

BAB IV PENGUMPULAN DAN PENGOLAHAN DATA

Bab ini menguraikan hasil pengumpulan data baik data primer maupun data sekunder. Selain itu, bab ini berisi pengolahan data dengan menggunakan siklus DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improve, and Control*).

4.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama yaitu data sekunder berupa profil perusahaan, data tujuan perusahaan dalam peningkatan kualitas pelayanan, dan manajemen yang terlibat dalam pelayanan rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung (RSMB). Sedangkan tahap kedua berupa data primer yang dilakukan untuk mengetahui persepsi dan ekspektasi konsumen (pasien) rawat inap terhadap pelayanan rawat inap RSMB. Data persepsi dan ekspektasi diperoleh dengan melakukan penyebaran kuesioner. Tahap ini dilakukan setelah melakukan identifikasi *customer requirement*.

4.1.1 Profil Perusahaan

RSMB merupakan rumah sakit swasta yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan. Rumah sakit yang beralamat di Jalan K.H. Ahmad Dahlan merupakan perwujudan dan keinginan masyarakat Muslim dan para tokoh Jawa Barat. Rumah sakit ini menyediakan 3 (tiga) pelayanan utama yaitu rawat inap, rawat jalan, dan poliklinik.

4.1.1.1 Sejarah Perusahaan

Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung (RSMB) didirikan pada tanggal 18 November 1968 yang diprakarsai oleh Gubernur Propinsi Jawa Barat yaitu Bapak Mayjen Masjudi. Alasan didirikannya RSMB karena atas dasar tuntutan masyarakat Jawa Barat dan sudah ada 5 yayasan yang akan mendirikan Rumah Sakit Islam, tetapi tidak terwujud.

Untuk mewujudkan keinginan mendirikan Rumah Sakit Islam tersebut, maka dibentuklah Panitia Pelaksana Pembangunan yang terdiri dari :

1. H. Adang Affandi (Ketua dan Usaha Dana)
2. Abu Bakrin (Ketua I, Urusan Pembangunan Fisik dan Logistik).
3. Dr. Uton Muchtar Rafe'i, MPH (Ketua II, Urusan Medis dan Perijinan)
4. H. Asikin Sanhadji (Sekretaris/merangkap urusan perijinan dan usaha dana).
5. H.M. Musa (Bendahara)
6. Dr. Sachron Fadjar (Anggota Usaha Medis)
7. H. Ahmad Wiratmadja (Anggota Urusan Dana)
8. H. Sulaeman Faruq (Publikasi)

4.1.1.2 Visi, Misi, dan Tujuan Perusahaan

Berikut adalah visi, misi, dan tujuan dari didirikannya Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.

1. Visi

Visi dari Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung adalah Rumah sakit Islam unggulan tingkat Jawa Barat tahun 2018.

2. Misi

Misi dari berdirinya Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan kualitas pelayanan berbasis *Information Technology* (IT)
- b. Meningkatkan profesionalisme Syi'at Dakwah Islam (SDI) yang Islami.
- c. Meningkatkan kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana pelayanan.
- d. Meningkatkan kemitraan dengan pemangku kepentingan.
- e. Meningkatkan SDI.

3. Tujuan

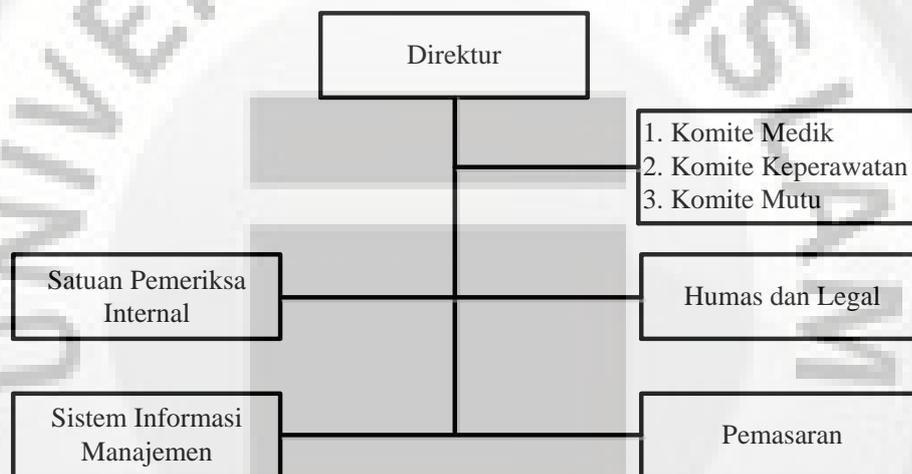
Tujuan dari berdirinya Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
- b. Meningkatkan pelayanan yang berdaya saing dengan berbasis *Information Technology* (IT).

- c. Mewujudkan profesionalisme Syi'ar Dakwah Islam (SDI) yang islami untuk meningkatkan mutu pelayanan.
- d. Meningkatkan Mutu pelayanan melalui peningkatan sarana dan prasarana.
- e. Mengoptimalkan pengelolaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui peningkatan kemitraan dengan pemangku kepentingan.
- f. Meningkatkan promosi rumah sakit melalui SDI.

4.1.1.3 Struktur Organisasi Rumah sakit

Struktur organisasi Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung secara lengkap ditampilkan pada Gambar 4.1.



Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSMB

1. Direksi

Direksi merupakan pemegang keputusan tertinggi di RSMB. Direksi bertugas untuk mengatur dan mengawasi seluruh aktivitas yang ada di perusahaan.

2. Komite Mutu

Fokus utama dari komite mutu adalah keselamatan pasien, PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi), dan Keamanan dan Keselamatan Kerja (K3).

3. Komite Medik

Secara umum fungsi dari komite medik yaitu memberikan saran kepada direktur rumah sakit atau kepala bidang pelayanan medik, mengkoordinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan medik, menangani hal-hal yang berkaitan dengan etik kedokteran, dan menyusun kebijakan pelayanan medis

sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf medis di rumah sakit.

4. Komite Perawatan

Susunan organisasi komite Keperawatan rumah sakit terdiri dari ketua komite keperawatan, sekretaris komite keperawatan dan subkomite. Wewenang Komite Keperawatan sesuai pasal 12 yaitu memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis, memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis, memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu, memberikan rekomendasi surat penugasan klinis, memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan, memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan, dan memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin. Komite keperawatan bertindak untuk senantiasa meningkatkan mutu pelayanan yang berhubungan dengan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan serta keselamatan pasien di rumah sakit.

5. Satuan Pemeriksaan Internal

Satuan pemeriksaan internal berfungsi untuk membantu agar para anggota organisasi dapat melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya secara efektif, sehingga sistem dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan.

6. Sistem Informasi Manajemen

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit berfungsi untuk menangani keseluruhan proses manajemen Rumah Sakit, mulai dari pelayanan diagnosa dan tindakan untuk pasien, *medical record*, apotek, gudang farmasi, penagihan, *database* personalia, penggajian karyawan, proses akuntansi sampai dengan pengendalian oleh manajemen.

7. Pemasaran

Tugas pokok pemasaran dibagi menjadi dua yaitu pesaan secara internal dan eksternal. Secara internal pemasaran berfungsi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, survey pasien, dan mobilisasi dokter, perawat, karyawan. Sedangkan secara eksternal berfungsi untuk pemberian informasi pelayanan, menggunakan media massa, kerjasama, dan pengabdian masyarakat.

4.1.1.3 Fasilitas Rumah Sakit

Fasilitas Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung (RSMB) terdiri dari sumber daya manusia rumah sakit, pelayanan yang disediakan rumah sakit, dan jumlah *bed* (tempat tidur) yang tersedia.

1. Sumber Daya Manusia

Rekapitulasi data Sumber Daya Manusia (SDM) Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung ditampilkan pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1 SDM Rumah Sakit

No	Jenis kepegawaian	Jumlah
1	Tenaga Medis / Dokter	12
2	Keperawatan	255
3	Paramedis Non Keperawatan	109
4	Non Medis /Umum	132
	Total	508

2. Jenis Pelayanan RSMB

Berikut adalah jenis pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.

- a. Pelayanan Rawat Jalan
- b. Pelayanan Rawat Inap
- c. Pelayanan Gawat Darurat
- d. Pelayanan Rawat Intensif
- e. Pelayanan Rehabilitasi Medik
- f. Pelayanan Operasi
- g. Pelayanan Farmasi
- h. Pelayanan Radiologi
- i. Pelayanan Laboratorium
- j. Pelayanan Gizi, Catering Pasien
- k. Pelayanan Rohani Islam
- l. Pelayanan Hemodialisa
- m. Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit
- n. Pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit
- o. Pelayanan ODHA / Poli Mawar
- p. Poli DOTS

3. Jumlah Tempat Tidur Instalasi Rawat Inap

Tempat tidur instalasi rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung terdiri dari 180 tempat tidur. Jumlah tersebut terbagi menjadi 8 (delapan kelas) yaitu VVIP, VIP, Utama, Kelas 1, Kelas 2, Kelas 3, Khusus, dan Isolasi. Jumlah tempat tidur terbanyak berada di kelas 2 yaitu sebanyak 45 buah. Rekapitulasi jumlah tempat tidur instalasi rawat inap Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung ditampilkan pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Rekapitulasi Jumlah Tempat Tidur Instalasi Rawat Inap RSMB

Kelas	Jumlah
VVIP	7
VIP	30
Utama	27
Kelas 1	18
Kelas 2	45
Kelas 3	35
Khusus (ICU dan Perinatal)	16
Isolasi	2
Total Bed	180

Jumlah tempat tidur pada Tabel 4.2 selanjutnya akan digunakan sebagai populasi untuk menentukan jumlah data yang harus diambil untuk masing-masing ruangan.

4.1.2 Jaminan Mutu Rumah Sakit

Jaminan mutu RSMB fokus pada standar yang ditetapkan oleh komite akreditasi rumah sakit (KARS). Landasan hukum yang digunakan adalah undang-undang no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang mewajibkan rumah sakit menjalani akreditasi. Dengan demikian RSMB harus menerapkan standar akreditasi rumah sakit, termasuk standar-standar lain yang berlaku bagi rumah sakit sesuai dengan penjabaran dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit.

4.1.3 Penilaian Kualitas Pelayanan Rawat Inap

Penilaian kualitas pelayanan rawat inap ditentukan berdasarkan lima dimensi kualitas dan kebijakan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Lima

dimensi kualitas yang digunakan untuk identifikasi *customer requirement* adalah tampilan elemen fisik (*Tangible*), kendalan (*Reliability*), daya tanggap (*Responsiveness*), jaminan (*Assurance*), dan empati (*Empathy*),

Sementara itu, menurut peraturan KARS dalam kelompok standar pelayanan berfokus pada pasien terdapat 7 (tujuh) bagian yang menjadi unsur pokok dalam menentukan pelayanan rawat inap sebuah rumah sakit. Unsur pokok pelayanan rawat inap menurut KARS terdiri dari akses ke pelayanan dan kontinuitas pelayanan, hak pasien dan keluarga, asesmen pasien, pelayanan pasien, pelayanan anestesi dan bedah, manajemen dan penggunaan obat, dan pendidikan pasien dan keluarga.

Penilaian kualitas pelayanan rawat inap RSMB dilakukan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien terhadap layanan yang diberikan dan seberapa besar harapan pasien terhadap setiap variabel mutu layanan. Selain itu, tahap ini berfungsi untuk mengetahui bobot untuk setiap faktor penentuan mutu layanan rawat inap RSMB. Variabel yang digunakan untuk penilaian kepuasan pasien rawat inap RSMB ditampilkan pada Tabel 4.3. Sedangkan, komponen-komponen pembobotan penunjang utama kualitas pelayanan rawat inap RSMB ditampilkan pada Tabel 4.4.

Tabel 4.3 Variabel Penilaian Pelayanan Rawat Inap RSMB

Determinasi	Variabel	Dimensi	Simbol
Lingkungan Rumah Sakit	1. Kebersihan dan kenyamanan kamar perawatan.	<i>Tangible</i>	V1
	2. Keamanan kamar perawatan.	<i>Assurance</i>	V2
	3. Kebersihan dan kenyamanan kamar mandi.	<i>Tangible</i>	V3
	4. Kebersihan tempat tidur pasien	<i>Tangible</i>	V4
	5. Keramahan dan kesopanan staff rumah sakit.	<i>Assurance</i>	V5
	6. Kebersihan dan kerapihan staff rumah sakit.	<i>Tangible</i>	V6
Fasilitas Rumah Sakit	1. Ketersediaan peralatan medis yang digunakan	<i>Tangible</i>	V7
	2. Kualitas (rasa, warna, rupa) makanan pasien	<i>Tangible</i>	V8
	3. Penampilan fisik ruang tempat perawatan	<i>Tangible</i>	V9
	4. Tempat duduk untuk keluarga/kerabat yang menjaga pasien	<i>Tangible</i>	V10
	5. Perusahaan selalu menyediakan identitas untuk pasien	<i>Tangible</i>	V11
	6. Staff dilengkapi dengan identitas diri	<i>Tangible</i>	V12
	7. Fasilitas pendukung (TV, AC, dll)	<i>Tangible</i>	V13
	8. Fasilitas medis pendukung (laboratorium, apotek, ruang ronsen, dll)	<i>Tangible</i>	V14
Dokter	1. Kemampuan dokter dalam memeriksa pasien	<i>Reliability</i>	V15
	2. Waktu kunjungan dokter tepat waktu	<i>Reliability</i>	V16
	3. Penjelasan yang diberikan dokter terhadap keluhan pasien	<i>Emphaty</i>	V17
	4. Kejelasan informasi yang diberikan dokter	<i>Emphaty</i>	V18
	5. Edukasi yang diberikan dokter kepada pasien dan keluarga	<i>Emphaty</i>	V19
	6. Kerapihan dalam berpenampilan	<i>Tangible</i>	V20
	7. Keramahan dan kesopanan dokter saat memeriksa pasien	<i>Assurance</i>	V21

Lanjutan Tabel 4.4 Variabel Penilaian Pelayanan Rawat Inap RSMB

Determinasi	Variabel	Dimensi	Simbol
Perawat	1. Kemampuan perawat dalam melayani kebutuhan pasien	<i>Reliability</i>	V22
	2. Kemampuan perawat dalam memahami kebutuhan pasien	<i>Responsiveness</i>	V23
	3. Penjelasan yang diberikan perawat terhadap permasalahan pasien	<i>Empathy</i>	V24
	4. Kecepatan perawat dalam menanggapi segala kebutuhan pasien	<i>Reliability</i>	V25
	5. Edukasi yang diberikan perawat kepada pasien dan keluarga	<i>Empathy</i>	V26
	6. Keramahan dan kesopanan perawat	<i>Assurance</i>	V27
	7. Kerapihan dalam berpenampilan	<i>Tangible</i>	V28

Tabel 4.5 Komponen Bobot Faktor Pelayanan

Uraian	Simbol
1. Keamanan dan kenyamanan lingkungan rumah sakit	B1
2. Penampilan dan performansi dari fasilitas rumah sakit	B2
3. Kemampuan dan penampilan dokter dalam melayani pasien	B3
4. Kemampuan dan penampilan perawat dalam melayani pasien	B4

Data pembobotan setiap faktor pelayanan rawat inap RSMB ditampilkan pada Tabel 4.5. Sedangkan, data penilaian mutu layanan rawat inap kelas 3 ditampilkan pada Tabel 4.6 sampai Tabel 4.7. Sedangkan, rekapitulasi nilai bobot dan penilaian mutu layanan untuk seluruh ruangan ditampilkan pada Lampiran 7.

Tabel 4.6 Nilai Bobot Faktor Pelayanan

Responden	Bobot (B)			
	B1	B2	B3	B4
1	20	20	30	30
2	25	25	25	25
3	20	20	30	30
4	25	25	25	25
5	20	20	30	30
6	20	20	30	30
7	15	15	40	30
8	25	25	25	25
9	20	20	30	30
10	25	25	25	25
11	30	10	30	30
12	20	20	40	20
....
....
....
....
28	25	20	30	25
29	30	20	25	25
30	20	20	30	30
31	25	25	25	25
32	25	25	25	25
33	10	10	40	40
34	25	25	25	25
35	30	20	30	20

Tabel 4.7 Data Persepsi Pasien Rawat Inap Kelas 3

Responden	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28
1	4	4	5	4	4	4	4	4	5	2	4	4	3	4	5	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	4
2	4	4	5	5	5	5	4	3	4	2	4	5	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	2	3	3	4	5	5
3	4	3	4	5	4	5	4	5	5	2	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	5	4	3	4	3	4	4	4
4	4	3	4	4	4	4	5	4	4	3	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	2	4	5	4	4	4
5	4	3	4	3	4	5	5	4	4	3	4	4	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	4	5	4	5	4	4
6	3	4	3	4	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4	5	3	4	5	5	5	5	4	2	4	3	4	5	5
7	4	4	5	4	5	5	4	3	4	4	3	4	4	4	5	3	4	4	4	3	3	4	5	4	4	4	4	3
8	3	4	3	4	4	4	3	3	4	3	4	5	4	3	5	3	4	2	3	3	3	5	3	3	4	3	4	3
9	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4
....
....
....
....
27	3	4	3	3	4	4	4	3	4	2	4	3	4	4	4	3	4	4	4	5	4	5	4	4	3	4	5	5
28	3	4	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	3	4	4	5
29	4	3	4	5	4	5	4	3	3	2	4	5	3	4	5	3	4	5	3	5	3	5	3	4	5	4	5	5
30	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	5	4	3	4	3	4	3	4	3	3	2	3	4	4	5	5
31	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	3	4	5	5
32	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	3	4	5	4	3	3
33	5	4	4	5	4	4	4	4	5	3	4	4	4	5	5	3	4	5	5	5	5	3	4	4	5	5	5	5
34	5	5	5	5	5	5	4	3	5	2	5	5	4	5	5	3	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5
35	4	4	3	3	5	5	4	4	4	4	4	4	3	4	5	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4

Tabel 4.8 Data Ekspektasi Pasien Rawat Inap Kelas 3

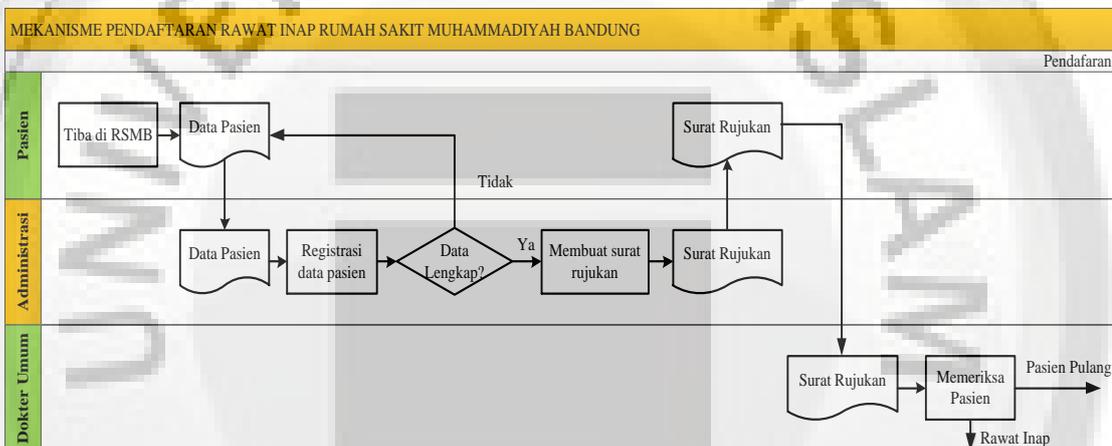
Responden	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	Jumlah	
1	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	3	3	5	5	4	5	4	5	5	120	
2	5	4	5	5	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	4	4	130	
3	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	5	125	
4	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	132
5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	126	
6	5	4	4	4	5	5	5	4	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	129
7	5	5	4	4	5	4	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	123	
8	5	5	4	5	4	5	5	4	5	4	3	4	4	3	4	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	5	3	3	119
9	4	4	4	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	5	127	
....
....
....
....
27	5	5	5	5	4	4	5	4	5	4	4	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	4	129	
28	5	5	4	5	4	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	130	
29	5	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	122
30	5	3	4	5	3	3	4	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	3	3	3	5	5	5	4	3	4	5	118	
31	5	4	3	4	4	5	4	4	5	4	4	5	3	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	126	
32	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	133	
33	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	133
34	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	139
35	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	133

4.1.3 Diagram Alir Pelayanan

Diagram alir pelayanan rawat inap RSMB terbagi menjadi 3 (tiga) kelompok utama. Pengelompokan tersebut dibagi berdasarkan langkah-langkah dalam pelayanan rawat inap. Secara umum diagram alir pelayanan instalasi rawat inap terdiri dari mekanisme pendaftaran pasien rawat inap, registrasi ruangan rawat inap, dan pelayanan ruang perawatan.

A. Mekanisme Pendaftaran Pasien

Proses ini menggambarkan aktifitas pendaftaran pasien rawat inap. Secara umum mekanisme pendaftaran pasien instalasi rawat inap RSMB terdiri dari 3 (tiga) aktifitas utama. Mekanisme pendaftaran pasien rawat inap RSMB ditampilkan pada Gambar 4.2.



Gambar 4.2 Mekanisme Pendaftaran Pasien Rawat Inap

1. Kedatangan Pasien

Kegiatan awal kedatangan pasien, pasien memasuki kawasan area rumah sakit di Jalan KH. Ahmad Dahlan No. 53 Bandung. Pasien akan menuju ruang pendaftaran untuk menyerahkan data pasien. Pasien akan mengantri untuk pendaftaran pemeriksaan ke dokter umum.

2. Registrasi Data Pasien

Pasien yang sudah mendapatkan bagian untuk registrasi pendaftaran akan menyerahkan data pasien kepada petugas pendaftaran. Petugas akan memeriksa kelengkapan data pasien. Jika data belum lengkap maka petugas akan meminta pasien untuk melengkapi data yang belum lengkap dan jika data sudah lengkap maka petugas akan membuat surat rujukan untuk

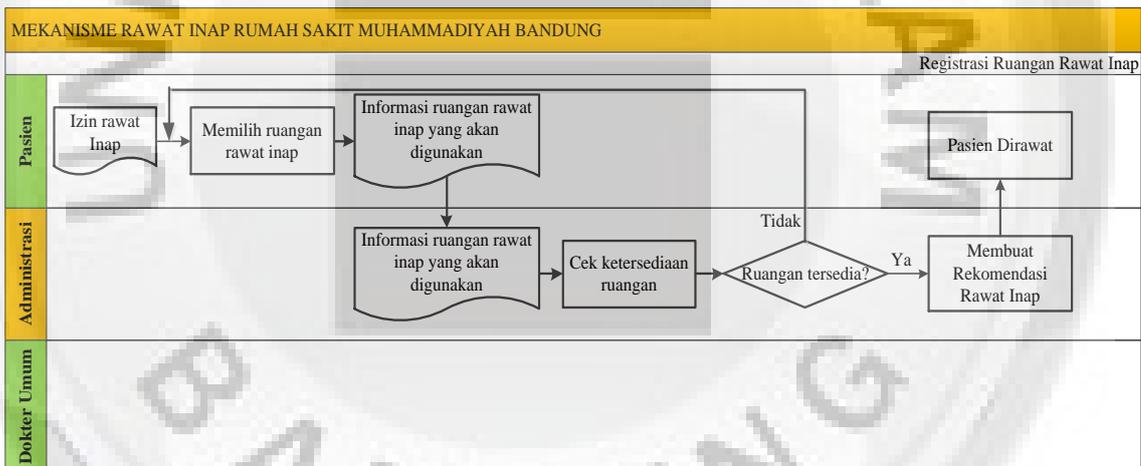
pemeriksaan ke dokter umum. Surat rujukan tersebut akan diserahkan ke dokter umum untuk dilakukan diagnosa penyakit pasien.

3. Dokter Memeriksa Pasien

Dokter yang sudah mendapatkan surat rujukan atau perintah untuk memeriksa pasien akan segera melakukan diagnosa penyakit. Pemeriksaan ini akan menentukan apakah pasien diperbolehkan pulang atau harus mendapatkan perawatan khusus. Jika pasien harus mendapatkan khusus maka dokter akan merekomendasikan untuk melakukan perawatan inap kepada pasien.

B. Registrasi Ruang Rawat Inap

Proses ini menggambarkan aktifitas registrasi ruangan rawat inap. Secara umum mekanisme registrasi ruangan rawat inap RSMB terdiri dari 5 (lima) aktifitas utama. Mekanisme registrasi ruangan rawat inap RSMB ditampilkan pada Gambar 4.3.



Gambar 4.3 Registrasi Ruang Rawat Inap

1. Surat Keterangan Rawat Inap

Surat keterangan rawat inap dari dokter umum akan diserahkan ke bagian administrasi rawat inap. Petugas yang menerima surat izin rawat inap akan memandu pasien dalam pemilihan ruangan rawat inap yang akan digunakan. Kelas rawat inap yang tersedia di RSMB sebelumnya telah ditampilkan pada Tabel 4.2.

2. Pasien Memilih Jenis Ruangan

Pasien dengan dipandu oleh petugas administrasi rawat inap akan memilih ruangan yang akan dipilih untuk perawatan rawat inap. Pasien diberikan kebebasan untuk memilih jenis ruangan yang akan digunakan sesuai dengan kebutuhan dan keinginan pasien. Pasien yang sudah memilih ruangan akan menunggu petugas untuk memeriksa ketersediaan ruangan yang dipilih.

3. Bagian Administrasi Memeriksa Ketersediaan Ruangan

Informasi jenis ruangan yang akan digunakan oleh pasien akan ditindak lanjuti oleh petugas administrasi rawat inap dengan memeriksa ketersediaan ruangan. Jika ruangan tersedia maka petugas akan membuat rekomendasi rawat inap kepada kepala ruangan sesuai dengan jenis ruangan yang dipilih oleh pasien. Jika ruangan sudah terisi penuh maka petugas administrasi rumah sakit akan memandu pasien untuk memilih ruangan kembali yang akan digunakan untuk rawat inap.

4. Petugas Administrasi Membuat Rekomendasi Rawat Inap

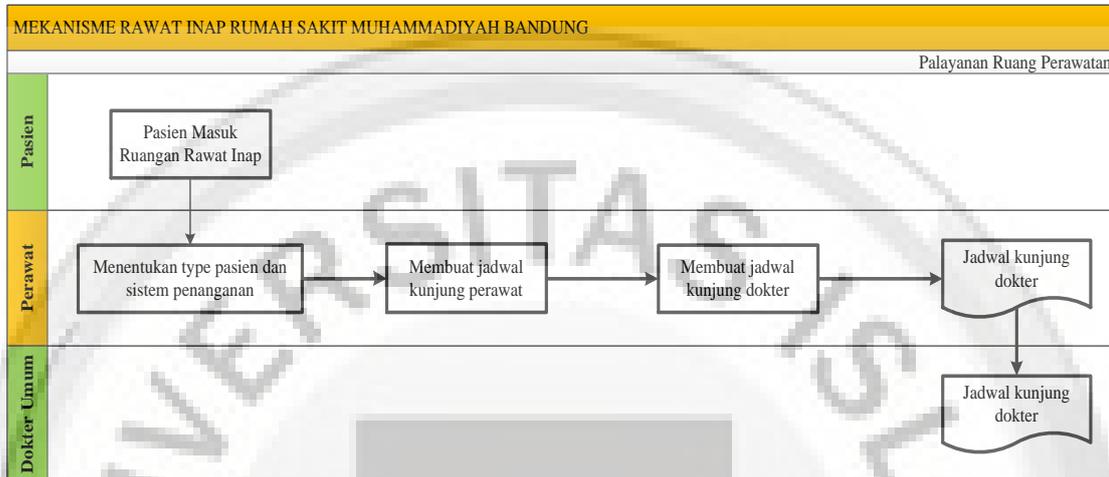
Pasien yang sudah memilih ruang tempat perawatan dan disetujui oleh petugas administrasi rawat inap akan mendapatkan keterangan rekomendasi rawat inap diruangan sesuai dengan yang dipilih oleh pasien. Petugas administrasi rawat inap akan menghubungi kepala ruangan untuk mendata pasien baru dan menyiapkan ruangan untuk pasien. Setelah semuanya siap, petugas akan mengantar pasien ke ruangan tempat perawatan.

5. Pasien Dirawat

Tahap terakhir dari registrasi tempat rawat inap adalah penempatan pasien diruangan sesuai dengan kesepakatan antara petugas rumah sakit dan pasien. Setelah pasien masuk ruangan tempat perawatan, pasien akan menunggu untuk mendapatkan tindakan selanjutnya.

C. Pelayanan Ruang Perawatan

Proses ini menggambarkan pelayanan pasien diruangn perawatan. Secara umum mekanisme pelayanan pasien diruangan perawatan terbagi menjadi 4 (empat) bagian utama. Mekanisme pelayanan ruang perawatan secara keseluruhan ditampilkan pada Gambar 4.4.



Gambar 4.4 Pelayanan Ruang Rawat Inap

1. Proses Awal Kedatangan Pasien

Proses awal pelayanan diruang perawatan adalah penerimaan kedatangan pasien kedalam ruangan perawatan. Pasien akan dibantu oleh petugas sampai pasien berada di tempat tidur (*bed*) didalam ruangan. Pasien yang sudah beristirahat akan menunggu untuk proses pelayanan selanjutnya.

2. Perawat Menentukan tipe Pasien dan Sistem Penanganan

Pasien yang masuk kedalam kamar perawatan secara umum terbagi menjadi 3 (tiga) tipe yaitu:

a. Pasien minimal

Pasien minimal adalah pasien yang masuk ruang perawatan dengan penyakit yang tidak parah, sehingga segala kegiatan pribadi bisa dilakukan sendiri. Pelayanan untuk pasien ini hanya sebatas pengecekan infus dan pemberian obat. Perawat hanya akan datang jika mendapatkan panggilan dari pasien.

b. Pasien Parsial

Pasien parsial adalah pasien yang harus mendapatkan suntikan khusus selama menjalani perawatan. Pelayanan untuk pasien parsial dilakukan

secara terjadwal. Perawat akan mengunjungi pasien dalam rentang waktu 30 – 60 menit sekali.

c. **Pasien Totalis**

Pasien totalis adalah pasien yang harus mendapatkan penanganan khusus selama menjalani perawatan karena jenis penyakit atau kondisi pasien yang parah. Pelayanan untuk pasien totalis yaitu perawat senantiasa menjaga pasien sampai kondisi pasien stabil.

3. Membuat Jadwal Kunjungan Dokter

Pembuatan jadwal kunjungan dokter disesuaikan dengan kondisi pasien. Setiap pasien akan mendapat jadwal kunjungan dokter minimal satu kali dalam satu hari, sesuai dengan kondisi pasien.

4.2 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan tahapan didalam metode *six sigma*. Tahap dalam *six sigma* terbagi menjadi 5 (lima) tahap yang dikenal dengan tahap DMAIC (*define, measure, analyze, improve, dan control*).

4.2.1 Tahap Define

Tahap *Define* adalah tahap pertama dari proses DMAIC, tahap ini bertujuan untuk menetapkan sasaran dari aktivitas peningkatan kualitas *Six Sigma*.

4.2.1.1 Identifikasi Permasalahan

Identifikasi permasalahan bertujuan untuk mengetahui permasalahan-permasalahan yang saat ini dihadapi oleh RSMB khususnya di instalasi rawat inap. Permasalahan-permasalahan dijadikan sebagai landasan dalam peningkatan kualitas pelayanan. Permasalahan yang saat ini dihadapi dalam pelayanan instalasi rawat inap RSMB, yaitu:

1. Tingginya angka keluhan pasien akibat keterlambatan visit dokter.

Jadwal visit dokter telah diatur dalam peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan rumah sakit. Berdasarkan peraturan, standar jadwal visit dokter adalah pada pukul 08.00 sampai 14.00 setiap hari kerja. Sementara itu, jadwal kunjungan dokter

yang terjadi di RSMB sangat tidak teratur. Banyak dokter yang melakukan visit diluar waktu yang telah ditetapkan peraturan menteri kesehatan.

2. Rumah sakit memiliki batasan anggaran dalam pengadaan fasilitas yang berorientasi pada pasien.

Peraturan yang berhubungan dengan keharusan rumah sakit menyediakan fasilitas yang berorientasi pada pasien diatur dalam peraturan KARS bab 4 mengenai manajemen fasilitas dan keselamatan. Dalam peraturan KARS dijelaskan bahwa pimpinan rumah sakit harus menggunakan seluruh sumber daya yang ada untuk menyediakan fasilitas yang aman dan mendukung bagi pasien dan keluarga pasien.

3. Tingginya keluhan pasien akibat rendahnya kebersihan dan kerapihan rumah sakit dan fasilitas rumah sakit.

Peraturan yang berhubungan dengan keharusan rumah sakit menjaga kebersihan dan kerapihan rumah sakit dan fasilitas rumah sakit diatur dalam peraturan KARS bab 2 mengenai pencegahan dan pengendalian infeksi dan bab 4 mengenai manajemen fasilitas dan keselamatan. Dalam peraturan KARS dijelaskan bahwa rumah sakit harus menurunkan risiko infeksi antara pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa, dan pengunjung. Untuk menurunkan risiko tersebut maka rumah sakit wajib menjaga kebersihan dan kerapihan rumah sakit dan fasilitas rumah sakit.

4. Rendahnya kesadaran petugas rumah sakit dalam menanggapi dan memahami kebutuhan dan keinginan pasien.

Peraturan mengenai staf rumah sakit telah diatur dalam peraturan KARS bab 5 tentang kualifikasi dan pendidikan staf. Peraturan KARS menjelaskan bahwa rumah sakit harus mencari staf yang mampu secara kompeten memenuhi persyaratan jabatan nonklinis. Supervisor dari staf tersebut memberikan orientasi tentang jabatan tersebut dan memastikan para petugas tersebut dapat melaksanakan tanggung jawabnya sesuai dengan tugasnya.

4.2.1.2 Identifikasi Komitmen Manajemen Terhadap Peningkatan Kualitas Pelayanan Rawat Inap RSMB

Komitmen manajemen terhadap peningkatan kualitas pelayanan rawat inap RSMB telah dirumuskan didalam visi perusahaan. Visi dari berdirinya rumah sakit ini adalah “Menjadi Rumah Sakit Islam Unggulan Tingkat Jawa Barat tahun 2018”.

Komitmen RSMB merupakan kunci dalam membangun hubungan jangka panjang bagi pasien yang memiliki orientasi hubungan yang tinggi terhadap organisasi. Berdasarkan uraian visi perusahaan maka RSMB merupakan rumah sakit yang senantiasa berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Kepuasan pasien merupakan tujuan utama dari pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, namun dalam perjalanannya RSMB masih mendapatkan banyak keluhan dari pasien khususnya pasien rawat inap. Untuk tercapainya kepuasan pasien diperlukan suatu perbaikan yang berkelanjutan (*continous improvement*). Tingginya komitmen manajemen terhadap peningkatan kualitas pelayanan dijadikan landasan utama dalam penelitian ini.

4.2.1.3 Tujuan Peningkatan Kualitas Pelayanan Rawat Inap RSMB

Tujuan peningkatan kualitas pelayanan rawat inap RSMB adalah meningkatkan profesionalisme SDI yang islami, meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana pelayanan, meningkatkan kemitraan dengan pemangku kepentingan, dan meningkatkan SDI. Tujuan tersebut telah dirumuskan oleh RSMB dalam bentuk misi perusahaan. Tujuan ini dijadikan sebagai acuan untuk mencapai visi RSMB yaitu “Rumah Sakit Unggulan tingkat Jawa Barat tahun 2018 “.

4.2.1.4 Identifikasi Manajemen Yang Terlibat

Sebelum mengimplementasikan rancangan perbaikan kualitas pelayanan instalasi rawat inap RSMB perlu mengidentifikasi manajemen yang terlibat dalam tahap *improvement* dan *control*. Manajemen ini yang akan memberikan fasilitas dan pengarahan kepada seluruh *stakeholder* mengenai perubahan pelayanan.

Untuk mengimplementasikan rancangan perbaikan kualitas pelayanan instalasi rawat inap RSMB, manajemen yang terlibat, yaitu:

1. Direksi

Direksi merupakan pemegang keputusan tertinggi di RSMB. Direksi bertugas untuk mengatur dan mengawasi seluruh aktivitas yang ada di perusahaan. Dalam penentuan suatu kebijakan terdapat dua cara yaitu *up to down* dan *down to up*. Kebijakan perubahan peraturan *up to down* berlaku untuk kebijakan yang bersifat khusus seperti adanya perubahan kebijakan dari dinas kesehatan. Sedangkan perubahan kebijakan *down to up* berlaku untuk kebijakan yang bersifat umum. Penerapan hasil perancangan perbaikan instalasi rawat inap RSMB akan bersifat *down to up*. Oleh sebab itu, tahap *improvement* akan diusulkan oleh komite rumah sakit kepada direksi.

2. Komite Mutu

Fokus utama dari komite mutu adalah keselamatan pasien, PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi), dan Keamanan dan Keselamatan Kerja (K3). Perbaikan kualitas yang berhubungan ketiga hal diatas akan direkomendasikan oleh komite mutu kepada direktur rumah sakit untuk ditindak lanjut. Tugas komite mutu RSMB telah dilaksanakan dengan baik, hal ini dibuktikan dengan adanya upaya manajemen komite mutu dalam meningkatkan keselamatan dan keamanan pasien. Upaya peningkatan keselamatan dan keamanan pasien direalisasikan dalam bentuk pelatihan kerja karyawan.

3. Komite Medik

Fungsi dari komite medik yaitu memberikan saran kepada direktur rumah sakit atau kepala bidang pelayanan medik, mengkoordinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan medik, menangani hal-hal yang berkaitan dengan etik kedokteran, dan menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf medis dirumah sakit. Hasil perancangan perbaikan kualitas instalasi rawat inap RSMB yang berhubungan dengan kegiatan medik akan di usulkan oleh komite medik kepada direktur rumah sakit. Tugas komite pelayanan medik di RSMB secara

keseluruhan telah dijalankan dengan baik. kekurangan komite medik RSMB yaitu tidak menyusun standar operasional pelayanan medik secara tertulis.

4. Komite Perawatan

Komite Keperawatan dibentuk oleh direktur rumah sakit dan bertanggungjawab kepada direktur rumah sakit. Komite keperawatan bertindak untuk senantiasa meningkatkan mutu pelayanan yang berhubungan dengan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan serta keselamatan pasien di rumah sakit. Tugas komite perawatan RSMB dalam meningkatkan kualitas mutu pelayanan perawatan dan kebidanan telah dijalankan dengan baik. Komite perawatan senantiasa melakukan riset kepada pasien setiap 3 (tiga) bulan sekali.

4.2.1.5 Identifikasi *Customer Requirement*

Identifikasi *customer requirement* bertujuan untuk mengetahui variabel-variabel yang menjadi faktor kepuasan pasien RSMB. Variabel *customer requirement* akan dijadikan sebagai variabel dalam pembuatan kuesioner kepuasan pasien. Selain itu pada tahap ini dilakukan pengumpulan dan pengujian data hasil penyebaran kuesioner kualitas pelayanan rawat inap RSMB.

A. Identifikasi Variabel Kuesioner

Identifikasi variabel kuesioner ditentukan berdasarkan lima dimensi kualitas. Setiap variabel kuesioner yang terkait dengan pelayanan rawat inap RSMB disesuaikan dengan peraturan dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Lima dimensi kualitas yang digunakan untuk identifikasi *customer requirement* adalah tampilan elemen fisik (*Tangible*), kendalan (*Reliability*), daya tanggap (*Responsiveness*), jaminan (*Assurance*), dan empati (*Empathy*),

Sementara itu, menurut peraturan KARS dalam kelompok standar pelayanan berfokus pada pasien terdapat 7 (tujuh) bagian yang menjadi unsur pokok dalam menentukan pelayanan rawat inap sebuah rumah sakit. Unsur pokok pelayanan rawat inap menurut KARS terdiri dari akses ke pelayanan dan kontinuitas pelayanan, hak pasien dan keluarga, asesmen pasien, pelayanan pasien, pelayanan anestesi dan bedah, manajemen dan penggunaan obat, dan pendidikan pasien dan keluarga.

Lima dimensi kualitas dan kebijakan KARS tersebut kemudian dijadikan sebagai landasan dalam penentuan variabel penelitian. Variabel kualitas yang digunakan dalam penelitian kualitas pelayanan instalasi rawat inap RSMB ditampilkan pada Tabel 4.8.

Tabel 4.9 Variabel Mutu Palayanan Rawat Inap RSMB

Determinasi	Variabel
Lingkungan Rumah Sakit	Kebersihan dan kenyamanan kamar perawatan.
	Keamanan kamar perawatan.
	Kebersihan dan kenyamanan kamar mandi.
	Kebersihan tempat tidur pasien
	Keramahan dan kesopanan staff rumah sakit.
Fasilitas Rumah Sakit	Kebersihan dan kerapihan staff rumah sakit.
	Ketersediaan peralatan medis yang digunakan
	Kualitas (rasa, warna, rupa) makanan pasien
	Penampilan fisik ruang tempat perawatan
	Tempat duduk untuk keluarga/kerabat yang menjaga pasien
	Perusahaan selalu menyediakan identitas untuk pasien
	Staff dilengkapi dengan identitas diri
Fasilitas pendukung (TV, AC, dll)	
Dokter	Fasilitas medis pendukung (laboratorium, apotek, ruang ronsen, dll)
	Kemampuan dokter dalam memeriksa pasien
	Waktu kunjungan dokter tepat waktu
	Penjelasan yang diberikan dokter terhadap keluhan pasien
	Kejelasan informasi yang diberikan dokter
	Edukasi yang diberikan dokter kepada pasien dan keluarga
	Kerapihan dalam berpenampilan
Keramahan dan kesopanan dokter saat memeriksa pasien	
Perawat	Kemampuan perawat dalam melayani kebutuhan pasien
	Kemampuan perawat dalam memahami kebutuhan pasien
	Penjelasan yang diberikan perawat terhadap permasalahan pasien
	Kecepatan perawat dalam menanggapi segala kebutuhan pasien
	Edukasi yang diberikan perawat kepada pasien dan keluarga
	Keramahan dan kesopanan perawat
	Kerapihan dalam berpenampilan

4.2.2 Tahap *Measure*

Measure merupakan tindak lanjut dari langkah *define* dan merupakan sebuah jembatan untuk langkah berikutnya yaitu *analyze*. Tahapan *measure* dalam *six sigma* terdiri dari perhitungan tingkat kualitas jasa, dan menghitung nilai *sigma*.

4.2.2.1 Perhitungan Tingkat Kualitas Jasa

Penilaian kualitas jasa menggunakan model *Servqual* mencakup perhitungan perbedaan-perbedaan diantara nilai yang diberikan para pasien untuk setiap pasang pernyataan berkaitan dengan harapan dan persepsi. Sebelum melakukan pengolahan data, alat ukur (kuesioner) keandalannya. Pengujian dilakukan dalam dua tahap yaitu uji validitas dan uji reliabilitas. Perhitungan uji validitas ditampilkan pada lampiran 4 dan uji reliabilitas ditampilkan pada lampiran 5. Berikut adalah perhitungan tingkat kualitas jasa untuk ruangan inap RSMB kelas 3 (tiga).

A. Pengolahan Data Bobot

Perhitungan bobot bertujuan untuk mengetahui skala prioritas dari setiap faktor kualitas. Data yang digunakan untuk pengolahan data bobot sebelumnya telah ditampilkan pada Tabel 4.3. Langkah-langkah yang dilakukan dalam menghitung bobot faktor adalah sebagai berikut:

1. Menghitung nilai bobot proporsi (B_{ij}) yaitu dengan cara membagi bobot faktor ke- i dari tiap-tiap responden dengan jumlah total bobot faktor dari tiap-tiap responden. Persamaan yang digunakan adalah sebagai berikut.

$$B_{ij} = \frac{\text{Nilai Bobot Faktor ke } - i}{\text{Bobot Total}}$$

Berikut adalah contoh perhitungan untuk responden ke-1, untuk faktor ke 1 (lingkungan rumah sakit).

Diketahui:

Bobot faktor ke-1 = 20

Bobot Total = 100

Maka diperoleh nilai $B_{ij} = \frac{20}{100} = 0,2$.

Rekapitulasi nilai bobot proporsi (B_{ij}) untuk seluruh responden rawan inap kelas 3 (satu) ditampilkan pada Tabel 4.10.

Tabel 4.10 Rekapirulasi Nilai Bobot Proporsi (B_{ij})

Responden	Bobot (B)			
	B1	B2	B3	B4
1	0,20	0,20	0,30	0,30
2	0,25	0,25	0,25	0,25
3	0,20	0,20	0,30	0,30
4	0,25	0,25	0,25	0,25
5	0,20	0,20	0,30	0,30
....
....
....
29	0,30	0,20	0,25	0,25
30	0,20	0,20	0,30	0,30
31	0,25	0,25	0,25	0,25
32	0,25	0,25	0,25	0,25
33	0,10	0,10	0,40	0,40
34	0,25	0,25	0,25	0,25
35	0,30	0,20	0,30	0,20

2. Menghitung nilai bobot faktor rata-rata (BR_{ij}) yaitu dengan cara menjumlahkan nilai B_{ij} dari setiap responden kemudian dibagi dengan jumlah responden.

Contoh perhitungan untuk faktor ke-1 (lingkungan rumah sakit).

$$BR_{ij} = \frac{B_{ij} \text{ Resp 1} + B_{ij} \text{ Resp2} \dots \dots + B_{ij} \text{ Resp35}}{35}$$

$$BR_{ij} = \frac{0,20 + 0,25 + \dots + 0,30}{35}$$

$$= 0,23$$

Rekapitulasi nilai bobot faktor rata-rata (BR_{ij}) untuk seluruh responden rawan inap kelas 3 (satu) ditampilkan pada Tabel 4.10.

Tabel 4.11 Rekapitulasi Bobot Faktor Rata-Rata

No	Pernyataan	Nilai
1	Keamanan dan Kenyamanan lingkungan rumah sakit	0,23
2	Penampilan dan performansi dari fasilitas rumah sakit	0,21
3	Kemampuan dan penampilan dokter dalam melayani pasien	0,29
4	Kemampuan dan penampilan perawat dalam melayani pasien	0,27
Total		1,00

B. Perhitungan *ServQual*

Penilaian kualitas jasa menggunakan model *Servqual* mencakup perhitungan perbedaan-perbedaan diantara nilai yang diberikan para pasien untuk setiap pasang pernyataan berkaitan dengan harapan dan persepsi. Instrumen *Servqual* bermanfaat dalam melakukan analisa gap. Langkah-langkah yang digunakan untuk menghitung nilai *servqual* adalah sebagai berikut:

1. Menghitung besarnya nilai *servqual* (S_{ij}), yaitu selisih antara persepsi dan ekspektasi untuk setiap pasien. Persamaannya untuk menghitung besarnya nilai S_{ij} dapat dilihat pada persamaan II-1. Berikut adalah contoh perhitungan S_{ij} untuk variabel kebersihan dan kenyamanan kamar perawatan responden ke-1.

Diketahui:

$$P_{1,1} = 4$$

$$E_{1,1} = 4$$

$$S_{ij} = S_{1,1} = P_{1,1} - E_{1,1} = 4 - 4 = 0$$

Rekapitulasi penghitung besarnya nilai *servqual* (S_{ij}) ditampilkan pada Tabel 4.11.

Tabel 4.12 Rekapitulasi Perhitungan Nilai *Servqual* (S_{ij})

Respoden	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28
1	0	-1	1	0	0	0	0	0	0	-2	-1	0	-1	0	1	-2	-1	0	0	1	0	-1	-1	-1	-2	0	-2	-1
2	-1	0	0	0	1	1	-1	-1	-1	-3	0	0	-1	-2	-1	-2	-1	-1	-1	0	0	-2	-3	-2	-1	-1	1	1
3	-1	-1	0	1	0	1	-1	0	0	-3	0	-2	0	-1	-1	-1	-1	-1	-1	0	1	-1	-2	0	-1	0	-1	-1
4	-1	-2	0	0	0	0	0	-1	-1	-2	-1	-2	0	0	0	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-3	-1	0	-1	0	0
5	-1	-1	-1	-2	0	1	0	-1	-1	-2	0	0	0	1	0	-1	0	1	-1	1	1	-1	-1	1	0	0	0	0
6	-2	0	-1	0	-1	-1	-1	-1	0	-2	-1	-1	-1	0	0	-2	-1	1	0	1	1	-1	-3	-1	-2	-1	0	0
7	-1	-1	1	0	0	1	0	-2	0	-1	-2	0	0	0	0	-1	0	-1	0	-1	-1	-1	1	-1	0	-1	0	-1
8	-2	-1	-1	-1	0	-1	-2	-1	-1	-1	1	1	0	0	1	-2	-1	-3	-1	-1	-1	0	-1	-1	0	-2	1	0
9	-1	-1	0	0	0	-2	-1	-2	-1	-2	-1	-2	-1	-1	-1	-2	0	-2	0	-1	-1	-1	-1	-1	0	-1	-1	-1
....
....
....
....
26	0	0	0	-2	0	0	-1	1	0	-2	-1	-1	0	-1	-1	-1	-1	0	-2	0	-1	-1	-2	0	-1	1	0	1
27	-2	-1	-2	-2	0	0	-1	-1	-1	-2	0	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	0	0	0	0	-1	-1	-1	-1	0	1
28	-2	-1	-1	-2	-1	-2	0	-1	-1	0	0	-1	-2	-1	-1	-1	-2	0	-1	-1	0	-1	0	-1	-2	0	-1	1
29	-1	-2	0	2	1	1	0	-1	-1	-2	0	1	-1	0	0	-1	-1	1	-2	0	-1	0	-1	-1	0	-1	0	0
30	-1	0	0	-1	1	1	0	-1	-1	-2	0	-2	1	-1	-2	-1	-2	0	0	1	0	-2	-3	-2	0	1	1	0
31	-1	-1	0	0	0	-1	0	-1	-1	0	-1	-1	1	-1	0	0	0	-1	0	-1	-1	0	-1	-1	-2	0	0	0
32	-1	-1	-1	-1	-2	-1	-1	-2	-2	-2	-1	1	-1	-1	-1	-1	0	0	0	0	0	-1	-1	0	1	-1	-2	-2
33	0	0	0	1	-1	-1	-1	-1	0	-2	-1	0	0	0	0	-2	0	1	0	0	0	-2	-1	-1	0	0	0	0
34	0	0	0	0	0	0	-1	-2	0	-3	0	0	-1	0	0	-2	0	1	0	0	0	-1	-1	0	0	-1	0	0

2. Menghitung nilai SK_{ij} dengan cara merata-ratakan nilai S_{ij} faktor ini dengan jumlah pernyataan yang mewakili faktor tersebut. Persamaannya untuk menghitung besarnya nilai SK_{ij} dapat dilihat pada persamaan II-2. Berikut adalah contoh perhitungan SK_{ij} untuk variabel kebersihan dan kenyamanan kamar perawatan responden ke-1.

$$SK_{ij} = \frac{0 + (-1) + (-1) + \dots + 0 + 0}{35}$$

$$= -1,00$$

Rekapitulasi penghitung besarnya nilai *servqual* (SK_{ij}) ditampilkan pada Tabel 4.12.

Tabel 4.13 Rekapitulasi Perhitungan Nilai SK_{ij}

Lingkungan Rumah Sakit		SK_{ij}
1.	Kebersihan dan kenyamanan kamar perawatan.	-1,00
2.	Keamanan kamar perawatan.	-0,83
3.	Kebersihan dan kenyamanan kamar mandi.	-0,43
4.	Kebersihan tempat tidur pasien	-0,54
5.	Keramahan dan kesopanan staff rumah sakit.	-0,20
6.	Kebersihan dan kerapihan staff rumah sakit.	-0,09
Fasilitas Rumah Sakit		SK_{ij}
1.	Ketersediaan peralatan medis yang digunakan	-0,66
2.	Kualitas (rasa, warna, rupa) makanan pasien	-0,91
3.	Penampilan fisik ruang tempat perawatan	-0,71
4.	Tempat duduk untuk keluarga/kerabat yang menjaga pasien	-1,91
5.	Perusahaan selalu menyediakan identitas untuk pasien	-0,71
6.	Staff dilengkapi dengan identitas diri	-0,43
7.	Fasilitas pendukung (TV, AC, dll)	-0,66
8.	Fasilitas medis pendukung (laboratorium, apotek, ruang ronsen, dll)	-0,46
Dokter		SK_{ij}
1.	Kemampuan dokter dalam memeriksa pasien	-0,37
2.	Waktu kunjungan dokter tepat waktu	-1,31
3.	Penjelasan yang diberikan dokter terhadap keluhan pasien	-0,66
4.	Kejelasan informasi yang diberikan dokter	-0,43
5.	Edukasi yang diberikan dokter kepada pasien dan keluarga	-0,51
6.	Kerapihan dalam berpenampilan	-0,20
7.	Keramahan dan kesopanan dokter saat memeriksa pasien	-0,20

Lanjutan Tabel 4.12 Rekapitulasi Perhitungan Nilai SK_{ij}

Perawat	SK_{ij}
1. Kemampuan perawat dalam melayani kebutuhan pasien	-0,86
2. Kemampuan perawat dalam memahami kebutuhan pasien	-1,26
3. Penjelasan yang diberikan perawat terhadap permasalahan pasien	-0,49
4. Kecepatan perawat dalam menanggapi segala kebutuhan pasien	-0,77
5. Edukasi yang diberikan perawat kepada pasien dan keluarga	-0,49
6. Keramahan dan kesopanan perawat	-0,26
7. Kerapihan dalam berpenampilan	-0,20

3. Menghitung nilai kualitas jasa suatu faktor (SQ_{ij}) yaitu hasil perkalian SK_{ij} dengan BR_{ij} . Persamaannya untuk menghitung besarnya nilai SQ_{ij} dapat dilihat pada persamaan II-3. Berikut adalah contoh perhitungan SQ_{ij} untuk variabel kebersihan dan kenyamanan kamar perawatan responden ke-1. Berikut adalah contoh perhitungan SQ_{ij} untuk variabel kebersihan dan kenyamanan kamar perawatan.

$$\begin{aligned}
 SQ_{1,1} &= -1,00 \times 0,23 \\
 &= -0,23
 \end{aligned}$$

Rekapitulasi penghitung besarnya nilai *servqual* (SQ_{ij}) ditampilkan pada Tabel 4.13.

4. Menjumlahkan nilai SQ_{ij} sehingga didapatkan nilai kualitas jasa (TSQ_j) untuk setiap pasien. Untuk mengetahui nilai rata-rata kualitas jasa, maka dilakukan penjumlahan terhadap TSQ_j kemudian membaginya dengan banyaknya pasien sehingga didapatkan kualitas pelayanan jasa pasien. Persamaannya untuk menghitung besarnya nilai S_{ij} dapat dilihat pada persamaan II-4. Rekapitulasi penghitung besarnya nilai *servqual* TSQ_j ditampilkan pada Tabel 4.14.

Tabel 4.14 Rekapitulasi Perhitungan Nilai SQ_{ij}

Lingkungan Rumah Sakit		SK_{ij}	BR_{ij}	SQ_{ij}
1.	Kebersihan dan kenyamanan kamar perawatan.	-1,00	0,23	-0,23
2.	Keamanan kamar perawatan.	-0,83		-0,19
3.	Kebersihan dan kenyamanan kamar mandi.	-0,43		-0,10
4.	Kebersihan tempat tidur pasien	-0,54		-0,12
5.	Keramahan dan kesopanan staff rumah sakit.	-0,20		-0,05
6.	Kebersihan dan kerapihan staff rumah sakit.	-0,09		-0,02
Fasilitas Rumah Sakit		SK_i	BR_{ij}	SQ_{ij}
1.	Ketersediaan peralatan medis yang digunakan	-0,66	0,21	-0,87
2.	Kualitas (rasa, warna, rupa) makanan pasien	-0,91		-1,12
3.	Penampilan fisik ruang tempat perawatan	-0,71		-0,92
4.	Tempat duduk untuk keluarga/kerabat yang menjaga pasien	-1,91		-2,12
5.	Perusahaan selalu menyediakan identitas untuk pasien	-0,71		-0,92
6.	Staff dilengkapi dengan identitas diri	-0,43		-0,64
7.	Fasilitas pendukung (TV, AC, dll)	-0,66		-0,87
8.	Fasilitas medis pendukung (laboratorium, apotek, ruang ronsen, dll)	-0,46		-0,67
Dokter		SK_i	BR_{ij}	SQ_{ij}
1.	Kemampuan dokter dalam memeriksa pasien	-0,37	0,29	-0,66
2.	Waktu kunjungan dokter tepat waktu	-1,31		-1,60
3.	Penjelasan yang diberikan dokter terhadap keluhan pasien	-0,66		-0,95
4.	Kejelasan informasi yang diberikan dokter	-0,43		-0,72
5.	Edukasi yang diberikan dokter kepada pasien dan keluarga	-0,51		-0,80
6.	Kerapihan dalam berpenampilan	-0,20		-0,49
7.	Keramahan dan kesopanan dokter saat memeriksa pasien	-0,20		-0,49
Perawat		SK_i	BR_{ij}	SQ_{ij}
1.	Kemampuan perawat dalam melayani kebutuhan pasien	-0,86	0,27	-0,23
2.	Kemampuan perawat dalam memahami kebutuhan pasien	-1,26		-0,34
3.	Penjelasan yang diberikan perawat terhadap permasalahan pasien	-0,49		-0,13
4.	Kecepatan perawat dalam menanggapi segala kebutuhan pasien	-0,77		-0,21
5.	Edukasi yang diberikan perawat kepada pasien dan keluarga	-0,49		-0,13
6.	Keramahan dan kesopanan perawat	-0,26		-0,07
7.	Kerapihan dalam berpenampilan	-0,20		-0,05

Tabel 4.15 Rekapitulasi Perhitungan Nilai TSQ_j

Lingkungan Rumah Sakit		SK_{ij}	BR_{ij}	SQ_{ij}	TSQ_j
1.	Kebersihan dan kenyamanan kamar perawatan.	-1,00	0,23	-0,23	-0,71
2.	Keamanan kamar perawatan.	-0,83		-0,19	
3.	Kebersihan dan kenyamanan kamar mandi.	-0,43		-0,10	
4.	Kebersihan tempat tidur pasien	-0,54		-0,12	
5.	Keramahan dan kesopanan staff rumah sakit.	-0,20		-0,05	
6.	Kebersihan dan kerapihan staff rumah sakit.	-0,09		-0,02	
Fasilitas Rumah Sakit		SK_{ij}	BR_{ij}	SQ_{ij}	TSQ_j
1.	Ketersediaan peralatan medis yang digunakan	-0,66	0,21	-0,87	-8,13
2.	Kualitas (rasa, warna, rupa) makanan pasien	-0,91		-1,12	
3.	Penampilan fisik ruang tempat perawatan	-0,71		-0,92	
4.	Tempat duduk untuk keluarga/kerabat yang menjaga pasien	-1,91		-2,12	
5.	Perusahaan selalu menyediakan identitas untuk pasien	-0,71		-0,92	
6.	Staff dilengkapi dengan identitas diri	-0,43		-0,64	
7.	Fasilitas pendukung (TV, AC, dll)	-0,66		-0,87	
8.	Fasilitas medis pendukung (laboratorium, apotek, ruang ronsen, dll)	-0,46		-0,67	
Dokter		SK_{ij}	BR_{ij}	SQ_{ij}	TSQ_j
1.	Kemampuan dokter dalam memeriksa pasien	-0,37	0,29	-0,66	-5,71
2.	Waktu kunjungan dokter tepat waktu	-1,31		-1,60	
3.	Penjelasan yang diberikan dokter terhadap keluhan pasien	-0,66		-0,95	
4.	Kejelasan informasi yang diberikan dokter	-0,43		-0,72	
5.	Edukasi yang diberikan dokter kepada pasien dan keluarga	-0,51		-0,80	
6.	Kerapihan dalam berpenampilan	-0,20		-0,49	
7.	Keramahan dan kesopanan dokter saat memeriksa pasien	-0,20		-0,49	
Perawat		SK_{ij}	BR_{ij}	SQ_{ij}	TSQ_j
1.	Kemampuan perawat dalam melayani kebutuhan pasien	-0,86	0,27	-0,23	-1,16
2.	Kemampuan perawat dalam memahami kebutuhan pasien	-1,26		-0,34	
3.	Penjelasan yang diberikan perawat terhadap permasalahan pasien	-0,49		-0,13	
4.	Kecepatan perawat dalam menanggapi segala kebutuhan pasien	-0,77		-0,21	
5.	Edukasi yang diberikan perawat kepada pasien dan keluarga	-0,49		-0,13	
6.	Keramahan dan kesopanan perawat	-0,26		-0,07	
7.	Kerapihan dalam berpenampilan	-0,20		-0,05	

$$\begin{aligned}\sum ServQual &= \sum TSQ_j \\ \sum ServQual &= (-0,71) + (-8,13) + (-5,71) + (-1,16) \\ &= -15,71\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Rata - Rata Servqual} &= \frac{\sum TSQ_j}{\text{Jumlah Variabel}} \\ &= \frac{-15,71}{28} \\ &= -0,56\end{aligned}$$

Dengan menggunakan cara perhitungan *servqual* diatas maka, pada Tabel 4.15 ditampilkan rekapitulasi perhitungan *servqual* untuk seluruh ruangan instalasi rawat inap RSMB. Sedangkan langkah perhitungan *servqual* untuk ruangan lainnya ditanmpilkan pada Lampiran 8.

Tabel 4.16 Rekapitulasi Nilai *Servqual* Rawat Inap RSMB

No	Ruangan	Jumlah <i>Servqual</i>	Rata-Rata <i>Servqual</i>
1	VVIP	-2,88	0,10
2	VIP	1,28	0,05
3	Kelas 1	4,60	0,16
4	Kelas 2	-5,28	0,19
5	Kelas 3	-15,71	-0,56
6	Isolasi	8,08	0,29
7	Utama	-9,72	-0,35
8	Khusus	-10,51	-0,38

Berdasarkan Tabel 4.16 dapat diketahui bahwa ruangan dengan nilai gap tertinggi adalah ruang kelas 3. Jumlah *servqual* untuk ruang kelas 3 yaitu sebesar -15,71 sehingga diperoleh nilai rata-rata *servqual* adalah sebesar -0,56. Sehingga dapat disimpulkan bahwa prioritas ruangan yang harus diperbaiki untuk meningkatkan kualitas pelayanan rawat inap RSMB adalah ruang inap kelas 3.

4.2.2.2 Kapabilitas Proses

Perhitungan kapabilitas proses dilakukan untuk mengetahui sampai berapakah nilai sigma dari pelayanan tersebut. Nilai sigma dihitung untuk semua variabel kualitas yang digunakan, dimana konversi DPMO ke nilai sigma berdasarkan *Motorola's 6-Sigma Process*. Dalam perhitungan kapabilitas proses, ketidakpuasan adalah proses yang memiliki persepsi $i < 4$. Banyaknya CTQ didapatkan dari jumlah ketidakpuasan maksimal yang mungkin terjadi dari setiap pasien, dimana pada penelitian ini tidak menggunakan *subgroup* sehingga jumlah CTQ proses adalah 1. Contoh perhitungan nilai sigma untuk perbaikan kualitas rawat inap RSMB ditampilkan pada Tabel 4.16.

Tabel 4.17 Tempat duduk untuk keluarga/kerabat yang menjaga pasien

Langkah	Aktivitas	Persamaan	Hasil
1	Proses apa yang ingin diketahui	-	Tempat duduk untuk keluarga/kerabat yang menjaga pasien
2	Berapa banyak Proses Pelayanan	-	34
3	Berapa banyak ketidakpuasan yang diterima	-	28
4	Hitung tingkat ketidakpuasan berdasarkan langkah 3	Langkah 3/ Langkah 2	0,824
5	Tentukan bayanyaknya CTQ potensial yang dapat mengakibatkan ketidakpuasan atau kegagalan	Banyak karakteristik CTQ	1
6	Hitung peluang singkat ketidakpuasan per karakteristik CTQ	Langkah 4/ Langkah 5	0,824
7	Hitung kemungkinan ketidakpuasan persatu juta kesempatan (DPMO)	Langkah 6 x 1000.000	824000
8	Konversikan nilai DPMO kedalam nilai sigma	-	0,65
9	Buat Kesimpulan	-	Kapasitas sigma 0,65

Rekapitulasi perhitungan nilai sigma untuk semua variabel yang digunakan dalam peningkatan kualitas pelayanan rawat inap RSMB ditampilkan pada Tabel 4.17.

Tabel 4.18 Rekapitulasi Nilai Sigma

Variabel	Nilai Sigma
Lingkungan Rumah Sakit	
1. Kebersihan dan kenyamanan kamar perawatan.	2,35
2. Keamanan kamar perawatan.	1,25
3. Kebersihan dan kenyamanan kamar mandi.	2,05
4. Kebersihan tempat tidur pasien	1,15
5. Keramahan dan kesopanan staff rumah sakit.	2,55
6. Kebersihan dan kerapihan staff rumah sakit.	0,40
Fasilitas Rumah Sakit	
1. Ketersediaan peralatan medis yang digunakan	2,45
2. Kualitas (rasa, warna, rupa) makanan pasien	1,50
3. Penampilan fisik ruang tempat perawatan	2,70
4. Tempat duduk untuk keluarga/kerabat yang menjaga pasien	0,65
5. Perusahaan selalu menyediakan identitas untuk pasien	2,05
6. Staff dilengkapi dengan identitas diri	2,15
7. Fasilitas pendukung (TV, AC, dll)	2,05
8. Fasilitas medis pendukung (laboratorium, apotek, ruang ronsen, dll)	2,45
Dokter	
1. Kemampuan dokter dalam memeriksa pasien	2,05
2. Waktu kunjungan dokter tepat waktu	0,85
3. Penjelasan yang diberikan dokter terhadap keluhan pasien	2,55
4. Kejelasan informasi yang diberikan dokter	2,05
5. Edukasi yang diberikan dokter kepada pasien dan keluarga	2,05
6. Kerapihan dalam berpenampilan	2,70
7. Keramahan dan kesopanan dokter saat memeriksa pasien	2,35
Perawat	
1. Kemampuan perawat dalam melayani kebutuhan pasien	2,35
2. Kemampuan perawat dalam memahami kebutuhan pasien	1,50
3. Penjelasan yang diberikan perawat terhadap permasalahan pasien	2,35
4. Kecepatan perawat dalam menanggapi segala kebutuhan pasien	1,30
5. Edukasi yang diberikan perawat kepada pasien dan keluarga	2,45
6. Keramahan dan kesopanan perawat	2,45
7. Kerapihan dalam berpenampilan	2,55

4.2.3 Tahap *Analyze*

Langkah ini mulai masuk kedalam hal-hal detail, meningkatkan pemahaman terhadap proses dan masalah, serta mengidentifikasi akar masalah. Pada tahap ini dilakukan identifikasi sumber-sumber dan akar penyebab permasalahan yang terjadi pada pelayanan pasien rawat jalan dengan menggunakan FMEA. Tujuan tahap *Analyze* adalah untuk memverifikasi penyebab yang mempengaruhi *input* kunci dan *output* kunci. Terdapat dua langkah yang dilakukan didalam tahap *analyze* yaitu analisis *alternative improvement*. Sebelum melakukan analisis *alternative improvement*, berikut adalah pengelompokan hasil identifikasi masalah pada tahap *define* dan hasil pengukuran pada tahap *measure*. permasalahan dengan variabel penelitian yang memiliki *potential effect* tertinggi.

1. Tingginya angka keluhan pasien akibat keterlambatan visit dokter.
 - a. Waktu kunjungan dokter tepat waktu.
2. Rumah sakit memiliki batasan anggaran dalam pengadaan fasilitas yang berorientasi pada pasien.
 - a. Ketersediaan peralatan medis yang digunakan.
 - b. Kualitas (rasa, warna, rupa) makanan pasien.
 - c. Fasilitas pendukung (TV, AC, dll).
 - d. Fasilitas medis pendukung (laboratorium, apotek, ruang ronsen, dll).
 - e. Perusahaan selalu menyediakan identitas untuk pasien.
 - f. Tempat duduk untuk keluarga/kerabat yang menjaga pasien.
 - g. Penampilan fisik ruang tempat perawatan.
3. Tingginya keluhan pasien akibat rendahnya kebersihan dan kerapihan rumah sakit dan fasilitas rumah sakit.
 - a. Kebersihan dan kenyamanan kamar perawatan.
 - b. Kebersihan dan kenyamanan kamar mandi.
 - c. Kebersihan tempat tidur pasien.
4. Rendahnya kesadaran petugas rumah sakit dalam menanggapi dan memahami kebutuhan dan keinginan pasien.
 - a. Kemampuan dokter dalam memeriksa pasien.
 - b. Kejelasan informasi yang diberikan dokter.

- c. Penjelasan yang diberikan dokter terhadap keluhan pasien.
- d. Edukasi yang diberikan dokter kepada pasien dan keluarga.
- e. Staff dilengkapi dengan identitas diri.
- f. Kemampuan perawat dalam melayani kebutuhan pasien.
- g. Kemampuan perawat dalam memahami kebutuhan pasien.
- h. Penjelasan yang diberikan perawat terhadap permasalahan pasien.
- i. Kecepatan perawat dalam menanggapi segala kebutuhan pasien.
- j. Edukasi yang diberikan perawat kepada pasien dan keluarga.
- k. Keamanan kamar perawatan.
- l. Kerapihan dalam berpenampilan.
- m. Keramahan dan kesopanan dokter saat memeriksa pasien.
- n. Keramahan dan kesopanan perawat.
- o. Kerapihan dalam berpenampilan.
- p. Keramahan dan kesopanan staff rumah sakit.
- q. Kebersihan dan kerapihan staff rumah sakit.

Analisis *alternative improvement* dilakukan dengan menggunakan metode *Failure Mode And Effect Analysis (FMEA)*. *Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)* digunakan untuk melihat proses bagian yang paling dominan menghasilkan kegagalan dalam pelayanan. FMEA berfungsi untuk memberikan pembobotan pada nilai *Severity*, *Occurance*, dan *Detection* berdasarkan potensi efek kegagalan, penyebab kegagalan dan proses kontrol saat ini untuk menghasilkan nilai *Risk Priority Number (RPN)*.

1. Menentukan tingkat *Severity (S)*

Menentukan tingkat *severity* dari setiap risiko, dimana *severity* merupakan sebuah penilaian pada tingkat keseriusan suatu efek atau akibat dari potensi kegagalan pada suatu komponen atau variabel yang berpengaruh pada suatu hasil kerja. Berikut adalah nilai *severity* untuk setiap variabel yang sangat berpengaruh pada kualitas pelayanan instalasi rawat inap RSMB. Berikut adalah contoh penentuan nilai *severity*.

- Waktu kunjungan dokter tidak tepat waktu

Nilai *Severity* tempat duduk untuk waktu kunjungan dokter tidak tepat waktu adalah 7 karena akibat yang ditimbulkan akibat keterlambatan dokter untuk memeriksa pasien bersifat signifikan. Artinya suatu pelayanan akan terganggu dan baik pasien maupun keluarga akan merasakan ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit.

2. Menentukan tingkat *occurrence* (O)

Menentukan tingkat *occurrence* dari setiap risiko, yang mana *occurrence* merupakan sebuah penilaian dengan tingkatan tertentu dimana adanya sebuah sebab kesalahan secara teknis yang terjadi pada sebuah layanan. Berikut adalah nilai *occurrence* untuk setiap variabel yang sangat berpengaruh pada kualitas pelayanan instalasi rawat inap RSMB. Berikut adalah contoh penentuan nilai *occurrence*.

- Waktu kunjungan dokter tidak tepat waktu

Nilai *Occurance* untuk waktu kunjungan dokter tidak tepat waktu adalah 10 dibuktikan dengan fakta di lapangan dimana sangat tingginya keluhan yang ditimbulkan karena keterlambatan kunjungan dokter. Jumlah 35 pasien yang menjadi responden 22 pasien yang menyatakan ketidakpuasan sehingga diperoleh rating 10 dalam standar nilai *occurrence*.

3. Menentukan tingkat *detection* (D)

Menentukan tingkat *detection* dari setiap risiko, yang mana *detection* merupakan suatu pembobotan kemungkinan bahwa *current process control* yang diusulkan akan mampu mendeteksi moda kegagalan potensial sebelum bagian atau komponen meninggalkan lokasi pelayanan. Berikut adalah contoh penentuan nilai *detection*.

- Waktu kunjungan dokter tidak tepat waktu

Nilai *detection* untuk waktu kunjungan dokter tidak tepat waktu adalah 5 dibuktikan dengan fakta di lapangan dimana metode pencegahan kegagalan pelayanan yang dilakukan saat ini belum mampu menekan keluhan dari pasien. Sehingga, diperoleh nilai 5 untuk kegagalan pelayanan akibat waktu kunjungan dokter tidak tepat waktu. Nilai tersebut

memiliki makna cukup kemungkinan kontrol sekarang mampu mendeteksi modus kegagalan.

4. Menghitung Nilai *Risk Priority Number* (RPN)

Menghitung nilai RPN, yang mana RPN merupakan hasil perkalian *severity* (S), *occurrence* (O), dan *detection* (D). Berdasarkan poin 1, 2, dan 3 untuk perhitungan nilai RPN untuk waktu kunjungan dokter tidak tepat waktu diketahui nilai *severity* bernilai 7, nilai *occurrence* bernilai 10, dan nilai *detection* bernilai 5, sehingga nilai RPN yang diperoleh adalah 350, ini merupakan hasil dari perkalian antara S, O, dan D yang dirumuskan sebagai berikut:

$$\text{RPN} = \text{S} \times \text{O} \times \text{D} = 7 \times 10 \times 5 = 350$$

Hasil perhitungan nilai *severity* (S), *occurrence* (O), *detection* (D), dan RPN kemudian dimasukkan kedalam tabel FMEA. *Tabel Failure Mode And Effect Analysis* (FMEA) untuk analisis peningkatan kualitas pelayanan instalasi rawat inap RSMB ditampilkan pada Tabel 4.18.

Tabel 4.19 Analisis FMEA

Determinasi	Critical To Quality	S	Penyebab Ketidakpuasan	O	Kontrol Sekarang	D	RPN	Rekomendasi Kontrol
Lingkungan Rumah Sakit	Kebersihan dan kenyamanan kamar perawatan.	6	Kurangnya pengawasan	8	Petugas membersihkan ruangan perawatan setiap pagi hari.	6	288	Petugas selalu membersihkan kamar perawatan.
	Keamanan kamar perawatan.	7	Minimnya kontrol petugas keamanan	9	Rumah sakit menyediakan satpam disetiap pintu gerbang masuk rumah sakit.	6	378	Petugas keamanan selalu melakukan patroli untuk menjaga keamanan rumah sakit.
	Kebersihan dan kenyamanan kamar mandi.	6	Petugas jarang memeriksa kebersihan kamar mandi	9	Petugas membersihkan kamar mandi pasien setiap pagi hari.	6	324	Petugas melakukan pemeriksaan kamar mandi pasien.
	Kebersihan tempat tidur pasien	6	Kurangnya pengawasan	9	Petugas membersihkan tempat tidur apabila sudah terlihat kotor.	6	324	Petugas selalu memeriksa kebersihan tempat tidur pasien.
	Keramahan dan kesopanan staff rumah sakit.	6	Kurangnya pengawasan	8	manajemen perusahaan mengadakan kontrol kinerja staf.	6	288	Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan staf.
	Kebersihan dan kerapihan staff rumah sakit.	6	Kurangnya pengawasan	8	manajemen perusahaan mengadakan kontrol kinerja staf.	6	288	Diadakan apel setiap pergantian shift kerja

Lanjutan Tabel 4.20 Analisis FMEA

Determinasi	Critical To Quality	S	Penyebab Ketidakuasaan	O	Kontrol Sekarang	D	RPN	Rekomendasi Kontrol
Fasilitas Rumah Sakit	Ketersediaan peralatan medis yang digunakan	8	Perusahaan memiliki batasan anggaran untuk pengadaan fasilitas medis.	8	Rumah sakit melakukan kerja sama dengan rumah sakit lain apabila terdapat peralatan medis yang tidak disediakan di RSMB.	5	320	Manajemen rumah sakit melakukan inspeksi ketersediaan fasilitas dan menyediakan anggaran untuk pengadaan fasilitas.
	Kualitas (rasa, warna, rupa) makanan pasien	6	Tidak ada variasi makanan untuk pasien	10	Petugas gizi selalu memeriksa kualitas makanan pasien sebelum di distribusikan.	2	120	Bagian gizi membuat variasi makanan untuk pasien.
	Tempat duduk untuk keluarga/kerabat pasien	2	Perusahaan memiliki batasan dalam pengadaan fasilitas tepat duduk	10	Menyediakan ruangan untuk kerabat dan keluarga pasien dengan kursi standar.	6	120	Pengalokasian anggaran perusahaan untuk pemenuhan fasilitas.
	Perusahaan selalu menyediakan identitas untuk pasien	2	Manajemen rumah sakit tidak menyediakan identitas untuk pasien.	9	-	7	126	Manajemen rumah sakit menyediakan ID Band Onamed untuk setiap pasien rawat inap.
	Staff dilengkapi dengan identitas diri.	2	Petugas lupa menggunakan ID card.	9	Pengawasan oleh setiap kepala ruangan	23	36	Komite perawat melakukan apel sebelum pergantian setiap pergantian shift kerja.
	Fasilitas pendukung (TV, AC, dll)	6	Perusahaan memiliki batasan anggaran untuk pengadaan fasilitas pendukung.	9	-	2	108	Manajemen rumah sakit melakukan inspeksi ketersediaan fasilitas dan menyediakan anggaran untuk pengadaan fasilitas.
	Fasilitas medis pendukung (laboratorium, apotek, ruang ronsen, dll)	6	Perusahaan memiliki batasan anggaran untuk pengadaan fasilitas medis pendukung.	8	-	2	96	Manajemen rumah sakit melakukan inspeksi ketersediaan fasilitas dan menyediakan anggaran untuk pengadaan fasilitas.

Lanjutan Tabel 4.21 Analisis FMEA

Determinasi	Critical To Quality	S	Penyebab Ketidakpuasan	O	Kontrol Sekarang	D	RPN	Rekomendasi Kontrol
Dokter	Kemampuan dokter dalam memeriksa pasien	8	Dokter lamban dalam menentukan tindakan medis yang dilakukan.	7	Rumah sakit melakukan uji kompetensi dokter.	7	392	Manajemen rumah sakit melakukan evaluasi kinerja dokter.
	Waktu kunjungan dokter tepat waktu	7	- Tidak adanya penjadwalan yang jelas - Minimya sumber daya dokter	10	Segera menghubungi dokter jika terjadi keterlambatan visit	5	350	- Pembuatan jadwal kunjungan untuk setiap dokter yang bekerja di RSMB - Rumah sakit melakukan analisis beban kerja untuk menentukan jumlah dokter minimal yang harus ada.
	Penjelasan yang diberikan dokter terhadap keluhan pasien	6	- Jadwal praktik dokter terlalu padat - Dokter kurang komunikatif	8	-	7	336	Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan karyawan.
	Kejelasan informasi yang diberikan dokter	6	- Jadwal praktik dokter terlalu padat - Dokter kurang komunikatif	9	-	7	378	Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan karyawan.
	Edukasi yang diberikan dokter kepada pasien dan keluarga	6	Dokter kurang komunikatif	9	-	7	378	Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan karyawan.
	Keramahan dan kesopanan perawat	6	Kurangnya pengawasan.	8	Diadakan kontrol staf	6	288	Membuat standar pelayanan yang harus diberikan dokter kepada pasien.
	Kerapihan dalam berpenampilan	5	Kurangnya pengawasan	8	Diadakan kontrol staf	6	240	Membuat standar berpakaian bagi dokter.

Lanjutan Tabel 4.22 Analisis FMEA

Determinasi	Critical To Quality	S	Penyebab Ketidakpuasan	O	Kontrol Sekarang	D	RPN	Rekomendasi Kontrol
Perawat	Kemampuan perawat dalam melayani kebutuhan pasien	7	- Banyaknya perawat magang. - Perawat kurang komunikatif	8	Rumah sakit melakukan uji kompetensi perawat.	7	392	Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan karyawan.
	Kemampuan perawat dalam memahami kebutuhan pasien	7	Perawat kurang komunikatif	10		7	490	Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan karyawan.
	Penjelasan yang diberikan perawat terhadap permasalahan pasien	6	Perawat kurang komunikatif.	8		7	336	Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan karyawan.
	Kecepatan perawat dalam menanggapi segala kebutuhan pasien	6	Jumlah pasien terlalu banyak sehingga perawat harus memilih prioritas pasien yang harus dilayani.	10	Petugas siap siaga apabila terdapat permasalahan pada pasien	7	420	Manajemen rumah sakit melakukan analisis beban kerja perawat untuk menentukan jumlah minimum perawat yang harus ada.
	Edukasi yang diberikan perawat kepada pasien dan keluarga	6	Perawat kurang komunikatif	8	Rumah sakit menyediakan buku panduan	6	288	Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan karyawan.
	Keramahan dan kesopanan perawat	6	Kurangnya pengawasan.	8	Diadakan kontrol staf	6	288	Diadakan apel setiap pergantian shift kerja.
	Kerapihan dalam berpenampilan	5	Kurangnya pengawasan	8	Diadakan kontrol staf	6	240	Diadakan apel setiap pergantian shift kerja.

Penentuan prioritas *improvement* dilakukan berdasarkan hasil perhitungan *Risk Priority Number* (RPN). Nilai RPN terbesar akan menjadi prioritas utama dalam melakukan perbaikan. Berikut adalah urutan prioritas perbaikan kualitas pelayanan instalasi rawat inap RSMB berdasarkan hasil analisis FMEA.

1. Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan karyawan
2. Manajemen rumah sakit melakukan analisis beban kerja perawat untuk menentukan jumlah minimum perawat yang harus ada.
3. Manajemen rumah sakit melakukan evaluasi kinerja dokter.
4. Petugas keamanan selalu melakukan patroli untuk menjaga keamanan rumah sakit.
5. Pembuatan jadwal kunjungan pasien untuk setiap dokter yang bekerja di RSMB
6. Rumah sakit melakukan analisis beban kerja untuk menentukan jumlah dokter minimal yang harus ada.
7. Petugas melakukan pemeriksaan kamar mandi pasien.
8. Petugas selalu memeriksa kebersihan tempat tidur pasien.
9. Manajemen rumah sakit melakukan inspeksi ketersediaan fasilitas dan menyediakan anggaran untuk pengadaan fasilitas.
10. Membuat standar pelayanan yang harus diberikan dokter kepada pasien.
11. Diadakan apel setiap pergantian shift kerja.
12. Petugas selalu membersihkan kamar perawatan.
13. Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan staf.
14. Membuat standar berpakaian bagi dokter.
15. Manajemen rumah sakit menyediakan ID Band Onamed untuk setiap pasien rawat inap.
16. Bagian gizi membuat variasi makanan untuk pasien.
17. Pengalokasian anggaran perusahaan untuk pemenuhan fasilitas.
18. Manajemen rumah sakit melakukan inspeksi ketersediaan fasilitas dan menyediakan anggaran untuk pengadaan fasilitas.
19. Manajemen rumah sakit melakukan inspeksi ketersediaan fasilitas dan menyediakan anggaran untuk pengadaan fasilitas.

4.2.4 Tahap *Improve*

Pada langkah ini diterapkan suatu rencana tindakan untuk melaksanakan peningkatan kualitas *six sigma*. Rencana tersebut mendeskripsikan tentang alokasi sumber daya serta prioritas atau alternatif yang dilakukan. Tim peningkatan kualitas *six sigma* harus memutuskan target yang harus dicapai, mengapa rencana tindakan tersebut dilakukan, dimana rencana tindakan itu akan dilakukan, bilamana rencana itu akan dilakukan, siapa penanggungjawab rencana tindakan itu, bagaimana melaksanakan rencana tindakan itu dan berapa besar biaya pelaksanaannya serta manfaat positif dari implementasi rencana tindakan itu. Tim proyeksi *Sigma* telah mengidentifikasi sumber-sumber dan akar penyebab masalah kualitas sekaligus memonitor efektifitas dari rencana tindakan yang akan dilakukan di sepanjang waktu.

4.2.4.1 Menentukan Rekomendasi Tindakan Perbaikan

Rekomendasi tindakan perbaikan dilakukan dengan menggunakan metode 5W + 2 H. Rekomendasi perbaikan untuk tindakan perbaikan bertujuan untuk mengetahui proses pelaksanaan tahap *improvement* dan memprediksi nilai *sigma* yang akan didapatkan setelah tindakan perbaikan dilakukan. Hasil rencana perbaikan kualitas untuk meningkatkan kualitas pelayanan instalasi rawat inap RSMB ditampilkan pada Tabel 4.23 sampai Tabel 4.26.

Tabel 4.23 Rencana Untuk Tindakan Peningkatan Kualitas Lingkungan inap RSMB

5W + 2 H	Deskripsi
What	Proses perbaikan untuk meningkatkan kualitas lingkungan rawat inap RSMB.
Where	Perbaikan dilakukan pada lingkungan rawat inap kelas 3 RSMB
When	Rencana perbaikan dilakukan pada bulan September 2015
Who	Orang yang bertanggung jawab untuk meningkatkan kualitas lingkungan rumah sakit adalah komite mutu dan semua staf yang bekerja di instalasi rawat inap kelas 3.
Why	Rencana perbaikan ini perlu dilakukan karena dengan menjalankan rencana ini rumah sakit dapat meminimasi keluhan pasien yang disebabkan kurangnya kebersihan lingkungan rumah sakit. Rencana perbaikan ini berharap dapat meningkatkan kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan yang diberikan RSMB.
How	Rencana perbaikan yang diajukan untuk meningkatkan kualitas lingkungan inap rumah sakit adalah sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas keamanan selalu melakukan patroli untuk menjaga keamanan rumah sakit. 2. Petugas melakukan pemeriksaan kamar mandi pasien. 3. Petugas selalu memeriksa kebersihan tempat tidur pasien. 4. Petugas selalu membersihkan kamar perawatan. 5. Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan staf. 6. Diadakan apel setiap pergantian shift kerja
How Much	Dengan dilaksanakannya rencana perbaikan, maka keluhan pasien dapat diminimumkan. Dengan demikian rumah sakit dapat meningkatkan kepuasan pasien yang nantinya akan berimbas pada kepercayaan pasien terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit. Setelah melakukan perbaikan maka diharapkan nilai sigma untuk kebersihan dan kerapihan staf dapat mencapai 2,5.

Tabel 4.24 Rencana Untuk Tindakan Peningkatan Kualitas Fasilitas Instalasi Rawat Inap RSMB

5W + 2 H	Deskripsi
What	Proses perbaikan untuk meningkatkan kualitas fasilitas di instalasi rawat inap RSMB.
Where	Perbaikan dilakukan pada fasilitas instalasi rawat inap kelas 3 RSMB
When	Rencana perbaikan dilakukan pada bulan September 2015
Who	Orang yang bertanggung jawab untuk meningkatkan kualitas fasilitas di instalasi rawat inap adalah komite mutu dan direksi rumah sakit.
Why	Rencana perbaikan ini perlu dilakukan karena dengan menjalankan rencana ini rumah sakit dapat meminimasi keluhan pasien yang disebabkan rendahnya kualitas fasilitas yang disediakan RSMB khususnya ruang rawat inap. Rencana perbaikan ini berharap dapat meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga atau kerabat pasien rawat inap terhadap pelayanan yang diberikan RSMB.
How	Rencana perbaikan yang diajukan untuk meningkatkan kualitas fasilitas rumah sakit adalah sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen rumah sakit melakukan inspeksi ketersediaan fasilitas dan menyediakan anggaran untuk pengadaan fasilitas. 2. Manajemen rumah sakit menyediakan ID Band Onamed untuk setiap pasien rawat inap. 3. Bagian gizi membuat variasi makanan untuk pasien. 4. Pengalokasian anggaran perusahaan untuk pemenuhan fasilitas. 5. Manajemen rumah sakit melakukan inspeksi ketersediaan fasilitas dan menyediakan anggaran untuk pengadaan fasilitas. 6. Komite perawat melakukan apel sebelum pergantian setiap pergantian shift kerja.
How Much	Dengan dilaksanakannya rencana perbaikan, maka keluhan pasien dan keluarga atau kerabat pasien dapat diminimumkan. Dengan demikian rumah sakit dapat meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga atau kerabat pasien yang nantinya akan berimbas pada kepercayaan pasien terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit. Setelah melakukan perbaikan maka diharapkan nilai sigma untuk fasilitas ruang inap dapat mencapai 3,0.

Tabel 4.25 Rencana Untuk Meningkatkan Kualitas Pelayanan Dokter

5W + 2 H	Deskripsi
What	Proses perbaikan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dokter.
Where	Perbaikan dilakukan pada dokter di ruang kelas 3 RSMB
When	Rencana perbaikan dilakukan pada bulan September 2015
Who	Orang yang bertanggung jawab untuk meningkatkan kebersihan dan kerapihan staff rumah sakit adalah komite perawatan dan komite medik RSMB.
Why	Rencana perbaikan ini perlu dilakukan karena dengan menjalankan rencana ini rumah sakit dapat meningkatkan kualitas pelayanan dokter. Rencana perbaikan ini berharap dapat meningkatkan kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan yang diberikan RSMB.
How	Rencana perbaikan yang diajukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dokter adalah sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen rumah sakit melakukan evaluasi kinerja dokter. 2. Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan untuk dokter. 3. Pembuatan jadwal kunjungan untuk setiap dokter yang bekerja di RSMB 4. Rumah sakit melakukan analisis beban kerja untuk menentukan jumlah dokter minimal yang harus ada. 5. Membuat standar pelayanan yang harus diberikan dokter kepada pasien. 6. Membuat standar berpakaian bagi dokter.
How Much	Dengan dilaksanakannya rencana perbaikan, maka keluhan pasien dapat diminimumkan. Dengan demikian rumah sakit dapat meningkatkan kepuasan pasien yang nantinya akan berimbas pada kepercayaan pasien terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit. Setelah melakukan perbaikan maka diharapkan nilai sigma untuk kualitas pelayanan dokter dapat mencapai 3,0.

Tabel 4.26 Rencana Untuk Meningkatkan Kualitas Pelayanan Perawat

5W + 2 H	Deskripsi
What	Proses perbaikan untuk meningkatkan kualitas pelayanan perawat.
Where	Perbaikan dilakukan pada perawat di ruang kelas 3 RSMB
When	Rencana perbaikan dilakukan pada bulan September 2015
Who	Orang yang bertanggung jawab untuk meningkatkan pelayanan perawat ruang kelas 3 RSMB adalah komite perawatan dan komite medik RSMB.
Why	Rencana perbaikan ini perlu dilakukan karena dengan menjalankan rencana ini rumah sakit dapat meningkatkan kualitas pelayanan tenaga perawat. Rencana perbaikan ini berharap dapat meningkatkan kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan yang diberikan RSMB.
How	Rencana perbaikan yang diajukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan perawat adalah sebagai berikut: 1. Manajemen rumah sakit melakukan pelatihan untuk perawat. 2. Manajemen rumah sakit melakukan analisis beban kerja perawat untuk menentukan jumlah minimum perawat yang harus ada. 3. Diadakan apel setiap pergantian shift kerja.
How Much	Dengan dilaksanakannya rencana perbaikan, maka keluhan pasien dapat diminimumkan. Dengan demikian rumah sakit dapat meningkatkan kepuasan pasien yang nantinya akan berimbas pada kepercayaan pasien terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit. Setelah melakukan perbaikan maka diharapkan nilai sigma untuk kualitas pelayanan perawat dapat mencapai 3,0.

4.2.4.2 Menentukan Rencana Tindakan Perbaikan

Dalam upaya untuk melakukan perbaikan terhadap proses pelayanan yang mengalami tingkat resiko kegagalan mayor, perlu dilakukan upaya dalam menjalankan perbaikan tersebut. Rencana perbaikan dilakukan dalam dua tahap yaitu tahap perencanaan dan tahap implementasi.

a. Tahap Perencanaan

Tahap perencanaan dilakukan untuk mempersiapkan semua keperluan yang dibutuhkan untuk melakukan *improvement* hasil perbaikan. Tahap ini hal yang perlu dipersiapkan adalah perencanaan manajemen dan pelatihan manajemen. Implementasi perbaikan pada manajemen perusahaan dengan

memberikan konsep kualitas yang secara jelas disampaikan melalui komitmen pemilik perusahaan tentang manajemen kualitas kepada pekerja, aturan mengenai prosedur kerja, dan rasa tanggung jawab terhadap kualitas produk pada pekerja dan seluruh bagian yang terkait dalam proses pelayanan. Komitmen dari pemilik perusahaan merupakan faktor yang paling penting berpengaruh terhadap kesuksesan suatu hasil perbaikan. Pada tahap ini dilakukan pengenalan dan pelatihan seluruh standar operasional yang akan digunakan dalam pelayanan.

b. Tahap Implementasi

Tahap implementasi dilakukan untuk menjalankan atau *improvement* seluruh hasil rancangan perbaikan kualitas pelayanan di instalasi rawat inap. Pada tahap ini seluruh manajemen yang terlibat akan melakukan atau mengimplementasikan seluruh kebijakan atau standar operasional yang baru.

4.2.5 Tahap Control

Control merupakan tahap operasional terakhir dalam upaya peningkatan kualitas berdasarkan *Six Sigma*. Pada tahap ini hasil peningkatan kualitas didokumentasikan dan disebarluaskan, praktik-praktik terbaik yang sukses dalam peningkatan proses distandarisasi dan disebarluaskan, prosedur didokumentasikan dan dijadikan sebagai pedoman standar, serta kepemilikan atau tanggung jawab ditransfer dari tim kepada pemilik atau penanggung jawab proses. Terdapat dua kegiatan yang dilakukan dalam tahap *control* yaitu standar kerja berdasarkan hasil perbaikan dan mengontrol pelaksanaan sesuai *improvement*.

4.2.5.1 Standar Kerja Berdasarkan Hasil Perbaikan

Pembuatan standar kerja digunakan untuk membantutenaga medis juga tenaga rumah sakit untuk mencapai asuhan yang berkualitas, sehingga para tenaga medis dan tenaga rumah sakit harus berpikir realistis tentang pentingnya evaluasi sistematis terhadap semua aspek asuhan yang berkualitas tinggi. Namun keberhasilan dalam mengimplementasikan standar sangat tergantung pada individutenaga medis dan tenaga rumah sakit itu sendiri, usaha bersama dari semua staf dalam suatu organisasi, disamping partisipasi dari seluruh anggota

profesi. Sehingga standar sangat diperlukan dalam pelayanan kesehatan. Standar sangat membantu tenaga medis dan tenaga rumah sakit untuk mencapai pelayanan yang berkualitas.

1. Standar Operasional Dokter

Berikut adalah standar operasional dokter berdasarkan perbaikan kualitas pelayanan rawat inap di RSMB.

- a. Seorang dokter wajib menyerahkan jadwal praktik yang dilakukan diluar rumah sakit kepada perusahaan untuk mempermudah pengalokasian dokter.
- b. Dokter wajib melakukan pemeriksaan kepada pasien sesuai peraturan dalam standar pelayanan minimal rumah sakit yaitu pulul 08.00 s/d 14.00.
- c. Seorang dokter wajib, dalam setiap praktik medisnya, memberikan pelayanan secara kompeten dengan kebebasan teknis dan moral sepenuhnya, disertai rasa kasih sayang (*compassion*) dan penghormatan atas martabat manusia.
- d. Dalam melakukan pekerjaannya seorang dokter wajib memperhatikan keseluruhan aspek pelayanan kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif), baik fisik maupun psiko-sosial-kultural pasiennya serta berusaha menjadi pendidikan dan pengabdian sejati masyarakat.
- e. Dokter wajib berpenampilan sesuai ajaran Islam (bersih, rapih, dan sopan) pada saat melakukan pemeriksaan pada pasien.
- f. Manajemen rumah sakit wajib melakukan analisis beban kerja (*work load analysis*) untuk menentukan jumlah minimal dokter. Analisis silakukan minimal 1 (satu) kali dalam setahun.
- g. Manajemen rumah sakit wajib menyediakan fasilitas kepada dokter untuk mengembangkan kemampuan pelayanan medis melalui pelatihan yang diadakan minimal 6 bulan sekali.
- h. Manajemen rumah sakit wajib melakukan evaluasi kinerja dokter di rumah sakit minimal 6 bulan sekali.

2. Standar Operasional Pelayanan Perawat

Berikut adalah standar operasional perawat rumah sakit berdasarkan perbaikan kualitas pelayanan rawat inap di RSMB.

- a. Rumah sakit wajib menyediakan fasilitas kepada perawat untuk mengembangkan kemampuan pelayanan medis melalui pelatihan yang diadakan minimal 6 bulan sekali.
- b. Manajemen rumah sakit wajib melakukan analisis beban kerja (*work load analysis*) untuk menentukan jumlah minimal dokter. Analisis dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam setahun.
- c. Perawat wajib berpenampilan sesuai ajaran Islam (bersih, rapih, dan sopan) pada saat melakukan pemeriksaan pada pasien.
- d. Rumah sakit wajib melakukan pemeriksaan (*control*) terhadap semua staf yang bekerja di rumah sakit.
- e. Seluruh staf diberikan orientasi tentang rumah sakit. Departemen/ unit kerja dimana mereka ditugaskan dan tentang tanggung jawab yang spesifik saat mereka diangkat sebagai staf.

3. Standar operasional Pengadaan Fasilitas Rumah Sakit

Berikut adalah pengadaan fasilitas rumah sakit berdasarkan perbaikan kualitas pelayanan rawat inap di RSMB.

- a. Manajemen rumah sakit melakukan inspeksi ketersediaan fasilitas dan menyediakan anggaran untuk pengadaan fasilitas minimal 6 (enam) bulan sekali.
- b. Manajemen rumah sakit wajib menyediakan ID Band Onamed untuk setiap pasien rawat inap.
- c. Bagian gizi melakukan inovasi untuk menyediakan makanan yang bervariasi untuk pasien.
- d. Rumah sakit merencanakan dan menganggarkan untuk meningkatkan atau mengganti sistem, bangunan atau komponen berdasarkan hasil inspeksi terhadap fasilitas dan tetap mematuhi peraturan perundangan.
- e. Komite keperawatan wajib melakukan apel sebelum staf melakukan pekerjaannya. Apel dilakukan setiap pergantian shift kerja.

4. Standar operasional Lingkungan Rumah Sakit

Berikut adalah lingkungan rumah sakit berdasarkan perbaikan kualitas pelayanan rawat inap di RSMB.

- a. Rumah sakit melakukan pemeriksaan seluruh gedung pelayanan pasien dan mempunyai rencana untuk mengurangi risiko yang nyata serta menyediakan fasilitas fisik yang aman bagi pasien, keluarga, dan pengunjung.
- b. Petugas keamanan wajib melakukan patroli untuk menjaga keamanan dan ketertiban ruang perawatan minimal 3 jam sekali.
- c. Petugas kebersihan wajib memeriksa kebersihan kamar mandi pasien rawat inap minimal 2 (dua) kali dalam satu hari yaitu pada pagi dan sore hari.
- d. Petugas kebersihan wajib memeriksa kebersihan tempat tidur pasien rawat inap minimal 2 (dua) kali dalam satu hari yaitu pada pagi dan sore hari.
- e. Petugas kebersihan wajib membersihkan kamar perawatan pasien rawat inap minimal 2 (dua) kali dalam satu hari yaitu pada pagi dan sore hari.
- f. Rumah sakit wajib menyediakan fasilitas kepada seluruh staf untuk melakukan pelatihan yang diadakan minimal 6 bulan sekali.
- g. Manajemen rumah sakit wajib melakukan apel sebelum staf melakukan pekerjaannya. Apel dilakukan setiap pergantian shift kerja.

4.2.5.2 Mengontrol Pelaksanaan Sesuai *Improvement*

Mengontrol pelaksanaan perbaikan sesuai *improvement* bertujuan untuk memastikan seluruh aktivitas berjalan sesuai dengan hasil perbaikan yang dilakukan. Untuk mengimplementasikan rancangan perbaikan kualitas pelayanan instalasi rawat inap RSMB diperlukan manajemen yang harus terlibat dalam melakukan pengontrolan. Manajemen yang terlibat dalam tahap *control*, yaitu:

1. Direksi

Direksi merupakan pemegang keputusan tertinggi di RSMB. Direksi bertugas untuk mengatur dan mengawasi seluruh aktivitas yang ada di perusahaan. Dalam penentuan suatu kebijakan terdapat dua cara yaitu *up to down* dan

down to up. Kebijakan perubahan peraturan *up to down* berlaku untuk kebijakan yang bersifat khusus seperti adanya perubahan kebijakan dari dinas kesehatan. Sedangkan perubahan kebijakan *down to up* berlaku untuk kebijakan yang bersifat umum misalnya perubahan yang berhubungan dengan pelayanan medik dan mekanisme pelayanan pasien. Mekanisme *controlling* akan dilakukan secara *up to down* dimana direksi akan mengawasi kinerja setiap komite.

2. Komite Mutu

Fokus utama dari komite mutu adalah mengawasi pelayanan yang berhubungan keselamatan pasien, PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi), dan Keamanan dan Keselamatan Kerja (K3).

3. Komite Medik

Secara umum fungsi dari komite medik mengawasi semua kegiatan dalam bidang pelayanan medik, mengkoordinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan medik, menangani hal-hal yang berkaitan dengan etik kedokteran, dan menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf medis dirumah sakit. Hasil perancangan perbaikan kualitas instalasi rawat inap RSMB yang berhubungan dengan kegiatan medik akan di kontrol oleh komite medik kepada direktur rumah sakit.

4. Komite Perawatan

Komite keperawatan merupakan perwakilan kelompok profesi perawat, bertugas membantu direksi dalam melakukan kredensial, pembinaan etik dan disiplin profesi keperawatan serta pengembangan profesional berkelanjutan termasuk didalamnya menentukan standar asuhan keperawatan dan standar standar operasional keperawatan. Komite Keperawatan dibentuk oleh direktur rumah sakit dan bertanggungjawab kepada direktur rumah sakit.