

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) mendefinisikan rumah sakit sebagai bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit sebagai salah satu sektor pelayanan publik bertanggung jawab dalam hal jasa pelayanan kesehatan. Kegiatan usaha rumah sakit mencakup secara sosial dan ekonomi yang mengedepankan pelayanan kesehatan terbaik untuk masyarakat. Rumah sakit memberikan pertanggungjawaban baik sifatnya finansial maupun non finansial kepada pihak pemerintah dan masyarakat sebagai pengguna jasa. Masyarakat sebagai pelanggan dari pelayanan publik memiliki kebutuhan dan harapan pada kinerja pelayanan publik yang memiliki kapabilitas dan profesional. Dalam menjalankan fungsinya, rumah sakit sebagai pengembangan pendidikan dan penelitian, spesialis dan subspecialis, dan memperoleh profit, berimplikasi pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan dalam setiap aspek pelayanan, baik sifatnya fisik maupun non fisik agar efektivitas pelayanan kesehatan dapat diwujudkan (Hasibuddin, A.Z., dkk., 2023).

Pelayanan kesehatan yang berkualitas dapat diinterpretasikan melalui pengelolaan sarana pelayanan kesehatan yang profesional dan dikelola oleh lembaga yang kredibel. Pengelolaan lembaga pelayanan kesehatan yang baik tidak hanya mengedepankan orientasi bisnis namun juga memperhatikan konsep pengelolaan lembaga pelayanan kesehatan, maka sarana pelayanan kesehatan selalu memiliki komitmen yang tinggi seperti kualitas sumber daya manusia pemberi pelayanan, sarana dan prasarana dengan menggunakan teknologi yang baik untuk dapat meningkatkan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat. Penyelenggaraan fungsi rumah sakit yang begitu kompleks dapat diselenggarakan melalui pemenuhan sumber daya manusia dan sumber daya kesehatan lainnya yang mumpuni. Selain itu, rumah sakit perlu menjaga mutu pelayanan sehingga setiap bentuk operasional rumah sakit harus berbasis pada standar pelayanan mutu yang selalu dievaluasi (Suroso, J., 2018).

Dalam kondisi sekarang ini pihak Rumah sakit sudah harus mengetahui bagaimana kualitas pelayanan mereka dapat diterima oleh konsumennya, baik pasien rawat inap maupun pasien rawat jalan. Kualitas pelayanan sangat berhubungan erat dengan pelanggan. Semakin baik kualitas pelayanan yang diberikan akan mendorong pelanggan untuk menjalin hubungan kerja sama dalam jangka waktu yang panjang.

Munculnya rumah sakit-rumah sakit swasta bahkan rumah sakit milik pemerintah serta klinik-klinik kesehatan semakin memperketat persaingan dalam menyediakan pelayanan jasa kesehatan. Salah satu strategi yang umum dilakukan oleh rumah sakit adalah dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas (Hsi-Chi, *et al.*, 2013).

Rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanannya dituntut untuk mencapai tujuan normatif pembangunan kesehatan dengan mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, ditandai dengan pelayanan yang *effective*, *safe*, *people centered*, *timely*, *integrated*, *equitable*, *efficient*, dan *accessibility*. Pada prinsip *effective* yaitu memberikan pelayanan kesehatan berbasis bukti kepada yang membutuhkan, *safe* yaitu mencegah terjadinya bahaya dalam pemberian pelayanan kesehatan yang membutuhkan, *people centered* yaitu memberikan pelayanan kesehatan dengan memerhatikan preferensi, kebutuhan dan nilai individu, *timely* yaitu mengurangi waktu tunggu dan penundaan pelayanan, *integrated* yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang menyediakan berbagai layanan sepanjang kehidupan, *equitable* yaitu tidak membedakan pemberian pelayanan kesehatan berdasarkan jenis kelamin, etnis, lokasi, geografis, status sosial dan ekonomi, *efficient* yaitu memaksimalkan sumber daya yang tersedia dan mengurangi pemborosan, serta *accessibility* yaitu kemudahan dijangkau dari aspek geografis, biaya, dan sosial.

Rumah sakit pemerintah memegang peran vital dalam sistem pelayanan kesehatan nasional sebagai penyedia layanan kesehatan dasar dan rujukan bagi masyarakat luas. Dalam konteks desentralisasi pelayanan kesehatan, rumah sakit milik pemerintah dituntut untuk tidak hanya menjalankan fungsi sosial, tetapi juga mampu mengelola organisasi secara efisien, efektif, dan akuntabel. Perubahan lingkungan strategis seperti perkembangan teknologi medis, peningkatan ekspektasi pasien, keterbatasan anggaran, dan kompetisi antar fasilitas kesehatan mendorong perlunya strategi manajemen yang terencana dan implementatif.

Secara teoritis, strategi didefinisikan sebagai pola keputusan dan tindakan jangka panjang yang dirancang untuk mencapai tujuan organisasi secara optimal (Mintzberg, Ahlstrand & Lampel, 2005). Strategi adalah arah dan ruang lingkup jangka panjang suatu organisasi yang dirancang untuk mencapai keunggulan kompetitif dengan mengoptimalkan sumber daya dalam lingkungan yang dinamis dan kompetitif (Johnson, Scholes & Whittington, 2008). Dalam konteks rumah sakit, strategi diperlukan untuk memastikan bahwa visi, misi, dan tujuan dapat diterjemahkan ke dalam kebijakan operasional dan pengukuran kinerja yang terukur.

Salah satu pendekatan strategis yang telah banyak diadopsi oleh organisasi sektor publik adalah Balanced Scorecard (Kaplan & Norton, 1996), yang mencakup empat perspektif utama: keuangan, pelanggan (pasien), proses internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan. Pendekatan ini terbukti efektif dalam mendorong rumah sakit untuk tidak hanya fokus pada output, tetapi juga outcome dan dampak layanan terhadap masyarakat.

Selain itu, strategi pada rumah sakit pemerintah juga harus selaras dengan sistem akuntabilitas kinerja instansi pemerintah (SAKIP), yang mengatur perencanaan, pelaksanaan, pelaporan, dan evaluasi kinerja berbasis hasil. Hal ini terwujud dalam dokumen seperti Rencana Strategis (Renstra), Perjanjian Kinerja (PK), dan LAKIP.

Implementasi strategi merupakan tahap krusial yang menentukan keberhasilan pencapaian tujuan rumah sakit. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi antara lain: komitmen pimpinan, keterlibatan staf, kapasitas sumber daya manusia, sistem informasi manajemen, serta budaya organisasi yang mendukung inovasi dan perubahan (Pearce & Robinson, 2011).

Hambatan dalam implementasi strategi di rumah sakit pemerintah seringkali berupa keterbatasan anggaran, birokrasi yang kompleks, resistensi terhadap perubahan, serta kurangnya monitoring dan evaluasi yang sistematis (Mulyadi, 2007). Oleh karena itu, penerapan strategi harus dilengkapi dengan mekanisme pengendalian dan umpan balik yang efektif agar dapat dilakukan penyesuaian secara cepat.

Kinerja organisasi merupakan output yang dihasilkan dalam periode tertentu dengan mengacu pada standar yang telah ditetapkan. Kinerja organisasi merupakan hasil yang dapat diukur dan mampu menggambarkan kondisi suatu organisasi dari berbagai ukuran yang telah disepakati. Kinerja organisasi dapat diukur khususnya pada organisasi pelayanan publik, yaitu rumah sakit. Sebagai suatu organisasi pelayanan, rumah sakit diwajibkan untuk meningkatkan kinerjanya untuk mewujudkan suatu pelayanan kesehatan yang berkualitas. Evaluasi terhadap kinerja rumah sakit menjadi hal yang penting. Dengan adanya evaluasi, maka organisasi akan mampu mengukur sejauh mana perkembangannya ketika dibandingkan dengan tujuan dan sasaran yang telah direncanakan. Hal ini bukan hanya dilakukan untuk melihat pencapaian, namun juga untuk merumuskan cara untuk menjadi organisasi yang lebih baik (Kairu, *et al.* 2013).

Dalam mengukur suatu kinerja rumah sakit secara umum hampir setiap rumah sakit pemerintah menggunakan dua indikator penilaian, terdiri dari Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) dan Standar Pelayanan Minimum (SPM). Namun penilaian kinerja SPM dan LAKIP terdapat kelemahan atau kekurangan, hal ini diperjelas oleh

Mettler, T (2011) bahwa terdapat beberapa hal yang menjadi kelemahan pelaksanaan kinerja yaitu berupa pelaksanaan manajemen kinerja yang masih berorientasi pada *output* dibanding *outcome*, kualitas perencanaan kinerja yang belum menggambarkan alur logika program dan kinerja yang logis, penetapan kinerja baik utama maupun sasaran yang belum berorientasi hasil (*outcome*), belum optimalnya evaluasi kinerja internal, serta belum dimanfaatkan sebagai penyusunan rencana dan pelaksanaan manajemen kinerja pada periode berikutnya.

Penilaian kinerja rumah sakit dapat dilakukan dengan teori Barber Johnson yang berfokus pada efisiensi penggunaan tempat tidur di rumah sakit. Empat Parameter Grafik Barber Johnson yaitu TOI (Turnover Interval), AvLOS (Average Length of Stay), BOR (Bed Occupancy Rate), BTO (Bed Turnover). Namun penilaian ini memiliki kelemahan yaitu tidak mempertimbangkan semua faktor resiko yang mempengaruhi efisiensi layanan, membutuhkan data yang akurat dan berkelanjutan, kurang menekankan pada aspek kualitatif dari pelayanan Kesehatan seperti kepuasan pasien serta tidak dapat memberikan penjelasan terkait penyebab masalah inefisiensi yang terjadi pada empat parameter yang diukur dan potensi kesalahpahaman interpretasi data yang disajikan sehingga mengarah pada keputusan yang tidak tepat.

Berdasarkan Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah telah menetapkan cara penilaian kinerja rumah sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLU/BLUD yang diatur dalam, pasal 18 ayat 2, yang berbunyi "Penilaian kinerja keuangan" dan pasal 18 ayat 3, yang berbunyi "Penilaian kinerja non keuangan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran dan pertumbuhan". Namun penilaian kinerja BSC menurut Anthony dan Govindarajan (2005), terdapat kelemahan atau kekurangan, yaitu korelasi yang buruk antara ukuran non keuangan dengan hasilnya dan terpaku pada hasil keuangan. Selain itu BSC tidak menilai aspek kepatuhan, kurang menekankan indikator klinis, mutu layanan dan keselamatan pasien (Voelker, 2001), sulit mengukur indikator non finansial seperti kepuasan pasien secara obyektif (Niven, 2006), tidak memperhatikan aspek lingkungan dan hanya mengukur hasil kinerja tetapi tidak mengukur proses dan kematangan sistem.

Penilaian penerapan tata kelola BLU berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU) Pasal 314 ayat 8 adalah menggunakan beberapa parameter dalam rangka pembinaan dan penilaian kinerja dan tatakelola yang baik melalui tingkat maturitas sesuai amanat dari

Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan PER-11/PB/2021 tentang Pedoman Penilaian Tata Kelola Dan Kinerja (Tingkat Maturitas) Badan Layanan Umum.

Maturity rating atau penilaian tingkat kematangan organisasi merupakan kerangka yang digunakan untuk mengevaluasi sejauh mana proses, sistem, atau kinerja dalam suatu organisasi telah berjalan secara sistematis, terukur, dan berkelanjutan. Konsep ini pertama kali diperkenalkan secara luas melalui Capability Maturity Model (CMM) yang dikembangkan oleh Paulk et al. (1993). CMM menggambarkan lima tingkat kematangan proses organisasi: *Initial*, *Repeatable*, *Defined*, *Managed*, dan *Optimizing*. Setiap tingkat menunjukkan seberapa jauh organisasi telah mengembangkan proses yang terdokumentasi, distandarisasi, dan mampu dievaluasi secara berkelanjutan. Pendekatan ini memungkinkan organisasi untuk mengetahui posisi mereka dalam suatu spektrum kematangan, serta merumuskan langkah-langkah strategis untuk mencapai tingkat kematangan yang lebih tinggi.

Dalam mengoptimalisasi peningkatan kualitas dan mutu layanan BLU dibutuhkan tools yang mampu menilai pencapaian kinerja dan penerapan tata kelola yang baik secara komprehensif dan universal bagi seluruh BLU. Tools yang digunakan saat ini untuk mengidentifikasi area for improvement yang biasa disebut *BLU Maturity Rating Assessment Tools* yang mengukur atas kemampuan organisasi dalam menjaga peningkatan berkelanjutan (*continuous improvement*) tidak hanya melihat outputnya, tetapi juga proses untuk menghasilkan output tersebut salah satunya melalui aspek kapabilitas internal, tatakelola dan kepemimpinan, inovasi dan lingkungan.

BLU Maturity Rating Assessment disusun sebagai perangkat bagi PPK BLU maupun BLUD untuk mengukur tingkat maturitas BLU pada seluruh aspek tata kelola organisasi secara komprehensif dan *end-to-end*, di mana tools ini bersifat dinamis, dapat disesuaikan dengan kondisi dan target pada tahun yang bersangkutan (Kementerian Keuangan RI, 2021).

Penilaian *maturity rating* mulai diadopsi oleh organisasi diberbagai sektor kegiatan sebagai pedoman dan acuan dalam sistem manajemen, dalam bidang pelayanan kesehatan, *maturity rating* juga diperlukan untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit yang begitu kompleks, sehingga dengan penilaian ini dapat memudahkan pengelolaan fungsi manajemen rumah sakit karena sifatnya yang menguntungkan termasuk dalam sistem manajemen dan organisasi rumah sakit tanpa terkecuali. Penilaian *maturity rating* dianggap penting untuk penyelarasan dan pengurangan risiko berdasarkan anggaran dan kualitas pemberian layanan kesehatan. Hal tersebut membuat penilaian ini memiliki keunggulan untuk memberikan pengukuran yang tetap dan jelas dengan melibatkan

stakeholder terkait melalui proses perkembangan atau pertumbuhan menuju *maturity rating* yang lebih tinggi melalui beberapa tingkat atau level yang berbeda (Lubis, M., Putri, I.I., Izzati, B.M., 2022; J.V. Carvalho, A. Rocha & J. Vasconcelos, 2015).

Penilaian kinerja dengan *maturity rating* memberikan dampak bagi Rumah Sakit yaitu peningkatan kualitas layanan, peningkatan efisiensi operasional serta peningkatan kepuasan pasien dan staf. Sistem ini memungkinkan rumah sakit mengidentifikasi area perbaikan, merencanakan pengembangan SDM dan menetapkan target kematangan yang lebih tinggi yang pada akhirnya meningkatkan kepercayaan public terhadap pelayanan rumah sakit.

Dalam implementasinya, penilaian *maturity rating* telah digunakan oleh beberapa rumah sakit di Indonesia. Penelitian didukung oleh Magdalena Puji Indratni yang meneliti terkait Penilaian *Maturity Rating* berdasarkan basis proses (*process based*) dan basis hasil (*result based*) yang berfokus pada aspek inovasi di Rumah Sakit Persahabatan Tahun 2021 – 2022, penelitian tersebut menjelaskan bahwa Analisis menunjukkan bahwa Maturity Rating Assessment aspek inovasi tahun 2022 terhadap Kinerja Level (3) Defined, memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kinerja maturitas BLU pada tahun 2022.

Implikasi temuan ini adalah bahwa peningkatan tata kelola dapat meningkatkan kinerja maturitas BLU secara keseluruhan. Studi ini memberikan kontribusi pada pemahaman tata kelola BLU dan memberikan pandangan bagi manajemen BLU untuk meningkatkan aspek-aspek tertentu guna mencapai tingkat kematangan yang lebih tinggi melalui rekomendasi kebijakan yang harus segera dilakukan serta mengembangkan strategi untuk meningkatkan tata kelola dan kinerja maturitas BLU di masa mendatang.

Penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Nur Rizal, Siti Mukaromah, & Doddy Ridwandono yang menggunakan analisis *maturity rating* pada instalasi SIM Rumah Sakit Umum Haji Surabaya tahun 2020, penelitian tersebut menjelaskan bahwa penggunaan penilaian *maturity rating* menunjukkan hasil yang efektif dan efisien pada proses PO2 (kualitas arsitektur data SIMRS dan integrasi antar unit) identifikasi arsitektur sistem informasi manajemen di Rumah Sakit Haji Surabaya. Penelitian yang dilakukan oleh Maya Mustikasari di RSHS tahun 2023 yang meneliti penilaian *maturity rating* pada aspek keuangan. Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa penilaian pada aspek *result based* menunjukkan penurunan pada dua tahun terakhir, maka perlu evaluasi pada penilaian yang harus dioptimalkan dan dikembangkan agar mengalami peningkatan pada tahun berikutnya.

Maturity Rating Assessment Tahun 2021 adalah assessment tingkat kedewasaan BLU pertamakali yang dilakukan setelah UIN Raden Fatah Palembang berstatus sebagai BLU pada tahun 2016. Hasil dari penilaian ini adalah UIN Raden Fatah Palembang berada pada Level Managed artinya organisasi memiliki kapabilitas untuk melakukan aktivitas yang bersifat reputable, meskipun belum terdokumentasi secara standar. Kinerja terukur namun menunjukkan tren yang tetap atau naik tidak signifikan, proses masih banyak mengikuti pola regular. Ada 9 Indikator yang perlu mendapat perhatian khusus adalah Likuiditas Keuangan, Tingkat Kemandirian Keuangan, Efisiensi Waktu Pelayanan, Sumber Daya Manusia, Etika Bisnis, Keterlibatan Pengguna Jasa, Proses Inovasi, Manajemen Perubahan, *Environmental Footprint Management* dan Penggunaan Sumber Daya. Dokumen-dokumen Indikator tersebut di atas sebagian besar tidak terdokumentasi dengan baik dalam bentuk laporan lengkap secara berkala.

Maturity rating juga sudah diterapkan dalam pengukuran kinerja rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan. Beberapa Rumah Sakit menerima tanda penghargaan sebagai Rumah Sakit Vertikal kategori Rumah Sakit Umum dengan Tingkat Maturitas BLU Terbaik Peringkat I RSUP Sardjito Yogyakarta, Terbaik Peringkat II RSUP Kariadi Semarang, dan Terbaik Peringkat III RSUP Dr. M. Djamil Padang. Penghargaan ini merupakan bukti nyata dari komitmen RSUP dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi.

Khusus Rumah Sakit yang terletak di wilayah Provinsi Sulawesi Barat belum ada yang menerapkan maturity rating dalam pengukuran kinerja baik Rumah Sakit milik Pemerintah maupun swasta. Hal ini membuat peneliti tertarik melakukan penelitian pada Rumah Sakit Umum Daerah Hajjah Andi Depu, satu-satunya Rumah Sakit di Provinsi Sulawesi Barat berstatus Rumah Sakit Tipe B yang memiliki kompleksitas layanan serta jumlah layanan terbanyak untuk dilakukan pengukuran kinerja rumah sakit tersebut dengan menggunakan analisis Maturity Rating.

Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUD Hajjah Andi Depu sudah tidak dilakukan evaluasi dan penilaian oleh Pemerintah Daerah karena Rumah Sakit merupakan Unit Organisasi Khusus sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah sehingga saat ini pengukuran kinerja dengan menggunakan LAKIP sudah tidak relevan untuk digunakan. Penilaian dilakukan dengan menggunakan LAKIP yang sebenarnya hanya menilai dua perspektif kinerja, yaitu terkait perspektif pelanggan dan perspektif bisnis internal,

Adapun pengukuran kinerja dengan menggunakan Standar Pelayanan Minimum (SPM) yang saat ini masih dilakukan oleh RSUD Hajjah Andi Depu dan dilaporkan ke Pemerintah Daerah berada pada kategori baik sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tetapi komponen indikator yang tercantum dalam Standar Pelayanan Minimum juga tidak mencakup semua standar penilaian kinerja untuk rumah sakit lebih khusus ke kinerja pelayanan dan tidak bersifat komprehensif sehingga sulit untuk melakukan pengembangan strategi peningkatan kinerja rumah sakit.

Dari 97 indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM), capaian SPM pada tahun 2024 yang memenuhi standar adalah 91 indikator atau 93,81 %. Pada tahun 2023 dari 97 indikator yang memenuhi standar masing-masing sebanyak 88 indikator dengan capaian 91 %. Adapun beberapa indikator masih ada yang belum memenuhi standar yang disebabkan karena masih adanya kesenjangan antara harapan dan standar yang telah ditetapkan dengan capaian yang ada. Kematian Pasien di IGD (<24Jam) masih melebihi standar, kepuasan pelanggan rawat inap juga masih kurang, Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Caesaria juga masih sangat tinggi, dan Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun juga belum memenuhi standar.

Indikator SPM yang belum memenuhi standar dilakukan perbaikan berupa peningkatan sarana prasarana untuk memberikan kenyamanan pada pasien dan keluarga dalam rangka peningkatan kepuasan pelanggan rawat inap, dilakukan inhouse training dan sharing knowledge oleh staf yang telah mendapatkan pelatihan dalam upaya penyebaran pengetahuan kepada seluruh staf rs sesuai keilmuannya. Rumah Sakit juga melakukan pengembangan beberapa layanan berdasarkan data kematian terbanyak di IGD berupa layanan bedah saraf dan intervensi jantung sebagai upaya penurunan angka kematian IGD < 24 jam serta melakukan penguatan dengan Dinas Kesehatan dalam hal sistem rujukan FKTP ke FKRTL sehingga rujukan menjadi efektif.

Adapun pengukuran kinerja BLUD yang diatur dalam Permendagri 79 tahun 2018 dengan menggunakan Balanced Score Card (BSC) yang memiliki 4 perspektif yaitu keuangan, pelanggan, proses bisnis internal serta pembelajaran dan pertumbuhan juga belum secara sempurna mengukur semua aspek yang ada di rumah sakit seperti aspek lingkungan.

BSC lebih fokus untuk mengukur hasil (output dan outcome), bukan pada kesiapan atau kematangan sistem untuk keberlanjutan organisasi.

Pengukuran kinerja dengan maturity rating menekankan pada kematangan sistem dimana kinerja tidak hanya dinilai dari hasil (output/outcome) tetapi juga dari proses yang

terjadi dalam organisasi sehingga rumah sakit dapat menganalisa kesenjangan antara kondisi saat ini dengan kondisi yang diharapkan sehingga arah perbaikan menjadi lebih jelas dan terukur. Selain itu, sangat berperan untuk keberlanjutan (sustainability) rumah sakit karena berfokus pada mutu, tata kelola, manajemen resiko, teknologi dan budaya organisasi yang mendukung pencapaian jangka panjang. Maturity rating juga dapat mengukur tingkat kematangan sistem pengelolaan lingkungan di rumah sakit, yang tidak bisa dinilai oleh BSC.

Maturity rating merupakan alat evaluasi yang penting dalam sistem manajemen kinerja organisasi, termasuk pada instansi pemerintah dan rumah sakit. Kelebihannya terletak pada kemampuannya untuk memberikan penilaian objektif terhadap tingkat kematangan proses, sistem, dan tata kelola secara terstruktur. Dengan mengidentifikasi posisi organisasi dalam skala kematangan, maturity rating mendorong perbaikan berkelanjutan dan memfasilitasi penetapan prioritas pengembangan.

Selain itu, maturity rating melengkapi pendekatan Balanced Scorecard dan prinsip Total Quality Management (TQM) dengan menilai aspek non-keuangan seperti efektivitas proses internal, inovasi, dan kapasitas SDM. Dalam konteks akuntabilitas publik, maturity rating juga mendukung pelaporan kinerja melalui LAKIP dengan menyediakan dasar yang kuat untuk analisis kelembagaan. Fleksibilitas model ini menjadikannya relevan diterapkan di berbagai sektor serta memungkinkan benchmarking untuk mendorong adopsi praktik terbaik. Dengan demikian, maturity rating berfungsi tidak hanya sebagai alat ukur, tetapi juga sebagai panduan strategis dalam peningkatan kinerja yang berkelanjutan.

Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan pengembangan strategi peningkatan kinerja Rumah Sakit menggunakan hasil Analisis *Maturity Rating* agar indikator kinerja yang digunakan lebih spesifik dan dapat menentukan prioritas strategi pengembangan pada area tertentu yang paling membutuhkan perhatian dan berdampak besar terhadap keseluruhan kinerja di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Hajjah Andi Depu Kabupaten Polewali Mandar.

1.2. Kajian Masalah

Pengukuran kinerja yang dilakukan di Rumah Sakit khususnya di RSUD Hajjah Andi Depu Kabupaten Polewali Mandar belum komprehensif sehingga belum dapat dilakukan pengembangan strategi peningkatan kinerja secara tepat. Sebagaimana telah diuraikan, penilaian kinerja SPM dan LAKIP terdapat kelemahan atau kekurangan, hal ini diperjelas oleh Mettler, T (2011) secara mendalam, dapat dibahas sebagai berikut:

a. Paradigma *output* dibanding *outcome*

Secara umum sistem merupakan suatu proses yang didalamnya terlibat beberapa orang atau kelompok orang untuk melakukan suatu prosedur yang saling terkait satu sama lain untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam pelaksanaan sistem birokrasi dapat diketahui bahwa aparatur pemerintah merupakan faktor utama sebagai penyebab belum berlangsungnya sistem pemerintahan. Sama halnya dengan sistem akuntabilitas, penilaian akuntabilitas para aparatur baik dalam penyusunan rencana, anggaran, pelaksanaan program dan pertanggungjawabannya masih cenderung memiliki orientasi hanya sebatas pada keluaran daripada hasil (*outcome*). Fokus utama dalam penyelenggaraan manajemen masih berorientasi pada jenis program atau kegiatan apa yang dilaksanakan dibanding berorientasi pada jenis kebutuhan masyarakat yang diperlukan. Jika hanya melihat pada program yang sifatnya *output* maka dapat terlihat dari fenomena seperti tidak berkelanjutannya pelaksanaan suatu kegiatan karena hanya dirancang pada periode tahunan tanpa diikuti dengan program atau kegiatan lanjutan seperti monitoring program atau kegiatan yang telah berlangsung di tahun sebelumnya, tidak tersedianya data capaian hasil suatu program kegiatan seperti data tingkat capaian kompetensi pengembangan SDM atau program pengembangan kompetensi pegawai, hal tersebut membuat pihak pemerintah atau rumah sakit mengabaikan hasil yang mampu memberikan pertanggungjawaban apakah pelaksanaan tugas pokok dan fungsi tersebut telah memenuhi kebutuhan masyarakat atau tidak, sehingga hal tersebut dapat berakibat pada tidak adanya suatu kebijakan yang memenuhi kebutuhan masyarakat (Nemeth, C., Wears, R., Woods, D., Hollnagel, E., Cook, R., 2008)

b. Alur logika penyusunan rencana strategi

Analisis pada beberapa dokumen rencana strategis yang tidak memiliki alur yang jelas, seperti perumusan misi yang tidak diuraikan dalam rumusan tujuan atau sasaran strategis serta beberapa sasaran strategis yang tidak diuraikan dalam langkah-langkah yang jelas pada suatu program. Kejadian yang sering ditemukan adalah tidak adanya hubungan antara rencana strategis dengan penyusunan rencana dan anggaran, akibatnya ketika program dilaksanakan, maka hasil capaian kinerja program tidak dapat dikaitkan dengan sasaran strategis sehingga berakibat pada sulitnya penyusunan laporan kinerja pada tahap pengukuran dan evaluasi kinerja. Selain itu, rencana strategis yang kehilangan alur logis menjadikan visi dan misi instansi hanya sebatas dokumen yang tidak mampu mengikat komitmen seluruh *stakeholder* yang ada di instansi tersebut untuk merealisasikan amanah yang diembannya, sehingga masing-masing bagian

organisasi melaksanakan tugas pokok dan fungsi dengan pikiran, bahasa dan tindakan masing-masing. Hal ini berakibat pada penilaian akuntabilitas yang disusun sulit menggabungkan data kinerja yang tersedia sebagai ukuran yang menyatakan capaian kinerja instansi (Snowdon, A., 2022)

c. Kualitas evaluasi internal

Minimnya informasi analisis capaian kinerja baik pengungkapan mengenai hambatan dan kendala serta analisis lainnya, hal ini disebabkan karena pengukuran kinerja yang dilaporkan pada umumnya merupakan capaian kinerja masukan (*input*) berupa anggaran serta keluaran (*output*) yang pada umumnya telah tercapai 100%, jika capaian kinerja yang dilaporkan hanya sebatas keluaran 100%, maka tentu tidak dapat diidentifikasi hambatan atau kendala capaian kinerja, minimnya data-data yang terkait dengan informasi kinerja sehingga tidak memberikan informasi yang cukup bagi penyusun untuk melakukan analisis atas capaian kinerja. Data yang tersedia umumnya hanya data penyerapan anggaran serta realisasi fisik pekerjaan yang sifatnya *output*, serta tidak kompetennya tim penyusun dalam mengumpulkan, membaca, dan menganalisis data-data kinerja serta latar belakang data tersebut. Tim penyusun pada umumnya hanya melakukan penggabungan dari laporan capaian kinerja dari unit kerja dibawahnya, tanpa melakukan analisis yang mendalam atas data-data capaian kinerja dari unit kerja dibawahnya (Suhartanto, 2017; Mettler, T., 2011).

d. Penetapan Kinerja yang Belum Berorientasi pada Hasil (*Outcome*)

Dokumen penetapan kinerja merupakan sebuah dokumen pernyataan kesepakatan kinerja atau perjanjian kinerja antara atasan dengan bawahan untuk mewujudkan suatu target kinerja tertentu berdasarkan sumber daya yang dimiliki oleh suatu instansi. Penyusunan kinerja memiliki kecenderungan untuk menetapkan target kinerja yang sifatnya *output* dibanding *outcome*, kondisi ini ditambah lagi dengan ketentuan bahwa penetapan kinerja harus disusun dengan merujuk pada dokumen perencanaan yang sifatnya jangka panjang, yaitu Rencana Pembangunan Nasional Jangka Menengah (RPJMN). Oleh karena itu, kinerja utama dalam dokumen penetapan kinerja masih menjadi kelemahan yang mendapatkan nilai kurang memuaskan dalam evaluasi penerapan LAKIP (Suhartanto, 2017).

e. Pemanfaatan dalam Perbaikan Kinerja

Konsep akuntabilitas menuntut setiap kegiatan yang dilakukan oleh aparat pemerintah tidak sekedar berfokus pada *output* melainkan berorientasi

pada *outcome*. Hal ini mewajibkan bagi manajemen setiap instansi untuk berpikir tidak hanya sekadar penyusunan dokumen, tetapi berfokus pada pemikiran yang mengarah pada apakah penilaian kinerja bisa memberikan masukan perbaikan untuk manajemen kinerja periode berikutnya atau tidak. Kondisi tersebut yang menjadi salah satu unsur yang menyebabkan skor hasil penilaian evaluasi kinerja menjadi rendah, karena tidak dimanfaatkan oleh manajemen untuk perbaikan manajemen kinerja (Suhartanto, 2017).

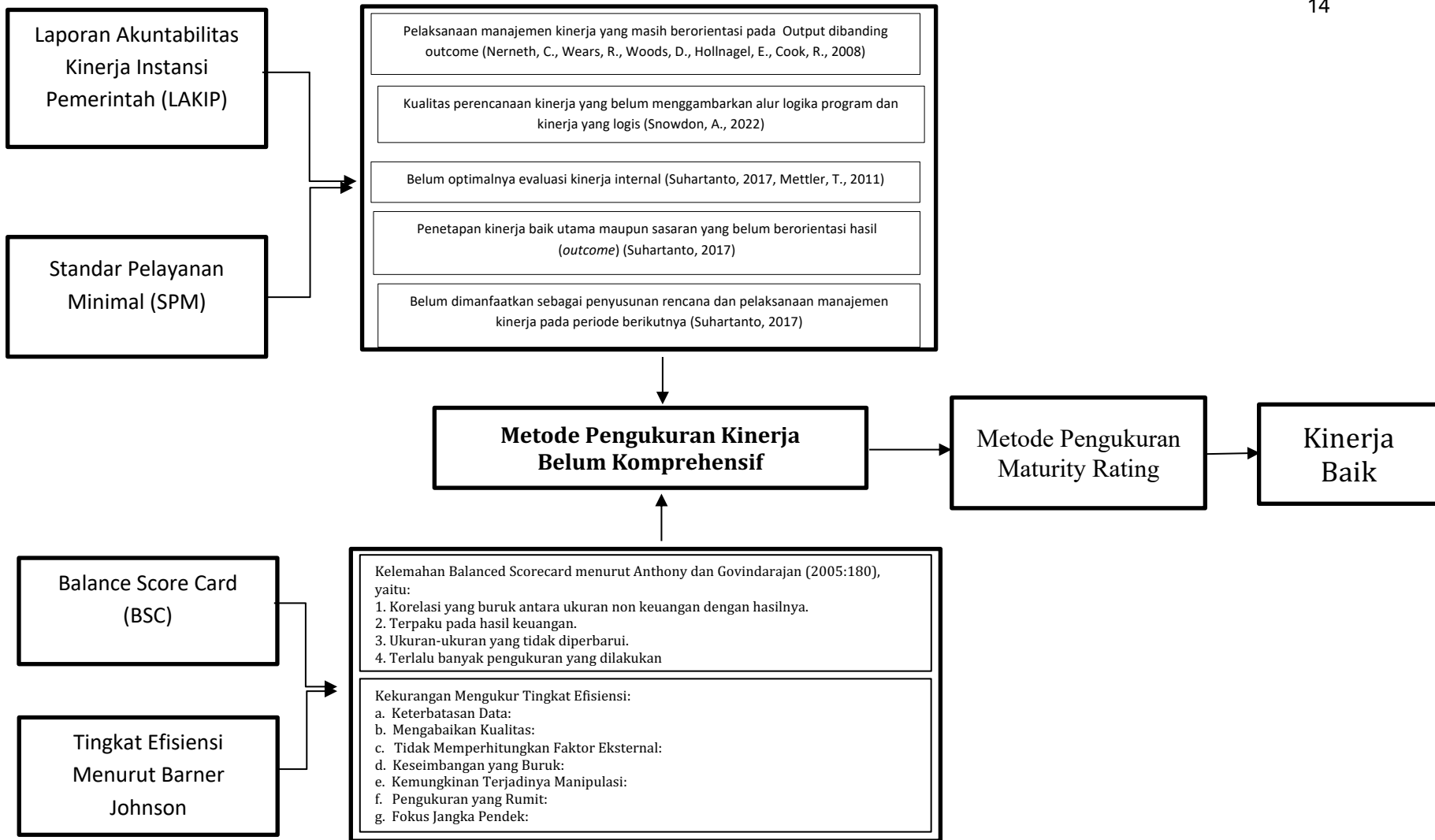
Beda halnya penilaian kinerja menggunakan *Maturity Rating*, *Maturity Rating* mengacu pada kematangan manajemen dalam mengelola Badan Layanan Umum untuk mencapai tujuan dan menerapkan tata kelola yang baik. Penilaian *Maturity Rating* merupakan salah satu metode pengukuran pengelolaan yang menggunakan dua pendekatan utama yaitu pengukuran berbasis hasil dan pengukuran berbasis proses. Pengukuran berbasis proses terdiri dari beberapa aspek yaitu kapabilitas internal, tata kelola dan kepemimpinan, inovasi, dan lingkungan. Sementara pada pengukuran berbasis proses yaitu aspek keuangan dan aspek pelayanan.

Tujuan utama dari *Maturity Rating* adalah untuk mendorong Badan Layanan Umum tumbuh secara terus menerus mengikuti perkembangan dan kebutuhan pengguna layanan. Proses penilaian dan evaluasi melalui *Maturity Rating* dengan menciptakan metode penilaian yang bersifat universal, menciptakan standar penilaian maturitas secara komprehensif, menyeluruh, dan terstandar, serta meningkatkan kualitas penilaian atas kinerja BLU. Secara keseluruhan, penilaian dan evaluasi *Maturity Rating* sangat penting dilakukan karena akan meningkatkan kualitas dalam proses identifikasi isu dan masalah yang dihadapi sehingga dapat mendukung penyusunan rencana peningkatan kinerja BLU kedepannya, mempermudah identifikasi peningkatan area BLU sehingga meningkatkan kinerja dan layanan BLU, kemudian mendorong perkembangan berkelanjutan atas proses dan kegiatan secara operasional sehingga akan berpengaruh secara positif pada pemberian layanan yang dilakukan oleh BLU (Buckle, P., 2018;. Carvalho, J. V., Rocha, Á., van de Wetering, R., & Abreu, A., 2019)

Secara urgensi, penilaian kinerja menggunakan *maturity rating* menjadi penting dilakukan untuk mempermudah mengidentifikasi dan mengkaji masalah selama proses pelayanan yang diberikan. Sehingga tindak lanjut dari hasil pengkajian masalah dapat dirumuskan bentuk rekomendasi berupa strategi yang tepat sasaran untuk menyelesaikan tantangan yang dihadapi dalam kinerja *maturity* bidang kesehatan, dalam hal ini rumah sakit (Carvalho, J. V., Rocha, Á., & Abreu, A., 2019). Dalam upaya memastikan suatu proses diterapkan, dikelola, dan dikendalikan secara konsisten dalam sebuah organisasi

menggunakan *maturity rating*, penilaian dengan metode ini merupakan peta jalan yang menunjukkan langkah selanjutnya yang harus diambil saat menciptakan kemampuan manajemen proses yang teratur dan efisien. Terdapat beberapa alasan mengapa harus menggunakan penilaian *maturity rating*, diantaranya adalah untuk meningkatkan visibilitas terhadap praktik yang terbukti dan sistematis dari organisasi, menciptakan struktur yang menentukan pekerjaan apa yang dilakukan, kapan, dan oleh siapa, memfasilitasi dialog kolaboratif tentang proses manajemen, dan mampu menghasilkan konsistensi proses penangkapan dan penggunaan (Heller, A. & Varney, J., 2013).

Hal ini dipertegas oleh Tarhan, A.K., Garousi, V., Turetken, O., Soylemez, M., dan Garossi, S. (2020) yang melakukan tinjauan pustaka mengenai *Maturity Rating*, hasil penelitian tersebut menjelaskan bahwa unit penyedia pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit masih terdapat kendala yang bisa saja muncul bahkan jauh dari kata sempurna, maka untuk memperbaiki hal tersebut diperlukan pemikiran proses dan pencapaian manajemen mutu untuk menjamin kematangan hingga peningkatan layanan. Konsep *Maturity Rating* dapat digunakan sebagai konsep kerangka konseptual yang mampu meningkatkan kematangan praktik pelayanan kesehatan. Sehingga *Maturity Rating* sangat diusulkan sebagai suatu konsep penilaian kinerja untuk mencapai keunggulan operasional dalam domain pelayanan kesehatan.



Gambar 1 Kajian Masalah Penelitian

1.3. Rumusan Masalah

Dari penjelasan yang telah diuraikan di latar belakang, maka rumusan masalah yang pada penelitian ini adalah "Bagaimana pengembangan strategi peningkatan kinerja berdasarkan analisis *Maturity Rating* di Rumah Sakit Umum Daerah Hajjah Andi Depu Kabupaten Polewali Mandar?"

1.4. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, dapat ditetapkan tujuan dari penelitian ini adalah :

1.4.1 Tujuan Umum

Secara umum, tujuan penelitian ini adalah untuk mengembangkan strategi peningkatan kinerja berdasarkan analisis *Maturity Rating* di Rumah Sakit Umum Daerah Hajjah Andi Depu Kabupaten Polewali Mandar

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisa indikator *Maturity Rating* pada penilaian berbasis proses (*process based*) di Rumah Sakit Umum Daerah Hajjah Andi Depu Kabupaten Polewali Mandar
- b. Untuk menganalisa indikator *Maturity Rating* pada penilaian berbasis hasil (*result based*) di Rumah Sakit Umum Daerah Hajjah Andi Depu Kabupaten Polewali Mandar
- c. Untuk mengembangkan strategi peningkatan kinerja berdasarkan hasil penilaian *Maturity Rating* di Rumah Sakit Umum Daerah Hajjah Andi Depu Kabupaten Polewali Mandar

1.5. Manfaat Penelitian

Berdasarkan uraian latar belakang, rumusan masalah, dan tujuan penelitian yang telah diuraikan, maka diharapkan penelitian ini dapat memberikan manfaat, baik manfaat secara keilmuan maupun manfaat terapan sebagaimana dijabarkan sebagai berikut:

1.5.1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kajian ilmu manajemen strategik, manajemen mutu serta ilmu perilaku organisasi.

1.5.2. Manfaat Bagi Rumah Sakit

1. Menjadi pertimbangan Rumah Sakit dalam perbaikan layanan guna meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
2. Menjadi pertimbangan Rumah Sakit dalam merumuskan kebijakan Rumah Sakit khususnya pengembangan layanan.

1.5.3. Manfaat bagi Peneliti

Menambah wawasan dan sarana mengimplementasikan pengetahuan bagi penulis tentang penilaian *Maturity Rating* dan Strategi peningkatan kinerja Rumah Sakit

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Kinerja Rumah Sakit

Kinerja organisasi dapat didefinisikan sebagai hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam waktu tertentu, yang memperlihatkan sejauh mana organisasi mampu menjalankan visi, misi, tujuan dan strategi dengan penggunaan sumber daya yang dimiliki secara efektif dan efisien. Dalam praktiknya, kinerja organisasi tidak hanya diukur dari pencapaian target atau output tetapi juga kualitas layanan yang diberikan, kepuasan pihak yang berkepentingan, kemampuan beradaptasi terhadap perubahan lingkungan serta keberlanjutan hasil yang dicapai.

Pada konteks Rumah sakit, kinerja rumah sakit pada dasarnya mencerminkan kemampuan manajemen dalam mengoptimalkan sumber daya untuk menghasilkan pelayanan yang bermutu, aman dan berorientasi pada pasien. Dengan demikian, kinerja rumah sakit merefleksikan kemampuan manajemen dalam mengintegrasikan aspek klinis, administrative dan keuangan secara seimbang.

Kinerja organisasi rumah sakit dapat diukur melalui beberapa indikator yang mencerminkan keberhasilan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Dari sisi keuangan, kinerja terlihat pada efisiensi, peningkatan pendapatan serta kemampuan dalam memanfaatkan sumber daya secara optimal. Dari sisi pelanggan, kinerja tercermin melalui tingkat kepuasan pasien, kepercayaan masyarakat terhadap mutu layanan, kecepatan pelayanan dan kemampuan rs dalam menangani keluhan pasien. Rumah Sakit yang memiliki kinerja baik ditandai dengan pelayanan yang bermutu, aksesibilitas yang mudah, biaya yang efisien serta tata kelola yang transparan dan akuntabel.

Pengukuran kinerja rumah sakit sangat penting karena berfungsi sebagai dasar evaluasi, pengambilan keputusan strategis dan perumusan kebijakan peningkatan mutu. Selain itu, pengukuran kinerja juga memastikan rumah sakit tetap kompetitif dalam menghadapi tuntutan masyarakat, regulasi pemerintah serta perkembangan teknologi kesehatan.

Kinerja dapat diukur dengan beberapa indikator penilaian diantaranya adalah:

a. Indikator kinerja dengan Tingkat Efisiensi menurut Barner Johnson

Efisiensi pengelolaan rumah sakit secara garis besar dapat dilihat dari dua segi, yaitu segi medis yang meninjau efisiensi dari sudut mutu pelayanan medis dan dari segi ekonomi yang meninjau efisiensi dari sudut pendayagunaan sarana yang ada. Pada tahun 1973, Barry Barber, M.A. , Ph.D. , Finst P. , Afina dan David Johnson, M. Sc, berhasil menciptakan suatu grafik yang secara visual dapat menyajikan dengan jelas tingkat efisiensi kedua segi tersebut. Suatu usaha untuk mendayagunakan statistik rumah sakit dalam rangka memenuhi kebutuhan manajemen akan indikator efisiensi pengelolaan rumah sakit (Soejadi, 1996). Grafik Barber Johnson merupakan metode efektif untuk memantau dan meningkatkan efisiensi pengelolaan tempat tidur di rumah sakit. Empat Parameter Grafik Barber Johnson yaitu : TOI (Turnover Interval), AvLOS (Average Length of Stay), BOR (Bed Occupancy Rate), BTO (Bed Turnover).

Metode Barber Johnson memiliki beberapa kelebihan yang yaitu kesederhanaannya dengan hanya menggunakan empat indikator dasar BOR, TOI, LOS, BTO sudah dapat membantu memberikan gambaran yang jelas terkait efisiensi penggunaan tempat tidur dan mengidentifikasi area operasional yang harus diperbaiki misalnya pengurangan lama tinggal pasien atau peningkatan rotasi tempat tidur. Penyajian hasil dalam bentuk grafik memudahkan interpretasi dimana efisiensi rumah sakit dapat terlihat secara visual sehingga membantu pimpinan rumah sakit dalam proses pengambilan keputusan. Kelebihan lainnya sifatnya yang komparatif, dimana indikator Barber Johnson dapat digunakan untuk membandingkan kinerja antar unit perawatan, antar kelas perawatan, antar periode waktu dan antar rumah sakit yang sejenis sehingga berfungsi sebagai alat benchmarking yang praktis.

Metode Barber Johnson juga memiliki beberapa keterbatasan yaitu fokus analisis yang sempit karena hanya menilai efisiensi operasional rawat inap sementara aspek lain seperti mutu layanan, keselamatan pasien, kepuasan pasien atau kinerja keuangan tidak dapat dinilai. Selain itu metode ini sangat bergantung pada ketepatan data administratif rumah sakit, apabila data pasien masuk dan keluar rumah sakit tidak akurat maka memberikan interpretasi yang keliru. Kelemahan lainnya adalah metode ini tidak memperhitungkan faktor eksternal yang seingkali turut mempengaruhi efisiensi rumah sakit seperti regulasi pemerintah, sistem rujukan, epidemiologi serta tingkat persaingan dengan fasilitas Kesehatan lain di wilayah sekitar.

Oleh karena itu hasil Analisa Barber Johnson sebaiknya dipadukan dengan metode penilaian lain yang lebih komprehensif agar memberikan gambaran kinerja rumah sakit secara menyeluruh.

b. Indikator Kinerja dengan *Balance Score Card* (BSC)

Sejarah Balanced scorecard dimulai dan diperkenalkan pada awal tahun 1990 di USA oleh David P. Norton dan Robert S. Kaplan melalui suatu riset tentang “pengukuran kinerja dalam organisasi masa depan”. Istilah balanced scorecard terdiri dari 2 kata yaitu balanced (berimbang) dan scorecard (kartu skor). *Balanced scorecard* merupakan kerangka kerja yang digunakan oleh manajemen di perusahaan untuk mengukur kinerja baik finansial maupun non finansial. Terdapat 4 perspektif dalam balanced scorecard, yaitu keuangan, pelanggan, proses bisnis internal, dan pertumbuhan dan pembelajaran.

Menurut Mulyadi (2014), Balanced Score Card memiliki sejumlah kelebihan yang menjadikannya sebagai salah satu sistem pengukuran dan manajemen kinerja yang komprehensif. Penilaian kinerja BSC memiliki kelebihan dapat menilai kinerja organisasi secara komprehensif. BSC mampu mengintegrasikan pengukuran kinerja finansial dan non finansial seperti kepuasan pelanggan, efektivitas proses internal serta pembelajaran dan pertumbuhan. BSC berfungsi sebagai kerangka kerja yang menerjemahkan visi, misi dan strategi organisasi ke dalam sasaran yang operasional dan terukur. Selain itu Mulyadi menekankan BSC memiliki empat keunggulan yaitu komprehensif, koheren, seimbang dan terukur.

Menurut Anthony (2005), meskipun Balanced Scorecard (BSC) merupakan alat manajemen strategis yang bermanfaat untuk mengukur kinerja organisasi dari berbagai perspektif, terdapat beberapa kelemahan penting dalam penerapannya. Pertama, BSC terlalu kompleks dan sulit diimplementasikan secara konsisten di berbagai tingkatan organisasi. Penentuan indikator kinerja (KPI) untuk setiap perspektif sering kali bersifat subjektif, sehingga menimbulkan bias dan ketidakseimbangan fokus antar area. Kedua, BSC tidak memberikan panduan operasional yang jelas, sehingga sulit bagi karyawan untuk menghubungkan strategi tingkat atas dengan aktivitas harian mereka. Hal ini mengakibatkan adanya kesenjangan antara perencanaan strategis dan pelaksanaan di lapangan. Ketiga, model BSC dinilai kurang fleksibel dalam menghadapi perubahan lingkungan eksternal yang cepat. Karena struktur BSC bersifat sistematis dan relatif tetap,

organisasi yang berada di industri dinamis dapat kesulitan menyesuaikan indikator dan strategi mereka secara cepat.

Selanjutnya, Anthony juga menekankan bahwa BSC terlalu berorientasi pada faktor internal dan kurang mempertimbangkan pengaruh eksternal, seperti perubahan pasar, regulasi, atau tindakan pesaing. Hal ini dapat menghambat kemampuan organisasi dalam merespons dinamika lingkungan bisnis. Akhirnya, meskipun BSC dimaksudkan untuk menciptakan keseimbangan antara perspektif keuangan dan non-keuangan, dalam praktiknya fokus pada keuangan masih sangat dominan. Banyak organisasi masih mengutamakan hasil finansial sebagai tujuan utama, sementara perspektif lain hanya dianggap sebagai alat pendukung, bukan sebagai tujuan strategis yang setara.

c. Indikator Kinerja dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagai dokumen yang wajib dimiliki oleh Rumah Sakit, sebagai pedoman dalam menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan R.I. No. 129/Menkes/SK/11/2008 dan Peraturan Menteri keuangan RI. No 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan BLU. Indikator SPM RS merupakan suatu tolak ukur pencapaian prestasi yang dinilai secara kuantitatif dan kualitatif, dengan tujuan memberikan gambaran pencapaian sasaran indikator SPM tertentu, yang meliputi input, proses, output maupun outcome dari pelayanan tertentu. Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk menunjukkan akuntabilitasnya dengan senantiasa memenuhi SPM RS (Kori Puspita Ningsih etal, 2019).

Pengukuran kinerja SPM memiliki kelebihan yaitu menciptakan akuntabilitas dan transparansi, mendorong pencapaian tujuan strategis, kelebihan utama SPM adalah kemampuannya untuk meningkatkan akuntabilitas dan transparansi di lingkungan organisasi. Dengan menetapkan indikator kinerja yang terukur dan objektif, setiap unit kerja maupun individu memiliki tanggung jawab yang jelas terhadap hasil yang dicapai. Hal ini membantu mengurangi ambiguitas dalam evaluasi kinerja serta membangun budaya organisasi yang lebih jujur dan terbuka

Selain itu, SPM juga mendukung pencapaian tujuan strategis organisasi. Sistem ini membantu memetakan strategi ke dalam bentuk indikator operasional, sehingga strategi tidak hanya menjadi dokumen perencanaan, tetapi benar-benar terimplementasi dalam aktivitas harian. Melalui pengukuran yang terarah, organisasi dapat memantau seberapa jauh kemajuan menuju visi dan misi yang telah ditetapkan.

SPM juga berperan sebagai alat untuk evaluasi dan pengambilan keputusan berbasis data. Informasi kinerja yang terkumpul dapat digunakan oleh manajemen untuk mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan, mengalokasikan sumber daya secara lebih efisien, dan menetapkan prioritas kerja yang tepat. Dengan data yang akurat dan terukur, keputusan yang diambil menjadi lebih rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

Di sisi lain, sistem ini juga memberikan dampak positif terhadap motivasi dan kinerja individu. Ketika target dan ekspektasi kerja ditetapkan dengan jelas, karyawan akan memiliki arah kerja yang lebih terfokus dan merasa dihargai atas kontribusinya. Hal ini pada akhirnya mendorong terciptanya budaya kerja yang kompetitif secara sehat dan berbasis pada hasil.

Kelebihan lainnya adalah kemampuan SPM untuk mendeteksi masalah atau penyimpangan kinerja sejak dini. Dengan pemantauan rutin terhadap indikator, organisasi dapat mengidentifikasi gejala penurunan kinerja sebelum menjadi masalah besar, sehingga perbaikan dapat dilakukan secara preventif.

Terakhir, SPM juga memberikan kemudahan dalam melakukan perbandingan atau benchmarking, baik secara internal antar unit, maupun eksternal dengan organisasi sejenis. Melalui proses ini, organisasi dapat belajar dari praktik terbaik (*best practices*) dan terus memperbaiki diri secara berkelanjutan.

Kelemahan utama dari SPM adalah terlalu dominannya indikator kuantitatif. Dalam banyak kasus, sistem pengukuran kinerja hanya berfokus pada aspek-aspek yang dapat dihitung secara numerik, seperti produktivitas, efisiensi, atau target keuangan. Akibatnya, aspek kualitatif yang juga penting—seperti kepuasan pelanggan, loyalitas karyawan, kualitas inovasi, dan budaya kerja, sering kali diabaikan. Hal ini dapat menyebabkan pengambilan keputusan yang tidak holistik dan berisiko mengorbankan nilai-nilai strategis jangka panjang.

Selain itu, SPM dapat mendorong perilaku yang tidak sehat dalam organisasi. Ketika terlalu banyak tekanan diberikan untuk mencapai target tertentu, individu atau unit kerja bisa saja melakukan manipulasi data, memilih tindakan yang hanya menguntungkan indikator jangka pendek, atau bahkan mengabaikan etika kerja. Dengan kata lain, sistem yang seharusnya mendorong kinerja justru bisa menimbulkan disfungsi, jika tidak dirancang dan diawasi secara tepat. Kelemahan lain dari SPM adalah bahwa sistem ini sering kali tidak fleksibel dalam menghadapi perubahan. Indikator kinerja yang telah ditetapkan mungkin tidak lagi relevan ketika kondisi eksternal berubah secara signifikan, misalnya karena krisis

ekonomi, perubahan teknologi, atau regulasi baru. Jika SPM tidak segera diperbarui, maka pengukuran yang dilakukan menjadi tidak valid, bahkan bisa menyesatkan dalam pengambilan keputusan.

Di sisi operasional, implementasi SPM juga bisa menimbulkan beban administratif yang tinggi. Proses pengumpulan data, pelaporan, dan analisis indikator membutuhkan sumber daya manusia, waktu, dan teknologi yang memadai.

Kelemahan yang paling sering terjadi adalah bahwa SPM tidak selalu mencerminkan kinerja nyata. Hal ini dapat terjadi karena indikator yang dipilih tidak mewakili tujuan strategis secara utuh, atau karena adanya ketidaksesuaian antara indikator dan realitas operasional di lapangan. Akibatnya, evaluasi kinerja tidak memberikan gambaran yang akurat tentang kekuatan dan kelemahan organisasi.

d. Indikator Kinerja dengan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP)

Laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah memuat penjelasan tentang pengukuran kinerja terhadap pelaksanaan program dan evaluasi terhadap pelaksanaan program. Pengukuran kinerja terhadap pelaksanaan program digunakan sebagai langkah awal untuk evaluasi program yang dilaksanakan secara rutin dan periodik mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan hasilnya.

Tujuannya adalah untuk mengetahui secara keseluruhan mengenai program yang dilaksanakan. Evaluasi terutama didasarkan pada pemikiran yang rasional dan data terukur agar dalam pengambilan keputusan dalam rangka menyelesaikan masalah atau peningkatan pelayanan berdasarkan penilaian yang objektif serta dapat dipertanggungjawabkan. Rumah sakit yang memiliki status Badan Layanan Umum dituntut untuk lebih meningkatkan kinerjanya, baik pelayanan maupun keuangan (Wilda, dkk., 2018).

Indikator Kinerja Utama (IKU) merupakan ukuran keberhasilan yang menggambarkan kinerja utama instansi pemerintah sesuai dengan tugas fungsi serta mandat (core business) yang diemban. Indikator kinerja memuat sekurang-kurangnya indikator hasil (outcome) dan keluaran (output). Dalam penilaian kinerja berdasarkan LAKIP, terdapat beberapa kelebihan yaitu meningkatkan akuntabilitas instansi pemerintah, meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan program atau kegiatan serta meningkatkan kualitas pelayanan publik.

Kelemahan utama LAKIP adalah bahwa proses penyusunannya masih sering dianggap sebagai administratif, bersifat normatif, tidak kritis, dan kurang menggambarkan kondisi riil di lapangan. Selain itu, banyak indikator yang digunakan dalam LAKIP masih belum sepenuhnya SMART (Specific, Measurable,

Achievable, Relevant, Time-bound). Akibatnya, capaian kinerja menjadi sulit diukur secara objektif. Indikator yang tidak jelas atau tidak relevan sering menimbulkan multitafsir dan mengurangi validitas laporan sebagai alat pengukur kinerja yang akurat.

Kelemahan lainnya terletak pada rendahnya kualitas data yang digunakan dalam penyusunan LAKIP. Masih ditemukan laporan yang menggunakan data yang tidak sinkron, tidak mutakhir, atau bahkan tidak didukung bukti yang sah. Salah satu kelemahan yang sering ditemui dalam penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) adalah kurangnya cakupan yang komprehensif terhadap keseluruhan aspek kinerja organisasi.

e. *Maturity Rating*

Maturity Rating mengacu pada kematangan manajemen dalam mengelola Badan Layanan Umum untuk mencapai tujuan dan menerapkan tata kelola yang baik. Penilaian *Maturity Rating* merupakan salah satu metode pengukuran pengelolaan yang menggunakan dua pendekatan utama yaitu pengukuran berbasis hasil dan pengukuran berbasis proses. *Maturity Rating* sebagai alat yang digunakan saat ini untuk mengoptimalkan peningkatan kualitas dan mutu layanan dalam menilai pencapaian kinerja secara komprehensif dan menyeluruh bagi setiap badan layanan umum. Standar dibuat oleh Kementerian Keuangan c.q. Direktorat Jenderal Perbendaharaan untuk mengukur tingkat Kematangan organisasi dalam pengelolaan BLU berdasarkan aspek keuangan, layanan, kapabilitas internal, inovasi, tata kelola, dan lingkungan. *Maturity Rating Model* adalah pengukuran atas kemampuan organisasi dalam menjaga peningkatan berkelanjutan (*continuous improvement*) pada tingkatan tertentu. Dengan metode tersebut, penilaian kinerja BLU tidak hanya melihat output-nya, tetapi juga proses untuk menghasilkan output tersebut, seperti kapabilitas internal, tata kelola, lingkungan dan inovasi. Penilaian dengan *maturity rating* terdiri dari penilaian berbasis proses (*process based*) dan penilaian berbasis hasil (*result based*)

Penilaian berbasis proses (*Process Based*) terdiri dari aspek kapabilitas internal memuat sumber daya manusia, proses bisnis, teknologi, dan orientasi pelanggan. Aspek tata kelola dan kepemimpinan meliputi perencanaan strategis, etika bisnis, hubungan pemangku kepentingan, manajemen risiko, dan pengawasan dan pelaporan. Aspek inovasi meliputi keterlibatan pengguna jasa, proses inovasi, manajemen pengetahuan, manajemen perubahan. Dan aspek lingkungan meliputi manajemen lingkungan dan penggunaan sumber daya. Sedangkan penilaian

berbasis *Result Based* terdiri dari aspek keuangan meliputi likuiditas, efisiensi, efektivitas dan tingkat kemandirian, yang masing-masing memiliki tujuan indikator penilaian tertentu

Untuk memastikan kontinuitas dan perkembangan layanan BLU tersebut, maka dibutuhkan seperangkat tools yang diharapkan mampu menilai kinerja BLU secara komprehensif dan universal bagi seluruh BLU. Hasil akhir dari penilaian maturitas adalah rekomendasi perbaikan kinerja BLU agar pertumbuhan dan peningkatan kualitas layanan BLU dapat dilakukan secara berkelanjutan dan dimonitor secara berkala. Skor atau rating bukan menjadi tujuan akhir dari penilaian maturitas, namun penilaian maturitas lebih dititikberatkan pada pertumbuhan dan rencana perbaikan untuk peningkatan kualitas layanan publik.

Maturity rating atau penilaian tingkat kematangan organisasi merupakan alat evaluasi strategis yang memberikan gambaran menyeluruh mengenai sejauh mana suatu organisasi telah mengembangkan sistem, proses, dan tata kelola secara terstruktur. Salah satu kelebihan utama dari maturity rating adalah kemampuannya dalam menyajikan penilaian objektif terhadap kapabilitas organisasi, yang diklasifikasikan dalam tingkatan atau level kematangan tertentu. Hal ini memungkinkan manajemen untuk mengetahui posisi aktual organisasi dalam perjalanan perbaikan berkelanjutan (*continuous improvement*), sekaligus menjadi dasar untuk menyusun langkah strategis peningkatan kinerja.

Selain itu, maturity rating membantu organisasi dalam mengidentifikasi area-area kritis yang masih lemah dan membutuhkan intervensi, sehingga prioritas pengembangan dapat difokuskan secara tepat sasaran. Penilaian ini juga mendukung pengambilan keputusan berbasis data, khususnya dalam perencanaan strategis, pengelolaan risiko, dan pengembangan sumber daya. Salah satu kelebihan utama maturity rating adalah kemampuannya memberikan penilaian objektif dan sistematis terhadap aspek non-keuangan dalam manajemen organisasi, seperti efektivitas proses, budaya kerja, manajemen risiko, serta kapasitas inovasi (Kerzner, 2001). Maturity rating juga mendorong *continuous improvement*, karena organisasi dapat melihat posisi aktualnya dan merancang strategi untuk naik ke level berikutnya (CMMI Institute, 2010)

Selain itu, maturity rating sangat berguna untuk benchmarking dan perbandingan antar organisasi atau unit kerja, sehingga memungkinkan adopsi praktik terbaik (*best practices*). Dalam konteks sektor publik, maturity rating dapat digunakan untuk memperkuat akuntabilitas melalui pelaporan kinerja seperti LAKIP,

dengan memberikan gambaran tentang kesiapan kelembagaan dalam mendukung efektivitas program (LAN, 2015)

Sebagai alat evaluasi non-finansial, maturity rating menawarkan keunggulan dalam menilai aspek manajerial dan operasional yang tidak tercermin dalam indikator keuangan, seperti kualitas kepemimpinan, efektivitas sistem informasi, serta budaya kerja organisasi.

Kelebihan lainnya adalah fleksibilitas penerapan maturity model di berbagai sektor, baik di sektor publik seperti rumah sakit dan instansi pemerintah, maupun sektor swasta dan industri. Hal ini menjadikannya sebagai alat yang efektif dalam melakukan benchmarking, karena memungkinkan organisasi membandingkan tingkat kematangannya dengan institusi sejenis untuk mengadopsi praktik terbaik.

2.2. Tinjauan Umum *Maturity Rating*

2.2.1 Definisi *Maturity Rating*

Konsep *maturity rating* berakar dari teori *Organizational Maturity Model* yang pertama kali berkembang di bidang manajemen kualitas dan teknologi informasi, seperti *Capability Maturity Model Integration* (CMMI) yang digunakan untuk menilai tingkat kematangan proses suatu organisasi (Paulk et al., 1993). Teori ini menyatakan bahwa organisasi berkembang melalui tahapan yang terstruktur, dimulai dari proses yang tidak teratur (*ad hoc*) menuju proses yang terdokumentasi, teratur, dan pada akhirnya terus ditingkatkan secara berkelanjutan. Dalam konteks Badan Layanan Umum (BLU), *maturity rating* didasarkan pada prinsip *continuous improvement* dan *good governance*, dengan asumsi bahwa pencapaian kinerja berkelanjutan hanya dapat diraih jika organisasi memiliki sistem, prosedur, dan sumber daya yang matang (Bititci et al., 2015). Pendekatan ini menilai tidak hanya hasil (*results*) tetapi juga kedalaman proses (*process*) yang mendasari pencapaian tersebut.

Secara teoritis, *maturity rating* menggabungkan dua kerangka pikir utama, yaitu Teori Manajemen Kinerja yang mengacu pada pandangan Kaplan & Norton (2003) bahwa pengukuran kinerja harus mencakup *leading indicators* (faktor penyebab kinerja masa depan) dan *lagging indicators* (hasil yang sudah tercapai), serta Teori Sistem Terbuka dalam Organisasi yang memandang organisasi sebagai sistem yang saling terkait, di mana peningkatan pada satu subsistem (misalnya SDM, inovasi, atau tata kelola) akan berdampak pada

subsistem lainnya (Katz & Kahn, 1978). Prinsip *maturity rating* juga selaras dengan teori *Total Quality Management* (TQM) yang menekankan pentingnya perbaikan berkelanjutan, keterlibatan seluruh pegawai, serta fokus pada kebutuhan pelanggan (Deming, 1986). Pada setiap level kematangan, proses menjadi semakin terdokumentasi, terdigitalisasi, dan berbasis data, hingga akhirnya mencapai tingkat *optimizing* dengan inovasi berkesinambungan.

Maturity Rating merupakan penilaian yang mengacu pada kematangan manajemen dalam mengelola Badan Layanan Umum untuk mencapai tujuan dan menerapkan tata kelola yang baik. Penilaian *Maturity Rating* merupakan salah satu metode pengukuran penelolaan yang menggunakan dua pendekatan utama yaitu pengukuran berbasis hasil dan pengukuran berbasis proses. *Maturity Rating* sebagai alat yang digunakan saat ini untuk mengoptimalkan peningkatan kualitas dan mutu layanan dalam menilai pencapaian kinerja secara komprehensif dan menyeluruh bagi setiap badan layanan umum. Penilaian *Maturity Rating* terbagi menjadi 312 yang terdiri dari beberapa rumpun yaitu 141 rumpun bidang pendidikan, 8 rumpun pengelolaan dana, 7 rumpun kawasan, 42 rumpun barang jasa, dan 114 rumpun kesehatan. Penilaian tata kelola dan kinerja *Maturity Rating* pada rumpun kesehatan bertumpu pada proses dan hasil serta implikasi penilaian kinerja dimana BLU melakukan penilaian *Maturity Rating* secara mandiri dengan menggunakan *Maturity Rating Assessment* (Indratni, M.P., 2024).

2.2.2 Aspek dan Indikator Penilaian *Maturity Rating*

Berdasarkan pedoman penilaian *Maturity Rating*, pengukuran tingkat kematangan dilakukan menjadi dua pendekatan utama, yaitu penilaian berbasis hasil (*result based*) penilaian berbasis proses (*process based*) (Kementerian Keuangan RI, 2021).

- a. Penilaian berbasis hasil (*result based*) yaitu menilai capaian kinerja terhadap target yang telah ditetapkan pada setiap tingkatan maturitas dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif. *Result based* mempermudah penilai dalam menilai maturitas yang didasarkan pada capaian kinerja atau target tertentu. Pada *Result based*, aspek penilaian difokuskan pada kesehatan keuangan dan tren perkembangan kinerja layanan BLU (Indratni, M.P., 2024). Dalam konteks rumah sakit BLU, aspek yang dinilai mencakup aspek keuangan, indikator yang digunakan meliputi likuiditas (kemampuan memenuhi

kewajiban jangka pendek), efisiensi (perbandingan optimal antara output yang dihasilkan dengan sumber daya yang digunakan), efektivitas (tingkat ketercapaian target hasil dari penggunaan anggaran), dan tingkat kemandirian (proporsi pendapatan yang diperoleh secara mandiri tanpa bergantung pada subsidi). Sedangkan pada aspek pelayanan, indikatornya mencakup indeks kepuasan masyarakat (penilaian penggunaan layanan), sistem pengaduan layanan (mekanisme penanganan keluhan pasien), efisiensi waktu pelayanan (ketepatan waktu layanan sesuai standar), dan tingkat kesuksesan pemenuhan layanan (rasio keberhasilan dalam menangani gangguan layanan)

- b. Penilaian berbasis proses (*process based*) yaitu menilai tingkat kedalaman proses yang diukur dari input maupun output yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan, lebih bersifat kualitatif dan manajerial. *Process based* mempermudah penilai dalam menilai maturitas berdasarkan rencana kerja, dependensi, komitmen milestones, serta monitoring atas aktivitas tertentu (Indratni, M.P., 2024). Pada kapabilitas internal, indikatornya meliputi sumber daya manusia (kualifikasi, pelatihan, dan pengembangan staf), teknologi (pemanfaatan sistem informasi dan alat pendukung layanan), proses bisnis (alur kerja terdokumentasi dan terstandar), dan orientasi pelanggan (fokus proses pada kebutuhan pasien). Aspek inovasi mencakup keterlibatan pengguna layanan, manajemen pengetahuan (*knowledge management*), proses inovasi, dan manajemen perubahan (*change management*). Aspek tata kelola dan kepemimpinan diukur melalui indikator perencanaan strategis, etika bisnis, hubungan dengan pemangku kepentingan (*stakeholder's relationship*), manajemen risiko, serta pengawasan dan pengendalian. Sedangkan aspek lingkungan mencakup indikator manajemen jejak lingkungan (*environmental footprint management*) dan penggunaan sumber daya secara efisien (Bititci et al., 2015).

Kedua pendekatan ini diintegrasikan dalam kerangka penilaian bertingkat yang mencakup Level 1 (*Initial or Ad-hoc*), Level 2 (*Managed*), Level 3 (*Defined*), Level 4 (*Predictable*), dan Level 5 (*Optimizing*), sehingga penilaian tidak hanya berfokus pada hasil akhir, tetapi juga mempertimbangkan kualitas proses yang mendasarinya.

2.2.3 Prinsip Dasar Penilaian Maturitas BLU

Kertas Kerja Maturity Rating BLU disusun berdasarkan prinsip dasar penilaian maturitas yang terdiri atas lima tingkatan utama untuk memastikan seluruh indikator pada setiap aspek bersifat selaras dan ekuivalen antara rumpun maupun sub-rumpun. Adapun tingkatan maturitas beserta prinsip dasar penilaian pada Maturity Rating BLU diantaranya adalah:

- a. Level 1 (*initial or ad hoc*) : sebuah organisasi melakukan aktivitas yang bersifat tidak teratur atau *ad hoc* yang digunakan sebagai basis dalam pengukuran maturitas. Pada tingkat ini ditandai dengan proses *ad hoc*, kesuksesan suatu organisasi seringkali bergantung pada kompetensi namun kurang memperhatikan proses yang telah terbukti. Pada tingkat ini produk dan jasa dikatakan berhasil bahkan melebihi.
- b. Level 2 (*managed*) : sebuah organisasi memiliki kapabilitas untuk melakukan aktivitas yang sifatnya terus berulang atau tersistematis namun belum terdokumentasi secara standar. Pada tingkat ini, suatu program direncanakan, dilaksanakan, diukur, dan kendalikan. Meskipun standar, proses, dan prosedur berbeda namun manajemen proses yang ditetapkan disiplin, membantu memastikan bahwa program yang dilaksanakan dipertahankan, dan program yang dilaksanakan dan dikelola sesuai dengan rencana yang terdokumentasi. Sehingga, proses yang ditinjau dan direvisi sesuai dengan kebutuhan dan dapat dikendalikan untuk memenuhi persyaratan, standar, dan tujuan.
- c. Level 3 (*defined*) : sebuah organisasi mampu mendokumentasikan aktivitas pada level 2 (*managed*) secara standar yang digambarkan dalam bentuk suatu prosedur baku tertentu. Pada tahap ini setiap proses dijelaskan secara lebih rinci dan lebih ketat. Kemudian, dikelola dengan pengakuan keterkaitan proses dan ukuran, produk kerja, dan layanan. Proses yang dilakukan dapat diprediksi secara kualitatif.
- d. Level 4 (*predictable*) : sebuah organisasi mampu mendefinisikan, mengendalikan, dan memprediksi suatu proses untuk menjaga baik kualitas layanan maupun *output* yang diberikan kepada organisasi publik. Pada tahap ini, subproses berkontribusi terhadap kinerja keseluruhan dan dikontrol menggunakan teknik statistik dan kuantitatif lainnya. Ukuran kinerja ditetapkan untuk kualitas dan kinerja. Keduanya digunakan sebagai kriteria untuk mengelola seluruh proses. Pengukuran yang digunakan didasarkan pada kebutuhan pelanggan, organisasi, dan pelaksana proses dalam upaya mendukung pengambilan keputusan di masa yang akan datang.

- e. Level 5 (*optimizing*) : sebuah organisasi telah berorientasi pada inovasi dan peningkatan secara berkelanjutan. Tahap ini merupakan tahap tertinggi dari *maturity rating*, dimana proses terus ditingkatkan berdasarkan ukuran kuantitatif penyebab umum dalam variasi proses. Fokusnya adalah pada perbaikan kinerja secara terus menerus melalui peningkatan teknologi bertahap dan inovatif. Perbaikan dievaluasi terhadap tujuan organisasi dan sumber daya manusia yang melaksanakannya. Organisasi akan cepat merepon perubahan dan peluang secara terbuka dalam berbagi pengetahuan. Perbaikan secara berkelanjutan ini merupakan tanggungjawab bagi setiap *stakeholder* yang ada.

Penilaian *Maturity Rating* didasarkan pada dua poin utama yaitu pertama **Result Based** yang merupakan Penilaian maturitas suatu organisasi berdasarkan target yang telah ditetapkan pada setiap tingkatan maturitas. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan output yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif. Pengukuran berbasis hasil memudahkan assessor dalam mengukur maturitas berdasarkan capaian kinerja atau target atas aktivitas tertentu. Kedua **Process Based** yang merupakan Penilaian maturitas suatu organisasi berdasarkan tingkat kedalaman proses yang akan diukur. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan input maupun output yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan. Pengukuran berbasis proses memudahkan assessor dalam mengukur maturitas berdasarkan rencana kerja, dependensi, komitmen, milestones, serta monitoring atas aktivitas tertentu.

Seluruh kriteria pada aspek penilaian dan indikator result based maupun process based memiliki kerangka pengukuran yang sama. Adapun masing-masing kriteria pada setiap indikator diukur sesuai dengan target yang harus dicapai pada setiap tingkatan maturitas, baik yang didefinisikan secara kuantitatif maupun kualitatif. Kerangka penilaian maturitas *result based* dan *process based* dapat dilihat pada table berikut:

Tabel 1 Kerangka Penilaian Maturitas Result Based dan Process Based

Maturity Level	Komponen Penilaian (n)					
	Unsur	Definisi	Indikator penilaian			
			1	2	3	4
1 <i>Initial</i>	Definisi atas capaian maturitas atau target yang dapat dicapai oleh organisasi pada level tertentu	Deskripsi atau rincian kriteria yang harus dicapai pada setiap indikator oleh organisasi pada level tertentu, berupa <i>checklist</i> serta kebutuhan dokumen yang dibutuhkan untuk menunjukkan bukti adanya suatu aktivitas capaian target	Nilai 25%	Nilai 50%	Nilai 75%	Nilai 100%
2 <i>Managed</i>						
3 <i>Defined</i>						
4 <i>Predictable</i>						
5 <i>Optimizing</i>						

Sumber: Kementerian Keuangan, 2021

Data pendukung pada kategori penilaian *Result based* dapat dilihat pada table berikut:

Tabel 2 Kerangka Data Pendukung pada Kategori Penilaian Result Based

Maturity Level	Keuangan (<i>Result Based</i>)		
	Likuiditas	Tren	Data Pendukung yang dibutuhkan
1 <i>Initial</i>	Deviasi rasio kas dan rasio lancar ≥ 0.6 dari target	Tren penilaian indikator menurun dalam jangka 3 tahunan	Laporan keuangan untuk periode: Tahun pelaporan Tahun pelaporan -1 Tahun pelaporan -2
2 <i>Managed</i>	Deviasi rasio kas dan rasio lancar $0.6 > x \geq 0.4$ dari target	Tren penilaian indikator tetap dalam jangka 3 tahunan	
3 <i>Defined</i>	Deviasi rasio kas dan rasio lancar $0.4 > x \geq 0.2$ dari target	Tren penilaian indikator mengalami keniakan dalam jangka 3 tahunan	
4 <i>Predictable</i>	Deviasi rasio kas dan rasio lancar < 0.2 dari target	Tren penilaian indikator mengalami kenaikan signifikan dalam jangka 3 tahunan	
5 <i>Optimizing</i>	Rasio kas berada diantara 0.9 – 1.1 Rasio lancar berada diantara 0.9 – 1.1	Tren penilaian indikator stabil diangka capaian target ideal dalam jangka 3 tahunan	

Sumber: Kementerian Keuangan, 2021

Data pendukung pada kategori penilaian *Process based* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3 Kerangka Data Pendukung pada Kategori Penilaian Process Based

	Tata Kelola			
	Perencanaan Strategis			
Maturity Level	Kriteria	Terpenuhi?	% Capaian	Work product/Output
1 <i>Initial</i>	a. Penyusunan rencana strategis setidaknya telah dilakukan secara ad hoc	✓	100%	Tidak ada wordk product, setidaknya perencanaan strategis telah dilakukan namun berdasarkan kebutuhan atau permintaan tertentu
	b. Penyusunan rencana strategis setidaknya telah dilakukan oleh unit, divisi tertenti secara informal	✓		Tidak ada work product, setidaknya perencanaan strategis telah dilakukan oleh unit/divisi tertentu namun belum tertuang dalam dokumen resmi
2 <i>Managed</i>	a. Penyusunan rencana strategis setidaknya telah dilakukan secara rutin oleh unit tertentu,	✓	50%	Program kerja atau rencana strategis di level divisi atau unit

	Tata Kelola			
	Perencanaan Strategis			
Maturity Level	Kriteria	Terpenuhi?	% Capaian	Work product/Output
	misal: unit TI telah menyusun rencana strategis IT master plan			
	b. Kebutuhan setiap stakeholder baik internal maupun eksternal yang terkait dengan perencanaan strategis setidaknya sudah diidentifikasi dan dianalisis	✕		Laporan hasil analisis kebutuhan stakeholder/laporan hasil analisis kondisi strategis organisasi misalnya SWOT Analysis.
3 <i>Defined</i>				
4 <i>Predictable</i>				
5 <i>Optimizing</i>				

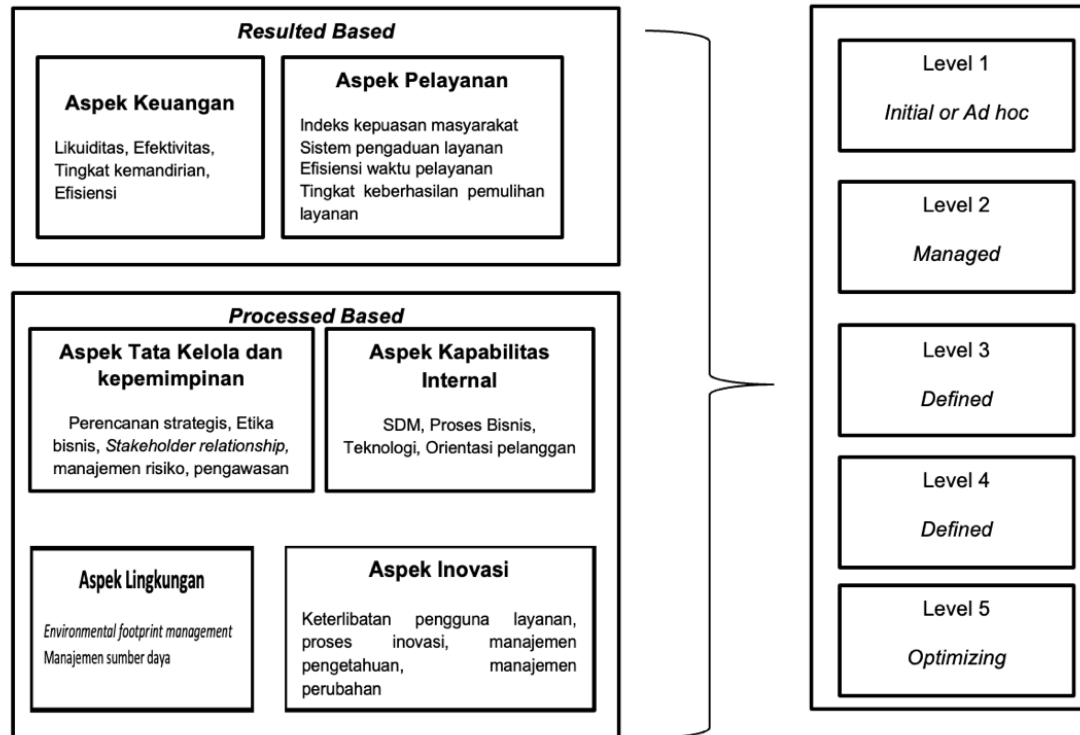
Sumber: Kementerian Keuangan, 2021

Kategori Hasil Penilaian Tingkat Maturitas BLU

Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i>	organisasi melakukan aktivitas bersifat tidak teratur/ ad-hoc yang digunakan sebagai dasar pengukuran maturitas.
Level 2 <i>Managed</i>	organisasi memiliki kapabilitas untuk melakukan aktivitas yang bersifat pengulangan/teratur tetapi belum terdokumentasi secara standar.
Level 3 <i>Defined</i>	organisasi mampu mendokumentasikan aktivitas pada Level 2 secara standar yang dituangkan dalam bentuk prosedur baku.
Level 4 <i>Predictable</i>	organisasi mampu mendefinisikan, mengendalikan, dan memprediksi proses untuk menjaga kualitas layanan maupun output yang diberikan kepada publik.
Level <i>Optimizing</i>	organisasi telah berorientasi pada inovasi dan peningkatan berkelanjutan.

2.2.4 Bobot Penilaian *Maturity Rating*

Penilaian *Maturity Rating* disusun dengan tujuan untuk menciptakan *framework* penilaian yang sifatnya ekuivalen dan universal dalam setiap rumpunnya. Setiap penilaian pada aspek *Maturity Rating* memiliki bobot penilaian secara keseluruhan yang dibagi menjadi 20% untuk keuangan dan 80% untuk aspek pelayanan dan *total quality management*. Aspek pelayanan merupakan aspek yang secara spesifik digunakan untuk mengukur kinerja layanan berdasarkan karakteristik rumpun. Sementara *total quality management* merupakan komponen dasar yang digunakan untuk basis pengelolaan fungsi manajemen organisasi secara internal. Bobot pada masing-masing aspek yaitu layanan dan *total quality management* terbagi menjadi 25% untuk pelayanan, 20% untuk kapabilitas internal, 20% untuk tata kelola dan kepemimpinan, 10% untuk inovasi, dan 5% untuk lingkungan. Walaupun terdapat beberapa perbedaan dalam jumlah indikator masing-masing aspek penilaian, hal tersebut tidak berpengaruh secara signifikan terhadap penetapan level atau tingkatan maturitas karena masing-masing indikator memiliki bobot yang sama (Direktorat Pembinaan Pengelolaan Keuangan BLU, Kementerian Keuangan, 2020). Secara keseluruhan, kerangka penilaian *Maturity Rating* BLU dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2 Kerangka Assessment Maturity Rating BLU (Dirjen Perbendaharaan, Kementerian Keuangan, 2022)

2.3 Tinjauan Umum Rumah Sakit

2.3.1 Definisi Rumah Sakit

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menjelaskan bahwa Rumah Sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam pelaksanaannya secara perseorangan dalam bentuk spesialisistik dan/atau spesialisistik, pelayanan kesehatan dasar, penyelenggaraan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan (DPR RI, 2023).

Pada peraturan Pemerintah Nomor 47 tahun 2021 menjelaskan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan terdiri dari rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Akreditasi rumah sakit merupakan pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan beberapa tahap penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi (PP No. 47, 2021).

Dari definisi rumah sakit yang dipaparkan, rumah sakit adalah untuk melayani pasien yang terisolasi dari keluarga dan masyarakat sekitar dan untuk menawarkan layanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat, baik preventif maupun kuratif. Selain menjadi rumah bagi mereka, fasilitas kesehatan ini juga berfungsi sebagai tempat penelitian biososial dan rumah sakit pendidikan bagi para profesional medis. (DPR RI, 2023).

2.3.2. Tujuan dan Fungsi Rumah Sakit

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menjalankan fungsi pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialisistik dan/atau sub-spesialisistik, pelayanan kesehatan dasar, dan sebagai penyelenggara fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan, serta menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (DPR RI., 2023)

2.3.3. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan jenis pelayanan yang tersedia, rumah sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus yang ditetapkan klasifikasinya oleh pemerintah berdasarkan kapabilitas pelayanan fasilitas

kesehatan, sarana penunjang dan sumber daya manusia (PP No. 47 Tahun 2021), klasifikasi tersebut yaitu:

Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas:

- a. Rumah Sakit umum kelas A;
- b. Rumah Sakit umum kelas B;
- c. Rumah Sakit umum kelas C; dan
- d. Rumah Sakit umum kelas D.

Klasifikasi Rumah Sakit khusus terdiri atas:

- a. Rumah Sakit khusus kelas A;
- b. Rumah Sakit khusus kelas B; dan
- c. Rumah Sakit khusus kelas C.

Kelas Rumah Sakit umum dikategorikan ke dalam 4 kelas mulai dari A,B,C,D dimana untuk yang membedakan keempat kelas tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Bangunan dan prasarana
- b. Kemampuan pelayanan
- c. Sumber daya manusia
- d. Peralatan

Keempat kelas rumah sakit umum tersebut mempunyai spesifikasi dan kemampuan yang berbeda dalam kemampuan memberikan pelayanan kesehatan, keempat rumah sakit tersebut diklasifikasikan menjadi:

- 1) Rumah Sakit Umum Tipe A Rumah sakit tipe A merupakan rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis secara luas. Rumah sakit umum tipe A sekurang-kurangnya terdapat 4 pelayanan medik spesialis dasar yang terdiri dari: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak , bedah dan obstetri dan ginekologi. 5 spesialis penunjang medik yaitu: pelayanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik, patologi klinik dan patologi anatomi. 12 spesialis lain yaitu: mata, telinga hidung tenggorokan, saraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedic, urologi, bedah syaraf, bedah plastic dan kedokteran forensik dan 13 subspesialis yaitu: bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, obstetric dn ginekologi, mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, jiwa, paru, onthopedi dan giggi mulut.

- 2) Rumah Sakit tipe B Rumah sakit tipe B adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis luas dan subspesialis terbatas. Rumah sakit umum yang 9 mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar yaitu: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetric dan ginekologi. 4 spesialis penunjang medik: pelayanan anastesiologi, radiologi, rehabilitasi medik dan patologi klinik. Dan sekurang- kurangnya 8 dari 13 pelayanan spesialisin lain yaitu: mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedic, urologi, bedah 19 syaraf, bedah plastik dan kedokteran forensik: mata, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, urologi dan kedokteran forensic. Pelayanan medik subspesialis 2 dari 4 subspesialis dasar yang meliputi: bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, obstetric dan ginekologi.
- 3) Rumah Sakit Tipe C Rumah sakit tipe C adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetri, dan ginekologi dan 4 spesialis penunjang medik: pelayanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik dan patologi klinik.
- 4) Rumah Sakit tipe D Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 dari 4 spesialis dasar yaitu: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetric dan ginekologi.

2.3.4. Kewajiban Rumah Sakit

Setiap rumah sakit memiliki kewajiban terdiri atas (UU Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023):

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. memberikan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;

- c. memberikan pelayanan Gawat Darurat kepada Pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi Pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan Gawat Darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan KLB, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak Pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah di bidang Kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar Tenaga Medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan Tenaga Kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

2.3.5. Hak Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki hak berupa (UU Kesehatan No 17 Tahun 2023) :

- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
- b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam mengembangkan pelayanan;
- d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan; dan
- g. mempromosikan layanan Kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.4 Strategi Peningkatan Kinerja Rumah Sakit

2.4.1 Definisi Strategi

Strategi pada dasarnya adalah ilmu dan seni dengan menggunakan dan mengembangkan kekuatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam menyusun strategi diperlukan manajemen strategi yang menjadi serangkaian keputusan dan tindakan mendasar yang dibuat dan diimplementasikan oleh *stakeholder* suatu organisasi dalam rangka mencapai tujuan organisasi tersebut (Siagian, 1998).

Henry Mintzberg, James Brian Quinn, dan John Voyer (1995) mendefinisikan strategi dengan membaginya menjadi beberapa poin utama, yaitu perspektif, posisi, perencanaan, pola kegiatan, dan tipu daya. Poin tersebut memiliki pengertian masing-masing, yaitu:

- a. Perspektif, pada poin ini setiap aktivitas yang dirumuskan atau dilakukan harus mengacu pada misi yang disusun sehingga tidak boleh keluar dari misi tersebut. Jika keluar dari misi yang telah disusun maka akan berdampak pada ketidakjelasan arah dan fokus kegiatan sehingga mengakibatkan perencanaan tidak terlaksana dengan baik.

- b. Posisi, pada poin ini kemampuan dari lembaga atau organisasi dalam menempatkan beberapa item pilihan suatu organisasi agar dapat selalu berada di posisi mereka.
- c. Perencanaan, pada poin ini perencanaan merupakan susunan secara sistematis mengenai tindakan atau langkah yang akan dilakukan, berdasarkan pada pertimbangan-pertimbangan atas potensi, faktor eksternal dan pihak-pihak yang berkepentingan dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Dalam pelaksanaan perencanaan, selalu melibatkan prinsip 5W+1H. Perencanaan membutuhkan jadwal yang matang sehingga kegiatan dapat berjalan dengan baik.
- d. Pola kegiatan, pada poin ini strategi dibentuk dalam suatu pola, yaitu umpan balik dan penyesuaian, agar terdapat hubungan antara visi, misi, dan perencanaan yang efektif, sehingga perlu menyusun pola yang saling menguatkan dan sesuai. Poin ini dapat dievaluasi secara berkala sehingga dapat menjadi acuan keberhasilan suatu perencanaan.
- e. Tipu daya, poin ini menjelaskan bahwa dalam menyusun strategi kita membutuhkan seni untuk menata agar strategi terlaksana dengan baik, sehingga pencapaian tujuan dapat dijangkau dengan mudah dan berjalan secara berkesinambungan. Strategi direncanakan dan dilaksanakan dengan niat tertentu untuk mengalahkan dan mengungguli kompetisi di pasar dengan memperoleh keunggulan kompetitif.

2.4.2 Strategi peningkatan kinerja Rumah Sakit

Kinerja merupakan pengukuran yang dilakukan secara periodik mengenai efektifitas operasional suatu organisasi, bagan organisasi, dan karyawannya berdasarkan sasaran standar dan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Kinerja merupakan poin penting dalam organisasi layanan publik, karena pengukuran kinerja dapat diketahui efektivitas dari penetapan strategi dan penerapannya dalam jangka waktu tertentu. Pengukuran kinerja rumah sakit dapat mendeteksi kelemahan atau kekurangan yang masih terdapat dalam organisasi tersebut, sehingga dapat dilakukan perbaikan dimasa yang akan datang (Mulyadi, 2007).

Strategi peningkatan kinerja rumah sakit dapat dilakukan melalui berbagai pendekatan terintegrasi yang mencakup aspek manajemen, pelayanan, sumber daya manusia, dan teknologi. Rumah sakit perlu

menerapkan sistem manajemen mutu berbasis standar akreditasi untuk menjamin keselamatan pasien dan mutu layanan secara berkelanjutan. Penguatan kompetensi sumber daya manusia menjadi kunci penting, melalui pelatihan berkelanjutan, evaluasi kinerja yang objektif, dan sistem penghargaan yang adil.

Pemanfaatan teknologi informasi, khususnya melalui Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), dapat meningkatkan efisiensi operasional dan akurasi data pelayanan. Strategi lean hospital juga dapat diterapkan untuk mengurangi pemborosan dalam proses pelayanan, seperti waktu tunggu pasien dan penggunaan sumber daya. Rumah sakit juga perlu mengadopsi pendekatan pengukuran kinerja yang menyeluruh sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan, kepuasan pasien, efisiensi operasional, dan akuntabilitas publik secara berkelanjutan.

2.5 Pengembangan Strategi

Strategi merupakan tindakan yang menuntun keputusan manajemen puncak dan sumber daya suatu perusahaan. Strategi dapat mempengaruhi kehidupan organisasi dalam jangka panjang dalam hal ini berorientasi pada masa depan, sehingga strategi mesti direncanakan dengan baik dan matang untuk mencapai sasaran. Selain itu strategi yang disusun dapat pula dikembangkan. Strategi pengembangan adalah usaha secara menyeluruh yang membutuhkan dukungan dari pimpinan atas yang dirancang untuk meningkatkan efektivitas melalui penggunaan beberapa teknik intervensi yang diterapkan berdasarkan pengetahuan yang berasal dari ilmu perilaku (Rachmat, 2014; James, I. Gibson, 1990).

Perumusan strategi diterapkan untuk mengetahui suatu ancaman yang dihadapi, peluang atau kesempatan yang dimiliki serta kekuatan dan kelemahan suatu organisasi. Perumusan strategi mencakup misi organisasi, tujuan yang ingin dicapai, pengembangan strategi dan penetapan pedoman kebijakan. Hal tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut (Rachmat, 2014; James, I. Gibson, 1990; Ricky W. Griffin, 2004) :

a. Misi

Misi organisasi merupakan tujuan atau alasan terkait berdirinya suatu organisasi. Misi sebuah organisasi harus disusun dengan baik, dapat

mengidentifikasi tujuan mendasar yang berbeda dengan perusahaan lain, dan mengidentifikasi jangkauan operasi suatu organisasi.

b. Tujuan

Tujuan adalah hasil akhir dari aktivitas perencanaan. Tujuan harus dapat merumuskan hal-hal yang ingin diselesaikan dan jika kemungkinan sebaiknya diukur. Pencapaian tujuan berasal dari hasil penyelesaian misi

c. Pengembangan strategi

Strategi disusun sebagai perencanaan komprehensif tentang bagaimana cara organisasi akan mencapai misi dan tujuan yang telah ditetapkan. Strategi memaksimalkan keunggulan kompetitif dan meminimalkan keterbatasan kemampuan bersaing.

d. Penetapan pedoman kebijakan

Kebijakan meliputi pedoman luas untuk pengambilan keputusan organisasi secara keseluruhan. Kebijakan dijadikan pedoman yang menghubungkan rumusan strategi dan implementasi. Kebijakan-kebijakan tersebut diinterpretasi dan diimplementasikan melalui strategi dan tujuan dari divisi masing-masing.

Hatten (1996) menjelaskan ada beberapa petunjuk yang dapat membantu dalam menyusun dan mengembangkan strategi dengan baik, petunjuk tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Strategi harus konsiten dengan lingkungan, strategi dibuat mengikuti arus perkembangan masyarakat, dalam lingkungan yang memberi peluang untuk bergerak maju.
2. Setiap organisasi tidak hanya membuat satu strategi, tergantung pada ruang lingkup kegiatannya. Apabila ada banyak strategi yang dibuat maka strategi yang satu haruslah konsisten dengan strategi yang lain. Jangan bertentangan atau bertolak belakan, semua strategi senantiasa diserasikan satu dengan yang lain.
3. Strategi yang efektif hendaknya memfokuskan dan menyatukan semua sumberdaya dan tidak menceraiberaikan satu dengan yang lain. Persaingan tidak sehat antara berbagai unit kerja dalam suatu organisasi seringkali mengklaim sumberdayanya, membiarkannya terpisah dari unit kerja lainnya sehingga kekuatan-kekuatan yang tidak menyatu itu justru merugikan posisi organisasi.

4. Strategi hendaknya memusatkan perhatian pada apa yang merupakan kekuatannya dan tidak pada titik-titik yang justru adalah kelemahannya. Selain itu hendaknya juga memanfaatkan kelemahan pesaing dan membuat langkah-langkah yang tepat untuk menempati posisi kompetitif yang lebih kuat.
5. Sumber daya adalah sesuatu yang kritis. Mengingat strategi adalah sesuatu yang mungkin, hendaknya dibuat sesuatu yang memang layak dapat dilaksanakan.
6. Strategi hendaknya memperhitungkan resiko yang tidak terlalu berhati-hati, sehingga tidak menjerumuskan organisasi ke lubang yang lebih besar. Oleh karena itu strategi hendaknya selalu dapat dikontrol.
7. Strategi hendaknya disusun di atas landasan keberhasilan yang telah dicapai.
8. Tanda-tanda suksesnya dari suksesnya strategi ditampakkan dengan adanya dukungan dari pihak-pihak yang terkait dari para eksekutif, dari semua pimpinan unit dalam organisasi.

Menurut Grant (1999) strategi memiliki 3 peranan penting dalam mengisi tujuan manajemen, yaitu :

1. Strategi sebagai pendukung untuk pengambilan keputusan
2. Strategi sebagai suatu elemen untuk mencapai sukses. Strategi merupakan suatu bentuk atau tema yang memberikan kesatuan hubungan antara keputusan-keputusan yang diambil oleh individu atau organisasi.
3. Strategi sebagai sarana koordinasi dan komunikasi
4. Salah satu peranan penting strategi sebagai sarana koordinasi dan komunikasi adalah untuk memberikan kesamaan arah bagi perusahaan
5. Strategi sebagai target
6. Konsep strategi akan digabungkan dengan misi dan visi untuk menentukan di mana perusahaan berada dalam masa yang akan datang.

Pelayanan prima rumah sakit harus melakukan pendekatan mutu paripurna yang berorientasi pada kepuasan pasien agar eksistensi rumah sakit tetap terjaga ditengah pertumbuhan industri pelayanan kesehatan yang semakin kuat. Upaya yang dilakukan rumah sakit untuk tetap bertahan adalah dengan

meningkatkan pelayanan kesehatan kepada pasien. Hal tersebut karena rumah sakit bertanggung jawab atas pelaksanaan upaya kesehatan dengan tujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Arfiany (2010) menjelaskan bahwa terdapat beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam pengembangan strategi pada rumah sakit, pertama aspek kepemimpinan yaitu seorang pemimpin memegang peran penting karena seorang pemimpin dapat menentukan gerak maju suatu organisasi. Aspek kepemimpinan menunjukkan bagaimana cara menuntun, mengarahkan, dan mengambil keputusan. Kedua, aspek komunikasi yaitu aktivitas yang menyatukan pendapat antar satu individu dengan yang lainnya. Komunikasi juga akan mempererat individu dalam kinerja organisasi. Komunikasi ini diharapkan dapat memberikan pengaruh terhadap pelayanan yang diberikan kepada pelanggan organisasi.

Menurut Klepack (1990) pada dasarnya komunikasi internal perusahaan yang baik akan membawa pada perbaikan moral dan produktifitas karyawan yang tinggi. Sebab dampak dari komunikasi adalah bahwa mereka menjadi tahu akan misi dan visi dari perusahaan tempat mereka bekerja. karyawan yang tahu dan memahami misi dari perusahaan. Ketiga, aspek system control yaitu aktivitas manajemen yang berupa pengawasan, pengarahan, penilaian kinerja yang menjadi dasar bagi bawahan atau karyawan. Sistem kontrol perilaku memiliki dampak positif terhadap kinerja rumah sakit, Dimana keinginan pelanggan dapat dipenuhi dengan baik dan sesuai.

2.5 Review Penelitian Terkait

Tabel 4 Literature Review

No	Judul, Penulis	Jurnal, Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
1.	Tinjauan Penggunaan Maturity Rating	Jurnal Sosial, Tahun 2024	<i>Maturity Rating berdasarkan process based dan result based yang berfokus pada aspek keuangan dan aspek pelayanan</i>	Seluruh stakeholder di RSJ Prof. Dr. Soerojo	Penelitian kuantitatif deskriptif menggunakan metode pengumpulan data melalui pendekatan analisis data sekunder berupa studi kepustakaan. Data yang diambil berupa laporan keuangan dan kinerja RSJ Prof. Dr. Soerojo tahun 2020-2022 serta dokumen Rencana Strategis Bisnis, Rencana Bisnis Anggaran	Hasil penelitian menunjukkan bahwa Maturity Rating mampu mengidentifikasi area perbaikan pada aspek keuangan dan aspek pelayanan RSJ Prof. Dr. Soerojo. Hasil pengukuran disajikan dalam bentuk skor tingkat maturitas untuk setiap aspek yang dinilai berdasarkan kriteria masing-masing sesuai dengan Pedoman Penilaian Maturity Rating.	Persamaan: variabel yang diteliti berupa penilaian <i>Maturity Rating</i> berdasarkan pada <i>process based</i> dan <i>result based</i> Perbedaan: 1. variabel penelitian berfokus pada aspek keuangan 2. metode penelitian yang digunakan

No	Judul, Penulis	Jurnal, Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
2.	Tantangan Implementasi Maturity Rating Assesment Badan Layanan Umum Kesehatan Terhadap Kinerja Maturitas Aspek Inovasi di RS Persahabatan Tahun 2021-2022 Magdalena Puji Indratni	Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI) Tahun 2024	Penilaian <i>Maturity Rating</i> berdasarkan basis proses (<i>process based</i>) dan basis hasil (<i>result based</i>) yang berfokus pada aspek inovasi.	Populasi dan sampel pada penelitian ini adalah seluruh <i>stakeholder</i> Rumah Sakit Persahabatan	Metode Analisis menggunakan metode dokumentasi dan studi pustaka. Analisis menggunakan metode kuantitatif dengan data times series dan data cross section serta FGD yang melibatkan perwakilan Tim Kerja, Tim penilai/ validasi dari Kantor Wilayah Direktorat Jenderal Perbendaharaan dan tim penilai/ validasi Direktorat Pembinaan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan	Analisis menunjukkan bahwa Maturity Rating Assessment memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kinerja maturitas BLU pada tahun 2021 dan 2022. Implikasi temuan ini adalah bahwa peningkatan tata kelola dapat meningkatkan kinerja maturitas BLU secara keseluruhan. Studi ini memberikan kontribusi pada pemahaman tata kelola BLU dan memberikan pandangan bagi manajemen BLU untuk	Persamaan: variabel yang diteliti berupa penilaian <i>Maturity Rating</i> berdasarkan pada <i>process based</i> dan <i>result based</i> Perbedaan: 1. Variabel penelitian yang berfokus pada aspek inovasi 2. Metode penelitian yang digunakan

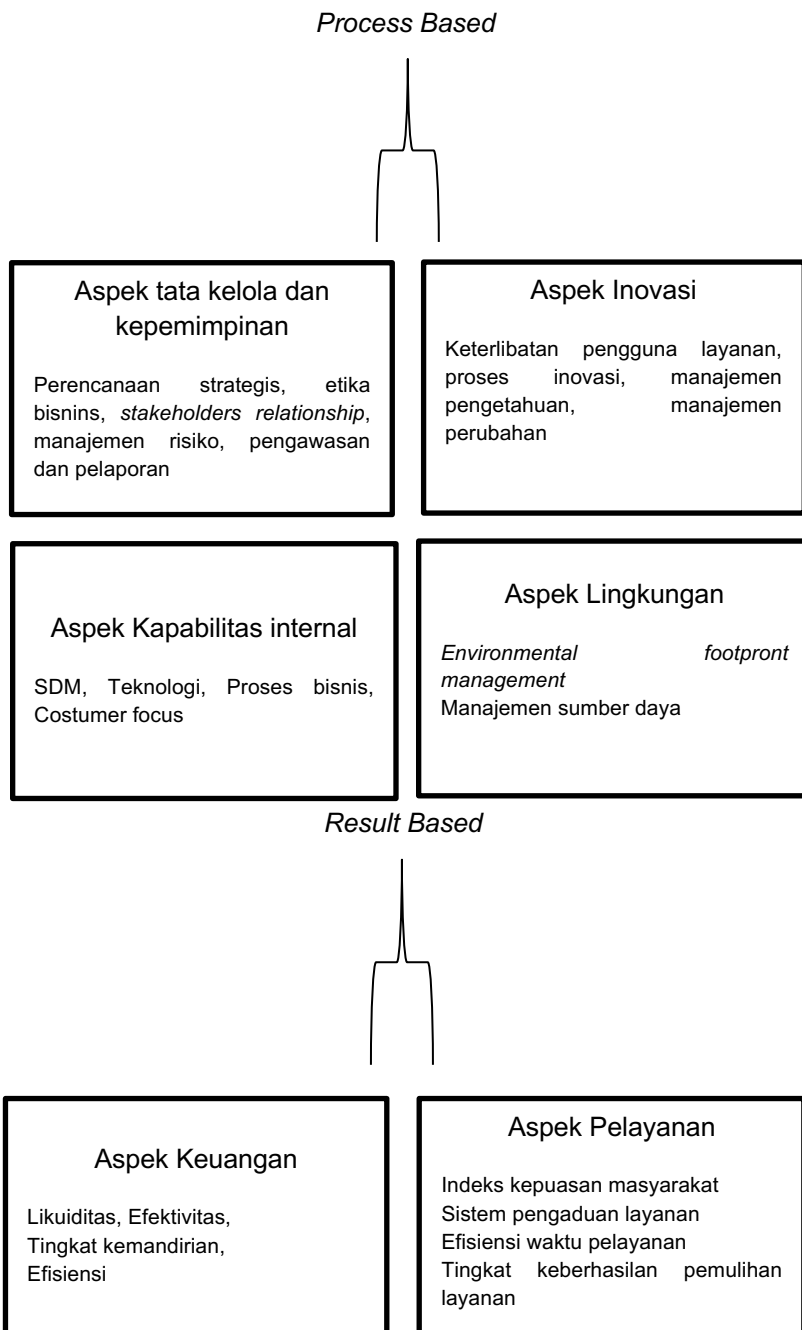
No	Judul, Penulis	Jurnal, Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
					Umum Kementerian Keuangan	meningkatkan aspek-aspek tertentu guna mencapai tingkat kematangan yang lebih tinggi melalui rekomendasi kebijakan yang harus segera dilakukan serta mengembangkan strategi untuk meningkatkan tata kelola dan kinerja maturitas BLU di masa mendatang.	
3.	Analisis Maturity Level Menggunakan Standar Cobit 4.1 Pada Instalasi SIM Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Muhammad Nur Rizal, Siti Mukaromah, Doddy Ridwandono	Jurnal Informatika dan Sistem Informasi Tahun 2020	Penilaian <i>Maturity rating</i> , SIM RS	Instalasi SIM RS di Rumah Sakit Umum haji Surabaya	Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan melakukan wawancara dan studi literature	Hasil penelitian dengan menggunakan penilaian tingkat maturitas diperoleh hasil nilai 3,6 yang berarti instalasi SIM RS pada proses PO2 identifikasi arsitektur	Persamaan: menggunakan penilaian <i>Maturity Rating</i> Perbedaan: 1. Variabel penelitian yang berfokus pada SIM RS

No	Judul, Penulis	Jurnal, Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						informasi telah dilakukan, identifikasi ini dilakukan sebelum proyek dimulai, sehingga dapat menggambarkan kebutuhan apa saja yang dibutuhkan dalam suatu proyek misalkan pengembangan aplikasi rujukan online, terdapat arsitekturnya seperti dibutuhkan berapa komputer untuk menjalankan aplikasi , dibutuhkan jaringan internet seperti apa, semua arsitektur tersebut dicantumkan dalam laporan	2. Metode Penelitian yang digunakan

No	Judul, Penulis	Jurnal, Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						proyek yang telah dikerjakan oleh SIM RS, laporan proyek terdapat pada dokumen program kerja SIM RS	
4.	Evaluation of The Implementation of Maturity Rating In 2023: Rshs Performance Maturity Level Not Optimal Yet Maya Mustikasari	Journal of Law, Social Science and Humanities Tahun 2024	Penilaian <i>Maturity Rating</i> berdasarkan <i>process based</i> dan <i>result based</i> yang berfokus pada aspek keuangan	Seluruh <i>stakeholder</i> di <i>RSHS</i>	Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian evaluasi, yang digunakan sebagai bahan pertimbangan perumusan hasil suatu kebijakan. Perumusan berdasarkan data hasil evaluasi penilaian pelaksanaan <i>maturity rating</i> di <i>RSHS</i> tahun 2023 yang harus dioptimalkan	Hasil penelitian yang membandingkan hasil penilaian tahun 2021 dan 2022. Hasil penilaian <i>maturity rating</i> tahun 2021 adalah 3,1 sedangkan tahun 2022 adalah 3,03. Dalam penilaian <i>result based</i> untuk aspek finansial indikator likuiditas terdapat penurunan dari tahun 2021 ke 2022 yaitu 3,31 menurun ke 2,81.	Persamaan: variabel yang diteliti berupa penilaian <i>Maturity Rating</i> berdasarkan pada <i>process based</i> dan <i>result based</i> Perbedaan: 1. variabel penelitian berfokus pada aspek keuangan 2. metode penelitian yang digunakan

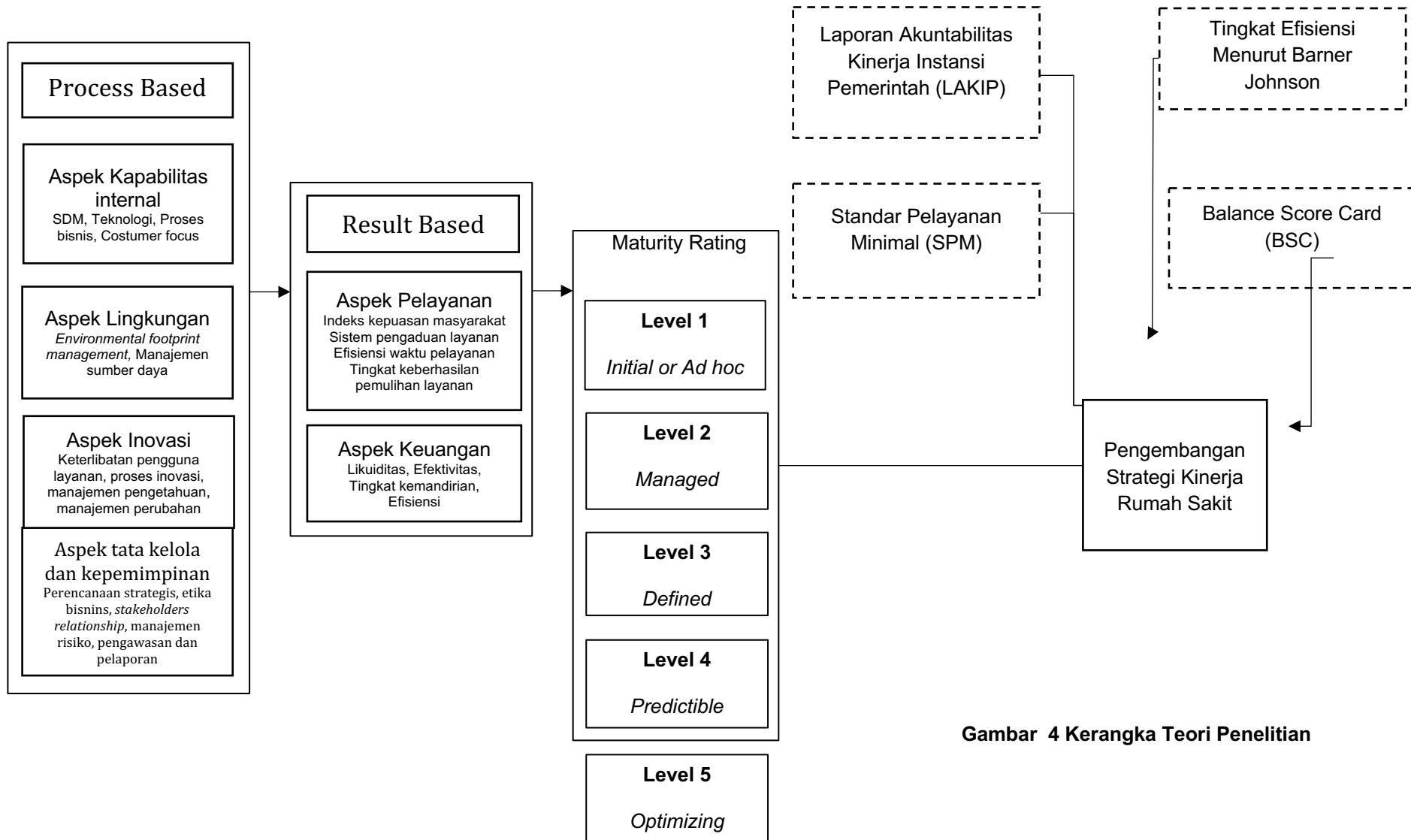
No	Judul, Penulis	Jurnal, Tahun	Variabel Penelitian	Populasi dan Sampel	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
					dan dikembangkan		

2.6 Mapping Variabel Penelitian



Gambar 3 Mapping Teori Penelitian

2.7 Kerangka Teori Penelitian



Gambar 4 Kerangka Teori Penelitian

Maturity Rating BLU adalah upaya perwujudan akan kebutuhan alat ukur kinerja BLU yang universal dan komprehensif. Ketidakterbatasan pengukuran pada jenis layanan yang diberikan, menjadikan Maturity Rating BLU sebagai alat ukur universal. Dimana keseluruhan ketentuan pengukuran telah ditetapkan oleh satu entitas berwenang yang dalam hal ini adalah Direktorat Pembinaan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dalam satu ketentuan berdasarkan kesepakatan bersama Kementerian/Lembaga terkait. Mengingat alat ukur BLU selama ini disusun dan ditetapkan secara sepihak oleh kementerian teknis berdasarkan bidang pelayanan yang diberikan. Dikatakan sebagai alat ukur yang komprehensif karena Maturity Rating BLU mengukur maturitas tanpa mengabaikan satu aspek pun yang dirasa memiliki pengaruh bagi pelayanan yang diberikan BLU.

Berdasarkan literatur yang telah dipaparkan, penilaian dengan menganalisis pada penilaian *Maturity Rating* yang terdiri dari penilaian berbasis proses (*process based*) dan hasil (*result based*). Secara pendekatan penilaian *maturity rating*, faktor yang dapat mempengaruhi penilaian berbasis proses dan hasil (*process based-result based*) adalah data atau dokumen kegiatan tidak seluruhnya sesuai dengan sasaran aspek dan target indikator yang dicapai berdasarkan kriteria yang ada, dokumen penilaian berbasis proses dan hasil berupa kegiatan yang telah terlaksana belum terdokumentasikan dengan baik, hal ini dapat disebabkan karena penilaian kedalaman proses yang diukur mulai dari input hingga *output* belum menjelaskan proses secara keseluruhan, tidak adanya unit khusus yang mengelola inovasi yang mampu diterapkan dan mendorong perbaikan, serta peningkatan kinerja maturitas, dan rendahnya komitmen unit terkait dalam mendokumentasikan seluruh kegiatan yang mendukung penilaian *maturity rating* karena belum adanya SOP bersama antar unit yang memuat uraian tugas yang mendukung peningkatan capaian *maturity rating*.

Pada dasarnya, ada enam aspek utama yang digunakan dalam pengukuran maturitas melalui Maturity Rating BLU. Enam aspek dengan indikator masing-masing tersebut adalah sebagai berikut:

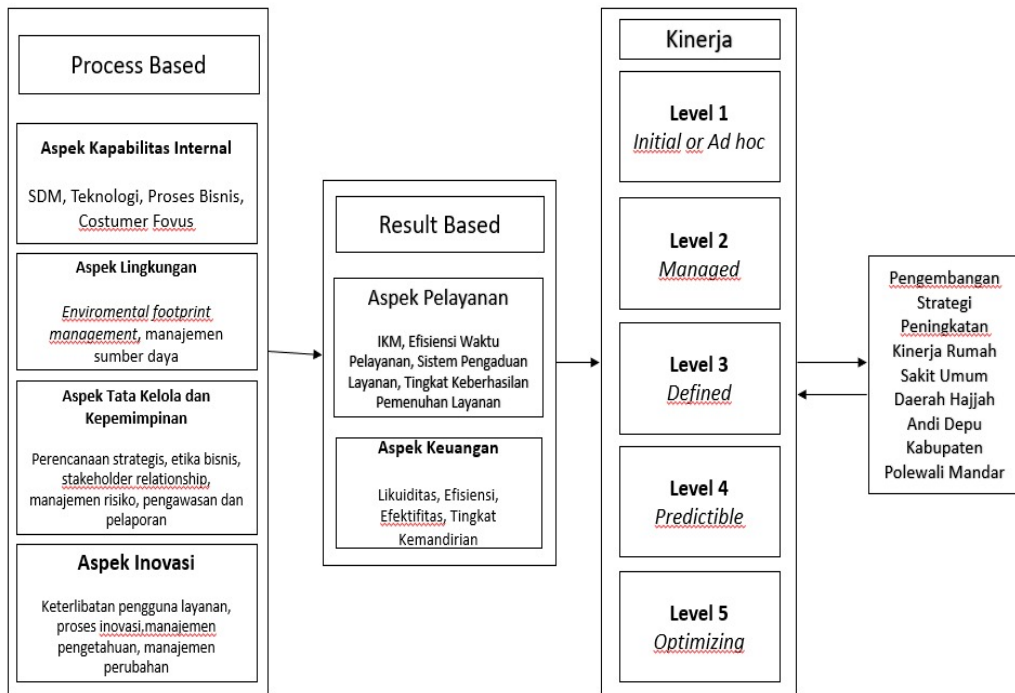
1. Keuangan (KE) memiliki empat indikator pengukuran utama, yakni likuiditas, efisiensi, profitabilitas, dan tingkat kemandirian.
2. Pelayanan (PL) memiliki empat indikator pengukuran utama, yakni Indeks Kepuasan Masyarakat, Sistem Pengaduan Layanan, Efisiensi Waktu Pelayanan, dan Tingkat Kesuksesan Pemenuhan Layanan.
3. Kapabilitas Internal(KI)memilikiempatindikatorpengukuranutama, yakni Sumber Daya Manusia, Proses Bisnis, Teknologi, dan Customer Focus.

4. Inovasi (IN) memiliki empat indikator pengukuran utama, yakni Keterlibatan Pengguna Jasa, Proses Inovasi, Manajemen Pengetahuan, dan Manajemen Perubahan
5. Tata Kelola dan Kepemimpinan (TK) memiliki lima indikator pengukuran utama, yakni Perencanaan Strategis, Etika Bisnis, Stakeholder Relationship, Manajemen Risiko, dan Pengawasan Pelaporan.
6. Lingkungan (LI) memiliki dua indikator pengukuran utama, yakni Enviromental Footprint Management dan Penggunaan Sumber Daya.

Aspek keuangan dan pelayanan adalah aspek pengukuran berdasarkan hasil atau Result Based. Sedangkan aspek lainnya merupakan aspek pengukuran Process Based. Tiap aspek memiliki besaran bobot penilaiannya masing-masing. Aspek keuangan, Kapabilitas Internal, dan Tata Kelola memiliki bobot 20%; aspek pelayanan 25%; aspek inovasi 10%; dan aspek lingkungan sebesar 5%. Bobot penilaian selanjutnya digunakan dalam menentukan level/tingkat maturitas dengan mengalikannya dengan level tiap aspek.

Setelah mengkaji dan menganalisis faktor atau masalah yang dapat mempengaruhi kinerja rumah sakit, perlu penyusunan strategi untuk memperbaiki dan meningkatkan kinerja rumah sakit sebagai instansi yang bertanggungjawab dalam menyediakan pelayanan kesehatan.

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 5 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep tersebut dibuat berdasarkan hubungan antara variabel yang ditemukan dari teori para ahli dan didukung oleh penelitian sebelumnya. Maka penjelasan variabel penelitian dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Analisis penilaian *Maturity Rating* pada penilaian berbasis proses (*process based*) di RSUD Hajjah Andi Depu Kabupaten Polewali Mandar
2. Hasil penilaian ini dilihat dari hasil penilaian *maturity rating* yang diperoleh dari RSUD Hajjah Andi Depu Kabupaten Polewali Mandar
3. Analisis penilaian *Maturity Rating* pada penilaian berbasis hasil (*result based*) di RSUD Hajjah Andi Depu Kabupaten Polewali Mandar
4. Hasil penilaian ini diperoleh dari hasil penilaian *maturity rating* yang diperoleh dari RSUD Hajjah Andi Depu Kabupaten Polewali Mandar
5. Analisis strategi peningkatan Kinerja Rumah Sakit di RSUD Hajjah Andi Depu Kabupaten Polewali Mandar

2.9 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 5 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
1	Aspek Kapabilitas Internal	Sumber Daya Manusia	Mengukur kemampuan tenaga kerja dalam menjalankan fungsi dasar BLU dan penyediaan layanan publik.	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%) Manajemen SDM yang dilakukan di dalam organisasi masih bersifat <i>ad-hoc</i> serta penentuan peran dan tanggung jawab bersifat informal.
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi memiliki kemampuan dalam mengelola SDM secara rutin, meskipun belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku.
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Organisasi telah memiliki kemampuan dalam pengelolaan SDM yang didasarkan pada prosedur baku yang sudah ditetapkan oleh organisasi.
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur <i>output</i> dan tren kinerja SDM, mengidentifikasi peluang baru dalam pengembangan kompetensi, serta mengadopsi <i>shared experience</i> dalam organisasi.

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
		Proses Bisnis	Mengukur kemampuan BLU dalam mengelola aktivitas operasional untuk mencapai target dan rencana strategis Organisasi.	Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> setiap SDM, serta kemampuan untuk menanamkan budaya <i>product and service excellence</i> secara berkelanjutan
				Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%) Pengelolaan proses bisnis yang dilakukan di dalam organisasi masih bersifat <i>ad-hoc</i> serta penentuan alur proses bisnis bersifat informal.
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi memiliki kemampuan dalam mengelola proses bisnis secara rutin, meskipun belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku.
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Organisasi telah memiliki kemampuan dalam pengelolaan proses bisnis yang didasarkan pada prosedur baku yang sudah ditetapkan oleh organisasi, dalam hal ini mencakup namun tidak terbatas pada tujuan, input, proses, dan output.
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren pengelolaan proses bisnis, mengidentifikasi peluang baru dalam

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
				pengembangan proses bisnis, serta mengidentifikasi potensi isu dan risiko.
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> pengelolaan dan pelaksanaan proses bisnis. Organisasi berusaha untuk mengidentifikasi peluang inovasi, mengatasi gap kapabilitas yang ada, dan mengidentifikasi tren kebutuhan di masa depan.
		Teknologi	Mengukur kemampuan BLU dalam mengelola layanan TI untuk pihak internal maupun eksternal	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%) Pengelolaan TI yang dilakukan di dalam organisasi masih bersifat <i>ad-hoc</i> dan informal.
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi memiliki kemampuan dalam mengelola TI secara rutin, meskipun belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku..
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Organisasi telah memiliki kemampuan dalam pengelolaan TI yang didasarkan pada prosedur baku yang sudah ditetapkan oleh organisasi. Fokus utama organisasi adalah menyediakan layanan TI yang efektif dan efisien.

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren kinerja tata kelola TI, mengidentifikasi peluang baru dalam pengembangan pengelolaan TI, serta mengidentifikasi potensi isu dan risiko..
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> kinerja tata kelola TI. Organisasi berusaha untuk mengidentifikasi peluang inovasi, mengatasi gap kapabilitas yang ada, dan mengidentifikasi tren kebutuhan di masa depan.
		<i>Customer Focus</i>	Mengukur kemampuan BLU dalam menyediakan dan mengelola keluhan atas layanan publik	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%) Pengelolaan layanan kepada masyarakat dilakukan secara <i>ad-hoc</i> dan bersifat informal.
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi memiliki kemampuan dalam mengelola layanan kepada masyarakat secara rutin, meskipun belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku..
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%)

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
				Organisasi telah memiliki kemampuan dalam pengelolaan layanan kepada masyarakat yang didasarkan pada prosedur baku yang sudah ditetapkan oleh organisasi
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren kinerja layanan kepada masyarakat mengidentifikasi peluang baru dalam pengembangan pengelolaan layanan publik, serta mengidentifikasi potensi isu dan risiko
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada continuous improvement dalam memberikan layanan kepada masyarakat. Organisasi berusaha untuk mengidentifikasi peluang inovasi, mengatasi gap kapabilitas yang ada, dan mengidentifikasi tren kebutuhan di masa depan.
2	Aspek Tata Kelola dan Kepemimpinan	Perencanaan Strategis	Mengukur kemampuan BLU dalam menyusun perencanaan strategis yang efektif dan efisien	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%) Perencanaan strategis dilakukan secara <i>ad-hoc</i> dan bersifat informal..
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%)

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
			sesuai dengan arahan manajemen	Organisasi telah melakukan perencanaan strategis secara rutin, meskipun proses perencanaan tersebut belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku.
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Organisasi telah melakukan perencanaan strategis yang didasarkan pada prosedur baku yang sudah ditetapkan oleh organisasi
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren /persentase capaian dari rencana strategis baik jangka panjang dan jangka pendek yang telah ditetapkan, mengidentifikasi peluang baru dan potensi risiko
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> dalam perencanaan strategis organisasi
		Etika Bisnis	Mengukur kemampuan BLU dalam menanamkan nilai-nilai pada setiap	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%) Penerapan kode etik organisasi dilakukan secara <i>ad-hoc</i> dan bersifat informal.

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
			individu untuk membangun reputasi yang baik di depan publik.	Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi memiliki kemampuan untuk menerapkan kode etik organisasi secara rutin meskipun belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku.
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Organisasi telah melakukan penerapan kode etik yang didasarkan pada prosedur baku yang sudah ditetapkan oleh organisasi
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren kinerja dari penerapan kode etik organisasi yang telah dilakukan, mengidentifikasi peluang baru dan potensi risiko
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> dalam meningkatkan proses penerapan kode etik organisasi
		<i>Stakeholder Relationship</i>	Mengukur kemampuan BLU dalam mengelola, membangun, dan memelihara hubungan	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%) Pengelolaan hubungan dengan <i>stakeholder</i> dilakukan secara <i>ad-hoc</i> dan bersifat informal.
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%)

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
			dengan stakeholder internal maupun eksternal.	Organisasi telah melakukan pengelolaan hubungan dengan <i>stakeholder</i> secara rutin, meskipun proses tersebut belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku.
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Organisasi telah memiliki kemampuan dalam mengelola hubungan dengan <i>stakeholder</i> yang didasarkan pada prosedur baku yang sudah ditetapkan oleh organisasi.
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren kinerja atas kerja sama yang dilakukan dengan <i>stakeholder</i> baik internal maupun eksternal, peluang baru yang dapat meningkatkan kinerja dari kerja sama tersebut, mengidentifikasi peluang baru dan potensi risiko.
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> dalam mengelola hubungan dengan <i>stakeholder</i> .
				Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%)

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
		Manajemen Risiko	Mengukur tingkat maturitas BLU dalam konteks manajemen risiko.	Manajemen risiko dilakukan secara <i>ad-hoc</i> dan bersifat informal.
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi telah melakukan manajemen risiko secara rutin, meskipun proses manajemen risiko tersebut belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku.
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Organisasi telah melakukan manajemen risiko yang didasarkan pada prosedur baku yang sudah ditetapkan oleh organisasi.
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren/ persentase capaian dari aktivitas manajemen risiko yang telah dilakukan, mengidentifikasi peluang baru dan potensi risiko.
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> dalam manajemen risiko organisasi.
				Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%)

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
		Pengawasan dan Pelaporan	Mengukur tingkat maturitas BLU dalam konteks pengawasan dan pelaporan.	Pengawasan dan Pengendalian dilakukan secara <i>ad-hoc</i> dan bersifat informal.
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi telah melakukan Pengawasan dan Pengendalian secara rutin, meskipun proses tersebut belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku.
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Organisasi telah melakukan Pengawasan dan Pengendalian yang didasarkan pada prosedur baku yang sudah ditetapkan oleh organisasi.
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren/ persentase capaian dari aktivitas Pengawasan dan Pengendalian yang telah dilakukan, mengidentifikasi peluang baru dan potensi risiko.
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> dalam Pengawasan dan Pengendalian organisasi.
3	Aspek Inovasi			Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%)

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
		Keterlibatan Pengguna Jasa	Mengukur keterlibatan pengguna layanan BLU serta pemanfaatan partisipasi sebagai sumber utama dari inovasi	Keterlibatan pengguna layanan dalam pengembangan inovasi layanan masih bersifat <i>ad-hoc</i> serta dokumentasi masih bersifat informal.
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi memiliki kemampuan untuk melibatkan pengguna layanan dalam pengembangan inovasi meskipun belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku.
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Pengguna layanan berperan sebagai pihak yang memberikan masukan atas pengembangan inovasi layanan.
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren kinerja terkait keterlibatan pengguna layanan dalam pengembangan inovasi, mengidentifikasi peluang baru dalam pengembangan inovasi, serta mengidentifikasi potensi isu dan risiko.
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> dalam meningkatkan peran dan keterlibatan pengguna layanan dalam perencanaan inovasi dan pengambilan keputusan.
		Proses Inovasi		Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%)

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
			BLU dapat memiliki proses inovasi yang dinamis, sehingga inovasi dapat dengan mudah diadaptasi ketika kondisi pasar berubah ataupun saat terdapat perubahan pada BLU itu sendiri. Penilaian ini diukur berdasarkan proses dari pembuatan inovasi	Proses inovasi produk dan layanan masih bersifat <i>ad-hoc</i> serta dokumentasi masih bersifat informal.
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi memiliki kemampuan untuk melakukan proses perancangan inovasi produk dan layanan secara rutin meskipun belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku.
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Proses inovasi produk dan layanan telah dilakukan secara berkala sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren kinerja proses inovasi produk dan layanan, mengidentifikasi peluang baru dalam pengembangan inovasi, serta mengidentifikasi potensi isu dan risiko.
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> dalam meningkatkan proses inovasi produk dan layanan. Organisasi berusaha untuk terus memperbaiki proses inovasi agar dapat

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
				mendukung peningkatan kinerja dan menciptakan organisasi yang <i>agile</i> .
		Manajemen Pengetahuan	Mengukur kemampuan BLU dalam mengelola dan mendokumentasi-kan pengetahuan dalam rangka meningkatkan daya saing dan kinerja dari BLU. Menciptakan dan menyerap pengetahuan untuk dieksploitasi menjadi peluang untuk inovasi di berbagai situasi.	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%) Proses pengelolaan informasi dan pengetahuan masih bersifat <i>ad-hoc</i> serta dokumentasi masih bersifat informal. Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi memiliki kemampuan untuk melakukan pengelolaan informasi dan pengetahuan secara rutin meskipun belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku. Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Pengelolaan informasi dan pengetahuan telah dilakukan secara berkala sesuai dengan prosedur yang ditetapkan. Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren kinerja manajemen pengetahuan, mengidentifikasi peluang baru dalam pengembangan inovasi, serta mengidentifikasi potensi isu dan risiko. Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> dalam meningkatkan proses manajemen pengetahuan. Organisasi

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
				berusaha untuk terus memperbaiki proses manajemen pengetahuan agar dapat mendapatkan manfaat optimal dari informasi dan pengetahuan yang dikelola.
		Manajemen Perubahan	Mengukur kemampuan BLU dalam melakukan transisi dalam perubahan di lingkungan bisnis organisasi.	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%) Proses pelaksanaan manajemen perubahan masih bersifat <i>ad-hoc</i> serta dokumentasi masih bersifat informal.
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi memiliki kemampuan untuk melakukan manajemen perubahan secara rutin meskipun belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku.
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Pelaksanaan manajemen perubahan telah dilakukan secara berkala sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren kinerja manajemen perubahan, mengidentifikasi peluang baru dalam pengembangan inovasi, serta mengidentifikasi potensi isu dan risiko.
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%)

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
				Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> dalam meningkatkan proses manajemen perubahan. Organisasi berusaha untuk terus memperbaiki proses manajemen perubahan dalam rangka menghindari kegagalan yang berulang.
4	Aspek Lingkungan	Environmental Footprint Management	Mengukur kemampuan BLU dalam mengelola environmental footprint yang dihasilkan dari aktivitas operasional.	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%) Manajemen <i>environmental footprint</i> yang dilakukan di dalam organisasi masih bersifat ad-hoc serta dokumentasi masih bersifat informal.
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi memiliki kemampuan dalam mengelola <i>environmental footprint</i> secara rutin, meskipun belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku. Fokus utama organisasi masih terbatas pada kegiatan pengelolaan <i>environmental footprint</i> setidaknya telah dilakukan secara berulang meskipun belum terdapat standar baku.
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Organisasi telah memiliki kemampuan dalam pengelolaan <i>environmental footprint</i> yang didasarkan pada prosedur baku yang sudah ditetapkan oleh organisasi. Fokus utama

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
				organisasi adalah kegiatan pengelolaan <i>environmental footprint</i> setidaknya telah mempertimbangkan kebutuhan internal dan eksternal.
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren kinerja terkait pengelolaan <i>environmental footprint</i> , mulai dari mengidentifikasi peluang baru dalam pengembangan proses pengelolaan <i>environmental footprint</i> , serta memprediksi output.
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> proses pengelolaan <i>environmental footprint</i> dan mampu menanamkan budaya <i>product and service excellence</i> secara berkelanjutan.
		Penggunaan Sumber Daya	Mengukur kemampuan BLU dalam mengelola penggunaan sumber daya.	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> (0-20%) Efisiensi penggunaan sumber daya yang dilakukan di dalam organisasi masih bersifat <i>ad-hoc</i> serta dokumentasi masih bersifat informal.
				Level 2 <i>Managed</i> (21-40%) Organisasi memiliki kemampuan dalam melakukan efisiensi penggunaan sumber daya secara rutin meskipun belum didefinisikan dalam bentuk prosedur baku. Fokus utama

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
				organisasi masih terbatas pada kegiatan efisiensi penggunaan sumber daya setidaknya telah dilakukan secara berulang meskipun belum terdapat standar baku.
				Level 3 <i>Defined</i> (41-60%) Organisasi telah memiliki kemampuan dalam efisiensi penggunaan sumber daya yang didasarkan pada prosedur baku yang sudah ditetapkan oleh organisasi. Fokus utama organisasi adalah kegiatan efisiensi penggunaan sumber daya setidaknya telah mempertimbangkan kebutuhan internal dan eksternal.
				Level 4 <i>Predictable</i> (61-80%) Organisasi mampu mengukur output dan tren kinerja terkait efisiensi penggunaan sumber daya, mulai dari mengidentifikasi peluang baru dalam pengembangan proses efisiensi penggunaan sumber daya, serta memprediksi output.
				Level 5 <i>Optimizing</i> (81-100%) Organisasi berfokus pada <i>continuous improvement</i> pada proses efisiensi penggunaan sumber daya dan mampu menanamkan budaya <i>product and service excellence</i> secara berkelanjutan.

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
5	Aspek Keuangan	Likuiditas	Mengukur kemampuan BLU dalam menyelesaikan kewajiban jangka pendeknya.	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> • Deviasi rasio optimalisasi kas ≥ 0.6 dari target • Deviasi rasio lancar ≥ 0.6 dari target
				Level 2 <i>Managed</i> • Deviasi rasio optimalisasi kas $0.6 > x \geq 0.2$ dari target • Deviasi rasio lancar $0.4 > x \geq 0.2$ dari target
				Level 3 <i>Defined</i> • Deviasi rasio optimalisasi kas $0.4 > x \geq 0.2$ dari target • Deviasi rasio lancar $0.4 > x \geq 0.2$ dari target
				Level 4 <i>Predictable</i> • Deviasi rasio optimalisasi kas $\geq < 0.2$ dari target • Deviasi rasio lancar $\geq < 0.2$ dari target
				Level 5 <i>Optimizing</i> • Rasio optimalisasi kas 4% • Rasio lancar berada diantara 1.2 – 1.4
		Efisiensi	Menilai kemampuan manajemen biaya BLU dalam menghasilkan output layanannya yang tercermin	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> • Deviasi POBO ≥ 0.6 dari target
				Level 2 <i>Managed</i> • Deviasi POBO $0.6 > x \geq 0.4$ dari target

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
			dalam pendapatan operasional.	Level 3 <i>Defined</i> • Deviasi POBO $0.4 > x \geq 0.2$ dari target
				Level 4 <i>Predictable</i> • Deviasi POBO < 0.2 dari target
				Level 5 <i>Optimizing</i> • POBO 90%
		Efektivitas	Mengukur kemampuan BLU dalam memanfaatkan sumber daya yang dimilikinya untuk menghasilkan laba (surplus).	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> • Deviasi rasio imbalan atas asset ≥ 0.6 dari target • Deviasi imbalan atas ekuitas ≥ 0.6 dari target
				Level 2 <i>Managed</i> • Deviasi rasio imbalan atas aset $0.6 > x \geq 0.4$ dari target • Deviasi imbalan atas ekuitas $0.6 > x \geq 0.4$ dari target
				Level 3 <i>Defined</i> • Deviasi rasio imbalan atas aset $0.4 > x \geq 0.2$ dari target • Deviasi imbalan atas ekuitas $0.4 > x \geq 0.2$ dari target
				Level 4 <i>Predictable</i> • Deviasi rasio imbalan atas aset < 0.2 dari target • Deviasi imbalan atas ekuitas < 0.2 dari target
				Level 5 <i>Optimizing</i> • Imbalan Atas Aset 9%

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
		Tingkat Kemandirian	Mengukur dependensi belanja BLU terhadap rupiah murni (RM) dari APBN.	• Imbalan Atas Ekuitas 9%
				Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> • Deviasi tingkat kemandirian ≥ 0.6 dari target
				Level 2 <i>Managed</i> • Deviasi tingkat kemandirian $0.6 > x \geq 0.4$ dari target
				Level 3 <i>Defined</i> • Deviasi tingkat kemandirian $0.4 > x \geq 0.2$ dari target
				Level 4 <i>Predictable</i> • Deviasi tingkat kemandirian < 0.2 dari target
				Level 5 <i>Optimizing</i> • Tingkat Kemandirian 85%
6	Aspek Pelayanan	Indeks kepuasan masyarakat	Mengukur seberapa baik BLU dalam memberikan pelayanannya kepada masyarakat dan bagaimana respons masyarakat terhadap pemberian layanan tersebut	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> • Deviasi indeks kepuasan masyarakat ≥ 0.6 dari target
				Level 2 <i>Managed</i> • Deviasi indeks kepuasan masyarakat $0.6 > x \geq 0.4$ dari target
				Level 3 <i>Defined</i> • Deviasi indeks kepuasan masyarakat $0.4 > x \geq 0.2$ dari target
				Level 4 <i>Predictable</i>

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
				• Deviasi indeks kepuasan masyarakat < 0.2 dari target
				Level 5 <i>Optimizing</i> • Indeks Kepuasan Masyarakat 100%
		Efisiensi waktu pelayanan	Mengukur kemampuan BLU dalam menghantarkan layanan sesuai atau dalam standar waktu pelayanan yang telah ditentukan.	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> • Deviasi efisiensi waktu pelayanan ≥ 0.6 dari target
				Level 2 <i>Managed</i> • Deviasi efisiensi waktu pelayanan $0.6 > x \geq 0.4$ dari target
				Level 3 <i>Defined</i> • Deviasi efisiensi waktu pelayanan $0.4 > x \geq 0.2$ dari target
				Level 4 <i>Predictable</i> • Deviasi efisiensi waktu pelayanan < 0.2 dari target
				Level 5 <i>Optimizing</i> • Efisiensi Waktu Pelayanan 100%
		Sistem pengaduan	Mengukur kemampuan BLU dalam menindaklanjuti	Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i> • Belum ada media pelayanan pengaduan masyarakat

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
		layanan	pengaduan, keluhan, dan sebagainya yang diterimanya baik dari sisi tingkat penindaklanjutan maupun waktu penyelesaian	• Tingkat pengaduan ditindaklanjuti $\leq 20\%$ • Penyelesaian pengaduan tepat waktu $\leq 20\%$
				Level 2 <i>Managed</i> • Terdapat media pelayanan pengaduan masyarakat • Tingkat pengaduan ditindaklanjuti $>20\% - 40\%$ • Penyelesaian pengaduan tepat waktu $>20\% - 40\%$
				Level 3 <i>Defined</i> • Terdapat media pelayanan pengaduan masyarakat • Tingkat pengaduan ditindaklanjuti $>40\% - 70\%$ • Penyelesaian pengaduan tepat waktu $>40\% - 70\%$
				Level 4 <i>Predictable</i> • Terdapat media pelayanan pengaduan masyarakat • Tingkat pengaduan ditindaklanjuti $>70\% - 90\%$ • Penyelesaian pengaduan tepat waktu $>70\% - 90\%$
				Level 5 <i>Optimizing</i> • Media Pengaduan 1 • Pengaduan Ditindaklanjuti 90% • Penyelesaian Tepat Waktu 90%
				Level 1 <i>Initial or ad-hoc</i>

No	Variabel	Indikator	Definisi Konsep dan Operasional	Kriteria Objektif
		Tingkat keberhasilan Pemenuhan layanan	Mengukur kemampuan BLU dalam mencapai tujuan penghantaran layanan pada masyarakat.	• Deviasi Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan ≥ 0.6 dari target
				Level 2 <i>Managed</i> • Deviasi Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan $0.6 > x \geq 0.4$ dari target
				Level 3 <i>Defined</i> • Deviasi Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan $0.4 > x \geq 0.2$ dari target
				Level 4 <i>Predictable</i> • Deviasi Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan < 0.2 dari target
				Level 5 <i>Optimizing</i> • Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan 110% • Pertumbuhan rata-rata kunjungan gawat darurat 110%

