

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Dalam era globalisasi dan perkembangan teknologi yang semakin pesat, maka tuntutan terhadap pelayanan kesehatan semakin meningkat. Pelayanan kesehatan dapat berupa klinik, puskesmas, dan rumah sakit. Rumah sakit adalah salah satu pelayanan kesehatan yang menyediakan perawatan komprehensif seperti rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-Undang RI No 44 Tahun, 2009). Rumah Sakit memiliki fungsi sangat penting yang mengharuskan rumah sakit untuk menyajikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan keinginan pasien. Selain itu, rumah sakit juga dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas, bermutu, dan efisien. Salah satu faktor penting dalam penyelenggaraan rumah sakit adalah kualitas pelayanan.

Kualitas pelayanan mencakup hal-hal seperti kemudahan akses, kecepatan perawatan, komunikasi antara tenaga medis dan pasien, keberlanjutan perawatan, dan pengalaman umum pasien di rumah sakit (Ramli *et al.*, 2024). Upaya rumah sakit untuk menciptakan rumah sakit yang mempunyai citra baik (berkualitas) di mata pelanggannya sangat bergantung pada kualitas SDM yang dimilikinya. Sumber daya manusia adalah tenaga kesehatan yang paling dominan dan paling potensial untuk menyediakan layanan kesehatan (Makunimau, 2023). Selain itu, upaya yang dapat dilakukan oleh rumah sakit untuk menjamin kualitas pelayanan adalah melalui pengukuran indikator mutu. Indikator mutu adalah alat yang

digunakan sebagai tolak ukur untuk mengevaluasi hasil kinerja rumah sakit baik dari segi klinis maupun non klinis (Destya, Raisah and Hidayatullah, 2023).

Komite Mutu adalah bagian organisasi non-struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit menjaga standar pelayanan rumah sakit dan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Komite Mutu bertanggung jawab untuk membantu kepala atau direktur Rumah Sakit melaksanakan dan mengevaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko. Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Mutu memiliki fungsi salah satunya adalah memfasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja. Selain itu terlibat dalam pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit (Permenkes, 2020).

Komite/Tim Penyelenggara Mutu akan melaporkan hasil pelaksanaan program PMKP kepada Direktur setiap 3 (tiga) bulan. Kemudian Direktur akan meneruskan laporan tersebut kepada Dewan Pengawas. Laporan tersebut mencakup hasil pencapaian indikator mutu setiap unit, analisis, validasi, dan perbaikan, serta laporan semua insiden keselamatan pasien terdiri dari jumlah dan jenis insiden: kejadian sentinel, KTD, KNC, KTC, dan KPCS (Kepmenkes, 2022). Proses pelaporan ini dilakukan dapat melalui sistem informasi berbasis elektronik guna mendukung efektivitas pelaporan, akurasi data, serta kemudahan dalam pemantauan berkelanjutan oleh manajemen rumah sakit (Permenkes, 2022). Hal tersebut didorong dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)

guna mendukung pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Selain itu, penyediaan formulir pencatatan dan pelaporan dilakukan melalui sistem informasi kesehatan yang terstandar, agar seluruh data terdokumentasi secara sistematis, terdigitalisasi, dan dapat diakses secara efisien oleh pihak terkait untuk kepentingan monitoring, evaluasi, dan pengambilan keputusan manajerial (Permenkes, 2024).

Pengumpulan data di SIM mutu Rumah Sakit XYZ maksimal pada tanggal 8 bulan berikutnya, sehingga unit yang melebihi tanggal tersebut dinyatakan terlambat karena data yang berada di SIM mutu belum lengkap atau belum terisi. Berdasarkan monitoring pengumpulan data indikator mutu tahun 2025 per unit yang diperoleh dari komite mutu Rumah Sakit XYZ di Surabaya sebagai berikut :

Tabel 1. 1 Monitoring Pengumpulan Data Indikator Mutu Rumah Sakit XYZ di Surabaya Bulan Januari Tahun 2025

No.	Unit	Pengumpulan Data
1.	Unit 1	<b>Belum terisi</b>
2	Unit 2	Lengkap
3	Unit 3	Lengkap
4	Unit 4	<b>Kurang lengkap</b>
5	Unit 5	Lengkap
6	Unit 6	Lengkap
7	Unit 7	Lengkap
8	Unit 8	Lengkap
9	Unit 9	Lengkap
10	Unit 10	<b>Kurang lengkap</b>
11	Unit 11	Lengkap
12	Unit 12	Lengkap
13	Unit 13	Lengkap
14	Unit 14	Lengkap
15	Unit 15	Lengkap
16	Unit 16	Lengkap
17	Unit 17	Lengkap
18	Unit 18	Lengkap

No.	Unit	Pengumpulan Data
19	Unit 19	Lengkap
20	Unit 20	Lengkap
21	Unit 21	Lengkap
22	Unit 22	<b>Kurang lengkap</b>
23	Unit 23	<b>Belum terisi</b>
24	Unit 24	<b>Kurang lengkap</b>
25	Unit 25	Lengkap
26	Unit 26	Lengkap
27	Unit 27	<b>Kurang lengkap</b>
28	Unit 28	Lengkap
29	Unit 29	<b>Kurang lengkap</b>
30	Unit 30	Lengkap
31	Unit 31	Lengkap
32	Unit 32	Lengkap
33	Unit 33	Lengkap
34	Unit 34	Lengkap
35	Unit 35	Lengkap
36	Unit 36	Lengkap
37	Unit 37	Lengkap
38	Unit 38	Lengkap
39	Unit 39	<b>Belum terisi</b>
40	Unit 40	Lengkap
41	Unit 41	Lengkap
42	Unit 42	Lengkap
43	Unit 43	Lengkap
44	Unit 44	Lengkap
45	Unit 45	Lengkap
46	Unit 46	Lengkap
47	Unit 47	<b>Belum terisi</b>
48	Unit 48	<b>Kurang lengkap</b>
49	Unit 49	Lengkap
50	Unit 50	Lengkap
51	Unit 51	Lengkap
52	Unit 52	Lengkap
53	Unit 53	Lengkap
54	Unit 54	<b>Belum terisi</b>
55	Unit 55	Lengkap

No.	Unit	Pengumpulan Data
56	Unit 56	<b>Belum terisi</b>
57	Unit 57	Lengkap
58	Unit 58	<b>Belum terisi</b>
59	Unit 59	<b>Belum terisi</b>
60	Unit 60	<b>Kurang lengkap</b>
61	Unit 61	Lengkap

*Sumber : Data sekunder komite mutu per tanggal 10 februari 2025*

Dilihat dari tabel diatas masih ditemukan permasalahan dalam pelaporan indikator mutu yaitu sebanyak 16 unit (26%) yang terlambat dalam pengumpulan indikator mutu. Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan teknologi saja tidak selalu menjamin ketepatan waktu pelaporan. Untuk mewujudkan rumah sakit yang berkomitmen pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menyelenggarakan dan menjalankan organisasi rumah sakit secara modern dan bertanggungjawab, pimpinan dan dukungan dari seluruh sumber daya manusia yang ada di rumah sakit sangat penting (Rokan, Agus and Dalimunthe, 2022).

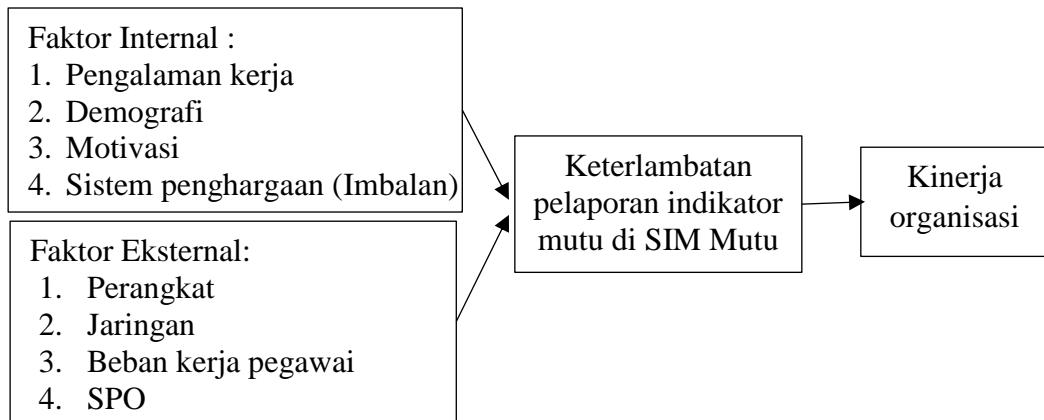
Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Weda Ayu Ardini (2023), tentang “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Entri Data Sistem Informasi Indikator Mutu (SIIMUT) Di RSUD Jenderal Ahmad Yani”, terdapat 3 faktor yang mempengaruhi keterlambatan yaitu manusia, sarana prasana, dan pembiayaan. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Wirajaya and Rettobjaan (2021) tentang “Faktor yang Memengaruhi Keterlambatan Pengembalian Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit” yang menjelaskan bahwa terdapat 5 faktor yang berpengaruh dalam pengembalian rekam medis yakni faktor SDM, keuangan, material, metode, dan alat. Menurut KARS (2017) hasil data indikator mutu merupakan inti dari proses akreditasi yang menunjang perbaikan yang

berkesinambungan bagi rumah sakit. Pelaporan yang terlambat akan menyebabkan terhambatnya upaya perbaikan dan pengembangan kualitas pelayanan.

Berdasarkan penjelasan diatas menunjukkan walaupun SIM Mutu telah dilaksanakan, keterlambatan pelaporan indikator mutu di rumah sakit masih menjadi masalah yang belum terselesaikan. Pelaporan yang terlambat dapat menghambat siklus peningkatan mutu dan upaya perbaikan yang bisa dilakukan untuk meningkatkan kinerja pelayanan. Pelaporan indikator mutu yang akurat dan tepat waktu menjadi fondasi penting dalam proses ini, memungkinkan manajemen rumah sakit untuk mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. Sehingga, peneliti ingin meneliti determinan keterlambatan pelaporan indikator mutu.

## 1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas diperoleh identifikasi masalah sebagai berikut :



Gambar 1. 1 Identifikasi Masalah

### **1.3 Batasan Masalah**

Berdasarkan identifikasi masalah, agar penelitian ini terfokus dan tidak meluas, maka penelitian ini dibatasi hanya pada faktor internal yaitu pengalaman kerja, demografi, motivasi, dan sistem penghargaan.

### **1.4 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, batasan masalah yang di atas didapatkan rumusan masalah yaitu “apakah faktor determinan yang menyebabkan keterlambatan pelaporan indikator mutu?”

### **1.5 Tujuan**

#### **1.5.1 Tujuan Umum**

Tujuan penelitian yang dilakukan adalah untuk menganalisis faktor determinan terhadap keterlambatan pelaporan indikator mutu.

#### **1.5.2 Tujuan Khusus**

1. Menganalisis hubungan faktor individu terhadap keterlambatan pelaporan indikator mutu
2. Menganalisis hubungan faktor psikologis terhadap keterlambatan pelaporan indikator mutu
3. Menganalisis hubungan faktor organisasi terhadap keterlambatan pelaporan indikator mutu

### **1.6 Manfaat**

#### **1.6.1 Manfaat bagi peneliti**

Penelitian ini memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai faktor yang memengaruhi keterlambatan pelaporan indikator mutu, khususnya pada

faktor internal yaitu pengalaman kerja, demografi, motivasi, dan sistem penghargaan. Serta untuk penelitian selanjutnya dapat digunakan sebagai refensi awal dalam pengembangan kajian yang lebih spesifik.

#### 1.6.2 Manfaat bagi rumah sakit

Dapat digunakan sebagai saran dan informasi bagi manajemen rumah sakit dalam pengambilan keputusan terkait pelaporan indikator mutu. Serta dapat digunakan sebagai dasar untuk menyusun kebijakan dan prosedur yang lebih efektif.

#### 1.6.3 Manfaat bagi STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo

Dapat digunakan sebagai bahan informasi tambahan terkait faktor yang memiliki hubungan dengan keterlambatan pelaporan indikator mutu.