

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Organisasi kesehatan dunia atau (*World Health Organization, 2020*) menetapkan tujuan pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals*) menekankan pada kualitas, yang merupakan elemen kunci dari cakupan kesehatan universal (*Universal Health Coverage/UHC*) (*World Health Statistics 2023 – Monitoring Health for the SDGs, 2023*). *World Health Organization* (WHO, 2022) mendorong negara-negara untuk mencapai angka cakupan kesehatan universal tersebut, angka cakupan ini termasuk perlindungan akses ke layanan perawatan kesehatan esensial yang berkualitas. Termasuk didalamnya pelayanan kesehatan oleh rumah sakit di negara berkembang seperti di Indonesia.

Layanan kesehatan yang tidak berkualitas menyebabkan hilangnya produktivitas di negara menengah dan berkembang (WHO, 2020). Karenanya *quality of care* penting diprioritaskan dalam pelayanan kesehatan. Upaya untuk menjamin pelayanan kesehatan yang berkualitas (*quality of care*) merupakan hal fundamental bagi fasilitas kesehatan termasuk rumah sakit (Donabedian, 1988; Ricca & Antonio, 2021). Namun demikian, dalam pelaksanaannya kualitas pelayanan di rumah sakit tidak selalu sesuai dengan harapan dan standar yang sudah ditentukan. Hal tersebut dikarenakan latar belakang pengetahuan, pengalaman, dan sikap petugas kesehatan yang beragam. Meskipun Standar Prosedur Operasional (SPO) dan *clinical pathway* telah diatur dan disusun oleh manajemen bersama komite medik, kemungkinan *human error* masih dapat terjadi (Durmuş et al., 2013;

Hearld et al., 2008). Karenanya upaya untuk minimalisir *human error* harus terus menerus dilakukan, misalnya dengan mengupayakan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) (Kohn, 2018).

Dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit ada dua pendekatan utama untuk menjamin kinerja rumah sakit. Yang pertama adalah tata kelola organisasi rumah sakit (*organizational governance*), tata kelola ini menjamin efisiensi organisasi dalam keuangan dan organisasi rumah sakit (RS) tetap *sustainable*, yang kedua adalah tata kelola klinis (*clinical governance*) (Konteh et al., 2008). Dua tata kelola ini penting dan harus berjalan beriringan. Penelitian ini akan fokus pada *clinical governance*, karena langsung menyangkut pada kinerja tenaga kesehatan di rumah sakit, yang bertanggung jawab langsung kepada *clinical outcome* (Donabedian, 1988).

Pada Tahun 2022 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) terbaru yaitu PMK Nomor 30 Tahun 2022 tentang indikator mutu nasional untuk seluruh layanan kesehatan baik praktik mandiri, klinik, laboratorium dan pusat kesehatan seperti RS. Pemerintah mengatur penyelenggaraan RS demi mencapai kualitas pelayanan yang baik, maka RS harus memiliki budaya keselamatan pasien dan tata kelola klinis yang baik.

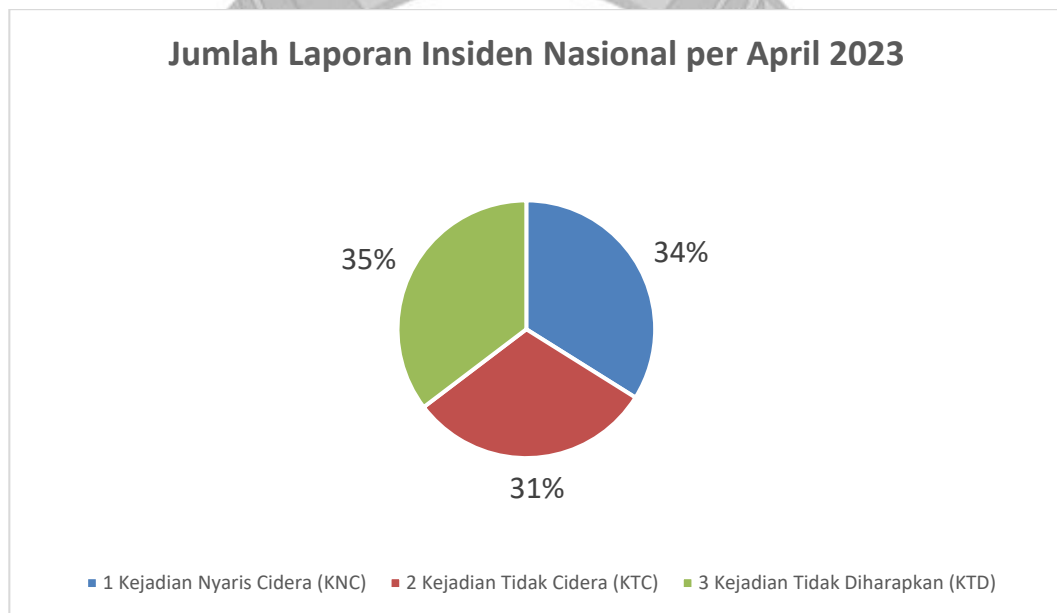
Dalam konteks *patient safety*, pada Tahun 2020 WHO mengeluarkan sistem pelaporan kejadian, WHO menyatakan dalam dunia ini idealnya, semua kejadian dan terutama kejadian dalam pelayanan kesehatan yang menyebabkan kerugian atau memiliki berpotensi menyebabkan bahaya bagi pasien, harus segera diketahui dan dikelola dengan tepat pada perawatannya oleh staf yang berpengalaman (Brennan et al., 1991). Mereka akan dengan hati – hati mendokumentasikan dan

mengkomunikasikan pengamatan mereka. Mereka akan antusias dengan terlibat dalam kegiatan ini, karena mereka akan melihat banyak contoh bagaimana laporan tersebut telah digunakan untuk meningkatkan keamanan perawatan. Sampai saat ini di Indonesia *patient safety* masih menjadi fokus untuk diimplementasikan di institusi kesehatan terutama di layanan RS.

Presiden Republik Indonesia (RI) mengeluarkan undang – undang (UU) khusus terkait RS, yaitu UU RI Nomor 14 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Pada pasal 36 tertuang bahwa RS harus memiliki struktur organisasi yang terdiri tata kelola RS dan tata kelola klinis. Pasal 40 membahas khusus terkait peningkatan mutu RS, agar tercapai *quality of care* yang berkualitas, sehingga pada pasal ini mewajibkan setiap RS harus terakreditasi dengan standar akreditasi kesehatan yang terbaru. Dan undang – undang tersebut pada pasal 43 khusus membahas terkait keselamatan pasien. Kementerian Kesehatan Indonesia (Kemenkes) juga telah mendorong implementasi di rumah sakit, salah satunya dengan mengeluarkan Permenkes khusus terkait *patient safety* (Permenkes No. 1691 Tahun 2011). Peraturan ini mensyaratkan rumah sakit untuk membentuk komite khusus untuk keselamatan pasien. Permenkes Nomor 1691 Tahun 2011 tentang keselamatan pasien RS memiliki ruang lingkup meliputi organisasi, standar keselamatan pasien, sasaran keselamatan pasien, penyelenggaraan keselamatan pasien RS, pelaporan insiden, analisis dan solusi, serta pembinaan dan pengawasan. Sehingga pemerintah membentuk Komite Keselamatan Pasien Nasional yang berjumlah 11 orang, terdiri dari unsur kementerian kesehatan, asosiasi perumhaskitan dan pakar perumhaskitan.

Pemerintah juga melakukan kordinasi dengan monitoring kejadian yang

terkait *patient safety*. Hal ini berkaitan dengan masih sedikitnya jumlah data kejadian maupun kejadian yang tidak diinginkan (*adverse event/AE*) yang dilaporkan oleh RS melalui kanal Komite Keselamatan Pasien Nasional. Per April 2023 total angka laporan kejadian di kanal Laporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit baru mencapai 5112 insiden secara nasional, yang terdiri dari laporan kejadian nyaris cidera (KNC/*nearmiss*) sebanyak 1733 insiden (35%), laporan kejadian tidak cidera (KTC) sebanyak 1573 insiden (34%) dan laporan kejadian tidak diharapkan (KTD/*adverse event*) sebanyak 1806 insiden (31%), seperti yang terlihat pada gambar 1.1 berikut ini.



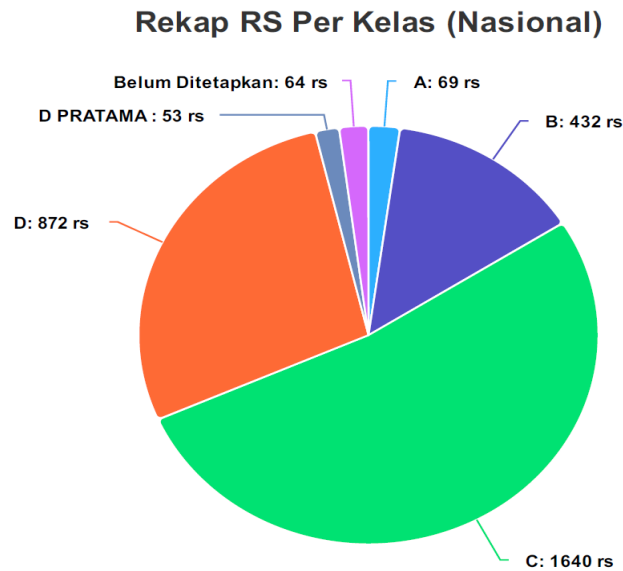
Gambar 1.1 Laporan Kejadian Insiden Nasional per April 2023

Sumber: Komite Keselamatan Pasien Nasional (2023)

Dari gambar 1.1 dapat dikatakan masih sedikit yang report, sehingga implementasi *patient safety* di rumah sakit perlu lebih diperhatikan. Topik Penelitian dipilih dalam kaitannya dengan *patient safety* di rumah sakit, sehingga relevan untuk menjadi masukan bagi manajemen RS.

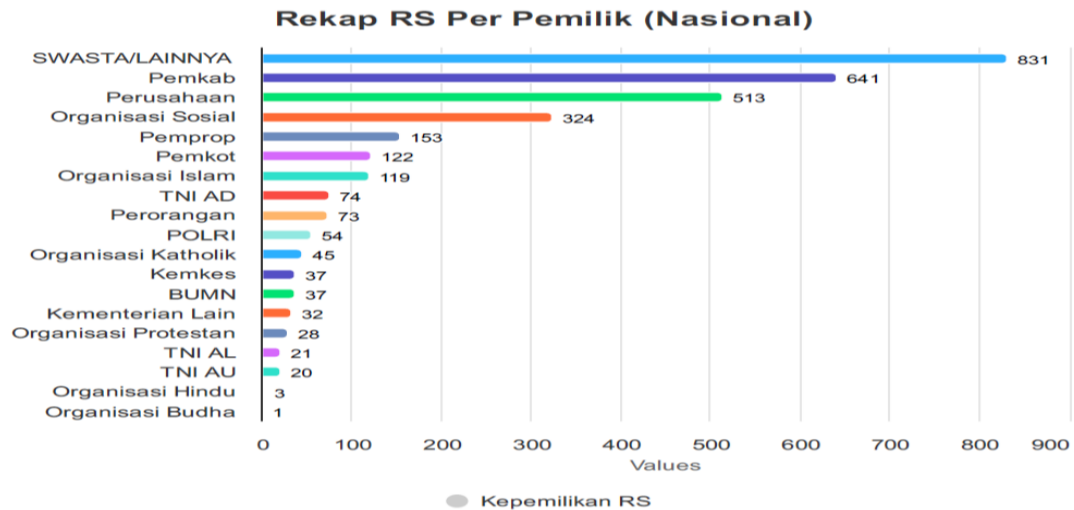
Dari data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia per April 2023, total

jumlah rumah sakit seluruh Indonesia sebanyak 3130, dengan komposisi jumlah rumah sakit tipe A sebanyak 69, tipe B sebanyak 432, tipe C sebanyak 1640, tipe D sebanyak 872, tipe D Pratama sebanyak 53, dan yang belum ditetapkan tipenya sebanyak 64. Terlihat distribusi komposisinya di *pie chart* berikut ini.



Gambar 1.2 Jumlah Rumah Sakit di Indonesia
Sumber: Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023)

Jika dilihat lebih detil lagi dari data kepemilikan rumah sakit di Indonesia, di urutan pertama terbanyak dimiliki oleh pihak swasta sebanyak 831 rumah sakit, urutan kedua oleh pemerintah kabupaten (rumah sakit umum) sebanyak 641 rumah sakit, dan yang ketiga dimiliki oleh perusahaan sebanyak 513 rumah sakit. Terlihat pada gambar berikut ini. Mengingat jumlah RS swasta di Indonesia menepati urutan teratas, maka diperlukan penelitian yang mengangkat manajemen rumah sakit swasta untuk memberi masukan yang berdasarkan data empiris.



Gambar 1.3 Kepemilikan Rumah Sakit di Indonesia

Sumber: Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023)

Masalah *clinical governance* relevan untuk diteliti penerapan di Indonesia terutama pada rumah sakit swasta. Dikarenakan sebagian besar dari para klinisi (dokter spesialis) di rumah sakit swasta bukanlah *fulltime* dokter, yang seperti diketahui setiap dokter memiliki kesempatan untuk berpraktik di tiga rumah sakit, sehingga kesibukan para dokter ini kemungkinan dapat memengaruhi dari jalannya *clinical governance* di rumah sakit swasta. Sehingga penelitian juga dilakukan untuk mengkaji lebih lanjut persepsi dari dokter spesialis yang merupakan bagian dari tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit swasta, terhadap *clinical governance climate* di rumah sakit swasta dimana para dokter tersebut bekerja.

Penelitian ini dilakukan pada salah satu grup rumah sakit yang kepemilikannya dimiliki oleh swasta. Dari sekian banyak grup RS swasta di Indonesia, penelitian ini memilih salah satu grup RS XYZ yang sedang bertumbuh dalam beberapa tahun terakhir, yang telah memiliki 8 cabang RS di wilayah Jabotabek (Jakarta, Bogor, Tangerang dan Bekasi). Penelitian ini memilih 2 RS dari grup ini, yaitu wilayah Kota Tangerang yang paling Barat dan Cikarang yang paling Timur dari grup RS ini, untuk melihat apakah tata kelola klinis, budaya keselamatan

pasien dan mutu pelayanan yang diselenggarakan grup RS ini sudah seragam di seluruh cabangnya.

Budaya keselamatan pasien sangat penting dalam pelayanan kesehatan rumah sakit. Budaya keselamatan pasien akan membentuk sikap, pandangan, dan persepsi petugas kesehatan terhadap keselamatan pasien. Studi sebelumnya tentang budaya keselamatan, keselamatan pasien, dan kualitas pelayanan telah dilakukan di rumah sakit (Azyabi et al., 2021; Pumar-Méndez et al., 2014). Namun dari penelitian sebelumnya belum banyak yang melakukan penelitian tentang budaya keselamatan pasien dengan menggunakan dimensi dan diuji secara empiris hubungan langsungnya dengan *quality of care* (QOC) (Kusano et al., 2015; Ningrum et al., 2019). Oleh karena itu, penelitian ini bermaksud untuk menyelidiki pengaruh budaya keselamatan pasien terhadap QOC dalam konteks rumah sakit swasta. Penelitian tentang *clinical governance* di rumah sakit yang berkaitan dengan *patient safety culture* (PSC) di Indonesia masih jarang ditemukan. Pada penelitian terdahulu (Wagner dkk., 2013) ditemukan adanya hubungan antara *clinical governance climate* (CGC) dan *quality of care* (QOC), semakin baik implementasi *clinical governance* (CG) di rumah sakit, maka semakin baik pula pencapaian QOC (Ricca & Antonio, 2021; Wagner dkk., 2013). Namun, masih sedikit penelitian yang mengintegrasikan peran CGC dan PSC pada QOC di rumah sakit. PSC dapat dilihat sebagai budaya yang dihasilkan dari tata kelola yang didorong oleh manajemen rumah sakit untuk dapat diimplementasikan oleh seluruh tenaga kesehatan di rumah sakit (Azyabi dkk., 2021; Badr dkk., 2020; Sturm dkk., 2019). Dalam konteks ini, PSC dapat memediasi hubungan antara CGC dan QOC. Berdasarkan hal tersebut, penelitian ini mencoba untuk mengusulkan suatu model

dimana CGC dapat berhubungan dengan QOC melalui mediasi PSC. Pendekatan ini dapat memberikan kontribusi baru, bagaimana CGC dapat bermanfaat melalui budaya kerja yang berorientasi pada pasien.

Tenaga kesehatan di rumah sakit dalam memberikan pelayanan seringkali dihubungkan dengan beban kerja (*workload*). Banyak penelitian yang melakukan penelitian terhadap hubungan antara beban kerja dengan *quality of care* (Alrabae et al., 2021; Kwak et al., 2010). Tetapi yang masih jarang penelitian yang meneliti kemampuan adaptasi terhadap beban kerja (*adaptable workload*) sebagai variabel kontrol untuk melihat pengaruhnya pada *quality of care*.

Berdasarkan teori Donabedian, 1988, mengatakan *quality of care* dapat berjalan di institusi rumah sakit dengan menerapkan teori *structure, process, dan outcome* (SPO) (Donabedian, 1988). Dalam penelitian ini, *clinical governance climate* merupakan *structure*, *patient safety culture* merupakan *process*, dan *quality of care* merupakan *outcome*.

Dalam penelitian ini yang menjadi fenomena pertama adalah persepsi dan sikap tenaga kesehatan pada *patient safety culture*, sejak Tahun 2022 grup rumah sakit mulai melakukan survei budaya keselamatan pasien. Survei ini bertujuan ingin mengetahui pemahaman, persepsi dan sikap dari tenaga kesehatan terhadap budaya keselamatan pasien, mengingat budaya *patient safety culture* merupakan fundamental dari layanan kesehatan rumah sakit. Berikut hasil survei yang dilakukan pada Tahun 2022.

Tabel 1.1 Hasil Survei Budaya Keselamatan Tahun 2022 di Grup RS XYZ

No	Benchmark (AHRQ 2021)	Kategori	RS XYZ1	RS XYZ2
1	82	<i>Team Work</i>	82	88
2	58	<i>Staffing</i>	59	90
3	72	Proses Pembelajaran Organisasi	78	97
4	64	Respon terhadap <i>Error</i>	52	88
5	80	<i>Clinical Leader Support for Patient Safety</i>	69	94
6	71	Komunikasi tentang <i>Error</i>	80	96
7	75	Keterbukaan	71	92
8	74	Pelaporan insiden	49	69
9	67	<i>Management support for Patient Safety</i>	63	83
10	64	Serah Terima	72	79
Total Responden			263	398

Sumber: Data Olahan RS XYZ (2022)

Dapat dilihat pada Tabel 1.1 yang merupakan hasil survei budaya keselamatan di grup rumah sakit XYZ. Terlihat data yang menunjukkan bahwa masih ada *gap* antara *benchmark*, hal ini mengindikasikan tenaga kesehatan masih belum optimum dalam mengimplementasikan *patient safety culture*, terutama persepsi terhadap rasa disalahkan jika tenaga kesehatan terlibat dalam insiden klinis dan keinginan untuk melaporkan suatu insiden juga terlihat masih rendah. Lalu juga pada kategori *clinical leader support for patient safety*, pada RS XYZ persepsi dari tenaga kesehatan masih rendah. Sehingga penelitian ini ingin mendalami pengaruh *clinical governance climate* (tata kelola klinis) yang dijalankan oleh *clinical leader* terhadap *patient safety culture* di dua rumah sakit swasta grup XYZ. Fenomena ini penting untuk dicarikan solusi agar implementasi *patient safety culture* semakin optimum, sehingga kualitas layanan (*quality of care*) kepada pasien semakin meningkat di grup RS XYZ. Dengan meningkatnya *quality of care* kepada pasien akan berimplikasi kepada kepuasan pasien, dan pasien bisa kembali datang ke RS XYZ karena sudah mempercayai kualitas layanan yang diberikan.

Fenomena kedua adalah pelaporan angka insiden di RS XYZ masih belum optimal. Hal yang paling mendasari dari kurang optimalnya pelaporan insiden ini dikarenakan persepsi dan sikap tenaga kesehatan di grup RS XYZ terhadap *patient safety culture* masih belum optimal. Terlihat dari tabel berikut di bawah ini, terkait jumlah pelaporan insiden di grup RS swasta XYZ.

Tabel 1.2 Jumlah *Incident Report* Grup RS XYZ Januari 2023

<i>Insident Report</i>	Target	RS XYZ1	RS XYZ2	Total
Kejadian Potensial Cidera	50	10	1	11
Kejadian Nyaris Cidera		11	1	12
Kejadian Tidak Cidera		5	8	13
Kejadian Tidak Diharapkan		3	0	3
Sentinel		0	0	0
Jumlah Insiden		29	10	39

Sumber: Data Olahan RS XYZ (2023)

Masih jauhnya dari target jumlah laporan yang diharapkan untuk dilaporkan setiap bulannya oleh RS di grup XYZ inilah yang mendasari penelitian ini. Hal ini bisa terjadi dikarenakan pemahaman tenaga kesehatan terhadap *patient safety culture* masih perlu ditingkatkan. Dengan demikian perlu dicarikan solusi terhadap kurang optimalnya implementasi *patient safety culture* ini di grup RS swasta XYZ. Pengaruh *patient safety culture* pada *quality of care* sangat erat. Semakin kuat budaya keselamatan pasien diimplementasi oleh tenaga kesehatan di RS XYZ maka akan semakin meningkat *quality of care* yang akan dirasakan oleh pasien RS XYZ ini. Sehingga pasien – pasien akan mempercayai perawatan kesehatannya di RS XYZ, dan hal ini juga akan berimplikasi kepada angka kunjungan pasien ke RS XYZ.

Fenomena ketiga yang mendasari penelitian ini adalah hasil wawancara dengan manajer keperawatan di RS XYZ, yang dilakukan pada bulan Januari 2023.

Dalam wawancara tersebut dikatakan “Saya masih sering mendapat keluhan dari perawat, mereka seringkali kesulitan mengelola beban kerjanya, padahal pihak manajemen sudah mengatur jadwal *shift* dinas sesuai dengan jumlah pasien di rawat inap”. Ditambahkan lagi dengan penjelasan “Perawat yang tidak mampu mengelola beban kerja dapat berakibat pada kinerjanya saat melayani pasien, saya kira masalah beban kerja ini juga akan menjadi keluhan perawat senior yang sudah berkeluarga”. Dari pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa *workload* sudah diatur namun setiap perawat mempunyai persepsi dan cara mengelola yang berbeda hal bergantung dari kemampuan individu dalam beradaptasi.

Posisi penelitian ini adalah mengusulkan model penelitian yang sudah dimodifikasi, dimana CGC dapat berhubungan dengan QOC melalui mediasi PSC dengan variabel kontrol *adaptable workload* (WOL). Pendekatan ini dapat memberikan kontribusi baru, untuk mengetahui bagaimana CGC dapat bermanfaat melalui budaya kerja yang berorientasi pada pasien di layanan rumah sakit swasta. Kedua konstruk CGC dan PSC adalah konstruk multidimensi (Azyabi et al., 2021; El-Jardali et al., 2011). Karenanya berbeda dengan penelitian lain, konstruk PSC dan CGC akan diukur dengan melihat dimensinya. Secara teoritis variabel PSC dan CGC adalah konstruk multidimensional, dimana dimensi – dimensi ini bisa berdiri sendiri – sendiri dan dimensi ini diukur oleh indikator – indikator (Jeong et al., 2019).

Penelitian ini mengkaji peran CGC dan PSC melalui pengukuran dan uji dimensi (*hierarcial component analysis*). Dalam penelitian ini CGC dan PSC dianggap sebagai *high order construct* (HOC) dan dimensinya adalah *low order construct* (LOC). Dimensi – dimensi dari *clinical governance climate* berjumlah

lima dimensi yang terdiri dari *planned and integrated quality improvement programme (QIM)*, *proactive risk management (RIM)*, *absence of unjust blame and punishment (BAP)*, dan *training and development opportunities (TAD)*. Dimensi – dimensi dari *patient safety culture* berjumlah lima dimensi yang terdiri dari *teamwork climate*, *safety climate*, *job satisfaction*, *perception of management*, dan *working condition* (Freeman, 2003; Jeong et al., 2019).

Kontribusi penelitian ini dengan cara menguji keseluruhan model dimana CGC dan PSC diuji melalui multidimensinya dengan metode statistik baru dengan analisis *Partial Least Square Structural Equation Modeling (PLS-SEM)* metode baru yang menggantikan *repeated indicator* yaitu melalui dua tahap (*second stage*) analisis, di mana pada *second stage* CGC dan PCG akan menjadi *high order construct (HOC)* dan dimensi – dimensinya akan menjadi *low order construct (LOC)* sebagai indikatornya (Hair et al., 2019; Sarstedt et al., 2019). Model ini akan diuji secara empiris dengan data dari tenaga kesehatan dari RS XYZ. Hasil penelitian akan memberikan masukan manajerial bagi manajemen RS Swasta.

1.2 Pertanyaan Penelitian

Dari uraian tentang variabel-variabel yang akan digunakan dan dianalisis dalam model penelitian ini maka dapat disusun pertanyaan penelitian (*research question*) sebagai berikut:

1. Apakah *clinical governance climate* mempunyai pengaruh positif pada *patient safety culture*?
2. Apakah *clinical governance climate* mempunyai pengaruh positif pada *quality of care*?

3. Apakah *patient safety culture* mempunyai pengaruh positif pada *quality of care*?
4. Apakah *clinical governance climate* dengan mediasi *patient safety culture* mempunyai pengaruh positif pada *quality of care*?
5. Apakah *adaptable workload* mempunyai pengaruh positif pada *quality of care*?

1.3 Tujuan Penelitian

Dari kelima pertanyaan penelitian di atas maka dapat dijabarkan tujuan penelitian ini secara rinci sebagai berikut;

1. Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *clinical governance climate* terhadap *patient safety culture*.
2. Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *clinical governance climate* terhadap *quality of care*.
3. Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *patient safety culture* terhadap *quality of care*.
4. Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif *clinical governance climate* dengan mediasi *patient safety culture* terhadap *quality of care*.
5. Untuk menguji dan menganalisis pengaruh positif variabel kontrol *adaptable workload* terhadap *quality of care*.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian kuantitatif ini diharapkan dapat memberikan manfaat yang dapat dibagi menjadi dua, yaitu manfaat dalam aspek akademis, khususnya pada ilmu manajemen dan manfaat dalam aspek manajemen praktis di rumah sakit.

Manfaat akademis, yaitu untuk memberikan masukan bagi penelitian selanjutnya tentang hubungan *clinical governance climate* terhadap *quality of care* dengan mediasi *patient safety culture*, dan dengan *adaptable workload* sebagai variabel kontrol pada penyelenggaraan pelayanan rumah sakit, khususnya pada rumah sakit swasta. Masukan ini diperoleh melalui pengujian model penelitian dengan variabel dependent yaitu *quality of care*. Dimana model penelitian ini akan diuji secara empiris pada karyawan dan tenaga kesehatan di rumah sakit swasta tipe B yang ada di Cikarang dan Tangerang.

Manfaat praktis, yaitu untuk memberikan masukan bagi manajer rumah sakit swasta, terutama rumah sakit swasta tipe B untuk memperhatikan faktor-faktor yang dapat dipertahankan serta ditingkatkan lagi dalam meningkatkan *quality of care*. Selanjutnya hal-hal apa yang dapat dan perlu diprioritaskan dalam *clinical governance climate*, *patient safety culture* dan *workload* yang akan berdampak pada *quality of care* penyelenggaraan layanan rumah sakit tersebut.

1.5 Sistematika Penelitian

Penelitian ini ditulis dan disusun dalam sistematika penelitian yang terdiri dari lima bab. Dalam masing-masing bab terdapat penjelasan sesuai dengan judul bab. Kelima bab tersebut memiliki keterkaitan dan alur antara satu bab dengan yang bab lainnya, sehingga tulisan dalam penelitian ini menjadi satu kesatuan yang lengkap dan utuh sebagai naskah akademis. Adapun penjabaran dari sistematika penulisan tesis ini disusun sebagai berikut:

BAB I: PENDAHULUAN

Bab pertama ini terdiri dari uraian latar belakang penelitian serta penjelasan

fenomena bisnis dan masalah penelitian beserta variabel penelitian yang akan digunakan. Selanjutnya uraian tentang pertanyaan penelitian (*research question*), tujuan penelitian, manfaat penelitian, serta sistematika penulisan.

BAB II: TINJAUAN PUSTAKA

Bab kedua ini berisi uraian teori-teori dasar sebagai landasan dari penelitian, penjelasan variabel-variabel, serta penelitian – penelitian terdahulu yang terkait dengan topik penelitian. Kemudian penjelasan pengembangan hipotesis beserta gambar model penelitian (*conceptual framework*) akan dijelaskan terperinci pada bab ini.

BAB III: METODOLOGI PENELITIAN

Bab ketiga ini berisi uraian tentang objek penelitian, unit analisis penelitian, tipe penelitian, operasionalisasi variabel penelitian, populasi dan sampel, penentuan jumlah sampel, metode penarikan sampel, metode pengumpulan data, serta metode analisis data dengan PLS-SEM yang akan digunakan

BAB IV: HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab keempat ini berisi tentang analisis dari pengolahan data empiris penelitian yang terdiri dari profil dan perilaku responden, diikuti dengan analisis deskripsi variabel penelitian, analisis inferensial penelitian dengan metode PLS-SEM beserta diskusinya.

BAB V: KESIMPULAN

Bab terakhir ini berisi kesimpulan dari penelitian, implikasi manajerial yang dapat ditarik dari hasil analisis data, keterbatasan yang ditemukan serta saran bagi penelitian selanjutnya.