

## 1.1 Latar Belakang

### BAB I PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan entitas institusi kesehatan yang menyelenggarakan layanan kesehatan secara menyeluruh (holistik), mencakup intervensi terapeutik (kuratif) terhadap penyakit, serta inisiatif pencegahan (preventif) terhadap penyakit. Tujuan utama dari institusi ini adalah mencapai tingkat kesehatan yang optimal melalui pelaksanaan upaya kesehatan ini berfokus pada memberikan layanan kepada masyarakat luas (Enti, 2017).

Sebagai bagian dari sistem perawatan kesehatan, fasilitas kesehatan seperti rumah sakit memiliki peran sentral dalam elevasi status kesehatan populasi di Indonesia secara lebih cepat. Sesuai dengan sasaran pembangunan kesehatan Indonesia, pola pelayanan kesehatan harus semakin berkualitas dan merata (Manengal dkk, 2022).

Adanya Rumahsakit menjadi penting dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat akan pelayanan medis. Berdasarkan data yang dihimpun oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2010, jumlah rumah sakit tercatat sebanyak 1.632. Pada tahun 2017, angka tersebut mengalami peningkatan menjadi 2.813 unit di seluruh wilayah Indonesia, yang mencakup 2.267 unit untuk rumah sakit umum dan 564 unit untuk rumah sakit spesialis (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017)

Masyarakat yang memanfaatkan layanan kesehatan menginginkan kualitas pelayanan yang optimal, di mana pelayanan yang berkualitas harus memadai dan sesuai dengan ekspektasi mereka. Peningkatan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan status sosial ekonomi populasi turut memicu eskalasi kebutuhan akan kualitas layanan kesehatan yang lebih baik, termasuk dalam penyelenggaraan layanan di institusi rumah sakit. Kualitas layanan kesehatan ini sangat dipengaruhi oleh efektivitas kinerja personel rumah sakit, baik dari tenaga medis maupun tenaga non-medis. Selain itu, masyarakat sering kali menitikberatkan perhatian pada berbagai aspek dari pelayanan kesehatan, terutama dalam dimensi keperawatan, mengingat perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling sering melakukan interaksi intensif dan langsung dengan pasien. Dengan demikian, mutu pelayanan yang disediakan oleh perawat menjadi faktor krusial dalam penilaian kualitas layanan di rumah sakit. Kualitas pelayanan rumah berbeda-beda (Sulistiyono, 2014)

Diharapkan pada tahun 2025, masyarakat akan memiliki akses untuk memperoleh pelayanan kesehatan berkualitas unggul serta jaminan kesehatan. Pelayanan kesehatan berkualitas unggul meliputi layanan kesehatan dalam konteks situasi darurat dan bencana, serta layanan kesehatan yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat secara menyeluruh. Semua layanan tersebut dilaksanakan sesuai dengan standar etika dan profesionalisme (Depkes RI, 2009).

Aspek yang paling diharapkan dalam sektor kesehatan adalah perhatian dan pengelolaan terhadap faktor pelayanan guna mewujudkan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan antar sektor dan antarprogram yang relevan. Layanan kesehatan yang otonom ini diharapkan dapat merancang dan mengimplementasikan program-program kesehatan yang sejalan dengan kebutuhan masyarakat, dengan tetap mengutamakan kualitas pelayanan. Untuk mencapai hal ini, petugas kesehatan yang berkemampuan, berkemauan, dan memiliki perspektif baru, termasuk motivasi kerja, budaya kerja, dan cara berpikir (Mariah 2021).

Mutu pelayanan dalam Rumahsakit sangat penting untuk menumbuhkan kepercayaan pasien dan membuat mereka tetap setia sebagai pelanggan layanan kesehatan.

Tuntutan terhadap mutu (kualitas) terus mengalami peningkatan secara progresif. Kualitas ini tidak hanya mencakup produk atau komoditas, tetapi juga mencakup layanan yang dihasilkan atau disediakan oleh suatu institusi atau entitas organisasi. Kualitas layanan kesehatan mengacu pada derajat superioritas layanan dalam memenuhi kebutuhan spesifik dari setiap individu pasien. Oleh sebab itu, mutu pelayanan kesehatan mencerminkan sejauh mana layanan tersebut dapat mencapai kesempurnaan yang membuat setiap pasien merasa puas (Mariah dkk, 2021).

Rumah sakit, sebagai pusat pelayanan kesehatan, harus menyediakan layanan medis yang berkualitas, terakses, berkeadilan, dan merata (Trihono, 2005). Saat ini, masalah kesehatan telah menjadi elemen fundamental bagi masyarakat. Institusi rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan lainnya diharapkan untuk meningkatkan mutu layanan mereka guna memenuhi ekspektasi masyarakat terhadap standar kesehatan yang lebih tinggi seiring dengan peningkatan taraf hidup masyarakat. Mereka harus meningkatkan layanan pencegahan (preventif) dan penyembuhan penyakit untuk meningkatkan kualitas hidup dan membuat pasien puas. (Sugiarti, 2017).

Parasuraman dkk. (1985) mengemukakan bahwa terdapat lima dimensi dalam evaluasi mutu layanan kesehatan, termasuk daya tanggap. Hal ini mencakup kesediaan dan kesediaan tenaga kesehatan untuk membantu pasien menerima layanan dengan cepat, menanggapi permintaan pasien, dan memberitahukan bila layanan diberikan. Keandalan mengacu pada kesinambungan pemberian layanan, yakni kapabilitas dalam menyelenggarakan layanan yang dapat diandalkan sejalan dengan komitmen dan waktu yang telah disepakati. Jaminan mencakup tindakan dari tenaga kesehatan yang selalu sopan, berpengetahuan dan terampil, serta dapat memberikan kepercayaan dan ketenangan pikiran kepada pelanggan. Empati merujuk pada kemampuan seorang tenaga medis dalam menyerap keluhan pasien, memberikan perawatan yang bersifat individualistik, menyediakan kesempatan untuk berinteraksi, serta menyajikan layanan secara tepat waktu sehingga pasien tidak mengalami keterlambatan yang signifikan. Sementara itu, bukti fisik mencakup kondisi lingkungan yang dapat diidentifikasi melalui kinerja tenaga kesehatan, termasuk penampilan profesional petugas, serta perangkat dan infrastruktur yang digunakan (Lasawedei dkk, 2020).

Kualitas dipandang sebagai komponen esensial dalam menciptakan diferensiasi dan keunggulan layanan, serta sebagai sumber potensial untuk daya saing kompetitif yang berkelanjutan. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif serta pengembangan mutu menjadi elemen esensial bagi semua entitas penyedia layanan kesehatan, serta merupakan tantangan signifikan bagi organisasi penyedia layanan (Taner dan Antony, 2006). Kualitas pelayanan dapat diartikan sebagai penyediaan layanan yang sempurna dan mampu memenuhi kebutuhan serta harapan pelanggan (Hadiwijaya, 2017).

Kualitas layanan mencakup lima aspek utama: keandalan, responsivitas, jaminan, aksesibilitas, dan penampilan. Dalam konteks ini, elemen krusial yang memengaruhi mutu layanan adalah ekspektasi wajib pajak dan persepsi masyarakat terhadap layanan tersebut. Tingkat mutu layanan sangat bergantung pada kompetensi lembaga pemerintah serta personel mereka untuk secara konsisten memenuhi harapan dan standar yang ditetapkan oleh wajib pajak (Hadiwijaya, 2017).

Layanan merupakan suatu bentuk tindakan atau aktivitas yang disediakan oleh satu entitas kepada entitas lain, yang secara inheren tidak memiliki bentuk fisik dan tidak menghasilkan hak kepemilikan (Karundeng dkk, 2021). Layanan dapat dikategorikan menurut lima kriteria sebagai berikut: a) Berdasarkan tipe tindakan layanan yang diberikan. b) Berdasarkan pada interaksi antara penyedia layanan dan konsumen. c) Berdasarkan derajat personalisasi serta evaluasi dalam penyampaian layanan. d) Berdasarkan karakteristik permintaan dan penawaran jasa. e.) Berdasarkan jenis penawaran layanan. Perawat, yang secara rutin berinteraksi dengan pasien, perlu memiliki berbagai keterampilan, termasuk keterampilan interpersonal atau kemampuan komunikasi dengan pasien (Suhaila, Susanto, Kusumo, 2017).

Kinerja merujuk pada capaian yang dihasilkan oleh individu atau kelompok dalam suatu entitas organisasi, yang dinilai berdasarkan tanggung jawab yang diemban, kepatuhan terhadap regulasi yang berlaku, serta kesesuaian dengan norma-norma etika dan moral. Hal ini bertujuan untuk mewujudkan tujuan utama organisasi. Secara umum, kinerja menggambarkan “apa yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh karyawan.” Kinerja mencerminkan hasil atau tingkat keberhasilan dalam pelaksanaan tugas oleh individu dalam periode tertentu, yang selanjutnya dibandingkan dengan berbagai tolok ukur, seperti standar operasional, sasaran, atau norma yang telah ditetapkan dan disepakati (Hadiwijaya, 2017).

Kinerja seorang perawat dievaluasi berdasarkan penyampaian layanan kepada pasien serta sejauh mana layanan tersebut memenuhi standar kepuasan pasien. Pasien mengharapkan kualitas pelayanan yang baik dari semua perawat. Dengan demikian, kinerja perawat mencerminkan seberapa efektif mereka dalam memberikan perawatan selaras dengan kewajiban dan tanggung jawab yang melekat pada peran mereka.

Rumah Sakit Hermina Makassar merupakan salah satu institusi kesehatan yang beroperasi di wilayah Kota Makassar. Hospital ini termasuk dalam kategori Hospital umum kelas C, yang menyediakan layanan medis umum serta perawatan gigi. Hospital umum kelas C berfungsi sebagai fasilitas transisi yang memiliki potensi untuk naik ke kelas B di masa depan. Seperti Hospital kelas C, Hospital kelas D juga dapat menerima pasien rujukan dari Hospital lain (UU No. 44, 2009).

Berdasarkan data kepegawaian tahun 2019, jumlah tenaga kesehatan di Rumah Sakit Hermina Makassar mencapai 52 individu, yang terdiri dari 4 dokter medis, 2 apoteker, 2 asisten apoteker, 23 perawat umum, 1 perawat gigi, 7 bidan, 3 fisioterapis, 5 petugas administrasi, 2 ahli gizi, 2 petugas keamanan, 2 petugas layanan pelanggan, 2 sopir, dan 2 juru masak. (Hospital Hermina Makassar, 2019).

**Tabel 1.**  
**Penilaian KPI Semester I Tahun 2023**  
**Rumahsakit Hermina Makassar**

PENILAIAN KINERJA			ROBOT KINERJA	TOTAL KPI	HMV	KET
SA	PENILAIAN ATASAN	PENILAIAN AKHIR	0.50			
2.30	7.32	6.33	6.25	6.25	3.13	5.42
2.54	7.49	7.49	6.59	6.39	3.30	5.83
2.68	8.17	8.17	7.36	7.36	3.68	6.36
2.37	8.16	8.16	5.87	5.87	1.94	5.31
2.42	8.05	8.05	7.2	7.2	3.60	6.02
2.51	8.05	8.05	7.24	7.24	3.62	6.13
2.45	7.48	7.16	7.22	7.22	3.61	6.06
2.54	7.37	7.37	7.36	7.36	3.68	6.22
2.27	6.44	6.44	6.44	6.44	3.22	5.49
2.54	7.32	7.32	6.51	6.31	3.26	5.80
2.42	7.65	7.65	7.12	7.12	3.56	5.98
2.54	7.32	7.32	7.32	7.32	3.66	6.20
2.50	7.28	7.28	7.09	7.09	3.55	6.05
2.24	8.08	8.08	5.56	5.56	2.78	5.02
2.42	7.31	7.61	6.8	6.8	3.40	5.82
2.54	8.1	8.1	6.48	6.48	3.24	5.78
2.22	7.32	7.54	6.52	6.52	3.26	5.05
2.56	7.49	7.07	6.96	6.98	3.49	6.05
2.63	8.29	7.5	7.27	7.27	3.64	6.27
2.38	8.29	7.2	6.55	6.55	3.28	5.64
2.32	8.19	7.5	5.90	5.90	2.95	1.27
2.60	8.2	7.50	7.20	7.20	3.60	6.20
2.41	6.34	7.04	6.97	6.97	3.49	5.90
2.20	6.54	6.43	5.69	5.69	1.85	5.45
2.38	7.62	7.5	6.30	6.80	3.40	5.78
2.43	2.7	5.88	5.88	5.58	1.94	5.17
2.46	7.85	4.77	5.89	5.59	1.95	5.41
2.14	7.32	7.32	6.05	6.05	3.03	5.16
2.35	7.5	7.5	6.34	6.34	3.17	5.52
2.54	8.23	7.5	7.24	7.24	3.62	6.16

Penelitian yang dilakukan oleh Heinrichs dkk. (2018) melibatkan 176 Hospital terpilih di California. Penelitian ini menganalisis hubungan antara kualitas pelayanan rumah sakit, tingkat kepuasan pasien, utilisasi fasilitas rumah sakit, serta kinerja finansial institusi kesehatan tersebut. Hasil analisis data mengungkapkan adanya korelasi positif antara mutu layanan dengan kepuasan pasien; perbaikan dalam mutu layanan berpotensi meningkatkan tingkat kepuasan pasien. Oleh karena itu, rumah sakit perlu tidak hanya memusatkan perhatian pada peningkatan kualitas klinis, tetapi juga mengalokasikan sumber daya untuk memperbaiki mutu layanan. Selain itu, performa keuangan rumah sakit dapat ditingkatkan melalui peningkatan kepuasan pasien serta optimalisasi pemanfaatan fasilitas rumah sakit.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Widyastuti (2013), (1) rata-rata mutu pelayanan keperawatan di RS I Wonosegoro Boyolali tergolong dalam kategori moderat, (2) tingkat kepuasan pasien di RS I Wonosegoro Boyolali juga berada dalam kategori moderat, dan (3) ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara mutu pelayanan keperawatan dan tingkat kepuasan pasien. Peningkatan mutu pelayanan keperawatan berasosiasi positif dengan peningkatan tingkat kepuasan pasien di RS I Wonosegoro Boyolali.

Mashuri et al. (2013) mengungkapkan bahwa performa perawat di Hospital Baranti dan Hospital Manisa di Kabupaten Sidenreng Rappang dikategorikan sebagai sangat optimal, dengan pencapaian mencapai 94,7%, sementara hanya 5,3% yang melaporkan kinerja yang kurang memadai. Penelitian ini akan dijadikan sebagai landasan untuk memperbaiki layanan di Hospital dan memberikan kesempatan bagi sejumlah perawat untuk melanjutkan pendidikan atau mengikuti pelatihan di bidangnya. Diharapkan, melalui peningkatan kinerja perawat melalui pelatihan dan pendidikan, peneliti dapat mengeksplorasi variabel lain yang dapat memengaruhi kinerja perawat.

Junita (2016) melakukan penelitian yang mengidentifikasi adanya hubungan antara kualitas pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien rawat jalan di RSUD Pandan, Kabupaten Tapanuli Tengah, ditandai dengan nilai  $p$  sebesar 0,000 menunjukkan bahwa terdapat korelasi positif antara peningkatan mutu pelayanan keperawatan dengan tingkat kepuasan pasien, sementara penurunan kualitas pelayanan keperawatan berkaitan secara negatif dengan kepuasan pasien. Di sisi lain, Naima dkk. (2018) mengidentifikasi bahwa mutu pelayanan medis di Rumah Sakit Sienjo, Kecamatan Toribulu, Kabupaten Parigi Moutong sangat baik dalam aspek: 1) Responsivitas, 2) Tanggung jawab, dan 3) Efisiensi. Namun, efektivitas pelayanan di Rumah Sakit Sienjo kurang memadai.

Diyah dan Yulistika (2017) mengidentifikasi bahwa mayoritas dari kualitas pelayanan kesehatan tergolong dalam kategori baik (61,2%), sementara tingkat kepuasan pasien mencapai 55,1%. Analisis menggunakan uji chi-square menghasilkan nilai  $p$ -value sebesar 0,000 ( $< 0,05$ ), yang menegaskan adanya asosiasi yang signifikan antara kualitas pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien peserta jaminan kesehatan di Puskesmas I Sokaraja.

Andriani (2017) mengungkapkan bahwa dari 65 responden, lebih dari setengahnya yaitu 38 orang (58,5%) yang mendapatkan mutu pelayanan yang baik merasa puas, sementara kurang dari separuhnya yaitu 24 orang (36,9%) yang mendapatkan mutu pelayanan rendah merasa puas. Uji statistik menunjukkan nilai  $p$ -value sebesar 0,067. Bila dibandingkan dengan  $\alpha = 0,10$ , hasilnya menunjukkan bahwa

p-value  $< \alpha$  ( $0,067 < 0,10$ ), mengindikasikan adanya hubungan yang erat antara kualitas pelayanan dengan tingkat kepuasan pasien di Rumah Sakit Tigo Baleh Bukittinggi pada tahun 2014. Berdasarkan hasil analisis, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara mutu layanan kesehatan dan tingkat kepuasan pasien di Poli Umum RS Tigo Baleh Bukittinggi. Oleh karena itu, tenaga medis diharapkan secara konsisten melakukan upaya peningkatan kualitas layanan kesehatan untuk mencapai tingkat kepuasan pasien yang lebih maksimal selama proses kunjungan medis.

Sugiarti (2017) mengidentifikasi adanya korelasi antara mutu pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien yang menunjukkan signifikansi statistik dengan nilai  $p < 0,05$ . Rekomendasi yang diusulkan mencakup perbaikan dalam dimensi pelayanan, penyediaan fasilitas, serta perhatian terhadap pasien guna mengoptimalkan kualitas layanan.

Hadiwijaya (2018) menegaskan bahwa variabel komunikasi dan mutu pelayanan memberikan dampak positif dan signifikan terhadap performa perawat di Rumah Sakit Bhayangkara Palembang. Namun, apabila dibandingkan dengan variabel mutu pelayanan, variabel komunikasi menunjukkan pengaruh yang lebih dominan terhadap performa perawat di Rumah Sakit Bhayangkara Palembang.

Berdasarkan pernyataan tersebut, peneliti termotivasi untuk melakukan eksplorasi lebih mendalam mengenai fenomena “Kinerja perawat terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Hospital Hermina Makassar”.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan analisis terhadap latar belakang yang telah dipaparkan sebelumnya, permasalahan dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Apakah indikator kualitas pekerjaan berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
2. Apakah indikator kuantitas pekerjaan berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Hospital Hermina Makassar
3. Apakah indikator ketetapan waktu berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
4. Apakah indikator keefektifan biaya berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
5. Apakah indikator pengawasan berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit I Hermina Makassar.
6. Apakah indikator hubungan rekan sekerja berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
7. Apakah indikator motivasi berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
8. Apakah indikator kepemimpinan pekerjaan berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit I Hermina Makassar.
9. Apakah indikator insentif (*reward*) berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
10. Apakah faktor yang paling berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini untuk menganalisis hubungan kinerja perawat terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini yakni:

1. Menganalisis pengaruh kualitas pekerjaan terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
2. Menganalisis pengaruh kuantitas pekerjaan terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
3. Menganalisis pengaruh ketetapan waktu terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
4. Menganalisis pengaruh keefektifan biaya terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
5. Menganalisis pengaruh pengawasan terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Hospital Hermina Makassar.
6. Menganalisis pengaruh hubungan rekan sekerja terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
7. Menganalisis pengaruh motivasi terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
8. Menganalisis pengaruh kepemimpinan terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Hospital Hermina Makassar.
9. Menganalisis pengaruh insentif terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.
10. Menganalisis indikator yang paling berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan Rumahsakit Hermina Makassar.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Praktis**

Studi ini diharapkan mampu menyajikan pemahaman yang lebih komprehensif terkait kualitas pelayanan kesehatan, terutama dalam konteks operasional rumah sakit. Selain itu, hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan oleh kalangan akademisi, khususnya mahasiswa, sebagai sarana untuk mengaplikasikan pengetahuan teoritis yang telah diperoleh selama proses pendidikan ke dalam bentuk kontribusi ilmiah yang substansial.

#### **1.4.2 Manfaat Institusi**

Penelitian ini diharapkan dapat menyajikan informasi yang substansial bagi pihak Rumah Sakit Hermina Makassar, sehingga dapat berfungsi sebagai dasar pertimbangan dalam upaya meningkatkan mutu layanan rumah sakit serta memperbaiki efektivitas sumber daya manusia, khususnya dalam aspek kinerja perawat.

#### **1.4.3 Manfaat Ilmiah**

Penelitian ini diharapkan dapat memperluas pengetahuan dan menambah literatur mengenai mutu pelayanan serta kinerja perawat, serta berfungsi sebagai

acuan referensial untuk studi-studi selanjutnya yang relevan..

## **1.5 Tinjauan Teoritis Tentang Kinerja Perawat**

### **1. Pengertian Kinerja dan Kinerja Perawat**

Kinerja dapat didefinisikan sebagai output dari aktivitas atau pelaksanaan tugas individu dalam suatu organisasi selama rentang waktu tertentu, dengan mempertimbangkan faktor-faktor seperti kemampuan, kemauan, usaha, dan dukungan lingkungan untuk melakukan pekerjaan dengan baik. Kinerja menunjukkan korelasi yang erat dengan sasaran strategis organisasi, tingkat kepuasan pelanggan, serta dampaknya terhadap perekonomian (Armstrong dan Baron, 1998).

Menurut Indriasari dkk. (2018), Kinerja merujuk pada hasil yang dicapai dari pelaksanaan tugas yang dilakukan sesuai dengan peran, fungsi, serta parameter yang telah ditetapkan untuk suatu pekerjaan dalam periode waktu tertentu. Kinerja meliputi realisasi output kerja, baik dari aspek kualitas maupun kuantitas, yang dihasilkan oleh individu dalam melaksanakan tanggung jawabnya sesuai dengan peran yang telah ditentukan.

Berdasarkan definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa kinerja merujuk pada pencapaian atau hasil kerja yang dapat dievaluasi baik dari segi kuantitas maupun kualitas. Kinerja terwujud ketika seorang pegawai berhasil menyelesaikan tugas yang diberikan dengan mematuhi tujuan dan tanggung jawab dalam jangka waktu yang telah ditetapkan.

Watmanlussy (2020) menjelaskan bahwa kinerja dalam bidang keperawatan dapat diukur menggunakan tiga indikator utama: kompetensi, tugas spesifik perawat, dan indikator kualitas yang sensitif terhadap layanan keperawatan. Selain itu, pada tahun 1996, Dewan Pimpinan Pusat PPNI telah menetapkan pedoman untuk evaluasi praktik keperawatan yang berlandaskan pada standar asuhan keperawatan. Pedoman ini meliputi tahapan pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dalam asuhan keperawatan.

### **2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja**

Kinerja dipengaruhi oleh berbagai faktor yang sebaiknya dipelajari dengan menggunakan teori kinerja. Gibson (2008) menyatakan bahwa terdapat tiga variabel utama yang memengaruhi perilaku dan kinerja, yaitu variabel individu, organisasi, dan psikologis. Ketiga variabel ini memiliki peran esensial dalam memengaruhi perilaku kerja staf, yang pada gilirannya berdampak pada efektivitas kinerja mereka. Perilaku kerja merujuk pada tindakan yang dilakukan seseorang dalam melaksanakan tugas, serta pencapaian tujuan dan sasaran yang diinginkan dalam suatu organisasi.

Sementara itu, Robert (2001) mengidentifikasi sejumlah faktor yang memengaruhi efektivitas kinerja individu dalam tenaga kerja, termasuk kompetensi, motivasi, dukungan yang diterima, relevansi tugas yang dilaksanakan, serta interaksi mereka dengan organisasi.

### 3. Penilaian Kinerja Perawat

Penilaian kinerja merupakan instrumen yang esensial dan valid yang digunakan oleh manajer untuk mengelola personel dan memengaruhi efisiensi kerja. Penilaian kinerja adalah prosedur evaluasi dan penyesuaian terhadap hasil kerja individu dalam suatu organisasi melalui penerapan alat ukur kinerja (Ilyas, 2002). Sementara itu, Huber (2010) menyatakan bahwa penilaian kinerja adalah prosedur menilai hasil kerja orang lain. Untuk memberikan pelayanan yang berkualitas, kami akan memandu perilaku karyawan dalam pelaksanaan tugasnya dan melakukan evaluasi personel secara efektif dan efisien guna meningkatkan kualitas pelayanan medis.

Manfaat dari evaluasi kinerja dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan proses operasional dan hasil kerja, memperbaiki mekanisme kompensasi, mengidentifikasi kebutuhan pelatihan keterampilan, serta menilai kinerja relatif terhadap standar yang telah ditetapkan. Penerapan evaluasi ini mensyaratkan bahwa penilaian kinerja memberikan wawasan yang tepat dan objektif mengenai performa pekerjaan seorang individu (Ahid Mudayana, 2010).

### 4. Kinerja Mutu Perawat

Pelayanan keperawatan dapat dinilai berdasarkan mutu layanan yang diberikan. Mutu layanan yang optimal mencerminkan efektivitas kinerja perawat dalam mengimplementasikan intervensi keperawatan. Kinerja perawat dari perspektif kualitas kerja dapat diukur melalui dua aspek utama: kelengkapan dokumentasi keperawatan dan penerapan Indikator Prioritas Keselamatan Pasien (IPSG).

#### 1. Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Pelayanan keperawatan adalah bentuk intervensi kesehatan profesional yang diberikan oleh perawat. Layanan ini merupakan komponen integral dari sistem kesehatan yang mencakup dimensi biologis, psikologis, dan sosial. Pelayanan keperawatan dapat dievaluasi melalui mutu layanan yang disediakan. Mutu layanan yang unggul mencerminkan efisiensi kinerja perawat dalam melaksanakan intervensi keperawatan.

Menurut Nursalam (2008), standar keperawatan dirancang untuk mengoptimalkan kualitas asuhan keperawatan, menekan biaya, serta melindungi perawat dari potensi risiko yang tidak diinginkan selama menjalankan tugas. Standar praktik keperawatan ini dirumuskan oleh PPNI pada tahun 2000, berperan sebagai panduan normatif bagi perawat dalam penyampaian asuhan keperawatan dan mencakup lima standar fundamental.

#### 2. Pengkajian Keperawatan

Pada tahap ini, perawat menilai kebutuhan pasien dengan tujuan untuk menentukan kebutuhan pasien, mengidentifikasi masalah pasien melalui koordinasi dengan profesional kesehatan lainnya, dan secara efektif merencanakan tindakan perawatan selanjutnya. Mengumpulkan data status kesehatan secara sistematis dan berkelanjutan melibatkan proses pengumpulan informasi melalui anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dan perawatan. Data tersebut diperoleh dari berbagai sumber, termasuk pasien atau keluarga pasien, rekam medis, serta dokumen terkait lainnya.

### 3. Diagnosis

Setelah tahap pengkajian selesai, hasil yang diperoleh digunakan untuk menetapkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan adalah penetapan secara sistematis yang mendokumentasikan dengan jelas permasalahan kesehatan pasien, termasuk evaluasi terhadap penyebab dan faktor yang berkontribusi terhadap masalah tersebut. Proses diagnosis melibatkan seleksi data, pengelompokan informasi, identifikasi dan pembuatan daftar masalah, pencarian literatur, serta penarikan inferensi mengenai kondisi kesehatan. Standar dalam proses diagnosis keperawatan mencakup tahapan-tahapan berikut: analisis dan interpretasi data, identifikasi masalah, serta formulasi diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan mencakup aspek masalah (P), etiologi (E), dan manifestasi klinis (S). Menganalisis etiologi atau masalah (PE), berkolaborasi dengan pasien dan profesional kesehatan lainnya untuk memverifikasi diagnosis keperawatan, dan mengevaluasi kembali serta mengoreksi diagnosis saat data baru ditemukan.

### 4. Perencanaan

Tujuan perencanaan intervensi keperawatan adalah untuk merancang strategi dalam menangani masalah serta memperbaiki kondisi kesehatan pasien. Rangkaian aktivitas yang dilaksanakan mencakup identifikasi prioritas masalah, penetapan sasaran terapeutik, perumusan rencana intervensi keperawatan, serta penentuan parameter evaluasi hasil.

### 5. Implementasi

Implementasi tindakan dijalankan berdasarkan rancangan intervensi keperawatan yang telah dirumuskan. Dalam pelaksanaan intervensi keperawatan, esensial untuk mempertimbangkan kondisi biopsikososial dan psikologis pasien secara holistik, melaksanakan tindakan secara presisi dan tepat waktu, mengadopsi prinsip-prinsip etika keperawatan yang relevan, serta memelihara sterilitas peralatan dan kebersihan lingkungan. Keselamatan pasien harus menjadi prioritas utama. Standar proses penerapannya meliputi kolaborasi dengan pasien dan tim layanan kesehatan lainnya dalam setiap aktivitas perawatan yang dilakukan, dukungan dan pemberian edukasi mengenai konsep keterampilan diri, serta perubahan aktivitas perawatan, penilaian, dan lingkungan yang digunakan untuk setiap dukungan perawatan. Perilaku ditinjau dan dimodifikasi sebagai respons terhadap respons pasien, dan semua intervensi keperawatan bertujuan untuk mempromosikan peningkatan status kesehatan pasien.

### 6. Evaluasi

Evaluasi terhadap intervensi keperawatan yang belum mencapai hasil yang diharapkan dilakukan oleh perawat untuk memperbaharui data awal pada fase perencanaan. Proses evaluasi harus mencakup waktu pelaksanaan intervensi, dokumentasi kemajuan yang berkaitan dengan pencapaian tujuan pasien, serta penandatanganan dari pasien dan perawat yang melaksanakan intervensi. Kriteria dalam proses evaluasi

mencakup penyusunan rencana evaluasi yang menyeluruh, tepat waktu, dan berkelanjutan untuk hasil dan intervensi; pemanfaatan data awal serta umpan balik dari pasien untuk menentukan kesesuaian hasil pelaksanaan dengan tujuan yang ditetapkan; dan pengembangan rencana baru secara kolaboratif dengan rekan kerja.

7. Pengukuran Penerapan International Patient Safety Goals (IPSG)

Untuk memastikan bahwa pelayanan atau asuhan kepada pasien dilakukan dengan aman dan tepat, rumah sakit menerapkan sistem keselamatan pasien. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 1691/Menkes/Per/VIII/2011, setiap fasilitas pelayanan kesehatan diwajibkan untuk menerapkan prinsip-prinsip keselamatan pasien dalam semua aktivitasnya, sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Permenkes RI No. 1691, 2011).

**5. Kinerja Perilaku Perawat**

Berbagai variabel dapat memengaruhi perilaku kerja dalam pelaksanaan tugas untuk mencapai hasil yang diinginkan. Berdasarkan Undang-Undang No. 43 Tahun 1999, evaluasi kinerja perilaku kerja diukur dengan merujuk pada lima indikator penilaian:

1. Orientasi Pelayanan

Pelayanan yang bermutu disediakan oleh sumber daya manusia yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang superior sesuai dengan kompetensinya. Kualitas pelayanan yang optimal termanifestasi dalam tingkat kepuasan pasien. Untuk meningkatkan kepuasan pasien, layanan harus terfokus pada kebutuhan pasien. Orientasi pelayanan merujuk pada serangkaian sikap dan perilaku yang memengaruhi mutu interaksi antara tenaga kerja dan klien (Andriyanto, 2013).

2. Integritas

Pencapaian tujuan organisasi memerlukan bahwa seluruh pegawai memberikan kualitas pelayanan prima. Setiap institusi rumah sakit memiliki nilai-nilai fundamental yang harus diterapkan dan diinternalisasikan dalam aktivitas sehari-hari, sebagaimana tercermin dalam visi dan misi institusi tersebut. Demikian pula, setiap unit atau kategori sumber daya manusia memiliki norma, prinsip, dan etika profesional khusus dalam penyediaan layanan kesehatan. Kualitas layanan dipengaruhi oleh berbagai variabel, salah satunya adalah integritas personel. Ketidakefisienan dalam pelayanan sering kali berakar dari rendahnya tingkat integritas karyawan, yang mencerminkan perilaku yang tidak konsisten dan tidak mematuhi nilai-nilai organisasi, kebijakan, serta standar etika profesi dalam pelaksanaan tugasnya (Yusnaena, 2013). Oleh karena itu, integritas dapat dipahami sebagai konsep yang menggambarkan keselarasan antara tindakan dan sikap, serta komitmen untuk secara konsisten mematuhi nilai-nilai dan prinsip etika profesi dalam setiap tindakan dan pelayanan.

3. Komitmen

Di institusi rumah sakit, setiap personel kesehatan memiliki misi dan peran yang spesifik. Tugas tenaga kesehatan terwujud melalui perilaku kerja

yang sejalan dengan kompetensi dan keahlian yang dimiliki. Perilaku tersebut dapat dievaluasi berdasarkan sikap tenaga kesehatan dalam menyediakan layanan yang konsisten dengan tujuan institusi. Sikap yang positif mencerminkan bahwa tenaga kesehatan memiliki dedikasi terhadap tanggung jawab mereka dalam mencapai tujuan kolektif organisasi. Dengan demikian, komitmen organisasi dapat dipahami sebagai penerimaan yang mendalam terhadap tujuan dan nilai-nilai institusi serta kesediaan individu untuk berupaya mencapai tujuan institusi (Merry, 2013).

#### 4. Disiplin

Setiap institusi rumah sakit menetapkan kebijakan atau regulasi yang wajib dipatuhi oleh seluruh tenaga keperawatan di lingkungan tersebut. Aturan ini bisa berupa ketentuan tertulis maupun tidak tertulis, yang salah satu tujuannya adalah untuk meningkatkan disiplin kerja para pegawai.

Soejono (2013) menjelaskan bahwa indikator disiplin kerja dapat dikategorikan dalam dua domain utama, yaitu kepatuhan terhadap regulasi dan kesadaran individu. Kepatuhan terhadap aturan mencakup efisiensi penggunaan waktu, pelaksanaan tugas sesuai prosedur yang ditetapkan, dan pemanfaatan peralatan kantor secara optimal. Di sisi lain, kesadaran individu meliputi aspek seperti cara berpakaian di tempat kerja, tingkat tanggung jawab, dan kualitas hasil kerja.

Pada profesi perawat, disiplin dapat dievaluasi melalui berbagai indikator, seperti ketepatan waktu kedatangan dan pulang kerja, kepatuhan dalam prosedur pemberian obat, kecepatan dalam menyelesaikan tugas dan tanggung jawab, serta ketaatan terhadap peraturan rumah sakit dan kode etik profesi keperawatan, baik yang tercantum secara eksplisit maupun yang tersirat. Perawat dengan tingkat disiplin yang tinggi cenderung memberikan layanan yang lebih baik, sementara perawat dengan disiplin yang kurang mungkin menyediakan pelayanan yang tidak memenuhi standar kepuasan bagi pasien.

#### 5. Kerjasama

Keberhasilan kerja dicapai melalui kolaborasi. Kerja tim menciptakan energi dan sinergi karena setiap individu memiliki pemikiran yang sama dan didorong untuk mencapai tujuan bersama. Kolaborasi memungkinkan munculnya ide-ide dari banyak orang, mengkomunikasikan ide-ide secara sinergis, dan menghubungkan ide-ide yang mengarah pada tujuan dan kesuksesan bersama. Keuntungan dari kolaborasi adalah kemampuan untuk saling melengkapi dan bekerja sama dalam menghadapi permasalahan yang tidak dapat diatasi secara individu, sehingga solusi dapat ditemukan secara bersama (Fauzi, 2014). Seperti yang disebutkan sebelumnya oleh Rahman (2000), kolaborasi yang efektif antara dokter, perawat, dan tim kesehatan lainnya dapat menghasilkan pelayanan kesehatan yang lebih efektif.

### 6. Penilaian Kinerja (Bernardin dan Russel, 1993)

#### 1. Kuantitas pekerjaan (*Quantity*)

Merupakan hasil jerih payah para pegawai yang mampu mencapai standar tertinggi yang ditetapkan perusahaan. Kinerja karyawan yang baik disebabkan

oleh hasil yang ditetapkan oleh perusahaan. Jika kuantitas adalah kuantitas produksi yang dinyatakan dalam nilai moneter, maka kuantitas tersebut adalah jumlah unit produk atau kuantitas siklus aktivitas yang diselesaikan.

2. Mutu pekerjaan (*Quality*)

Hasil kerja karyawan yang selaras dengan sasaran strategis yang telah ditetapkan oleh organisasi adalah cerminan dari kinerja yang baik. Jika seorang karyawan mencapai hasil yang tinggi, perusahaan akan menilai bahwa karyawan tersebut berkinerja baik atau memenuhi tujuan yang ditetapkan. Penilaian ini didasarkan pada tingkat kedekatan dengan kesempurnaan dalam proses kerja serta hasil akhir yang diperoleh dari pekerjaan.

3. Ketepatan waktu (*Timeliness*)

Kepatuhan terhadap jadwal yang ditetapkan mengacu pada kemampuan individu dalam menjalankan tugas sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditentukan oleh organisasi. Produktivitas karyawan mengalami peningkatan saat mereka beroperasi dalam rentang waktu yang telah diatur. Kinerja pegawai yang tepat waktu dan efisien menunjukkan bahwa tugas dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang lebih singkat daripada yang telah diprediksi.

4. Keefektifan biaya (*Cost Effectiveness*)

Optimalisasi penggunaan sumber daya merujuk pada pengelolaan yang efisien untuk memaksimalkan hasil dengan pengeluaran yang ekonomis. Efisiensi dan efektivitas dalam pemanfaatan sumber daya berpengaruh signifikan terhadap rasio biaya yang dikeluarkan oleh perusahaan, serta memfasilitasi pencapaian keuntungan yang optimal. Keefektifan biaya mengacu pada pemanfaatan sumber daya perusahaan secara strategis untuk mencapai hasil maksimal.

5. Pengawasan (*Need Supervision*)

Kemampuan pegawai untuk menyelesaikan tugas dengan atau tanpa pengawasan langsung mencerminkan efektivitas kinerja mereka. Kinerja karyawan dapat meningkat ketika mereka mampu bekerja secara mandiri tanpa memerlukan pengawasan intensif dari manajemen. Kebutuhan akan pengawasan mengukur sejauh mana seorang pegawai dapat melaksanakan tugas tanpa memerlukan bimbingan atau intervensi dari atasan, sehingga meningkatkan efisiensi kinerja.

6. Hubungan rekan sekerja (*Interpersonal Impact*)

Tingkat harga diri yang tinggi terhadap pekerjaan cenderung mendorong individu untuk mencapai hasil optimal dalam pelaksanaan tugasnya. Pengaruh interpersonal dari karyawan berkontribusi pada penciptaan lingkungan kerja yang harmonis, memperkuat kepercayaan diri, dan memfasilitasi kerjasama di antara rekan kerja, yang pada gilirannya meningkatkan kinerja keseluruhan. Manajer diharapkan mampu menetapkan kriteria evaluasi yang jelas dan obyektif untuk menilai dampak interpersonal ini.

7. Motivasi

Motivasi didefinisikan sebagai dorongan internal yang substansial untuk melakukan suatu tindakan. Wlodkowski (1985) mendefinisikan motivasi sebagai kondisi yang merangsang perilaku tertentu serta memberikan arah dan konsistensi pada perilaku tersebut. Konsep ini memiliki implikasi yang

signifikan dalam teori behaviorisme.

8. Kepemimpinan

Kepemimpinan merujuk pada pendekatan atau gaya yang digunakan seseorang untuk mempengaruhi individu atau kelompok dengan tujuan mencapai sasaran tertentu. Sarros dan Butchatsky (1996) mendefinisikan kepemimpinan sebagai perilaku yang disengaja untuk memotivasi orang lain agar berkontribusi pada tujuan bersama demi keuntungan individu serta organisasi. Sebaliknya, Anderson (1988) mendefinisikan kepemimpinan sebagai penggunaan kekuasaan untuk mempengaruhi pola pikir dan tindakan orang lain guna mencapai kinerja yang tinggi. Dengan demikian, kepemimpinan melibatkan pengaruh yang diarahkan untuk memotivasi dan membimbing orang lain dalam mencapai hasil yang optimal.

9. Insentif

Menurut Pietersen (2005), Vroom (1964; 1995) mengidentifikasi bahwa kepuasan kerja merupakan hasil dari imbalan yang dirasakan, yang mencakup kompensasi finansial, peluang untuk promosi, interaksi dengan kolega, kesempatan untuk memengaruhi pengambilan keputusan, serta kontrol atas tugas-tugas yang diemban. Vroom mengembangkan teori motivasi kerja yang menyatakan bahwa kepuasan kerja memiliki hubungan invers dengan ketidaksesuaian antara ekspektasi individu terhadap pekerjaan dan realitas yang disediakan oleh pekerjaan tersebut dalam konteks kebutuhan individu.

### 1.5.7 Mutu Pelayanan (Pohan, 2007)

1. Kelangsungan pelayanan

Kelangsungan pelayanan merujuk pada kontinuitas perawatan yang memastikan pasien menerima layanan yang terintegrasi dan konsisten dengan kebutuhan klinis mereka, termasuk penerapan sistem rujukan bila diperlukan, tanpa harus mengalami pengulangan prosedur diagnostik dan terapeutik yang tidak perlu.

2. Akses terhadap pelayanan

Akses terhadap pelayanan mengacu pada ketersediaan dan kemudahan aksesibilitas layanan kesehatan bagi masyarakat, tanpa terhambat oleh faktor-faktor seperti kondisi geografis, sosial, ekonomi, organisasi, atau bahasa. Akses geografis mencakup variabel seperti jarak, waktu perjalanan, biaya transportasi, serta hambatan fisik lainnya yang dapat menghalangi individu dalam memperoleh layanan kesehatan. Di sisi lain, akses ekonomi berhubungan dengan kemampuan finansial individu untuk menanggung biaya pelayanan kesehatan, sehingga biaya tersebut harus disesuaikan untuk memastikan keterjangkauan bagi seluruh strata masyarakat.

3. Hubungan antar manusia

Hubungan antar manusia mencakup interaksi interpersonal antara penyedia layanan kesehatan dan pasien atau konsumen, interaksi antara penyedia layanan kesehatan, serta hubungan antara atasan dan bawahan. Hubungan interpersonal yang konstruktif dapat membangun kepercayaan dan kredibilitas melalui penghargaan timbal balik, pemeliharaan kerahasiaan, saling menghormati, responsivitas, serta perhatian yang sesuai terhadap kebutuhan

masing-masing individu.

#### 4. Kenyamanan

Kenyamanan dapat meningkatkan kepercayaan pasien terhadap organisasi pelayanan kesehatan. Kenyamanan berhubungan dengan aspek-aspek penampilan fisik dari pelayanan kesehatan, termasuk penampilan pemberi layanan, serta kondisi peralatan medis dan non-medis.

### 1.6 Tinjauan Teoritis Tentang Mutu

#### 1. Pengertian Mutu

Mutu dapat didefinisikan sebagai totalitas karakteristik suatu produk atau jasa yang mencerminkan kapasitasnya untuk memenuhi ekspektasi konsumen, baik yang eksplisit maupun implisit (Efendi, 2009). Definisi kualitas dapat berbeda bagi setiap orang karena terdapat berbagai kriteria kualitas yang bergantung pada situasi masing-masing.

#### 2. Dimensi Mutu

Menurut (Parasuraman 1985), mutu pelayanan terdiri dari lima aspek yang mempengaruhi, yaitu:

1. *Reliability* yang ditandai dengan ketepatan dan keakuratan dalam penyampaian layanan.
2. *Tangibles* yang mencakup penyediaan sumber daya fisik dan personel yang mencerminkan kualitas layanan.
3. *Responsiveness* yang diindikasikan oleh kesiapan untuk melayani konsumen secara cepat dan efisien.
4. *Assurance* yang diukur berdasarkan tingkat perhatian terhadap etika dan moral dalam penyampaian layanan.
5. *Empaty* yang mencerminkan kesediaan untuk memahami dan memenuhi kebutuhan serta keinginan masyarakat.

Kelima aspek ini dikenal sebagai *Quality of Service* (ServQual). Dimensi-dimensi ini dirumuskan melalui wawancara dengan klien untuk mengidentifikasi atribut-atribut yang mereka harapkan dari suatu institusi atau entitas tertentu. Inti dari ServQual terletak pada evaluasi terhadap ekspektasi (harapan) dan persepsi (realitas) layanan yang diterima, dengan melakukan perbandingan antara nilai-nilai harapan dan persepsi tersebut. Apabila ekspektasi sejalan dengan persepsi terhadap layanan kesehatan yang diterima, maka pelayanan dianggap memenuhi standar yang ditetapkan, maka pelayanan tersebut dianggap telah memenuhi standar yang ditetapkan (Mukti, 2007).

### 1.7 Tinjauan Teoritis Tentang Pelayanan Kesehatan

#### 1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Menurut Mulyadi (2012), Pelayanan mengacu pada rangkaian aktivitas yang bersifat tidak berwujud secara fisik, yang muncul sebagai hasil dari interaksi antara pengguna jasa dengan personel atau komponen yang disediakan oleh penyedia layanan, bertujuan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh klien atau pengguna layanan.

Kesehatan merupakan kebutuhan mendasar bagi masyarakat dan merupakan hak universal setiap individu yang diatur serta dijamin oleh kerangka hukum dalam konstitusi (Daryanto, 2014).

### 1.7,2 Syarat Pelayanan Kesehatan

Menurut Mubarak (2009), suatu layanan kesehatan dapat dianggap baik jika memenuhi kriteria berikut:

1. Tersedia (*available*) dan berkesinambungan (*continuous*): Ini berarti bahwa semua jenis layanan kesehatan yang diperlukan oleh masyarakat harus dapat ditemukan dengan mudah dan selalu tersedia setiap saat. Layanan kesehatan harus eksis dan dapat diakses kapan pun dibutuhkan oleh populasi.
2. Dapat diterima (*acceptable*) dan bersifat wajar (*appropriate*): Layanan kesehatan harus selaras dengan keyakinan dan budaya masyarakat. Apabila layanan tersebut bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, atau kepercayaan masyarakat, atau dianggap tidak sesuai, maka layanan tersebut tidak memenuhi standar layanan kesehatan yang optimal.
3. Mudah dicapai (*accessible*): Ketercapaian di sini terutama terkait dengan lokasi. Agar layanan kesehatan dianggap memadai, distribusi fasilitas kesehatan harus merata. Jika layanan kesehatan hanya tersedia di kawasan urban dan tidak ada di daerah rural, maka layanan tersebut tidak dianggap optimal.
4. Mudah dijangkau (*affordable*): Keterjangkauan berkaitan dengan biaya. Agar layanan kesehatan dianggap adekuat, biayanya harus sebanding dengan kapasitas ekonomi masyarakat. Layanan kesehatan yang berbiaya tinggi dan hanya dapat diakses oleh segmen kecil populasi tidak memenuhi kriteria layanan kesehatan yang optimal.
5. Bermutu (*quality*): Mutu layanan kesehatan mengacu pada tingkat kesempurnaan dalam penyelenggaraan layanan, serta kesesuaian dengan kode etik dan standar yang telah ditetapkan. Pelayanan harus dilakukan dengan cara yang sesuai dengan standar kualitas dan etika profesi.

### 1.7.3 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Konsumen terhadap Pelayanan Kesehatan

Menurut Kotler (2000), terdapat empat variabel yang memengaruhi perilaku konsumen terhadap layanan kesehatan:

- a. Faktor budaya (subkultur, kultur, dan kelas sosial).
- b. Faktor sosial (kelompok, peran, status, dan keluarga).
- c. Faktor pribadi (usia, gaya hidup, jabatan, pengetahuan, kepribadian, keadaan ekonomi, dan konsep diri).
- d. Faktor psikologi (motivasi, pembelajaran, sikap, persepsi, dan kepercayaan).

## 1.8 Tinjauan Teoritis Tentang Mutu Pelayanan Kesehatan

### 1.8.1 Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai pemenuhan standar profesional dan pelayanan melalui penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara rasional, efektif, dan efisien, serta melalui penyediaan layanan yang terjamin dan memuaskan sesuai dengan regulasi yang berlaku. Aspek normatif, etis, hukum, serta sosial-budaya harus dipertimbangkan, dengan memperhatikan batasan dan kapasitas institusi pemerintah serta komunitas pengguna (Bustami, 2011).

Peningkatan kualitas pelayanan mengacu pada penerapan teknik dan hasil penelitian yang tepat dalam pengembangan pelayanan kesehatan, untuk

memastikan bahwa pelayanan tersebut efektif dan memenuhi standar profesional. Standar pelayanan harus dilaksanakan dengan cermat sesuai dengan kebutuhan pasien dan disediakan secara efisien, dengan tujuan mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Nursalam, 2014).

### 1.8.2 Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Parasuraman (2004), dimensi mutu jasa dianalisis berdasarkan lima aspek komponen mutu. Kelima komponen mutu pelayanan tersebut dikenal dengan istilah ServQual. Kelima dimensi mutu menurut Parasuraman dkk. mencakup:

#### 1. *Responsiveness* (cepat tanggap)

Aspek ini melibatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam mendukung konsumen dan kesediaannya untuk mematuhi protokol serta memenuhi ekspektasi konsumen. Dimensi ini merupakan evaluasi kualitas layanan yang paling dinamis. Seiring dengan perkembangan teknologi dan informasi kesehatan konsumen, harapan konsumen terhadap kecepatan layanan cenderung mengalami peningkatan seiring berjalannya waktu. Prinsip "waktu adalah uang" berlaku saat mengevaluasi kualitas layanan medis dari perspektif ekonomi pengguna. Pelayanan medis yang memenuhi kebutuhan pelanggan sangat dipengaruhi oleh sikap staf garda depan. Kita akan melakukan kontak secara langsung dengan penerima layanan dan anggota keluarganya melalui interaksi nonverbal, baik secara langsung maupun melalui telepon.

#### 2. *Reliability* (Keandalan)

Kemampuan dalam menyediakan layanan medis secara tepat waktu dan akurat merupakan elemen fundamental. Di antara kelima dimensi kualitas layanan, aspek keandalan dianggap paling vital oleh pengguna dari berbagai sektor jasa. Mengingat bahwa produk layanan tidak memiliki standar tetap dan sangat dipengaruhi oleh keterlibatan manusia, mencapai konsistensi hasil menjadi tantangan. Untuk meningkatkan keandalan dalam pelayanan medis, manajemen puncak perlu mengembangkan budaya kerja yang berorientasi pada kualitas tinggi, yakni budaya perusahaan tanpa kesalahan (*corporate culture of no mistake*), yang diterapkan secara menyeluruh dari tingkat manajemen puncak hingga staf garis depan yang berinteraksi langsung dengan pasien. Penerapan budaya kerja ini memerlukan pembentukan tim kerja yang solid dan pelaksanaan pelatihan berkelanjutan, yang selaras dengan perkembangan teknologi medis dan ekspektasi pasien.

#### 3. *Assurance* (Jaminan)

Standar ini merujuk pada kesopanan, pengetahuan, dan kualitas tenaga kerja yang dipercayakan oleh pelanggan. Ketika standar pelayanan ini tercapai, pengguna jasa tidak merasakan adanya potensi risiko. Penelitian menunjukkan bahwa dimensi ini mencakup elemen-elemen seperti keramahan, kompetensi, keandalan, dan rasa aman. Variabel ini harus dikembangkan lebih lanjut oleh manajemen lembaga medis, bukan hanya dalam bentuk finansial, tetapi juga melalui investasi dalam peran teladan manajerial, perubahan positif dalam sikap dan karakter karyawan, serta perbaikan dalam sistem remunerasi (gaji).

#### 4. *Empathy* (Empati)

Standar ini berkaitan dengan kepedulian dan perhatian khusus staf terhadap setiap pengguna layanan, pemahaman mereka terhadap kebutuhan

individu, serta kesediaan mereka untuk memberikan bantuan kapan saja diperlukan. Peran tenaga kesehatan memiliki dampak signifikan terhadap mutu layanan kesehatan, karena mereka dapat secara langsung mempengaruhi tingkat kepuasan penerima layanan kesehatan.

5. *Tangible* (Bukti Fisik)

Dengan adanya penyediaan fasilitas fisik dan peralatan yang memadai, kualitas layanan juga dapat dinilai langsung oleh pengguna. Penyedia layanan kesehatan dapat menunjukkan performa terbaik sesuai kemampuannya. Dalam hal ini, perlu dilakukan peningkatan pada fasilitas pelayanan pendukung seperti fasilitas komunikasi, area parkir, dan kenyamanan ruang tunggu.

Karena produk jasa tidak dapat dilihat, dipegang, atau dirasakan secara langsung, diperlukan upaya tambahan untuk memberikan pengalaman yang lebih realistis bagi pengguna jasa. Dalam konteks ini, penerima layanan memanfaatkan indra mereka (visual, auditori, dan taktil) untuk mengevaluasi mutu pelayanan medis yang diterimanya. Sebagai contoh, area registrasi pasien dirancang dengan standar kebersihan dan kenyamanan yang tinggi, dilengkapi dengan kursi, lantai keramik, televisi, dan perlengkapan administrasi. Uniform staf terlihat teratur, estetik, dan higienis.

### **1.8.3 Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan**

Indikator layanan merupakan atribut yang dapat diquantifikasi dan digunakan untuk menilai tingkat keselarasan dengan kriteria yang telah ditetapkan (Bustami, 2011). Indikator ini dirancang untuk mengevaluasi pencapaian standar tertentu dalam pelayanan. Kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur, antara lain, melalui penggunaan fasilitas kesehatan oleh masyarakat serta efisiensi pemanfaatan fasilitas tersebut. Indikator yang pertinent untuk mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan (Saleha, 2009) melibatkan frekuensi aduan yang diajukan oleh pasien atau kerabat, korespondensi kepada redaksi, surat anonim, kotak saran, informasi yang disebarluaskan secara informal, kebutuhan individual, pengalaman sebelumnya, dan saluran komunikasi.

## **1.9 Tinjauan Teoritis Tentang Rumah sakit**

### **1.9.1 Pengertian Rumahsakit**

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumahsakit, Rumahsakit adalah suatu fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kepada individu. Pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan dan gawat darurat secara komprehensif (UU No. 44 Tahun 2009).

Rumah sakit juga berperan sebagai pusat implementasi program kesehatan, yang melibatkan serangkaian aktivitas yang dirancang untuk mempertahankan dan meningkatkan kondisi kesehatan guna mencapai status kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Program kesehatan tersebut dilaksanakan dengan pendekatan yang harmonis dan terintegrasi untuk memelihara, mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit (profilaksis), mengobati penyakit (kuratif), serta melakukan pemulihan (rehabilitasi), dan akan dilaksanakan secara berkelanjutan (Siregar, 2003).

### **1.9.2 Tugas dan Fungsi Rumahsakit**

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 mengenai Rumah Sakit, institusi rumah sakit diharuskan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan individu secara holistik. Pelayanan kesehatan holistik mencakup aspek-aspek promotif, rehabilitatif, preventif, serta terapeutik.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit umum memiliki fungsi sebagai berikut:

1. Melaksanakan layanan pengobatan dan rehabilitasi kesehatan sesuai dengan norma dan standar operasional prosedur institusi kesehatan.
2. Menjaga dan meningkatkan status kesehatan individu melalui penyelenggaraan layanan kesehatan yang komprehensif dan terintegrasi.
3. Menyenggarakan pendidikan dan pengembangan kompetensi sumber daya manusia untuk meningkatkan keterampilan dalam penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas.
4. Menyenggarakan penelitian serta inovasi dan evaluasi teknologi dalam bidang kesehatan dengan tujuan meningkatkan mutu layanan, dengan tetap memperhatikan prinsip-prinsip etika ilmiah dalam praktik kedokteran dan kesehatan.

### **1.9.3 Jenis dan Kualifikasi Rumahsakit**

Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, jenis pelayanan dan pengelolaan rumah sakit diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Berdasarkan jenis pelayanan
  - A. RS Umum  
Menyediakan pelayanan kesehatan untuk seluruh spektrum bidang dan jenis penyakit.
  - B. RS Khusus  
Menyediakan layanan utama pada satu bidang atau jenis penyakit tertentu, yang dapat didasarkan pada disiplin ilmu, kelompok usia, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.
2. Berdasarkan Pengelolaan
  - A. RS Publik  
Dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, atau entitas hukum nirlaba. Rumah sakit publik yang diadministrasikan oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah dioperasikan berdasarkan mekanisme pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah, sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
  - B. RS Privat  
Dikelola oleh entitas hukum dengan orientasi komersial, seperti Perseroan Terbatas atau Persero.

### **1.9.4 Standar yang Harus Dipenuhi Rumahsakit I Tipe D**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 mengenai Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, layanan yang harus disediakan oleh Rumah Sakit Umum Kelas D mencakup:

1. Pelayanan medis;

2. Pelayanan farmasi;
3. Pelayanan keperawatan dan kebidanan;
4. Pelayanan penunjang klinis;
5. Pelayanan penunjang non-klinis; dan
6. Pelayanan rawat jalan.

Sumber daya manusia Hospital umum kelas D terdiri atas:

- a. Tenaga medis paling sedikit:
  - 1) Minimal 4 (empat) dokter umum untuk pelayanan medis dasar;
  - 2) 1 (satu) dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut;
  - 3) 1 (satu) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar.
- b. Tenaga kefarmasian paling sedikit:
  - 1) 1 (satu) apoteker yang bertindak sebagai kepala instalasi farmasi rumah sakit;
  - 2) 1 (satu) apoteker yang bertugas di layanan rawat jalan, dengan dukungan minimal 2 (dua) tenaga teknis farmasi;
  - 3) 1 (satu) apoteker yang berperan sebagai koordinator dalam proses penerimaan, distribusi, dan produksi farmasi, serta dapat juga melaksanakan fungsi dalam pelayanan farmasi klinik di poliklinik rawat jalan, dengan dukungan tenaga teknis farmasi yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja dalam pelayanan farmasi institusi.
- c. Tenaga keperawatan paling sedikit:
  - 1) Jumlah tenaga keperawatan dihitung berdasarkan rasio 2 (dua) perawat untuk setiap 3 (tiga) tempat tidur.
  - 2) Kualifikasi dan kompetensi tenaga keperawatan disesuaikan dengan tuntutan layanan yang diperlukan oleh rumah sakit.
- d. Tenaga kesehatan lainnya, baik jumlah maupun kualifikasinya, disesuaikan dengan tuntutan pelayanan yang dibutuhkan oleh rumah sakit.

## 1.10 Tabel Sintesa Penelitian

Tabel 2. Tabel Sintesa

No.	Nama Peneliti, Tahun	Judul	Desain Penelitian	Sampel	Hasil
1.	Mororo dkk., 2017	<i>Concept analysis of nursing care management in the hospital context</i>  Analisis Konsep Manajemen Keperawatan Dalam Konteks Hospital	Elaborasi dari tinjauan integratif	Subjek analisis melibatkan pengumpulan data dari basis data Amerika Latin dan Karibia yang mencakup Informasi Kesehatan, Scientific Electronic Library Online, serta Basis Data Keperawatan Brasil, dengan menggunakan kata kunci dan deskriptor yang relevan terkait dengan Pengelolaan Perawatan, Keperawatan, dan Rumah Sakit.	Tinjauan mengindikasikan bahwa praktik manajerial yang diterapkan oleh perawat cenderung berfokus pada aktivitas administratif dan memiliki keterkaitan yang terbatas dengan aspek perawatan langsung. Namun demikian, koordinasi dan integrasi antara administrasi dan perawatan, serta kepemimpinan, komunikasi, interaksi, pengambilan keputusan, dan kolaborasi, diidentifikasi sebagai karakteristik esensial dalam pengelolaan pelayanan keperawatan.
2.	Riastiary, 2019	<i>Description of Nursing Care for Children with Seizures Fever With Hyperthermia In the Kaswari Room at Wangaya Regional Hospital</i>  Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Anak Kejang	Penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus	Penelitian studi kasus ini melibatkan dua klien yang diperiksa dalam konteks pemberian perawatan keperawatan kepada pasien yang mengalami kejang demam disertai dengan peningkatan suhu tubuh.	Ditemukan data utama berupa suhu tubuh yang melebihi batas normal, serta data sekunder seperti kulit yang terasa panas dan memerah. Data sekunder yang tidak dicantumkan meliputi kejang, detak jantung yang cepat, dan pernapasan cepat. Diagnosis yang ditetapkan tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan antara acuan yang digunakan oleh peneliti dan yang

		Demam Dengan Hipertermia Di Ruang Kaswari RSUD Wangaya			dirumuskan oleh perawat di lapangan. Perencanaan keperawatan terdiri dari tujuan, kriteria hasil, dan intervensi keperawatan. Setelah dilakukan evaluasi, teridentifikasi adanya perbedaan antara tujuan dan kriteria hasil yang diterapkan oleh perawat di lapangan dengan referensi teoritis yang digunakan oleh peneliti. Referensi teori yang digunakan oleh perawat di lapangan merujuk pada NIC-NOC 2015, sementara peneliti menggunakan referensi SIKI-NIC. Dalam pelaksanaan, ditemukan perbedaan antara praktik yang diterapkan oleh perawat jaga di lapangan dengan referensi yang digunakan oleh peneliti. Evaluasi keperawatan dilaksanakan setelah pemberian asuhan keperawatan selama 3x24 jam, dan hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah telah teratasi pada kedua subjek penelitian.
3.	Kahya & Oral, 2018	<i>Measurement of clinical nurse performance: Developing a tool including contextual Items</i>	Penelitian Empiris	233 perawat klinis dari Rumah Sakit yang berbeda di satu kota.	Hasil analisis mengindikasikan bahwa, meskipun keterampilan klinis dan keterampilan profesional merupakan kategori yang paling krusial, item yang mendapatkan penilaian tertinggi adalah "Bekerja secara terstruktur" (rata-rata = 6,07, deviasi standar = 0,89) dalam kategori kontekstual.
4.	Sutart & Hermanu Joebagio, 2016	<i>Relationship Between Motivation,</i>	Penelitian Observasional Analitik Dengan	50 perawat di Rumah Sakit Dr. Soediran Mangun Sumarso.	Hasilnya tidak mengidentifikasi adanya korelasi signifikan antara

		<p><i>Competence, Workload, and Nurse Performance, at Dr. Soediran Mangun Sumarso Hospital, Wonogiri, Indonesia</i></p> <p>Hubungan Antara Motivasi, Kompetensi, Beban Kerja dan Kinerja Perawat di Hospital Dr. Soediran Mangun Sumarso, Wonogiri, Indonesia</p>	Desain Cross Sectional		<p>motivasi dengan kinerja perawat (<math>b = 0,02</math>; <math>95\% \text{ CI} = -0,19-0,24</math>; <math>p = 0,823</math>). Selain itu, tidak ditemukan korelasi yang signifikan antara beban kerja dengan kinerja perawat (<math>b = 0,05</math>; <math>95\% \text{ CI} = -0,15-0,26</math>; <math>p = 0,607</math>). Namun, terdapat hubungan yang positif dan signifikan secara statistik antara kompetensi dan kinerja perawat (<math>b = 1,10</math>; <math>95\% \text{ CI} = 1,75 \text{ hingga } 0,46</math>; <math>p = 0,001</math>).</p>
5.	Knar, M., Geiger-Brown, Jeanne, & Donna, 2018	<p><i>The Nursing Performance Instrument: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses in Registered Nurses</i></p> <p>Instrumen Kinerja Keperawatan: Analisis Faktor Eksplorasi dan Konfirmasi pada Perawat Terdaftar</p>	Penelitian dengan desain cross sectional menggunakan data sekunder	797 perawat dari berbagai institusi pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit perawatan intensif, fasilitas psikiatrik, lembaga pendidikan, serta lembaga perawatan berkelanjutan.	<p>Sekitar 38,0% dari perawat (<math>n = 295</math>) melaporkan bahwa durasi tidur harian mereka berkisar antara 6-7 jam. Namun, lebih dari seperempat dari sampel (<math>n = 231</math>, 29,2%) menunjukkan bahwa mereka tidur kurang dari 6 jam per hari. Sebagian besar perawat bekerja dalam konteks perawatan intensif (<math>n = 651</math>, 82,3%), dengan seperempat dari mereka memiliki pengalaman profesional lebih dari 25 tahun (<math>n = 215</math>, 27,5%), diikuti oleh mereka dengan pengalaman keperawatan antara 1-5 tahun (<math>n = 144</math>, 18,4%). Jadwal kerja shift siang merupakan yang paling dominan (<math>n = 402</math>,</p>

					50,6%), dan lebih dari setengah sampel bekerja selama 11-12 jam atau lebih per shift (n = 474, 59,8%). Setengah dari sampel (n = 391, 49,9%) melaporkan bahwa mereka mengalokasikan 76%-100% dari waktu mereka untuk memberikan perawatan langsung kepada pasien, sedangkan seperlima dari sampel (n = 154, 19,7%) melaporkan mengalokasikan 51%-75% dari waktu mereka untuk aktivitas tersebut. Lebih dari separuh responden melaporkan bekerja antara 21-40 jam per minggu (n = 462, 58,3%), sementara dua pertiga melaporkan bekerja antara 41-60 jam per minggu (n = 265, 33,5%).
6.	Supri, Rachmawaty, & Syahrul, 2019	Nurses' Performance Assessment Based On Nursing Clinical Authority: A Qualitative Descriptive Study  Penilaian Kinerja Perawat Berdasarkan Klinik Keperawatan Otoritas: Studi Deskriptif Kuantitatif	Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif. Data dikumpulkan dari Diskusi Kelompok Fokus (FGD), wawancara individu, dan analisis dokumen.	Perawat Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar	Hasil studi mengungkapkan bahwa penilaian kinerja perawat secara menyeluruh telah dilaksanakan sejak tahun 2015. Namun, masih terdapat beberapa aspek yang memerlukan peningkatan, khususnya dalam hal penilaian indikator kuantitas yang belum sepenuhnya dikembangkan. Penilaian ini harus dilakukan dengan mempertimbangkan otoritas klinis keperawatan. Selain itu, evaluasi kinerja perawat pada indikator kuantitas harus diselaraskan dengan

					otoritas klinis keperawatan yang diberikan kepada mereka setelah menyelesaikan proses kredensial, sebagaimana diatur dalam Surat Penugasan Klinis Perawat.
7.	Mokhtar & Mohamed, 2017	Job Performance among Nurses in Pediatric Department (Khartoum State 2015)  Performa Kerja di kalangan Perawat di Departemen Anak (Negara Khartoum 2015)	Penelitian berbasis fasilitas kesehatan deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	137 perawat di Negara Bagian Khartoum (ibu kota nasional Sudan)	Kinerja yang diberikan oleh perawat di unit pediatrik berada di atas rata-rata, sementara di departemen lain berada di bawah rata-rata. Temuan ini dapat disebabkan oleh tingginya jumlah kasus yang harus ditangani serta terbatasnya jumlah perawat per shift, di samping fakta bahwa perawat yang bekerja di unit ini memiliki kualifikasi yang baik. Hal ini sejalan dengan studi yang dilakukan oleh Healthcare Research dan Departemen Kesehatan dan Layanan Manusia A.S., yang menemukan bahwa kekurangan staf dan meningkatnya beban kerja dapat secara signifikan mengancam kualitas perawatan. Rumah sakit dengan jumlah staf perawat yang tidak memadai cenderung memiliki tingkat kejadian buruk yang lebih tinggi, seperti infeksi nosokomial, insiden syok, dan kegagalan dalam menyelamatkan pasien.
8.	Tesfaye, Abera, Balcha, Namera, &	<i>Assessment of Factors Affecting Performance</i>	Studi	239 perawat yang	Adanya insiden kejadian buruk yang

	Belina, 2015	<p><i>of Nusses Working at Jimma University Specialized Hospital in Jimma Town, Oromia Region, South- West Ethiopia</i></p> <p>Penilaian Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Perawat yang Bekerja di Rumah Sakit Khusus Universitas Jimma di Kota Jimma, Wilayah Oromia, Ethiopia Barat Daya</p>	Crossectional Berbasis Institusi Desain	bekerja di Rumah Sakit Khusus Universitas Jimma di Kota Jimma, Wilayah Oromia, Ethiopia Barat Daya.	lebih tinggi, seperti infeksi nosokomial, syok, dan kegagalan dalam menyelamatkan pasien. Sekitar sepertiga dari perawat (32,2%) menilai kinerja mereka sebagai tidak memadai. Tingkat persepsi terhadap pengetahuan dan keterampilan [Adjusted Odds Ratio 14,0 dengan 95% Confidence Interval (6,1, 30,9)] serta umpan balik terkait evaluasi kinerja [Adjusted Odds Ratio 4,6 dengan 95% Confidence Interval (1,8, 11,2)] telah diidentifikasi sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi performa perawat. Meskipun demikian, faktor-faktor seperti kurangnya pengakuan, lingkungan kerja yang tidak aman, serta rendahnya remunerasi dan manfaat tidak menunjukkan signifikansi statistik, namun tetap diakui oleh perawat sebagai penghambat dalam pelaksanaan tugas mereka.
9.	Kumar & Bhalla, 2019	<p><i>Stress among Nursing Staff in Hospitals and its Relation with Job Satisfaction, Job Performance and Quality of Nursing Care: A Literature</i></p>	Tinjauan Literatur Dengan Ulasan Termasuk Sistematis Terhadap Berbagai	Makalah yang memenuhi kriteria pencarian termasuk dalam tinjauan ini, yang mencakup publikasi antara tahun 2000 hingga 2019 dan diterbitkan di berbagai	Berbagai kajian telah mengidentifikasi bahwa stres kerja berhubungan negatif dengan kepuasan kerja, tingkat kepuasan terhadap pekerjaan, dan mutu asuhan keperawatan. Faktor-faktor utama yang berkontribusi terhadap stres kerja

		<p><i>Review</i></p> <p>Stres di antara Staf Perawat di Rumah Sakit Dan Hubungannya Dengan Kepuasan Kerja, Kinerja Pekerjaan dan Mutu Perawatan: Review Literatur</p>	<p>Database Seperti Ebscohost, Proquest dan Google Scholar Mengenai topik yang Diteliti dari tahun 2000 hingga 2019, Dilakukan Dan diterbitkan di negara mana pun selama Bahasanya Adalah Bahasa Inggris. Studi Dilakukan pada perawat di klinik rawat jalan dan Hospital. Kriteria Kelayakan dipenuhi oleh total 16 studi dari total 35 Makalah yang cocok dengan pencarian</p>	<p>negara selama bahasa pengantarnya adalah Bahasa Inggris. Studi-studi tersebut dilakukan pada perawat yang bekerja di klinik rawat jalan dan rumah sakit. Dari total 35 makalah yang diperiksa, sebanyak 16 studi memenuhi kriteria kelayakan.</p>	<p>mencakup beban kerja, sistem kerja shift, durasi jam kerja, serta hubungan dengan pengawas. Stres ini dilaporkan meningkatkan frekuensi pergantian staf, niat untuk berhenti, serta menurunkan retensi dan perekrutan perawat. Beberapa studi menunjukkan bahwa pemberdayaan, dukungan dari pimpinan dan kolega, serta penerapan pendekatan pemecahan masalah yang terstruktur dapat menurunkan stres kerja di kalangan perawat. Sebuah penelitian melaporkan bahwa meditasi terbukti efektif dalam mengurangi tingkat stres dan kelelahan pada perawat. Namun, pemahaman tentang bagaimana tuntutan dan ekspektasi pasien terhadap profesional keperawatan serta rumah sakit memengaruhi stres kerja masih terbatas. Selain itu, penelitian yang mengeksplorasi strategi yang diterapkan oleh rumah sakit untuk mengurangi stres kerja di antara staf perawat dan meningkatkan kinerja mereka masih sangat minim, sehingga memerlukan investigasi lebih lanjut.</p>
--	--	---	--	--	---

10.	Gedamu dkk., 2019	<i>Knowledge and Attitude of Nurses towards Palliative Care in Government Hospitals of Addis Ababa, Ethiopia</i>	Studi survei Kuantitatif Dengan Pendekatan <i>Cross Sectional</i>	426 perawat yang dipilih secara acak dari empat rumah sakit pemerintah di Addis Ababa dengan pengalaman kerja minimal enam bulan.	Tingkat partisipasi dalam penelitian ini mencapai 92,02% dari keseluruhan populasi peserta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya 104 (26,5%) responden yang menunjukkan pemahaman yang memadai mengenai perawatan
		Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Perawatan Paliatif di Rumah Sakit Pemerintah Addis Ababa, Ethiopia			paliatif, Sementara itu, 331 individu (84,4%) memperlihatkan sikap yang konstruktif terhadap perawatan paliatif. Variabel-variabel seperti tingkat pendidikan, unit kerja, durasi pengalaman profesional dalam keperawatan, pengalaman dalam perawatan pasien dengan kondisi kronis, serta pelatihan dalam layanan perawatan paliatif menunjukkan hubungan yang signifikan dengan pemahaman perawat mengenai perawatan paliatif. Selain itu, tingkat pendidikan, pengalaman dalam merawat pasien dengan penyakit kronis, dan pelatihan dalam perawatan paliatif secara statistik signifikan berasosiasi dengan sikap perawat terhadap perawatan paliatif.

11.	Feleke & Demise, 2019	<p><i>Compliance of Nurses to National Nursing Process Guideline in Tercha General Hospital, Southern Ethiopia 2018: Case Study</i></p> <p>Kepatuhan Perawat Terhadap Pedoman Proses Perawatan Nasional di Rumah Sakit Umum Tercha, Ethiopia Selatan 2018: Studi Kasus</p>	<p>Desain studi Kasus Tunggal Dengan Metode Pengumpulan Data Campuran Termasuk Observasi, Wawancara Informan Kunci atau <i>Key Informant Interviewee</i> (KI), dan Ulasan Dokumen</p>	<p>Sesi observasi dilakukan terhadap 125 perawat untuk menganalisis interaksi dan tinjauan grafik mereka, serta melibatkan 14 informan kunci.</p>	<p>Tingkat kepatuhan menyeluruh perawat terhadap pedoman proses keperawatan nasional di Rumah Sakit Umum Tercha tercatat sebesar 47%. Evaluasi dan diagnosis keperawatan dilakukan pada 67% dan 62% dari pasien, berturut-turut. Sebaliknya, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan diterapkan pada 54%, 52%, dan 47% dari pasien yang dirawat, secara berurutan. Penelitian kuantitatif menunjukkan bahwa kinerja ini dipengaruhi oleh keterbatasan pasokan medis, kekurangan materi referensi,</p>
			digunakan.		<p>masalah terkait kepegawaian, serta pengembangan kapasitas yang terbatas, termasuk dalam hal pelatihan.</p>

12.	Tzivian, Priede, Mezina-Mamajeva, & Folkmanis, 2019	<p><i>Problems of burnout in nurses: Stress, work tension and workability results from Latvian study</i></p> <p>Masalah kelelahan pada perawat: Stres, Ketegangan kerja dan Kemampuan kerja - hasil dari penelitian Latvia</p>	Studi cross-Sectiona	232 perawat dengan rentang usia antara 18 hingga 79 tahun, dengan median pengalaman kerja selama 19 tahun. Sebagian besar perawat bekerja dengan upah penuh.	Model regresi yang disesuaikan menunjukkan bahwa kemampuan kerja berkorelasi negatif dengan stres kerja (estimasi efek, $\beta = -0,03$ [Interval Kepercayaan 95%: $-0,04$ ; $-0,01$ ]) dan dengan posisi ( $\beta = -0,23$ [ $-0,42$ ; $-0,05$ ]). Perawat yang lebih muda menunjukkan hubungan yang lebih signifikan dibandingkan dengan mereka yang berusia lebih dari 45 tahun, mengindikasikan usia sebagai variabel moderasi dalam hubungan antara stres dan kemampuan kerja. Selain itu, peningkatan Work-related Task Interference (WTI) berhubungan dengan peningkatan kemungkinan kelelahan ( $\beta = 11,2$ [ $1,0$ ; $21,3$ ]). Kesimpulannya, perawat perlu mendapatkan perhatian khusus untuk mengurangi tingkat stres mereka guna mencegah kekurangan tenaga kerja dalam sektor kesehatan.
13.	Koech, 2019	<p><i>Evaluation of Factors contributing to Medication errors among nurses working at Mbagathi District Hospital</i></p> <p>Evaluasi faktor-faktor yang Berkontribusi</p>	Penelitian ini Mengadopsi Desain Penelitian Deskriptif	121 perawat yang bekerja di sektor medis, bedah, pediatrik, serta layanan rawat jalan dan bersalin.	Analisis mengungkapkan adanya hubungan positif yang signifikan secara statistik antara frekuensi kesalahan dalam administrasi obat dan penyebab kesalahan yang terkait dengan faktor lingkungan, faktor manusia, faktor sistem, serta kegagalan dalam pelaporan kesalahan sebelumnya. Temuan

		Terhadap Kesalahan pengobatan di antara perawat yang bekerja di Rumah Sakit Distrik Mbagathi			penelitian menunjukkan tingkat kesalahan sebesar 6,2, yang menunjukkan bahwa dari setiap enam pasien yang menerima perawatan, satu pasien mengalami kesalahan dalam administrasi obat. Para perawat mengidentifikasi kendala utama dalam pelaporan kesalahan pengobatan sebagai ketakutan terhadap sanksi, teguran, dan tindakan hukum. Terdapat kecenderungan untuk merasakan kepuasan terkait kepatuhan terhadap praktik keselamatan obat, yang dipengaruhi oleh faktor-faktor manusia, lingkungan, dan sistem. Kesenjangan antara kesalahan yang dilakukan oleh perawat dan pelaporan kesalahan tersebut menegaskan perlunya manajemen rumah sakit untuk menerapkan strategi guna meningkatkan praktik keselamatan obat di kalangan perawat. Penelitian ini menyimpulkan bahwa tingkat kepatuhan terhadap praktik keselamatan medis masih belum memadai di Rumah Sakit Distrik Mbagathi.
14.	Marc, Fafara, & Januszewicz, 2019	<i>Diversification of Patient Satisfaction with Nursing Care at Night</i>	Metode Survei diagnostik, estimasi dan Metode Statistik Digunakan Dengan survei	Sebanyak 585 pasien yang dirawat di fasilitas kesehatan yang dipilih secara acak, termasuk profil konservatif dan bedah, di Rumah Sakit	Rata-rata peringkat antara populasi pedesaan dan perkotaan menunjukkan disparitas lebih dari 12 poin. Terdapat hubungan yang signifikan antara evaluasi kepuasan

		Diversifikasi Kepuasan Pasien dengan Perawatan di Malam Hari	dan tes teknik Penelitian	Klinik di Rzeszow.	terhadap asuhan keperawatan dan status profesional pasien.
15.	Collet dkk., 2019	<i>Experiences and Needs of Nursing Staff Caring for Double Care Demanding Patients: A Qualitative Study</i>  Pengalaman dan Kebutuhan Staf Perawat Merawat Pasien Perawatan Ganda yang Menuntut: Studi Kuantitatif	Studi Kelompok Terarah Dengan Pendekatan Kuantitatif	Lima sesi wawancara kelompok fokus semi-terstruktur dilaksanakan dengan personel DCD (n = 28), yang diselenggarakan dalam lima pertemuan kelompok. Empat kelompok terdiri dari staf keperawatan, sementara satu kelompok fokus tambahan diadakan untuk mengevaluasi kebutuhan dan aspirasi staf keperawatan serta didukung oleh anggota tim multidisiplin lainnya.	Kompleksitas kebutuhan perawatan pasien dengan DCD (Death and Dying Care) menampilkan tantangan serta tuntutan yang signifikan. Tekanan tersebut dirasakan secara mendalam pada berbagai tingkat. Seluruh anggota staf yang terlibat menekankan pentingnya menciptakan lingkungan kerja yang aman, baik dari segi psikologis maupun fisik. Para perawat perlu saling mengandalkan satu sama lain, berkolaborasi dalam tim multidisiplin, dan mendapatkan dukungan dari manajemen mereka. Mereka memerlukan stabilitas tim yang mendukung kesinambungan perawatan, jalur pengembangan, dan pelatihan keterampilan khusus di bidang perawatan psikiatrik dan somatik.

### 1.11 Penelitian yang Relevan

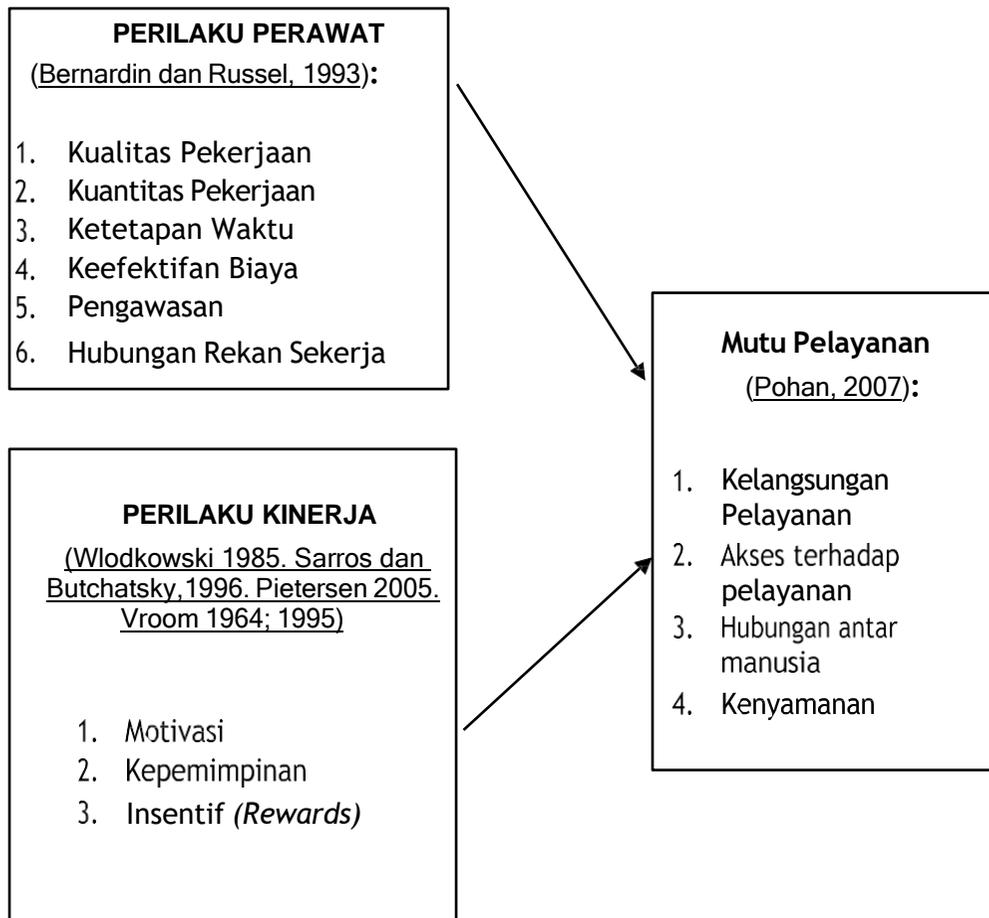
Kinerja pada dasarnya adalah hasil suatu pekerjaan atau kinerja pekerjaan. Kinerja dilakukan oleh orang-orang yang mempunyai keterampilan, kesanggupan, kemampuan, motivasi dan minat. Kinerja perawat dalam memberikan pelayanan dapat diukur dengan menggunakan lima indikator yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Azwar, 2010).

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan komponen esensial dalam sebuah organisasi, berperan sebagai pelaksana, perencana, dan pemikir dalam usaha untuk mencapai sasaran organisasi. Dalam ranah organisasi rumah sakit, SDM berperan penting dalam menyediakan layanan medis berkualitas yang diharapkan. Salah satu komponen dari SDM tersebut adalah tenaga keperawatan.

Sebagai fasilitas medis profesional, Rumahsakit terus berupaya memenuhi janji kami untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Hospital berupaya untuk meningkatkan kualitas layanannya melalui inisiatif seperti peningkatan kualitas layanan, peningkatan kemampuan staf, dan peningkatan sarana dan prasarana. Untuk meningkatkan mutu dengan mengoptimalkan sumber daya manusia Hospital, khususnya optimalisasi peran perawat dalam penelitian ini, maka perlu dilakukan evaluasi terhadap kinerja perawat yang mempengaruhi mutu pelayanan Hospital.

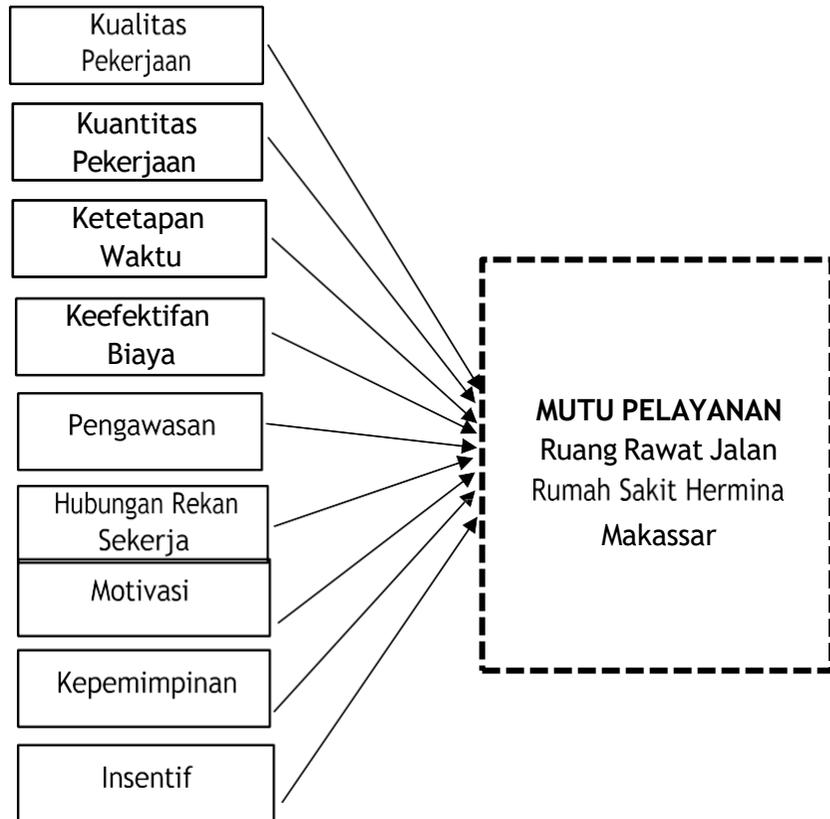
Penelitian ini menganalisis dimensi atau domain kualitas pelayanan yang telah diidentifikasi oleh Organisasi Kesehatan Dunia pada tahun 2006, meliputi: dimensi efisiensi, dimensi efektivitas, dimensi aksesibilitas, dimensi akseptabilitas, dimensi keadilan, dan dimensi keselamatan. Dalam konteks penelitian ini, aspek efisiensi merujuk pada optimalisasi penggunaan sumber daya serta penghindaran terhadap pemborosan. Aspek efektif berarti bahwa layanan medis didasarkan pada bukti dan mengarah pada hasil kesehatan yang lebih baik jika diperlukan. Aspek aksesibilitas mengacu pada perawatan yang diberikan dalam lingkungan yang tepat waktu, sesuai secara geografis, dan memiliki kemampuan serta sumber daya untuk memenuhi kebutuhan medis. Dimensi akseptabilitas merujuk pada penyediaan layanan kesehatan yang memperhatikan preferensi, keinginan individu pengguna, serta budaya masyarakat setempat. Dimensi keadilan mencakup layanan kesehatan yang kualitasnya tidak dipengaruhi oleh atribut pribadi seperti jenis kelamin, ras, etnis, lokasi geografis, dan status sosial ekonomi. Dalam kajian ini, dimensi keselamatan berarti layanan kesehatan yang meminimalisir risiko dan potensi kerugian bagi penerima layanan, dalam hal ini pasien.

## 1.12 Kerangka Teori



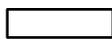
Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian

### 1.13 Kerangka Konsep



**Keterangan:**

Variabel Independen =



Variabel Dependen =



Gambaran 2. Kerangka Konsep Penelitian

## 1.14 Hipotesis Penelitian

### **H0 (Hipotesis Null)**

1. indikator kualitas pekerjaan tidak berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RSI Hermina Makassar.
2. indikator kuantitas pekerjaan tidak berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
3. indikator ketetapan waktu tidak berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
4. indikator keefektifan biaya tidak berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
5. indikator pengawasan tidak berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
6. indikator hubungan rekan sekerja tidak berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
7. indikator motivasi tidak berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
8. indikator kepemimpinan tidak berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
9. indikator insentif tidak berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.

### **Ha (Hipotesis Alternatif)**

1. Indikator kualitas pekerjaan berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
2. Indikator kuantitas pekerjaan berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
3. Indikator ketetapan waktu berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
4. Indikator keefektifan biaya berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
5. Indikator Pengawasan berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
6. Indikator hubungan rekan sekerja berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
7. Indikator motivasi berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
8. Indikator kepemimpinan berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.
9. Indikator insentif berpengaruh terhadap mutu pelayanan di unit rawat jalan RS Hermina Makassar.

### 1.15 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 3. Defenisi Operasional & Kriteria Objektif

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
1.	KINERJA PERAWAT	Merupakan suatu mekanisme untuk mengevaluasi dan menyesuaikan output kinerja individu dalam suatu organisasi dengan memanfaatkan alat ukur penilaian kinerja yang terstruktur (Ilyas, 2002)	Keseluruhan proses penilaian kinerja perawat yang meliputi: 1. Kualitas Pekerjaan 2. Kuantitas Pekerjaan 3. Ketetapan Waktu 4. Keefektifan Biaya 5. Pengawasan 6. Hubungan Rekan Sekerja 7. Motivasi 8. Kepemimpinan 9. Insentif	Kuesioner berisi sebanyak 27 pertanyaan dengan menggunakan Skala Llikert  4: Setuju (S) 3 : Kurang Setuju (KS) 2 : Tidak Setuju (TS) 1 : Sangat Tidak Setuju (STS)	a. Skor tertinggi (27x4) = 108 (100%) b. Skor terendah (1x4) = 4 (4/108x100=25%) c. <i>Range</i> : skor tertinggi - skor terendah 100%-25% = 75% d. Interval skor: 75/2 = 37,5 e. Skor yang digunakan : Skor tertinggi- interval 100% - 37,5 = 62,5 % f. Kriteria Objektif: a) Baik : skor $\geq$ 62,5% b) Kurang Baik : skor < 62,5%	Interval

2.	MUTU PELAYANAN	<p>Derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan pedoman profesi dan standar pelayanan, dengan memanfaatkan potensi sumber daya yang ada di rumah sakit secara proporsional, efisien, dan efektif, serta disampaikan dengan aman dan memadai sesuai dengan norma, etika, peraturan hukum, dan nilai sosial budaya, dengan memperhatikan keterbatasan serta kapasitas pemerintah dan kebutuhan masyarakat sebagai konsumen. (Bustami, 2011).</p>	<p>Ketercapaian suatu standar pelayanan yang sudah ditetapkan. Indikatornya antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelangsungan pelayanan</li> <li>2. Akses terhadap pelayanan</li> <li>3. Hubungan antar manusia</li> <li>4. Kenyamanan.</li> </ol>	<p>Kuesioner berisi sebanyak 15 pertanyaan dengan menggunakan Skala Likert.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Skor tertinggi <math>(15 \times 4) = 60</math> (100%)</li> <li>b. Skor terendah <math>(1 \times 4) = 4</math> <math>(4/60 \times 100 = 25\%)</math></li> <li>c. <i>Range</i>: skor tertinggi - Skor terendah <math>100\% - 25\% = 75\%</math></li> </ol>	Interval
----	----------------	---	--	---	--	----------

## **BAB II METODOLOGI PENELITIAN**

### **2.1 Jenis Dan Rancangan Metode Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif studi kasus. Studi kasus adalah jenis studi yang mempelajari suatu masalah dengan batasan tertentu, mengumpulkan data secara menyeluruh, dan menggunakan berbagai sumber. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi kinerja perawat terhadap mutu pelayanan di Hospital Hermina Makassar. Penelitian ini terbatas oleh waktu dan tempat serta kasus yang diamati berupa program, insiden, kegiatan dan seseorang (Sugiyono, 2016).

Penelitian kuantitatif sering disebut sebagai metode penelitian naturalistik karena dilakukan dalam konteks lingkungan yang alami. Metode penelitian kuantitatif yang diterapkan adalah pendekatan studi kasus, yaitu penelitian yang dilakukan dengan menyelidiki subjek secara komprehensif dan mendalam, dengan memanfaatkan berbagai sumber data (Sugiyono, 2016).

### **2.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja RS Hermina Makassar, Sulawesi Selatan, dari Juli 2024 sampai selesai.

### **2.3 Responden Penelitian**

#### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian adalah perawat di RS Hermina Makassar yaitu dengan jumlah 165 perawat, pada Tahun 2023.

#### **2. Responden**

Responden akan ditentukan dengan taraf kesalahan 5% atau 0,5, Adalah jumlah sebanyak 165 perawat.

### **2.4 Instrumen Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode survey dengan kuesioner, dengan jumlah responden 165 perawat yang bekerja di Hospital Hermina Makassar.

### **2.5 Teknik pengumpulan data**

Data adalah tujuan utama dari penelitian ini, sehingga teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam prosedur penelitian. Menurut (Sugiyono, 2016) adapun teknik pengumpulan data dapat diuraikan, yaitu Menggunakan Kuesioner melalui wawancara dengan pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner.

## 2.6 Sumber Data

Ada dua macam sumber data pada penelitian ini, yakni :

### 1. Data Primer

Dikumpulkan sendiri oleh peneliti dari sumber pertama atau lokasi penelitian (Sugiyono, 2016). Peneliti menggunakan temuan dari wawancara mendalam dan pengamatan langsung di lapangan (observasi) dari informan tentang Implementasi Kebijakan Program Kinerja Perawat Dalam Mutu Pelayanan Di Ruang Rawat Jalan Di Wilayah Kerja Hospital Hermina Makassar.

### 2. Data Sekunder

Sumber data yang memberikan data kepada pengumpul data secara tidak langsung yaitu data sekunder. sumber data tersebut terbilang orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2016). Data sekunder pada penelitian ini adalah buku, jurnal, dan artikel tentang Implementasi Kebijakan Tentang Program Kinerja Perawat Terhadap Mutu Pelayanan Di Ruang Rawat Jalan Di Wilayah Hospital Hermina Makassar.

## 2.7 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

### 1. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan di lokasi penelitian kemudian diolah dan dianalisis secara komputersasi menggunakan program yang terdapat di komputer. Adapun tahapan dalam mengolah data yaitu sebagai berikut:

#### a. *Entry Data*

Tahap ini merupakan salah satu tahap yang penting dalam mengolah data, dimana pada tahap ini akan dimasukkan semua data melalui software microsoft excel. Pada tahapan ini sangat diperlukan ketelitian, dan ketepatan dalam melakukan pengumpulan data.

#### b. *Editing Data*

Pada tahap ini, peneliti akan melakukan verifikasi kelengkapan terhadap data/informasi yang telah disediakan dan memastikan tidak terdapat inkonsistensi dari hasil pengukuran atau entri oleh responden, sehingga semua data dan informasi yang diperlukan dapat dikumpulkan secara menyeluruh dan akurat.

#### c. *Import Data*

Tahap ini dilakukan dengan cara memasukkan data dari luar (*microsoft excel*) ke dalam aplikasi SPSS untuk diolah dan dianalisis.

#### d. *Coding*

Tahap ini merupakan tahapan pemberian kode pada setiap variabel terhadap data yang telah dikumpulkan yang bertujuan untuk mempermudah pengolahan data.

#### e. *Cleaning Data*

Proses pemeriksaan atau pengecekan kembali data yang sudah di entry atau diiput sebelumnya sebagai bentuk tindakan untuk mencegah terjadinya kesalahan (bias) sebelum dilakukan analisis statistik.

#### f. *Tabulasi*

Langkah selanjutnya adalah peneliti melakukan perhitungan dan analisis data, kemudian membuat tabel-tabel yang berisi data yang telah berisi kode

sesuai dengan analisis yang dibutuhkan (tabulasi). Tujuan dilakukan tabulasi ini adalah untuk memudahkan dalam pengolahan data ke dalam suatu tabel.

## 2.8 Analisis Penelitian

Analisis data yang dilakukan yaitu analisis statistik yang digunakan adalah analisis Multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan lebih dari satu variabel bebas dengan satu variabel terikat. Analisis ini digunakan untuk mengetahui variabel bebas yang kuat hubungannya terhadap mutu pelayanan di Hospital Hermina Makassar.

Analisis statistik yang diterapkan adalah regresi logistik biner, yaitu metode statistik yang mengeksplorasi hubungan matematis antara satu variabel respons (y) yang bersifat kategorikal atau ordinal dengan satu atau lebih variabel prediktor (x) adalah model regresi logistik biner. Model ini digunakan untuk menilai asosiasi antara satu variabel respons (variabel dependen) dan sejumlah variabel prediktor independen (David, 2000).

Interpretasi :

- a) Jika nilai Sig < 0,05 maka secara parsial terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel independen dengan variabel dependen.
- b) Jika nilai Sig > 0,05 maka secara parsial tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel independent dengan variabel dependen.
- c) Besarnya pengaruh ditunjukkan oleh nilai exp (B) atau disebut juga sebagai odds ratio (OR).

## 2.9 Penyajian Data

Dalam penelitian ini, data akan disajikan dalam format tabel dan interpretasi hasil untuk memfasilitasi penyampaian informasi serta memastikan bahwa data yang dipresentasikan mudah dipahami.

## 2.10 Etika Penelitian

Proposal penelitian ini akan diajukan ke Komisi Etik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan dalam penelitian ini peneliti tetap memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian untuk meminimalisir kemungkinan risiko-risiko yang dapat merugikan responden, sehingga responden tidak menolak dan mau berpartisipasi, diantaranya:

### A. Persetujuan Responden (*Informed Consent*)

*Informed consent* adalah proses yang memberikan calon responden kesempatan untuk menentukan apa yang boleh dan tidak boleh terjadi pada mereka (Ripley dkk., 2018). Tujuan dari persetujuan yang diinformasikan adalah untuk membangun kepercayaan dan menghormati otonomi calon responden, sambil melindungi mereka dari potensi risiko atau bahaya (Antoniou dkk., 2011).

### B. Anonimitas

Anonimitas mengacu pada tidak diketahuinya identitas individu karena kurangnya identitas atau informasi identifikasi dalam interaksi sosial (Marx, 1999). Hite et al. (2014) juga membahas konsep anonimitas. Anonimitas melibatkan pandangan individu mengenai tingkat pengenalan mereka dan didefinisikan sebagai sejauh mana seseorang merasa bahwa informasi pribadi mereka tidak dikenali oleh orang lain atau tidak mengidentifikasi mereka secara spesifik.

Dalam konteks ini, persoalan kerahasiaan menjadi persoalan etika. Responden mungkin khawatir jika hasil penelitian dibagikan kepada perusahaan, data yang mereka berikan dapat digunakan untuk merugikan mereka. Kekhawatiran ini dapat menimbulkan keraguan. Untuk mempertahankan ukuran sampel penelitian, peneliti mengirimkan pengingat berdasarkan data yang mereka miliki. Hal ini menunjukkan bahwa kerahasiaan terdakwa telah dilanggar. Namun, masalah etika dapat dihindari jika peneliti yakin bahwa anonimitas tetap terjaga saat memproses data.

Ada juga cara untuk menentukan nama pena. Selain menjaga kerahasiaan, peneliti juga harus mempertimbangkan profil data yang diperlukan. Sebab, meskipun diberikan nama samaran, informasi tambahan tersebut dapat memberikan petunjuk identitas responden (Sengh, 2023).

### 3. Kerahasiaan Data dalam Penelitian

Penelitian memerlukan data untuk menjawab pertanyaan penelitian terkait isu yang dikaji. Data, yang merupakan kumpulan observasi mentah, bukti, informasi, atau materi empiris yang belum diproses, merupakan elemen esensial dalam proses penelitian. Penelitian kuantitatif menggunakan pengukuran numerik untuk mengidentifikasi karakteristik data. Sumber data dalam penelitian kuantitatif dapat berasal dari laporan dalam bentuk kuesioner dan survei, wawancara terstruktur, observasi, tes, serta inventarisasi. Data kuantitatif umumnya digunakan untuk menguji hipotesis atau pertanyaan penelitian dengan menerapkan desain penelitian yang terstruktur (Sengh, 2023).

Saat mengumpulkan data penelitian, Fellows dan Liu (2015) membagi metode pengumpulan data ke dalam dua format komunikasi: satu arah dan dua arah. Metode satu arah meliputi penggunaan kuesioner, wawancara terstruktur, penelitian arsip atau dokumen sekunder, serta observasi oleh peneliti. Sementara itu, metode dua arah mencakup wawancara semi-terstruktur dan observasi responden, yang melibatkan interaksi lebih langsung antara peneliti dan responden.

Sebelum pengambilan data sekunder dari perusahaan akan mengajukan izin untuk pengambilan data yang bersifat rahasia untuk menjadi konsumsi publik dan akan dikelola, sehingga data yang diambil dalam penelitian lebih tepat dan sesuai kebutuhan permasalahan peneliti