

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Kualitas Pelayanan

a. Definisi Kualitas Pelayanan

Mutu pelayanan keperawatan merujuk pada tingkat kesempurnaan layanan kesehatan yang dapat memuaskan pengguna jasa berdasarkan standar kepuasan umum masyarakat. Pelayanan ini diselenggarakan sesuai dengan standar dan kode etik profesi, memanfaatkan sumber daya yang tersedia secara wajar, efisien, efektif, serta aman dan memuaskan. Selain itu, pelayanan ini disesuaikan dengan norma, etika, hukum, dan sosio-budaya, dengan mempertimbangkan keterbatasan dan kemampuan pemerintah serta masyarakat (Morgan, 2007).

Menurut Depkes RI (2010), mutu pelayanan keperawatan adalah pelayanan yang berlandaskan standar keahlian, memenuhi kebutuhan dan keinginan pasien, sehingga pasien merasa puas dan kepercayaan terhadap rumah sakit meningkat. Pelayanan ini harus bermutu, efisien, inovatif, dan mampu merespon kebutuhan pelanggan dengan baik.

Meskipun kualitas pelayanan kesehatan yang diterima pasien bersifat subyektif, terdapat landasan obyektif yang didasarkan pada pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis saat pelayanan, dan

pengaruh lingkungan. Penilaian kinerja pemberi jasa kesehatan mencakup dua elemen utama: aspek teknis medis dan hubungan interpersonal. Hubungan interpersonal melibatkan pemberian informasi, empati, kejujuran, ketulusan hati, kepekaan, dan kepercayaan, sambil menjaga privasi pasien (Foster, 2005).

Masyarakat sebagai konsumen menginginkan pelayanan yang berkualitas. Kualitas pelayanan didefinisikan sebagai tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan (Dimas dan Oktafani, 2019). Kualitas pelayanan berarti upaya memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumen serta penyampaian layanan yang tepat sesuai harapan konsumen (Dimas dan Oktafani, 2019).

Salah satu layanan yang paling banyak dimanfaatkan oleh masyarakat adalah pelayanan kesehatan. Menurut Azwar (2019), pemanfaatan pelayanan kesehatan meliputi penggunaan fasilitas pelayanan seperti rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan, atau bentuk kegiatan lainnya. Pemanfaatan ini didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan oleh masyarakat, kewajaran, aksesibilitas, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan yang tinggi.

b. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Menurut Suryono (2018), sebuah pelayanan kesehatan harus memenuhi beberapa persyaratan dasar yang mempengaruhi keputusan

masyarakat dalam memilih jasa pelayanan kesehatan. Berikut adalah persyaratan tersebut:

1) Ketersediaan dan Kestinambungan Pelayanan

Pelayanan yang optimal harus tersedia dan terus-menerus berlanjut (sustainable) dalam masyarakat. Ini berarti bahwa semua jenis layanan kesehatan yang dibutuhkan harus selalu ada dan dapat diakses kapan saja diperlukan.

2) Keadilan dan Penerimaan oleh Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang berkualitas harus mematuhi prinsip keadilan (fair) dan mendapatkan penerimaan (endorsed) dari masyarakat. Artinya, layanan tersebut harus efektif dalam menangani masalah kesehatan tanpa menabrak norma-norma, tradisi, budaya, keyakinan, dan kepercayaan yang dianut oleh masyarakat setempat.

3) Aksesibilitas bagi Masyarakat

Layanan kesehatan harus mudah dijangkau, baik dari segi lokasi maupun distribusi sarana kesehatan. Fasilitas yang mudah diakses akan lebih banyak digunakan oleh masyarakat. Data penggunaan fasilitas di masa lalu dan tren saat ini dapat menjadi indikator terbaik untuk perubahan permintaan di masa depan.

4) Keterjangkauan

Layanan kesehatan yang baik harus terjangkau (affordable) oleh seluruh lapisan masyarakat. Biaya pelayanan harus disesuaikan

dengan kemampuan ekonomi masyarakat agar dapat dinikmati oleh semua orang, bukan hanya oleh sebagian kecil yang mampu membayar lebih.

5) Kualitas

Kualitas pelayanan menunjukkan tingkat kesempurnaan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, meliputi efektivitas dalam penyembuhan penyakit dan keamanan tindakan medis. Pelayanan berkualitas harus mampu memuaskan pengguna jasa sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Dengan memenuhi kelima syarat ini, pelayanan kesehatan dapat dianggap ideal dan mampu memenuhi kebutuhan masyarakat secara menyeluruh.

c. Indikator kualitas pelayanan

Menurut Christina (2016), terdapat lima dimensi utama yang menentukan pelayanan jasa:

- 1) Keandalan (Reliability): Kemampuan untuk memberikan layanan yang dijanjikan secara konsisten, handal, dan tepat.
- 2) Daya tanggap (Responsiveness): Kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan layanan dengan cepat dan efisien.
- 3) Jaminan (Assurance): Kombinasi dari pengetahuan, kompetensi, dan kesopanan staf, serta kemampuan mereka untuk membangun kepercayaan dan keyakinan pelanggan.

- 4) Empathi (Empathy): Kemampuan untuk memberikan perhatian individual kepada setiap pelanggan, memahami, dan merespon kebutuhan mereka secara personal.
- 5) Bukti langsung (Tangible): Merujuk pada fasilitas fisik, peralatan, penampilan personel, harga, dan material tertulis yang menyertai layanan.

Dimensi-dimensi ini dapat digunakan untuk menilai kualitas layanan di perusahaan jasa. Menurut Tjiptono (2015), mengukur kualitas layanan berarti menilai atau membandingkan kinerja suatu layanan dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya. Christina (2016) juga mengembangkan model pengukuran yang disebut SERVQUAL, sebuah skala multi-item yang pertama kali dipublikasikan pada tahun 1988. Skala ini terdiri dari dua puluh dua pertanyaan yang tersebar di lima dimensi kualitas pelayanan tersebut.

d. Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan

Menurut Leboeuf (2007), beberapa faktor yang memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan meliputi:

- 1) Perilaku tenaga medis: Bagaimana sikap dan tindakan profesional tenaga medis saat melayani pasien.
- 2) Fungsi terapi: Efektivitas tindakan terapeutik yang diberikan kepada pasien.
- 3) Fungsi perawatan: Kualitas perawatan yang diberikan dalam proses penyembuhan.

- 4) Sarana dan prasarana: Ketersediaan dan kondisi fasilitas kesehatan.
- 5) Kompetensi: Pengetahuan, kemampuan, dan keterampilan pemberi layanan.
- 6) Aksesibilitas: Kemudahan pasien dalam mengakses layanan kesehatan.
- 7) Efektivitas: Sejauh mana layanan mencapai hasil yang diharapkan.
- 8) Hubungan interpersonal: Interaksi antara pemberi layanan dan pasien, serta antar tenaga kesehatan yang membangun kepercayaan dan kredibilitas.
- 9) Efisiensi: Penggunaan sumber daya secara optimal dalam pelayanan.
- 10) Kestinambungan layanan: Kelanjutan dan konsistensi dalam pelayanan kesehatan.
- 11) Keamanan: Jaminan bahwa layanan kesehatan tidak menimbulkan bahaya bagi pasien.
- 12) Kenyamanan: Rasa nyaman dan nikmat yang dirasakan pasien selama menerima pelayanan.
- 13) Informasi: Penyediaan informasi yang jelas dan mudah dipahami oleh pasien.
- 14) Ketepatan waktu: Kecepatan dan ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan.

- 15) Motivasi: Dorongan yang dimiliki tenaga medis dalam memberikan pelayanan yang optimal.
- 16) Keandalan: Konsistensi kerja dan kemampuan untuk dipercaya oleh pasien.
- 17) Daya tanggap: Responsivitas karyawan dalam memenuhi kebutuhan pasien.
- 18) Kemampuan: Keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan layanan tertentu.
- 19) Aksesibilitas: Kemudahan dalam menghubungi dan menemui tenaga medis.
- 20) Komunikasi: Penyampaian informasi dengan bahasa yang mudah dipahami dan mendengarkan keluhan pasien.

e. Kualitas Layanan Perawatan Inap

Pelaksanaan asuhan keperawatan mengadopsi metode proses keperawatan, yang merupakan pendekatan dinamis bertujuan untuk mengatasi masalah demi memperbaiki atau mempertahankan kondisi pasien hingga mencapai tingkat kesehatan optimal. Pendekatan ini bersifat sistematis dan dirancang untuk mengidentifikasi serta memenuhi kebutuhan khusus pasien. Yura dan Walsh menggambarkan proses keperawatan sebagai rangkaian langkah tindakan yang bertujuan mencapai sasaran keperawatan, termasuk mempertahankan kondisi kesehatan optimal pasien dan

mengembalikan kondisi pasien ke keadaan normal saat terjadi perubahan (Nursalam, 2006).

Kualitas pelayanan asuhan keperawatan diukur berdasarkan performa layanan tersebut. Secara umum, semakin baik performa layanan, semakin tinggi mutu atau kualitasnya (Bacal, 2007).

Schroder berpendapat bahwa dalam mendefinisikan kualitas asuhan keperawatan, perlu mempertimbangkan nilai-nilai dan keyakinan dasar para perawat serta cara mereka mengorganisasi asuhan keperawatan. Latar belakang teknik pelaksanaan tugas dapat mempengaruhi definisi kualitas keperawatan, terutama bila dibandingkan dengan pendekatan keperawatan primer (Marr, 2011).

Muninjaya (2007) menjelaskan bahwa ciri-ciri asuhan keperawatan yang berkualitas meliputi:

- 1) Memenuhi standar profesi yang ditetapkan.
- 2) Menggunakan sumber daya pelayanan asuhan keperawatan secara efisien dan efektif.
- 3) Aman bagi pasien dan tenaga keperawatan sebagai pemberi layanan.
- 4) Memuaskan bagi pasien dan tenaga keperawatan.
- 5) Memperhatikan aspek sosial, ekonomi, budaya, agama, etika, dan nilai-nilai masyarakat.

2. Konsep Kemampuan

a. Definisi Kemampuan

Kata "kemampuan" berasal dari kata "mampu" yang berarti memiliki kekuasaan atau kesanggupan untuk melakukan sesuatu. Menurut Tim Penyusun Kamus Besar Bahasa Indonesia (1989), kemampuan mencakup kesanggupan, kecakapan, dan kekuatan. Dalam konteks kemampuan (ability), istilah ini merujuk pada kapasitas individu untuk menyelesaikan berbagai tugas dalam suatu pekerjaan (Stephen P. Robbins & Timothy A. Judge, 20097).

Lebih jauh, Stephen P. Robbins & Timothy A. Judge (2009) menjelaskan bahwa kemampuan seseorang secara keseluruhan terdiri dari dua kelompok utama:

- 1) Potensi Intelektual (Intellectual Potential): Ini mencakup kualitas mental yang dibutuhkan untuk mengeksekusi beragam aktivitas kognitif, seperti berpikir analitis, merumuskan argumen, dan menemukan solusi atas masalah yang kompleks.
- 2) Ketrampilan Fisik (Physical Skills): Merujuk pada kapasitas untuk melakukan tugas-tugas yang memerlukan daya tahan, keahlian motorik, kekuatan fisik, serta atribut-atribut fisik lainnya yang diperlukan untuk menyelesaikan pekerjaan dengan efisien.

b. Potensi Mental

Kognitif merupakan istilah yang terkait dengan proses kognisi, yakni segala kegiatan atau proses yang terlibat dalam memperoleh

pengetahuan, termasuk kesadaran, perasaan, dan upaya untuk mengenali sesuatu melalui pengalaman pribadi. Kemampuan kognitif mencerminkan hasil yang dapat diamati dari proses memperoleh pengetahuan tersebut. Anas Sudijono (2001) menggambarkan ranah kognitif sebagai aktivitas mental yang melibatkan otak. Menurut Robert M. Gagne dalam W. S. Winkel (1996), pengaturan aktivitas kognitif itu sendiri merupakan proses mental yang kompleks. Gagne juga menjelaskan bahwa pengaturan aktivitas kognitif melibatkan penerapan konsep dan prinsip yang sudah ada, terutama ketika menghadapi situasi yang memerlukan pemecahan masalah.

Dengan demikian, kemampuan kognitif mencerminkan hasil dari aktivitas mental yang bertujuan memperoleh pengetahuan melalui pengalaman pribadi. Proses pengaturan aktivitas mental ini melibatkan penggunaan konsep dan prinsip yang sudah dimiliki, yang kemudian diekspresikan melalui tanggapan, gagasan, atau simbol-simbol lainnya.

c. Kemampuan Psikomotorik

Kemampuan motorik melibatkan serangkaian gerakan fisik yang teratur dan melibatkan koordinasi yang menyeluruh antara berbagai bagian tubuh. Winkel (1996) menjelaskan bahwa keterampilan motorik tidak hanya berfokus pada gerakan fisik, tetapi juga melibatkan pengamatan sensorik dan proses kognitif yang membutuhkan pengetahuan dan pemahaman

Proses belajar keterampilan motorik melibatkan dua tahap utama menurut Winkel (1996): tahap kognitif dan tahap fiksasi. Pada tahap kognitif, individu memperoleh pengetahuan deklaratif tentang langkah-langkah operasional atau urutan gerakan yang harus dilakukan, serta konsep dan aturan dalam bentuk pengetahuan deklaratif. Selama tahap ini, gerakan dieksekusi dengan lambat dengan bimbingan pengetahuan prosedural hingga gerakan menjadi lebih lancar. Tahap fiksasi dimulai ketika gerakan dilakukan secara otomatis tanpa perlu kesadaran yang tinggi.

Winkel (1996) juga mengklasifikasikan ranah psikomotorik ke dalam tujuh jenjang yang berbeda. Ini mencakup kemampuan untuk membedakan rangsangan, kemampuan persiapan sebelum melakukan gerakan, kemampuan meniru gerakan, kemampuan melakukan gerakan dengan lancar setelah latihan yang cukup, kemampuan melaksanakan keterampilan yang kompleks dengan tepat dan efisien, kemampuan menyesuaikan pola gerakan dengan situasi, dan kemampuan menciptakan pola gerakan baru berdasarkan inisiatif sendiri.

3. Konsep Motivasi Kerja

a. Definisi Motivasi Kerja

Ketika merasa termotivasi, seseorang merasa didorong untuk bertindak. Ketidaktermotivasi merujuk pada keadaan di mana seseorang tidak memiliki dorongan atau inspirasi untuk melakukan

sesuatu, sedangkan ketika seseorang memiliki energi dan tekad yang tinggi untuk menyelesaikan suatu tindakan, mereka dianggap termotivasi. Motivasi tidak hanya bervariasi dalam intensitasnya, tetapi juga dalam jenisnya. Ini berarti bahwa variasi motivasi tidak hanya terletak pada seberapa kuat dorongan tersebut, tetapi juga pada motivasi yang mendasarinya - mengapa individu melakukan tindakan tertentu (Ryan & Deci, 2000).

Pinder (1998) menjelaskan motivasi kerja sebagai "serangkaian kekuatan energik yang berasal dari dalam maupun luar individu, yang memicu perilaku terkait pekerjaan dan menentukan bentuk, arah, intensitas, dan durasinya" (Tremblay, Blanchard, Taylor & Pelletier, 2009). Motivasi yang bersifat otonom terjadi ketika seseorang terlibat dalam aktivitas dengan antusiasme, kemauan yang kuat, dan merasa bahwa itu adalah pilihannya sendiri (Deci, Olafsen & Ryan, 2017).

b. *Self-Determination Theory*

Teori Penentuan Diri (Self-Determination Theory/SDT) merupakan paradigma motivasi yang luas dan berhasil diaplikasikan dalam berbagai domain, seperti pola pengasuhan, pendidikan, perawatan kesehatan, olahraga, terapi psikologis, dunia digital, serta motivasi kerja dan manajemen (Deci & Ryan, 1985a; Ryan & Deci, 2017). SDT menekankan bahwa kinerja dan kesejahteraan karyawan dipengaruhi oleh jenis motivasi yang mendorong mereka dalam menjalankan tugas pekerjaan. Teori ini membedakan berbagai jenis

motivasi dan menyoroti bahwa setiap jenis motivasi memiliki dampak dan implikasi fungsional yang berbeda (Ryan, Olafsen & Deci, 2017).

SDT menitikberatkan pada esensi motivasi, yaitu, alasan di balik perilaku individu. Prinsip dasarnya adalah bahwa manusia secara alami aktif dan cenderung mengintegrasikan aspek-aspek psikologis mereka dalam identitas mereka dan terlibat dalam struktur sosial yang lebih besar (Deci & Ryan, 2000, hlm. 229).

Menurut SDT (Deci & Ryan, 1985), terdapat berbagai jenis motivasi yang mempengaruhi perilaku manusia, yang digunakan untuk membedakan tingkat otonomi seseorang. Otonomi ini melibatkan perasaan yang sejati atas pilihan, yaitu, merasa bebas untuk melakukan apa yang telah dipilihnya. Otonomi ini ditempatkan dalam suatu kontinum dari tingkat tinggi ke rendah, termasuk motivasi intrinsik, ekstrinsik, dan amotivasi (Guay, Vallerand, & Blanchard, 2000).

SDT umumnya diterapkan pada aktivitas yang dianggap individu menyenangkan, optimal menantang, atau memiliki nilai estetika. Aktivitas yang dianggap tidak menyenangkan atau tidak memiliki nilai intrinsik seperti "bekerja" kemungkinan besar tidak akan dilakukan tanpa alasan ekstrinsik tertentu (Deci & Ryan, 2002; Tremblay et al., 2009). Oleh karena itu, SDT membedakan antara motivasi intrinsik (melakukan aktivitas karena kepuasan batin karena aktivitas tersebut menarik dan menyenangkan) dan motivasi ekstrinsik (melakukan aktivitas karena alasan instrumental). Motivasi ekstrinsik

juga dibagi antara yang dikontrol secara eksternal dan yang relatif otonom (yaitu, diatur oleh tujuan dan nilai-nilai individu) (Tremblay et al., 2009).

Konsistensi dalam penentuan diri berguna untuk meramalkan "kinerja optimal." Kinerja optimal dalam konteks organisasi meliputi keterlibatan karyawan, kinerja kerja, kesejahteraan subjektif, dan retensi (Gagné & Forest, 2008; Tremblay et al., 2009). SDT menyatakan bahwa motivasi intrinsik cenderung menghasilkan dampak yang paling positif, diikuti oleh regulasi terintegrasi dan teridentifikasi. Sementara itu, regulasi terintrojek dan eksternal cenderung menghasilkan dampak yang lebih negatif, dan amotivasi menyebabkan dampak yang paling negatif (Vallerand & Ratelle, 2002; Tremblay et al., 2009).

c. Faktor yang Mempengaruhi SDT

Teori Evaluasi Kognitif (CET) yang diusung oleh Deci dan Ryan (1985) menguraikan faktor-faktor sosial yang berperan dalam variasi motivasi intrinsik. Sebagai bagian dari teori self-determination, CET menyoroiti bahwa interaksi sosial dan struktur interpersonal (seperti penghargaan, komunikasi, dan umpan balik) mampu memperkuat rasa kompetensi selama aktivitas dan meningkatkan motivasi intrinsik karena kebutuhan psikologis individu untuk merasa kompeten terpenuhi (Ryan dan Deci, 2000).

CET juga menegaskan bahwa rasa kompetensi saja tidak cukup untuk meningkatkan motivasi intrinsik, kecuali disertai dengan rasa otonomi atau persepsi locus of causality yang internal. Dengan kata lain, individu tidak hanya perlu merasakan kemampuan diri, tetapi juga harus merasakan kemandirian dalam aktivitas agar motivasi intrinsik tetap terjaga atau ditingkatkan. Dalam hal ini, motivasi intrinsik yang kuat memerlukan kepuasan dari kedua kebutuhan, baik kompetensi maupun otonomi (Ryan dan Deci, 2000).

Karena motivasi ekstrinsik tidak selalu membangkitkan minat intrinsik, dorongan eksternal diperlukan. Individu mungkin terdorong untuk melakukan aktivitas karena mereka merasa dihargai atau terhubung dengan orang lain, entah itu keluarga, teman, atau masyarakat. Ini menunjukkan bahwa untuk memfasilitasi internalisasi, penting untuk memberikan rasa kepemilikan dan keterhubungan dengan orang lain atau kelompok, yang dikenal sebagai sense of relatedness dalam SDT (Ryan dan Deci, 2000).

Menurut SDT, peraturan yang diinternalisasi mungkin hanya menghasilkan regulasi yang dimasukkan, yang meskipun dapat memenuhi kebutuhan akan kompetensi dan keterhubungan, tetapi tidak memperkuat rasa kemandirian. Oleh karena itu, Ryan dan Deci menekankan bahwa dukungan untuk otonomi juga penting untuk memfasilitasi internalisasi; dan hanya konteks otonomi yang mendukung yang mampu menghasilkan regulasi yang terintegrasi.

Untuk benar-benar menginternalisasi regulasi dan menjadi otonom, individu harus memahami makna dan nilai dari regulasi tersebut. Ini menunjukkan bahwa internalisasi penuh dan integrasi dalam lingkungan memerlukan dukungan dari kebutuhan akan kompetensi, keterhubungan, dan otonomi (Ryan dan Deci, 2000).

d. *Intrinsic Motivation*

Motivasi intrinsik merupakan dorongan yang mendorong seseorang untuk melakukan suatu aktivitas karena kepuasan yang diperoleh dari aktivitas itu sendiri, bukan karena imbalan eksternal atau tekanan dari luar. Ketika seseorang termotivasi secara intrinsik, mereka terdorong untuk melakukan sesuatu karena mereka menemukan kesenangan atau tantangan di dalam aktivitas tersebut, bukan karena desakan dari faktor luar atau imbalan yang dijanjikan. Ini mencerminkan pengalaman alami yang memikat dan memuaskan yang menghasilkan rasa "penghargaan" dalam melakukan aktivitas tersebut.

e. *Extrinsic Motivation*

Walaupun pentingnya motivasi intrinsik diakui, namun tidak semua aktivitas seseorang dipicu oleh motivasi tersebut. Motivasi ekstrinsik, di sisi lain, terkait dengan melakukan suatu aktivitas untuk mencapai keuntungan yang terpisah. Konsep ini menyoroti bahwa motivasi ekstrinsik adalah dorongan untuk melakukan aktivitas demi mendapatkan manfaat eksternal, berbeda dengan motivasi intrinsik

yang lebih menekankan pada kepuasan yang diperoleh dari aktivitas itu sendiri, bukan dari hasilnya (Ryan & Deci, 2000).

Perilaku yang didorong oleh motivasi ekstrinsik melibatkan melakukan aktivitas untuk mendapatkan imbalan atau konsekuensi eksternal, baik dalam bentuk materiil maupun non-materiil. Dengan kata lain, motivasi ekstrinsik meliputi segala perilaku yang dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu atau dipaksakan dari luar. Teori Self-Determination Theory (SDT) menekankan bahwa hadiah eksternal dapat memiliki berbagai implikasi fungsional yang beragam, yang bisa menghasilkan peningkatan, penurunan, atau bahkan tidak ada dampak pada motivasi intrinsik (contohnya, Deci, 1972).

Dalam subteori kedua SDT, yang dikenal sebagai Organismic Integration Theory (OIT), dijelaskan secara rinci tentang berbagai jenis motivasi ekstrinsik dan faktor-faktor kontekstual yang mempengaruhi proses internalisasi dan integrasi aturan perilaku tersebut (Deci & Ryan, 1985). Gambaran OIT dalam berbagai jenis motivasi, disusun dari kiri ke kanan, menggambarkan sejauh mana dorongan untuk melakukan perilaku berasal dari dalam diri individu tersebut.

1) Regulasi Eksternal

Regulasi eksternal ditempatkan pada ujung paling ekstrinsik dari skala motivasi, dan merupakan jenis motivasi yang paling terikat. Tindakan yang terkait dengan regulasi eksternal dilakukan sebagai respons terhadap tekanan atau ancaman

eksternal, dengan tujuan memperoleh imbalan. Individu merasa bahwa perilaku mereka dikendalikan oleh pihak luar, yang dapat membuat mereka tergantung pada hadiah atau hukuman (Deci, Olafsen & Ryan, 2017).

2) Regulasi Introjeksi

Regulasi introjeksi adalah bentuk motivasi ekstrinsik yang agak otonom, di mana individu melakukan tindakan karena dorongan internal seperti untuk menghindari perasaan bersalah atau untuk meningkatkan harga diri. Contoh klasik dari introjeksi adalah keterlibatan ego, di mana seseorang bertindak untuk mempertahankan atau meningkatkan harga diri mereka (Ryan & Deci, 2000).

3) Identifikasi

Identifikasi terjadi saat individu memahami dan menerima nilai-nilai atau kepentingan dari tugas atau peran mereka sebagai sesuatu yang konsisten dengan identitas mereka sendiri. Dengan adanya identifikasi, individu menjadi lebih independen dalam memilih dan menjaga perilaku mereka karena mereka telah menginternalisasi nilai-nilai tersebut (Deci, Olafsen & Ryan, 2017).

4) Regulasi Terintegrasi

Regulasi terintegrasi adalah bentuk motivasi ekstrinsik yang paling matang, di mana individu sepenuhnya

menginternalisasi dan mengintegrasikan nilai-nilai atau tujuan tertentu ke dalam identitas mereka. Ketika terjadi integrasi, individu bertindak dengan penuh kesadaran dan tanpa pertentangan internal karena mereka melihat aktivitas tersebut sebagai bagian esensial dari diri mereka (Deci, Olafsen & Ryan, 2017).

Proses asimilasi nilai-nilai dan norma sosial merupakan elemen krusial dalam Teori Dukungan Sendiri (SDT). Namun, SDT tidak menegaskan bahwa transisi antara bentuk-bentuk motivasi ekstrinsik adalah suatu proses yang linier. Tidak ada tahapan internalisasi yang harus dilalui dalam urutan yang tetap; sebaliknya, individu dapat mengalami perubahan dari satu jenis motivasi ekstrinsik ke yang lain tergantung pada pengalaman dan konteks situasional (Ryan, 1995). Beberapa perilaku bisa dimulai dari bentuk internalisasi yang lebih dangkal, sementara yang lainnya dari identifikasi yang lebih kuat. Oleh karena itu, peralihan antara orientasi motivasi tidak selalu mengikuti pola yang pasti (Ryan & Deci, 2000).

f. *Amotivation*

Selain dari dorongan intrinsik dan ekstrinsik, Deci dan Ryan (1985) telah memperkenalkan suatu ide baru mengenai motivasi yang mereka sebut sebagai amotivasi, sebagai bagian penting dalam pemahaman perilaku manusia secara menyeluruh. Ketika seseorang mengalami keadaan amotivasi, mereka cenderung menurun dalam

aktivitas dan kesulitan mencapai tujuan mereka. Perilaku yang amotivated tidak didorong oleh dorongan dari dalam maupun luar. Sebaliknya, perilaku tersebut kurang memiliki dorongan karena kurangnya tujuan yang jelas dan kurangnya harapan akan imbalan atau perubahan positif dalam situasi tertentu (Guay, Vallerand & Blanchard, 2000). Amotivasi sering kali dikaitkan dengan gagalnya pembelajaran (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978), di mana individu merasa tidak mampu dan kehilangan keyakinan (Guay, Vallerand & Blanchard, 2000).

4. Konsep Puskesmas

a. Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) berfungsi sebagai pondasi utama dalam menyediakan layanan kesehatan bagi masyarakat, dengan tujuan memberikan pelayanan yang lengkap, terintegrasi, dan menyeluruh kepada semua anggota komunitas di wilayah kerjanya. Kehadiran di unit pelayanan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh kualitas layanan itu sendiri, melainkan juga dipengaruhi oleh sejumlah faktor lain, seperti SDM yang tersedia, motivasi pasien, ketersediaan peralatan dan material medis, biaya layanan, dan lokasi. Sebagai komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat Indonesia, Puskesmas berfungsi sebagai badan teknis di tingkat kabupaten/kota yang bertanggung jawab atas pelaksanaan program kesehatan di wilayah kerjanya.

Puskesmas bukan hanya sekadar unit layanan kesehatan, tetapi juga sebuah organisasi fungsional yang menyelenggarakan beragam upaya kesehatan secara holistik, merata, dan terjangkau bagi masyarakat, dengan partisipasi aktif dari mereka, serta memanfaatkan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang relevan. Semua pelayanan ini dirancang dengan biaya yang dapat dikelola oleh pemerintah dan masyarakat, dengan maksud mencapai kondisi kesehatan yang terbaik tanpa mengabaikan kualitas layanan personal.

Sejak dimulainya pembangunan puskesmas pada tahun 1979, fokus utamanya adalah pada daerah-daerah di tingkat kelurahan atau desa dengan populasi sekitar 30.000 jiwa. Pusat puskesmas di tingkat kecamatan kemudian ditetapkan sebagai pusat koordinasi untuk kegiatan di wilayah tersebut, sementara puskesmas di tingkat kelurahan atau desa disebut puskesmas pembantu. Inilah awal mula terbentuknya dua kategori puskesmas seperti yang kita kenal saat ini.

Dalam kerangka sistem pelayanan kesehatan Indonesia, puskesmas memiliki peran sentral sebagai garda terdepan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat. Sebagai lembaga yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat, puskesmas tidak hanya menyediakan layanan kesehatan umum, tetapi juga melayani kebutuhan medis dasar bagi seluruh penduduk

di wilayahnya. Layanan yang diberikan mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, dengan penekanan khusus pada upaya promosi dan pencegahan kesehatan masyarakat.

b. Tujuan Puskesmas

Puskesmas bertujuan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan yang sejalan dengan visi nasional untuk meningkatkan kesadaran, motivasi, dan kapasitas hidup sehat bagi penduduk di wilayahnya. Hal ini bertujuan untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal, sesuai dengan misi yang ditekankan oleh Trihono (2015).

c. Fungsi Puskesmas

Puskesmas memiliki tanggung jawab dalam mencakup area wilayah yang meliputi satu kecamatan atau bahkan bagian tertentu dari kecamatan. Penentuan batas wilayah kerja puskesmas dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti kepadatan penduduk, luas wilayah, karakteristik geografis, dan ketersediaan infrastruktur. Untuk memperluas jangkauan layanan kesehatan, kadang-kadang puskesmas dibantu oleh unit-unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana, seperti puskesmas pembantu atau puskesmas keliling. Di kota-kota besar dengan populasi mencapai satu juta jiwa atau lebih, wilayah kerja puskesmas bahkan dapat mencakup satu kelurahan. Puskesmas yang terletak di ibukota kecamatan, terutama yang memiliki populasi penduduk melebihi 150.000 jiwa, berperan sebagai Puskesmas

Pembina yang bertugas sebagai pusat rujukan bagi puskesmas di tingkat kelurahan dan juga memiliki fungsi koordinasi (Effendi, 2009). Trihono (2015) mengidentifikasi tiga fungsi utama yang dimiliki oleh puskesmas:

- 1) Pusat inisiatif dalam pengembangan visi kesehatan, menandakan peran aktif puskesmas dalam menggerakkan dan memonitor perkembangan lintas sektor di komunitasnya, termasuk partisipasi masyarakat dan sektor bisnis, untuk memperkuat pembangunan kesehatan.
- 2) Sentral pelaporan dampak program pembangunan terhadap kesehatan di area yang tercakup.
- 3) Pembangunan kesehatan yang menyoroti upaya pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, serta upaya penyembuhan dan rehabilitasi kesehatan.

Sentra pemberdayaan komunitas merujuk pada inisiatif yang diambil oleh puskesmas guna meningkatkan kesadaran, motivasi, dan kapabilitas individu, keluarga, dan lingkungan dalam menjaga kesejahteraan kesehatan mereka sendiri. Pendekatan ini juga mempertimbangkan berbagai faktor sosial dan budaya yang ada di lingkungan setempat.

Fasilitas kesehatan tingkat dasar bertanggung jawab atas penyediaan layanan kesehatan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Ini mencakup layanan individual, seperti

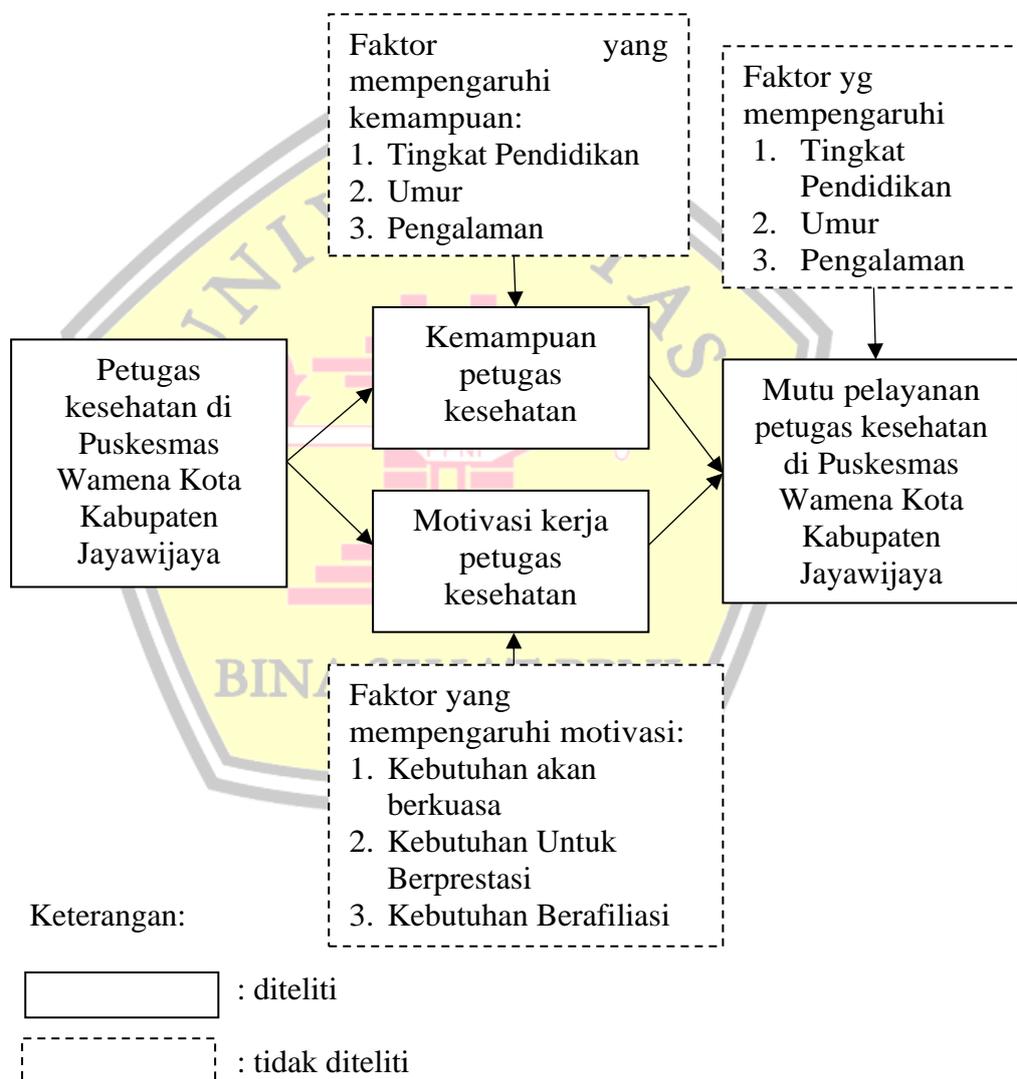
pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan rehabilitasi kesehatan, serta layanan kesehatan masyarakat, seperti promosi kesehatan, pencegahan penyakit menular, dan aspek kesehatan masyarakat lainnya.

Effendi (2019) menyoroti beberapa proses yang terlibat dalam menjalankan fungsi-fungsi tersebut, termasuk merangsang partisipasi masyarakat, memberikan bimbingan teknis, dan bekerja sama dengan sektor-sektor terkait.



B. Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual adalah suatu representasi abstrak dari realitas yang disusun untuk memfasilitasi komunikasi dan pembentukan teori yang menguraikan hubungan antara berbagai variabel, baik yang menjadi fokus penelitian maupun yang tidak (Nursalam, 2018). Dalam konteks penelitian ini, kerangka konseptualnya dapat dirangkai sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka konseptual hubungan kemampuan dan motivasi dengan mutu pelayanan petugas kesehatan di Puskesmas Wamena Kota Kabupaten Jayawijaya

C. Hipotesis Penelitian

Dalam lingkup penelitian, hipotesis merujuk pada pernyataan asumsi yang menggambarkan hubungan antara variabel-variabel tertentu yang dapat memberikan jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Nursalam, 2008). Maka dalam konteks penelitian ini, terdapat suatu hipotesis yang dirumuskan, yang akan menjadi landasan untuk pengujian dan pemahaman lebih lanjut:

1. Ada hubungan kemampuan dengan mutu pelayanan petugas kesehatan di Puskesmas Wamena Kota Kabupaten Jayawijaya
2. Ada hubungan motivasi dengan mutu pelayanan petugas kesehatan di Puskesmas Wamena Kota Kabupaten Jayawijaya

