000	000	000	000
000	000	000	000	000	000	000	000
000	000	884	000	000	000	000	000
000	000	000	000	000	000	000	000
000	000	000	000	000	000	000	000
000	000	000	000	000	000	000	000
000	000	000	000	000	000	000	000
000	000	813	000	000	000	000	000
000	000	965	000	000	000	000	000
000	000	226	000	000	000	523	000
000	000	000	000	000	000	000	000
000	000	000	556	000	000	000	000

Group	Transparansi	Responsibility	M	UID	UT	V	C	BR
000	000	000	639	000	000	000	000	000
001	000	000	568	000	000	000	000	000
002	000	000	612	000	000	000	000	000
003	000	000	619	000	000	000	000	000
004	000	000	651	000	000	000	000	000
005	000	000	638	000	000	000	000	000
006	000	000	551	000	000	000	000	000
007	000	000	527	000	000	000	000	000
008	000	000	535	000	000	000	000	000
009	000	000	000	749	000	000	000	000
010	000	000	000	799	000	000	000	000
011	000	000	000	852	000	000	000	000
012	000	000	000	000	761	000	000	000
013	000	000	000	000	756	000	000	000
014	000	000	000	000	777	000	000	000
015	000	000	000	000	781	000	000	000
016	000	000	000	000	765	000	000	000
017	000	000	000	000	796	000	000	000
018	000	000	000	000	767	000	000	000
019	000	000	000	000	725	000	000	000
020	000	000	000	000	784	000	000	000
021	000	000	000	000	691	000	000	000
022	000	000	000	000	686	000	000	000
023	000	000	000	000	000	819	000	000
024	000	000	000	000	000	814	000	000
025	000	000	000	000	000	763	000	000
026	000	000	000	000	000	838	000	000
027	000	000	000	000	000	520	000	000
028	000	000	000	000	000	657	000	000
029	000	000	000	000	000	656	000	000
030	000	000	000	000	000	660	623	000
031	000	000	000	000	000	000	610	000
032	000	000	000	000	000	000	613	000
033	000	000	000	000	000	000	620	000
034	000	000	000	000	000	000	598	000
035	000	000	000	000	000	000	657	000
036	000	000	000	000	000	000	742	000
037	000	000	000	000	000	000	716	000
038	000	000	000	000	000	000	729	000
039	000	000	000	000	000	000	643	000
040	000	000	000	000	000	000	555	000
041	000	000	000	000	000	000	595	000
042	000	000	000	000	000	000	549	000
043	000	000	000	000	000	000	505	000
044	000	000	000	000	000	000	631	000
045	000	000	000	000	000	000	559	000
046	000	000	000	000	000	000	542	000
047	000	000	000	000	000	000	000	689
048	000	000	000	000	000	000	000	603
049	000	000	000	000	000	000	000	767
050	000	000	000	000	000	000	000	000

Group number 1 - Default model)

Group	Transparansi	Responsibility	M	UID	UT	V	C	BR
000	000	000	000	000	000	000	000	000
001	000	000	000	000	000	000	000	000
1000	000	000	000	000	000	000	000	000
1100	000	000	000	000	000	000	000	000
913	000	000	000	000	000	000	000	000
877	000	000	000	000	000	000	000	000
1239	000	000	000	000	000	000	000	000
404	000	000	000	000	000	000	000	000
1216	000	1.216	000	000	000	000	000	000
1069	000	1.069	000	000	000	000	000	000
1187	000	1.187	000	000	000	000	000	000

	Transparansi	Responsibility	M	UD	UTI	V	O	BR
1004	000	1 059	000	000	000	000	000	000
1002	000	1 182	000	000	000	000	000	000
1000	000	1 337	000	000	000	000	000	000
1001	000	1 245	000	000	000	000	000	000
1003	000	1 240	000	000	000	000	000	000
1005	000	1 080	000	000	000	000	000	000
1006	000	1 151	000	000	000	000	000	000
1008	000	1 000	000	000	000	000	000	000
966	966	000	000	000	000	000	000	000
962	962	000	000	000	000	000	000	000
1000	1 000	000	000	000	000	000	000	000
884	884	000	000	000	000	000	000	000
1072	1 072	000	000	000	000	000	000	000
1080	1 080	000	000	000	000	000	000	000
990	990	000	000	000	000	000	000	000
1119	1 119	000	000	000	000	000	000	000
1030	1 030	000	000	000	000	000	000	000
1004	1 004	000	000	000	000	000	000	000
926	926	000	000	000	000	000	000	000
1026	1 026	000	000	000	000	000	000	000
832	832	000	000	000	000	000	000	000
913	913	000	000	000	000	000	000	000
1058	1 058	000	000	000	000	000	000	000
1094	1 094	000	000	000	000	000	000	000
856	856	000	000	000	000	000	000	000
1023	1 023	000	000	000	000	000	000	000
811	811	000	000	000	000	000	000	000
894	894	000	000	000	000	000	000	000
877	877	000	000	000	000	000	000	000
1308	000	1 308	000	000	000	000	000	000
1451	000	1 451	000	000	000	000	000	000
1440	000	1 440	000	000	000	000	000	000
1331	000	1 331	000	000	000	000	000	000
1278	000	1 278	000	000	000	000	000	000
1503	000	1 503	000	000	000	000	000	000
1526	000	1 526	000	000	000	000	000	000
1474	000	1 474	000	000	000	000	000	000
1538	000	1 538	000	000	000	000	000	000
1369	000	1 369	000	000	000	000	000	000
1167	000	1 167	000	000	000	000	000	000
1236	000	1 236	000	000	000	000	000	000
1171	000	1 171	000	000	000	000	000	000
1199	000	1 199	000	000	000	000	000	000
1312	000	1 312	000	000	000	000	000	000
1110	000	1 110	000	000	000	000	000	000
1239	000	1 239	000	000	000	000	000	000
430	000	430	000	000	000	000	000	000
351	000	351	000	000	000	000	000	000
489	000	489	000	000	000	000	000	000

Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	Transparansi	Responsibility	M	UD	UTI	V	O	BR
609	000	000	000	000	000	000	000	000
600	000	000	000	000	000	000	000	000
1018	000	000	000	000	000	000	000	000
666	000	000	000	000	000	000	000	000
685	000	000	000	000	000	000	000	000
600	000	000	000	000	000	000	000	000
1112	000	000	000	000	000	000	000	000
200	000	000	000	000	000	000	000	000
582	000	505	000	000	000	000	000	000
566	000	491	000	000	000	000	000	000
651	000	565	000	000	000	000	000	000
579	000	502	000	000	000	000	000	000

Transparency	Responsibility	M	U1	U1	V	O	BR
000	540	000	000	000	000	000	000
000	547	000	000	000	000	000	000
000	575	000	000	000	000	000	000
000	564	000	000	000	000	000	000
000	487	000	000	000	000	000	000
000	465	000	000	000	000	000	000
000	172	000	000	000	000	000	000
676	000	000	000	000	000	000	000
721	000	000	000	000	000	000	000
720	000	000	000	000	000	000	000
700	000	000	000	000	000	000	000
702	000	000	000	000	000	000	000
722	000	000	000	000	000	000	000
726	000	000	000	000	000	000	000
710	000	000	000	000	000	000	000
740	000	000	000	000	000	000	000
713	000	000	000	000	000	000	000
674	000	000	000	000	000	000	000
729	000	000	000	000	000	000	000
641	000	000	000	000	000	000	000
628	000	000	000	000	000	000	000
666	000	000	000	000	000	000	000
662	000	000	000	000	000	000	000
621	000	000	000	000	000	000	000
681	000	000	000	000	000	000	000
425	000	000	000	000	000	000	000
544	000	000	000	000	000	000	000
542	000	000	000	000	000	000	000
501	000	000	000	000	000	000	000
589	000	000	000	000	000	000	000
591	000	000	000	000	000	000	000
599	000	000	000	000	000	000	000
577	000	000	000	000	000	000	000
634	000	000	000	000	000	000	000
717	000	000	000	000	000	000	000
691	000	000	000	000	000	000	000
704	000	000	000	000	000	000	000
620	000	000	000	000	000	000	000
536	000	000	000	000	000	000	000
574	000	000	000	000	000	000	000
530	000	000	000	000	000	000	000
488	000	000	000	000	000	000	000
610	000	000	000	000	000	000	000
520	000	000	000	000	000	000	000
523	000	000	000	000	000	000	000
155	000	000	000	000	000	000	000
136	000	000	000	000	000	000	000
173	000	000	000	000	000	000	000

NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
163	3395.473	1267	.000	2.680
1430	.000	0		8.978
104	11904.350	1326	.000	

	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta	rho1	Delta2	rho2	
	.715	.701	.800	.789	.799
	1.000		1.000		1.000
	.000	.000	.000	.000	.000

Measures

	PRATIO	PNFI	PCFI
	.956	.683	.763
	.000	.000	.000
	1.000	.000	.000

	NCP	LO 90	HI 90
	2128.473	1959.319	2305.205
	.000	.000	.000
	10578.350	10232.830	10930.398

	FMIN	F0	LO 90	HI 90
	9.458	5.929	5.458	6.421
	.000	.000	.000	.000
	33.160	29.466	28.504	30.447

	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
	.068	.066	.071	.000
	.149	.147	.152	.000

	AIC	BCC	BIC	CAIC
	3721.473	3777.937		
	2860.000	3355.359		
	12112.350	12148.376		

	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
	10.366	9.895	10.859	10.524
	7.967	7.967	7.967	9.346
	33.739	32.777	34.720	33.839

	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
	143	147
model	43	44

117

LAMPIRAN 4. MATRIKS JAWABAN RESPONDEN PENELITIAN AKUNTABILITAS

No	Nama Responden	Pengertian Akuntabilitas	Unsur yg harus akuntabel	Siapa yg harus akuntabel	Kepada siapa	Mekanisme
1	Dr Slamet (Dirjen KIA dan GIZI) (Praktisi Rumah Sakit)	Akuntabilitas adalah bentuk pertanggung jawaban sebuah tindakan/produk barang/jasa, yang direncanakan, dijanjikan dan diberikan kepada pihak lain (konsumen) dan pihak pihak yang berkepentingan (share holder), dan harus memenuhi unsur keterbukaan (transparency), mutu (quality), pemerataan (equity), dan keselamatan (safety), serta mengikuti standard operating procedur (SOP) yang telah ditetapkan	<p>a) Sumber Daya Manusia</p> <p>b) pembiayaan (SDM), lainnya, sarana prasarana</p> <p>c) prosedur layanannya</p> <p>d) produknya</p> <p>e) cara penyampaian layanannya (delivery)</p> <p>f) pelayanan</p>	<p>a) Owner (pemilik RS)</p> <p>Jajaran Manajemen RS (Direksi dan jajarannya)</p> <p>b) Profesi (medical, nurse /midwife, farmasis, nutritionist, profesi lain di RS)</p> <p>c) Pendidik dan peserta didik (untuk RS Pendidikan)</p> <p>d) Pemasok (supplier) kebutuhan RS</p> <p>e) Supporting unit (penunjang medik, cleaning service, keuangan)</p>	<p>a) Owner (pemilik RS) → own</p> <p>b) Regulator (pemerintah/pusat/daerah/yayan) → PEM</p> <p>c) KasteMer (pelanggan/pengguna) → CUST</p> <p>d) KasteMer internal (provider /karyawan, kaey awati) → INT</p> <p>e) KasteMer eksternal (pasien/pengguna Rumah Sakit/perorangan dan masyarakat, pe masok) → MASY</p> <p>f) Pendidik dan peserta didik (khusus untuk RS Pendidikan) → P</p>	<p>Bg mengukur akuntabilitas</p> <p>a) Owner (pemilik RS) Ukurannya disesuaikan dengan visi, misi, tujuan dari "owner"nya waktu mendirikan Rumah Sakit, → VMT</p> <p>b) Jajaran Manajemen RS (Direksi dan jajarannya) Ukurannya adalah Kinerja manajerial, kepatuhan terhadap: → KIN MNU</p> <p>a) Indikator yg tertuang dalam Dash board indikator</p> <p>b) Hospital bylaws Profesi (medical, nurse/midwife, farmasis, nutritionist, profesi lain di RS) Ukurannya</p>

<p>DDK dan PSTDDK g) Profesi (hrs profesional sesuai dg profesinya)</p>	<p>kepatuhan terhadap standard operating procedure (SOP), sesuai profesinya masing masing (<i>good clinical governance</i>)</p>
	<p>c. Pendidik dan peserta didik (untuk RS Pendidikan). : Pendidik: Kepatuhan terhadap metodologi belajar mengajar sesuai dg kurikulum yg telah ditetapkan Peserta didik: Kepatuhan terhadap SOP Pendidikan, dengan penerapan/penguasaan secara benar sesuai dg <i>knowledge, attitude dan practice (KAP)</i> yg diajarkan Pemasok (supplier) kebutuhan RS</p>

Langkah 2
Pembagian tugas (job
description) yang jelas
dari masing masing
anggota organisasi

Langkah 3
dibentuk "GUGUS
TUGAS/KELOMPOK
KERJA
AKUNTABILITAS
KINERJA RS", yg multi
disiplin, membantu
Direksi untuk
melakukan Monitoring
dan evaluasi dari
Program/kegiatan
Akuntabilitas Kinerja
di Rumah Sakit

Langkah 4
membuat model
kerja/rencana
kegiatan utk menuju
budaya kerja rs yang
akuntabel, antara lain
dengan model
pendekatan

PROGRAM

Langkah 5
Melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin, berkala dan berkesinambungan.

Dilakukan oleh
GUGUS
TUGAS/KELOMPOK
KERJA
AKUNTABILITAS
KINERJA RS", dengan menggunakan instrumen (alat ukur) yg ditetapkan pada Langkah 1

1. Laporan berkala (bulanan, tribulanan, semester dan tahunan)
2. Riset "suara pelanggan", sistem perencanaan, pelaksanaan serta

2	Dr Nizar Shihab	Akuntabilitas adalah kewajiban dari individu	a) Manajemen RS	a) Pemilik b) Pengelola	a) Masyarakat pengguna	sistem perencanaan, pelaksanaan serta
---	-----------------	----------------------------------------------	-----------------	----------------------------	------------------------	---------------------------------------

KEBIJAKAN UNTUK (WJB) bertanggung jawab secara fiskal, manajerial (TGJWB) dan kegiatan program pemberian bantuan baik logistik atau material, tenaga dan bentuk lainnya.
 Akuntabilitas merupakan suatu konsep etika (ETK) yang dekat dengan administrasi publik pemerintahan, hal ini sering digunakan secara sinonim dengan konsep-konsep seperti yang dapat dipertanggungjawabkan (responsibility-- RESP), yang dapat dipertanyakan (answerability--ANSW), yang dapat dipersalahkan (blameworthiness--BLMW) dan yang mempunyai

keberhasilan pelayanan

o) penyediaan layanan (medis dan non medis).

b) Karyawan
 c) Pemilik/pemegang saham

keberhasilan dalam prinsip-prinsip akuntabilitas, yaitu:
 Independensi
 Komitmen organisasi
 Kompetensi
 Non diskriminasi
 Partisipasi
 Transparansi
 Koordinasi
 Pembelajaran dan perbaikan
 Kemitraan
 Non proselitis
 Mekanisme umpan balik
 Kemandirian
 Keberpihakan pada kelompok rentan

Ketidakbebasan (liability--LIABL)

Dalam peran kepemimpinan, akuntabilitas dapat merupakan pengetahuan dan adanya pertanggungjawaban terhadap tiap tindakan, produk, keputusan dan kebijakan.

Akuntabilitas merupakan istilah yang terkait dengan tata kelola pemerintahan (TTKL PEM)

Dr Surya
(Legislator)

Akuntabilitas secara harfiah dalam bahasa inggris disebut dengan accountability yang diartikan sebagai "yang dapat dipertanggungjawabkan" (TGJWB). Atau dalam kata sifat disebut accountable. Bedanya dengan responsibility

Mutu Pelayanan yang tergantung dari etika, kompetensi SDM, dan fasilitas yang memadai.
1. Kendali biaya.

Profesionalitas Tenaga Kesehatan seperti dokter, perawat, apoteker, ahli gizi, dll

Kepada seluruh kalangan rakyat.

Tegakkan dan implementasikan UU Kesehatan, UU Rumah Sakit, UU SJSN, UU BPJS.

Jawab: adalah menjelaskan bahwa dalam kaitannya dengan birokrasi, responsibility -- RESP merupakan otoritas yang diberikan atasan untuk melakukan suatu kebijakan. Sedangkan accountability merupakan kewajiban untuk menjelaskan (JEL) bagaimana realisasi otoritas yang diperolehnya tersebut.

4 Dr Widodo
(Dosen
Manajemen
RS)

akuntabilitas adalah pertanggungjawaban dan keterbukaan (TGJW) (TRSP). Tentunya dalam beberapa yang terkait fungsi rumah sakit dan fungsi rumah sakit dalam hal ini kalau kaitannya dengan masyarakat tentunya pelayanan. Jadi pertanggungjawaban dan keterbukaan yang terkait

pelayanan administrasi, pelayanan kesehatan. Pelayanan dokter, pelayanan perawat, pelayanan obat, pelayanan

- a) Dokter
- b) Perawat
- c) Apoteker
- d) (Sesuai PP no 51 ttg kefarmasian)
- e) Petugas Radiologi
- f) Laboran
- g) Petugas

- a) Masyarakat (stakeholder kedua)
- b) Pemerintah (stakeholder pertama)
- c) Organisasi internal (stakeholder ke tiga)

5	<p>Prof. Dedy Tikson (Dosen ilmu administrasi publik)</p>	<p>Akuntable adalah sikap responsible dan transparans terhadap tupoksi, memiliki kewajiban untuk menyampaikan keterangannya tentang apa yang harus dipertanggungjawabkan</p>	<p>SOP, Menjelaskan clinical privilege kepada pasien</p> <p>Majemen dan pengelolaan keuangan</p>	
6	<p>Prof Amal C Syaaf (Dosen Manajemen RS)</p>	<p>adalah salah satu penyelenggara pelayanan publik. Secara terbuka (TRSP) rumah sakit harus menyampaikan kepada masyarakat apa yang menjadi rencana kerjanya (RENJA) dan apa yang akan dilaksanakan pada satu periode waktu dan hal tersebut sesuai</p>	<p>a) Pencapaian restrasi b) Kebijakan kesehatan c) Organisasi Sistem Tata Kelola d) Proses akreditasi</p>	<p>RS Pemerintah - LAKIP RS swasta--- Masyarakat</p>

7	DR Nurdin (Praktisi Rumah Sakit)	<p>Setiap praktikus mata kuliah terbuka.</p> <p>Akuntabilitas keuangan jawab (TGJW) saya sebagai pejabat tentunya bersama dengan jajaran saya di rumah sakit. Jadi memang harus ada standar (STDR), kedua transparansi (TRSP) keterbukaan</p>	<p>a) transparansi pasien. b) Standar pelaksanaan c) Kompetensi tenaga d) Jenis tindakan yang diberikan e) Alur pelayanan</p>	<p>a) Dokter Perawat c) Manajemen</p>	Rakyat Pemerintah
8	Drg Shantii (Praktisi Rumah Sakit)	Pertanggung jawaban kepada stakeholder	<p>a) Pengelolaan sumber daya b) Keuangan c) Pengelolaan sarana dan prasarana</p>		

		e) Standar Pelayanan Minimal Hak pasien	
9	Prof Irawan (Dosen Fakultas Kedokteran)	Mekanisme pertanggungjawaban tanggung jawab yang diberikan kepada masyarakat dan stakeholder maupun shareholder Transparansi	<ul style="list-style-type: none"> a) Pengelolaan keuangan b) Transparansi Pelayanan c) Patient safety d) Apa yang harus masyarakat terima
10	Dr. Supriyantoro (Regulator)	akuntabilitas itu adalah pertanggungjawaban dan transparansi pada pihak yang berkepentingan.	keuangan
11	Prof KADIR (Asosiasi)	Sebenarnya kalau akuntabilitas itu adalah pertanggungjawaban dan	<ul style="list-style-type: none"> a) bidang keuangan b) bidang
		Konsumen dan pihak berkepentingan	Semua stakeholder
			Terdapat parameter untuk ukuran akuntabilitas

12	DR. Syahrir (Praktisi Rumah Sakit)	Akuntabilitas adalah proses check and balances Bentuk pertanggungjawaban antara pembuat kebijakan dan apa yang dilaksanakan dan diputuskan kepada public dan stakeholders	a) SDM, Sarana, Prasaran b) Sarana, Prasaran c) Alat d) Renstra e) Proses f) Proses	Semua SDM di RS a) Tenaga medis b) Manajemen Keperawatan c) Apoteker d) Fisioterapi	a) Pemerintah b) Seluruh stakeholder
13	Irwani (Pengguna Pelayanan RS/Pasien)	Akuntabilitas artinya dapat menjamin atau ada kredibilitasnya dari berbagai macam aspek dan unsur penilaian pelayanannya dan penilaian sisi kemanusiannya	a) pelayanan yang maksimal b) informasi yang maksimal	Pelaku pemberi pelayanan yang Nampak langsung Semua stakeholders manajemen	pasien Dinilai dari segi pelayanan yang diperoleh pasien, penilaian tim penilai tertentu dan penilaian masyarakat
14	Ny.R (Pengguna Pelayanan RS/Pasien)	Akuntabilitas adalah kesesuaian pelayanan dengan program pelayanan yang direncanakan	a) pelayanan pasien jaminan	Unit pelayanan, pasien juga harus aktif bertanya jika tidak mengetahui sesuatu terkait	Pelayan rumah sakit, semua yang ada di rumah sakit Penilaian secara subjektif dilihat dari pelayanannya, tindakan pelayan, fasilitas RS, pengetahuan dokter dan perawat

										Rumah sakit yang akuntable biasanya banyak kunjungannya pasiennya
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Sekretariat : Lantai 3 Gedung Laboratorium Terpadu
KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM 10, Makassar Telp (0411) 5780103, Fax (0411) 581431
Contact person dr. Agussalim Bukhari, PhD, SpGK (HP 081241850858), email: agussalimbukhari@yahoo.com

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
Nomor : 0833 /H4.8.4.5.31/PP36-KOMETIK/2013

Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, setelah pembahasan dan penilaian, pada rapat tertanggal 9 Januari 2013, telah disetujui, protokol penelitian berjudul:

Analisis Konseptual Akuntabilitas RS di Indonesia Pada Era Reformasi Pelayanan Kesehatan

Peneliti Utama: dr. Andi Indahwaty Sidin., S.Ked, MHSM

Daftar

U	H	1	2	1	0	0	3	7	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Diterima pada tanggal: 21 Desember 2012

Diterima tanggal: 14 Mei 2013

Disetujui untuk dilaksanakan di Jakarta, Surabaya, Palu, Kalimantan dan Makassar.
Keputusan Etik ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian.

Untuk penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPK Fakultas Kedokteran Unhas. Jika ada perubahan protokol dan /atau perpanjangan waktu, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen).

Makassar, 21 Mei 2013

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fak. Kedokteran Unhas

Sekretaris

dr. Agussalim B., MMed, Ph.D, SpGK
NIP 19700821 1999 03 1 001

Ketua
dr. Suryani As'ad, M.Sc, Sp.GK
NIP 19504 1986 01 2 002



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
 Pelaksana Teknis – Pelayanan Perizinan Terpadu
 Jln. Bougenville No. 5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
MAKASSAR 90222

Makassar, 24 Desember 2013

Kepada

P2T-BKPM/19.36/12/VII/2013

Yth. Terlampir

Penelitian

Masing-masing di Tempat

Berdasarkan surat Direktur PPs UNHAS Makassar Nomor : 5293/UN4.19.1/PL.02/2013 tanggal 21 Desember 2013 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : Andi Indahwaty Sidin
 Nomor Pokok : P0200310016
 Program Studi : Ilmu Kedokteran
 Pekerjaan : Mahasiswa (S3)
 Alamat : Jl. P. Kerner, Kecamatan Km 10, Makassar

Dimaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan disertasi.
 dengan judul :

"MODEL KONSEPTUAL AKUNTABILITAS RS DI INDONESIA PADA ERA REFORMASI KESEHATAN"

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 24 Desember 2013 s/d 28 Februari 2014

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi dan dipergunakan seperlunya.

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
 KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH

PROVINSI SULAWESI SELATAN
 Pelaksana Teknis – Pelayanan Perizinan Terpadu



Jr. MUHAMMAD ARIFIN DAUD, M.Si
 Pangkat : Pembina Utama Madya
 NIP. 19540404 198503 1 001

Salah satu Salinan di Makassar.





PEMERINTAH KABUPATEN MAROS
 BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jl. Terminal Baru Maros No.15 Tlp.(0411)373472 Kode Pos 90511

Maros 10 Desember 2013

K e p a d a

Yth. Direktur RSUD Salewangang
 Kab.Maros
 di-

Maros

Kesbangpol

Penelitian

Meneruskan Surat dari Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah
 Sulawesi Selatan Makassar Nomor : 3100/P2T-BKPMMD/19.36P/10/VII/2013 Tanggal
 Agustus 2013 Perihal **Izin Penelitian/Pengambilan Data**, menerangkan bahwa:

Nama : **Andi Indahwaty Sadin**
 Tempat, tanggal lahir : **Ujung Pandang, 04 Januari 1973**
 Alamat : **Jl. Pongtiku Lr.1 No.3 Makassar/085696006067**
 Jenis Kelamin : **Perempuan**
 Jenjang : **Mahasiswa (S3)**
 Nomor Pokok : **PO200310016**
 Program Studi : **Ilmu Kedokteran**

dimaksud mengadakan Pengambilan Data/Penelitian di Instansi Saudara dalam
 rangka penyusunan *Disertasi* dengan Judul :

**MODEL KONSEPTUAL AKUNTABILITAS RS DI INDONESIA PADA ERA
 REFORMASI KESEHATAN "**

yang dilaksanakan pada : **10 Desember 2013 s/d 10 Januari 2014**

Sehubungan dengan prinsipnya kami dapat menyetujui kegiatan tersebut di atas dengan ketentuan
 sebagai berikut:

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan tersebut melaporkan diri kepada Bupati Maros Cq. Kepala Badan Kesbangpol Kab. Maros.
2. Penelitian/Pengambilan Data dimaksud tidak menyimpang dari ketentuan yang berlaku dan semata-mata untuk kepentingan ilmiah.
3. Menjalankan semua Ketentuan yang berlaku dan mengindahkan Adat istiadat setempat.
4. Menyerahkan 1 (satu) rangkap Draft Proposal Penelitian/Pengambilan Data dimaksud kepada Bupati Maros Cq. Kepala Badan Kesbangpol Kabupaten Maros
5. Segala biaya yang berhubungan dengan kegiatan tersebut ditanggung oleh yang bersangkutan.

Demikian Izin Pengambilan Data ini untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.


 Kabid Penanganan Konflik
 Masyarakat Terhadap ATHG
SUHARNI ISMIT, S.Sos
 Pangkat : Penata
 Nip : 19620424 199401 2 001

Sebagai laporan) di Maros
 Kepala Kab. Maros di Maros
 Wakil Kepala Kab. Maros di Maros
 Kepala Dinas Makassar di Makassar

**PEMERINTAH KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG
KANTOR PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl. Harapan Baru Blok A No. 6 Kompleks SKPD Kabupaten Sidenreng Rappang

IZIN PENELITIAN

Nomor : 90/IP/KPTSP/2/2014

1. Peraturan Bupati Sidenreng Rappang No. 24 Tahun 2012 Tentang Pendelegasian Kewenangan Perizinan Kepada Kantor PTSP Kabupaten Sidenreng Rappang

2. Surat Permohonan **ANDI INDAHWATY SIDIN** Tanggal **05-02-2014**

3. Rekomendasi dari **UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR**

Nomor **6591/P2T-BKPM/19.36/12/VII/2013** Tanggal **26-12-2013**

MENGIZINKAN

ANDI INDAHWATY SIDIN

BTP BLOK M NO.590, KEC. TAMANLANREA, KOTA MAKASSAR

melaksanakan Penelitian dalam Kabupaten Sidenreng Rappang dengan keterangan sebagai berikut :

JUDUL PENELITIAN : " MODEL KONSEPTUAL AKUNTABILITAS RS DI INDONESIA PADA ERA REFORMASI KESEHATAN "

LOKASI PENELITIAN : RSUD NENE MALLOMO KABUPATEN SIDRAP

JENIS PENELITIAN : KUANTITATIF

WAKTU PENELITIAN : 24 Desember 2013 s.d 28 Februari 2014

Penelitian berlaku selama penelitian berlangsung

Ditetapkan di : Batu Lappa
Pada Tanggal : 05-02-2014



KEPALA KANTOR.

[Handwritten signature]

KARULI, MT

angkat : Pembina

NIP : 19640727 199603 1 002

Rp. 0,00

UNIVERSITAS MAKASSAR
RSUD NENE MALLOMO KABUPATEN SIDRAP

PANGKAJENE DAN KEPULAUAN
KANTOR KESBANG DAN LINMAS

Jl. Sultan Hasanuddin ☎ (0410) 21200 Ext 146 Pangkajene

Pangkajene, 30 Desember 2013

Yth. Kepada,
Direktur RSUD
Kab. Pangkep

Di-
TEMPAT

berdasarkan Surat Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Makassar Nomor:
180/PM/19.36/12/VII/2013, tanggal 28 Agustus 2013, Perihal Izin / Rekomendasi
yang disampaikan bahwa tersebut di bawah ini :

Nama : **ANDI INDAH WATY SIDIN**
Nomor Pokok : P0200310016
Bidang Studi : Ilmu Kedokteran
Pendidikan : Mahasiswa (S3)
Alamat : Jln. P. Kemerdekaan Km. 10, Makassar

dimaksud akan melakukan Penelitian di daerah/Instansi Bapak dalam rangka penyusunan
dengan judul :

**"E-KONSEPTUAL AKUNTABILITAS RS DI INDONESIA PADA ERA REFORMASI
BIKOP"**

Waktu : 01 s/d 30 Januari 2014
Pangkat : Tidak ada

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, pada prinsipnya Pemerintah Kabupaten
Kepulauan menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan:
1. dan sesudah melaksanakan kegiatan, kepada yang bersangkutan harus melapor
ke Pemerintah setempat.
2. kegiatan tidak menyimpang dari izin yang diberikan. adat-
3. semua Peraturan Perundang-undangan yang berlaku dan mengindahkan
ke setempat.
4. menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil "PENELITIAN" kepada Bupati Pangkep
di Kantor Kesbang dan Linmas.
5. ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat
ini tidak mentaati ketentuan di atas.

Demikian disampaikan untuk diketahui dan menjadi bahan selanjutnya,-

an. BUPATI
KEPULAUAN SANGGAI
DAN KEPULAUAN
LINMAS.
KANTOR KESBANG
DAN LINMAS
Drs. H. **MOHAMMAD DJALIL**
Pembina K.K.P.
19640828 199003 1 007

1/13
meliputi laporan);
di Pangkajene;
di Pangkep di Pangkajene;
di Pangkep di Pangkajene;
di Makassar di Makassar;
di Makassar;

PEMERINTAH KOTA PAREPARE
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Panggawa No. 5 Parepare, Telp. (0421) 24920 Fax. (0421) 24920 Parepare
No. 91111, Email : kesbang@pareparekota.go.id Website :

Parepare, 08 Januari 2014
Kepada
Yth. Direktur RSUD Andi Makkasau Kota Parepare

BKBP

Di-

Parepare

Menor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah,
Menor 8 Tahun 1985 Tentang Organisasi Kemasyarakatan,
Peraturan Daerah Kota Parepare Nomor 4 Tahun 2010 Tentang Organisasi dan Tata
Laksana Lembaga Teknis Daerah,
Peraturan Walikota Parepare Nomor 21 Tahun 2011 Tentang Tugas Pokok, Fungsi dan
Struktur Tugas Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Parepare,
Surat Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah (BKPM) Prov. Sul Sel
No : 6591/P2T-BKPM/19.36/12/VII/2013 Tanggal 24 Desember 2013, Perihal
Permohonan Izin/Rekomendasi Penelitian.

Untuk memperhatikan hal tersebut diatas, maka pada prinsipnya Pemerintah Kota
Parepare (Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Parepare) dapat
memberikan izin Penelitian kepada :

Nama : ANDI INDAH WATY SIDIN
Tempat/Tgl Lahir : Makassar, 04 Januari 1973
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Mahasiswi PPs UNHAS Makassar
Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan KM. 10 Makassar

untuk melakukan Penelitian / Wawancara di Kota Parepare dengan judul :

**" MODEL KONSEPTUAL AKUNTABILITAS RS DI INDONESIA
PADA ERA REFORMASI KESEHATAN "**

Tgl Pelaksanaan : Tmt. 24 Desember 2013 s/d 28 Februari 2014

Wakil/Peserta : Tidak ada

Berhubungan dengan hal tersebut diatas pada prinsipnya kami dapat menyetujui kegiatan
penelitian tersebut dengan ketentuan :

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan harus melaporkan diri kepada
Pimpinan/Jawatan Badan yang bersangkutan.

2. Pengambilan Data/ Penelitian tidak menyimpang dari masalah telah diizinkan, semata-
mata untuk kepentingan ilmiah.

3. Mentaati semua Per Undang-undangan yang berlaku dan mengindahkan Adat Istiadat
di tempat.

4. Menyampaikan 1 (satu) berkas Foto Copy hasil "Penelitian" kepada Pemerintah Kota
Parepare (Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Parepare)

5. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang
surat izin tidak mentaati ketentuan-ketentuan tersebut diatas.

6. Hal ini disampaikan kepada Saudara untuk dimaklumi dan seperlunya.

Abd. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA
DAN POLITIK KOTA PAREPARE
SEKRETARIS


Drs. H. MUHAMMAD ANAS
Pangkat : Pembina Tk. I
Nip : 19611231 199103 1 047

Kota Parepare
Prov. Sul Sel Cq. Kepala BKB Sul Sel di Makassar
Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Parepare
(BKPM) Prov. Sul Sel di Makassar

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RS Dr. TAJUDDIN CHALID MAKASSAR

Jalan Pattecerakkang No. 67 / Pajjanyang Daya Makassar 90241
Telepon : (0411) 512902, Faksimile : (0411) 511011
Surel Elektronik : rs.tajuddinchalid_makassar@yahoo.co.id

Makassar, 20 Januari 2014

: LB.02.01/II.3.4/ 0348 /2014
:-
: Izin / Rekomendasi Penelitian

Yth.

Program Pascasarjana
Hasanuddin Makassar

Tempat

terhadap surat Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah (BKPD) UPT Pelayanan
Terpadu Nomor: 6591/P2T-BKPMD/19.36P.12/VII/2013 Tanggal 24 Desember 2013
tentang Rekomendasi Penelitian mahasiswa/peneliti di bawah ini :

Nama : Andi Indahwati Sidin
No Pokok : P0200310016
Jurusan Studi : Ilmu Kedokteran (S3)
Judul Penelitian : Model Konseptual Akuntabilitas RS Di Indonesia Pada Era Reformasi
Kesehatan

Prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, kepada yang bersangkutan melapor kepada Direktur Utama RS. Dr. Tajuddin Chalid Makassar Cq. Diklat.
2. Penelitian tidak menyimpang dari izin yang diberikan.
3. Mentaati semua peraturan dan tata tertib yang berlaku di RS. Dr. Tajuddin Chalid Makassar.
4. Menyerahkan satu eksampul copy proposal dan hasil penelitian kepada Direktur Utama RS. Dr. Tajuddin Chalid Makassar Cq. Diklat.
5. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Surat izin ini kami berikan, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.


Direktur Utama, *[Signature]*
dr. H. Kamal Ali Parengrengi, M.Kes.
NIP. 19610812 199003 1 002



PEMERINTAH KABUPATEN BULUKUMBA

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
H. ANDI SULTHAN DAENG RADJA

JALAN SERIKAYA NO. 17 Telp (0413) 81290, 81292 FAX. 83030



Bulukumba, 27 Januari 2014

: 09 / RSUD-BLK/05.01/2014

:-

: Izin Penelitian

Kepada Yth.

Kepala Ruangan _____

di -

Tempat

Berdasarkan surat dari Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah ,
Nomor : 6591/P2T-BKPM/19.36/12/VII/2013 Tertanggal 24 Desember 2013
Perihal Rekomendasi Penelitian, dengan ini disampaikan kepada saudara bahwa
yang tersebut dibawah ini :

N a m a : ANDI INDAH WATY SIDIN
N i m : P0200310016
Institusi : UNHAS MAKASSAR

Bermaksud akan mengadakan penelitian di lingkup saudara dengan judul
"MODEL KONSEPTUAL AKUNTABILITAS RS DI INDONESIA PADA ERA
REFORMASI KESEHATAN " yang akan berlangsung pada Tanggal 24 Desember
2013 s/d 28 Februari 2014.

Demikian disampaikan kepada saudara untuk dimaklumi.

An. Direktur

Kabid Pelayanan Keperawatan

H. BUSTAN, SKM. M.Kes

Nip : 19581014 198003 1 009

PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Jl. Soekarno - Hatta, Sangatta Telp/Fax. (0549) 5523215, 5523216
SANGATTA

SURAT KETERANGAN SELESAI MENELITI
No.445/870/1360/XII/2013

Ilmu Kedokteran Pasca Sarjana (S3) Unhas

ditandatangani di bawah ini :

Penyidik : dr. H. Bahrani
NIP : 19650715200112 1 003
Jabatan : Direktur RSUD Sangatta

Menyatakan bahwa :

Nama : Andi Indahwaty Sidin
Nomor Pokok : P0200310016
Program Studi : Ilmu Kedokteran
Pendidikan : Mahasiswa (S3)
Alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Penelitian dilakukan dalam rangka penyusunan Disertasi berdasarkan surat Direktur RSUD Makassar Nomor : 5293/UN4.19/PL.07/2013 tanggal 21 Agustus 2013. Dengan Judul, "Konseptual Akuntabilitas RS Di Indonesia pada Era Reformasi kesehatan".

Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Tanggal 20 Desember 2013
Direktur RSUD Sangatta



PEMERINTAH KABUPATEN LUWU
RSUD BATARA GURU
Jl. TOMAKAKA – LEBANI TELP. (0471) 3314300-3314400
BELOPA

SURAT KETERANGAN

Nomor : 001 / RSUD-BG / I / 2014

Surat keterangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Batara Guru Belopa

menyatakan bahwa :

Nama : ANDI INDAH WATY SIDIN
No. : P0200310016
Program Studi : Ilmu Kedokteran
Pekerjaan : Mahasiswa (S3)
Alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km.10 Makassar

Surat keterangan ini dikeluarkan untuk menyatakan bahwa penelitia melakukan penelitian dan pengambilan data di Rumah Sakit Umum Daerah Batara Guru Belopa dalam rangka penyelesaian Tugas Akhir (Disertasi) terhitung mulai tanggal 22 Januari 2013 s/d 22 Januari 2014 dengan judul :

"KONSEPTUAL AKUNTABILITAS RS DI INDONESIA PADA ERA REFORMASI KESEHATAN"

Surat keterangan ini di berikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan : Di Belopa
Pada tanggal : 22 Januari 2013

RSUD Batara Guru Belopa
Dr. Suharkini Sumar, M.Kes
Pangkat Pembina Tk. I/IV/b
NIP. 19670724 200112 1 001

PEMERINTAH KOTA PAREPARE
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ANDI MAKKASAU

Jalan Nurussamawati No. 9 Telp. (0421) 21823 Fax. (0421) 27643

Kode Pos : 91122. Email : andimakkasau@pareparekota.go.id

Website : www.pareparekota.go.id

SURAT KETERANGAN PENELITIAN
NOMOR : 070 / 07 / RSUD

Peranda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Andi Makkasau menerangkan bahwa :

Nama : dr. HJ. INDAH WATY SIDIN

NIM : P 0200310016

Jenis Kelamin : Perempuan

Benar telah melakukan penelitian dengan Judul "MONEY. KONSEPTUAL...
KUALITAS RUMAH SAKIT DI INDONESIA PADA ERA REFORMASI
KESEHATAN" Pada Rumah Sakit Umum Daerah Andi Makkasau Kota Parepare.
Surat keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan

Parepare, 20 Januari 2014

Art. Direktur
Ka. Bid. Perencanaan dan Litbang
RSUD A. Makkasau Parepare
M. RUSWAN GUS. SKM. M. Kes
NIP. 19640928 199003 1 009

Stella Maris

SURAT KETERANGAN

Nomor : 143B.DIR.SM.DIKL.KET.EX.I.2014

Pertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

Nama : Andi Indahwaty Sidin
Tempat/Tanggal Lahir : Makassar, 4 Januari 1973
NIM : P0200310016
Alamat : BTP Blok M No. 590

melaksanakan Penelitian di RS. Stella Maris dalam rangka penulisan Disertasi yang dimulai tanggal 1 Desember 2013 sampai dengan 20 Januari 2014 dengan judul :

"Analisis Konseptual Akuntabilitas RS Di Indonesia Pada Era Reformasi Pelayanan Kesehatan"

Surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 21 Januari 2014

Hormat kami,
Direktur



RS. Stella Maris
dr. Thomas Soharjo, MMR

Assip

SURAT KETERANGAN

Nomor : 143B.DIR.SM.DIKI.KET.EX.1.2014

Dengan dibawah menerangkan bahwa :

Nama : Andi Indahwaty Sidin
Tanggal Lahir : Makassar, 4 Januari 1973
No. Identitas : P0200310016
Alamat : BTP Blok M No. 590

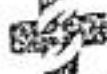
Menyatakan Penelitian di RS. Stella Maris dalam rangka penulisan Disertasi yang dimulai
pada Desember 2013 sampai dengan 20 Januari 2014 dengan judul :

"Konseptual Akuntabilitas RS Di Indonesia Pada Era Reformasi Pelayanan Kesehatan"

Surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 21 Januari 2014

Hormat kami,
Direktur



RS. Stella Maris
dr. Thomas Soharjo, MMR

PEMERINTAH KABUPATEN BANTAENG
RSUD PROF.Dr.H.M.ANWAR MAKKATUTU
Jl. Teratai No.20 Telp (0413) 21004 Fax (0413) 21786
Email: rsud.bantaeng@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 140 /RSU-BTG/03/1/2014

Yang dibawah ini, menerangkan bahwa :

Nama : Andi Indahwaty Sidin
NIM : P0200310016
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Kelas : Mahasiswa (S3)
Alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km 10, Makassar

melakukan Penelitian di RSUD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu Bantaeng selama 1 (satu) bulan sejak 24 Januari 2014.

Judul Penelitian : " Model Konseptual Akuntabilitas Rumah Sakit Di Indonesia Pada Era Reformasi Kesehatan"

Surat Keterangan ini berlaku sebagai bukti bahwa yang bersangkutan telah melaksanakan penelitian tersebut.

Surat Keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagai bukti.

Bantaeng, 25 Januari 2014


dr. H. M. SYAFRUDDIN NURDIN, M. Kes
Pangkat : Pembina Tk.I
Nip : 19620201 199703 1 002

Surat Keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan Saudari Andi Indahwaty Sidin

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RS Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR

Jalan Paccarakkang No. 67 / Pajjanyang Daya Makassar 90241
Telepon : (0411) 512902, Faksimile : (0411) 511011
Surat Elektronik : rs.tadjuddinchalid_makassar@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : LB.02.01/0 409/2014

Surat Direktur Utama RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Nomor :
10748/2014 tanggal 20 Januari 2014 perihal izin penelitian, maka yang bertanda
ini menerangkan bahwa

Nama : Andi Indahwaty Sidin
No. : P0200310016
Jenis : Ilmu Kedokteran (S3)
Judul : Model Konseptual Akuntabilitas RS Di Indonesia Pada Era Reformasi
Kesehatan

yang melaksanakan penelitian tanggal 20 s.d 30 Januari 2014 di RS Dr. Tadjuddin
Makassar

Surat keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan
sebagai

Makassar, 30 Januari 2014

A.n. Direktur Utama,
Kasubag Pendidikan dan Penelitian

H. Adenna, SKM, M.Kes.
NIP. 19591231 198403 2 001



SURAT KETERANGAN
Nomor : Sket/ 69 /III/2014

yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Zulfitri, S.Si, M. Kes
Pangkat/Korps/NRP/NIP : Mayor Laut (K) NRP 14105/P
Jabatan : Ka Diklat Rumkital Jala Ammari Makassar

Menyerangkan :

Nama : Andi Indahwati, Sidin
Nim : P020031001517
Program Studi : Ilmu Kedokteran
Institusi : UNHAS Makassar
Alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km. 10 Makassar.

Bahwa benar yang bersangkutan telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Jala Ammari Lantamal VI pada tanggal 03 Februari 2014 sampai dengan 20 Februari 2014 dalam rangka penyusunan Tesis dengan judul **Modal Konseptual Akuntabilitas RS di Indonesia pada Era Reformasi Pelayanan Kesehatan.**

Sehubungan dengan itu, dengan ini surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 20 Februari 2014
A.n. Karumkital Jala Ammari
Ka Diklat





PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN

RUUMAH SAKIT UMUM DAERAH LABUANG BAJI

Jl. RATULANGI NO. 81 Telp. 873482 - 872120 - 872836 - 874684 Fax : 0411-830454
E-mail: rumahsakittlabuangbaji@yahoo.co.id

MAKASSAR

SURAT KETERANGAN

Nomor : /RSUDLB/DIKLAT/IV/2014

tanda tangan dibawah ini :

: Magdalena Rieuwpassa, SKM,S.Kep,Ns.M.Kes

: Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian

ini menerangkan bahwa :

: Andi Indahyanti Sidin

Pokok

: P 0200310016

Studi

: Ilmu Kedokteran

n

: Mahasiswa (S3)

: Jl. Perintis kemerdekaan Km 10 Makassar

yang tersebut namanya diatas telah melakukan penelitian dari tanggal 21 Desember 2013 s/d 28

2014 dengan judul " **MODEL KONSEPTUAL AKUNTABILITAS RS DI INDONESIA PADA**
FORMASI KESEHATAN " di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar

Surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Makassar, April 2014



Kabag Diklat RSUD Labuang Baji dan Diklat RSUD Labuang Baji

Magdalena Rieuwpassa, SKM, S.Kep, Ns.M.Kes

19820251983022003

LAMPIRAN 9.

CURRICULUM VITAE

A. DATA PRIBADI

1. Nama : Andi Indahwaty AS
2. Tempat, Tgl Lahir : Ujung Pandang, 4 Januari 1973
3. Status Sipil :
 - a. Nama Suami : Usman, SKM
 - b. Nama Anak :
 1. A.Myisha Nurzhaafirah Usman
 2. A.Affan Zain Usman

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

a. Pendidikan Formal :

- Tammat SD Tahun 1984 di SDN Teladan Pongtiku, Makassar
- Tammat SMP Tahun 1987 di SMPN 10, Makassar
- Tammat SMA Tahun 1990 di SMAN 1, Makassar
- Sarjana (S1) Tahun 1998 di Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin
- Magister (S2) Tahun 2007 di Health Services Management Program , Curtin University, Western Australia

C. PEKERJAAN DAN RIWAYAT PEKERJAAN:

- Pekerjaan : Dosen Bag. Manajemen Rumah Sakit, FKM Unhas
- NIP : 1973 01042000 122001
- Pangkat/Jabatan: IId/Lektor

D. KARYA ILMIAH/ARTIKEL JURNAL YANG DIPUBLIKASIKAN

A Critical Review of the Rule of Clinical Governance in Health Care and Its Potential Implication In Indonesia , pada The Journal International Business and Management