

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Mutu Pelayanan Keperawatan

a. Pengertian mutu

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia edisi kelima, mutu berarti ukuran, derajat, atau taraf tentang baik buruknya suatu benda khususnya produk berupa barang atau jasa. Mutu adalah perpaduan sifat-sifat dan karakteristik produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan (Bustami, 2011). Mutu adalah gambaran karakteristik langsung dari suatu produk. Kualitas bisa diketahui dari segi bentuk, penampilan, performa suatu produk, dan juga bisa dilihat dari segi fungsinya serta segi estetisnya (Nursalam, 2014).

Mutu memiliki definisi dalam berbagai sudut pandang, tergantung dari siapa yang melihatnya. Demikian pula dengan mutu pelayanan kesehatan, menurut Elizabeth (2015) hal ini akan tergantung dari sudut pandang pelakunya, seperti :

- 1) Menurut pasien/masyarakat, mutu adalah empati, menghargai, dan anggap sesuai dengan kebutuhan dan ramah.

- 2) Menurut petugas kesehatan, mutu adalah bebas melakukan sesuatu secara profesional sesuai dengan ilmu pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang memenuhi standar.
- 3) Menurut manajer/administrator, mutu adalah mendorong manajer untuk mengatur staf dan pasien/masyarakat yang baik.
- 4) Menurut yayasan atau pemilik, mutu adalah menuntuk pemilik agar memiliki tenaga profesional yang bermutu dan cukup.

b. Manfaat Mutu

Mutu dalam suatu produk memiliki keistimewaan yang memungkinkan memberi manfaat untuk meningkatkan kepuasan pelanggan, membuat produk mulai laku dijual, memenangkan persaingan, meningkatkan pangsa pasar, memperoleh pemasukan dari penjualan, menjamin harga premium, dampak yang terutama adalah terhadap penjualan (Iman A. T. & Lena D., 2017).

c. Pengertian Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu pelayanan keperawatan adalah gambaran produk dari serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien yang sakit maupun sehat

secara holistik dan sesuai standar praktik keperawatan (Suarli & Bahtiar, 2012; Asmuji, 2012).

Dalam meningkatkan mutu pelayanan untuk mencapai taraf kesehatan yang optimal dibutuhkan pemberian pelayanan secara efisien, holistik, dan memenuhi standar praktik keperawatan sesuai dengan yang dibutuhkan oleh pasien, serta pemanfaatan hasil penelitian dan teknologi secara tepat (Nursalam, 2015).

Dapat disimpulkan dari teori di atas bahwa pelayanan keperawatan yang bermutu haruslah berfokus untuk memenuhi taraf kesehatan yang optimum dengan cara berlandaskan pada standar praktik keperawatan agar tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara holistik dapat tercapai.

d. Tujuan Mutu Pelayanan Keperawatan

Menurut Triwibowo (2013) terdapat 4 tahapan untuk mencapai tujuan mutu pelayanan keperawatan, yaitu pada tahap pertama adalah membuat sebuah tolok ukur agar proses keperawatan lebih sistematis berdasarkan standar kriteria masing-masing perawat, dilanjutkan tahap kedua yaitu memahami setiap informasi yang berhubungan dengan kriteria informasi agar dapat menyokong penilaian kualitas proses

keperawatan, selanjutnya tahap ketiga yaitu analisa data dari pasien satu per satu, lalu masuk ke tahap terakhir dengan melakukan evaluasi kembali untuk meminimalisir terjadinya kesalahan dalam mengambil keputusan terhadap proses keperawatan.

e. Faktor Mutu Pelayanan Keperawatan

Menurut Nursalam (2013) beberapa faktor yang mempengaruhi mutu dalam pelayanan keperawatan, yaitu :

- 1) Komunikasi mulut ke mulut (*word of mouth*), umumnya *word of mouth* sering dilakukan secara sadar maupun tidak sadar oleh masyarakat awam yang telah mendapatkan perawatan dari sebuah instansi. Komunikasi yang terjalin nantinya dapat berimbas positif atau negatif ke kualitas pelayanan keperawatan, tergantung perlakuan yang masyarakat terima saat menerima pelayanan keperawatan di sebuah instansi pelayanan kesehatan.
- 2) Kebutuhan individu (*individual need*), pelayanan keperawatan yang bermutu dapat menyelaraskan dengan apa yang dibutuhkan oleh masing-masing pasien, karena kebutuhan dari setiap pasien bermacam ragam.
- 3) Pengalaman masa lalu (*past experience*), seorang pasien berkecenderungan membandingkan pengalaman masa lalunya dengan pengalamannya sekarang. Dalam

memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu seharusnya dapat memberikan pengalaman yang baik kepada seluruh pasien, akan tetapi jika sebaliknya ketika seseorang pernah mengalami hal tidak menyenangkan dari pelayanan keperawatan yang diterima maka hal tersebut akan terus terpatri sampai ia menerima perawatan kembali di suatu instansi.

- 4) Komunikasi luar (*company's external communication*), sebagai pemberi pelayanan di sebuah instansi, dapat melakukan promosi terhadap mutu pelayanan keperawatan di instansi tersebut agar pasien dapat semakin percaya dengan kapabilitas instansi tersebut.

Menurut Triwibowo (2013) faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan keperawatan meliputi 6 kriteria yaitu :

- 1) Mengenal kompetensi diri, seorang perawat yang profesional harus mengetahui kelebihan dan kekurangan yang ada pada dirinya sebelum merencanakan dan melakukan tindakan keperawatan kepada pasien. Dengan adanya introspeksi diri secara kontinu akan meminimalisir kejadian potensial cedera dan kejadian yang tidak diharapkan.

- 2) Meningkatkan koordinasi, perawat patut berkolaborasi dan menopang kerja sama dalam memberikan asuhan keperawatan bersama tenaga medis, teman sejawat, keluarga pasien, dan pasien.
- 3) Pengetahuan dan keterampilan yang mutakhir, berarti perawat diharapkan memiliki wawasan yang luas dan *up to date* agar dapat menyelesaikan masalah pasien dengan tepat dan cermat.
- 4) Penuntasan tugas, perawat adalah tenaga kesehatan yang terdekat dengan pasien. Maka dari itu perawat dituntut agar melakukan pengkajian dan pendokumentasian masalah pasien dengan teliti.
- 5) Pertimbangan prioritas masalah keperawatan, seorang perawat patut mampu melakukan pemilahan dan tindakan yang sesuai dan menjadi prioritas pasien.
- 6) Evaluasi berkesinambungan, setelah dilakukan perencanaan keperawatan, selanjutnya perawat harus mampu melakukan evaluasi secara kontinu agar implementasi keperawatan dapat terlaksana dengan efektif.

f. Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan

Suatu pelayanan keperawatan dapat dikatakan baik apabila dalam pemenuhan kebutuhan pasien berjalan dengan

sesuai. Dari pelayanan yang baik tersebut maka akan menimbulkan budaya penanganan yang baik kepada semua pasien. Dan akan tercapainya tingkat kepuasan pasien pada standar yang setinggi-tingginya. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Nursalam (2015) bahwa salah satu indikator dari mutu pelayanan keperawatan itu adalah apakah pelayanan keperawatan yang diberikan itu memuaskan pasien atau tidak.

Mutu pelayanan keperawatan sebagai alat ukur dari kualitas pelayanan keperawatan dan menjadi salah satu faktor penentu citra instansi pelayanan kesehatan di masyarakat. Dikarenakan keperawatan merupakan salah satu profesi dengan jumlah terbanyak dan yang paling dekat dengan pasien. Mutu pelayanan keperawatannya sendiri dilihat dari kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan puas atau tidak puas (Nursalam, 2011).

Menurut Nursalam (2013) suatu pelayanan keperawatan harus memiliki mutu yang baik dalam pelaksanaannya. Di antaranya adalah:

- 1) *Caring* adalah sikap peduli yang ditunjukkan oleh perawat kepada pasiennya. Perawat akan senantiasa memberikan asuhan dengan sikap yang siap tanggap dan perawat

mudah dihubungi pada saat pasien membutuhkan perawatan.

- 2) Kolaborasi adalah tindakan kerja sama antara perawat dengan anggota medis lain, pasien, keluarga pasien, dan tim sejawat keperawatan dalam menyelesaikan prioritas perencanaan pasien. Disini perawat juga bertanggung jawab penuh dalam kesembuhan dan memotivasi pasien.
- 3) Kecepatan, suatu sikap perawat yang cepat dan tepat dalam memberikan asuhan keperawatan. Dimana perawat menunjukkan sikap yang tidak acuh tak acuh, tetapi akan memberikan sikap baik kepada pasien.
- 4) Empati adalah sikap yang harus ada pada semua perawat. Perawat akan selalu memperhatikan dan mendengarkan keluhan kesah yang dialami pasien. Tetapi perawat tidak bersikap simpati, sehingga perawat dapat membimbing kepercayaan pasien.
- 5) *Courtesy* adalah sopan santun yang ada pada diri perawat sendiri. Perawat tidak akan cenderung membela satu pihak, tetapi perawat akan bersikap netral kepada siapapun pasien mereka. Perawat juga akan menghargai pendapat pasien, keluarga pasien, dan tim medis lain dalam hal kebaikan dan kemajuan pasien.

- 6) *Sincerity* adalah kejujuran dalam diri perawat. Jujur juga merupakan salah satu kunci keberhasilan perawat dalam hal perawatan kepada pasien. Perawat akan bertanggung jawab atas kesembuhan dan keluhan yang dialami pasien.
- 7) Komunikasi teraupetik merupakan salah satu cara yang paling mudah untuk dilakukan perawat dalam memberikan asuhan. Karena komunikasi teraupetik sendiri merupakan cara efektif agar pasien merasa nyaman dan lebih terbuka dengan perawat.

Menurut Zeithaml (1990) dalam Hardiansyah (2011) menyatakan bahwa untuk dimensi *Tangible* (Berwujud), terdiri atas indikator:

- 1) Penampilan petugas/aparatur dalam melayani pelanggan.
- 2) Kenyamanan tempat melakukan pelayanan.
- 3) Kedisiplinan petugas/aparatur dalam melakukan pelayanan.
- 4) Kemudahan proses dan akses layanan.
- 5) Penggunaan alat bantu dalam pelayanan.

Adapun dimensi penilaian indikator dan atribut model SERVQUAL menurut Tjiptono dan Gregorious (2012), diadaptasi dari *Service, Quality and Satisfaction* untuk dimensi bukti fisik (*tangible*) adalah sebagai berikut :

- 1) Peralatan modern.
- 2) Fasilitas yang berdaya tarik visual.
- 3) Karyawan yang berpakaian rapi dan professional.
- 4) Materi-materi yang berkaitan dengan layanan yang berdaya Tarik.
- 5) Menyediakan jasa sesuai yang dijanjikan.

g. Kualitas Pelayanan Keperawatan

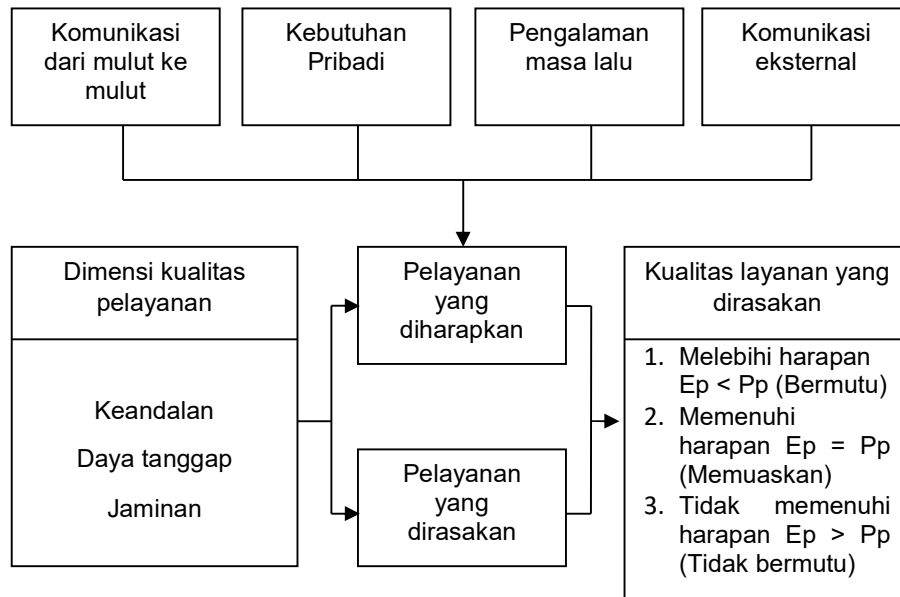
Kualitas pelayanan keperawatan adalah kualitas yang berkaitan dengan pemberian perawatan yang harus tersedia, dapat diterima, menyeluruh, berkelanjutan dan didokumentasikan (Heather, 1962 dalam Budiastuti, 2012).

Pelayanan keperawatan dikatakan berkualitas apabila pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan, untuk mengukur seberapa baik mutu pelayanan keperawatan yang diberikan diperlukan suatu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan (Depkes, 2008).

Kualitas pelayanan keperawatan adalah pelayanan keperawatan yang dilakukan perawat sesuai dengan standar profesi yang ditetapkan berdasarkan indikator pelayanan keperawatan yang menunjukkan tingkat kemampuan pelayanan keperawatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Kualitas pelayanan keperawatan yang baik berarti pasien mendapat layanan yang cepat, diagnosis dan

terapi yang tepat, keramah tamahan yang cukup, pelayanan administrasi yang cepat dan biaya yang terjangkau. Dengan demikian pelayanan yang diberikan adalah untuk memenuhi keinginan pelanggan (Sedarmayanti, 2010).

Menurut Parasuraman (2001) dalam Nursalam (2015) bahwa konsep kualitas layanan yang diharapkan dan dirasakan ditentukan oleh kualitas layanan. Kualitas layanan tersebut terdiri atas daya tanggap, jaminan, bukti fisik, empati dan keandalan. Selain itu, pelayanan yang diharapkan sangat dipengaruhi oleh berbagai persepsi komunikasi dari mulut ke mulut, kebutuhan pribadi, pengalaman masa lalu dan komunikasi eksternal, persepsi inilah yang memengaruhi pelayanan yang diharapkan (*Expectation*) dan pelayanan yang dirasakan (*Perception*) yang membentuk adanya konsep kualitas layanan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 2.1 Penilaian Pelanggan

terhadap kualitas layanan (Nursalam, 2015)

Parasuraman juga mengatakan bahwa konsep kualitas layanan adalah suatu pengertian yang kompleks tentang mutu, tentang memuaskan atau tidak memuaskan. Konsep kualitas layanan dikatakan bermutu apabila pelayanan yang diharapkan lebih kecil daripada pelayanan yang dirasakan (bermutu). Dikatakan konsep kualitas layanan memenuhi harapan, apabila pelayanan yang diharapkan sama dengan yang dirasakan (memuaskan). Demikian pula dikatakan persepsi tidak memenuhi harapan apabila pelayanan yang diharapkan lebih besar daripada pelayanan yang dirasakan (tidak bermutu).

h. Dimensi mutu pelayanan keperawatan

Parasuraman (2001) dalam Nursalam (2015) mengemukakan bentuk aplikasi kualitas layanan *tangible* yang tergabung ke dalam lima unsur "RATER" (*responsiveness, assurance, tangible, empathy* dan *reliability*) untuk menentukan konsep kualitas layanan yang berkaitan dengan kepuasan, yaitu dalam bentuk aktualisasi nyata secara fisik dapat terlihat atau digunakan oleh pegawai sesuai dengan penggunaan dan pemanfaatannya yang dapat dirasakan membantu pelayanan yang diterima oleh orang yang menginginkan pelayanan, sehingga puas atas pelayanan yang dirasakan, yang sekaligus menunjukkan prestasi kerja atas pemberian pelayanan yang diberikan.

Faktor *tangible* atau bukti fisik merupakan unsur penting untuk mengukur pelayanan, hal ini karena pelayanan merupakan hal yang tidak berwujud sehingga tidak bisa disentuh. *Tangible* atau keberwujudan merupakan kualitas layanan berupa kondisi fisik yang nyata meliputi penampilan fasilitas fisik, peralatan, personil dan perlengkapan komunikasi. Kualitas layanan yang diberikan umumnya digunakan untuk membentuk image positif bagi setiap individu yang dilayaninya dan menjadi suatu penilaian dalam menentukan kemampuan dari pemilik pelayanan tersebut

untuk memanfaatkan segala kemampuannya untuk dilihat secara fisik, baik dalam menggunakan alat dan perlengkapan pelayanan, kemampuan mengoperasikan teknologi, dan menunjukkan suatu performance yang cakap, berwibawa dan memiliki integritas yang tinggi sebagai sebuah perwujudan dari prestasi kerja yang ditunjukkan kepada individu yang dilayani (Nursalam, 2011; Putra dkk, 2014).

Berarti dalam memberikan pelayanan, setiap orang yang menginginkan pelayanan dapat merasakan pentingnya bukti fisik yang ditunjukkan oleh pengembang pelayanan, sehingga pelayanan yang diberikan memberikan kepuasan. Bentuk pelayanan bukti fisik biasanya berupa sarana dan prasarana pelayanan yang tersedia, teknologi pelayanan yang digunakan, *performance* pemberi pelayanan yang sesuai dengan karakteristik pelayanan yang diberikan dalam menunjukkan prestasi kerja yang dapat diberikan dalam bentuk pelayanan fisik yang dapat dilihat. Bentuk-bentuk pelayanan fisik yang ditunjukkan sebagai kualitas layanan dalam rangka meningkatkan prestasi kerja, merupakan salah satu pertimbangan dalam manajemen organisasi.

Bukti fisik adalah wujud kenyataan secara fisik yang meliputi fasilitas, peralatan, penampilan petugas, sarana dan informasi. Bukti fisik dapat memberi gambaran tentang

kualitas pelayanan rumah sakit dan dalam beberapa hal akan sangat mempengaruhi pasien dalam menilai kualitas pelayanan tersebut (Tjiptono, 2014). Adapun Nursalam (2011), mengatakan model kepuasan yang komprehensif dengan fokus utama pada pelayanan barang dan jasa meliputi 5 dimensi penilaian, dan salah satunya adalah *tangible* (bukti langsung), yaitu ketersediaan sarana dan fasilitas fisik yang dapat langsung dirasakan oleh pasien. Dalam pelayanan keperawatan adalah keberhasilan dalam memberikan asuhan selama pasien dirawat dan kecepatan perawat saat pasien membutuhkan.

Arisutha (2005) dalam Nursalam (2015) menyatakan prestasi kerja yang ditunjukkan oleh individu sumber daya manusia, menjadi penilaian dalam mengaplikasikan aktivitas kerjanya yang dapat dinilai dari bentuk pelayanan fisik yang ditunjukkan. Biasanya bentuk pelayanan fisik tersebut berupa kemampuan menggunakan dan memanfaatkan segala fasilitas alat dan perlengkapan di dalam memberikan pelayanan, sesuai dengan kemampuan penguasaan teknologi yang ditunjukkan secara fisik dan bentuk tampilan dari pemberi pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan. Dalam banyak organisasi, kualitas layanan fisik terkadang menjadi hal penting dan utama, karena orang yang mendapat

pelayanan dapat menilai dan merasakan kondisi fisik yang dilihat secara langsung dari pemberi pelayanan baik menggunakan, mengoperasikan dan menyikapi kondisi fisik suatu pelayanan.

Selanjutnya, tinjauan Gibson et al, (2003) dalam Nursalam (2015) yang melihat dinamika dunia kerja dewasa ini yang mengedepankan pemenuhan kebutuhan pelayanan masyarakat maka, identifikasi kualitas layanan fisik mempunyai peranan penting dalam memperlihatkan kondisi-kondisi fisik pelayanan tersebut. Identifikasi kualitas layanan fisik (*tangible*) dapat tercermin dari aplikasi lingkungan kerja berikut.

- 1) Kemampuan menunjukkan prestasi kerja pelayanan dalam menggunakan alat dan perlengkapan kerja secara efisien dan efektif.
- 2) Kemampuan menunjukkan penguasaan teknologi dalam berbagai akses data dan inventarisasi otomasi kerja sesuai dengan dinamika dan perkembangan dunia kerja yang dihadapinya.
- 3) Kemampuan menunjukkan integritas diri sesuai dengan penampilan yang menunjukkan kecakapan, kewibawaan dan dedikasi kerja.

Uraian ini secara umum memberikan suatu indikator yang jelas bahwa kualitas layanan sangat ditentukan menurut kondisi fisik pelayanan, yang inti pelayanannya yaitu kemampuan dalam menggunakan alat dan perlengkapan kerja yang dapat dilihat secara fisik, mampu menunjukkan kemampuan secara fisik dalam berbagai penguasaan teknologi kerja dan menunjukkan penampilan yang sesuai dengan kecakapan, kewibawaan dan dedikasi kerja.

i. Peningkatan Mutu

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit. Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang/divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan lainnya termasuk kepala unit/departemen/instalasi pelayanan.

Rumah sakit perlu menetapkan komite/tim atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan lebih baik. Standar ini menjelaskan

pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan. Pendekatan ini mencakup :

- 1) Setiap unit terlibat dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- 2) Rumah sakit menetapkan tujuan, mengukur seberapa baik proses kerja dilaksanakan, dan validasi datanya.
- 3) Menggunakan data secara efektif dan fokus pada tolok ukur program.
- 4) Bagaimana menerapkan dan mempertahankan perubahan yang telah menghasilkan perbaikan.
- 5) Agar peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan baik, Direktur Rumah Sakit, para kepala bidang/divisi, serta kepala unit dan departemen di rumah sakit.
- 6) Wajib mendorong pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP).
- 7) Berupaya mendorong pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan (*quality and safety culture*).
- 8) Secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi.
- 9) Menggunakan data agar fokus kepada prioritas isu.
- 10) Berupaya menunjukkan perbaikan yang berkelanjutan.

Mutu dan keselamatan sejatinya berakar dari pekerjaan sehari-hari dari seluruh staf di unit pelayanan seperti staf klinis melakukan asesmen kebutuhan pasien dan memberikan pelayanan. Standar PMKP ini membantu mereka untuk memahami bagaimana melakukan peningkatan nyata dalam memberikan asuhan pasien dan menurunkan risiko. Demikian pula staf nonklinis dapat memasukkan standar dalam pekerjaan sehari-hari mereka untuk memahami bagaimana suatu proses dapat lebih efisien, sumber daya dapat digunakan dengan lebih bijaksana, dan risiko fisik dapat dikurangi.

Standar PMKP ini mempunyai kegiatan dengan spektrum yang sangat luas pada rumah sakit termasuk kerangka untuk meningkatkan kegiatan dan menurunkan risiko yang terkait dengan munculnya variasi (ketidakseragaman) dalam proses pelayanan. Dengan demikian, kerangka yang ada dalam standar ini sangat sesuai dengan berbagai variasi dalam struktur program dan pendekatan yang kurang formal terhadap peningkatan mutu serta keselamatan pasien.

Kerangka standar ini juga dapat terintegrasi dengan program pengukuran yang sudah dilaksanakan seperti hal-hal yang terkait dengan kejadian yang tidak diantisipasi

(manajemen risiko) dan pemanfaatan sumberdaya (manajemen utilisasi). Seiring berjalannya waktu maka rumah sakit yang mengikuti kerangka ini akan mengembangkan dukungan Direktur dan Kepala Bidang/Divisi serta Kepala Unit/Instalasi pelayanan terhadap program keseluruhan rumah sakit :

- 1) Melatih dan melibatkan lebih banyak staf.
- 2) Menetapkan prioritas yang lebih jelas tentang apa yang akan diukur dan dievaluasi.
- 3) Membuat keputusan berdasar atas pengukuran data.
- 4) Melakukan perbaikan berdasar atas perbandingan dengan rumah sakit lainnya, baik nasional dan internasional.

Fokus area standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah :

- 1) Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- 2) Pemilihan, pengumpulan, analisis, dan validasi data indikator mutu.
- 3) Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.
- 4) Pencapaian dan mempertahankan perbaikan.
- 5) Manajemen risiko.

Oleh Nursalam (2017) juga disampaikan ada berbagai cara yang dapat dilakukan untuk peningkatan mutu yaitu :

- 1) Mengembangkan akreditasi dalam meningkatkan mutu rumah sakit dengan indikator pemenuhan standar pelayanan yang ditetapkan Kementerian Kesehatan RI.
- 2) Suatu standar internasional yang disebut ISO 9001:2000 untuk sistem manajemen kualitas yang bertujuan menjamin kesesuaian proses pelayanan terhadap kebutuhan persyaratan yang dispesifikasikan oleh pelanggan dan rumah sakit.
- 3) Memperbarui keilmuan untuk menjamin bahwa tindakan medis/keperawatan yang dilakukan telah didukung oleh bukti ilmiah yang mutakhir.
- 4) *Good corporate governance* yang mengatur aspek institusional dan aspek bisnis dalam penyelenggaraan sarana pelayanan kesehatan dengan memperhatikan transparansi dan akuntabilitas sehingga tercapai manajemen yang efisien dan efektif.
- 5) *Clinical governance* merupakan bagian dari *corporate governance*, yaitu sebuah kerangka kerja organisasi pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab atas peningkatan mutu secara berkesinambungan. Tujuannya adalah tetap menjaga standar pelayanan yang tinggi

dengan menciptakan lingkungan yang kondusif. *Clinical governance* menjelaskan hal-hal penting yang harus dilakukan seorang dokter dalam menangani konsumennya (pasien dan keluarga).

- 6) Membangun aliansi strategis dengan rumah sakit lain baik di dalam maupun luar negeri. Kerja sama lintas sektor dan lintas fungsi harus menjadi bagian dari budaya rumah sakit seperti halnya kerja sama tim yang baik. Budaya dikotomi pemerintah dengan swasta harus diubah menjadi falsafah “bauran pemerintah-swasta (*public private mix*) yang saling mengisi dan konstruktif.
- 7) Melakukan evaluasi terhadap strategi pembiayaan, sehingga tarif pelayanan bisa bersaing secara global, misalnya *outsourcing* investasi, *contracting out* untuk fungsi tertentu seperti *cleaning service*, gizi, *laundry*, perparkiran.
- 8) Orientasi pelayanan. Sering terjadi benturan nilai, di satu pihak masih kuatnya nilai masyarakat secara umum bahwa rumah sakit adalah institusi yang mengutamakan fungsi sosial. Sementara itu di pihak lain, etos para pemodal/investor dalam dan luar negeri yang menganggap rumah sakit adalah industry dan bisnis jasa, sehingga orientasi mencari laba merupakan sesuatu yang absah.

9) Orientasi bisnis dapat besar dampak positifnya bila potensial negatif dapat dikendalikan. Misalnya, tindakan medis yang berlebihan dan sebenarnya tidak bermanfaat bagi pasien menciptakan peluang terjadinya manipulasi pasien demi keuntungan finansial bagi pemberi layanan kesehatan. Perlu mekanisme pembinaan etis yang mengimbangi dua sistem nilai yang dapat bertentangan, yaitu antara fungsi sosial dan fungsi bisnis.

2. Kinerja Perawat

a. Pengertian

Kinerja adalah singkatan dari energi kerja, dalam bahasa Inggris adalah *performance*. Pengertian kinerja adalah hasil atau keluaran yang dihasilkan oleh fungsi-fungsi atau indikator-indikator suatu pekerjaan atau suatu profesi dalam kurun waktu tertentu (Kurniadi, 2013).

Menurut Sutrisno (2016) dalam Nanda (2017) kinerja adalah kesuksesan seseorang dalam melaksanakan tugas, hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing atau tentang bagaimana seseorang diharapkan dapat berfungsi dan berperilaku sesuai dengan tugas yang telah dibebankan

kepadanya serta kuantitas dan waktu yang digunakan dalam menjalankan tugas.

Robbins S (1996) dalam Nursalam (2017), mendefinisikan kinerja sebagai fungsi interaksi antara kemampuan, motivasi dan kesempatan. Jadi kinerja merupakan gambaran pencapaian pelaksanaan (*achievement*) suatu program kegiatan perencanaan strategi dan operasional organisasi (*efforts*) oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi baik secara kuantitas dan kualitas, sesuai dengan kewenangan dan tugas tanggung jawabnya, legal dan tidak melanggar hukum, etika dan moral. Kinerja sendiri merupakan penjabaran visi, misi, tujuan dan strategi organisasi.

b. Pengertian Perawat

Perawat adalah seorang yang memberikan jasanya kepada pasien, keluarga pasien, dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Perawat sebagai petugas yang selalu berhubungan dengan pasien harus memiliki banyak keterampilan, salah satunya adalah keterampilan interpersonal yaitu keterampilan dalam komunikasi dengan pasien, komunikasi adalah proses kompleks yang melibatkan perilaku dan memungkinkan

individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya.

Perawat yang memiliki keterampilan berkomunikasi secara terapeutik tidak mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan klien, mencegah terjadinya masalah illegal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit (Nugroho & Aryati, 2013 dalam Transyah & Toni, 2018).

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan di rumah sakit memegang peranan penting dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Keberhasilan pelayanan kesehatan bergantung pada partisipasi perawat dalam memberikan perawatan yang berkualitas bagi pasien. (Potter & Perry, 2005 dalam Hakim, dkk, 2014)

c. Pengertian Kinerja Perawat

Menurut Sulistyowati (2012), penilaian kinerja perawat harus dilakukan sesuai dengan tingkat ilmu dan kompetensi yang dimiliki dengan mengacu pada standar praktek keperawatan dimana hasil dari penilaian kinerja disesuaikan dengan visi dari rumah sakit yang berdampak pada kinerja rumah sakit.

Kinerja perawat berfungsi sebagai tolak ukur pelayanan kesehatan maka perlu untuk mengkaji tentang kinerja guna mempertahankan bahkan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien yang sehat maupun sakit (Mulyono, dkk, 2013 dalam Salawangi, dkk, 2018).

Pencapaian terbaik yang ditunjukkan oleh perawat dalam melaksanakan tugasnya sebagai pemberi asuhan keperawatan menciptakan luaran yang mampu memenuhi harapan konsumen sesuai jangka waktu yang telah ditetapkan sehingga tidak ada keluhan dari konsumen, selain itu juga dapat memberikan kepuasan tersendiri bagi perawat (Kurniadi, 2013).

d. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Kurniadi (2013), ada tiga hal yang mempengaruhi kinerja yaitu faktor individu, organisasi, dan psikologis.

1) Faktor Individu

Faktor individu adalah faktor internal dalam diri pekerja, termasuk dalam faktor ini adalah yang dibawa sejak lahir dan faktor yang didapat saat tumbuh kembang. Faktor-faktor bawaan seperti sifat pribadi, bakat, juga kondisi jasmani dan faktor kejiwaan. Sementara itu,

beberapa faktor yang didapat seperti pengetahuan, etos kerja, keterampilan dan pengalaman kerja. Faktor internal pegawai inilah yang nantinya besar pengaruhnya terhadap penentuan kinerja pegawai.

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis meliputi sikap, kepribadian, belajar motivasi dan persepsi pegawai terhadap pekerjaannya. Faktor ini merupakan peristiwa, situasi atau keadaan di lingkungan luar institusi yang berpengaruh kepada kinerja pegawai.

3) Faktor organisasi

Dukungan organisasi sangat diperlukan oleh pegawai dalam melaksanakan tugasnya, hal ini sangat berpengaruh terhadap kinerja pegawai. Seperti halnya juga sistem penghargaan dan suasana kerja institusi yang buruk, maka dapat diasumsikan bahwa kinerja pegawai pun menjadi tidak baik. Selain faktor tersebut, faktor organisasi lainnya yang berhubungan dengan kinerja adalah strategi, dukungan sumber daya, dan sistem manajemen serta kompensasi.

Faktor-faktor dalam dan luar organisasi ini bersinergi dalam mempengaruhi suasana dan perilaku pegawai dalam bekerja, kemudian mempengaruhi kinerja

pegawai, yang kemudian situasi ini sangat menentukan kinerja pegawai dalam menyelesaikan pekerjaannya, untuk mencapai sasaran kerja yang diamanatkan (Kurniadi, 2013).

e. Penilaian Kinerja Perawat

Pada umumnya untuk mengetahui seberapa jauh kinerja individu, tim, maupun organisasi telah mencapai kemajuan maka dapat dilakukan penilaian atau *appraisal*. Penilaian kinerja sesungguhnya merupakan penilaian atas perilaku manusia dalam melaksanakan peran yang mereka mainkan di dalam organisasi (Wibowo, 2016).

Menurut Fried dan Follter (2008 dalam Rudianti, dkk, 2013) menyebutkan penilaian kinerja merupakan unsur kunci dari pelaksanaan manajemen. Hasil penilaian individu dapat memberikan gambaran pelaksanaan sistem manajemen oleh suatu organisasi untuk mencapai tujuan organisasi, salah satunya adalah organisasi rumah sakit.

Penilaian kinerja perawat merupakan proses kontrol kualitas pelayanan komunikasi dalam pelayanan keperawatan diperlukan sebagai pertimbangan untuk perbaikan kualitas pelayanan keperawatan agar tetap optimal (Swansburg, 1999 dalam Rudianti, dkk, 2013).

Menurut Nursalam (2011), proses kegiatan penilaian kerja terdiri dari :

- a. Merumuskan tanggung jawab dan tugas yang harus dicapai oleh staf keperawatan, rumusan tersebut telah disepakati oleh atasannya sehingga langkah perumusan tersebut dapat memberikan kontribusi berupa hasil.
- b. Menyepakati sasaran kerja dalam hasil yang harus dicapai oleh karyawan dalam kurun waktu tertentu dengan penempatan standar prestasi dan tolak ukur yang telah ditetapkan
- c. Melakukan monitoring, koreksi, dan memberikan kesempatan serta bantuan yang diperlukan oleh stafnya.
- d. Menilai prestasi kerja staf melalui perbandingan antar prestasi yang dicapai dengan standar yang telah ditetapkan.
- e. Memberikan umpan baik kepada staf atau karyawan yang dinilai dalam proses pemberian umpan balik ini, atasan dan bawahan perlu membicarakan cara memperbaiki kelemahan yang telah diketahui untuk meningkatkan prestasi pada periode berikutnya.

f. Standar Instrumen Penilaian Kinerja Keperawatan

Standar praktik keperawatan merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang

dapat dilakukan untuk menilai kualitas pelayanan keperawatan kepada pasien, menurut PPNI (2000) dalam Maria (2017) menjelaskan 5 standar praktik keperawatan sebagai berikut:

1) Pengkajian Keperawatan

Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Kriteria pengkajian keperawatan yaitu :

- a) Pengumpulan data melalui anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.
- b) Sumber data yang didapat dari pasien, keluarga pasien atau orang terdekat dengan pasien, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lainnya.
- c) Data yang dikumpulkan digunakan untuk mengidentifikasi :
 - (1) Status kesehatan pasien di masa lalu.
 - (2) Status kesehatan pasien saat ini.
 - (3) Status biologis-psikologis-sosio-spiritual.
 - (4) Respon terhadap terapi.
 - (5) Harapan terhadap tingkat kesehatan optimal.
 - (6) Risiko risiko tinggi.

2) Diagnosis Keperawatan

Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Kriteria prosesnya adalah sebagai berikut;

- a) Proses diagnosis yang terdiri dari analisis, interpretasi data, indentifikasi masalah pasien, dan perumusan diagnosis keperawatan.
- b) Diagnosis keperawatan yang terdiri dari masalah (P), penyebab (E), dan tanda atau gejala (S), atau dapat berupa masalah dan penyebab (PE).
- c) Kerja sama dengan pasien dan petugas kesehatan lain untuk melakukan validasi diagnosis keperawatan.
- d) Pengkajian ulang dan revisi terhadap diagnosis berdasarkan data terbaru.

3) Perencanaan Keperawatan

Perawat menyusun rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Kriteria prosesnya adalah :

- a) Perencanaan yang terdiri dari penetapan prioritas masalah tujuan, dan rencana tindakan keperawatan.
- b) Kerja sama dengan pasien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan.

- c) Perencanaan yang bersifat individual, sesuai dengan kondisi atau kebutuhan pasien.
- d) Dokumentasi rencana keperawatan.

4) Implementasi

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.

Kriteria pengkajian meliputi :

- a) Kerja sama dengan pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
- b) Kolaborasi dengan tim kesehatan lain.
- c) Tindakan keperawatan untuk menjaga kesehatan pasien.
- d) Pendidikan kepada pasien dan keluarga pasien mengenai konsep keterampilan asuhan diri, serta bantuan modifikasi lingkungan yang digunakan pasien.
- e) Pengkajian ulang dan revisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon pasien.

5) Evaluasi Keperawatan

Perawat mengevaluasi kemajuan pasien terhadap tindakan keperawatan, serta merevisi data dasar dan perencanaan. Kriteria pengkajian antara lain :

- a) Penyusunan rencana evaluasi hasil berdasarkan intervensi secara komprehensif, tepat waktu, dan berkelanjutan.
- b) Penggunaan data dasar dan respon pasien untuk mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan.
- c) Validasi dan analisis data baru menggunakan data rekan sejawat.
- d) Kerja sama dengan keluarga pasien untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
- e) Dokumentasi hasil evaluasi dan modifikasi rencana.

3. Asuhan Keperawatan

a. Pengertian Asuhan Keperawatan

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dinyatakan asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi dengan klien dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya (Pemerintah Republik Indonesia, 2014)

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan baik langsung atau tidak langsung diberikan kepada sistem klien di sarana atau tatanan kesehatan lainnya, dengan menggunakan pendekatan ilmiah keperawatan berdasarkan kode etik dan

standar praktik keperawatan. Asuhan keperawatan langsung merupakan tindakan yang ditetapkan dan dilakukan oleh perawat secara mandiri atas dasar justifikasi ilmiah keperawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar klien maupun tindakan kolaborasi yang merupakan tindakan dari hasil konsultasi dengan profesi kesehatan lain dan atau didasarkan pada keputusan pengobatan oleh tim medik. Asuhan keperawatan tidak langsung merupakan kegiatan yang menunjang dan memfasilitasi keterlaksanaan asuhan keperawatan (PPNI, 2013).

Asuhan keperawatan yang bermutu adalah pelayanan keperawatan yang dapat memuaskan pasien (Asmuji, 2012 dalam jurnal Krisnawati dkk, 2017). Dengan semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan keperawatan dan tuntutan perkembangan IPTEK, maka metode sistem pemberian asuhan keperawatan harus efektif dan efisien (Nursalam, 2013).

Model ilmu keperawatan dari adaptasi Roy memberikan pedoman kepada perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan. Unsur proses keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan,

intervensi, implementasi dan evaluasi. (Nursalam, 2008 dalam buku Nursalam 2017).

1) Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses pengumpulan data primer dan sekunder terfokus tentang status kesehatan pasien di rumah sakit secara sistematis, akurat, dan berkesinambungan (Depkes, 2010 dalam Tilman, dkk. 2019).

Pengkajian pertama meliputi pengumpulan data tentang perilaku klien sebagai suatu sistem adaptif yang berhubungan dengan masing-masing model adaptasi : fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan ketergantungan. Oleh karena itu, pengkajian pertama diartikan sebagai pengkajian perilaku, yaitu pengkajian terhadap masing-masing model adaptasi secara sistematis dan holistik. Pelaksanaan pengkajian dan pencatatan pada 4 model adaptif tersebut akan memberikan gambaran keadaan klien kepada tim kesehatan lainnya.

Setelah pengkajian pertama, perawat menganalisis pola perubahan perilaku klien tentang ketidakefektifan respons (maladaptif), perawat melaksanakan pengkajian tahap kedua. Pada tahap ini

perawat mengumpulkan data tentang stimulus fokal, kontekstual dan residual yang berdampak terhadap klien. Proses ini bertujuan untuk mengklarifikasi penyebab dari masalah dan mengidentifikasi faktor kontekstual dan residual yang sesuai. Menurut Martinez, faktor yang mempengaruhi respons adaptif meliputi genetik, jenis kelamin, tahap perkembangan, obat-obatan, alkohol, merokok, konsep diri, fungsi peran, ketergantungan dan pola interaksi sosial, mekanisme koping, dan gaya, stres fisik dan emosi, budaya serta lingkungan fisik (Nursalam, 2017).

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis perawat tentang respon pasien terhadap masalah kesehatan aktual maupun resiko yang mengancam jiwa (Depkes, 2011 dalam Tilman dkk, 2019). Diagnosis keperawatan adalah respons individu terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun luar (lingkungan). Sifat diagnosis keperawatan menurut Nursalam (2001 dalam Nursalam, 2017) :

- a) Berorientasi terhadap kebutuhan dasar manusia.
- b) Menggambarkan respons individu terhadap proses, kondisi dan situasi sakit.

c) Berubah jika respons individu juga berubah.

Unsur dalam diagnosis keperawatan meliputi *problem* atau respon (P); etiologi (E); dan *signs* atau *symptom* (S), dengan rumus diagnosis = P + E + S. Diagnosis keperawatan dan diagnosis medis mempunyai beberapa perbedaan seperti yang tertera dibawah ini :

a) Diagnosis Medis

- (1) Fokus: faktor-faktor pengobatan penyakit.
- (2) Orientasi: keadaan patologis.
- (3) Cenderung tetap mulai masuk sampai pulang.
- (4) Mengarah tindakan medis (pengobatan) yang sebagian dilimpahkan kepada perawat.
- (5) Diagnosis medis melengkapi diagnosis keperawatan.

b) Diagnosis Keperawatan

- (1) Fokus: respons klien, tindakan medis dan faktor lain.
- (2) Orientasi: kebutuhan dasar manusia.
- (3) Berubah sesuai perubahan respons klien.
- (4) Mengarah pada fungsi mandiri perawat.
- (5) Diagnosis keperawatan melengkapi diagnosis medis.

3) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu perencanaan dengan tujuan mengubah atau memanipulasi stimulus fokal, kontekstual dan residual. Pelaksanaannya juga ditujukan kepada kemampuan klien dalam menggunakan koping secara luas, supaya stimulus secara keseluruhan dapat terjadi pada klien (Nursalam, 2017).

Tujuan intervensi keperawatan adalah mencapai kondisi yang optimal dengan menggunakan koping yang konstruktif. Tujuan jangka panjang harus dapat menggambarkan penyelesaian masalah adaptif dan ketersediaan energi untuk memenuhi kebutuhan tersebut (mempertahankan, pertumbuhan dan reproduksi). Tujuan jangka pendek mengidentifikasi harapan perilaku klien setelah manipulasi stimulus fokal, kontekstual dan residual (Nursalam, 2017).

4) Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan ke status kesehatan yang lebih baik yang

menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, melakukan tindakan keperawatan mengacu pada standar prosedur operasional yang telah ditentukan sesuai dengan tingkat kegawatan pasien, berdasarkan prioritas tindakan. (Depkes, 2011 dalam Tilman, dkk, 2019)

5) Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui hasil dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui hasil yang diharapkan telah tercapai atau belum. Hasil akan dicapai jika semua kegiatan proses asuhan keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi dilakukan dengan benar dan tepat (Tilman, dkk, 2019).

B. Penelitian Terkait

Adapun penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Khamida dan Mastiah (2015)

Penelitian tersebut tentang “Kinerja Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Berpengaruh Terhadap Kepuasan Rawat Inap”. Jenis penelitian ini menggunakan metode survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi

penelitian adalah seluruh pasien yang dirawat di ruang Multazam Rumah Sakit Islam Surabaya. Pengambilan sampel menggunakan teknik *simple random sampling*. Sampel pada penelitian ini adalah sebagian pasien yang dirawat di ruang Multazam Rumah Sakit Islam Surabaya sebesar 39 responden.

Hasil penelitian menunjukkan, dari 39 responden sebagian besar (51,3%) pasien menyatakan kinerja perawat kurang baik dan sebagian besar (56,4%) pasien menyatakan tidak puas. Berdasarkan hasil analisis uji *Chi-Square* menyatakan ada hubungan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan kepuasan pasien rawat inap di ruang Multazam Rumah Sakit Islam Surabaya (p -Value=0,038).

2. Putri Rahayu dan Said Usman (2019)

Penelitian tersebut tentang “Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Banda Aceh”. Variabel yang diteliti adalah mutu pelayanan keperawatan melalui lima dimensi mutu (empati, jaminan, kehandalan, daya tanggap, bukti fisik) melalui penilaian *Gap Score*. Jenis penelitian ini adalah *survey analitik* dengan desain *cross sectional study*. Penelitian dilakukan di RSUD Banda Aceh dengan jumlah populasi sebanyak 286 orang, menggunakan teknik pengumpulan sampel *purposive sampling* didapatkan jumlah sampel sebanyak 76 responden. Alat ukur yang digunakan yaitu kuesioner SERVQUAL dengan cara

wawancara dan angket. Analisa data terdiri dari analisa univariat yang digunakan untuk melihat distribusi frekuensi dan distribusi nilai dari variabel penelitian.

Hasil penelitian tentang gambaran mutu pelayanan keperawatan secara umum kualitas pelayanan yang ditinjau dari lima dimensi SERVQUAL di ruang rawat inap RSUD Banda Aceh, dimana 4 dimensi menghasilkan *Gap Score Negative* secara berurutan yaitu; dimensi empati (-0,3), jaminan (-0,3), kehandalan (-0,2) dan daya tanggap (-0,1), sedangkan pada dimensi bukti fisik menghasilkan nilai *Gap Score* (0) artinya bukti fisik dapat memenuhi harapan responden. Nilai mutu pelayanan menghasilkan *Gap Score Negative* yaitu (-0,2).

3. Yohanes Dion, Hyronimus A. Fernandez, dan Rafael Paun (2019)

Penelitian tersebut tentang “Hubungan Implementasi Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Tim – Primer dengan Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Ben Mboi Ruteng. Variabel yang dinilai adalah implementasi MAKP berupa penilaian/persepsi pasien terhadap produk asuhan keperawatan yang diterima oleh pasien dan mutu pelayanan keperawatan dengan menggunakan lima poin dimensi mutu. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan menggunakan data kuantitatif dan pendekatan *cross sectional*. Jumlah populasi yang dijadikan

sampel dalam penelitian ini adalah 94 orang pasien yang dirawat di ruang rawat inap bedah RSUD Dr. Ben Mboi Ruteng dengan teknik *sampling* yang digunakan adalah *total sampling*. Pengumpulan data menggunakan metode observasi, wawancara, dan kuesioner. Analisis data yang digunakan adalah uji *chi square*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi MAKP Tim – Primer di sebagian besar ruangan rawat inap berada pada kategori baik yaitu sebanyak 81 (86,2%), mayoritas responden menyatakan bahwa mutu pelayanan perawatan di ruang rawat inap RSUD Dr. Ben Mboi Ruteng baik yaitu sebanyak 68 orang (72%). Berdasarkan hasil uji statistik disimpulkan bahwa ada hubungan antara implementasi MAKP Tim – Primer dengan mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Dr. Ben Mboi Ruteng ($\alpha = 0,019$).

4. Tina Krisnawati, Ngesti W. Utami, dan Lasri (2017)

Penelitian tersebut tentang “Hubungan Kinerja Perawat dengan Kepuasan Pasien Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit Panti Waluyo Malang”. Jenis penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data dengan kuesioner dan observasi. Analisis data menggunakan *Coefisien Corelation Rank Spearsman’s*. Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang melakukan asuhan keperawatan di ruang rawat inap dan pasien

ruang rawat inap dirumah sakit Panti Waluyo Malang. Sampel yang didapatkan dengan menggunakan teknik *simple random sampling* adalah sejumlah 38 perawat yang melakukan asuhan keperawatan di ruang rawat inap di Rumah Sakit panti Waluyo Malang dan sampel untuk pasien disesuaikan dengan pasien asuhan perawat yang menjadi sampel yaitu sebanyak 38 pasien sesuai dengan kriteria inklusi.

Dari hasil penelitian didapatkan sebanyak 68,42% responden mempunyai kinerja yang baik dalam melakukan asuhan keperawatan dan sebanyak 63,16% responden menyatakan sangat puas terhadap kinerja perawat. Berdasarkan hasil uji korelasi *Spearman* 0,355 dengan *p-Value* sebesar 0,029 sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara kinerja perawat dengan kepuasan pasien di Rumah Sakit Panti Waluyo Malang ($\rho < 0,05$).

C. Kerangka Teori

Menurut Donsu (2017) kerangka yang diperoleh atas dasar pemikiran teori akan dipergunakan sebagai peneliti. Dasar teori melalui buku, jurnal atau sumber data lainnya. Dalam bentuk kerangka teori tidak selalu berupa kalimat, bisa juga berupa diagram maupun tabel. Berikut adalah kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini :

Tabel 2.1 Kerangka Teori Penelitian

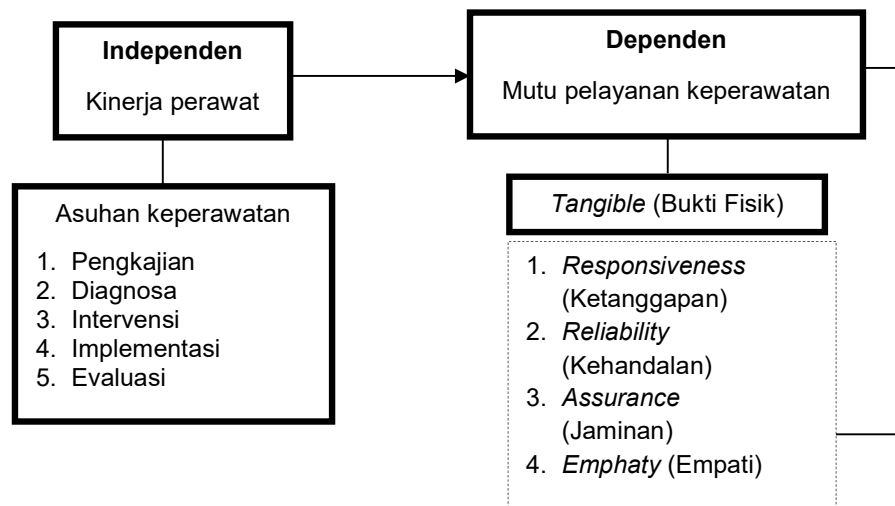


D. Kerangka Konsep

Kerangka berpikir yang baik, mampu menjelaskan secara runtut dan teoritis. Hal penting dalam poin ini adalah menghubungkan antara variabel independen dan variabel dependen (Donsu, 2017).

Berikut adalah kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini :

Tabel 2.2 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :



E. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari rumusan masalah atau pernyataan penelitian (Nursalam, 2017). Sedangkan secara statistik hipotesis diartikan sebagai pernyataan mengenai keadaan populasi (parameter) yang akan diuji kebenarannya berdasarkan data yang diperoleh dari sampel penelitian (statistik) (Sugiyono, 2012).

Berdasarkan bentuk rumusnya, hipotesis digolongkan menjadi dua yakni hipotesa alternative (H_a) yang menyatakan ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dan hipotesa

nol (H_0) yang menyatakan tidak ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

Berdasarkan kerangka konsep di atas maka hipotesis penelitian ini adalah :

1. Hipotesa Alternatif (H_a) : Ada hubungan yang bermakna antara kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap bukti fisik mutu pelayanan keperawatan di RSIA Qurrata A'yun Samarinda.
2. Hipotesa Nol (H_0) : Tidak ada hubungan yang bermakna antara kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap bukti fisik mutu pelayanan keperawatan di RSIA Qurrata A'yun Samarinda.