



Faktor yang mempengaruhi niat menggunakan teknologi Balanced Scorecard (BSC) oleh para level manajer sektor kesehatan di Indonesia

Factor affecting behavioral intention in using technology Balanced Scorecard (BSC) by health sector managers in Indonesia

Fitri Emi Sri Parastri

Rumah Sakit Umum Daerah Temanggung

ABSTRACT

The health care industry is a capital-intensive, labor-intensive, and full information, with performance information that requires high concentration and attention from the health manager. Balanced Scorecard (BSC) is an importance technological innovation as a performance measurement system that strategically and allow manager translate organizational strategies into the mission and performance indicators with reality acceptance and its own variation response among users. The aim of this study is to determine the factor of affecting hospital managers' behavior intention in implementing the balanced scorecard. This research type was quantitative with cross sectional design. The sampling technique using purposive sampling. The samples were 60 respondents. The data collected by questionnaires analyzed with multiple linear regression test. The quantitative analysis' results of 60 samples showed that a simultaneous influence of easy perceive of using and usefulness perceive on behavioral intention in implementing BSC ($Sig = 0,000 < 0,05$) and easy perceive of using have influence on perceive of usefulness ($Sig = 0,000 < 0,05$). While partially easy perceive of using and usefulness perceive was affected toward behavioral intention is about ($Sig = 0,422 > 0,05$) and ($Sig = 0,001 < 0,05$), on the other side, the easy perceive of using have influence toward usefulness perceive ($Sig = 0,000 < 0,05$). The conclusion was the hospital manager's perception of the easy of use of BSC and the use of the manager together have a significant impact on the manager's behavioral intention to implement the BSC. The hospital manager's perception of easy of use of the BSC had no significant effect on the intention to implement the BSC.

Keywords: *Balanced scorecard; technology acceptance model*

ABSTRAK

Industri pelayanan kesehatan adalah industri padat modal, padat karya, dan padat informasi, dimana konsentrasi dan perhatian manajer sangat dibutuhkan di dalamnya. *Balanced Scorecard* (BSC) adalah inovasi teknologi penting sebagai sistem pengukuran kinerja strategis yang memungkinkan manajer menerjemahkan strategi organisasi ke dalam misi dan indikator kinerja dengan realita respon (tanggapan) yang cukup bervariasi diantara penggunanya. Tujuan dari penelitian ini adalah menentukan faktor yang mempengaruhi niat perilaku manajer rumah sakit dalam menerapkan *balanced scorecard*. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain *cross sectional*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Jumlah sampel yang digunakan sebanyak 60 orang. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dan dianalisis menggunakan uji regresi linier berganda. Hasil analisis kuantitatif dari 60 sampel menunjukkan pengaruh simultan dari persepsi mudah menggunakan dan persepsi kemanfaatan terhadap niat perilaku menerapkan BSC ($Sig = 0,000 < 0,05$) dan persepsi mudah menggunakan berpengaruh terhadap persepsi kemanfaatan ($Sig = 0,000 < 0,05$). Sementara secara parsial persepsi mudah menggunakan dan persepsi kemanfaatan berpengaruh terhadap niat perilaku sebesar masing-masing ($Sig = 0,422 > 0,05$) dan ($Sig = 0,001 < 0,05$), di sisi lain persepsi mudah menggunakan berpengaruh terhadap persepsi kemanfaatan ($Sig = 0,000 < 0,05$). Simpulan dari penelitian ini adalah persepsi manajer rumah sakit terkait kemudahan penggunaan BSC dan kegunaan manajer secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap niat perilaku manajer untuk mengimplementasikan BSC. Persepsi manajer rumah sakit tentang kemudahan penggunaan BSC tidak berpengaruh secara signifikan terhadap niat untuk mengimplementasikan BSC.

Kata kunci: *Balanced scorecard; technology acceptance model*

Korespondensi: Fitri Emi Sri Parastri, RSUD Temanggung, Jl. Gajah Mada Nomor 1A, Tepungsari, Kabupaten Temanggung, Jawa Tengah, Indonesia, e-mail: fiespha_82@yahoo.com

PENDAHULUAN

Industri pelayanan kesehatan adalah industri padat modal, padat karya, dan aliran informasi yang padat dengan informasi kinerja yang memerlukan konsentrasi dan perhatian tinggi dari manajer kesehatan (1,8). Jika tidak segera mengadopsi dan menerapkan sistem manajemen informasi pengukuran kinerja yang berkualitas, organisasi rumah sakit menjadi tidak efisien, kehilangan kepercayaan pelanggan, dan penurunan kredibilitas dalam berbagai aspek (2,9).

Inovasi teknologi yang kompeten dan kompetitif untuk meningkatkan kualitas layanan, mengurangi kesalahan, dan biaya yang lebih rendah adalah *balanced scorecard* yang merupakan pentingnya inovasi teknologi dalam manajemen dunia, sebagai bagian dari seimbang dari sistem pengukuran kinerja secara strategis dan memungkinkan organisasi untuk menerjemahkan strategi organisasi ke dalam misi dan indikator kinerja yang sesuai (3,14,19).

Sistem pengukuran kinerja berdasarkan *Balanced Scorecard* (BSC) mengambil semua informasi dan data layanan kesehatan untuk mengukur, menafsirkan, menginvestigasi, mengkomunikasikan evaluasi program kesehatan, kerangka arah akreditasi dan jalur klinis, kualitas layanan peningkatan perawatan, dan pengambilan keputusan (4,6) oleh pemimpin (manajemen tingkat atas) sebagai pembuat keputusan dan karyawan dengan minat di bawah setiap saat (5,10,12).

Berhasil atau tidaknya proses pengenalan dan implementasi sistem pengukuran kinerja manajemen berdasarkan *Balanced Scorecard* (BSC) di *Institute of Health Services* tidak terlepas dari faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaannya (4,6). Oleh karena itulah penerimaan realitas dan penggunaan teknologi di lembaga pelayanan kesehatan di negara-negara maju dan berkembang memiliki respons variasi sendiri. Dampak teknologi terkomputerisasi untuk dokter dan perawat yang cenderung tidak menyukai paparan teknologi karena jumlah personel dan waktu yang diperlukan untuk melakukan pekerjaannya

dapat menurunkan semangat kerja serta kebingungan dengan penurunan sensitivitas layanan kepada pasien (7,10). Partisipasi besar pada penggunaan teknologi ditunjukkan kepada mereka yang memiliki pengalaman kerja dengan teknologi, pernah mengikuti pendidikan komputer dan pelatihan, serta mereka yang lebih muda usianya (3,8).

TAM (*Technology Acceptance Model* atau *Theory of Acceptance of Technology*) adalah teori yang pertama kali diperkenalkan oleh Fred Davis pada tahun 1986 yang menggambarkan dan menganalisis respon atau reaksi pengguna untuk menerima dan menggunakan (mengadopsi) teknologi yang dimiliki melalui kronologis kasih sayang yaitu, manfaat yang dirasakan (*perceived usefulness*), persepsi kemudahan penggunaan (*perceived ease of use*), sikap terhadap penggunaan (*attitude towards behavior*), niat menggunakan (*behavioral intention*) dan pada penggunaan aktual atau kenyataan (*intention*) (9,10). Institusi TAM mengarahkan langkah-langkah yang tepat agar teknologi yang dipilih dapat diterapkan dan digunakan dengan sukses (11,15).

Kecemasan dalam menggunakan teknologi komputer, persepsi kemandirian dalam menggunakan komputer, persepsi keuangan atau harga, persepsi kualitas informasi, PU (*Perceived Usefulness*), dan PEOU (*Perceived Ease of Use*) merupakan faktor penting yang mempengaruhi niat untuk menggunakan teknologi komputer di kursus online (1,17,5), selain itu, kecemasan dalam menggunakan teknologi komputer, persepsi keuangan atau harga memiliki efek negatif pada niat untuk menggunakan komputer (12,7).

Dokter sebagai pengguna teknologi lain berhak memilih dalam menggunakan teknologi baru atau tidak (otonomi profesional). Hal tersebut kadang-kadang membuat manajemen rumah sakit tidak memiliki kekuatan penuh untuk mengendalikan dan mengatur mereka yang memiliki profesi medis yang memiliki opsi terpisah pada sistem yang dibangun sesuai dengan kebutuhan dan praktik mereka (13), begitu juga dengan perawatan kesehatan profesional

lainnya yang memiliki variasi persepsi sebagai pengguna untuk menghargai penerimaan semua teknologi.

Perbedaan penelitian ini dengan yang lainnya adalah jenis teknologi yang digunakan, waktu, dan tempat penelitian. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi niat perilaku manajer rumah sakit (niat untuk menggunakan) dalam menerapkan teknologi *Balanced Scorecard (BSC)*.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. tempat penelitiannya di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul, Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Wonosobo, RSUD Djojonegoro, RSUD Surakarta, Pusat Perawatan Kesehatan Utama Nguter 1, Klinik Perawatan Kesehatan Afiyah, Klinik Perawatan Kesehatan Afiyah, Pusat Perawatan Kesehatan Dasar Sukoharjo II, dan Magister Manajemen Rumah Sakit (MMR) di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY) dan Universitas Gadjah Mada (UGM) pada Oktober 2017 - Februari 2018. Jumlah sampel yang digunakan adalah 21 orang mahasiswa MMR UGM dan UMY. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner di likert. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji regresi linier berganda.

Kriteria inklusi responden antara lain: a. semua mahasiswa MMR UMY dan UGM yang memiliki potensi manajemen level otoritas di atas (direktur), menengah (kepala divisi) dan rendah (kepala bagian) di mana mereka bekerja, b. mengetahui tentang *balanced scorecard*. Jumlah populasinya sebanyak 98 responden, terdiri dari 25 responden dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Wonosobo, 28 responden dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul, 18 responden dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dan 27 responden dari berbagai lokasi (semua mahasiswa MMR UGM

dan UMY, Rumah Sakit Kabupaten, Klinik, dan Pusat Perawatan Kesehatan Utama).

HASIL

Jumlah responden penelitian ini adalah 60 responden yang terdiri dari 21 responden dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Wonosobo, 10 responden dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul, 5 responden dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dan 24 responden dari berbagai lokasi (semua mahasiswa MMR UGM dan UMY, Rumah Sakit, Klinik, dan Pusat Perawatan Kesehatan Utama).

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik responden di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Wonosobo

Karakteristik	n	%
Umur		
26-32	15	71,4
33-38	3	14,3
39-44	1	4,8
51-56	1	4,8
63-68	1	4,8
Jenis Kelamin		
Laki laki	9	42,9
Perempuan	12	57,1
Pendidikan		
SMA	1	4,8
Sarjana	18	85,7
magister/S2	2	9,5
Jabatan		
Top manajer	2	9,5
Middle Manajer	3	14,3
Low manajer	16	76,2
Lama Kerja (th)		
1,5	1	4,8
2	3	14,3
2,5	1	4,8
3	4	19,0
4	4	19,0
5	2	9,5
6	1	4,8
7	2	9,5
8	1	4,8
9	1	4,8
42	1	4,8
Total	21	100

Tabel 1 menunjukkan karakteristik 21 responden di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Wonosobo mayoritas

adalah berjenis kelamin perempuan sejumlah 12 orang (57,1%), 15 orang (71,4%) pada range umur 26-32 tahun, 18 orang (85,7%) lulusan sarjana, 16 orang (76,2%) sebagai kepala seksi, dan 1 orang (4,8%) memiliki masa kerja terlama yakni 42 tahun.

Tabel 2. Distribusi frekuensi karakteristik responden di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Karakteristik	n	%
Umur		
30-34	2	40
35-38	1	20
39-42	1	20
43-46	1	20
Jenis Kelamin		
Laki laki	4	80
Perempuan	1	20
Pendidikan		
Sarjana	2	40
Magister/S2	3	60
Jabatan		
Middle Manajer	5	100
Lama Kerja (th)		
3,5	1	20
7	1	20
11	1	20
20	1	20
24	1	20
Total	5	100

Karakteristik 5 responden di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dari Tabel 2 diketahui sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sejumlah 4 orang (80%), 2 orang pada range umur 30-34 tahun (40%), 3 orang lulusan magister (60%) diikuti 2 orang (40%) lulusan sarjana, 5 orang (100%) tersebut sebagai kepala bagian (divisi) dan 1 orang (20%) memiliki masa kerja terlama yakni 24 tahun.

Tabel 3. Distribusi frekuensi karakteristik responden di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul

Karakteristik	n	%
Umur		
35-40	5	50
41-45	4	40
46-50	1	10
Jenis Kelamin		
Laki laki	8	80
Perempuan	2	20
Pendidikan		
SMA	1	10
Sarjana	5	50
Magister/S2	4	40
Jabatan		
Top Manajer	5	50
Middle Manajer	5	50
Lama Kerja		
9	1	10
10	2	20
11	1	10
13	1	10
15	1	10
16	1	10
18	1	10
19	1	10
25	1	10
Total	10	100

Karakteristik 10 responden di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul yang dicantumkan dalam Tabel 3 mayoritas berjenis kelamin laki-laki sejumlah 8 orang (80%), 5 orang (50%) pada range umur 35-40 tahun, 5 orang (50%) lulusan sarjana diikuti 4 orang (40%) lulusan magister, 5 orang (50%) sebagai pimpinan puncak, dan 5 orang (50%) sebagai kapala bagian (divisi), dan terdapat masa kerja yang bervariasi pada masing-masing responden yakni mulai 9 tahun sejumlah 1 orang (10%) hingga 25 tahun sejumlah 1 orang (10%).

Tabel 4. Distribusi frekuensi karakteristik responden dari berbagai lokasi (MMR UGM dan UMY, RSUD, Klinik, Puskesmas)

Karakteristik	n	%
Umur		
20-25	3	12,5
31-35	4	16,7
36-40	7	29,2
41-45	5	20,8
46-50	4	16,7
51-55	1	4,2
Jenis		
Kelamin		
Laki laki	11	45,8
Perempuan	13	54,2
Pendidikan		
Sarjana	18	75
Magister/S2	6	25
Jabatan		
Top Manajer	5	20,8
Middle Manajer	12	50
Low manajer	7	29,2
Lama Kerja		
1	2	8,3
5	2	8,3
7	2	8,3
8	5	20,8
9	1	4,2
10	4	16,7
13	1	4,2
14	2	8,4
15	1	4,2
16	1	4,2
18	1	4,2
19	1	4,2
20	1	4,2
Total	24	100

Karakteristik 24 responden di berbagai lokasi penelitian sebagaimana dicantumkan dalam Tabel 4 menggambarkan sebagian besar berjenis kelamin perempuan sejumlah 13 orang (54,2%), 7 orang (29,2%) pada range umur 36-40 tahun, 18 orang (75%) lulusan sarjana diikuti 6 orang (25%) lulusan magister, 12 orang (50%) selaku kepala bagian (divisi) diikuti 7 orang (29,2%) selaku kepala seksi and 5 orang (20,8%) selaku pimpinan puncak and 1 orang (4,2%) memiliki masa kerja terlama yakni 20 tahun.

Analisis Regresi Linier

Analisis regresi linier dalam penelitian ini menggunakan uji t dan uji anova dengan hasil sebagaimana dicantumkan dalam Tabel 5-8.

Tabel 5. Tes-t niat manajer kesehatan mengimplementasikan *Balanced Scorecard* (BSC)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p value
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	1,903	0,612		3,111	0,003
Manfaat	0,508	0,150	0,457	3,381	0,001
Mudah	0,072	0,089	0,109	0,809	0,422

**Dependent Variable*: Niat menggunakan

Tabel 5 tentang PU (*Perceive of Usefulness*) (X_1) atau persepsi kemanfaatan dengan nilai signifikan 0,001 ($< 0,05$) yang artinya bahwa persepsi kemanfaatan (X_1) secara parsial berpengaruh signifikan dan berkontribusi positif terhadap niat menggunakan *Balanced Scorecard*

(BSC) (Y). Persepsi mudah menggunakan atau PEOU (*Perceive of Ease of Use*) (X_2) memiliki nilai signifikan 0,422 ($> 0,05$), dapat disimpulkan bahwa PEOU secara parsial tidak berpengaruh signifikan terhadap niat menggunakan *Balanced Scorecard* (BSC) (Y).

Table 6. Tes-t persepsi kemanfaatan *Balanced Scorecard* (BSC) manajer kesehatan

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p value
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	3,488	0,276		12,643	0,000
Mudah	0,326	0,065	0,552	5,044	0,000

**Dependent Variable*: Manfaat

Persepsi Mudah Menggunakan atau PEOU (*Perceive of Ease of Use*) (X_1) pada Tabel 6 memiliki nilai signifikan 0,000 ($< 0,05$), artinya bahwa PEOU secara parsial

berpengaruh signifikan dan berkontribusi positif terhadap PU (*Perceive Usefulness*) atau persepsi kemanfaatan (Y).

Tabel 7. Tes-F Niat manajer kesehatan mengimplementasikan *Balanced Scorecard* (BSC)

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p value
Regression	5,336	2	2,668	10,866	0,000
Residual	13,997	57	0,246		
Total	19,333	59			

**Dependent Variable*: Niat Menggunakan

Predictors (Constant): Mudah Menggunakan, Manfaat

Hasil uji Anova pada Tabel 7 menjelaskan bahwa nilai F hitung 10,866 lebih besar dari F tabel (3,159) dengan level signifikan 0,000 ($< 0,05$). Hal ini berarti persepsi Mudah Menggunakan (PEOU) dan persepsi

kemafaatann atau *Perceive Usefulness* (PU) secara simultan berpengaruh signifikan dan berkontribusi positif terhadap niat manajer mengimplementasikan *Balanced Scorecard* (BSC).

Tabel 8 Tes-F persepsi kemanfaatan *Balanced Scroecard* (BSC) manajer kesehatan

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p value
Regression	4,771	1	4,771	25,437	0,000
Residual	10,879	58	0,188		
Total	15,650	59			

**Dependent Variable*: Manfaat

Predictors (Constant): Mudah Menggunakan

Hasil uji Anova pada Tabel 8 menjelaskan bahwa nilai F hitung (25,437) lebih besar dari F tabel (4,007) dengan level signifikan 0,000 ($< 0,05$), artinya bahwa persepsi mudah menggunakan atau *Perceive of Ease of*

Use (PEOU) secara simultan berpengaruh signifikan dan berkontribusi positif terhadap Persepsi Kemanfaatan atau *Perceive of Usefulness* (PU).

Tabel 9. One-sample test semua variabel

	t	df	p value	Mean difference	95% Conf. Interv of the difference	
					Lower	Upper
Swasta Mudah	43,737	42	0,000	4,372	4,17	4,57
PNS Mudah	12,748	16	0,000	3,19	3,19	4,46
Swasta manfaat	87,902	42	0,000	4,907	4,79	5,02
pns manfaat	24,380	16	0,000	4,647	4,24	5,05
Swasta Niat	61,474	42	0,000	4,721	4,57	4,88
PNS Niat	25,538	16	0,000	4,412	4,05	4,78

*Test value = 0

Tabel 9 menunjukkan hasil one sample t test pada masing-masing variabel, yakni persepsi mudah menggunakan, persepsi kemanfaatan, dan niat menggunakan. Nilai t hitung pegawai swasta pada masing-masing variabel (PEOU 43,737), (PU 87,902), (BI 61,474) lebih besar dari t tabel (1,682). Sedangkan nilai t hitung pegawai negeri sipil pada masing-masing variabel (PEOU 12,748), (PU 24,380), (BI 25,538) lebih besar dari t tabel (1,746). Pada keduanya di masing-masing variabel memiliki level signifikansi sebesar 0,000 (< 0,05). Hal ini berarti nilai rata-rata persepsi mudah menggunakan, persepsi kemanfaatan, dan niat menggunakan pada pegawai swasta berbeda dengan pegawai negeri sipil. Hasil positif dari nilai t hitung mengindikasikan bahwa nilai rata-rata masing-masing variabel persepsi mudah menggunakan, persepsi kemanfaatan, dan niat menggunakan *Balanced Scorecard* (BSC) oleh pegawai swasta lebih tinggi daripada pegawai negeri sipil.

PEMBAHASAN

Penelitian ini mengotentikasi pengaruh langsung dari persepsi kemudahan penggunaan untuk merasakan kegunaan, persepsi kemudahan penggunaan untuk niat perilaku, persepsi kegunaan untuk niat perilaku dan merasakan kemudahan penggunaan dan kegunaan untuk niat perilaku secara bersamaan. Hal ini lebih lanjut mendukung efek signifikan langsung dari persepsi kemudahan penggunaan untuk merasakan manfaat yang memiliki signifikansi yang lebih besar secara parsial dan simultan dan merasakan manfaat untuk niat perilaku

secara parsial. Akan tetapi, persepsi kemudahan penggunaan tidak terbukti berpengaruh signifikan terhadap niat perilaku secara parsial meskipun persepsi kemudahan penggunaan dan kegunaan berpengaruh signifikan terhadap niat perilaku secara bersamaan (dijelaskan pada tabel 5-8).

Analisis ini dapat diklarifikasi bahwa manajer rumah sakit praktis berasumsi dan merasa bahwa BSC mudah diterapkan sehingga mereka percaya bahwa hal tersebut akan memberikan manfaat atau kegunaan (dalam konteks sesuatu yang ditunjukkan dengan jelas dan dirasakan secara positif oleh manajer dan semua karyawan) seperti peningkatan kinerja dan keuntungan rumah sakit. Selanjutnya lebih mempersepsikan kegunaan dirasakan oleh manajer dalam memfasilitasi peningkatan kinerja karyawan, perwakilan aplikasi BSC dan kinerja sesuai rumah sakit yang diperlukan juga masalah dinamika dan lingkungan, manajer, serta prestasi rumah sakit. Secara konsisten mempersepsikan kemudahan penggunaan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap persepsi manfaat.

Di sisi lain, sebagian merasakan kemudahan penggunaan tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap niat perilaku untuk menggunakan BSC karena asumsi bahwa manajer harus dapat memenuhi beberapa cara untuk menerapkan BSC dengan mudah untuk memberikan kontribusi positif pada niat perilaku untuk menggunakan BSC, yaitu: a. Memiliki pengetahuan dan pemahaman yang komprehensif tentang BSC membuat implementasi lebih mudah. Akan tetapi tidak mudah mengimplementasikan jika tidak memiliki pemahaman yang lengkap, sehingga pendidikan dan pelatihan tambahan

tentang BSC diperlukan untuk semua manajer dan juga karyawan. Pendidikan dan pelatihan di sektor publik, seperti di rumah sakit, umumnya terkait dengan bagian lain seperti bagian keuangan dan direktur (manajer puncak) dengan kebijakan masing-masing dan pertimbangan birokrasi. Lebih jauh lagi di lembaga negara domestik, semua prosedur dilakukan pada konsekuensi birokrasi (2,5,6,9,11,20). b. Berusaha keras untuk strategi yang memfasilitasi implementasi BSC seperti: 1. BSC harus diterima oleh sistem (organisasi) terlebih dahulu, sebelum diadaptasi dan diimplementasikan. Jika belum sepenuhnya diterima, sulit bagi manajer puncak untuk mengelolanya lebih lanjut (11). 2. Teknik komunikasi terbaik diperlukan agar BSC menjadi hal yang menarik bagi organisasi dan mereka akan menerapkannya secara sadar dan sukarela (2,5,6). 3. Manajer puncak memiliki peran penting sebagai pemrakarsa pelaksanaan dan harus dapat memainkan peran dalam meningkatkan komunikasi, partisipasi, refleksi, pembelajaran di antara karyawan, dan komitmen organisasi yang dapat ditindaklanjuti oleh manajer menengah dan bawah dan karyawan di bawah. (2,5,19). 4. Perlu untuk memodifikasi BSC sesuai dinamika pengembangan misi, strategi, teknologi, lingkungan, sosial, dan budaya mewakili kebutuhan rumah sakit. 5. Evaluasi diperlukan untuk mendapatkan umpan balik positif untuk implementasi dan peningkatan hasil (14). 6. Regenerasi diperlukan bagi mereka yang telah memahami BSC untuk membuatnya berjalan lebih mudah, lebih efektif, dan efisien. c. Pengendalian diperlukan dan meminimalkan hambatan dalam implementasi BSC, yaitu: 1. Kondisi tekanan dan situasi yang berada di luar kendali manajer puncak, membuat mereka kehilangan fleksibilitas (kendala) dalam menerapkan dan mengelola BSC lebih lanjut. 2. Kurangnya dukungan TI (Teknologi Informasi) yang diperlukan secara operasional dalam proses implementasi BSC (6,15,20). 3. Kesulitan bagi organisasi untuk menerima hal-hal baru karena mereka merasa cukup puas dan efektif dengan sistem manajemen yang telah digunakan atau

yang lama (zona nyaman) (5,6,19). 4. BSC dianggap sebagai hal yang tidak akomodatif dan fleksibel untuk kebutuhan rumah sakit dengan sistem kebijakan pemerintah saat ini, misalnya kebijakan JKN (BPJS), sehingga dengan jelas menekankan tentang layanan pengendalian biaya kolaborasi yang berdampak signifikan pada hasil dari masyarakat sebagai pasien dan fasilitas kesehatan sebagai penyedia kesehatan yang tidak sepenuhnya seimbang dengan persepsi atau paradigma SNARS (Standar Nasional untuk Akreditasi Rumah Sakit) yang menekankan semua aturan berdasarkan kualitas, sedangkan layanan berkualitas nyata diikuti oleh konsekuensi biaya mulai dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan serta perspektif bisnis internal yang memberikan kontribusi dampak positif langsung proporsional pada kepuasan pelanggan dan perspektif keuangan. Hal ini merupakan empat titik perspektif yang menjadi titik kritis kinerja BSC yang pada dasarnya tidak mampu mengakomodasi kebutuhan manajemen sesuai dengan perubahan kebijakan dan dinamika lingkungan saat ini (6,9,13).

Pengetahuan yang dimiliki seseorang sebagai dasar pembentukan persepsi, bersikap dan akhirnya memunculkan ketrampilan serta perilaku. Pengetahuan yang benar tentang sesuatu akan membentuk sikap yang positif terhadap sesuatu tersebut, serta nantinya akan memunculkan perilaku yang positif pula (21). Dapat disimpulkan bahwa dengan pemahaman yang komprehensif, strategi implementasi yang tepat dan meminimalkan hambatan yang ada dapat meningkatkan kontribusi positif untuk merasakan manfaat baik secara parsial maupun simultan. Selanjutnya, sebagian dengan persepsi nyata tentang kegunaan yang dirasakan oleh manajer ternyata sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, semakin memberikan kontribusi positif terhadap niat perilaku untuk menggunakan BSC karena secara tidak langsung mereka semakin bersedia untuk mendapatkan tingkat manfaat yang lebih besar sehingga mereka lebih berniat menggunakan BSC karena memberikan wawasan yang lebih dalam bagi manajer untuk mengelola operasi

bisnis dengan berbagai cara menciptakan nilai. Hasil lainnya adalah karyawan akan memiliki keterampilan layanan yang memuaskan yang dapat meningkatkan kepuasan dan pendapatan pelanggan (profitabilitas) (18).

Pada sisi lain, persepsi kemudahan penggunaan tidak dirasakan bersamaan dengan persepsi kegunaan. Adanya beberapa catatan kritis tentang upaya strategi yang tidak cukup sederhana untuk dilakukan oleh seorang manajer dalam rangka mengimplementasikan BSC dengan mudah dan banyak catatan penting tentang kegunaan persepsi rumah sakit seperti: Pertama, bahwa konsep BSC dianggap terlalu abstrak, sehingga sulit untuk menggambarannya secara linear dan berkontribusi pada interpretasi dan persepsi kegunaan. Kedua, BSC hanya berfokus pada perencanaan dan bagaimana memutuskan kebijakan, tetapi kurang memperhatikan kontrol dan evaluasi. Ketiga, BSC dapat menganalisis sebab dan akibat secara bersamaan tetapi pada saat yang sama tidak dapat menilai dan mengukur kemajuan. Keempat, BSC membuat manajernya tertarik pada apa yang ingin mereka ukur tetapi mengabaikan perubahan lingkaran luar. Kelima, konsep dasar BSC dari metrik dianggap memberikan banyak tingkat kesulitan dan frustrasi bagi penggunaannya. Keenam, kompleksitas dan sumber daya yang diperlukan dalam proses implementasi BSC dan berdampak pada beban karyawan yang berlebihan yang membuat resistensi dan sinisme karyawan itu sendiri. Ketujuh, BSC cenderung memberikan sisi ketidakseimbangan dalam pengukuran internal dan eksternal (pemegang saham dan pelanggan ketika dikaitkan dengan proses internal dan pertumbuhan dan pembelajaran) bahwa mereka tidak dapat memprediksi hasil, hubungan ketergantungan antar empat perspektif sulit untuk diidentifikasi seperti perspektif pelanggan terkait dengan faktor kepuasan karyawan, waktu pengiriman, dan kualitas produk.

Oleh karena kelemahan tersebut sehingga persepsi kemudahan penggunaan BSC tidak berpengaruh signifikan terhadap niat perilaku untuk menggunakan BSC secara

parsial, tetapi secara simultan merasakan kemudahan penggunaan dan merasakan manfaat yang dirasakan oleh manajer sebagai akibatnya berkontribusi signifikan positif terhadap niat perilaku untuk menggunakan BSC yang ditunjukkan melalui tindakan atau perilaku manajer, yaitu: 1. Pastikan bahwa implementasi BSC didukung oleh sikap konsisten untuk mengeksplorasi dan menerapkan BSC secara sadar dan sukarela, optimis bahwa BSC dapat membawa organisasi menjadi lebih baik, maju, dan menguntungkan, serta komitmen untuk menerapkan BSC. 2. Komitmen untuk membangun tim implementasi BSC (20).

Dalam penelitian ini didapatkan temuan unik dari kepercayaan TAM dalam mengimplementasikan BSC antara manajer pegawai negeri sipil dan manajer swasta bahwa manajer swasta lebih tinggi daripada manajer pegawai negeri sipil dalam merasakan kemudahan penggunaan, merasakan kegunaan, dan niat perilaku. Hasil ini sejalan dengan penelitian Burunova et.al (17). Dalam penelitian sebelumnya dijelaskan bahwa pegawai negeri berbeda dengan pegawai swasta dalam hal membantu orientasi warga negara lain dan melayani kepentingan masyarakat. Pegawai swasta memiliki motivasi yang sama dengan pegawai negeri sipil, tetapi lebih sadar dengan kebutuhan individu (16).

SIMPULAN

Simpulan dari penelitian ini adalah persepsi manajer rumah sakit terkait kemudahan penggunaan BSC dan kegunaan manajer secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap niat perilaku manajer untuk mengimplementasikan BSC. Persepsi manajer rumah sakit tentang kemudahan penggunaan BSC tidak berpengaruh secara signifikan terhadap niat untuk mengimplementasikan BSC.

DAFTAR PUSTAKA

1. Al-Adwan, A. S. and Berger, H. Exploring physicians' behavioural intention toward the adoption of electronic health records: an empirical study from Jordan. *International Journal of Healthcare Technology and Management*; 2015; 15 (2): 89–111.
2. Alexandra Albertsen, O. and Lueg, R. The balanced scorecard's missing link to compensation: A literature review and an agenda for future research. *Journal of Accounting & Organizational Change*; 2014; 10 (4): 431–465.
3. Alquraini, H., Alhashem, A. M., Shah, M. A., and Chowdhury, R. I. Factors influencing nurses' attitudes towards the use of computerized health information systems in Kuwaiti hospitals. *Journal of Advanced Nursing*; 2007; 57 (4): 375–381.
4. An, J.-Y., Hayman, L. L., Panniers, T., and Carty, B. Theory development in nursing and healthcare informatics: a model explaining and predicting information and communication technology acceptance by healthcare consumers. *Advances in nursing science*; 2007; 30 (3): E37–E49.
5. Antonsen, Y. The downside of the Balanced Scorecard: A case study from Norway. *Scandinavian Journal of Management*; 2014; 30 (1): 40–50.
6. Awadallah, E. A. and Allam, A. A critique of the balanced scorecard as a performance measurement tool. *International Journal of Business and Social Science*; 2015; 6 (7): 91–99.
7. Banker, R. D., Chang, H., and Pizzini, M.. The judgmental effects of strategy maps in balanced scorecard performance evaluations. *International Journal of Accounting Information Systems*; 2011; 12 (4): 259–279.
8. Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., and Stuckler, D. Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLoS Medicine*; 2012; 9 (6): e1001244.
9. Basuony, M. A. K. The Balanced Scorecard in Large Firms and SMEs: A Critique of the Nature, Value and Application. *Accounting and Finance Research*; 2014; 3 (2): 14-22.
10. Behrouzi, F., Shaharoun, A. M., and Ma'aram, A. Applications of the balanced scorecard for strategic management and performance measurement in the health sector. *Australian Health Review*; 2014; 38 (2): 208-217.
11. Beyene, T. J., Mindaye, B., Leta, S., Cernicchiaro, N., and Revie, C. W. Understanding Factors Influencing Dog Owners' Intention to Vaccinate Against Rabies Evaluated Using Health Belief Model Constructs. *Frontiers in Veterinary Science*; 2018; 5: 1-9.
12. Boland, M. R., Rusanov, A., So, Y., Lopez-Jimenez, C., Busacca, L., Steinman, R. C., Bakken, S., Bigger, J. T., and Weng, C. From expert-derived user needs to user-perceived ease of use and usefulness: A two-phase mixed-methods evaluation framework. *Journal of Biomedical Informatics*; 2014; 52: 141–150.
13. Boonstra, A. and Broekhuis, M., 2010. Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions. *BMC health services research*; 2010; 10 (1): 231.
14. Brown, K. and Osborne, S. P. *Managing change and innovation in public service organizations* [online]. Routledge; 2012.
15. Buckingham, M. and Goodall, A. *Reinventing performance management*. Harvard Business Review; 2015; 93 (4): 40–50.
16. Bullock, J. B., Stritch, J. M., and Rainey, H. G. International Comparison of Public and Private Employees' Work Motives, Attitudes, and Perceived Rewards. *Public Administration Review*; 2015; 75 (3): 479–489.
17. Burunova, O., Gushko, S., and Kulishov, V., n.d. Latgale National Economy Research. *Journal of Social Sciences*; 2018; (10):
18. Buttigieg, S. C., Pace, A., and Rathert, C. Hospital performance dashboards: a literature review. *Journal of Health Organization and Management*; 2017; 31 (3): 385–406.
19. Buurman, M., Delfgaauw, J., Dur, R., and Van den Bossche, S. Public sector employees: Risk averse and altruistic? *Journal of Economic Behavior & Organization*; 2012; 83 (3): 279–291.
20. Capelo, C., Lopes, A. I., and Mata, A. *Teaching the Balanced Scorecard through Simulation*. International Association for Development of the Information Society; 2012.
21. Oktavianto, E., & Mubasyiroh, A. *Pelatihan Bermain pada Pengasuh dapat Meningkatkan Pengetahuan, Sikap, dan Keterampilan Pengasuhan*. *Health Sciences and Pharmacy Journal*; 2017; 1(1): 20-29.