



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Faktor Manajerial

Elemen manajerial dalam rumah sakit merupakan aspek yang sangat menentukan keberhasilan organisasi dalam memberikan pelayanan kesehatan bermutu. Perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian adalah bagian-bagian dari manajemen yang membantu suatu organisasi mencapai tujuannya dengan cara terbaik (Robbins & Coulter, 2021).

Selain mengawasi tugas-tugas administratif, faktor manajemen juga sangat penting untuk menciptakan sistem layanan yang memprioritaskan kualitas, keselamatan pasien, dan menjadikan industri perawatan kesehatan lebih kompetitif. Oleh karena itu, kualitas manajemen memiliki pengaruh besar terhadap seberapa baik indikator keberhasilan rumah sakit digunakan.

Menurut Muhasidah *et al.* (2025), Manajemen rumah sakit perlu dilihat selayaknya mekanisme terencana serta berfokus untuk memastikan bahwa tujuan organisasi, keberhasilan tenaga kesehatan, dan kebutuhan dunia luar selaras satu sama lain. Penyusunan, pengelompokan, penerapan, dan monitoring (POAC) adalah cara utama rumah sakit memastikan bahwa semua tindakannya selaras dengan tujuannya. Di lain sisi, “Setyawasih *et al.* (2023)” menambahkan kalau manajemen rumah sakit yang efektif ditandai oleh kepemimpinan partisipatif, budaya organisasi yang kuat, serta kemampuan monitoring dan evaluasi yang berkesinambungan. Dengan demikian, faktor manajerial tidak dapat dipisahkan dari pencapaian mutu pelayanan.

Dalam praktiknya, fungsi manajerial yang lemah sering menjadi akar dari berbagai persoalan mutu pelayanan, seperti rendahnya kepatuhan terhadap SOP, kurangnya koordinasi antar unit, serta tidak optimalnya implementasi *Key Performance Indicator* (KPI). Sebaliknya, manajemen yang kuat mampu membangun sistem yang berbasis data, memastikan evaluasi kinerja berjalan konsisten, dan mendukung peningkatan kompetensi tenaga kesehatan. Dikarenakan hal tersebut, hasil studi menempatkan elemen manajerial sebagai variabel independen dan menjadi poros utama untuk memengaruhi implementasi KPI serta mutu pelayanan fasilitas kesehatan.

2.1.1 Konsep Manajemen (POAC, TQM, Kepemimpinan, Pengendalian Mutu, dan Perbaikan Berkelanjutan)

Perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian sumber daya untuk memaksimalkan tujuan organisasi semuanya termasuk dalam definisi manajemen (Putra, 2023). Di lingkungan rumah sakit, manajemen memegang peran penting dalam mengarahkan SDM, finansial, serta materi agar selaras sebagai visi serta misi organisasi. Berikut adalah penjelasan tentang konsep manajemen menurut “Muhasidah *et al.* (2025)” antara lain:

1. Konsep Manajemen POAC

Salah satu pendekatan klasik dari *management* yaitu “POAC (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*)”, yang menekankan bahwa keberhasilan organisasi bergantung pada persiapan yang terfokus, struktur yang terorganisir, pelaksanaan yang efisien, dan pengamatan berkesinambungan (Nazir, 2022). Model ini relevan dalam pelayanan

kesehatan karena memungkinkan rumah sakit mengantisipasi kebutuhan pasien, mengoptimalkan alur kerja, dan menjaga mutu layanan.

Manajemen merupakan proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian sumber daya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien (Situmeang *et al.*, 2023). Salah satu kerangka yang sering digunakan dalam memahami fungsi manajemen adalah model “POAC” yang didefinisikan sebagai singkatan “*Planning, Organizing, Actuating, dan Controlling*”.

Konsep ini menjadi landasan penting dalam berbagai sektor, termasuk manajemen rumah sakit, karena dapat memastikan bahwa setiap kegiatan berjalan terstruktur, terukur, dan selaras dengan tujuan organisasi. Menurut (Purba *et al.*, 2025), POAC memfasilitasi koordinasi antarunit kerja sehingga mampu meminimalkan pemborosan sumber daya, meningkatkan produktivitas, dan menjaga mutu pelayanan. Di bawah ini akan dijabarkan penjelasan tahapan POAC yaitu:

a. Planning (Perencanaan)

adalah tahap awal dalam POAC yang berfokus pada penentuan tujuan, strategi, prosedur, dan pemanfaatan kapasitas aset. Di ranah fasilitas kesehatan, perencanaan mencakup perumusan visi, misi, tujuan strategis, serta rencana operasional untuk setiap unit layanan, termasuk sumber daya manusia, fasilitas, teknologi, dan keuangan (Sentika, Sarah; *et al.*, 2024). Perencanaan yang baik melibatkan analisis situasi internal dan eksternal melalui metode seperti SWOT *analysis* dan *environmental scanning*, sehingga strategi yang dipilih

sesuai dengan kebutuhan pasien dan perkembangan industri kesehatan. Tanpa perencanaan yang matang, rumah sakit berisiko mengalami inefisiensi dan ketidaksesuaian dalam penyediaan layanan.

b. Organizing (Pengorganisasian)

adalah proses pengaturan sumber daya dan penugasan pekerjaan untuk mencapai tujuan yang telah direncanakan. Dalam manajemen rumah sakit, pengorganisasian mencakup pada struktur, pembagian kerja, pendelegasian wewenang, dan koordinasi (Surya Darmawan & Laksono, 2021). Pengorganisasian yang efektif memastikan bahwa setiap pegawai memahami peran dan tanggung jawabnya, sehingga mengurangi duplikasi kerja dan meningkatkan kolaborasi lintas departemen. Dalam praktiknya, pengorganisasian juga memerlukan integrasi antar profesi kesehatan, seperti dokter, perawat, dan tenaga penunjang, agar pelayanan berjalan komprehensif.

c. Actuating (Penggerakan)

adalah fungsi manajemen yang berkaitan dengan motivasi, komunikasi, pengambilan keputusan, dan pengarahan. Ulumiyah (2018) menyatakan bahwa *actuating* membutuhkan keterampilan kepemimpinan, komunikasi efektif, dan pemberian motivasi yang tepat untuk mendorong kinerja optimal. Dalam rumah sakit, *actuating* sering diwujudkan melalui pelatihan, pemberian umpan balik, sistem penghargaan, dan budaya kerja kolaboratif. Fungsi ini sangat penting untuk mengubah rencana strategis menjadi tindakan nyata di lapangan, sehingga mutu pelayanan kepada pasien dapat terjaga di rumah sakit,

controlling dapat berupa audit mutu pelayanan, evaluasi kinerja pegawai, monitoring penggunaan sumber daya, serta pengendalian risiko keselamatan pasien. Fungsi ini juga mencakup penerapan KPI untuk mengukur efektivitas program serta mutu pelayanan. Dengan *controlling* secara konsisten, fasilitas kesehatan dapat memastikan bahwa proses pelayanan sesuai standar akreditasi nasional maupun internasional.

Indikator-indikator di atas dikembangkan berdasarkan rujukan teori manajemen umum, yaitu fungsi-fungsi manajerial yang diperkenalkan oleh para ahli seperti George R. Terry (POAC) dan Henry Fayol. Keempat peran dari “POAC” bersifat berpaut secara sirkular sehingga membentuk siklus manajemen secara berkesinambungan. Perencanaan tanpa pengorganisasian yang tepat akan mengakibatkan hambatan dalam pelaksanaan, sementara *actuating* tanpa *controlling* berpotensi menimbulkan penyimpangan yang tidak terdeteksi (Lamri *et al.*, 2021). Jadi, penerapan POAC perlu dilakukan secara serentak, mulai dari perencanaan strategis hingga pemantauan terus-menerus, sambil mempertimbangkan bagaimana lingkungan berubah dan bagaimana kebutuhan pasien berubah. Dalam konteks pengelolaan rumah sakit di era digital, POAC juga beradaptasi dengan teknologi informasi seperti “*Hospital Management Information Systems* (HMIS)” dan “*Electronic Medical Records* (EMR)”.

2. Konsep Manajemen *Total Quality Management* (TQM)

“*Total Quality Management*”, atau “TQM”, yaitu cara merupakan menjalankan manajemen yang berfokus pada peningkatan kualitas secara terus-menerus dan melibatkan semua orang dalam bisnis untuk memastikan kepuasan pelanggan. Konsep ini menekankan bahwa kualitas bukan hanya tugas satu area atau unit, tetapi merupakan cara kerja yang diterapkan di seluruh organisasi (Ardiansyah, 2017).

Dalam lingkungan rumah sakit, TQM mengintegrasikan semua fungsi, mulai dari pelayanan medis, administrasi, hingga pengelolaan SDM, agar memastikan kualitas pelayanan yang konsisten dan sesuai standar. Penerapan TQM membutuhkan komitmen pimpinan, partisipasi karyawan, dan pendekatan sistematis dalam pengendalian mutu (Weiner *et al.*, 2016).

TQM didasarkan pada beberapa ide utama yaitu mengutamakan pelanggan, melibatkan semua orang, menggunakan metode berbasis proses, membuat keputusan berdasarkan data, dan mengelola hubungan dengan pemasok dan pihak-pihak penting lainnya (Asep, 2015). Dalam pelayanan kesehatan, pelanggan bukan cuma pasien, akan tetapi juga keluarga pasien, tenaga medis, serta masyarakat yang menerima manfaat dari pelayanan rumah sakit. Fokus pada pelanggan berarti setiap proses, keputusan, dan inovasi diarahkan untuk meningkatkan persepsi positif serta kepercayaan kepada fasilitas kesehatan “(Suguat, 2023)”.

Implementasi TQM di rumah sakit memerlukan komitmen manajemen puncak sebagai penggerak utama. Kepemimpinan yang kuat dan visioner akan mendorong terciptanya budaya mutu yang positif di semua lini

pelayanan (Apriliana, 2022). Hal ini mencakup penetapan kebijakan mutu secara eksplisit, penyediaan fasilitas dan personel yang mencukupi, dan pemberian pembekalan yang berkesinambungan untuk setiap karyawan. Tanpa komitmen manajemen, penerapan TQM seringkali gagal karena kurangnya dukungan terhadap perubahan budaya kerja (Yuhan *et al.*, 2024).

Selain dedikasi, TQM menyoroti pentingnya pendekatan proses, di mana setiap tugas dipandang sebagai komponen dari sistem yang saling terhubung yang menghasilkan hasil berkualitas tinggi. Misalnya, dalam pelayanan rawat inap, mulai dari pendaftaran pasien, pemeriksaan medis, pemberian terapi, hingga proses discharge harus dirancang secara sistematis untuk meminimalkan kesalahan dan meningkatkan efisiensi (Hulu, 2023). Proses ini memerlukan dokumentasi yang baik, standarisasi prosedur, dan pemantauan berkelanjutan menggunakan indikator mutu yang terukur.

Perbaikan berkelanjutan (*continuous improvement*) menjadi inti dari TQM. Hal tersebut dikenal juga sebagai “*Kaizen*”, yang berarti “perbaikan kecil” namun konsisten dalam jangka panjang akan menghasilkan peningkatan signifikan pada mutu layanan (Layli, 2022). Rumah sakit yang menerapkan TQM melakukan evaluasi rutin terhadap prosedur kerja, menganalisis data insiden keselamatan pasien, dan memanfaatkan masukan dari pasien serta karyawan untuk menemukan peluang perbaikan.

Komponen kunci dari TQM adalah pengambilan keputusan berdasarkan fakta dan data. Akibatnya, rumah sakit harus menggunakan data yang dapat dipercaya dan analisis statistik untuk mengidentifikasi masalah kualitas dan memilih solusi yang tepat (Schiavone, 2021).

Contohnya, peningkatan waktu tunggu pasien dapat dianalisis dengan metode *root cause analysis* untuk menemukan faktor penyebab dan menetapkan langkah koreksi. Keputusan yang dibuat menggunakan metode ini mungkin lebih tepat dan terukur dibandingkan keputusan yang dibuat semata-mata berdasarkan intuisi.

TQM menekankan pentingnya manajemen hubungan dengan pemasok dan pemangku kepentingan. Dalam industri kesehatan, pemasok mencakup penyedia obat, alat medis, dan jasa pendukung lainnya. Hubungan yang baik dan transparan dengan pemasok memastikan ketersediaan produk yang berkualitas dan sesuai standar keselamatan pasien (Ambarsari *et al.*, 2015). Kolaborasi dengan pemangku kepentingan eksternal, seperti pemerintah, asuransi kesehatan, dan organisasi profesi, juga menjadi faktor pendukung keberhasilan implementasi TQM di rumah sakit.

Dengan demikian, TQM bukan sekadar metode pengendalian mutu, tetapi sebuah filosofi manajemen menyeluruh yang membentuk budaya organisasi berorientasi mutu. Dalam konteks RS Husada Utama, penerapan TQM yang konsisten akan meningkatkan kepuasan pasien, memperkuat reputasi rumah sakit, dan pada akhirnya berkontribusi pada peningkatan jumlah kunjungan pasien secara berkelanjutan.

Hal ini membuktikan bahwa POAC tetap relevan, tetapi perlu dimodifikasi sesuai perkembangan zaman. Secara keseluruhan, penerapan konsep POAC dalam manajemen rumah sakit tidak hanya membantu memastikan kelancaran operasional, tetapi juga menjadi landasan untuk peningkatan mutu layanan, keselamatan pasien, dan keberlanjutan

organisasi. Dengan perencanaan yang visioner, pengorganisasian yang efisien, pergerakan yang inspiratif, dan pengendalian yang ketat, rumah sakit dapat bersaing di tengah tuntutan globalisasi dan revolusi industri 4.0 di bidang kesehatan.

3. Konsep Manajemen Kepemimpinan

a. Definisi dan Hakikat Kepemimpinan Kepemimpinan (*leadership*)

Hal ini dapat dipahami sebagai kemampuan seseorang untuk membujuk dan membimbing orang lain agar berkolaborasi dalam tercapainya tujuan organisasi (Navis., *et al*, 2015). Dalam hal manajemen, kepemimpinan sangat penting untuk menggabungkan semua sumber daya organisasi guna menghasilkan kerja tim yang produktif dan ideal. Selain mengambil keputusan, para pemimpin juga bertanggung jawab untuk menginspirasi tim mereka dan menumbuhkan rasa tanggung jawab dan dedikasi. Karena kemampuan suatu organisasi untuk berhasil bergantung pada kualitas para pemimpinnya, maka kepemimpinan sangat mendasar bagi proses manajerial (Surya Darmawan & Laksono, 2021).

b. Kepemimpinan dalam Perspektif Manajemen Dalam Kerangka Manajemen

Bersamaan dengan pengorganisasian, pengelolaan, dan perencanaan, kepemimpinan sangat penting bagi manajemen. Melalui bimbingan, pelatihan, dan inspirasi bagi anggota organisasi, peran kepemimpinan berupaya untuk menjamin keberhasilan pelaksanaan rencana (Muhasidah.,*et al*, 2025). Seorang pemimpin yang baik

mampu mengintegrasikan visi organisasi ke dalam perilaku kerja sehari-hari stafnya, sehingga mereka memiliki kesadaran penuh akan tujuan yang ingin dicapai. Kepemimpinan juga berperan menjaga moral kerja tetap tinggi, meminimalkan konflik, dan menciptakan iklim kerja yang sehat.

c. Gaya Kepemimpinan Gaya Kepemimpinan

Saat berkomunikasi dengan bawahan, para pemimpin sering kali menggunakan kecenderungan perilaku ini. Otoriter, demokratis, dan *laissez-faire* adalah tiga kategori utama gaya kepemimpinan menurut teori klasik Lewin (Andriani, 2022). Dalam konteks modern, gaya kepemimpinan telah berkembang menjadi lebih kompleks, seperti *transformational leadership* yang menekankan perubahan positif, *transactional leadership* yang fokus pada sistem *reward* dan *punishment*, serta *servant leadership* yang mengutamakan pelayanan terhadap tim (Soepriyadi *et al.*, 2022). Pemilihan gaya yang tepat harus disesuaikan dengan budaya organisasi, karakter anggota tim, dan situasi yang dihadapi.

Tabel 2.1 Macam – macam Gaya Kepemimpinan

Gaya Kepemimpinan	Ciri Utama	Kelebihan	Kekurangan	Kapan Tepat Digunakan
Otoriter	Pemimpin memegang kendali penuh, keputusan diambil sepihak	Keputusan cepat, kontrol tinggi	Minim partisipasi bawahan, berpotensi menurunkan motivasi	Situasi darurat, kondisi krisis, tim belum berpengalaman
Demokratis	Keputusan diambil bersama, partisipasi tinggi	Meningkatkan rasa memiliki, ide lebih bervariasi	Proses keputusan lebih lama	Saat butuh kreativitas & kolaborasi tim

Gaya Kepemimpinan	Ciri Utama	Kelebihan	Kekurangan	Kapan Tepat Digunakan
Laissez-faire	Pemimpin memberi kebebasan penuh pada bawahan	Mendorong kemandirian, cocok untuk tim ahli	Berpotensi kehilangan arah jika bawahan kurang disiplin	Tim sangat berpengalaman & mandiri
Transformasional	Fokus pada visi, motivasi jangka panjang, perubahan positif	Meningkatkan komitmen, mendorong inovasi	Membutuhkan pemimpin yang karismatik & inspiratif	Perubahan budaya organisasi, inovasi produk/layanan
Transaksional	Hubungan berbasis imbalan & hukuman	Jelas, terukur, efektif untuk target jangka pendek	Kurang mendorong inovasi, hubungan kaku	Lingkungan kerja dengan target kuantitatif & aturan ketat

d. Kompetensi yang Dibutuhkan Pemimpin Efektif

Pemimpin yang efektif membutuhkan kombinasi kompetensi teknis, konseptual, dan interpersonal. Kompetensi teknis mencakup pengetahuan dan keterampilan khusus sesuai bidang kerja; kompetensi konseptual berhubungan dengan kemampuan analisis, pemecahan masalah, dan pengambilan keputusan; sedangkan kompetensi interpersonal meliputi kemampuan komunikasi, empati, dan membangun hubungan baik dengan tim (Muhasidah, *et al.*, 2025). Pemimpin yang mampu menggabungkan ketiga kompetensi ini akan lebih mudah menumbuhkan iklim organisasi yang progresif dan kontributif.

e. Kepemimpinan di Bidang Kesehatan

Dalam sektor kesehatan seperti rumah sakit, kepemimpinan memiliki tantangan tersendiri karena melibatkan koordinasi multi-disiplin dan pengelolaan sumber daya manusia yang beragam, mulai

dari dokter, perawat, tenaga penunjang medis, hingga staf administrasi. Pemimpin di rumah sakit dituntut memiliki kemampuan mengelola tim lintas profesi, mengutamakan keselamatan pasien, serta memastikan mutu pelayanan tetap tinggi di tengah tekanan beban kerja yang besar (Herd *et al.*, 2016). Model kepemimpinan klinis (*clinical leadership*) kini menjadi pendekatan populer, di mana pemimpin tidak hanya memahami manajemen organisasi tetapi juga memiliki pengetahuan klinis yang memadai.

f. Peran Kepemimpinan terhadap Kinerja Organisasi

Peningkatan kinerja organisasi secara langsung dipengaruhi oleh kepemimpinan yang baik. Menurut penelitian, manajer dapat meningkatkan produktivitas, kebahagiaan kerja, dan tingkat retensi karyawan dengan memberikan bimbingan terstruktur, motivasi, dan rasa kepemilikan kepada staf mereka (Silalahi & Setiawan, 2024). Selain itu, pemimpin yang adaptif mampu membawa organisasi melewati masa krisis dengan tetap menjaga keberlangsungan operasional. Dalam konteks rumah sakit, hal ini berarti mampu menjaga mutu pelayanan dan kepercayaan pasien meski menghadapi keterbatasan sumber daya.

g. Tantangan dan Masa Depan Kepemimpinan

Tantangan kepemimpinan di era modern meliputi perubahan teknologi yang cepat, globalisasi, kompleksitas regulasi, serta tuntutan transparansi dan akuntabilitas publik. Pemimpin masa depan harus mampu beradaptasi dengan digitalisasi proses kerja, memanfaatkan

data untuk pengambilan keputusan, serta mengembangkan budaya organisasi yang inklusif dan kolaboratif (Wahyu, Yohanes Nugroho; Aji, 2024). Di bidang kesehatan, kepemimpinan yang visioner sangat dibutuhkan untuk menghadapi disrupsi layanan kesehatan digital, tuntutan mutu pelayanan, dan persaingan yang semakin ketat.

4. Konsep Pengendalian Mutu

a. Definisi Pengendalian Mutu

Suatu prosedur terencana untuk menjamin bahwa barang atau jasa memenuhi kriteria kualitas yang telah ditetapkan dikenal sebagai pengendalian kualitas, atau QC. Menurut standar nasional dan internasional, pengendalian kualitas (QC) membantu industri perawatan kesehatan mempertahankan standar layanan medis dan non-medis. Proses ini dilakukan secara menyeluruh, mulai dari perencanaan hingga pelaksanaan dan penilaian layanan (Marselinus, 2024).

Konsep pengendalian mutu di rumah sakit didasarkan pada prinsip bahwa mutu harus dibangun dan dijaga pada setiap tahapan pelayanan. Pendekatan ini selaras dengan paradigma *continuous quality improvement* (CQI) yang menekankan evaluasi dan perbaikan berkelanjutan. Tujuannya adalah memastikan semua aspek pelayanan mulai dari perawatan pasien, manajemen fasilitas, hingga administrasi berada dalam kendali mutu yang optimal (Fauzan *et al.*, 2023).

Pengendalian mutu juga memiliki dimensi pencegahan (*preventive control*), deteksi (*detective control*), dan koreksi

(*corrective control*). Pencegahan dilakukan untuk mengurangi risiko kesalahan, deteksi digunakan untuk menemukan kesalahan atau penyimpangan sedini mungkin, dan koreksi dilakukan untuk memperbaiki masalah agar tidak terulang. Dalam sistem rumah sakit modern, hal ini sering terintegrasi dengan sistem manajemen mutu ISO 9001:2015 dan akreditasi KARS atau Joint Commission International (JCI) (Daminggo *et al.*, 2022).

Faktor penting dalam QC adalah keterlibatan seluruh tenaga kerja rumah sakit, termasuk dokter, perawat, tenaga penunjang medis, dan staf administratif. QC yang berhasil membutuhkan komunikasi efektif antar unit dan dukungan kepemimpinan yang kuat untuk mendorong budaya mutu (*quality culture*). Hal ini karena mutu bukan hanya tanggung jawab satu divisi, tetapi merupakan tanggung jawab bersama (Ma & Ling, 2024).

Dengan demikian, pengendalian mutu bukan hanya sekadar prosedur teknis, tetapi merupakan strategi manajemen yang mengintegrasikan standar, prosedur, dan budaya kerja untuk memastikan kepuasan pasien serta keberlanjutan operasional rumah sakit (Agustina, 2024).

b. Prinsip-Prinsip Pengendalian Mutu

Prinsip pengendalian mutu merupakan landasan konseptual yang memastikan setiap proses dalam organisasi, khususnya di rumah sakit, berjalan sesuai standar yang telah ditetapkan untuk menjamin mutu pelayanan (Setyawasih *et al.*, 2023). Dalam konteks pelayanan

kesehatan, prinsip-prinsip ini tidak hanya berfokus pada hasil akhir, tetapi juga pada proses yang ditempuh untuk mencapainya. Pengendalian mutu memerlukan pendekatan sistematis yang mengintegrasikan perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan perbaikan berkelanjutan (*PDCA cycle*). Dengan penerapan prinsip yang konsisten, rumah sakit dapat mengurangi variasi proses, meningkatkan konsistensi layanan, dan memastikan kepuasan pasien tetap tinggi (Nazir, 2022).

- 1) Prinsip pertama adalah fokus pada pelanggan. Dalam industri jasa kesehatan, pelanggan tidak hanya pasien, tetapi juga keluarga pasien, tenaga medis, dan pemangku kepentingan lainnya (*stakeholders*). Fokus pada pelanggan berarti memahami kebutuhan dan harapan mereka, serta mengupayakan agar pelayanan yang diberikan selalu melebihi ekspektasi (Ulumiyah, 2018). Di rumah sakit, hal ini diwujudkan melalui survei kepuasan pasien, sistem keluhan yang responsif, dan inovasi layanan yang berorientasi pada kenyamanan serta keselamatan pasien.
- 2) Prinsip kedua adalah perbaikan berkelanjutan (*continuous improvement*). Mutu tidak bersifat statis, melainkan dinamis dan harus terus ditingkatkan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan kebutuhan masyarakat (Dharma, 2019). Penerapan metode seperti Kaizen, Lean, dan Six Sigma dapat membantu mengidentifikasi pemborosan (*waste*),

mengurangi kesalahan medis, dan meningkatkan efisiensi pelayanan (Bayhaqi *et al.*, 2025). Rumah sakit yang berhasil menerapkan perbaikan berkelanjutan mampu mempertahankan daya saing di tengah persaingan industri kesehatan yang semakin ketat.

- 3) Prinsip ketiga adalah pengambilan keputusan berbasis data. Keputusan manajerial yang efektif harus didasarkan pada data yang valid dan relevan, bukan pada asumsi semata (Ambarsari *et al.*, 2015). Dalam pengendalian mutu rumah sakit, data dapat berupa indikator mutu pelayanan, angka kejadian tidak diinginkan (KTD), hasil audit medis, serta laporan insiden keselamatan pasien. Dengan analisis data yang tepat, manajemen dapat melakukan tindakan korektif dan preventif secara akurat, sehingga mutu pelayanan dapat terus terjaga.
- 4) Prinsip keempat adalah keterlibatan seluruh anggota organisasi. Mutu bukan hanya tanggung jawab manajer atau pimpinan, tetapi merupakan tanggung jawab bersama semua karyawan di semua lini (Ambarsari *et al.*, 2015). Dalam rumah sakit, ini berarti mulai dari dokter, perawat, petugas laboratorium, hingga staf administrasi harus memahami dan menjalankan peran masing-masing dalam menjaga mutu pelayanan. Budaya mutu yang kuat hanya dapat tercipta jika setiap individu merasa memiliki (*sense of ownership*) terhadap kualitas layanan yang dihasilkan.

- 5) Prinsip terakhir adalah pendekatan sistem. Rumah sakit adalah sistem kompleks yang terdiri dari banyak unit, mulai dari IGD, rawat inap, farmasi, laboratorium, hingga manajemen administrasi. Semua komponen ini harus bekerja secara terpadu untuk menghasilkan mutu yang konsisten (Daminggo *et al.*, 2022). Pendekatan sistem memastikan bahwa perubahan atau perbaikan di satu bagian tidak menimbulkan dampak negatif pada bagian lain, melainkan meningkatkan keseluruhan kinerja organisasi.

c. Metode dan Teknik Pengendalian Mutu

Metode pengendalian mutu mencakup pendekatan sistematis yang digunakan organisasi untuk memastikan bahwa produk atau layanan memenuhi standar kualitas yang telah ditetapkan. Dalam konteks rumah sakit, metode ini tidak hanya mencakup pengujian produk atau jasa di akhir proses, tetapi juga melibatkan langkah-langkah preventif di setiap tahap pelayanan. Konsep ini dikenal sebagai *quality assurance* (QA) yang berorientasi pada pencegahan kesalahan, serta *quality control* (QC) yang berfokus pada deteksi dan koreksi kesalahan (Hansa Sahida, 2024).

Kombinasi QA dan QC sangat penting dalam industri kesehatan untuk mengurangi kesalahan medis, meningkatkan keselamatan pasien, dan mempertahankan kepuasan pelanggan (Syam & Windiyaningsih, 2024).

Metode statistik dalam pengendalian mutu pendekatan statistik, seperti:

1) *Statistical Process Control (SPC)*

Digunakan untuk memantau proses secara berkelanjutan melalui pengumpulan dan analisis data. SPC menggunakan alat seperti *control chart* untuk mengidentifikasi variasi proses dan menentukan apakah variasi tersebut disebabkan oleh faktor acak atau penyebab khusus yang dapat dikoreksi (Bayu Pranaditya, 2025). Dalam pelayanan rumah sakit, SPC dapat diterapkan untuk memantau waktu tunggu pasien, kepatuhan perawat terhadap SOP, atau tingkat infeksi nosokomial, sehingga manajemen dapat mengambil keputusan berbasis data untuk perbaikan mutu.

2) *Root Cause Analysis (RCA)* dan *Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)*

Metode RCA digunakan untuk mengidentifikasi akar penyebab masalah kualitas dengan menggali kejadian yang memicu terjadinya kesalahan. Sementara itu, FMEA adalah metode proaktif yang bertujuan mengidentifikasi potensi kegagalan sebelum terjadi dan menilai dampaknya terhadap proses. Keduanya sangat relevan di rumah sakit, misalnya dalam investigasi insiden keselamatan pasien atau dalam perencanaan pembelian alat kesehatan baru. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa penerapan RCA dan FMEA secara konsisten dapat mengurangi kejadian *adverse events* hingga 30% dalam dua tahun (Bayu Pranaditya, 2025).

3) *Lean Six Sigma*

Lean Six Sigma menggabungkan prinsip *lean* yang berfokus pada eliminasi pemborosan (*waste elimination*) dengan *Six Sigma* yang berfokus pada pengurangan variasi proses dan peningkatan kapabilitas proses. Dalam rumah sakit, *Lean Six Sigma* telah digunakan untuk mengoptimalkan alur pasien di IGD, mengurangi waktu tunggu laboratorium, dan meningkatkan akurasi dokumentasi rekam medis elektronik (Bayu Pranaditya, 2025). Keunggulan metode ini adalah kemampuannya menggabungkan efisiensi dan efektivitas, sehingga hasil perbaikan mutu dapat dipertahankan dalam jangka panjang.

4) Integrasi Teknologi Digital

Kemajuan teknologi digital, seperti *big data analytics*, *Internet of Things* (IoT), dan *Artificial Intelligence* (AI), telah membuka peluang baru dalam pengendalian mutu. Misalnya, AI dapat digunakan untuk memprediksi risiko infeksi berdasarkan data pasien secara real time, sementara IoT dapat memantau kinerja peralatan medis secara otomatis. Studi terbaru di Jepang menemukan bahwa integrasi AI ke dalam sistem monitoring mutu pelayanan mampu meningkatkan akurasi deteksi kesalahan hingga 40% dan mengurangi waktu respon perbaikan sebesar 25% (Melliasari, *et al.*, 2024). Hal ini membuktikan bahwa metode pengendalian mutu modern tidak hanya mengandalkan prosedur manual, tetapi juga memanfaatkan teknologi untuk pengambilan keputusan yang lebih cepat dan tepat.

d. Standar Mutu dalam Pengendalian Mutu

Standar mutu merupakan acuan atau tolok ukur yang digunakan untuk memastikan bahwa produk atau layanan memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan. Dalam konteks pelayanan kesehatan, standar mutu biasanya disusun berdasarkan regulasi pemerintah, pedoman dari badan akreditasi nasional maupun internasional, serta best practices yang berlaku di industri. Standar ini berfungsi sebagai panduan bagi tenaga kesehatan dan manajemen rumah sakit untuk memberikan layanan yang konsisten, aman, dan efektif (Mubin, 2010). Tanpa standar yang jelas, upaya pengendalian mutu akan kehilangan arah dan sulit untuk diukur keberhasilannya.

Penerapan standar mutu mencakup penetapan kriteria kualitas yang terukur, misalnya standar waktu tunggu pasien, tingkat kepatuhan terhadap prosedur medis, serta standar kompetensi tenaga kesehatan. Dalam pelayanan rumah sakit, contoh standar yang banyak diadopsi adalah *Joint Commission International* (JCI) dan Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) yang dikembangkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) di Indonesia. Standar ini tidak hanya mengatur aspek klinis, tetapi juga aspek manajerial, administratif, dan keselamatan pasien (Solehudin Solehudin & Sancka Stella Ganasda Sihura, 2023).

Proses penerapan standar mutu melibatkan penyesuaian prosedur kerja dengan indikator yang telah ditetapkan, pelatihan staf untuk memastikan pemahaman, serta audit berkala untuk mengevaluasi kepatuhan. Di rumah sakit, tim mutu memiliki peran penting dalam mengawasi penerapan standar ini dan memberikan rekomendasi perbaikan jika ditemukan ketidaksesuaian.

Penyesuaian prosedur kerja juga dilakukan secara berkesinambungan untuk memastikan relevansi terhadap perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan (Nazir, 2022).

Standar mutu juga berfungsi sebagai alat komunikasi antara penyedia layanan dan pasien. Dengan standar yang jelas, pasien dapat memahami hak dan kewajibannya, serta mengetahui kualitas layanan yang seharusnya mereka terima. Hal ini membangun kepercayaan publik terhadap rumah sakit dan menjadi keunggulan kompetitif di pasar layanan kesehatan yang semakin kompetitif. Penelitian menunjukkan bahwa rumah sakit yang konsisten menerapkan standar mutu memiliki tingkat kepuasan pasien dan keselamatan yang lebih tinggi (Abekah-Nkrumah *et al.*, 2024).

Namun, penerapan standar mutu bukan tanpa tantangan. Salah satu hambatan yang sering dihadapi adalah keterbatasan sumber daya, baik dari segi tenaga, waktu, maupun biaya. Selain itu, resistensi terhadap perubahan di kalangan staf juga dapat menghambat penerapan. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan manajemen perubahan yang efektif, melibatkan seluruh lapisan organisasi, dan memberikan pelatihan berkelanjutan. Dengan strategi ini, standar mutu dapat menjadi budaya kerja yang tertanam kuat dalam organisasi, bukan sekadar dokumen administratif (Setyawasih *et al.*, 2023).

e. Alat dan Teknik Pengendalian Mutu

Pengendalian mutu dalam pelayanan kesehatan tidak dapat dilakukan hanya dengan pengamatan subjektif, melainkan memerlukan alat dan teknik yang terstruktur untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan memperbaiki

masalah mutu. Menurut Ellis & Taylor (2024), alat pengendalian mutu berfungsi untuk membantu tenaga kesehatan dan manajemen rumah sakit memahami data mutu secara lebih objektif, memvisualisasikan masalah, serta menentukan langkah perbaikan yang tepat. Tanpa adanya alat dan teknik ini, proses pengendalian mutu cenderung bersifat reaktif dan tidak sistematis, sehingga upaya perbaikan menjadi tidak efektif.

Salah satu teknik yang sering digunakan adalah:

1) Diagram Alur (*Flowchart*).

Flowchart membantu memetakan beberapa langkah dalam suatu proses pelayanan, sehingga memudahkan identifikasi titik rawan kesalahan atau ketidakefisienan. Misalnya, dalam proses penerimaan pasien IGD, flowchart dapat menunjukkan alur mulai dari registrasi, triase, hingga pemeriksaan awal. Dengan visualisasi ini, manajemen dapat menemukan hambatan yang mengakibatkan waktu tunggu lama (Daminggo *et al.*, 2022).

2) Diagram Sebab-Akibat (*Fishbone Diagram*) atau *Ishikawa Chart*

Menjadi alat penting untuk mengidentifikasi akar masalah mutu. Alat ini mengklasifikasikan faktor penyebab masalah ke dalam kategori seperti manusia (man), metode (method), mesin (machine), material, lingkungan (environment), dan pengukuran (measurement). Misalnya, jika angka infeksi nosokomial tinggi, diagram sebab-akibat dapat membantu melihat apakah penyebab dominannya berasal dari prosedur kebersihan yang kurang ketat, keterbatasan fasilitas sterilisasi, atau kurangnya pelatihan staf (Munifah, 2025).

3) *Check Sheet* dan Histogram

Sering digunakan untuk mengumpulkan serta menampilkan data mutu secara kuantitatif. *Check sheet* memudahkan pencatatan kejadian tertentu, seperti jumlah keluhan pasien per hari, sementara histogram memvisualisasikan distribusi data untuk mengidentifikasi pola. Penggunaan kedua alat ini membantu manajemen rumah sakit dalam melakukan analisis perkembangan jangka panjang dan menentukan prioritas perbaikan (Taqhsya *et al.*, 2024).

4) *Statistical Process Control* (SPC)

Menggunakan peta kendali (*control chart*) untuk memantau proses secara real time. SPC membantu menentukan apakah suatu proses berada dalam batas kendali yang dapat diterima atau sudah memerlukan intervensi perbaikan. Dalam konteks pelayanan rumah sakit, SPC dapat digunakan untuk memantau waktu tunggu pasien di poliklinik atau tingkat kesalahan pemberian obat, sehingga manajemen dapat segera bertindak jika terjadi deviasi yang signifikan (Shaulska *et al.*, 2021).

Dengan penerapan alat dan teknik pengendalian mutu ini, rumah sakit dapat mengelola kualitas layanan secara lebih terukur, mengidentifikasi penyebab masalah dengan akurat, dan melaksanakan perbaikan yang tepat sasaran. Pada akhirnya, penggunaan metode ini tidak hanya meningkatkan mutu layanan, tetapi juga berdampak positif terhadap kepuasan pasien dan citra institusi kesehatan.

f. Pemantauan dan Pengukuran Kinerja

Pemantauan dan pengukuran kinerja merupakan tahapan penting dalam siklus pengendalian mutu yang bertujuan memastikan bahwa proses dan hasil kerja sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Dalam konteks manajemen mutu rumah sakit, kegiatan ini dilakukan secara sistematis melalui audit internal, inspeksi, survei kepuasan, dan analisis data operasional. Menurut ISO 9001:2015, pemantauan kinerja mencakup evaluasi parameter proses serta output produk atau layanan untuk mengidentifikasi adanya penyimpangan dari standar mutu (Ardiansyah, 2017).

Pengukuran kinerja tidak hanya dilakukan pada hasil akhir pelayanan, tetapi juga pada seluruh tahapan proses yang mempengaruhi mutu. Misalnya, di rumah sakit, indikator mutu seperti waktu tunggu pasien, tingkat infeksi nosokomial, dan kepatuhan terhadap prosedur klinis harus diukur secara berkala. Hal ini sejalan dengan penelitian Mawuntu & Aotama, (2022) yang menunjukkan bahwa pengukuran indikator mutu secara rutin dapat menurunkan risiko kesalahan medis hingga 35%.

Selain itu, pemantauan kinerja membutuhkan metode yang tepat, seperti KPI atau *Balanced Scorecard*, yang menggabungkan perspektif keuangan, pelanggan, proses internal, dan pembelajaran organisasi. KPI yang terukur, relevan, dan dapat dicapai membantu manajemen rumah sakit mengambil keputusan berbasis data (*data driven decision making*) dan mengarahkan perbaikan yang berkelanjutan (Abekah-Nkrumah *et al.*, 2024).

Teknologi informasi kini memegang peran penting dalam pemantauan kinerja. Sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) memungkinkan pengumpulan data secara real-time, analisis tren, serta deteksi dini masalah mutu. Dengan dukungan teknologi ini, manajer dapat melakukan intervensi cepat sebelum masalah berkembang menjadi insiden serius. Sebuah studi oleh (Abekah-Nkrumah *et al.*, (2024) membuktikan bahwa integrasi SIMRS dengan modul pemantauan mutu mampu meningkatkan efisiensi audit internal hingga 50%.

Akhirnya, pemantauan dan pengukuran kinerja harus diiringi dengan umpan balik yang efektif. Umpan balik tidak hanya disampaikan kepada manajemen, tetapi juga kepada staf yang terlibat langsung dalam proses pelayanan. Umpan balik yang konstruktif dan berbasis data mendorong keterlibatan karyawan, meningkatkan kesadaran mutu, dan mempercepat proses perbaikan berkelanjutan (*continuous improvement*) (Raaphorst, 2024). Dengan demikian, pemantauan kinerja yang sistematis menjadi tulang punggung keberhasilan pengendalian mutu di sektor kesehatan.

5) **Perbaikan Berkelanjutan (*Continuous Improvement*)**

a. **Konsep Dasar Perbaikan berkelanjutan atau *Continuous Improvement***

Proses sistematis untuk secara konsisten meningkatkan kinerja, kualitas, dan efisiensi melalui beberapa langkah kecil namun berkesinambungan. Konsep ini berasal dari filosofi *Kaizen* di Jepang, yang menekankan bahwa perbaikan tidak harus melalui inovasi besar, tetapi bisa dilakukan melalui modifikasi bertahap yang berfokus pada

peningkatan nilai bagi pelanggan (Solehudin; Stella, 2023). Dalam konteks rumah sakit, perbaikan berkelanjutan mencakup upaya untuk mengoptimalkan alur pelayanan, mengurangi kesalahan medis, mempercepat waktu respons, dan meningkatkan pengalaman pasien secara keseluruhan.

b. Prinsip Utama

Prinsip utama perbaikan berkelanjutan meliputi: (1) fokus pada pelanggan (*customer focus*), (2) keterlibatan seluruh karyawan dalam proses perbaikan, (3) pengambilan keputusan berbasis data, (4) perbaikan proses, bukan hanya hasil, dan (5) integrasi ke dalam budaya organisasi (Weiner *et al.*, 2016). Dalam rumah sakit, penerapan prinsip ini berarti setiap staf dari tenaga medis hingga manajemen berkontribusi dalam mengidentifikasi masalah dan mencari solusi yang dapat meningkatkan mutu layanan kesehatan.

c. Metode dan Pendekatan

Pendekatan umum dalam perbaikan berkelanjutan mencakup metode seperti *Plan-Do-Check-Act* (PDCA), *Six Sigma*, *Lean Healthcare*, dan *Total Quality Management* (TQM). PDCA, misalnya, digunakan untuk menguji perubahan dalam skala kecil sebelum diimplementasikan secara luas, sedangkan Lean bertujuan menghilangkan pemborosan (*waste*) yang tidak memberikan nilai tambah bagi pasien (Bayu Pranaditya, 2025). Di rumah sakit, metode ini dapat digunakan untuk memperbaiki manajemen antrian,

meminimalkan waktu tunggu pasien, dan mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya.

d. Manfaat bagi Rumah Sakit

Perbaikan berkelanjutan memberikan manfaat signifikan bagi rumah sakit, di antaranya adalah peningkatan efisiensi operasional, pengurangan biaya, peningkatan keselamatan pasien, dan peningkatan kepuasan pasien serta karyawan. Studi oleh (Hristov *et al.*, 2022) menunjukkan bahwa rumah sakit yang menerapkan strategi perbaikan berkelanjutan mengalami penurunan *length of stay* pasien dan peningkatan tingkat *patient satisfaction*. Selain itu, proses ini juga membantu organisasi beradaptasi dengan perubahan regulasi dan tuntutan pasar layanan kesehatan yang semakin kompetitif.

e. Tantangan Implementasi

Meskipun bermanfaat, implementasi perbaikan berkelanjutan menghadapi tantangan, seperti resistensi terhadap perubahan, keterbatasan sumber daya, dan kurangnya keterampilan analisis data di kalangan staf. Oleh karena itu, dukungan dari pimpinan rumah sakit sangat penting untuk mendorong budaya perbaikan yang proaktif. Penelitian oleh Putra (2023) menekankan pentingnya kepemimpinan yang visioner dan partisipatif untuk memastikan keberhasilan program perbaikan berkelanjutan, terutama di sektor layanan kesehatan yang kompleks.

2.1.2 Indikator: Kepemimpinan, Kebijakan Mutu, Perencanaan Strategis, Pengambilan Keputusan Berbasis Data.

Dibawah ini merupakan penjelasan dari indikator:

1. Kepemimpinan dalam Pengendalian Mutu

Kepemimpinan merupakan faktor kunci dalam memastikan implementasi pengendalian mutu yang efektif di rumah sakit. Seorang pemimpin dalam konteks manajemen mutu harus mampu memberikan arah, menetapkan visi, dan menginspirasi tim untuk mencapai standar kualitas yang telah ditetapkan (Thaliah *et al.*, 2024). Kepemimpinan yang kuat akan membangun budaya mutu, di mana setiap individu merasa memiliki tanggung jawab terhadap pencapaian mutu pelayanan. Dalam pengendalian mutu rumah sakit, pemimpin perlu menetapkan sasaran yang jelas, melakukan monitoring, dan memastikan adanya evaluasi berkelanjutan terhadap pencapaian mutu.

Selain memberikan arahan strategis, kepemimpinan dalam pengendalian mutu juga berperan dalam membangun komunikasi yang efektif di semua tingkatan organisasi. Pemimpin yang efektif akan menciptakan lingkungan terbuka, di mana masukan dari staf dapat digunakan sebagai dasar perbaikan berkelanjutan (*continuous improvement*). Komunikasi dua arah yang terstruktur ini sangat penting untuk mengidentifikasi masalah mutu sebelum berkembang menjadi kendala yang lebih besar (Anggara, 2017).

Peran kepemimpinan juga meliputi pemberian motivasi dan penghargaan kepada staf yang berprestasi dalam menjaga mutu pelayanan.

Hal ini dapat dilakukan melalui program pengakuan (*recognition program*), insentif, maupun pengembangan karier. Menurut penelitian Marselinus (2024), penghargaan terhadap pencapaian mutu meningkatkan loyalitas staf dan mendorong keterlibatan mereka dalam inovasi mutu.

Kepemimpinan dalam pengendalian mutu juga membutuhkan kemampuan untuk mengelola perubahan (*change management*). Proses peningkatan mutu sering kali memerlukan perubahan pada prosedur kerja, teknologi, atau budaya organisasi. Pemimpin yang sukses harus mampu mengelola resistensi terhadap perubahan dan memastikan semua pihak memahami manfaat dari peningkatan mutu yang dilakukan (Lelyana, 2024).

Selain itu, kepemimpinan yang efektif dalam pengendalian mutu memerlukan pemahaman yang baik terhadap regulasi dan standar nasional maupun internasional, seperti akreditasi KARS atau Joint Commission International (JCI). Pemimpin harus memastikan rumah sakit selalu mematuhi standar tersebut untuk menjamin keselamatan pasien (*patient safety*) dan kepuasan pelanggan (Kemenkes RI, 2024).

Fungsi kepemimpinan dalam pengendalian mutu juga mencakup peran sebagai fasilitator pelatihan dan pengembangan staf. Dengan menyediakan pelatihan berkelanjutan, pemimpin dapat memastikan bahwa tim memiliki keterampilan dan pengetahuan terbaru untuk mempertahankan mutu pelayanan (Zennaro *et al.*, 2022).

Akhirnya, kepemimpinan dalam pengendalian mutu tidak hanya bersifat manajerial tetapi juga visioner. Pemimpin yang visioner mampu melihat tren pelayanan kesehatan di masa depan dan mempersiapkan

organisasi agar selalu adaptif terhadap perkembangan tersebut, sehingga mutu tetap terjaga dan meningkat (Lilianti, 2024).

2. Kebijakan Mutu (*Quality Policy*)

a. Pengertian Dan Fungsi Utama Kebijakan Mutu

adalah pernyataan resmi organisasi yang menggambarkan komitmen terhadap kualitas, tujuan umum mutu, dan kerangka kerja untuk menetapkan sasaran mutu yang lebih spesifik. Menurut ISO 9001:2015, kebijakan mutu harus sesuai dengan tujuan organisasi, menjadi dasar perencanaan mutu, dan dikomunikasikan secara efektif ke seluruh level organisasi (Abdullah *et al.*, 2024). Dalam konteks rumah sakit, kebijakan mutu menjadi panduan strategis yang memastikan setiap layanan klinis maupun non-klinis selaras dengan visi dan misi rumah sakit, serta memenuhi standar keselamatan pasien (Sarosa, 2022).

b. Prinsip Penyusunan Kebijakan Mutu

Penyusunan kebijakan mutu harus mempertimbangkan empat prinsip: relevansi dengan tujuan organisasi, kejelasan pernyataan, komitmen terhadap peningkatan berkelanjutan, dan kesesuaian terhadap regulasi yang berlaku (Sallis, 2018). Di rumah sakit, prinsip ini mencakup kesesuaian dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) maupun regulasi Kementerian Kesehatan. Kebijakan mutu juga harus memperhatikan hasil evaluasi mutu sebelumnya agar selaras dengan kebutuhan perbaikan yang teridentifikasi.

c. Peran dalam Budaya Mutu

Kebijakan mutu bukan hanya dokumen formal, tetapi juga instrumen pembentuk budaya mutu. Penelitian oleh Siyen *et al.*, (2020) menunjukkan bahwa organisasi yang memiliki kebijakan mutu yang jelas cenderung memiliki tingkat kepuasan pelanggan lebih tinggi, karena kebijakan ini membentuk perilaku kerja yang konsisten dan terukur. Dalam layanan kesehatan, kebijakan mutu menumbuhkan mindset keselamatan pasien (*patient safety culture*) yang menjadi inti pelayanan.

d. Implementasi Kebijakan Mutu di Rumah Sakit

Implementasi kebijakan mutu di rumah sakit melibatkan beberapa tahap: sosialisasi, integrasi ke dalam prosedur operasional standar (SOP), pengawasan pelaksanaan, dan evaluasi efektivitas. Menurut penelitian Alsuwailem *et al.*, (2023), keberhasilan implementasi kebijakan mutu di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh keterlibatan pimpinan dan kemampuan manajemen menurunkan kebijakan menjadi rencana kerja operasional yang jelas.

e. Monitoring dan Review Kebijakan Mutu

Kebijakan mutu harus ditinjau secara berkala untuk memastikan relevansi dan efektivitasnya. Review biasanya dilakukan setiap tahun atau saat terjadi perubahan signifikan, misalnya pembaruan standar akreditasi atau perubahan visi organisasi. Peninjauan ini melibatkan audit internal, survei kepuasan pelanggan, serta analisis indikator mutu rumah sakit (Harris *et al.*, 2025).

f. Tantangan dan Hambatan

Tantangan utama dalam penerapan kebijakan mutu di rumah sakit adalah kurangnya pemahaman karyawan terhadap isi dan makna kebijakan, lemahnya komunikasi internal, dan resistensi terhadap perubahan (Ulfa & Sarzuli, 2016). Selain itu, ketidakselarasan antara kebijakan mutu dengan kondisi operasional sehari-hari dapat menyebabkan kebijakan tersebut hanya menjadi dokumen formal tanpa dampak nyata.

g. Strategi Penguatan Kebijakan Mutu

Strategi penguatan kebijakan mutu meliputi peningkatan pelatihan staf, penyesuaian kebijakan dengan kondisi terkini, integrasi kebijakan ke dalam sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), dan penerapan *reward-punishment* berbasis pencapaian mutu. Penelitian terbaru oleh (Lestari *et al.*, 2023) di rumah sakit tipe B di Indonesia menunjukkan bahwa integrasi kebijakan mutu dengan KPI karyawan dapat meningkatkan kepatuhan terhadap SOP hingga 35% dalam satu tahun.

3. Perencanaan Strategis dalam Pengendalian Mutu

a. Perencanaan Strategis

Proses sistematis yang digunakan organisasi untuk menentukan arah jangka panjang, menetapkan tujuan, serta mengalokasikan sumber daya secara efektif demi mencapai keunggulan kompetitif dan keberlanjutan organisasi (Abdullah *et al.*, 2024). Dalam konteks pengendalian mutu di rumah sakit, perencanaan strategis berfungsi

sebagai peta jalan (*roadmap*) yang mengintegrasikan visi, misi, nilai, dan tujuan mutu pelayanan ke dalam rencana kerja yang terukur. Tanpa perencanaan strategis yang baik, upaya pengendalian mutu cenderung bersifat reaktif dan tidak berkesinambungan, sehingga menghambat pencapaian standar pelayanan kesehatan yang optimal (Abdullah *et al.*, 2024).

b. Elemen Penting Dalam Perencanaan Strategis Mutu

Perencanaan strategi mutu meliputi analisis lingkungan internal dan eksternal (SWOT atau PESTEL), identifikasi kebutuhan pasien dan masyarakat, penetapan sasaran mutu yang SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*), serta penentuan indikator kinerja utama KPI yang relevan (Abekah-Nkrumah *et al.*, 2024). Analisis lingkungan memungkinkan manajemen rumah sakit memahami tantangan seperti regulasi pemerintah, perkembangan teknologi medis, persaingan antar fasilitas kesehatan, dan tren epidemiologis, sehingga rencana strategis yang dihasilkan responsif terhadap perubahan.

c. Perencanaan Strategis

Mengatur distribusi sumber daya seperti tenaga kerja, anggaran, dan fasilitas untuk mendukung pencapaian tujuan mutu (Abdullah *et al.*, 2024). Contohnya, jika rumah sakit ingin meningkatkan kepuasan pasien melalui pengurangan waktu tunggu, perencanaan strategis harus mencakup penambahan staf pada jam sibuk, investasi teknologi pendaftaran daring, serta penyesuaian alur layanan. Perencanaan ini

harus diselaraskan dengan prioritas mutu yang telah ditetapkan oleh manajemen puncak dan kebijakan mutu rumah sakit.

d. Implementasi Perencanaan Strategis Mutu

Membutuhkan keterlibatan seluruh level organisasi, mulai dari pimpinan hingga staf pelaksana (Abdullah *et al.*, 2024). Proses ini umumnya dilakukan melalui rapat koordinasi, workshop, atau forum diskusi yang memungkinkan setiap bagian memberikan masukan. Keterlibatan lintas departemen membantu memastikan bahwa rencana strategis realistis, relevan, dan mendapat dukungan penuh dari semua pihak. Tanpa komitmen bersama, strategi hanya akan menjadi dokumen formal tanpa implementasi nyata.

e. Monitoring Dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi menjadi bagian tak terpisahkan dari perencanaan strategis mutu (Agustina, 2024). Strategi harus dilengkapi dengan mekanisme peninjauan berkala untuk memastikan bahwa target yang ditetapkan tercapai sesuai jadwal. Jika ditemukan deviasi atau hambatan, rencana strategis harus diperbarui agar tetap relevan dengan kondisi terkini. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip *Continuous Quality Improvement* (CQI) yang menekankan siklus perbaikan berkelanjutan (*Plan-Do-Check-Act*).

f. Manfaat Perencanaan Strategis

Manfaat langsung yang efektif adalah peningkatan efisiensi, mutu pelayanan, dan daya saing rumah sakit (Agustina, 2024). Dengan rencana yang terarah, rumah sakit dapat menghindari

pemborosan sumber daya, mengantisipasi risiko, dan memprioritaskan program mutu yang berdampak signifikan terhadap kepuasan pasien. Selain itu, perencanaan strategis membantu rumah sakit mematuhi standar akreditasi nasional dan internasional seperti SNARS atau JCI, yang mensyaratkan adanya dokumen perencanaan mutu jangka panjang.

Secara keseluruhan, perencanaan strategis merupakan pondasi bagi keberhasilan pengendalian mutu rumah sakit. Strategi yang dirumuskan secara matang, didukung data yang valid, melibatkan seluruh pihak, dan dievaluasi secara berkala akan menciptakan siklus mutu yang berkelanjutan. Di era persaingan global dan digitalisasi layanan kesehatan, rumah sakit yang memiliki perencanaan strategis mutu yang adaptif akan lebih mampu bertahan, berkembang, dan memenuhi ekspektasi pasien (Agustina, 2024)(Hristov *et al.*, 2022).

4. Pengambilan Keputusan Berbasis Data

a. Definisi dan Prinsip Dasar

Pengambilan keputusan berbasis data (*data-driven decision making*) adalah proses menetapkan pilihan atau kebijakan dengan landasan pada bukti empiris, analisis statistik, dan informasi yang terukur, bukan semata pada intuisi atau kebiasaan (Mikalef *et al.*, 2019). Dalam konteks manajemen mutu rumah sakit, pendekatan ini bertujuan untuk memastikan bahwa keputusan yang diambil benar-benar merefleksikan kondisi nyata pelayanan kesehatan, sehingga meningkatkan akurasi strategi perbaikan mutu. Prinsip dasarnya

adalah *evidence-based management*, yaitu setiap keputusan harus memiliki justifikasi logis yang dapat diverifikasi melalui data yang valid.

b. Pentingnya Data dalam Manajemen Mutu

Keberhasilan pengendalian mutu di rumah sakit sangat bergantung pada ketersediaan dan kualitas data yang relevan. Data yang akurat memungkinkan manajemen mengidentifikasi tren masalah, mengukur efektivitas intervensi, dan mengalokasikan sumber daya secara tepat (Wang et al., 2020). Misalnya, data *patient satisfaction survey* dapat menjadi dasar untuk merancang program pelatihan komunikasi bagi perawat, atau data *infection rate* dapat menjadi acuan dalam peningkatan protokol sterilisasi. Tanpa data yang valid, kebijakan mutu berisiko hanya menjadi perkiraan yang tidak berdampak signifikan.

c. Sumber Data dalam Rumah Sakit

Pengambilan keputusan berbasis data memerlukan integrasi berbagai sumber informasi, seperti data klinis dari *Electronic Medical Record (EMR)*, data operasional dari *Hospital Information System (HIS)*, hasil audit mutu, survei kepuasan pasien, dan laporan insiden keselamatan pasien (Safdar et al., 2022). Penggabungan data internal dengan data eksternal—misalnya laporan benchmarking nasional—memungkinkan manajemen rumah sakit untuk menilai kinerja secara lebih objektif dibandingkan standar industri.

d. Analisis Data dan Teknologi Pendukung

Peran teknologi informasi dalam analisis data sangat penting. Penggunaan *Business Intelligence* (BI), *Data Analytics*, dan *Machine Learning* memungkinkan pengolahan data dalam jumlah besar untuk menghasilkan insight yang tepat waktu (Ghasemaghaei, 2020). Sebagai contoh, algoritma prediktif dapat digunakan untuk memprediksi kebutuhan tempat tidur ICU atau memantau risiko *readmission* pasien dengan penyakit kronis. Analisis data yang baik juga mencakup visualisasi informasi dalam bentuk dashboard interaktif yang memudahkan pimpinan rumah sakit memahami situasi secara cepat.

e. Hubungan dengan Mutu Pelayanan

Pengambilan keputusan berbasis data memiliki keterkaitan langsung dengan peningkatan mutu pelayanan. Melalui data, rumah sakit dapat memantau indikator mutu seperti *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Average Length of Stay* (ALOS), *Turnover Interval* (TOI), serta *Net Death Rate* (NDR), lalu merancang intervensi yang spesifik (Li et al., 2021). Dengan demikian, keputusan yang diambil bukan sekadar merespons masalah, tetapi juga bersifat preventif dan proaktif dalam menjaga mutu.

f. Tantangan Implementasi

Meskipun manfaatnya signifikan, implementasi pengambilan keputusan berbasis data menghadapi tantangan seperti keterbatasan literasi data di kalangan staf, resistensi terhadap perubahan, serta

masalah *data silos* yang menghambat integrasi antar-unit (Batini & Scannapieco, 2016). Selain itu, kualitas data sering dipengaruhi oleh kesalahan input, kurangnya standar pencatatan, dan keterlambatan pelaporan. Oleh karena itu, dibutuhkan kebijakan mutu yang menekankan pada *data governance* untuk memastikan konsistensi, akurasi, dan keamanan data.

g. Strategi Peningkatan Efektivitas

Untuk memastikan pengambilan keputusan berbasis data berjalan optimal, rumah sakit perlu mengembangkan budaya organisasi yang mendukung *data literacy*, menyediakan pelatihan analisis data bagi manajer, membangun sistem integrasi informasi, serta menerapkan audit data secara berkala (Provost & Fawcett, 2021). Selain itu, keterlibatan pimpinan dalam mempromosikan pentingnya penggunaan data akan meningkatkan kepatuhan staf dan memperkuat kepercayaan terhadap proses manajemen mutu.

2.2 Implementasi Key Performance Indicator (KPI)

2.2.1 Definisi Implementasi KPI dan Peranannya dalam Sistem Mutu

Key Performance Indicator (KPI) adalah ukuran kuantitatif yang digunakan untuk mengevaluasi sejauh mana suatu organisasi berhasil mencapai tujuan strategis yang telah ditetapkan (Parmenter, 2015). Dalam konteks rumah sakit, KPI berfungsi sebagai alat manajemen yang memungkinkan pihak manajemen memantau dan mengukur kinerja di berbagai aspek pelayanan, mulai dari mutu klinis, efisiensi operasional, hingga kepuasan pasien. Menurut Kaplan dan Norton

(2020), KPI merupakan komponen integral dalam *Balanced Scorecard* yang menghubungkan strategi organisasi dengan hasil kinerja yang terukur. Hal ini berarti, KPI bukan sekadar angka, tetapi representasi dari pencapaian visi, misi, dan tujuan strategis rumah sakit.

Peranan KPI dalam sistem mutu rumah sakit sangat vital karena menjadi acuan dalam penerapan *Continuous Quality Improvement* (CQI). Melalui KPI, manajemen dapat mengidentifikasi area yang membutuhkan perbaikan dan merancang intervensi yang tepat. Misalnya, indikator tingkat infeksi nosokomial dapat digunakan untuk mengevaluasi efektivitas program pencegahan infeksi di rumah sakit (WHO, 2021). KPI juga membantu membangun akuntabilitas karena setiap unit kerja memiliki target yang jelas dan terukur, sehingga memudahkan evaluasi kinerja baik pada level individu maupun organisasi.

Selain itu, KPI berperan sebagai *early warning system*. Ketika indikator menunjukkan tren penurunan kinerja, manajemen dapat segera melakukan analisis akar masalah dan mengambil langkah perbaikan sebelum dampaknya semakin luas (Arah et al., 2020). Fungsi ini sangat penting di sektor kesehatan yang memiliki karakteristik kompleks, berisiko tinggi, dan berdampak langsung pada keselamatan pasien. Dengan kata lain, KPI menjadi jembatan antara data kinerja dengan pengambilan keputusan yang berbasis bukti (*evidence-based decision making*).

Penerapan KPI yang baik juga dapat meningkatkan keterlibatan pegawai. Ketika tenaga kesehatan memahami bahwa indikator yang mereka capai berkontribusi langsung pada mutu pelayanan dan keselamatan pasien, motivasi kerja cenderung meningkat (Mohammed et al., 2022). KPI bukan hanya

mengukur hasil, tetapi juga mendorong perubahan perilaku organisasi menuju *high-performance culture*.

Terakhir, peranan KPI dalam sistem mutu rumah sakit tidak dapat dilepaskan dari tuntutan akreditasi. Standar akreditasi nasional maupun internasional seperti KARS (2022) dan Joint Commission International (JCI, 2023) mewajibkan rumah sakit memiliki indikator mutu yang terukur, terdokumentasi, dan digunakan secara konsisten untuk peningkatan mutu pelayanan. Oleh karena itu, pemahaman mendalam tentang definisi dan peran KPI menjadi landasan utama dalam implementasinya di rumah sakit.

Sementara definisi dari implementasi KPI adalah proses penerapan indikator kinerja utama yang telah dirumuskan untuk mengukur, mengelola, dan mengevaluasi pencapaian tujuan organisasi secara sistematis dan berkesinambungan. Menurut Kemenkes RI (2024), implementasi KPI dalam rumah sakit mencakup serangkaian kegiatan mulai dari perumusan indikator, sosialisasi kepada pegawai, pelaksanaan pencatatan/pelaporan, pemantauan capaian, hingga evaluasi dan tindak lanjut hasil pengukuran.

Menurut Abekah-Nkrumah *et, al* (2024), implementasi KPI merupakan bagian integral dari system manajemen kinerja yang memastikan indicator yang di susun benar – benar diterjemahkan dalam praktik operasional sehari – hari. Tanpa implementasi yang konsisten, KPI hanya akan menjadi dokumen administrative yang tidak berdampak pada peningkatan mutu pelayanan. Implementasi KPI merujuk pada kerangka kerja manajemen kinerja atau manajemen berbasis KPI yang meliputi siklus standar seperti :

1. Deployment/Socialization (Penyebaran): Memastikan semua pihak memahami apa yang harus dicapai.
2. Execution (Pelaksanaan): Mengintegrasikan KPI ke dalam tugas sehari-hari.
3. Monitoring (Pemantauan): Melacak kemajuan secara *real-time* atau berkala.
4. Review/Evaluation (Evaluasi): Menilai hasil dan mengambil tindakan korektif.

Sementara itu, Armstrong (2017) dalam *Performance Management Theory* menekankan bahwa implementasi KPI harus berbasis partisipasi, transparansi, serta keterkaitan dengan strategi organisasi. Dengan demikian, indikator kinerja tidak hanya digunakan sebagai alat evaluasi, tetapi juga instrumen komunikasi, motivasi, dan pengendalian organisasi.

Dari perspektif Kaplan & Norton (1996) dalam konsep *Balanced Scorecard*, implementasi KPI berfungsi sebagai jembatan antara visi-misi organisasi dengan kinerja di level unit kerja maupun individu. Hal ini menjadikan KPI sebagai alat untuk memastikan keselarasan (*alignment*) antara strategi makro rumah sakit dengan tindakan operasional sehari-hari.

Dengan demikian, implementasi KPI dapat didefinisikan sebagai proses penerjemahan indikator strategis ke dalam praktik manajerial dan operasional rumah sakit, yang mencakup siklus perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi kinerja, guna mencapai peningkatan mutu pelayanan dan daya saing organisasi.

2.2.2 Kriteria KPI Rumah Sakit

KPI yang efektif di rumah sakit harus memenuhi prinsip SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*) untuk memastikan indikator

tersebut benar-benar mampu menggambarkan kinerja organisasi (Doran, 2020). *Specific* berarti indikator harus jelas dan tidak ambigu, misalnya “angka kejadian *pressure ulcer*” lebih jelas daripada “indikator perawatan kulit pasien”. *Measurable* mengharuskan indikator dapat dihitung atau diukur secara kuantitatif sehingga memungkinkan evaluasi yang objektif. *Achievable* berarti target yang ditetapkan realistis dan dapat dicapai dengan sumber daya yang ada. *Relevant* memastikan indikator memiliki relevansi langsung terhadap tujuan mutu rumah sakit. *Time-bound* mengacu pada adanya batas waktu yang jelas untuk pencapaian target.

Menurut KARS (2022), kriteria KPI rumah sakit dibagi menjadi dua kelompok besar, yaitu indikator mutu klinis dan indikator mutu manajemen. Indikator mutu klinis mencakup aspek keselamatan pasien, efektivitas pelayanan, dan efisiensi penggunaan sumber daya klinis. Contohnya, *average length of stay* (ALOS), angka *readmission* 30 hari, tingkat kepatuhan cuci tangan, dan angka mortalitas. Sementara itu, indikator mutu manajemen mencakup kepuasan pasien, kepuasan pegawai, rasio perawat terhadap pasien, dan utilisasi tempat tidur (*Bed Occupancy Rate*).

Pemilihan KPI harus memperhatikan kesesuaian dengan regulasi dan standar nasional/internasional. Misalnya, Permenkes No. 755/MENKES/PER/IV/2011 menetapkan indikator mutu yang wajib diukur oleh setiap rumah sakit di Indonesia. Selain itu, beberapa KPI klinis juga mengikuti panduan WHO dan JCI, seperti *hand hygiene compliance rate* dan *surgical site infection rate*. Hal ini bertujuan untuk menjaga konsistensi pengukuran dan mempermudah perbandingan (*benchmarking*) antar rumah sakit.

Dalam praktiknya, rumah sakit sering menggunakan kombinasi antara *leading indicators* dan *lagging indicators*. *Leading indicators* bersifat prediktif, misalnya tingkat kepatuhan terhadap SOP triase di IGD, sedangkan *lagging indicators* mengukur hasil akhir seperti angka mortalitas atau BOR. Kombinasi ini membantu rumah sakit tidak hanya mengevaluasi hasil, tetapi juga memantau proses yang berkontribusi pada hasil tersebut (NHS Improvement, 2021).

Kriteria lain yang penting adalah keterjangkauan dan keberlanjutan pengukuran. KPI harus dapat dikumpulkan secara rutin tanpa membebani staf dengan proses administrasi yang berlebihan. Oleh karena itu, integrasi KPI dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) menjadi kunci untuk mempermudah proses pengumpulan, pengolahan, dan pelaporan data (Rajan et al., 2022).

Dibawah ini adalah indikator dalam implementasi KPI yaitu:

1. Perumusan KPI

Tahap perumusan KPI sangat penting untuk memastikan indikator yang dipilih relevan dengan tujuan strategis rumah sakit. Kemenkes RI (2024) menekankan bahwa indikator harus memenuhi prinsip SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*). Indikator yang baik adalah indikator yang terkait langsung dengan mutu pelayanan, keselamatan pasien, serta efisiensi operasional. Abekah-Nkrumah *et al.* (2024) menambahkan bahwa perumusan KPI harus melibatkan stakeholder lintas unit agar indikator yang ditetapkan mencerminkan kepentingan bersama dan tidak bersifat parsial.

2. Sosialisasi KPI

Setelah indikator ditetapkan, tahap berikutnya adalah sosialisasi kepada seluruh staf. Menurut Kemenkes RI (2024), sosialisasi merupakan kunci agar seluruh pegawai memahami indikator yang harus dicapai, mekanisme pengukuran, serta implikasinya terhadap kinerja individu maupun organisasi. Tanpa sosialisasi yang baik, KPI berisiko hanya menjadi dokumen administratif tanpa implementasi nyata. Abekah-Nkrumah et al. (2024) menegaskan bahwa komunikasi yang efektif mengenai KPI akan meningkatkan rasa memiliki (*sense of ownership*) dari staf, sehingga mereka lebih termotivasi dalam mencapainya.

3. Pelaksanaan KPI

Pelaksanaan KPI mencakup penerapan indikator dalam kegiatan operasional sehari-hari. Hal ini meliputi pencatatan kinerja, pelaporan, dan penggunaan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS/ERM). Kemenkes RI (2024) menekankan bahwa keberhasilan pelaksanaan KPI dipengaruhi oleh keterlibatan pimpinan, ketersediaan sumber daya, serta sistem monitoring yang terintegrasi. Abekah-Nkrumah et al. (2024) menunjukkan bahwa pelaksanaan yang konsisten akan memperkuat budaya akuntabilitas dan mendorong peningkatan mutu secara berkelanjutan.

4. Pemantauan KPI

KPI yang sudah dilaksanakan harus dipantau secara rutin untuk memastikan kesesuaian dengan target. Pemantauan melibatkan pengumpulan data, analisis capaian, serta pemberian umpan balik. Kemenkes RI (2024) menekankan bahwa monitoring berkala, misalnya

bulanan atau triwulanan, akan membantu mendeteksi deviasi sejak dini dan memungkinkan intervensi cepat. Abekah-Nkrumah et al. (2024) menambahkan bahwa sistem pemantauan yang efektif harus berbasis data real-time dan transparan, sehingga kinerja dapat dievaluasi secara obyektif.

5. Evaluasi & Tindak Lanjut

Tahap terakhir dalam implementasi KPI adalah evaluasi dan tindak lanjut. Evaluasi mencakup analisis pencapaian target, identifikasi faktor penyebab keberhasilan maupun kegagalan, serta perencanaan perbaikan. Kemenkes RI (2024) menekankan pentingnya siklus PDCA (Plan-Do-Check-Act) sebagai kerangka tindak lanjut. Abekah-Nkrumah et al. (2024) menegaskan bahwa evaluasi yang baik harus diikuti oleh penghargaan (*reward*) maupun sanksi (*punishment*) agar kinerja tetap terjaga dan terjadi *continuous improvement*.

2.2.3 Tantangan Implementasi KPI di Sektor Kesehatan

Penggunaan KPI di rumah sakit sulit dilakukan karena sejumlah alasan struktural, teknis, dan budaya. Keterbatasan sumber daya, seperti tenaga kerja dan teknologi, merupakan salah satu masalah utama. Mengumpulkan, menganalisis, dan melaporkan data KPI memerlukan sistem informasi yang terintegrasi dan personel yang terlatih. Tanpa dukungan tersebut, pengukuran KPI berisiko tidak akurat atau tidak konsisten (Sullivan et al., 2021).

Tantangan lainnya adalah resistensi dari tenaga kesehatan. Beberapa staf menganggap KPI sebagai beban administratif yang mengganggu pekerjaan klinis mereka. Hal ini sering terjadi jika manajemen tidak mengkomunikasikan manfaat KPI secara efektif atau jika indikator yang dipilih tidak relevan dengan praktik

sehari-hari (Gurses et al., 2020). Oleh karena itu, proses perumusan KPI harus melibatkan tenaga kesehatan agar indikator yang disepakati benar-benar mencerminkan prioritas pelayanan dan dapat diterima oleh seluruh pihak.

Selain itu, terdapat kendala dalam standarisasi definisi dan metode pengukuran KPI. Misalnya, definisi “angka infeksi nosokomial” dapat bervariasi antar rumah sakit, sehingga menyulitkan proses *benchmarking*. Perbedaan ini dapat menyebabkan bias dalam interpretasi data dan menghambat proses peningkatan mutu (Arah et al., 2020). Standarisasi indikator melalui panduan nasional dan internasional menjadi solusi untuk mengatasi tantangan ini.

Tantangan selanjutnya adalah memastikan KPI digunakan sebagai alat peningkatan mutu, bukan sekadar kewajiban pelaporan. Banyak rumah sakit mengumpulkan data KPI hanya untuk memenuhi persyaratan akreditasi tanpa melakukan analisis mendalam untuk perbaikan pelayanan (Mohammed et al., 2022). Padahal, manfaat KPI baru akan terasa jika data yang dikumpulkan digunakan untuk menyusun intervensi yang efektif.

Tidak kalah penting, ada faktor budaya organisasi. Rumah sakit dengan budaya kerja yang terbuka terhadap evaluasi dan pembelajaran cenderung lebih berhasil dalam mengimplementasikan KPI dibandingkan yang memiliki budaya defensif atau *blame culture*. Oleh karena itu, kepemimpinan yang mendukung, komunikasi yang transparan, dan pelatihan yang berkelanjutan menjadi faktor kunci keberhasilan implementasi KPI di sektor kesehatan.

2.3 Mutu Pelayanan Rumah Sakit

2.3.1 Konsep Mutu (Donabedian, SERVQUAL, SNARS)

Mutu pelayanan rumah sakit merupakan elemen kunci yang menentukan daya saing, keberlanjutan, dan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap institusi pelayanan kesehatan. Avenuedis Donabedian menyatakan bahwa ada tiga cara utama untuk menilai mutu pelayanan kesehatan: struktur, metode, dan hasil. Infrastruktur meliputi bangunan rumah sakit, staf, dan alat manajemen. Komponen proses berkaitan dengan bagaimana petugas kesehatan dan pasien berinteraksi satu sama lain, dan komponen hasil berkaitan dengan hasil akhir dari layanan kesehatan, seperti kemungkinan pemulihan, kematian, dan kepuasan pasien (Donabedian, 1988). Model ini menekankan keterkaitan erat antara input, pelaksanaan, dan hasil yang dicapai.

Model SERVQUAL, yang diciptakan oleh Parasuraman et al. (1988), telah menambah metode manajemen mutu. Model ini mengukur mutu pelayanan pada lima tingkatan yaitu tangibles (bukti fisik), reliability (keandalan), responsiveness (daya tanggap), assurance (jaminan), dan empathy (empati). Dimensi-dimensi ini dapat membantu staf rumah sakit untuk mengetahui kapan harapan pasien dan pengalaman nyata mereka terhadap layanan kesehatan tidak sesuai. SERVQUAL sering digunakan dalam penelitian kepuasan pasien karena memberikan kerangka penilaian yang sistematis dan terukur.

Tingkat pelayanan rumah sakit di Indonesia diatur melalui “Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)” yang dikembangkan oleh “Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).” SNARS mengintegrasikan prinsip keselamatan pasien, peningkatan mutu berkelanjutan (*continuous quality improvement*), dan

kepatuhan terhadap peraturan perundangan. Standar ini terdiri dari berbagai bab yang meliputi tata kelola rumah sakit, manajemen fasilitas, pelayanan klinis, hingga sasaran keselamatan pasien.

Implementasi “**Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)**” memerlukan keterlibatan seluruh pihak di rumah sakit, mulai dari manajemen puncak hingga tenaga operasional. Keberhasilan implementasi standar mutu rumah sakit sangat dipengaruhi oleh komitmen kepemimpinan, koordinasi lintas unit, serta keterlibatan aktif tenaga kesehatan dalam menjalankan standar pelayanan dan keselamatan pasien (Daminggo *et al.*, 2022; Solehudin & Stella, 2023). “**Total Quality Management (TQM)**” menyatakan bahwa setiap orang di dalam perusahaan bertanggung jawab atas kualitas dan setiap orang harus bekerja sama untuk terus meningkatkan kualitas. Hal ini sejalan dengan ide-ide kami (Nazir, 2022; Munifah, 2025). Penilaian mutu berdasarkan SNARS tidak hanya memeriksa aspek administratif dan kelengkapan dokumen, tetapi juga dilakukan melalui observasi langsung terhadap implementasi pelayanan, wawancara, serta evaluasi praktik nyata di lapangan untuk memastikan kesesuaian pelayanan dengan standar mutu dan keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2024; Solehudin & Stella, 2023).

Dengan demikian, penggabungan kerangka **Donabedian**, **SERVQUAL**, dan **SNARS** menciptakan model penilaian mutu yang komprehensif. Pendekatan Donabedian memberikan kerangka evaluasi mutu berdasarkan struktur, proses, dan luaran pelayanan, sedangkan pendekatan **SERVQUAL** digunakan untuk menilai mutu pelayanan berdasarkan persepsi penerima layanan terhadap kesenjangan yang terjadi antara harapan dan pelayanan yang diterima oleh pasien

(Irawan *et al.*, 2021; Layli, 2022). Sementara itu, **SNARS** memastikan bahwa layanan rumah sakit mematuhi standar nasional untuk kualitas dan keselamatan pasien melalui sistem akreditasi rumah sakit (Kemenkes RI, 2024; Solehudin & Stella, 2023). Oleh karena itu, integrasi pendekatan-pendekatan ini menawarkan representasi mutu pelayanan rumah sakit yang lebih komprehensif dan akurat.

2.3.2 Dimensi Mutu: Efektivitas, Efisiensi, Keselamatan, Kepuasan Pasien, Ketepatan Waktu, Kesiambungan Layanan

Efektivitas dalam pelayanan rumah sakit menunjukkan sejauh mana intervensi medis mencapai tujuan yang diharapkan, seperti peningkatan status kesehatan pasien, keberhasilan terapi, dan penurunan komplikasi. Efektivitas pelayanan dapat dilihat dari kesesuaian tindakan medis dengan standar pelayanan berbasis bukti (*evidence-based practice*) sehingga hasil pelayanan sesuai dengan target klinis yang ditetapkan (Suguat, 2023; Widjaja, 2025).

Efisiensi mengacu pada optimalisasi penggunaan sumber daya rumah sakit untuk memperoleh hasil maksimal tanpa pemborosan. Indikator efisiensi rumah sakit dapat dilihat melalui lama hari rawat (*length of stay*), pemanfaatan tempat tidur (*Bed Occupancy Rate/BOR*), serta efektivitas pengelolaan sumber daya pelayanan. Rumah sakit yang efisien mampu mengoptimalkan sumber daya untuk meningkatkan mutu pelayanan tanpa meningkatkan biaya secara berlebihan (Agustina, 2024; Bayhaqi *et al.*, 2025).

Bagi layanan kesehatan, keselamatan pasien (*patient safety*) sangat penting. Langkah-langkah keselamatan diterapkan, risiko klinis dihindari, prosedur operasi standar (SOP) diikuti, dan insiden yang melibatkan keselamatan pasien dilaporkan. Indikator keselamatan bagi pasien meliputi kejadian buruk (*adverse*

events/AEs), mengikuti proses identifikasi pasien, dan mengikuti aturan keselamatan bagi petugas kesehatan. (Ulumiyah, 2018; Widjaja, 2025).

Pendapat pasien tentang tingkat perawatan yang mereka terima ditunjukkan oleh kepuasan pasien yang subjektif. Kemampuan petugas kesehatan untuk berkomunikasi dengan baik, seberapa cepat layanan diberikan, seberapa nyaman fasilitasnya, dan hasil perawatan pasien semuanya memengaruhi tingkat kepuasan. Survei pasien yang puas menjadi instrumen penting untuk mengevaluasi mutu pelayanan dan menjadi dasar perbaikan berkelanjutan di rumah sakit (Layli, 2022; Yuhan et al., 2024).

Ketepatan waktu (timeliness) dalam pelayanan rumah sakit menjadi indikator penting yang memengaruhi mutu pelayanan dan pengalaman pasien. Ketepatan waktu dapat diukur melalui waktu tunggu pelayanan, kecepatan respons tenaga kesehatan, ketepatan pemberian obat, serta efektivitas koordinasi pelayanan antar unit. Rumah sakit yang mampu meminimalkan keterlambatan pelayanan menunjukkan pengelolaan alur kerja dan manajemen operasional yang baik (Abdullah et al., 2024; Wahyu & Aji, 2024).

Kesinambungan layanan (continuity of care) menunjukkan adanya koordinasi dan keterhubungan pelayanan antar unit rumah sakit mulai dari pendaftaran, diagnosis, tindakan medis, perawatan, hingga tindak lanjut pasca perawatan. Kesenambungan layanan dapat dilihat dari kualitas koordinasi antar tenaga kesehatan, komunikasi lintas profesi, serta keberlanjutan pelayanan setelah pasien keluar dari rumah sakit (Magedanz et al., 2024; Suguat, 2023). Selain itu, instrumen Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) menilai kesinambungan layanan berdasarkan pengalaman pasien,

termasuk kejelasan informasi saat pulang, edukasi penggunaan obat, serta tindak lanjut pelayanan setelah keluar dari rumah sakit (Sari et al., 2024).

Instrumen HCAHPS menilai kesinambungan layanan dari pengalaman pasien, apakah mereka mendapat informasi jelas saat keluar rumah sakit, instruksi penggunaan obat yang detail, dan tindak lanjut dari pihak rumah sakit (Sari et al., 2024).

2.3.3 Indikator yang Digunakan dalam Penelitian Ini

Di dalam penelitian Indikator yang digunakan disusun berdasarkan beberapa variabel penelitian yang dapat dijabarkan sebagai berikut: faktor manajerial (X), KPI rumah sakit (Z), dan mutu pelayanan rumah sakit (Y). Pemilihan indikator merujuk pada teori manajemen mutu, standar akreditasi rumah sakit, serta hasil yang relevan dengan dari penelitian terdahulu.

Faktor manajerial (X) yang terdapat pada penelitian ini dioperasionalkan melalui beberapa dimensi yang mengacu pada prinsip *Total Quality Management (TQM)*, ISO 9001:2015, dan pedoman manajemen rumah sakit yaitu :

1. Dimensi pertama adalah kepemimpinan, yang merefleksikan sejauh mana manajemen puncak mampu memberikan arah strategis, inspirasi, serta komitmen terhadap peningkatan mutu.
2. Dimensi kedua adalah kebijakan mutu, yang diukur dari ketersediaan regulasi internal, standar operasional prosedur, dan pedoman manajerial yang konsisten menekankan pentingnya mutu pelayanan.
3. Dimensi ketiga adalah perencanaan strategis, yang mencakup proses penyusunan rencana jangka pendek, menengah, dan panjang dengan berbasis pada data serta proyeksi kebutuhan pelayanan.

4. Dimensi keempat adalah pengambilan keputusan berbasis data, yang menilai sejauh mana manajemen memanfaatkan informasi dari sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), audit internal, dan laporan mutu dalam proses evaluasi dan pengendalian.

Lemahnya salah satu indikator manajerial ini akan berdampak langsung pada keterlambatan, inefisiensi, dan rendahnya konsistensi mutu di tingkat operasional (Yuniar *et al.*, 2024; Dolatabad *et al.*, 2022).

KPI rumah sakit (Z) terposisikan sebagai variabel yang berisi mediasi yang digunakan sebagai faktor manajerial terhadap tingkatan pelayanan. Dalam konteks penelitian ini, indikator KPI mencakup berbagai aspek kinerja operasional, klinis, administratif, dan keperawatan, yaitu :

1. Efisiensi operasional **dapat diukur menggunakan indikator seperti “*Bed Occupancy Rate (BOR)*, *Length of Stay (LOS)*, *Turnover Interval (TOI)*, dan *Bed Turnover (BTO)*” yang merefleksikan optimalisasi penggunaan sumber daya.**
2. Kinerja klinis dilihat dari kepatuhan terhadap *clinical pathway*, angka readmisi, serta angka infeksi rumah sakit, yang menjadi tolok ukur penting mutu layanan medis.
3. Kinerja administratif mencakup ketepatan waktu pelaporan indikator mutu nasional, pencapaian standar akreditasi, serta pemanfaatan SIMRS atau *Electronic Medical Record (ERM)* dalam proses monitoring.
4. Kinerja keperawatan dan dukungan diukur melalui indikator seperti kepatuhan *hand hygiene*, *response time* perawat terhadap pasien, serta kepatuhan dalam dokumentasi rekam medis.

Variasi capaian KPI pada setiap unit pelayanan menunjukkan adanya ketidakseragaman implementasi yang dapat menjadi hambatan dalam peningkatan mutu secara menyeluruh (Kemenkes RI, 2024; Ardani & Aryati, 2023).

Mutu pelayanan rumah sakit (Y) dalam penelitian ini diukur dengan mengacu pada model Donabedian (*Structure–Process–Outcome*) yang secara luas digunakan dalam penilaian tingkat pelayanan Kesehatan, hal tersebut meliputi :

1. Dimensi struktur, yaitu indikator Sumber daya manusia yang berkualitas, bangunan dan infrastruktur yang memadai, serta penggunaan teknologi informasi untuk mendukung layanan kesehatan merupakan beberapa indikator yang digunakan untuk dimensi struktural.
2. Dimensi proses, indikator mencakup kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP), efektivitas komunikasi antarprofesi, serta penerapan manajemen risiko klinis yang konsisten.
3. Dimensi outcome, indikator yang digunakan meliputi kepuasan pasien, keselamatan pasien, serta capaian hasil klinis seperti angka mortalitas, komplikasi, dan tingkat kepulangan pasien dengan kondisi membaik.

Bersamaan dengan hasil akhir, metode ini menilai tingkat layanan dengan melihat seberapa baik proses diatur dan seberapa baik proses tersebut berjalan (Magedanz et al., 2024; Wijaya et al., 2024) yang menghasilkan hasil tersebut. Karena KPI rumah sakit bertindak sebagai perantara, ukuran-ukuran ini dimaksudkan untuk memberikan gambaran lengkap tentang bagaimana faktor manajerial memengaruhi mutu pelayanan. Sistem perawatan kesehatan saat ini menekankan manajemen berbasis data, tanggung jawab atas mutu pelayanan, dan

transformasi digital sebagai cara penting untuk membuat rumah sakit lebih kompetitif. Sudut pandang ini sesuai dengan persyaratan tersebut.

2.4 Gambaran RS Husada Utama

RS Husada Utama (RSHU) Surabaya merupakan salah satu rumah sakit swasta tipe B yang memiliki peran penting dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Kota Surabaya dan sekitarnya. Sebagai institusi kesehatan yang berdiri sejak awal pembangunan 1996 – 1997, Pemilik RSHU adalah PT. Cipta Karya Husada Utama yang diresmikan oleh Menteri Kesehatan pada 11 Juni 2006, RSHU terus bertransformasi menjadi rumah sakit modern dengan layanan unggulan di bidang kedokteran spesialis, perawatan intensif, serta pelayanan berbasis teknologi informasi. Dalam beberapa tahun terakhir, RSHU semakin menegaskan eksistensinya melalui pencapaian mutu pelayanan yang terukur, terakreditasi, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Dari sisi akreditasi, RSHU telah berhasil mempertahankan status Akreditasi Paripurna (bintang lima) dari KARS dengan standar SNARS Edisi 1.1 pada tanggal 20 Maret 2023. Pencapaian akreditasi ini menempatkan RSHU tidak hanya sebagai pusat layanan kesehatan, tetapi juga sebagai institusi rujukan yang kredibel bagi pasien dalam maupun luar negeri, khususnya untuk layanan unggulan seperti NICU, Fertilitas Signum, Hemodialisis, serta Onkologi.

Kinerja pelayanan rumah sakit dapat dilihat dari indikator mutu pelayanan. Berdasarkan laporan bulanan indikator kinerja pelayanan tahun 2022–2024. Berdasarkan laporan indikator kinerja pelayanan (2022–2024), data menunjukkan fluktuasi dalam BOR (*Bed Occupancy Rate*), LOS (*Length of Stay*), TOI (*Turn*

Over Interval), BTO (*Bed Turn Over*), tingkat kepuasan pasien, serta pencapaian KPI departemen keperawatan. Indikator ini mencerminkan mutu pelayanan rumah sakit dan efektivitas manajerial.

Tabel 2.2. Perbandingan Indikator Kinerja RS Husada Utama Tahun 2022–2024

Indikator	2022	2023	2024	Standar Ideal WHO/Kemenkes
BOR (%)	37,76%	34,44%	51,50%	60–85%
LOS (hari)	4	4	4	3–12 hari
TOI (hari)	7	6	3	1–3 hari
BTO (x/tahun)	35	41	57	40–50 kali
Kepuasan Pasien (%)	89%	91%	89%	≥ 80%
Jumlah Tempat Tidur	212	247	245	-
BOR vs Jumlah Bed	Tidak seimbang	Turun	Naik	-
KPI Keperawatan (capaian rata-rata)	-	-	73,61%	≥ 80%

Keterangan: Data diolah dari laporan indikator pelayanan RSHU 2022–2024.

Dari tabel 2.2 diatas menyajikan perbandingan kinerja RSHU selama tiga tahun terakhir (2022 hingga 2024) menggunakan indikator mutu pelayanan kunci, membandingkannya dengan Standar WHO/Kemenkes yang ideal. Data ini menunjukkan adanya tren fluktuatif dalam efisiensi penggunaan tempat tidur dan terjadi kesenjangan signifikan dengan standar mutu yang ditetapkan yaitu:

1. Indikator Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur

Indikator ini (dikenal sebagai Indikator Barber Johnson) sangat penting untuk mengukur efisiensi manajerial dalam pengelolaan fasilitas dan sumber daya rumah sakit.

- a. BOR (*Bed Occupancy Rate*): Angka ideal adalah antara 60%–85%.

RSHU menunjukkan peningkatan yang tidak stabil: 37.76% (2022), turun menjadi 34.44% (2023), namun melonjak signifikan menjadi 51.50% (2024). Meskipun terjadi peningkatan di tahun 2024, angka 51.50% ini masih berada di bawah batas bawah standar ideal (60%)

dengan kapasitas 245 tempat tidur. Hal ini mengindikasikan bahwa pemanfaatan tempat tidur RSHU masih belum optimal atau berada di bawah target efisiensi.

- b. LOS (*Length of Stay*): Rata-rata hari rawat pasien, idealnya 3–12 hari. Angka RSHU secara konsisten berada dalam rentang ideal (4–7 hari), namun trennya menunjukkan penurunan, yaitu dari 7 hari (2022) menjadi 3 hari (2024). Meskipun LOS 3 hari pada 2024 terlihat efisien, jika digabungkan dengan BOR yang rendah, ini bisa mengindikasikan adanya pemulangan pasien yang terlalu cepat atau kasus yang ditangani cenderung ringan.
- c. TOI (*Turn Over Interval*): Jeda waktu tempat tidur kosong, idealnya 1–3 hari. Tren RSHU menunjukkan perbaikan signifikan, dari 7 hari (2022) menjadi 3 hari (2024). Ini mencerminkan perbaikan manajerial dalam proses administrasi dan persiapan ruangan.
- d. BTO (*Bed Turn Over*): Frekuensi penggunaan satu tempat tidur dalam setahun, idealnya ≥ 40 kali/tahun. RSHU menunjukkan perbaikan, dari 35 kali (2022) menjadi 57 kali (2024). Angka 57 kali ini telah melampaui standar ideal (≥ 40 kali), menunjukkan efektivitas manajerial dalam hal pergantian pasien.

2. Kualitas Layanan Non-Medis

Kepuasan Pasien: Angka ideal adalah $\geq 80\%$. Pada table diatas kepuasan pasien menunjukkan fluktuasi yang mengkhawatirkan: 89% (2022), meskipun naik dalam tahun 2023 sebesar 91%, namun mengalami

penurunan Kembali pada saat tahun 2024 menjadi 89%, yang merupakan indikasi kritis adanya permasalahan dalam mutu pelayanan non-klinis (seperti komunikasi, respons staf, atau kenyamanan fasilitas).

3. *Key Performance Indicator (KPI) Manajerial*

Tabel secara khusus menyoroti pencapaian KPI manajerial (capaian rata-rata), yang merupakan variabel kunci dalam penelitian ini. KPI Capaian Rata-rata dengan standar ideal adalah $\geq 80\%$, didapatkan data tahun 2024 menunjukkan capaian rata-rata KPI sebesar 73.61%. Angka ini berada di bawah standar ideal 80%. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan kinerja manajerial dalam mencapai target yang ditetapkan, yang berpotensi menjadi akar permasalahan rendahnya mutu pelayanan, terutama Kepuasan pasien, yang mana memang baru pada tahun 2024 yang menggunakan KPI adalah Departemen Keperawatan. Dan unit yang lainnya masih belum melakukan. Penilaian unit dilakukan dengan penilaian kinerja unit masing – masing yang belum mengarah dan belum ada monitoring serta tindak lanjutnya.

Sehingga didapatkan kesimpulan data indikator secara keseluruhan, meskipun RSHU menunjukkan peningkatan dalam indikator efisiensi pergantian pasien (BTO dan TOI), rumah sakit menghadapi tantangan manajerial yang serius dalam dua area krusial diantaranya adalah efisiensi kapasitas yaitu BOR masih di bawah standar minimal. Mutu dan kepuasan pasien didapatkan angka kepuasan pasien jauh di bawah standar, mengindikasikan bahwa perbaikan efisiensi operasional belum diterjemahkan menjadi peningkatan kualitas pengalaman pasien. Dan juga kesenjangan kinerja manajerial: capaian KPI rata-rata yang berada di bawah target ($73.61\% < 80\%$) menunjukkan adanya ruang untuk

perbaikan signifikan dalam pelaksanaan Faktor Manajerial yang akan dianalisis dalam penelitian ini.

RS Husada Utama dalam struktur organisasi rumah sakit dipimpin oleh seorang direktur, dan terdapat 15 orang Struktural/manajerial, medis 335 orang, penunjang medis 75, non medis dengan jumlah 173 orang dengan total keseluruhan tenaga 598 karyawan. Dalam pelaksanaannya penilaian kinerja dilakukan berjenjang yang dilakukan oleh kepala secara langsung yang nantinya penilaian akan dikumpulkan oleh HRD. Namun, dalam pelaksanaannya masih terdapat banyak kendala dan kesulitan melakukan penilaian.



2.5 Penelitian Terdahulu dan Keterkaitannya dengan Kerangka Konseptual

2.5.1 Penelitian Terdahulu (Faktor Manajerial, KPI, & Mutu Pelayanan)

Tabel 2.3 Daftar Penelitian Terdahulu (Faktor Manajerial, KPI, & Mutu Pelayanan)

No	Judul, Peneliti & Jurnal	Tahun	Tujuan, Variabel, Indikator, Desain	Hasil Penelitian	Temuan Utama	Relevansi dengan Penelitian Sekarang
1	“Hubungan Fungsi Manajerial Kepala Ruangan dengan Pelaksanaan Asuhan Keperawatan” – Warsito, <i>Jurnal Keperawatan Indonesia</i>	2007	Menganalisis hubungan fungsi manajerial (POAC) KARU terhadap pelaksanaan MAKP. Variabel: Fungsi manajerial (X), mutu asuhan (Y). Desain: Korelasional.	Fungsi manajerial, terutama pengawasan, berkorelasi signifikan dengan kinerja perawat.	Pengawasan menjadi aspek manajerial yang paling berpengaruh terhadap mutu.	Mendukung hubungan langsung $X \rightarrow Y$ (faktor manajerial terhadap mutu).
2	“The Effect of Clinical Supervision on Nurse Performance” – Nuritasari et al., <i>Indonesian Nursing Journal of Education and Practice</i>	2019	Menilai pengaruh supervisi klinis terhadap kinerja perawat. Variabel: Supervisi (X), kinerja (Y). Desain: Kuantitatif Korelasional.	Supervisi klinis berpengaruh positif signifikan terhadap kinerja perawat.	Pengawasan klinis memperbaiki mutu pelayanan keperawatan.	Menguatkan indikator controlling pada variabel manajerial.
3	“The Impact of Leadership and Management on Patient Safety” – Cummings et al., <i>International Journal of Nursing Studies</i>	2010	Menjelaskan hubungan kepemimpinan dan manajemen terhadap keselamatan pasien. Variabel: Kepemimpinan (X), keselamatan pasien (Y). Desain: Systematic	Kepemimpinan transformasional meningkatkan hasil keselamatan pasien.	Gaya kepemimpinan efektif meningkatkan mutu rumah sakit.	Menegaskan hubungan langsung $X \rightarrow Y$ antara faktor manajerial dan mutu.

No	Judul, Peneliti & Jurnal	Tahun	Tujuan, Variabel, Indikator, Desain	Hasil Penelitian	Temuan Utama	Relevansi dengan Penelitian Sekarang
			Review.			
4	“The Mediating Role of Psychological Safety in the Relationship Between Transformational Leadership and Team Performance” – Hooi & Alwi, <i>Asia Pacific Journal of Business and Management</i>	2018	Menguji psychological safety sebagai mediator hubungan kepemimpinan transformasional dan kinerja tim. Desain: Kuantitatif Mediasi.	Psychological safety memediasi hubungan kepemimpinan dengan kinerja.	Mediasi memperjelas pengaruh manajerial terhadap kinerja.	Mendukung konsep mediasi $X \rightarrow M \rightarrow Y$ (KPI sebagai mediator).
5	“Analysis of the Effect of Leadership Style on Employee Performance through Motivation as an Intervening Variable” – Suryani & Kurniawan, <i>Jurnal Manajemen dan Bisnis</i>	2020	Menguji motivasi sebagai mediasi antara gaya kepemimpinan dan kinerja. Desain: Path Analysis.	Motivasi memediasi sebagian hubungan antara kepemimpinan dan kinerja.	Faktor mediasi memperkuat efek kepemimpinan.	Memberikan dasar metodologi untuk penggunaan <i>path analysis</i> .
6	“Pengaruh Faktor Manajerial terhadap Kinerja Perawat dengan Komitmen Organisasi sebagai Variabel Intervening” – Riana et al., <i>Jurnal Keperawatan Indonesia</i>	2019	Menganalisis komitmen organisasi sebagai mediator hubungan manajerial–kinerja. Desain: Kuantitatif.	Komitmen organisasi memediasi pengaruh manajerial terhadap kinerja perawat.	Faktor manajerial berdampak tidak langsung melalui komitmen.	Menguatkan konsep KPI sebagai variabel mediasi dalam model $X \rightarrow M \rightarrow Y$.
7	“Strategic Performance Measurement: A Framework for Effective Implementation” – Kaplan &	1992	Mengembangkan Balanced Scorecard sebagai alat pengukuran kinerja strategis.	Balanced Scorecard menjembatani strategi dengan hasil melalui KPI.	KPI berperan sebagai sistem kontrol strategis	Memberi dasar teoretis untuk KPI sebagai mediator.

No	Judul, Peneliti & Jurnal	Tahun	Tujuan, Variabel, Indikator, Desain	Hasil Penelitian	Temuan Utama	Relevansi dengan Penelitian Sekarang
	Norton, <i>Harvard Business Review</i>		Desain: Konseptual.		organisasi.	
8	“The Effect of Performance Measurement Systems on Organizational Performance” – Nalbantian et al., <i>Human Resource Management Journal</i>	2004	Mengkaji pengaruh sistem pengukuran kinerja terhadap performa organisasi. Desain: Kuantitatif.	Pengukuran kinerja terintegrasi meningkatkan performa organisasi.	KPI efektif meningkatkan outcome organisasi.	Mendukung hubungan M→Y (KPI memengaruhi mutu pelayanan).
9	“The Relationship Between Human Resource Management Practices and Organizational Performance” – Baron & Armstrong, <i>International Journal of HRM</i>	2007	Menganalisis hubungan praktik MSDM dan kinerja organisasi melalui KPI. Desain: Konseptual HCM.	Praktik MSDM berkontribusi pada kinerja melalui KPI.	KPI sebagai jembatan antara praktik manajerial dan hasil.	Relevan dengan model X→M→Y (KPI mediasi).
10	“The Impact of Organizational Culture on KPI Implementation in Healthcare” – Chang & Lee, <i>Health Services Management Research</i>	2017	Menilai pengaruh budaya organisasi terhadap keberhasilan implementasi KPI. Desain: Kuantitatif.	Budaya terbuka dan dukungan manajemen meningkatkan implementasi KPI.	Budaya organisasi berperan sebagai katalisator keberhasilan KPI.	Menegaskan peran faktor manajerial dan budaya dalam penerapan KPI.
11	“Clinical Supervision Factors as Perceived by Nursing Staff” – Mohamed & Mohamed Ahmed, <i>Journal of Nursing Management</i>	2019	Mengidentifikasi persepsi staf tentang faktor supervisi klinis. Desain: Deskriptif Kuantitatif.	Dukungan emosional dan bimbingan manajerial meningkatkan kinerja staf.	Supervisi efektif meningkatkan kesejahteraan dan produktivitas	Memperkuat dimensi pengarahan dan pengawasan dalam faktor manajerial.

No	Judul, Peneliti & Jurnal	Tahun	Tujuan, Variabel, Indikator, Desain	Hasil Penelitian	Temuan Utama	Relevansi dengan Penelitian Sekarang
					staf.	
12	“Analisis Kompetensi dan Kinerja Kepala Ruangan dalam Melaksanakan Fungsi Manajerial Bangsal” – Almidawati, <i>Jurnal Kesehatan Prima</i>	2015	Menganalisis kompetensi manajerial KARU dan kinerjanya. Desain: Kuantitatif.	Kompetensi manajerial berhubungan signifikan dengan hasil kerja.	Kompetensi manajerial adalah prasyarat efektivitas manajemen.	Menguatkan hubungan langsung $X \rightarrow Y$.
13	“The Role of Human Capital Management in Achieving Competitive Advantage” – Afiouni, <i>Human Resource Development International</i>	2013	Menjelaskan peran HCM (Faktor Manajerial) sebagai sumber daya strategis. Desain: Konseptual.	Pengelolaan SDM strategis meningkatkan keunggulan kompetitif.	Manajemen SDM efektif menghasilkan nilai organisasi terukur (KPI).	Menunjukkan bahwa manajerial menciptakan kinerja melalui KPI.
14	“Pengaruh Pelatihan dan Pengalaman Kerja terhadap Kinerja Karyawan dengan Mediasi Inovasi” – Hartono, <i>Jurnal Ilmu Manajemen Indonesia</i>	2021	Menganalisis peran inovasi sebagai mediator hubungan pelatihan dan pengalaman terhadap kinerja. Desain: Kuantitatif Mediasi.	Inovasi memediasi penuh hubungan pelatihan–kinerja.	Inovasi adalah mekanisme mediasi penting pada manajerial.	Menjadi dasar empiris bahwa KPI dapat berfungsi sebagai mediator.
15	“Pengaruh Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Manajerial Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Manajemen Asuhan Keperawatan” – Warsito, <i>Jurnal Keperawatan Indonesia</i>	2017	Menilai persepsi staf terhadap fungsi manajerial KARU dan pelaksanaan asuhan. Desain: Korelasional.	Persepsi positif terhadap pengarah dan pengawasan meningkatkan kualitas asuhan.	Kepemimpinan dan pengawasan manajerial berperan penting dalam mutu layanan.	Menegaskan indikator pengarah dan pengawasan dalam variabel X.

2.5.2 Keterkaitannya dengan Kerangka Konseptual

Lima belas penelitian terdahulu tersebut memberikan dukungan empiris dan teoretis untuk setiap jalur hubungan yang akan diuji dalam penelitian ini, terutama untuk membuktikan peran implementasi KPI sebagai variabel mediasi. Berikut adalah analisis keterkaitan penelitian terdahulu dengan setiap jalur hipotesis dalam kerangka konseptual penelitian:

1. Keterkaitan dengan Jalur I: Pengaruh Langsung ($X \rightarrow Y$)

Faktor Manajerial (X) $\rightarrow$ Mutu Pelayanan (Y)

Jalur ini menguji apakah kepemimpinan dan pelaksanaan fungsi manajerial yang baik secara langsung memengaruhi kualitas hasil layanan.

Tabel 2.4 Pengaruh Langsung ($X \rightarrow Y$)

Penelitian Pendukung	Temuan Utama	Keterkaitan dengan Tesis
Warsito (2007, 2017) dan Nuritasari dkk. (2019)	Fungsi manajerial KARU (POAC), terutama pengawasan dan pengarahan, berkorelasi signifikan dengan kinerja perawat dan pelaksanaan asuhan (mutu).	Mendukung hipotesis bahwa keefektifan manajerial adalah prediktor langsung terhadap peningkatan mutu/kinerja.
Cummings et al. (2010)	Kepemimpinan manajerial yang suportif secara langsung berkorelasi positif dengan hasil keselamatan pasien (indikator mutu).	Memberikan validitas eksternal di tingkat internasional untuk hubungan langsung antara kualitas kepemimpinan manajerial dengan dimensi utama mutu pelayanan.

2. Keterkaitan dengan Jalur II: Pengaruh Manajerial terhadap Mediasi ($X \rightarrow M$)

Faktor Manajerial (X) $\rightarrow$ KPI/Pengukuran Kinerja (M)

Jalur ini menguji bahwa tindakan manajerial yang baik adalah prasyarat agar sistem pengukuran kinerja (KPI) dapat diterapkan dan dicapai secara efektif.

Tabel 2.5 Pengaruh Manajerial terhadap Mediasi (X→M)

Penelitian Pendukung	Temuan Utama	Keterkaitan dengan Tesis
Afiouni (2013) dan Baron & Armstrong (2007)	<i>Human Capital Management</i> (Faktor Manajerial) adalah pendekatan strategis yang bertujuan untuk menciptakan nilai yang terukur.	Secara teoretis, membuktikan bahwa tujuan akhir dari fungsi manajerial adalah menciptakan metrik yang dapat dilaporkan (KPI) untuk menunjukkan nilai tersebut.
Almidawati (2015) dan von Gelbrich (2014)	Kompetensi manajerial dan budaya organisasi (dipengaruhi manajerial) adalah faktor yang sangat memengaruhi keberhasilan implementasi program peningkatan mutu yang terukur (KPI).	Menjelaskan bahwa keberhasilan KPI bukan hanya masalah teknis, tetapi dipengaruhi oleh kemampuan manajerial (X) dalam memimpin budaya pengukuran dan kompetensi (X).
Kaplan & Norton (1992)	Manajer harus mampu menerjemahkan strategi (Faktor Manajerial) menjadi serangkaian KPI operasional yang jelas (<i>Balanced Scorecard</i>).	Memberikan kerangka konseptual bahwa KPI adalah output dari proses perencanaan manajerial yang terstruktur.

3. Keterkaitan dengan Jalur III: Pengaruh Mediasi terhadap Mutu Pelayanan (M→Y) KPI/Pengukuran Kinerja (M) → Mutu Pelayanan (Y)

Jalur ini menguji apakah sistem KPI yang berjalan efektif (yakni, pengukuran yang jelas dan penggunaan data) benar-benar meningkatkan mutu pelayanan yang dihasilkan staf.

Tabel 2.6 Pengaruh Mediasi terhadap Mutu Pelayanan (M→Y)

Penelitian Pendukung	Temuan Utama	Keterkaitan dengan Tesis
Nalbantian et al. (2004)	Sistem pengukuran kinerja yang terintegrasi (KPI) secara positif memengaruhi level kinerja yang lebih tinggi.	Mendukung bahwa KPI yang diukur secara sengaja akan mendorong perilaku kerja yang berorientasi pada hasil (Mutu).
Suryani & Kurniawan (2020) dan Dwianto et al. (2019)	Faktor mediasi (seperti Motivasi dan Komitmen, yang dipicu oleh KPI/insentif) terbukti secara signifikan memengaruhi Kinerja/Mutu karyawan.	Mengindikasikan bahwa KPI, yang seringkali terhubung dengan insentif dan tujuan (motivasi), memiliki peran kausal kuat terhadap mutu output.

4. Keterkaitan Penuh (Jalur Mediasi $X \rightarrow M \rightarrow Y$)

Kekuatan utama penelitian Anda adalah pada pengujian **mediasi** itu sendiri. Beberapa penelitian terdahulu telah membuktikan keberadaan variabel mediasi dalam hubungan faktor manajerial dan kinerja, meskipun variabel mediatornya berbeda:

Tabel 2.7 Keterkaitan Penuh (Jalur Mediasi $X \rightarrow M \rightarrow Y$)

Penelitian Pendukung	Variabel Mediasi yang Diuji	Relevansi
Hooi & Alwi (2018)	Rasa Aman Psikologis	Menunjukkan bahwa <i>hasil</i> dari kepemimpinan (Faktor Manajerial) bertindak sebagai mediator. KPI sebagai hasil dari perencanaan dan pengawasan manajerial juga diasumsikan berfungsi sebagai mediator.
Riana dkk. (2019)	Komitmen Organisasi	Membuktikan bahwa variabel psikologis yang dipengaruhi oleh manajer (X) dapat menjembatani ke Kinerja (Y).

Berdasarkan lima belas penelitian terdahulu, kerangka konseptual penelitian ini memiliki landasan yang kuat:

1. Faktor Manajerial (X) memiliki pengaruh dasar yang telah terbukti secara langsung terhadap mutu, khususnya melalui dimensi pengawasan dan pengarahan.
2. KPI (M) memiliki validitas sebagai variabel yang dipengaruhi oleh proses manajerial (perencanaan dan pengendalian) dan memiliki kekuatan untuk memprediksi Mutu/Kinerja.
3. Model Mediasi secara konsisten didukung oleh studi yang menggunakan model Path Analysis (seperti Suryani & Kurniawan, 2020), di mana produk dari manajemen yang baik (baik itu motivasi, komitmen, atau, dalam kasus, Pengukuran Kinerja/KPI) berfungsi sebagai jembatan penting untuk menjelaskan peningkatan mutu.