

MONOGRAF



PENILAIAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT

+

**PENDEKATAN QUALITY
FUNCTION DEPLOYMENT (QFD)**

HAERAWATI IDRIS
INTAN GAYATRI

MONOGRAF

PENILAIAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT: PENDEKATAN *QUALITY FUNCTION DEPLOYMENT (QFD)*

Haerawati Idris
Intan Gayatri

UPT. Penerbit dan Percetakan
Universitas Sriwijaya 2021
Kampus Unsri Palembang
Jalan Srijaya Negara, Bukit Besar Palembang 30139
Telp. 0711-360969
email: unsri.press@yahoo.com, penerbitunsri@gmail.com
website: www.unsri.unsripress.ac.id

Anggota APPTI No. 026/KTA/APPTI/X/2015
Anggota IKAPI No. 001/SMS/2009

Edisi Pertama, Cetakan Pertama, Mei 2021
54 halaman : 24 x 16 cm

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Hak Terbit pada Unsri Press

ISBN: 978-979-587-961-9

PRAKATA

Syukur Alhamdulillah buku monograf dengan judul “Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit: Pendekatan *Quality Function Development*” telah rampung. Penulisan monograf ini merupakan hasil penelitian yang disusun untuk menambah khasanah ilmu pengetahuan sebab literatur yang membahas metode QFD (*Quality Function Deployment*). QFD merupakan metodologi yang terkenal untuk perencanaan dan peningkatan kualitas produk dan jasa yang berorientasi pada *voice of customer*. Metode QFD dapat memberikan solusi dengan mengetahui atribut-atribut prioritas yang harus dilakukan oleh penyedia jasa sehingga upaya perbaikan dapat sesuai dengan harapan pasien.

Buku monograf membahas penerapan penulian mutu layanan kesehatan dengan metode QFD di rumah sakit. Buku ini terdiri dari empat bab, bab pertama merupakan pendahuluan yang berisi latar belakang, permasalahan, tujuan dan metode pemecahan masalah. Bab kedua membahas mengenai konsep QFD dan bab ketiga mendeskripsikan hasil temuan. Bab terakhir berisi penutup yang berisi kesimpulan. Buku ini masih memiliki keterbatasan, saran dan kritikan yang membangun untuk penyempurnaan buku ini senantiasa kami harapkan.

Palembang, Mei 2021

Tim Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL DAN GAMBAR	iv
BAB I	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Permasalahan dan Tujuan	5
BAB II	7
2.1 Mutu Pelayanan Kesehatan	7
2.1.1 Definisi Mutu Pelayanan Kesehatan	7
2.1.2 Dimensi Mutu Pelayanan	8
2.2 Kepuasan Pelanggan	11
2.2.1 Definisi Kepuasan Pasien	11
2.2.2 Pengukuran Tingkat Kepuasan Pasien	11
2.3 Metode <i>Quality Function Development</i>	12
2.3.1 Definisi QFD	12
2.3.2 Bentuk dan Penjelasan <i>House of Quality</i>	13
2.4 Metode Penelitian	16
BAB III	18
3.1 Dimensi Prioritas Berdasarkan Keinginan Pasien	18
3.2 Hasil Perhitungan Skor Kuesioner.....	19
3.3 Penyusunan <i>House of Quality</i>	23
3.3.1 Daftar Kebutuhan Konsumen (Matriks A)	23
3.3.2 Daftar Karakteristik Teknis (Matriks C)	25

3.3.3 Hubungan Matriks A dan C (Matriks D).....	25
3.3.4 Hubungan antar Matriks <i>How's</i> (Matriks E)	27
3.3.5 Upaya Peningkatan Mutu Layanan Kesehatan dengan metode QFD	30
3.4 Analisis Dimensi Mutu Pelayanan.....	36
3.4.1Dimensi Kompetensi Teknis	36
3.4.2Dimensi Efektifitas	40
3.4.3Dimensi Kenyamanan	41
3.4.4 Dimensi Ketepatan Waktu.....	44
3.4.5 Dimensi Hubungan Antar Manusia.....	47
BAB IV.....	50
DAFTAR PUSTAKA	51

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Lambang dan Inti Korelasi	16
Tabel 2	Persentase Kepentingan Dimensi Mutu Layanan	18
Tabel 3	Nilai Rata-Rata Kenyataan, Harapan, Gap, dan Tingkat Kepuasan	19
Tabel 4	Daftar Karakteristik Teknis	25
Tabel 5	Matriks D	26
Tabel 6	Matriks E	28
Tabel 7	Prioritas Persyaratan Teknis	31
Tabel 8	<i>Target Value</i>	32

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Gambar denah <i>House of Quality</i>	13
Gambar 2	<i>House of Quality</i>	35

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesadaran masyarakat akan kesehatan yang kian meningkat menimbulkan desakan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. Salah satu upaya mengantisipasi keadaan tersebut adalah dengan menjaga kualitas pelayanan. Oleh karena itu diperlukan suatu upaya yang bersifat kontinu untuk mengetahui kelemahan dan kekurangan jasa pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan merupakan bentuk penilaian pasien sebagai konsumen atas tingkat pelayanan yang diterima dengan pelayanan yang diharapkan. Mutu pelayanan kesehatan yang diberikan merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan tiap pasien, semakin kebutuhan dan tuntutan tiap pasien dipenuhi, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan tersebut (Azwar, 1996).

Kepuasan pasien merupakan suatu perkara yang abstrak dan hasilnya pun sangat beragam sebab kepuasan pasien didasarkan pada persepsi masing-masing individu. Kepuasan pasien akan terpenuhi apabila pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit telah sesuai dengan harapan mereka. Sebaliknya, apabila pelayanan yang diberikan rumah sakit belum sesuai dengan harapan pasien, maka pasien akan

merasa tidak puas. Ketidakpuasan pasien tentu akan menimbulkan dampak, salah satunya adalah pasien tidak akan menggunakan fasilitas kesehatan tersebut dan memilih untuk menggunakan jasa pesaing. Oleh karena itu, perbaikan-perbaikan perlu dilakukan. Perbaikan tersebut pada dasarnya tertuju pada kualitas pelayanan karena kepuasan pasien erat kaitannya dengan kualitas (Kotler, 2007).

Mengukur tingkat kepuasan pasien berguna untuk mengetahui apakah kualitas pelayanan yang diberikan dapat memenuhi harapan pasien dan secara beriringan pengukuran tingkat kepuasan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (Pohan, 2012). *Quality Function Deployment* (QFD) merupakan metodologi yang terkenal untuk perencanaan dan peningkatan kualitas produk dan jasa yang berorientasi pada *voice of customer* (Cohen, 1995). Metode QFD dapat memberikan solusi dengan mengetahui atribut-atribut prioritas yang harus dilakukan oleh penyedia jasa sehingga upaya perbaikan dapat sesuai dengan harapan pasien.

Berbagai studi menggunakan pendekatan QFD menyebut terdapat delapan variabel dari 16 atribut yang menjadi prioritas utama, yakni prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit, makanan yang diberikan rumah sakit, jam kunjung dokter, dokter yang berpengalaman, alat-alat yang digunakan bersih dan steril, kemudahan pelayanan dalam

memberikan informasi, kemampuan dokter mendengarkan keluhan pasien, dan perawat yang melayani dapat memberi respon dengan cepat (Magdalena dkk, 2013). Studi lainnya menyebutkan bahwa mutu layanan memiliki pengaruh positif langsung dan signifikan terhadap kepercayaan pasien. Artinya, bila semakin baik mutu layanan maka kepercayaan pasien akan meningkat, sebaliknya bila semakin buruk mutu layanan maka kepercayaan pasien akan menurun (Kartikasari, 2014).

Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, menjelaskan bahwa rumah sakit adalah institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna dan merata yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan rumah sakit terdiri dari pelayanan medik, paramedik dan penunjang medik. Permasalahan yang kerap dialami oleh rumah sakit sebagai penyedia jasa adalah rumah sakit belum mampu memberikan pelayanan yang benar-benar diharapkan pengguna jasa atau pasien. Penyebab utamanya dikarenakan pelayanan yang diberikan masih berkualitas rendah sehingga belum dapat menghasilkan pelayanan yang diharapkan pasien. Rumah sakit merupakan organisasi yang menjual jasa, maka pelayanan yang berkualitas merupakan suatu tuntutan yang harus dipenuhi, bila pasien tidak menemukan kepuasan dari kualitas pelayanan yang diberikan maka pasien cenderung mengambil

keputusan tidak melakukan kunjungan ulang pada rumah sakit tersebut (Firdaus, 2015).

Menurut UU No.24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), BPJS adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia. Dalam Undang-Undang tersebut pula disebutkan bahwa BPJS memiliki wewenang untuk melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memaanuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional. Pihak BPJS melakukan Survey Kepuasan Pasien yaitu Survey *Walk Through Audit* terhadap rumah sakit yang bekerja sama dengan pihak BPJS. Berdasarkan hasil evaluasi 2 (dua) tahun yaitu tahun 2013 dan tahun 2014, pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) masih terdapat keluhan peserta terhadap pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) khususnya di Rumah Sakit, dan sebagai tindak lanjut atas permasalahan tersebut maka perlu dilakukan *Walk Through Audit* (WTA) tentang kepuasan peserta atas pelayanan FKRTL dengan tujuan untuk memberikan umpan balik kepada FKRTL atas pelayanan yang telah diberikan. Hasil survey WTA yang dilakukan mempunyai skor

maksimal masing-masing responden adalah poin 100 dan skor minimal adalah poin 70 (BPJS, 2016).

1.2 Permasalahan dan Tujuan

Dalam rangka melaksanakan umpan balik yang telah dilakukan oleh pihak BPJS, pihak Rumah Sakit yang memiliki nilai skor dibawah nilai minimal yang ditetapkan oleh pihak BPJS harus melakukan perbaikan pelayanan untuk meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan. Oleh karena itu, diperlukan adanya penilaian mutu pelayanan kesehatan Rumah Sakit salah satunya melalui pendekatan metode *Quality Function Deployment* (QFD).

Adapun tujuan dari penelitian ini secara umum adalah untuk menilai mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit X dan secara khusus bertujuan untuk mengetahui dimensi prioritas yang sesuai dengan keinginan pasien, menganalisis tingkat kepuasan pasien berdasarkan dimensi prioritas dan terakhir adalah mengetahui upaya peningkatan mutu layanan kesehatan di Rumah Sakit X berdasarkan metode *Quality Function Deployment* (QFD).

1.3 Metode Pemecahan Masalah

Untuk menjawab permasalahan mengenai penilaian mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit maka diperlukan suatu alat yang dapat mengukur mutu suatu pelayanan tersebut. Mutu suatu pelayanan rumah sakit salah satunya

dipengaruhi oleh tingkat kepuasan pasien. *Quality Function Deployment* (QFD) merupakan salah satu metodologi yang kerap digunakan untuk perencanaan dan peningkatan kualitas produk dan jasa, metodologi ini berlandaskan keinginan pengguna jasa dalam hal ini pasien pada suatu penyedia jasa dalam hal ini rumah sakit. Rumah Sakit X dipilih untuk dikaji mutu pelayanannya dengan pertimbangan hasil survey WTA yang dilakukan BPJS menunjukkan rumah sakit tersebut memiliki skor terendah diantara rumah sakit tipe D lainnya di daerah tersebut.

BAB II

MUTU PELAYANAN KESEHATAN

2.1 Mutu Pelayanan Kesehatan

2.1.1 Definisi Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu adalah perpaduan sifat-sifat dan karakteristik produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan. Berikut beberapa definisi mutu menurut para ahli:

- a. Menurut Deming (1982) mutu berarti pemecahan masalah untuk mencapai penyempurnaan terus menerus, mutu dapat dilihat dari 3 aspek yakni konteks, persepsi, dan kebutuhan atau keinginan pelanggan.
- b. Menurut ISO (9000:2000) Mutu adalah derajat atau tingkat karakteristik yang melekat pada produk yang mencukupi persyaratan atau keinginan.
- c. Menurut Juran dalam Bustami (2011) mutu adalah kecocokan penggunaan produk (*fitness for use*) untuk memenuhi kebutuhan dan kepuasan pelanggan.

Terjaminnya mutu pelayanan kesehatan akan menghasilkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan harapan dan kebutuhan pasien, serta dapat menumbuhkan kepuasan kerja, komitmen, dan peningkatan moral profesi layanan kesehatan yang akan menimbulkan kepuasan pasien (Pohan, 2012). Mutu pelayanan kesehatan dapat dipenuhi dengan cara penyedia jasa layanan kesehatan harus dapat memenuhi kebutuhan dan tuntutan pasien, apabila berhasil dipenuhi maka akan dapat menimbulkan rasa puas pada pasien (*customer satisfaction*), makin sempurna kepuasan maka semakin baik mutu pelayanan kesehatan (Herlambang, 2016).

Pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan salah satu cara yang dapat memberi apa saja yang dibutuhkan oleh pasien dan dapat dijangkau oleh masyarakat, hal itu dapat ditentukan oleh profesi layanan kesehatan (Pohan, 2012). Kualitas pelayanan kesehatan terdiri dari kinerja yang baik dapat meningkatkan kesempurnaan pelayanan kesehatan dan memberikan kepuasan kepada pasien dan keluarganya sesuai dengan kepuasan yang optimal serta sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Muninjaya, 2015).

2.1.2 Dimensi Mutu Pelayanan

Menurut Pohan (2012) dimensi mutu pelayanan kesehatan terdiri dari:

A. Dimensi Kompetensi Teknis

Dimensi kompetensi teknis berhubungan dengan kompetensi pemberi layanan kesehatan mematuhi standar layanan kesehatan yang telah disepakati (standar operasional prosedur). Tidak dipenuhinya dimensi ini dapat mengakibatkan penyimpangan standar layanan kesehatan yaitu malpraktek yang dapat menurunkan mutu layanan dan membahayakan jiwa pasien.

B. Dimensi Keterjangkauan

Dimensi keterjangkauan yaitu layanan kesehatan yang mudah dijangkau oleh masyarakat, tidak terhambat oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa (efisien).

C. Dimensi Efektifitas Layanan Kesehatan

Layanan kesehatan yang mampu memberikan kesembuhan serta menghilangkan penyakit dan mencegah terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit.

D. Dimensi Efisiensi Layanan Kesehatan

Dimensi efisiensi sangat penting karena sumber daya kesehatan sangat terbatas. Layanan kesehatan yang efisien merupakan pemanfaatan waktu dan tenaga semaksimal mungkin

E. Dimensi Kesenambungan Layanan Kesehatan

Dimensi pelayanan secara terus menerus untuk kepentingan masyarakat dalam pelayanan kesehatan yang bertujuan tercapainya program kerja.

F. Dimensi Keamanan

Layanan yang diberikan kepada masyarakat dapat dijamin oleh penyelenggara kesehatan yang aman bagi pasien, maupun bagi masyarakat sekitar sehingga aman dari resiko cedera, bebas infeksi, efek samping atau bahaya lainnya.

G. Dimensi Kenyamanan

Kenyamanan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan agar masyarakat/pasien dapat menikmatinya sehingga psikologis kesehatan masyarakat/pasien dapat membantu dalam penyembuhannya. Kenyamanan dapat diukur yang meliputi kebersihan, kerapian, kebisingan, kesejukan, dll.

H. Dimensi Informasi

Layanan kesehatan yang memberikan informasi seluas-luasnya agar dapat dan mudah diketahui oleh masyarakat atau pasien yang menggunakannya.

I. Dimensi Ketepatan Waktu

Layanan kesehatan yang berprinsip dengan efisien waktu yaitu tepat guna dan tepat sasaran.

J. Dimensi Hubungan Antar Manusia

Hubungan antar manusia merupakan interaksi antara pemberi layanan kesehatan dengan pengguna layanan dan antar sesama pemberi layanan kesehatan. Hubungan antar manusia yang harmonis akan menambah kepercayaan atau kredibilitas dengan cara saling menghargai, saling menghormati, responsif, dan lain-lain.

2.2 Kepuasan Pelanggan

2.2.1 Definisi Kepuasan Pasien

Kepuasan adalah perasaan yang muncul setelah membandingkan persepsi dengan apa yang diterima dan dirasakan (Kotler, 2007). Kepuasan pasien adalah perasaan pasien yang diterima dari hasil kinerja layanan kesehatan yang dirasakan pasien dalam pelayanannya serta membandingkan dengan apa yang diharapkan. Kepuasan pasien adalah keluaran (*outcome*) layanan kesehatan (Pohan, 2012).

2.2.2 Pengukuran Tingkat Kepuasan Pasien

Menilai kepuasan pasien adalah kegiatan yang bertujuan untuk mengetahui batas kemampuan pelayanan dimana hal ini menjadi salah satu tolak ukur mutu layanan kesehatan. Kemauan dan keinginan pasien dapat diketahui melalui survei kepuasan pasien (Pohan, 2012).

Tingkat kepuasan pasien diukur berdasarkan konsep harapan-kinerja. Penilaian dilakukan dengan membuat kuesioner yang terdiri dari aspek-aspek layanan kesehatan yang dirasakan pasien, kemudian pasien diminta menilai setiap aspek sesuai dengan tingkat harapan bagi setiap pasien.

Tingkat harapan dan penilaian pasien terhadap kinerja layanan kesehatan (nilai kenyataan) masing masing diukur dengan menggunakan skala likert dengan graduasi penilaian sangat baik diberi bobot 4, baik diberi bobot 3, tidak baik diberi bobot 2, dan sangat tidak baik diberi bobot 1 (Pohan, 2012). Nilai rata-rata skor tingkat kepuasan didapatkan dari rata-rata skor kenyataan dibagi dengan rata-rata skor harapan (Wijaya, 2011).

2.3 Metode Quality Function Development

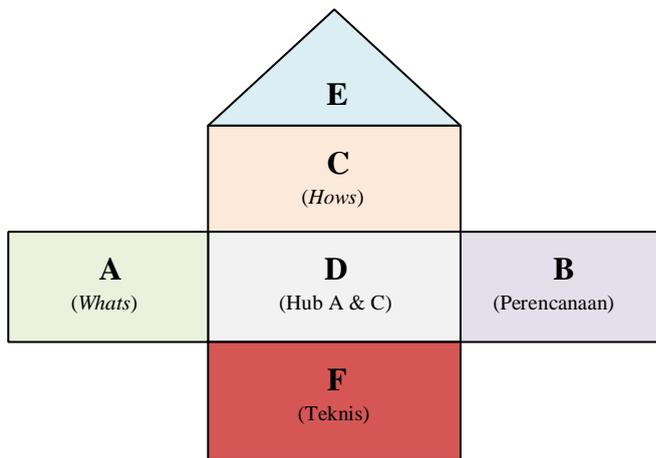
2.3.1 Definisi QFD

Berdasarkan definisinya, QFD merupakan salah satu cara bagi desain barang atau jasa untuk menilai kualitas berdasarkan kebutuhan konsumen, sistem desainnya mengikutsertakan anggota seluruh fungsi organisasi. QFD memungkinkan organisasi memprioritaskan kebutuhan pelanggan, menemukan tanggapan inovatif terhadap kebutuhan tersebut, memperbaiki proses hingga tercapai efektifitas maksimum dan merupakan praktik menuju

perbaikan proses yang dapat memungkinkan organisasi mencapai harapan pelanggan.

2.3.2 Bentuk dan Penjelasan *House of Quality*

Alat yang digunakan untuk menggunakan struktur QFD adalah matriks yang berbentuk rumah, yaitu yang disebut *house of quality* (Wijaya, 2011).



Gambar 1 Gambar *House of Quality*

A. Matriks A

Matriks A berisi kebutuhan dan keinginan konsumen terdiri dari sejumlah kebutuhan dan keinginan konsumen. Dalam kasus ini penulis menggabungkan teori dimensi mutu layanan kesehatan dengan QFD, maka dalam menyusun daftar matriks *whats* dilakukan minimalisasi jumlah *customer requirement* dengan memperhatikan nilai *gap* kepuasan pelayanan pada atribut kepuasan

pasien, jika nilai *gap* pada atribut bernilai negatif maka atribut tersebut dimasukkan ke dalam daftar *customer requirement*. Akan tetapi jika nilai *gap* atribut layanan positif berarti tidak ada masalah dalam atribut layanan sehingga tidak perlu masuk ke dalam *customer requirement* sehingga atribut layanan yang masuk ke dalam daftar dapat dikurangi dan penyelesaian dapat lebih cepat.

B. Matriks B

Matriks B memuat perencanaan yang terdiri dari empat jenis informasi yaitu rata-rata hasil penilaian pasien (nilai kenyataan), rata-rata hasil harapan pasien (nilai harapan), nilai *gap*, dan tingkat kepuasan pelanggan terhadap produk atau jasa.

C. Matriks C

Matriks C merupakan karakteristik teknis yang terdiri dari persyaratan-persyaratan teknis untuk produk atau jasa baru yang akan dikembangkan. Data ini dibuat atas informasi yang diperoleh dari matriks A. Pada bagian ini berisi persyaratan-persyaratan teknis untuk produk atau jasa yang akan dikembangkan. Dalam penyusunan matriks ini yang berperan penting adalah petinggi dari suatu instansi atau perusahaan. Jawaban dari mereka yang menjadi isi di matriks *hows*.

D. Matriks D

Matriks D mengenai kekuatan hubungan antara elemen-elemen yang terdapat pada bagian persyaratan teknis (matriks C) dan kebutuhan konsumen (matriks A) yang dipengaruhi. Pada tiap elemen matriks kebutuhan pasien akan dicari solusi atau rekayasa teknisnya. Tetapi perlu diketahui seberapa jauh pengaruh atau hubungan *technical descriptor* dalam menangani dan mengendalikan kebutuhan konsumen atau pelanggan. QFD mempunyai empat kemungkinan yang terjadi antara kinerja kepuasan pasien dan *technical descriptor*:

- 1) Kinerja kepuasan pasien tidak ada hubungannya dengan *technical descriptor* (nilai 0)
- 2) Kinerja kepuasan pasien mempunyai hubungan lemah dengan *technical descriptor* (nilai 1)
- 3) Kinerja kepuasan pasien mempunyai hubungan sedang dengan *technical descriptor* (nilai 3)
- 4) Kinerja kepuasan pasien sangat kuat hubungannya dengan *technical descriptor* (nilai 9)

E. Matriks E

Tahap ini berfungsi memetakan *interrelationship* dan *interdependencies* antar rekayasa teknis. Korelasi antara

kedua persyaratan teknis tersebut ditunjukkan menggunakan simbol-simbol sebagai berikut:

Tabel 1 Lambang dan Inti Korelasi

Simbol	Nilai	Pengertian
(tidak ada simbol)	0	Tidak ada pengaruh
	1	Pengaruh negatif
	3	Pengaruh positif cukup kuat
	9	Pengaruh positif sangat kuat

F. Matriks F

Matriks F berisi Berisi tiga jenis informasi yaitu rata-rata tingkat kepentingan persyaratan teknis dan urutan tingkat kepentingan (ranking) persyaratan teknis (target kinerja). Pada tahap ini berfungsi untuk mengetahui rata-rata tingkat kepentingan persyaratan teknis melalui nilai bobot dari matriks D sehingga didapatkan urutan tingkat kepentingan persyaratan teknis yang menjadi target kinerja.

2.4 Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif. Penelitian ini menggunakan metode QFD yaitu menterjemahkan apa yang dibutuhkan pelanggan menjadi apa yang dihasilkan oleh organisasi (Wijaya, 2011). Studi kasus dengan menggunakan metode ini dimulai dari

pengambilan sampel pasien pada unit rawat jalan dan unit rawat inap di Rumah Sakit X.

Dimensi mutu pelayanan yang diteliti meliputi kompetensi teknis, efektifitas, kenyamanan, ketepatan waktu, dan hubungan antar manusia. Dimensi tersebut dibuat menjadi pernyataan-pernyataan dalam kuesioner dan skor yang terdiri dari skor kenyataan dan skor harapan sehingga dapat dilihat nilai kepuasan pasien dan mutu pelayanan Rumah Sakit tersebut. Hasil kuesioner kemudian di masukkan ke dalam sket *house of quality* dan di analisis berdasarkan metode QFD.

BAB III

MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT

3.1 Dimensi Prioritas Berdasarkan Keinginan Pasien

Pada tahap pemilihan atribut dilakukan penyebaran kuesioner terdiri dari 10 dimensi. Setelah dilakukan penyebaran kuesioner didapatkan hasil menjadi 5 dimensi yaitu kompetensi teknis, efektivitas, kenyamanan, ketepatan waktu dan hubungan antar manusia. Pemilihan dimensi berdasarkan nilai presentase kepentingan diatas 50% (*cut of point*, yang disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2 Persentase Kepentingan Dimensi Mutu Layanan

No	Dimensi	Persentase Kepentingan
1	Kompetensi Teknis	82,7
2	Akses atau keterjangkauan	46,7
3	Efektifitas	74,2
4	Efisiensi	48,8
5	Kesinambungan	33,7
6	Keamanan	43,6
7	Kenyamanan	71,9
8	Informasi	49,3
9	Ketepatan waktu	83,3
10	Hubungan antarmanusia	69,5

Selanjutnya, lima dimensi yang berisi 27 total item atribut akan diteliti lebih lanjut.

3.2 Hasil Perhitungan Skor Kuesioner

Setelah dilakukan rekapitulasi seluruh kuesioner, selanjutnya dilakukan penghitungan nilai rata-rata kenyataan dan harapan pasien. Setelah itu dilakukan analisis kesenjangan atau *gap* dan tingkat kepuasan pada setiap dimensi dan atribut. Kesenjangan (*gap*) dihitung dari selisih antara kenyataan (persepsi) dan harapan (ekspektasi) pasien sebagai responden dan didapatkan nilai tingkat kepentingan atribut layanan dan nilai target value yang berfungsi menghilangkan gap antara tingkat kepuasan harapan dan kenyataan. Data kenyataan, harapan, gap dan tingkat kepuasan akan termuat dalam matriks B bagan *House of Quality*.

Tabel 3 Nilai Rata-Rata Kenyataan, Harapan, Gap, dan Tingkat Kepuasan

No.	Atribut Layanan	Customer Statifaction			Tingkat Kepuasan
		Kenyataan	Harapan	GAP	
Kompetensi Teknis					
1	Kemampuan perawat dalam menangani pasien	3,146	3,729	-0,58	84,4
2	Langkah-langkah kerja yang dilakukan dokter	3,281	3,781	-0,50	86,8
3	Langkah-langkah kerja yang dilakukan perawat	3,333	3,823	-0,49	87,2

No.	Atribut Layanan	Customer Statifaction			Tingkat Kepuasan
		Kenyataan	Harapan	GAP	
4	Peralatan yang digunakan untuk tindakan yang dilakukan	3,281	3,719	-0,44	88,2
5	Keadaan gedung rumah sakit	3,365	3,781	-0,42	89,0
6	Keadaan kamar ruang periksa dan ruang rawat inap	3,167	3,802	-0,635	83,3
7	Pemeriksaan laboratorium (cek darah / urin)	3,208	3,885	-0,677	82,6
RATA-RATA		3,25	3,79	-0,53	85,9
Efektifitas					
8	Tingkat kesembuhan dan tingkat kesakitan setelah berobat dan dilayani	3,198	3,76	-0,562	85,1
9	Tingkat kesakitan, kecacatan, resiko kematian pada saat setelah dilakukan perawatan	3,167	3,781	-0,614	83,8
10	Langkah-langkah kerja yang dilakukan perawat pada saat melakukan tindakan	3,313	3,906	-0,593	84,8
RATA-RATA		3,23	3,82	-0,59	84,5
Kenyamanan					
11	Kebersihan di ruang tunggu	3,208	3,688	-0,48	87,0
12	Fasilitas kursi di ruang tunggu	3,188	3,698	-0,51	86,2

No.	Atribut Layanan	Customer Statifaction			Tingkat Kepuasan
		Kenyataan	Harapan	GAP	
13	Suasana di ruang tunggu	2,875	3,792	-0,917	75,8
14	Kebersihan kamar mandi/wc	3,188	3,719	-0,531	85,7
15	Tempat pembuangan sampah (tong sampah)	3,22	3,6	-0,38	89,4
16	Ruang tunggu dilengkapi dengan hiburan	3,17	3,7	-0,53	85,7
17	Privasi / sekat di kamar periksa	3,03	3,73	-0,7	81,2
RATA-RATA		3,13	3,70	-0,58	84,4
Ketepatan Waktu					
18	Waktu layanan	2,89	3,58	-0,69	80,7
19	Waktu tunggu pasien untuk registrasi/mendaftar (setelah tiba)	2,6	3,72	-1,12	69,9
20	Waktu tunggu pasien untuk mendapat pelayanan (setelah registrasi)	3,09	3,65	-0,56	84,7
21	Waktu tunggu pasien untuk pengambilan obat (setelah diperiksa dokter)	3,083	3,67	-0,587	84,0
22	Perawat datang dan pulang tepat waktu	2,46	3,85	-1,39	63,9
RATA-RATA		2,82	3,69	-0,87	76,6

No.	Atribut Layanan	Customer Statifaction			Tingkat Kepuasan
		Kenyataan	Harapan	GAP	
Hubungan Antar Manusia					
23	Tanggapan dokter terhadap keluhan pasien	2,917	3,74	-0,823	78,0
24	Tanya jawab (konsultasi) antara dokter dan pasien atau keluarga pasien	2,906	3,604	-0,698	80,6
25	Pemberian informasi oleh perawat pada pasien/ keluarga pasien	2,719	3,719	-1	73,1
26	Perawat mendengar keluhan pasien	2,625	3,813	-1,188	68,8
27	Perawat membantu, peduli, ramah dan menghargai pasien	2,594	3,781	-1,187	68,6
RATA-RATA		2,75	3,73	-0,98	73,8
RATA – RATA KESELURUHAN		3,0	3,7	-0,7	81,4

Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan (*gap*) negatif antara kenyataan dan harapan pada semua atribut. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dalam proses pelayanan yang diterima oleh pasien belum sesuai dengan harapan atau keinginan pasien dimana gap total keseluruhan sebesar -0,7.

Apabila dilihat dari tiap dimensi mutu layanan maka dimensi hubungan antarmanusia memiliki tingkat kesenjangan paling besar di antara kelima dimensi mutu yaitu -0,98 yang berarti pada dimensi hubungan antar manusia belum memenuhi harapan pasien dan perlu dilakukan perbaikan. Pada dimensi ini tingkat kesenjangan yang paling besar menurut atribut adalah terdapat pada atribut perawat mendengar keluhan pasien yaitu sebesar -1,188, hal ini menjadi prioritas utama upaya perbaikan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dari segi hubungan antar manusia.

Dimensi dengan *gap* terkecil adalah dimensi kompetensi teknis dengan nilai kesenjangan sebesar -0,53. Atribut dengan tingkat kesenjangan yang paling kecil adalah atribut tempat pembuangan sampah (tong sampah) dengan nilai -0,38. Hal ini menunjukkan bahwa tempat pembuangan sampah (tong sampah) sudah cukup banyak, karena itu dapat mempengaruhi tingkat kebersihan rumah sakit.

3.3 Hasil Penyusunan *House of Quality*

3.3.1 Daftar Kebutuhan Konsumen (Matriks A)

Matriks kebutuhan konsumen adalah daftar atribut dari yang paling penting bagi pasien. Berisi 27 item atribut kebutuhan pasien dari 5 dimensi prioritas.

Tabel 4Matriks A

Whats Matriks
Perawat datang dan pulang tepat waktu
Perawat mendengar keluhan pasien
Perawat membantu, peduli, ramah, dan menghargai pasien
Waktu tunggu pasien untuk registrasi/mendaftar (setelah tiba)
Pemberian informasi oleh perawat kepada pasien/keluarga pasien
Suasana di ruang tunggu
Tanggapan dokter terhadap keluhan pasien
Privasi/sekat di kamar periksa
Waktu layanan
Tanya jawab (konsultasi) antara dokter dan pasien / keluarga pasien
Pemeriksaan laboratorium
Keadaan kamar ruang periksa dan ruang rawat inap
Tingkat kesakitan, kecacatan, resiko kematian pada saat setelah dilakukan perawatan di RSUD
Langkah2 kerja yang dilakukan perawat pada saat melakukan tindakan
Kemampuan perawat dalam menangani pasien
Waktu tunggu pasien untuk pengambilan obat (setelah diperiksa)
Tingkat kesembuhan dan tingkat kesakitan setelah berobat dan dilayani
Waktu tunggu pasien untuk mendapat pelayanan
Kebersihan kamar mandi/wc
Ruang tunggu dilengkapi dengan hiburan (musik/tv)
Fasilitas kursi di ruang tunggu
Langkah-langkah kerja yang dilakukan dokter
Langkah-langkah kerja yang dilakukan perawat
Kebersihan di ruang tunggu
Peralatan yang digunakan untuk tindakan yang dilakukan (tensi, jarum suntik, dll)
Keadaan gedung rumah sakit
Tempat pembuangan sampah (tong sampah)

3.3.2 Daftar Karakteristik Teknis (Matriks C)

Voice of customer merupakan pelayanan yang memberikan jawaban, yaitu berupa rekayasa teknis (*hows*). Rekayasa teknis merupakan respon pihak Rumah Sakit terhadap keinginan-keinginan pasien. Berikut daftar karakteristik teknis yang diperoleh dari hasil kesimpulan penyebaran kuesioner terbuka terhadap Kabag TU, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Keperawatan dan Dokter.

Tabel 5Daftar Karakteristik Teknis

HOWS Matriks
Melengkapi sarana dan prasarana
Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan berdasarkan SOP
Meningkatkan kompetensi pegawai
Meningkatkan kedisiplinan pegawai
Mengadakan pelatihan untuk pegawai
Meningkatkan kebersihan Rumah Sakit
Mempermudah segala layanan

3.3.3 Hubungan Matriks A dan C (Matriks D)

Matriks *whats* merupakan pertanyaan dan matriks *hows* merupakan jawabannya, jika hubungan matriks *whats* dan *hows* sangat kuat maka nilainya 9, jika hubungannya sedang nilai 3, jika hubungannya lemah maka nilainya 1 dan jika tidak ada hubungan nilainya 0. Matriks ini merupakan rata-rata hasil jawaban dari responden petugas kesehatan mengenai hubungan antara matriks A dan matriks C.

Tabel 6Matriks D

		Matriks <i>Hows</i>						
		Melengkapi sarana dan prasarana	Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan berdasarkan SOP	Meningkatkan kompetensi pegawai	Meningkatkan kedisiplinan pegawai	Mengadakan pelatihan untuk pegawai	Meningkatkan kebersihan Rumah Sakit	Mempermudah segala layanan
Matriks <i>Whats</i>	Perawat datang dan pulang tepat waktu	0	9	9	9	0	0	0
	Perawat mendengar keluhan pasien	9	9	9	0	3	0	1
	Perawat membantu, peduli, ramah, dan menghargai pasien	3	9	9	0	9	0	9
	Waktu tunggu pasien untuk registrasi (setelah tiba)	0	9	3	3	0	0	0
	Pemberian informasi oleh perawat kepada pasien/keluarga pasien	3	9	9	0	3	0	3
	Suasana di ruang tunggu	9	1	0	0	0	9	0
	Tanggapan dokter terhadap keluhan pasien	0	9	9	9	3	0	9
	Privasi/sekat di kamar periksa	3	3	0	0	0	0	0
	Waktu layanan	0	9	0	0	0	0	9
	Tanya jawab (konsultasi) antara dokter dan pasien / keluarga pasien	0	9	3	1	3	0	9
	Pemeriksaan laboratorium	9	9	9	3	9	3	9
	Keadaan kamar ruang periksa dan ruang rawat inap	9	9	0	0	0	9	0
	Tingkat kesakitan, kecacatan, resiko kematian pada saat setelah dilakukan perawatan di RS	9	9	9	3	9	0	3
	Langkah2 kerja yang dilakukan perawat pada saat melakukan tindakan	3	9	9	3	9	0	9
	Kemampuan perawat dalam menangani pasien	0	9	9	9	9	0	9
	Waktu tunggu pasien untuk pengambilan obat (setelah diperiksa)	0	9	0	0	0	0	3
	Tingkat kesembuhan dan tingkat kesakitan setelah berobat dan dilayani	0	9	9	0	3	3	9
	Waktu tunggu pasien untuk mendapat pelayanan	9	1	0	0	0	0	3
	Kebersihan kamar mandi atau WC	9	3	0	0	0	9	0
	Ruang tunggu dilengkapi hiburan (TV dll)	9	0	0	0	0	0	9
	Fasilitas kursi di ruang tunggu	9	0	0	0	0	0	0
	Langkah-langkah kerja yang dilakukan dokter	9	9	9	9	0	0	1
	Langkah-langkah kerja yang dilakukan perawat	3	9	9	1	9	0	0
	Kebersihan di ruang tunggu	9	9	3	9	3	9	1
	Peralatan yang digunakan untuk tindakan yang diperlukan	9	9	1	1	3	0	0
	Keadaan gedung rumah sakit	9	3	0	0	0	3	1
	Ketersediaan tong sampah	9	1	0	1	0	9	1
	JUMLAH	141	183	118	61	75	63	98
RATA-RATA	5,2	6,8	4,4	2,25	2,8	2,33	3,6	

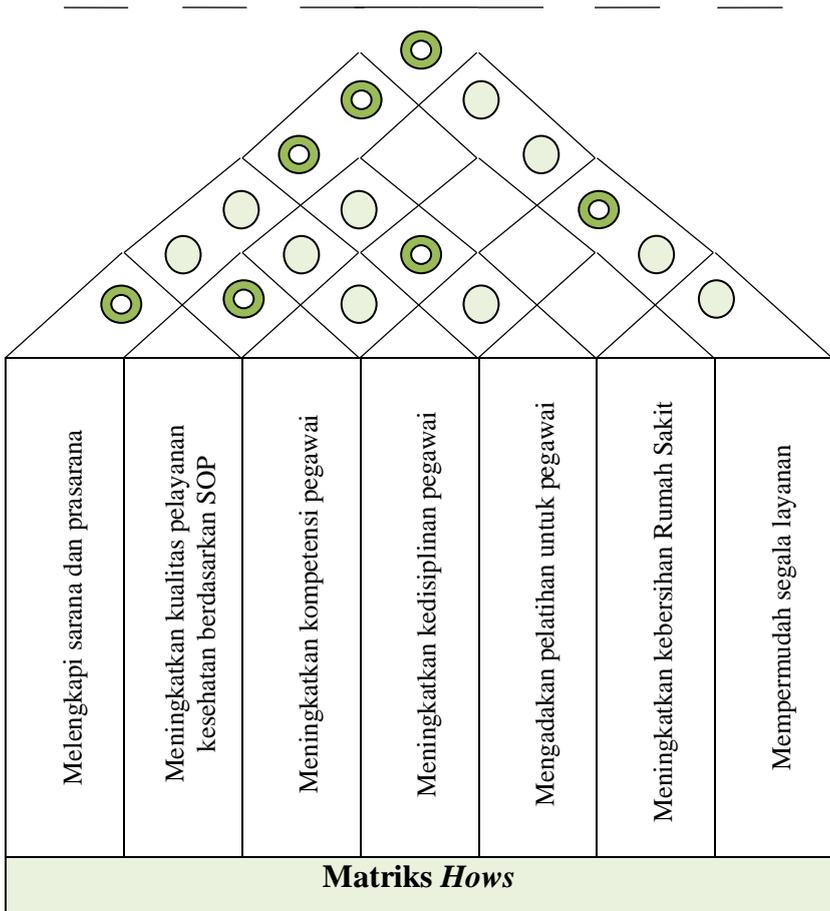
Berdasarkan tabel 5 matriks D atau matriks hubungan antara *whats dan hows*, dapat diketahui rata-rata nilai dari tingkat kepentingan persyaratan teknis pada matriks *hows*, maka urutan peringkat persyaratan teknis berdasarkan tingkat kepentingannya adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan berdasarkan SOP
2. Melengkapi sarana dan prasarana
3. Meningkatkan kompetensi pegawai
4. Mempermudah segala layanan
5. Mengadakan pelatihan untuk pegawai
6. Meningkatkan kebersihan RS

3.3.4 Hubungan antar Matriks *Hows* (Matriks E)

Matriks *hows* merupakan jawaban dari pertanyaan *whats* yang terdiri dari beberapa pertanyaan atau kebijakan pihak Rumah Sakit yang kemungkinan terjadi, hubungan antar pertanyaan atau kebijakan tersebut. Hubungannya bisa saling memengaruhi atau saling bertentangan. Dalam mengimplementasikan kebijakan, harus memperhatikan aspek ini. Bila kebijakan yang diambil saling mendukung tentu akan sangat menguntungkan dalam mencapai tujuan. Tetapi bila kebijakan yang diambil saling bertentangan, maka hasil yang dicapai tidak akan optimal.

Tabel 7 Matriks E



Hasil pada matriks *hows* menunjukkan bahwa yang mempunyai pengaruh **positif kuat** antar matriks yaitu:

- Melengkapi sarana dan prasarana dengan meningkatkan kualitas pelayanan berdasarkan SOP

- Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan berdasarkan SOP dengan meningkatkan kompetensi dokter dan perawat
- Meningkatkan kompetensi dokter dan perawat dengan mengadakan pelatihan untuk dokter dan perawat
- Meningkatkan kedisiplinan dokter dan perawat dengan mempermudah segala pelayanan
- Melengkapi sarana dan prasarana dengan mengadakan pelatihan untuk dokter dan perawat
- Melengkapi sarana dan prasarana dengan meningkatkan kebersihan rumah sakit
- Melengkapi sarana dan prasarana dengan mempermudah segala pelayanan

Hasil pada matriks *hows* menunjukkan bahwa yang mempunyai pengaruh **positif cukup kuat** antar matriks yaitu:

- Meningkatkan kompetensi pegawai dengan meningkatkan kedisiplinan pegawai
- Meningkatkan kedisiplinan pegawai dengan mengadakan pelatihan untuk pegawai
- Meningkatkan kebersihan RS dengan mempermudah segala layanan
- Melengkapi sarana dan prasarana dengan meningkatkan kompetensi dokter dan perawat

- Meningkatkan kualitas pelayanan dengan meningkatkan kedisiplinan pegawai
- Mengadakan pelatihan untuk pegawai dengan mempermudah segala layanan
- Melengkapi sarana dan prasarana dengan meningkatkan kedisiplinan pegawai
- Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan berdasarkan SOP dengan mengadakan pelatihan untuk pegawai
- Meningkatkan kompetensi pegawai dengan mempermudah segala layanan
- Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan berdasarkan SOP dengan mempermudah segala layanan

3.3.5 Upaya Peningkatan Mutu Layanan Kesehatan dengan metode QFD

a) Berdasarkan Prioritas Tingkat Kepentingan Persyaratan Teknis

Hasil prioritas tingkat kepentingan persyaratan teknis didapatkan dari hasil rata-rata jumlah pada matriks D. Nilai rata-rata tertinggi merupakan prioritas utama yang dilakukan oleh pihak Rumah Sakit dalam rangka peningkatan mutu layanan.

Tabel 8 Prioritas Persyaratan Teknis

No	Pernyataan	Rata-rata nilai	Prioritas
1	Melengkapi sarana dan prasarana	5,2	2
2	Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan berdasarkan SOP	6,8	1
3	Meningkatkan kompetensi pegawai	4,4	3
4	Meningkatkan kedisiplinan pegawai	2,25	7
5	Mengadakan pelatihan untuk pegawai	2,8	5
6	Meningkatkan kebersihan Rumah Sakit	2,33	6
7	Mempermudah segala layanan	3,6	4

b) Berdasarkan Nilai *Target Value*

Penentuan target *value* dalam pengertian ini berdasarkan pada pertimbangan nilai tingkat kepuasan dari pasien. Jika pihak manajemen rumah sakit menginginkan kebijakan pemenuhan kepuasan pasien maka sebisa mungkin pihak manajemen rumah sakit berusaha meningkatkan tingkat kepuasan pasien, sehingga penetapan target *value* sesuai dengan nilai target kepuasan pasien. Pada bagian ini sangat tergantung pada tim QFD apakah akan melakukan perubahan atau tidak setelah melihat hasil penilaian konsumen.

Target *value* menghasilkan nilai dari tujuan mana yang akan dicapai berdasarkan nilai. Nilai target value didapatkan dengan cara membuat target pencapaian ke depan yang dilihat dari hasil penilaian pasien, akan tetapi kembali lagi

dari tingkat kemampuan dan kesepakatan dari pihak rumah sakit, perbaikan mana yang akan dilakukan terlebih dahulu dan disesuaikan dengan kemampuan pihak Rumah sakit.

Target *value* pada kasus ini ditentukan oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Kepala Bidang Keperawatan. Pada tabel berikut merupakan hasil dari kesepakatan oleh pihak Rumah Sakit tentang penentuan target tingkat kepuasan yang harus dicapai sehingga nilai target *value* terbesar pada atribut perawat datang dan pulang tepat waktu. Hal ini menunjukkan menurut pihak rumah sakit, langkah utama untuk dilakukan perbaikan adalah pada atribut perawat datang dan pulang tepat waktu.

Tabel 9 *Target Value*

No	Pernyataan	Tingkat Kepuasan (%)	Target (%)	Target Value
1	Kemampuan perawat dalam menangani pasien	84,4	97	12,6
2	Langkah-langkah kerja yang dilakukan dokter	86,8	100	13,2
3	Langkah-langkah kerja yang dilakukan perawat	87,2	100	12,8
4	Peralatan yang digunakan untuk tindakan yang dilakukan (tensi, jarum suntik, dll)	88,2	100	11,8
5	Keadaan gedung rumah sakit	89,0	98	9
6	Keadaan kamar ruang periksa dan ruang rawat inap	83,3	99	15,7
7	Pemeriksaan laboratorium	82,6	98	15,4
8	Tingkat kesembuhan dan tingkat kesakitan setelah berobat dilayani	85,1	98	12,9

No	Pernyataan	Tingkat Kepuasan (%)	Target (%)	Target Value
9	Tingkat kesakitan, kecacatan, resiko kematian pada saat setelah dilakukan perawatan di RSUD	83,8	99	15,2
10	Langkah2 kerja yang dilakukan perawat pada saat melakukan tindakan	84,8	100	15,2
11	Kebersihan di ruang tunggu	87,0	100	13
12	Fasilitas kursi di ruang tunggu	86,2	100	13,8
13	Suasana di ruang tunggu	75,8	98	22,2
14	Kebersihan kamar mandi dan wc	85,7	98	12,3
15	Tempat pembuangan sampah	89,4	100	10,6
16	Ruang tunggu dilengkapi dengan hiburan (musik atau TV)	85,7	97	11,3
17	Privasi atau sekat di kamar periksa	81,2	100	18,8
18	Waktu layanan (buka POLI ada rawat jalan dan kunjungan dokter pada rawat inap)	80,7	100	19,3
19	Waktu tunggu pasien untuk registrasi (setelah tiba)	69,9	89	19,1
20	Waktu tunggu pasien mendapat pelayanan	84,7	98	13,3
21	Waktu tunggu pasien pengambilan obat	84	98	14
22	Perawat datang dan pulang tepat waktu	63,9	97	33,1
23	Tanggapan dokter terhadap keluhan pasien	78	98	20
24	Tanya jawab (konsultasi) antara dokter dan pasien atau keluarga	80,6	99	18,4

No	Pernyataan	Tingkat Kepuasan (%)	Target (%)	Target Value
25	Pemberian informasi oleh perawat kepada pasien atau keluarga	73,1	96	22,9
26	Perawat mendengar keluhan pasien	68,8	89	20,2
27	Perawat membantu, peduli, ramah, dan menghargai pasien	68,8	90	21,4

3.3.6 *House of Quality*

Usai tiap-tiap bagian atau elemen dari *house of quality* dianalisis, kini saatnya menyusun tiap-tiap bagian tersebut menjadi satu kesatuan *house of quality*. Gambar *house of quality* dapat dilihat pada halama selanjutnya.

- ⊙ = Pengaruh positif sangat kuat
 - = Pengaruh positif cukup kuat
 - △ = Pengaruh negatif
- Nilai 9 : Berhubungan sangat kuat
 Nilai 3 : Berhubungan sedang
 Nilai 1 : Berhubungan lemah
 Nilai 0 : Tidak ada hubungan

Customer Requirements (What)	Direction of Improvement Design Requirements (How)											Peringkat	Target Value
	Melengkapi sarana & Prasarana	Meningkatkan kualitas pelayanan	Meningkatkan Kompetensi pegawai	Meningkatkan Kedisiplinan pegawai	Mengadakan pelatihan untuk pegawai	Meningkatkan Kebersihan RS	Mempermudah segala pelayanan	X Kenyataan	X Harapan	GAP	Tingkat kepuasan pasien (%)		
Perawat datang dan pulang tepat waktu	0	9	9	9	0	0	0	2,46	3,85	-1,39	63,9	27	33,1
Perawat mendengar keluhan pasien	9	9	9	0	3	0	1	2,62	3,81	-1,18	68,8	25	20,2
Perawat membantu, peduli, ramah	3	9	9	0	9	0	9	2,59	3,89	-1,18	68,6	26	21,4
Waktu tunggu pasien untuk registrasi	0	9	3	3	0	0	0	2,6	3,72	-1,12	69,9	24	19,1
Pemberian informasi oleh perawat	3	9	9	0	3	0	3	2,71	3,31	-1	73,1	23	22,9
Suasana ruang tunggu	9	1	0	0	0	9	0	2,87	2079	-0,91	75,8	22	22,2
Tanggapan dokter terhadap keluhan pasien	0	9	9	9	3	0	9	2,91	3,74	-0,82	78	21	20
Privasi / sekat di kamar periksa	3	3	0	0	0	0	0	3,03	3,73	-0,7	81,2	18	18,8
Waktu layanan	0	9	0	0	0	0	9	2,89	3,58	-0,69	80,7	19	19,3
Tanya jawab antara dokter dan pasien	0	9	3	1	3	0	9	2,9	3,6	-0,69	80,6	20	18,4
Pemeriksaan laboratorium	9	9	9	3	9	3	9	3,2	3,88	-0,67	82,6	17	15,4
Keadaan kamar periksa	9	9	0	0	0	9	0	3,16	3,8	-0,63	83,3	16	15,7
Tingkat kesakitan kecacatan	9	9	9	3	9	0	3	3,16	3,78	-0,61	83,8	15	15,2
Langkah langkah kerja yang dilakukan perawat pada saat melakukan tindakan	3	9	9	3	9	0	9	3,31	3,9	-0,59	84,8	11	15,2
Kemampuan perawat dim menangani pasien	0	9	9	9	9	0	9	3,14	3,72	-0,58	84,4	13	12,6
Waktu tunggu pasien untuk pengambilan obat	0	9	0	0	0	0	3	3,08	3,67	-0,58	84	14	14
Tingkat kesembuhan dan tingkat kesakitan	0	9	9	0	3	3	9	3,19	3,76	-0,56	85,1	10	12,9
Waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan	9	1	0	0	0	0	3	3,09	3,65	-0,56	84,7	12	13,3
Kebersihan kamar mandi / WC	9	3	0	0	0	9	0	3,18	3,71	-0,53	85,7	8	12,3
Ruang tunggu dilengkapi dengan hiburan	9	0	0	0	0	0	9	3,17	3,7	-0,53	85,7	9	11,3
Fasilitas kursi di ruang tunggu	9	0	0	0	0	0	0	3,18	3,69	-0,51	86,2	7	13,8
Langkah langkah kerja yang dilakukan dokter	9	9	9	9	0	0	1	3,28	3,78	-0,5	86,8	6	13,2
Langkah langkah kerja yang dilakukan perawat	3	9	9	1	9	0	0	3,33	3,82	-0,49	87,2	4	12,8
Kebersihan di ruang tunggu	9	9	3	9	3	9	1	3,2	3,68	-0,48	87	5	13
Peralatan yang digunakan	9	9	1	1	3	0	0	3,28	3,71	-0,44	88,2	3	11,8
Keadaan gedung RS	9	3	0	0	0	3	1	3,36	3,78	-0,42	89	2	9
Tempat tong sampah	9	1	0	1	0	9	1	3,22	3,6	-0,38	89,4	1	10,6
Rata rata tingkat kepentingan persyaratan teknis	5,2	6,8	4,4	2,25	2,8	2,33	3,6						
Target Kinerja	2	1	3	7	5	6	4						

Gambar 2 House of Quality

3.4 Analisis Dimensi Mutu Pelayanan

Penelitian ini menggunakan dimensi menurut Pohan yang terdiri dari 10 dimensi dan kemudian dimensi mutu tersebut diperkecil berdasarkan hasil tingkat kepentingan menurut pasien, menjadi lima dimensi mutu antara lain: kompetensi teknis, efektifitas, kenyamanan, ketepatan waktu, dan hubungan antarmanusia.

3.4.1 Dimensi Kompetensi Teknis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang syarat Rumah Sakit Tipe D, syarat-syarat pelayanan medis dasar antara lain memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 pelayanan medik spesialis dasar yang terdiri dari pelayanan medik umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik dan non klinik. Pelayanan medik umum terdiri dari pelayanan medik dasar, pelayanan medik gigi mulut, dan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Pelayanan gawat darurat harus dapat memberikan pelayanan 24 jam. Pelayanan medik spesialis dasar sekurang-kurangnya 2 dari 4 jenis pelayanan spesialis dasar yang meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetri dan ginekologi.

Rumah Sakit X telah memiliki empat jenis pelayanan spesialis dasar yaitu, pelayanan penyakit dalam, kesehatan

anak, bedah dan mata. Artinya, dalam hal pelayanan medik spesialis dasar Rumah Sakit X telah memenuhi atau sesuai dengan syarat yang ditetapkan dalam PERMENKES RI Nomor 340/MENKES/PER/III/2010.

Pelayanan spesialis penunjang medik yaitu laboratorium dan radiologi. Pelayanan penunjang klinik terdiri dari perawatan *high care* unit, pelayanan darah, gizi, farmasi, sterilisasi instrumen, dan rekam medik. Pelayanan penunjang non klinik terdiri dari pelayanan laundry, jasa boga, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, *ambulance*, komunikasi, kamar jenazah, pemadam kebakaran, pengelolaan gas medik, dan penampungan air bersih. Pelayanan penunjang klinik Rumah Sakit X telah lengkap, namun pada pelayanan penunjang non klinik pengelolaan limbah dan kamar jenazah masih belum tersedia.

Pada pelayanan medik dasar minimal harus ada 4 orang dokter umum dan 1 orang dokter gigi sebagai tenaga tetap. Dokter umum di Rumah Sakit X berjumlah 7 orang dan dokter gigi berjumlah 2 orang. Hal ini membuktikan bahwa tenaga dokter umum dan dokter gigi sudah memenuhi bahkan diatas batas standar dari rumah sakit tipe D.

Menurut standar dari Rumah Sakit Tipe D, jumlah tempat tidur minimal 50 buah sedangkan di Rumah Sakit X memiliki 98 tempat tidur yang terdiri dari 6 tempat tidur di kelas I, 11 tempat tidur di kelas II, 77 tempat tidur di kelas III, dan 4 tempat tidur di non kelas. Dari kriteria pada syarat

rumah sakit tipe D menunjukkan Rumah Sakit X sudah sesuai dengan standar rumah sakit tipe D.

Dimensi kompetensi teknis dalam kajian ini dijabarkan dalam tujuh atribut, yaitu kemampuan perawat dalam menangani pasien, langkah-langkah kerja yang dilakukan dokter, langkah-langkah kerja yang dilakukan perawat, peralatan yang digunakan, keadaan gedung rumah sakit, keadaan kamar ruang periksa dan ruang rawat inap, dan pemeriksaan laboratorium.

Diketahui dari hasil penelitian jika harapan pasien pada dimensi kemampuan teknis masih belum terpenuhi, hal ini terlihat dari nilai rata-rata *gap* pada dimensi ini yang masih bernilai negatif. *Gap* pada dimensi kompetensi teknis ini berada pada peringkat terakhir dari empat dimensi lainnya. Namun perlu diketahui bila nilai rata-rata kepuasan pada dimensi ini sudah baik bila dibandingkan dengan batas minimal nilai kepuasan pasien menurut survey pihak BPJS yaitu sebesar 70%. Hal ini menunjukkan performa pada dimensi ini sudah cukup memuaskan pasien. Pada dimensi ini nilai *gap* tertinggi terletak pada atribut pemeriksaan laboratorium yaitu -0,677 tetapi berbanding terbalik dengan tingkat kepuasannya sebesar 86%. Observasi di lapangan diketahui bahwa banyak pasien yang mengeluhkan hasil tes laboratorium didapatkan cukup lama dan tidak disertai dengan penjelasan mengenai hasilnya langsung pada pasien.

Firdaus dan Zuhi (2015) menyebutkan adanya hubungan antara kepuasan pasien dengan waktu menunggu dan pemeriksaan laboratorium. Pemberian pelayanan yang optimal maka pasien juga akan mendapat kepastian hasil pemeriksaan dengan lebih cepat dan akurat, dengan hasil pemeriksaan yang cepat dan akurat pasien akan bisa mendapat kepastian diagnose dan mendapat penanganan yang lebih tepat, yang pada akhirnya masa perawatannya akan menjadi lebih pendek dan mengurangi biaya perawatan.

Dimensi mutu menurut Parasuraman pada dimensi *responsiveness* (cepat tanggap) bahwa kemampuan petugas kesehatan menolong pengguna dan kesiapannya melayani pasien sesuai dengan standar prosedur dan yang dapat memenuhi harapan pengguna pelayanan kesehatan terhadap kecepatan pelayanan cenderung meningkat. Pelayanan kesehatan yang cepat tanggap terhadap kebutuhannya ditentukan oleh sikap petugas kesehatan itu sendiri dan pada dimensi *reliability* kemampuan memberikan pelayanan kesehatan tepat waktu dan akurat sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) institusi tersebut akan meningkatkan kepuasan pasien (Parasuraman, 1998).

Jumlah sumber daya manusia yang seimbang dengan jumlah pasien sangat mempengaruhi tingkat kecepatan petugas dalam melayani pasien. Demikian halnya masa kerja juga sangat mempengaruhi keterampilan seseorang dalam melakukan pekerjaan (Bustani, 2015). Untuk meningkatkan

mutu pelayanan kesehatan, pihak manajemen puncak perlu membangun budaya kerja yang baik dan bermutu yaitu budaya tidak ada kesalahan yang diterapkan mulai dari pimpinan puncak sampai ke *front line staff*, dan dikembangkan melalui pembentukan kelompok kerja yang kompak dan terus menerus sudah mendapat pelatihan sesuai perkembangan teknologi kedokteran dan ekspektasi masyarakat.

3.4.2 Dimensi Efektifitas

Dimensi efektifitas dituangkan ke dalam tiga atribut, yaitu tingkat kesembuhan dan tingkat kesakitan setelah berobat dan dilayani, tingkat kesakitan, kecacatan, resiko kematian pada saat setelah dilakukan perawatan di RSUD dan langkah-langkah kerja yang dilakukan perawat pada saat melakukan tindakan.

Dimensi efektifitas memiliki nilai *gap* sebesar -0,59 dan nilai rata-rata kepuasannya sebesar 74,2%. *Gap* pada dimensi ini berada pada peringkat ketiga dari lima dimensi. Pada dimensi ini nilai *gap* tertinggi terletak pada atribut tingkat kesakitan, kecacatan, resiko kematian pada saat setelah dilakukan perawatan yaitu sebesar -0,614. Pengguna layanan mengatakan *value* mereka adalah kesembuhan dari serangan penyakit atau gangguan kesehatan yang mereka derita maka kepuasan pelanggan kesehatan adalah pelayanan yang

menjamin akan memberikan kesembuhan pada pasien (Muninjaya, 2015).

Tingkat kesembuhan pasien mempengaruhi kepuasan pasien dikarenakan tujuan dan harapan pasien melakukan perawatan di rumah sakit adalah untuk mencapai kesembuhan yang optimal. Kesembuhan yang optimal dapat mempengaruhi tingkat kepercayaan pada mutu pelayanan di rumah sakit (Trimumpuni, 2009). Menurut penelitian yang dilakukan Rahmani (2009) tentang Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan terhadap Kualitas Pelayanan menyatakan bahwa ketepatan dokter mendiagnosa penyakit mempengaruhi tingkat kesembuhan pasien.

Pada dimensi efektifitas ini dapat dikatakan sudah cukup baik dan pasien sudah cukup puas. Pengguna pelayanan kesehatan yang merasa puas akan berbagi rasa dan pengalaman tentang apa yang dirasakan selama di Rumah Sakit kepada teman-teman, tetangga, dan keluarganya. Ini akan menjadi referensi yang baik untuk peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit dan menambah peserta baru di rumah sakit tersebut.

3.4.3 Dimensi Kenyamanan

Bangunan, sarana, dan prasarana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Permenkes RI No.11 Tahun 2016 harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan tanpa mengabaikan

keselamatan pasien. Kenyamanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didukung fasilitas paling sedikit berupa ruangan yang memiliki penyejuk udara (*air conditioner*), serta bangunan, sarana, dan prasarana yang memperhatikan kebutuhan pasien disabilitas dan pasien dengan kebutuhan khusus lainnya.

Pada penelitian ini dimensi kenyamanan dijabarkan menjadi tujuh atribut antara lain: kebersihan di ruang tunggu, fasilitas kursi di ruang tunggu, suasana di ruang tunggu, kebersihan kamar mandi atau wc, tempat pembuangan sampah, ruang tunggu dilengkapi dengan hiburan, dan privasi/sekat di kamar periksa. Berdasarkan hasil penelitian, dimensi kenyamanan mempunyai nilai *gap* -0,58 dan nilai rata-rata kepuasan sebesar 71,9 %. *Gap* pada dimensi kenyamanan sebesar -0,58 merupakan peringkat ke 4 dari 5 dimensi yang ada. Hal ini membuktikan sedikit banyak pasien sudah cukup merasa puas dibandingkan dimensi yang lainnya. *Gap* tertinggi terletak pada atribut suasana di ruang tunggu.

Menurut Ariyani (2015) ruangan yang memadai, nyaman dan mendukung keadaan rumah sakit merupakan standar yang harus dipenuhi oleh setiap rumah sakit. Bangunan rumah sakit yang tidak menunjang pelayanan secara maksimal karena suasana ruang tunggu yang membludak sehingga ruang tunggu di dalam ruangan sudah tidak mampu lagi menampung pasien dan penempatan alat-alat juga

tidak maksimal sehingga terkesan padat (Bustani, 2015). Keluhan pasien terhadap pelayanan di Rumah Sakit seperti ruangan yang banyak nyamuk, ruangan yang panas, sistem administrasi yang lama, ketidaksiapan perawat melayani pasien mengakibatkan kesenjangan antara pelayanan yang diharapkan dan pelayanan yang dirasakan oleh pasien sehingga sangat mempengaruhi kepuasan pasien (Magdalena, 2013). Pihak rumah sakit haruslah cepat tanggap dan lebih mengutamakan tingkat kenyamanan pasien baik pada pasien rawat jalan yaitu di ruang tunggu pasien dan pada pasien rawat inap pada ruang rawat inapnya.

Mutu jasa pelayanan kesehatan juga dapat dirasakan langsung oleh para penggunanya dengan menyediakan fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai sehingga perlu perbaikan sarana dan perlengkapan pelayanan yang tidak langsung memberikan kenyamanan kepada pengguna layanan seperti keamanan, kenyamanan ruang tunggu karena dalam hal ini pengguna jasa akan menggunakan indranya (mata, telinga, hati dan rasa) untuk menilai kualitas jasa pelayanan kesehatan yang diterimanya. Misalnya ruang penerimaan pasien yang ditata rapi, bersih, nyaman, dilengkapi kursi, lantai berkeramik, tersedia TV serta seragam staff yang rapi, bersih dan menarik (Pohan, 2015).

Atribut yang memiliki tingkat kesenjangan yang paling kecil adalah atribut tempat pembuangan sampah (tong sampah) pada dimensi kenyamanan dengan nilai

kesenjangan (-0,38). Hal ini berarti hanya sebagian kecil pasien yang merasa tidak puas terhadap atribut tersebut dibandingkan dengan atribut-atribut lainnya. Hal ini diperkuat dengan observasi langsung di Rumah Sakit X bahwa memang tempat sampah atau tong sampah sudah ada di setiap sudut dan di setiap ruang. Jenis tong sampah pun sudah dibedakan menjadi 3 yaitu sampah organik, sampah anorganik, dan sampah medis.

Dari masalah di atas yang dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit adalah melengkapi sarana dan prasarana rumah sakit baik itu dari segi alat-alat medis maupun non medis yang dapat membantu perkembangan dan pembaruan gedung sehingga dapat meningkatkan tingkat kenyamanan pasien.

3.4.4 Dimensi Ketepatan Waktu

Pada dimensi ini dijabarkan menjadi lima atribut, yang terdiri dari waktu layanan, waktu tunggu pasien untuk registrasi, waktu tunggu pasien untuk mendapat pelayanan, waktu tunggu pasien untuk pengambilan obat, perawat datang dan pulang tepat waktu.

Dimensi ketepatan waktu mempunyai nilai *gap* -0,87 dan nilai rata-rata kepuasan pasien 83,3%. Hasil penelitian terhadap kesenjangan (*gap*) antara kenyataan dan harapan pasien terhadap pelayanan di Rumah Sakit X menunjukkan tingkat kesenjangan dengan nilai negatif yang paling besar adalah atribut perawat datang dan pulang tepat waktu pada

dimensi ketepatan waktu dengan nilai kesenjangan sebesar - 1,39. Hal ini membuktikan pasien sangat mengeluh pada ketepatan waktu pelayanan dan kedatangan petugas kesehatan dan diperkuat berdasarkan hasil wawancara dengan pihak manajemen Rumah Sakit X bahwa memang sebagian besar pegawai Rumah Sakit X tinggal dan berdomisili di luar kota/kabupaten. Hal ini menjadi faktor kemungkinan petugas kesehatan untuk datang terlambat dan pulang tidak tepat waktu. Observasi langsung menunjukkan banyaknya antrean pada pasien rawat jalan dan lamanya waktu untuk menunggu dokter datang, dan sebagian pasien rawat inap mengeluhkan jam kunjungan dokter untuk periksa mengalami keterlambatan.

Pada dimensi ini atribut waktu tunggu pasien untuk registrasi juga menjadi prioritas masalah. Firdaus menyebutkan bahwa yang menjadi hambatan pada prosedur pelayanan bagian pendaftaran menurut pasien adalah karyawan kesiangan, lelet, mengobrol, waktu tunggu lama, antrian panjang, dan jumlah loket masih kurang. Penyebab-penyebab tersebut memang selalu ada di lapangan, sehingga perbaikan sangat perlu dilakukan dengan cara menertibkan karyawan di petugas loket karena hal yang pertama dilakukan pasien setelah tiba di Rumah Sakit adalah mendaftar di bagian pendaftaran dengan petugas bagian loket/pendaftaran. Beberapa pasien banyak yang masih bingung mengenai sistem rujukan yang ditetapkan oleh BPJS

dan banyaknya pasien sehingga antrian menjadi banyak sehingga waktu yang digunakan untuk mendaftar cukup lama (Firdaus, 2015).

Studi terdahulu menyebutkan, antrian yang panjang akan menyebabkan waktu tunggu lama, hal ini akan menyebabkan kerugian, ketidakpastian dan kejenuhan yang dapat mempengaruhi tingkat kenyamanan. Penyebab-penyebab tersebut memang selalu ada di kenyataan, sehingga perbaikan sangat perlu dilakukan dengan cara menertibkan karyawan di petugas loket, karena hal yang pertama dilakukan pasien setelah tiba di Rumah Sakit adalah mendaftar di bagian pendaftaran dengan petugas bagian loket/pendaftaran (Khasanah, 2010).

Studi sebelumnya juga menyebutkan bahwa kendala yang terjadi selama proses pendaftaran adalah berkas-berkas yang dibawa tidak lengkap, pasien tidak membawa kartu pengenalan pasien, pasien membawa surat rujukan yang sudah kadaluarsa dan jumlah petugas BPJS yang masih kurang, terjadi hambatan dalam pembuatan SEP karena terjadi gangguan koneksi internet, terjadi kesalahan penyimpanan berkas rekam medik, adanya petugas yang kurang tepat waktu dalam melaksanakan tugas serta pelayanan dokter belum dilakukan per sub unit (Bustani, 2015).

Upaya yang dilakukan harus ada kemudahan mulai dari mencari tempat pendaftaran pasien, kelancaran sistem antreannya, keramahan dan kecepatan petugas di tempat

pendaftaran karena tingkat kepuasan pasien sangat ditentukan oleh mutu proses pertama kali proses interaksi pada saat mereka tiba di rumah sakit (Muninjaya, 2015). Pihak Rumah Sakit X juga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui perbaikan ketepatan waktu pada karyawan rumah sakit baik di petugas registrasi maupun yang lainnya, dengan melakukan pemberian *punishment* yang lebih tegas terhadap petugas yang datang terlambat dengan memberikan surat peringatan (SP) agar menimbulkan efek jera.

3.4.5 Dimensi Hubungan Antar Manusia

Dimensi hubungan antar manusia terdiri dari lima atribut yaitu tanggapan dokter terhadap keluhan pasien, tanya jawab (konsultasi) antara dokter dan pasien atau keluarga pasien, pemberian informasi oleh perawat kepada pasien atau keluarga pasien, perawat mendengar keluhan pasien, dan perawat membantu, peduli, ramah dan menghargai pasien.

Dimensi hubungan antarmanusia mempunyai nilai *gap* tertinggi diantara lima dimensi yang ada yaitu sebesar -0,98. Hal ini membuktikan pada dimensi hubungan antar manusia yang membuat pasien tidak merasa puas pada pelayanan Rumah Sakit X ini. Nilai *gap* tertinggi terdapat pada atribut perawat mendengar keluhan pasien yaitu -1,188 dengan tingkat kepuasan pasien sebesar 68,8%. Menurut hasil survey yang telah dilakukan, pasien banyak yang mengeluh sikap

perawat yang kurang ramah, cetus, dan berbicara dengan nada tinggi terutama pada pasien rawat inap. Senada dengan penelitian sebelumnya, bahwa hasil pada dimensi *emphaty* pada atribut petugas mendengar dengan sabar pertanyaan dan keluhan pasien merupakan nilai *gap* tertinggi dari lima dimensi yang ditelitinya dikarenakan nilai kinerja petugasnya rendah dibandingkan nilai harapan pasien (Aryani,2015).

Dimensi *emphaty* tentang dokter dan perawat memberikan perhatian secara khusus terhadap keluhan pasien merupakan dimensi atau faktor yang paling memuaskan konsumen, karena nilai *TSQ* rata-ratanya yang paling kecil negatifnya dibandingkan dimensi/faktor lainnya (Aisyati, 2007). Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staff kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan pasien dan memberikan kemudahan untuk dihubungi kembali setiap saat jika pasien ingin memperoleh bantuannya. Peranan petugas kesehatan akan sangat menentukan mutu pelayanan kesehatan karena mereka langsung dapat memenuhi kepuasan pasien atau pengguna jasa (Muninjaya, 2015).

Pihak Rumah Sakit dapat memperbaiki pelayanan yang diberikan oleh perawat dengan mengadakan atau mengikutsertakan petugas/karyawan dalam pelatihan pegawai dalam pembentukan kepribadian dalam rangka menuju rumah sakit yang paripurna yang mengutamakan keramahan, kesopanan dan pelayanan yang santun serta

melakukan pengawasan agar petugas kesehatan atau pun karyawan rumah sakit non kesehatan selalu bekerja sesuai dengan SOP yang berlaku di Rumah Sakit X. Rumah Sakit juga sebaiknya tetap terus melakukan pengukuran secara berkala baik itu instansi Rumah Sakit X sendiri (melalui kotak saran yang dihitung setiap bulan) maupun pihak independen yang berwenang untuk melakukan pengukuran terhadap mutu pelayanan agar dapat mengetahui tingkat kualitas pelayanan rumah sakit khususnya pelayanan pada rawat jalan dan rawat inap.

BAB IV

PENUTUP

Berdasarkan dari nilai pada seluruh atribut yang masih bernilai negatif dan nilai rata-rata gap yang menunjukkan nilai (-0,7) maka dapat disimpulkan jika mutu pelayanan kesehatan di RS X belum optimal. Dimensi prioritas berdasarkan hasil tingkat kepentingan menurut pasien adalah kompetensi teknis, efektifitas, kenyamanan, ketepatan waktu, dan hubungan antar manusia, sedangkan atribut yang menjadi prioritas masalah adalah perawat datang dan pulang tepat waktu dengan nilai *gap* tertinggi (-1,39). Hasil tingkat kepuasan pasien berdasarkan 5 dimensi mutu pelayanan kesehatan, yaitu kompetensi teknis (85,9%), efektifitas (84,5%), kenyamanan (84,4%), ketepatan waktu (76,6%) dan hubungan antar manusia (73,8%).

Diharapkan pihak rumah sakit meningkatkan kedisiplinan pegawai melalui perbaikan ketepatan waktu terutama pada perawat dengan melakukan pemberian *punishment* yang lebih tegas terhadap petugas yang datang terlambat, menyelenggarakan pelatihan kepribadian untuk pegawai agar dapat memberikan pelayanan prima serta mengoptimalkan kegiatan evaluasi/ audit mutu pelayanan secara teratur/ reguler.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyati, Azizah, Taufiq Rochman, Hafid Rahmadi. 2007. 'Analisa Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wonogiri Menggunakan Metode Fuzzy Servqual', *Jurnal Keperawatan*
- Aryani, Fina, Husnawati, Septi M, Mutia Liasari, Richa Afrianti. 2015. 'Analisa Kepuasan Pasien Rawat Jalan Terhadap Kualitas Pelayanan Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru', *Pharmacy*, Vol.12 No.01
- Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta : Binarupa Aksara
- Bustami. 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan*. Padang: Erlangga
- Cohen, Lou. 1995. *Quality Function Deployment*. Addison Wesley: USA
- Deming, W. Edwards. 1982. *Guide to Quality Control*. Cambirdge: Massachussetts. Institute Of Technology. Elliot.
- Firdaus, Firwan Fidela, Arlina Dewi. 2015. 'Evaluasi Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan Peserta BPJS Di RSUD Panembahan Senopati Bantul', *Jurnal Manajemen Rumah Sakit*

- Firdaus, Zuhdi, HM Abi Muhlisin. 2015. 'Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Islam Surakarta', *Jurnal Keperawatan FIK UMS*
- Herlambang, S. 2016. *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Kartikasari, Aryo D, Fatchur Rochman. 2014. 'Pengaruh Kualitas Layanan Terhadap Kepuasan Dan Kepercayaan di Rumah Sakit Bunda Kandangan Surabaya', *Jurnal Aplikasi Manajemen (JAM)* Vol 12 No 3
- Kementrian Kesehatan RI. 2008. *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI. 2004. *Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI. 2010. *Klasifikasi Rumah Sakit*. Jakarta
- Khasanah, Heksa Uswatun . 2010. 'Simulasi Sistem Pelayanan Pasien pada Poli Mata di RSUD Kabupaten Gresik'. Tugas Akhir , *Jurusan SI Matematika*, ITS
- Kotler dan Keller. 2007. *Manajemen Pemasaran*. Jilid I. Edisi 12. Jakarta: PT Indeks

- Magdalena, Marito, Ir. Sugih Arto, Ir. Rosnani Ginting. 2013. 'Peningkatan Kualitas Pelayanan Dengan Menggunakan Metode Quality Function Deployment (QFD) Di Rumah Sakit XYZ', *Journal Teknik Industri FT USU* Vol 3, No.2, pp 31-37
- Bustani, Neti, A.Joy Rattu, Josephine S.M. Saerang . 2015. 'Analisis Lama Waktu Tunggu Pelayanan Pasien Rawat Jalan Di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Propinsi Sulawesi Utara', *Jurnal e-Biomedik*, Volume 3 Nomor 3
- Muninjaya, Gde. 2015. *Manajemen Mutu Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Parasuraman, A., V.A. Zeithaml, and L.L. Berry. 1988. *SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Preceptions of Service Quality*. *Journal of Retailing*, Vol. 64, Spring, pp. 12-40
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/PER/III/2010 *Tentang Klasifikasi Rumah Sakit*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/PER/III/2010 *Tentang Syarat Rumah SAKIT Tipe D*.

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2016 *Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif Di Rumah Sakit*
- Pohan, Imbalo S. 2012. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Pohan, Imbalo S. 2015. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Rahmani, V.F. 2009. ‘Analisis tingkat kepuasan pasien rawat jalan terhadap kualitas pelayanan (studi kasus: RSUD Bhakti Asih Tangerang)’. *Skripsi. Fakultas Ekonomi dan Manajemen Institut Pertanian Bogor*, Bogor
- Trimumpuni, N.E. 2009. ‘Analisis Pengaruh Persepsi Mutu Pelayanan Asuhan Keperawatan Terhadap Kepuasan Klien Rawat Inap di RSUD Puri Asih Salatiga’, *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro*
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 *Tentang Rumah Sakit*
- Wijaya, Tony. 2011. *Manajemen Kualitas Jasa*. Jakarta: Penerbit PT Indeks

PENILAIAN MUTU PELAYANAN
KESEHATAN DI RUMAH SAKIT
PENDEKATAN QUALITY FUNCTION DEPLOYMENT (QFD)

