

## BAB II LANDASAN TEORI

Bab ini berisi uraian hasil studi pustaka yang dilakukan untuk mendapatkan teori-teori yang relevan. Bahasan pada bab ini meliputi manajemen kualitas, kebijakan peningkatan kualitas layanan, manajemen rumah sakit, *Six Sigma*, dan teori statistik yang digunakan dalam penelitian.

### 2.1 Manajemen Kualitas

Manajemen kualitas adalah suatu pendekatan dalam menjalankan usaha yang mencoba untuk memaksimalkan daya saing organisasi melalui perbaikan terus menerus atas produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungannya (Tjiptono dan Diana, 2003).

#### 2.1.1 Pengertian Kualitas

Kualitas mempunyai berbagai macam arti, dimana setiap ahli memiliki pengertian yang berbeda-beda. Menurut Garvin (dalam Tjiptono dan Diana, 2003) mengidentifikasi adanya lima alternatif perspektif kualitas yang bisa digunakan yaitu:

1. *Transcendent Approach*

Kualitas dalam pendekatan ini dapat dirasakan atau diketahui, tetapi sulit didefinisikan dan dioperasionalkan.

2. *Product-based Approach*

Pendekatan ini menganggap kualitas sebagai karakteristik atau atribut yang dapat dikuantifikasikan dan dapat diukur. Perbedaan dalam kualitas mencerminkan perbedaan dalam jumlah beberapa unsur atau atribut yang dimiliki produk. Karena pandangan ini sangat objektif, maka tidak dapat menjelaskan perbedaan dalam selera, kebutuhan, dan referensi individual.

3. *User-based Approach*

Pendekatan didasarkan pada pemikiran bahwa kualitas tergantung pada orang yang memandangnya, dan produk yang paling memuaskan preferensi seseorang (misalnya *perceived quality*) merupakan produk yang berkualitas paling tinggi. Perspektif yang paling subjektif dan *demand oriented* ini

menyatakan bahwa pelanggan yang berbeda memiliki kebutuhan dan keinginan yang berbeda pula, sehingga kualitas bagi seseorang adalah sama dengan kepuasan maksimum yang dirasakan.

#### 4. *Manufacturing-based Approach*

Perspektif ini bersifat *supply based* dan terutama memperhatikan praktik-praktik rekayasa dan pemanufakturan, serta mendefinisikan kualitas sebagai sama dengan persyaratannya (*conformance to requirement*). Dalam sektor jasa, dapat dikatakan bahwa kualitas bersifat *operations-driven*. Pendekatan ini berfokus pada penyesuaian spesifikasi yang dikembangkan secara internal, yang sering kali didorong oleh tujuan peningkatan produktivitas dan penekanan biaya. Jadi, yang menentukan kualitas adalah standar-standar yang ditetapkan perusahaan, bukan konsumen yang menggunakannya.

#### 5. *Value-based Approach*

Pendekatan ini menilai kualitas dari segi nilai dan harga. Dengan mempertimbangkan *trade-off* antara kinerja dan harga, kualitas didefinisikan sebagai “*affordable excellence*”. Kualitas dalam perspektif ini bersifat relatif, sehingga produk yang memiliki kualitas paling tinggi belum tentu produk yang bernilai. Akan tetapi yang paling bernilai adalah produk atau jasa yang paling tepat dibeli (*best-buy*).

Ada banyak sekali definisi dan pengertian kualitas, yang sebenarnya definisi atau pengertian yang satu hampir sama dengan definisi atau pengertian yang lain. Pengertian kualitas menurut beberapa ahli yang banyak dikenal, antara lain:

1. Kualitas adalah suatu strategi bisnis mendasar yang mengupayakan untuk menghasilkan aneka barang dan jasa yang memuaskan para pelanggan baik internal maupun eksternal secara lengkap dengan berusaha memenuhi harapan-harapan mereka baik yang implisit maupun eksplisit (Tenner & Toro, 1992).
2. Kualitas adalah kesesuaian dengan kebutuhan pasar atau konsumen sekarang dan masa mendatang (Deming, 1986).

Walapupun tidak ada definisi mengenai kualitas yang diterima secara universal, dari definisi-definisi yang ada terdapat beberapa kesamaan, yaitu elemen-elemen sebagai berikut:

1. Kualitas meliputi usaha memenuhi atau melebihi harapan pelanggan.
2. Kualitas mencakup produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan.
3. Kualitas merupakan yang selalu berubah (misalnya apa yang dianggap merupakan kualitas saat ini mungkin dianggap kurang berkualitas pada masa yang akan datang).

Berdasarkan elemen-elemen tersebut, Goetsch dan Davis membuat definisi mengenai kualitas yang lebih luas cakupannya. Definisi tersebut adalah: Kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan pelanggan.

Deming (1986) menjelaskan bahwa kualitas dapat dicapai melalui perbaikan proses. Perbaikan atau peningkatan kualitas proses akan meningkatkan keseragaman produk, mengurangi *overlapping* dalam pekerjaan serta berbagai kesalahan dalam pelaksanaan kegiatan, mengurangi pemborosan tenaga kerja, waktu dan material serta peningkatan *output* dengan usaha yang minimum.

### **2.1.2 Jasa (Service)**

Apabila mendefinisikan produk manufaktur sebagai hasil yang dapat di sentuh (*tangible*), maka *service* atau jasa dapat dikatakan sebuah produk atau hasil yang tidak dapat disentuh (*intangible*). Definisi ini sebenarnya belum menunjukkan sifat dasar menyentuh hakikat dari jasa karena tidak menunjukkan sifat dasar dari jasa tersebut. Definisi yang lebih lengkap menyatakan bahwa jasa adalah sesuatu yang diproduksi dan dikonsumsi secara bersamaan. Jadi, hasil jasa dapat dilihat setelah jasa tersebut terselesaikan.

Jasa atau *service* merupakan pemberian suatu kinerja atau tindakan yang tak kasat mata dari satu pihak ke pihak lain. Pada umumnya jasa diproduksi dan dikonsumsi secara bersamaan, dimana interaksi antara pemberi jasa dan penerima jasa mempengaruhi hasil jasa tersebut (Freddy, 2006). Perbedaan jasa dengan

manufaktur dari sudut pandang serentaknya produksi dan konsumsi akan membedakan perilaku jasa dalam operasionalnya. Jasa bisa dibawa konsumen ataupun sebaliknya, sehingga konsumen menjadi faktor penting dari ketidakpastian untuk dikendalikan (Nasution, 2006).

Kotler (2005) mendefinisikan jasa sebagai setiap tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang pada dasarnya bersifat *intangible* (tidak berwujud fisik) dan tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu. Namun begitu, produk jasa bisa berhubungan dengan produk fisik maupun tidak. Jasa memiliki empat karakteristik utama yang membedakannya dengan barang, yaitu :

#### 1. *Intangibility*

Jasa berbeda dengan barang, jika barang merupakan sesuatu objek, alat atau benda, maka jasa adalah suatu perbuatan, kinerja (*performance*), atau usaha. Apabila barang dapat dimiliki, maka jasa hanya akan dapat dikonsumsi, tetapi tidak dapat dimiliki.

Jasa bersifat *intangible*, maksudnya tidak dapat dilihat, dirasa, dicium, didengar atau diraba sebelum dibeli dan dikonsumsi. Konsep *intangible* pada jasa memiliki dua pengertian yaitu :

- a. Sesuatu yang tidak dapat disentuh dan tidak dapat dirasa.
- b. Sesuatu yang tidak dapat dengan mudah didefinisikan, diformulasikan atau dipahami secara ruhaniah.

Konsumen akan menyimpulkan kualitas jasa dari tempat (*place*), orang (*people*), peralatan (*equipment*), bahan-bahan komunikasi (*communication materials*), simbol dan harga yang mereka amati. Oleh karena itu, tugas pemasar jasa adalah "*manage the evidence*" dan "*tangibilize the intangible*". Dalam hal ini, pemasar jasa menghadapi tantangan untuk memberikan bukti-bukti fisik dan perbandingan kepada penawaran abstraknya.

#### 2. *Inseparability*

Barang biasanya diproduksi, kemudian dijual, lalu dikonsumsi. Sedangkan jasa di lain pihak, umumnya dijual terlebih dahulu, baru kemudian diproduksi dan dikonsumsi secara bersamaan. Interaksi antara penyedia jasa dan

pelanggan merupakan ciri khusus dalam pemasaran jasa. Kedua pihak memengaruhi hasil (*overcome*) dari jasa tersebut. Dalam hubungan penyedia jasa dan pelanggan ini, efektivitas individu yang menyampaikan jasa (*contact personnel*) merupakan unsur penting. Dengan demikian, kunci keberhasilan bisnis jasa ada pada proses rekrutmen, kompensasi, pelatihan, dan pengembangan karyawannya.

Berdasarkan tingkat keterlibatan pelanggan dalam proses penyampaian jasa, ada dua tipe operasi jasa yaitu *production centered service operations* dan *customer centered service operations*.

### 3. *Variability*

Jasa bersifat sangat variabel karena merupakan *non standardized output*, artinya banyak variasi bentuk, kualitas dan jenis, tergantung pada siapa, kapan dan dimana jasa tersebut dihasilkan. Para pembeli jasa sangat peduli dengan variabilitas yang tinggi ini dan sering kali meminta pendapat orang lain sebelum memutuskan untuk memilih dalam hal ini penyedia jasa dapat melakukan tiga tipe tahap dalam pengendalian kualitasnya yaitu :

- a. Melakukan investasi dalam seleksi dan pelatihan personel.
- b. Melakukan standarisasi proses pelaksanaan jasa. Hal ini dilakukan dengan jalan menyiapkan suatu cetak biru jasa yang menggambarkan peristiwa dan proses jasa dalam suatu proses diagram alur dengan tujuan untuk mengetahui faktor-faktor potensial yang dapat menyebabkan kegagalan dalam jasa tersebut.
- c. Membantu kepuasan pelanggan melalui sistem saran dan keluhan, survei pelanggan dan *comparasion shopping*, sehingga pelayanan yang kurang baik akan dapat dideteksi dan dikoreksi.

### 4. *Perishability*

Jasa merupakan komoditas tidak tahan lama dan tidak dapat disimpan. Kursi kereta api yang kosong, kamar hotel yang tidak dihuni atau jam tertentu tanpa pasien di tempat praktek dokter, akan berlalu atau hilang begitu saja karena tidak dapat disimpan untuk dipergunakan di waktu yang lain. Hal ini akan menjadi masalah apabila permintaannya tetap karena mudah untuk menyimpan pelayanan untuk permintaan tersebut sebelumnya. Apabila

permintaan berfluktuasi, berbagai permasalahan muncul berkaitan dengan kapasitas menganggur (saat permintaan sepi) dan pelanggan tidak terlayani dengan resiko mereka kecewa atau beralih ke penyedia jasa yang lainnya pada saat permintaan puncak.

Sehingga dalam merancang proses industri jasa dibutuhkan suatu kerangka kerja dasar. Albercht dan Zemke (1985) dalam bukunya yang berjudul *Service America*, membuat kerangka kerja. Kerangka kerja yang disebut sebagai segitiga jasa ini mengasumsikan terdapat empat elemen yang harus dipertimbangkan dalam memproduksi jasa yaitu, pelanggan, manusia, strategi, dan sistem.

Strategi jasa ini memberikan pengarahannya untuk merancang produk, sistem, pelayanan dan pengukuran. Strategi jasa memberikan suatu pandangan tentang jasa macam apa yang harus diadakan oleh perusahaan. Hal ini menggambarkan arah bisnis yang dirasakan oleh pelanggan dan karyawan, atau paling tidak bagaimana mereka harus memandangnya. Kunci dari desain produk jasa adalah mendefinisikan secara tepat barang-barang yang terkait dalam jasa. Dalam merancang jasa, manajemen harus secara seksama membaca harapan-harapan pelanggan (Nasution dan Hakim, 2006).

### **2.1.3 Dimensi Kualitas Jasa**

Menurut Garvin (dalam Tjiptono dan Diana, 2003) mendefinisikan delapan dimensi yang dapat digunakan untuk menganalisa karakteristik kualitas produk atau jasa, yaitu:

1. Performansi (*Performance*) berkaitan dengan aspek fungsional dari produk atau jasa itu sendiri dan merupakan karakteristik utama yang dipertimbangkan pelanggan ketika ingin membeli sebuah produk atau memilih suatu layanan jasa.
2. Ciri-ciri atau keistimewaan (*Features*) merupakan karakteristik sekunder atau pelengkap untuk menambah fungsi dasar, berkaitan dengan pilihan-pilihan dan pengembangan.

3. Keandalan (*Reliability*) berkaitan dengan kemungkinan (*Probabilitas*) suatu produk atau jasa melaksanakan fungsinya secara berhasil dalam periode waktu tertentu.
4. Konformansi (*Conformance*) berkaitan dengan tingkat kesesuaian produk atau jasa terhadap spesifikasi yang telah ditetapkan sebelumnya berdasarkan keinginan pelanggan.
5. Daya tahan (*Durability*) merupakan ukuran masa pakai suatu produk atau jasa dapat terus digunakan.
6. Kemampuan pelayanan (*Serviceability*) merupakan karakteristik yang berkaitan dengan kecepatan, keramahan, kompetensi, dan lain-lain.
7. Estetika merupakan karakteristik yang bersifat subjektif sehingga berkaitan dengan pertimbangan pribadi atau refleksi dan referensi atau pilihan individu.
8. Kualitas yang dirasakan berkaitan dengan perasaan pelanggan dalam mengkonsumsi atau menggunakan produk atau jasa itu sendiri. Misalnya: penggunaan merk terkenal.

Yang lain berpendapat bahwa dimensi-dimensi kualitas adalah berarti pada saat dilakukan pada kategori (misalnya: barang-barang tahan lama, barang kemasan, dan jasa). Pasuraman. Et.al(1985) menyebutkan bahwa ada 10 (sepuluh) dimensi yang digunakan pelanggan untuk menilai pelayanan, yaitu:

1. Tampilan elemen fisik (*Tangible*), dimensi ini mencakup tersediaan fasilitas fisik, peralatan, sumber daya manusia, materi-materi untuk komunikasi yang merupakan buktinya (*Tangible*) pelayanan.
2. Keandalan (*Reliability*), dimensi ini mencakup keandalan dalam menepati janji yang telah diberikan, kinerja yang akurat dan konsisten.
3. Responsivitas (*Responsiveness*), dimensi ini mencakup kesiapan dan kesediaan para karyawan untuk membantu para pelanggan dan menyampaikan jasa secara tepat.
4. Komunikasi (*Communication*), dimensi ini mencakup penyampaian informasi kepada para pelanggan dalam bahasa yang mudah dipahami, serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan. Termasuk didalamnya adalah penjelasan mengenai jasa/pelayanan yang ditawarkan, biaya jasa, *trade-*

*offantara* jasa dan biaya, serta proses penanganan masalah potensial yang mungkin timbul.

5. Kredibilitas (*Credibility*), dimensi ini mencakup dapat dipercayanya pemberi pelayanan, keyakinan akan pelayanan yang diberikan dan jaminan atas pelayanan yang telah diberikan.
6. Keamanan (*Security*), dimensi ini mencakup bebas dari resiko, rasa takut, dan keragu-raguan atas pelayanan yang telah diberikan.
7. Kompetensi (*Competence*), dimensi ini mencakup kemampuan, keterampilan, dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk pelaksanaan pelayanan.
8. Sopan santun (*Courtesy*), dimensi ini mencakup keramahan karyawan, kesopanan, hormat, tenggang rasa, dan kedekatan dengan pelanggannya.
9. Pemahaman pada pelanggan (*Understanding the customers*), dimensi ini mencakup usaha untuk mengenali dan mengerti akan kebutuhan pelanggan.
10. Akses (*Access*), dimensi ini mencakup kemudahan akan mendapatkan pelayanan yang baik dalam mencapai lokasi, komunikasi dengan petugas maupun kemudahan dalam penyelesaian masalah yang ada hubungannya dengan pelayanan.

Sementara itu, Zeithaml, Berry, dan Parasuman (dalam Tjiptono, 2008) mengidentifikasi 5 (lima) dimensi pokok yang berkaitan dengan kualitas jasa, yaitu:

1. Tampilan elemen fisik (*Tangible*), dimensi ini mencakup tersedianya fasilitas fisik, peralatan, sumber daya manusia, materi-materi untuk komunikasi yang merupakan bukti nyata (*Tangible*) pelayanan.
2. Kendalan (*Reliability*), dimensi ini mencakup kemampuan perusahaan untuk memberikan layanan yang akurat sejak pertama kali tanpa membuat kesalahan apapun dan penyampaian jasanya sesuai dengan waktu yang telah disepakati.
3. Daya tanggap (*Responsiveness*), dimensi ini mencakup kesediaan dan kemampuan para karyawan untuk membantu para pelanggan dan merespon permintaan mereka, serta menginformasikan kapan jasa akan diberikan dan memberikan jasa secara cepat.

4. Jaminan (*Assurance*), dimensi ini mencakup perilaku karyawan yang mampu menumbuhkan kepercayaan pelanggan terhadap perusahaan dan perusahaan bisa menciptakan rasa aman bagi pelanggannya. Jaminan ini berarti bahwa para karyawan selalu bersikap sopan dan mengetahui pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menangani setiap pertanyaan atau masalah pelanggan.
5. Empati (*Empathy*), dimensi ini berarti perusahaan memahami masalah para pelanggannya dan bertindak demi kepentingan pelanggan, serta memberikan perhatian personal kepada pelanggan dan memiliki jam operasi yang nyaman.

Para peneliti yang sama menemukan bahwa ada lima penentuan kualitas. Kelimanya disajikan secara berurutan berdasarkan nilai pentingnya menurut pelanggan (Berry dan Parasuraman, 2008).

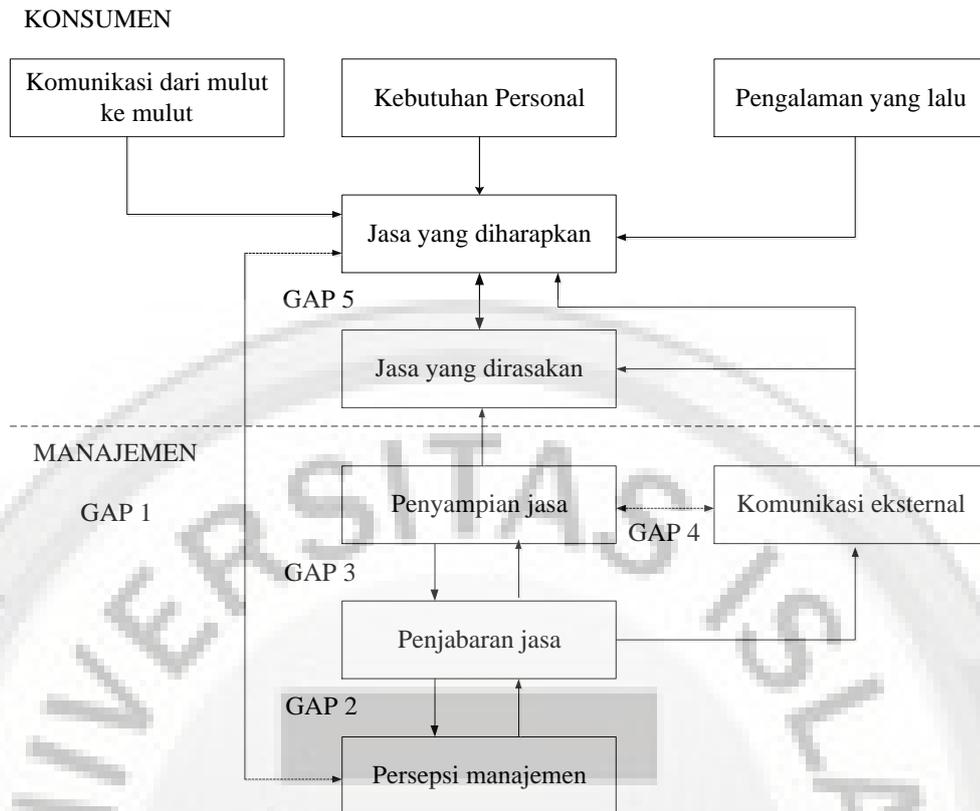
1. Keandalan: kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan terpercaya dan akurat.
2. Daya tanggap: kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat.
3. Kepastian dan jaminan: pengetahuan dan kesopanan karyawan dan kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan.
4. Empati: kesediaan untuk peduli, memberikan perhatian pribadi bagi pelanggan.
5. Berwujud atau bukti langsung: penampilan atau fasilitas fisik, peralatan, personil, dan materi komunikasi.

#### 2.1.4 *Service Quality (Servqual)*

Kolaborasi antara tiga pakar terkemuka kualitas layanan, A. Parasuraman, Berry dan Zeithaml dimulai pada tahun 2008. Reputasi dan kontribusi ketiga pakar ini dimulai dari paper konseptual mereka berjudul “*A Conceptual Model of Service Quality and Implications for future Research*” yang dipublikasikan di *Journal of Marketing*. Dalam artikel tersebut, Parasuraman, dkk., mengemukakan konsep 5 kesenjangan kualitas layanan (*five service quality gaps*) yang berpotensi menjadi sumber masalah kualitas layanan (Tjiptono, 2008).

Instrumen *Servqual* bermanfaat dalam melakukan analisa gap. Karena biasanya layanan atau jasa bersifat *intangible*, kesenjangan komunikasi dan pemahaman antara karyawan dan pelanggan berdampak serius terhadap persepsi atas kualitas layanan. Gap-gap yang biasanya terjadi dan berpengaruh terhadap kualitas layanan meliputi:

1. Kesenjangan 1 (Gap-1) merupakan kesenjangan antara harapan pelanggan dan persepsi manajemen perusahaan. Kesenjangan tersebut terjadi akibat manajemen perusahaan salah mengerti apa yang menjadi harapan para pelanggan perusahaan.
2. Kesenjangan 2 (Gap-2) adalah kesenjangan antara persepsi manajemen perusahaan dengan spesifikasi mutu pelayanan. Kesenjangan itu terjadi sebagai akibat kesalahan penterjemahan persepsi manajemen perusahaan yang tepat atas harapan para pelanggan perusahaan ke dalam bentuk spesifikasi mutu pelayanan. Manajemen mungkin benar dalam memahami keinginan pelanggan, tetapi tidak tepat dalam menetapkan standar pelaksanaan yang spesifik.
3. Kesenjangan 3 (Gap-3) adalah kesenjangan antara spesifikasi mutu pelayanan dan pemberian pelayanan kepada pelanggan. Keberadaan tersebut diakibatkan oleh ketidakmampuan sumber daya manusia untuk memenuhi standar mutu pelayanan.
4. Kesenjangan 4 (Gap-4) adalah kesenjangan pemberian pelayanan kepada pelanggan dan komunikasi eksternal. Kesenjangan tersebut terbentuk karena perusahaan ternyata mampu memenuhi janji-janjinya yang dikomunikasikan secara eksternal melalui berbagai bentuk promosi.
5. Kesenjangan 5 (Gap-5), kesenjangan antara harapan pelanggan dan kenyataan pelayanan yang diterima. Kesenjangan tersebut ada sebagai akibat tidak terpenuhinya harapan pelanggan. Diantara lima kesenjangan, kesenjangan kelima adalah yang terpenting dan kunci untuk menghilangkan kesenjangan tersebut adalah dengan menghilangkan kesenjangan ke-satu hingga kesenjangan ke-4.



**Gambar 2.1 Model Kualitas Jasa**  
**Sumber : Tjiptono dan Diana, 2003**

Kunci untuk memaksimalkan kualitas adalah dengan memaksimalkan selisih antara dua hasil pengukuran itu (P-E), atau dengan kata lain memaksimalkan kelebihan layanan yang diterima oleh pelanggan dibandingkan dengan layanan yang diharapkan oleh pelanggan tersebut. Parasuraman dkk menggunakan lima dimensi pokok untuk mengukur kualitas jasa, yakni : *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *emphaty*, dan *tangibles*. Penilaian kualitas jasa menggunakan model *Servqual* mencakup perhitungan perbedaan-perbedaan diantara nilai yang diberikan para pelanggan untuk setiap pasang pernyataan berkaitan dengan harapan dan persepsi. Skor *Servqual* untuk setiap pasang pernyataan ini, bagi masing-masing pelanggan dapat dihitung berdasarkan rumus:  $\text{Skor } Servqual = \text{Skor Persepsi} - \text{Skor Harapan}$  Kualitas jasa suatu perusahaan pada kelima pokok yang dirangkum oleh Parasuraman dkk. tersebut, dapat dihitung untuk semua responden, dengan jalan menghitung rata-rata skor *Servqual* mereka pada pernyataan-pernyataan yang mencerminkan setiap dimensi kualitas jasa. Rata-rata skor *Servqual* dapat pula memasukkan derajat kepentingan relatif

dimensi di mata pelanggan, dengan memberikan bobot pada setiap dimensi, sehingga didapatkan rata-rata tertimbang.

Gap score dengan nilai negatif yang tinggi memperoleh prioritas untuk perbaikan performancenya. Sebaliknya jika gap score bernilai positif, dapat diketahui kelebihan (*over-supplying*) dalam memberikan perlakuan atas item atau atribut tersebut. Hal ini dapat menjadi evaluasi untuk menyebarkan (*redeployment*) sumber daya dalam memperbaiki item atau atribut-atribut yang performancenya rendah.

Meskipun demikian, setidaknya ada tiga area yang merupakan kelemahan *Servqual* dan memerlukan pembenahan (Tan dan Theresia,2001) :

- *Servqual* berasumsi bahwa hubungan antara kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*) dan *performance* (kualitas) atribut bersifat linier. Konsekuensinya, kepuasan pelanggan yang rendah berarti rendahnya *performance* atribut tersebut dan ini menjadi fokus perbaikan. Asumsi itu tidak sepenuhnya benar. Misalnya perhatian yang lebih terhadap atribut tertentu tidak akan membuat kepuasan pelanggan yang lebih tinggi apabila ada kejenuhan atau jika atribut tersebut merupakan sesuatu yang *taken for granted*. Sebaliknya ada atribut dengan perlakuan dan perbaikan yang sedikit, dapat membuat kepuasan pelanggan yang tinggi. Hal ini terjadi apabila atribut tersebut tidak diharapkan dan sangat menyenangkan.
- *Servqual* berguna bagi perbaikan berkelanjutan. Namun dengan makin kuatnya tekanan pasar serta tingginya kompetisi, maka untuk eksis dalam tekanan dan persaingan yang tinggi, tidak cukup hanya dilakukan dengan perbaikan berkelanjutan. Situasi membutuhkan inovasi-inovasi untuk mencapai keunggulan kompetitif atas pesaing-pesaing. *Servqual* tidak dilengkapi dengan perangkat untuk melakukan inovasi-inovasi tersebut.
- *Servqual* terfokus pada gap score antara nilai persepsi dan nilai harapan. Namun *Servqual* tidak menyediakan perangkat bagaimana untuk mengurangi atau menutup gap score tersebut.

Langkah-langkah yang digunakan untuk menghitung nilai *servqual* adalah sebagai berikut:

1. Menghitung besarnya nilai *servqual* (*Sij*), yaitu selisih antara persepsi dan ekspektasi untuk setiap pelanggan. Persamaannya adalah:

$$Sij = Pij - Eij \dots \dots \dots (II-1)$$

Dimana:

*Sij* = Nilai *Servqual*

*Pij* = Nilai persepsi ke-*j* untuk pernyataan ke-*i*

*Eij* = Nilai ekspektasi pelanggan ke-*j* untuk pernyataan ke-*i*

*i* = 1,2,3,.....,n

*j* = 1,2,3,.....,N

2. Menghitung nilai *SKij* dengan cara merata-ratakan nilai *Sij* faktor ini dengan jumlah pernyataan yang mewakili faktor tersebut. Persamaannya adalah:

$$SKij = \sum_{i=1}^n \frac{Sij}{n} \dots \dots \dots (II-2)$$

Dimana:

*SKij* = Nilai rata-rata *Servqual* dari faktor ke-*i* dengan responden ke-*j*.

*Sij* = Nilai *Servqual*.

*n* = Banyaknya pernyataan / variabel dalam suatu faktor.

*N* = Banyaknya responden.

*i* = 1,2,3,.....,n

*j* = 1,2,3,.....,N

3. Menghitung nilai kualitas jasa suatu faktor (*SQij*) yaitu hasil perkalian *SKij* dengan *BRij*. Persamaannya adalah:

$$SQij = \sum_{i=1}^n SKij * BRij \dots \dots \dots (II-3)$$

Dimana:

*SQij* = Nilai *Servqual* faktor ke-*i*, responden ke-*j*.

*SKij* = Nilai rata-rata *Servqual* dari faktor ke-*i* dan responden ke-*j*.

*BRij* = Bobot rata-rata faktor ke-*i*, responden k-*j*.

*i* = 1,2,3,.....,n

*j* = 1,2,3,.....,N

4. Menjumlahkan nilai *SQij* sehingga didapatkan nilai kualitas jasa (*TSQj*) untuk setiap pelanggan. Untuk mengetahui nilai rata-rata kualitas jasa, maka

dilakukan penjumlahan terhadap  $TSQ_j$  kemudian membaginya dengan banyaknya pelanggan sehingga didapatkan kualitas pelayanan jasa pelanggan.

Persamaannya adalah:

$$TSQ_j = \sum_{i=1}^n SQ_i \dots \dots \dots (II-4)$$

Dimana:

$TSQ_j$  = Nilai kualitas jasa masing-masing responden.

$SQ_i$  = Nilai *Servqual* faktor ke- $i$

$i$  = 1,2,3,.....,n

$j$  = 1,2,3,.....,N

5. Menjumlahkan semua hasil  $TSQ_j$ , sehingga mendapatkan nilai total kualitas pelayanan (*Servqual*). Persamaannya adalah:

$$TSQ = \sum TSQ_j \dots \dots \dots (II-5)$$

Dimana:

$TSQ$  = Nilai total kualitas pelayanan (*Servqual*)

$TSQ_j$  = Nilai kualitas jasa (*servqual*) masing-masing responden.

Nilai inilah yang menentukan memuaskan atau tidaknya kualitas jasa yang diberikan penyedia jasa kepada pelanggannya. Kualitas bisa dikatakan memuaskan jika nilai  $\overline{TSQ}$  bernilai sama dengan nol dan sangat memuaskan jika nilai  $\overline{TSQ}$  bernilai positif, sedangkan jika nilai  $\overline{TSQ}$  negatif maka kualitas dikatakan tidak memuaskan.

## 2.2 Kebijakan Peningkatan Kualitas Pelayanan

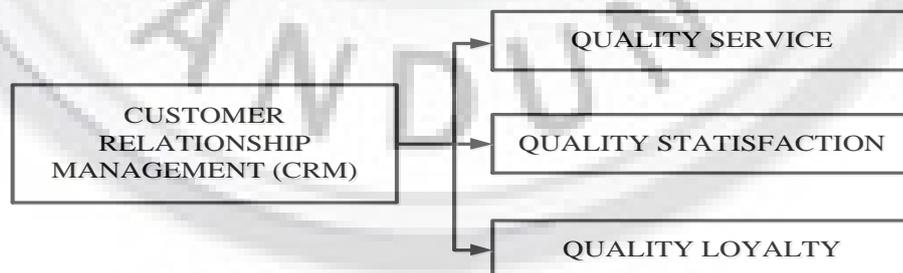
Kemampuan memberikan pelayanan pelayanan secara profesional merupakan tuntutan yang tidak dapat ditawarkan lagi mengingat konsumen dalam hal ini selalu berada pada posisi yang dirugikan, hal tersebut diperkuat dengan telah diperlakukannya undang-undang No. 8 tahun 1999 tentang perlindungan konsumen, yang pada dasarnya mengatur hak-hak konsumen, dimana konsumen harus diperlakukan atau dilayani secara benar dan jujur, tidak deskriminatif, serta untuk didengar pendapat dan keluhannya atas barang dan/atau jasa yang digunakannya. Sehingga dengan demikian tidak ada alternatif lain bagi perusahaan

yang bergerak pada bidang pelayanan untuk berupaya memperbaiki tingkat pelayanannya yang lebih baik pada konsumennya (Kirom, 2015).

Kebijakan peningkatan kualitas pelayanan merupakan bagian dari upaya perusahaan untuk memperbaiki citra pelayanan kepada konsumen yang semakin terpuruk. Konsumen harus dilindungi kepentingannya dalam memperoleh produk atau jasa yang dibelinya. Jadi, perusahaan dalam memberikan pelayanan harus berorientasi pada kepentingan konsumen dan bukan sebaliknya (Kirom, 2015).

Dalam perkembangannya ternyata kebutuhan konsumen dapat dipelajari. Dari berbagai literatur yang ada, dalam perkembangannya banyak dimensi yang harus dipahami dari konsumen. Pemahaman konsumen dapat ditelusuri melalui apa yang disebut dengan *Customer Relationship Management (CRM)*. Vanessa (2007) menyebutkan bahwa fokus pada CRM itu sendiri adalah memperbaiki tingkat kepuasan konsumen, dan meningkatkan pendapatan dari konsumen yang ada, dalam menghadapi tingginya tingkat persaingan, globalisasi, dan perputaran konsumen serta perkembangan biaya pengakuisisian konsumen.

Lalu lebih lanjut diungkapkan, bahwa pada dasarnya menurut Storbacka dan Lehtinen, 2001 (dikutip dalam Kirom 2015) tujuan CRM adalah untuk mengenali konsumen yang terbaik dan memberikan kepercayaan terhadap konsumen, memenuhi harapan mereka, dan membuat hidup mereka berubah, maka konsumen suatu perusahaan tidak boleh diperlakukan secara sama. Jadi dalam perkembangannya konsumen sesungguhnya dapat dipahami melalui proses CRM. Secara sederhana bagan CRM dapat diturunkan pada Gambar 2.2.



**Gambar 2.2 Pengelolaan Hubungan Dengan Konsumen**  
Sumber : Vanessa (2007)

Berdasarkan Gambar 2.2, maka hubungan dengan pelanggan perlu dipelihara dan ditingkatkan, karena konsumen dalam hal ini memang pantas diperlakukan sebagaimana mestinya. Mengelola hubungan menghasilkan *output* kualitas pelayanan yang baik, kualitas kepuasan konsumen dan kulaitas loyalitas

terhadap produk dan jasa yang disediakan perusahaan. Oleh sebab itu, pengelolaan hubungan dengan konsumen tidak dapat dilakukan secara apa adanya, akan tetapi harus dilakukan dengan memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya, sehingga tercapai tingkat kepuasan konsumen (*customer satisfaction*) yang pada akhirnya akan menumbuhkan loyalitas konsumen terhadap produk dan jasa yang dimilikinya (Kirom, 2015).

### 2.3 Kepuasan Pelanggan (*Customer Satisfaction*)

Pada hakikatnya tujuan bisnis adalah untuk menciptakan dan mempertahankan para pelanggan. Dalam pendekatan TQM, kualitas ditentukan oleh pelanggan. Semua usaha manajemen dalam TQM diarahkan pada satu tujuan utama, yaitu terciptanya kepuasan pelanggan. Adanya kepuasan pelanggan dapat memberikan beberapa manfaat, diantaranya (Tjiptono dan Diana, 2003):

1. Hubungan antara perusahaan dan pelanggan menjadi harmonis.
2. Memberikan dasar yang baik bagi pembelian ulang.
3. Dapat mendorong terciptanya loyalitas pelanggan.
4. Membentuk suatu rekomendasi dari mulut ke mulut (*word of mouth*) yang menguntungkan bagi perusahaan.
5. Reputasi perusahaan menjadi baik dimata pelanggan.
6. Laba yang diperoleh menjadi tinggi.

Kepuasan pelanggan sendiri tidak mudah didefinisikan. Ada berbagai macam pengertian yang diberikan oleh para pakar. Day (dalam Tjiptono dan Diana, 2003) menyatakan bahwa kepuasan pelanggan adalah respons pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian yang dirasakan antara harapan sebelumnya (atau norma kinerja lainnya) dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya. Wilkie (dalam Tjiptono dan Diana, 2008) mendefinisikannya sebagai suatu tanggapan emosional pada evaluasi terhadap pengalaman konsumsi suatu produk atau jasa. Engel, et.al (dalam Tjiptono dan Diana, 2003) menyatakan bahwa kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purnabeli dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil (*outcome*) tidak memenuhi harapan. Sedangkan Kotler (dalam Tjiptono dan Diana, 2008) menandakan bahwa

kepuasan pelanggan adalah tingkat kepuasan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya.

Karena pelanggan adalah orang yang menerima hasil pekerjaan seseorang atau suatu organisasi, maka hanya merekalah yang dapat menentukan kualitasnya seperti apa dan hanya mereka yang dapat menyampaikan ada dan bagaimana kebutuhan mereka. Ada beberapa unsur yang penting didalam kualitas yang ditetapkan pelanggan, yaitu (Tjiptono dan Diana, 2003):

1. Pelanggan haruslah merupakan prioritas utama organisasi. Kelangsungan hidup organisasi tergantung pada pelanggan.
2. Pelanggan yang dapat diandalkan merupakan pelanggan yang paling penting. Pelanggan yang dapat diandalkan adalah pelanggan yang membeli berkali-kali (melakukan pembelian ulang) dari organisasi yang sama. Pelanggan yang puas dengan kualitas produk atau jasa yang dibeli dari suatu organisasi menjadi pelanggan yang dapat diandalkan. Oleh karena itu, kepuasan pelanggan sangat penting.
3. Kepuasan pelanggan dijamin dengan menghasilkan produk berkualitas tinggi. Kepuasan berimplikasi pada perbaikan terus-menerus sehingga kualitas harus diperbaharui setiap saat agar pelanggan tetap puas dan loyal.

Kunci untuk membentuk fokus pada pelanggan adalah menempatkan para karyawan untuk berhubungan dengan pelanggan dan memberdayakan karyawan untuk mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka memuaskan para pelanggan. Jadi, unsur yang paling penting dalam pembentukan fokus pada pelanggan adalah interaksi antara karyawan dan pelanggan.

Sementara itu, pemantauan dan pengukuran terhadap kepuasan pelanggan juga menjadi hal yang sangat esensial bagi setiap perusahaan atau organisasi. Hal ini dikarenakan langkah tersebut dapat memberikan umpan balik dan masukan bagi keperluan pengembangan dan implementasi strategi peningkatan kepuasan pelanggan. Pada prinsipnya kepuasan pelanggan dapat diukur dengan berbagai macam metode dan teknik.

Menurut Kotler (dalam Tjiptono dan Diana, 2003) macam-macam metode dalam pengukuran kepuasan pelanggan adalah sebagai berikut:

1. Sistem keluhan dan saran

Organisasi yang berpusat pelanggan (*customer-centered*) memberikan kesempatan yang luas kepada para pelanggannya untuk menyampaikan saran dan keluhan, misalnya dengan menyediakan kotak saran, kartu komentar, *customer hot lines*, dan lain-lain. Informasi-informasi tersebut dapat memberikan ide-ide cemerlang bagi perusahaan dan memungkinkannya untuk bereaksi secara tangap dan cepat untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul.

2. *Ghost shopping*

Salah satu cara untuk memperoleh gambaran mengenai kepuasan pelanggan adalah dengan mempekerjakan beberapa orang untuk berperan atau bersikap sebagai pembeli potensial, kemudian melaporkan temuan-temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam pembelian produk-produk tersebut. Selain itu, para *ghost shopper* juga dapat mengamati cara penanganan setiap keluhan.

3. *Lost customer analysis*

Perusahaan seyogyanya menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli atau yang telah pindah pemasok agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi. Bukan hanya *exit interview* saja yang perlu, tetapi pemantauan *customer loss rate* juga penting, peningkatan *customer loss rate* menunjukkan kegagalan perusahaan dalam memuaskan pelanggannya.

4. Survei kepuasan pelanggan

Metode survei kepuasan pelanggan dapat menggunakan pengukuran dengan berbagai cara, yaitu (Tjiptono dan Diana, 2003):

- a. pengukuran dapat dilakukan secara langsung dengan pertanyaan seperti: “Ungkapan seberapa puas Saudara terhadap pelayanan X pada skala berikut: sangat tidak puas, tidak puas, indifferen, puas, sangat puas” (*directly reported satisfaction*).

- b. Responden juga dapat diberi pertanyaan mengenai seberapa besar mereka mengharapkan suatu atribut tertentu dan seberapa besar yang mereka rasakan (*derived satisfaction*).
- c. Metode lain adalah dengan meminta responden untuk menuliskan masalah-masalah yang mereka miliki dengan penawaran dari perusahaan dan untuk menuliskan perbaikan-perbaikan yang mereka sarankan (*problem analysis*).
- d. Selain itu, responden juga dapat diminta untuk merangking berbagai elemen dari penawaran berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen dan seberapa baik kinerja perusahaan dalam masing-masing elemen (*importance/performance ratings*).

Berdasarkan hasil observasi selama bertahun-tahun, Peters (dalam Tjiptono dan Diana, 2003) menyimpulkan sepuluh kunci sukses dalam pengukuran kepuasan pelanggan. Kesepuluh kunci sukses tersebut adalah:

1. Frekuensi

Setiap perusahaan perlu melakukan survei formal mengenai kepuasan pelanggannya paling sedikit setiap 60 sampai 90 hari sekali. Disamping itu juga diadakan survei informasi paling sedikit setiap bulan sekali.

2. Format

Sebaiknya yang melakukan survei formal adalah pihak ketiga diluar perusahaan. Hasil yang diperoleh harus disampaikan kepada semua pihak dalam organisasi. Setiap keluhan dari pelanggan juga harus diketahui oleh semua jajaran organisasi baik manajemen maupun karyawan.

3. Isi (*content*)

Sebaiknya pertanyaan yang diajukan adalah pertanyaan-pertanyaan standar yang dapat dikuantitatifkan.

4. Desain isi

Perusahaan perlu melakukan pendekatan sistematis dalam memperhatikan setiap pandangan yang ada. Tidak ada satupun ukuran atau instrumen survei yang paling baik untuk segala kondisi. Oleh karena itu diperlukan pula koordinasi dan *cross-checking* terhadap berbagai ukuran yang ada.

5. Melibatkan setiap orang  
*Focus group* informal harus melibatkan semua fungsi dan level dalam organisasi. Dengan demikian mereka yang mengunjungi pelanggan haruslah terdiri dari semua fungsi, semua level (dari karyawan *front-line* sampai manajemen puncak). Demikian pula halnya dengan pemasok, *wholesaler*, dan anggota seluruh distribusi lainnya harus berpartisipasi, baik secara formal maupun informal.
6. Mengukur kepuasan setiap orang  
Perusahaan harus mengukur kepuasan semua pihak, baik pelanggan langsung maupun pelanggan tidak langsung, yaitu pemakai akhir dan setiap anggota saluran distribusi, seperti *dealer*, pengecer, *wholesaler*, *franchisee*, dan lain-lain.
7. Kombinasi berbagai ukuran  
Ukuran-ukuran yang digunakan harus dibatasi pada skor kuantitatif gabungan terhadap beberapa individu (*saleperson*, karyawan bagian pelayanan), kelompok (tim pengiriman atau pusat reservasi), fasilitas (pabrik atau kantor operasi atau toko), dan divisi.
8. Hubungan dengan kompensasi dan *reward* lainnya  
Hasil pengukuran kepuasan pelanggan harus dikaitkan atau dihubungkan dengan sistem kompensasi dan *reward* lainnya. Misalnya dijadikan variabel utama dalam penentuan kompensasi insentif dalam penjualan.
9. Penggunaan ukuran secara simbolik  
Ukuran kepuasan pelanggan yang digunakan perlu dipasang dan ditempatkan di setiap bagian organisasi.
10. Bentuk pengukuran lainnya  
Setiap deskripsi kerja harus mencakup pula deskripsi kualitatif mengenai hubungan karyawan yang bersangkutan dengan pelanggan, dan setiap evaluasi kinerja harus mencakup penilaian terhadap sejauh mana seorang karyawan memiliki *customer orientation*.

## 2.4 Manajemen Rumah Sakit

Wikipedia (2009) menyebutkan bahwa Rumah Sakit (*hospital*) adalah sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat, dan tenaga ahli kesehatan lainnya. Rumah sakit merupakan organisasi yang rawan konflik, karena sebagian besar orang-orang dalam keadaan sakit atau tidak normal, yang oleh karena itu menjadi peka dan mudah emosional. Rumah sakit mempunyai perbedaan dibandingkan industri yang lain.

Tjandra (2003) mengungkapkan bahwa ada tiga ciri khas rumah sakit yang membedakannya dengan industri lainnya:

1. Dalam industri rumah sakit, sejogyanya tujuan utamanya adalah melayani kebutuhan manusia, bukan semata-mata menghasilkan produk dengan proses dan biaya yang seefisien mungkin. Unsur manusia perlu mendapatkan perhatian dan tanggung jawab pengelola rumah sakit. Perbedaan ini mempunyai dampak penting dalam manajemen, khususnya menyangkut pertimbangan etika dan nilai kehidupan manusia.
2. Kenyataan dalam industri rumah sakit yang disebut pelanggan (*customer*) tidak selalu mereka yang menerima pelayanan. Pasien adalah mereka yang diobati di rumah sakit. Akan tetapi, kadangkadang bukan mereka sendiri yang menentukan di rumah sakit mana mereka harus dirawat. Di luar negeri pihak asuransilah yang menentukan rumah sakit mana yang boleh didatangi pasien. Jadi, jelasnya, kendati pasien adalah mereka yang memang diobati di suatu rumah sakit, tetapi keputusan menggunakan jasa rumah sakit belum tentu ada di tangan pasien itu. Artinya, kalau ada upaya pemasaran seperti bisnis lain pada umumnya, maka target pemasaran itu menjadi amat luas, bisa pasiennya, bisa tempat kerjanya, bisa para dokter yang praktek di sekitar rumah sakit, dan bisa juga pihak asuransi. Selain itu, jenis tindakan medis yang akan dilakukan dan pengobatan yang diberikan juga tidak tergantung dengan pasiennya. Tapi tergantung dari dokter yang merawatnya.
3. Kenyataan menunjukkan bahwa pentingnya peran para profesional, termasuk dokter, perawat, ahli farmasi, fisioterapi, radiografer, ahli gizi dan lain-lain.

Menurut Departemen Kesehatan RI (1997) mengatakan bahwa fungsi rumah sakit terdiri dari 4 bidang, yaitu :

1. Fungsi pelayanan, yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan dan asuhan keperawatan serta pelayanan rujukan.
2. Fungsi pendidikan dan pelatihan
3. Fungsi penelitian dan pengembangan
4. Fungsi administratif umum dan keuangan (termasuk hubungan masyarakat)

Strategi jangka panjang sangat diperlukan dalam membangun rumah sakit. Terdapat 3 (tiga) tipe rumah sakit yang bisa menjadi sasaran, diantaranya :

1. *Volume/mass product*  
Rumah sakit yang mengutamakan pelayanan (jumlah pasien) sebanyak-banyaknya. Rumah sakit ini tidak mengutamakan spesialisasi dan menekan biaya serendah-rendahnya untuk mendapatkan sebanyak mungkin pasien.
2. *Diferensiasi*  
Mengutamakan spesialisasi, bila perlu sub spesialisasi. Rumah sakit dituntut untuk menyiapkan banyak spesialisasi dengan sarana yang cukup untuk menunjang masing-masing spesialisasi. Pada tipe ini persaingan lebih kepada mutu dan bukan harga.
3. *Fokus*  
Di sini rumah sakit berkonsentrasi pada spesialisasi tertentu, misalnya: rumah sakit khusus jantung, rumah sakit khusus mata, rumah sakit khusus kanker sehingga di sini mutu diuntut lebih tinggi lagi jika ingin bertahan dalam peta persaingan.

#### **2.4.1 Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Kualitas layanan merupakan pelayanan terbaik yang dilakukan oleh seseorang, kelompok atau lembaga yang memberi kepuasan bagi pelanggan atau masyarakat dan pada gilirannya kepuasan itu akan menciptakan loyalitas pelanggan atau masyarakat kepada seseorang/ kelompok/ lembaga yang memberikan pelayanan tersebut. Pelayanan kesehatan sebagai spesifikasi dari pelayanan publik itu sendiri menurut Levey dan Loomba (dalam Azwar, 1996)

adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan atau pun masyarakat.

Pelayanan kesehatan yang baik menurut Azwar (1996) harus memenuhi syarat-syarat pokok sebagai berikut:

1. Tersedia dan berkesinambungan, artinya jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.
2. Dapat diterima dan wajar, artinya tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.
3. Mudah dicapai, untuk mewujudkan pelayanan yang baik, pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting, sehingga tidak terjadi konsentrasi sarana kesehatan yang tidak merata.
4. Mudah dijangkau, artinya harus diupayakan biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
5. Berkualitas, yaitu yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Menurut Schulz, Dkk (2003), pelayanan medis yang baik adalah pelayanan medis yang memenuhi syarat-syarat :

1. Didasari oleh praktek medis yang rasional dan didasari oleh ilmu kedokteran.
2. Mengutamakan pencegahan.
3. Terjadinya kerja sama antara masyarakat dengan ilmuwan medis.
4. Mengobati seseorang sebagai keseluruhan.
5. Memelihara kerjasama antara dokter dengan pasien.
6. Berkoordinasi dengan pekerja sosial.
7. Mengkoordinasikan semua jenis pelayanan medis.
8. Mengaplikasikan pelayanan modern dari ilmu kedokteran yang dibutuhkan masyarakat.

Untuk melihat pelayanan itu berkualitas dan memenuhi keinginan pelanggan atau masyarakat, ada beberapa cara-cara untuk menilainya, antara lain dengan sistem keluhan dan saran, survei kepuasan pelanggan, serta pengamatan pada kepuasan pelanggan. Dengan demikian fokus pada kebutuhan dan keinginan masyarakat diartikan sebagai orientasi pemerintah terhadap kebutuhan dan keinginan masyarakat atas layanan yang diinginkan masyarakat. Kualitas pelayanan kesehatan bersifat multidimensional, yaitu kualitas menurut pemakai jasa layanan kesehatan (pasien dan keluarga), dan kualitas menurut penyelenggara pelayanan kesehatan (dokter, perawat dan petugas lainnya).

Kualitas pelayanan rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek rumah sakit sebagai suatu sistem. Kualitas asuhan kesehatan adalah derajat dipenuhinya standar profesi yang baik dalam pelayanan pasien dan terwujudnya hasil akhir seperti yang diharapkan yang menyangkut asuhan, diagnosa, tindakan, dan pemecahan masalah teknis. Pemahaman konsep tentang kualitas pelayanan terikat dengan faktor kepuasan pasien walaupun puasnya pasien itu tidak selalu sama dengan pelayanan berkualitas (Sumarwan, 1994). Umumnya kualitas pelayanan medis di rumah sakit sangat tergantung pada individu dokter, dan diluar kewenangan direksi rumah sakit untuk mengaturnya. Variabel input dalam proses mewujudkan kualitas pelayanan kesehatan adalah :

1. Faktor manusia: pemberi jasa layanan langsung (administrator dan profesional tidak langsung (pemilik ).
2. Faktor sarana: bangunan dan peralatan rumah sakit.
3. Faktor manajemen: prosedur pelayanan yang dipergunakan rumah sakit.

#### **2.4.2 Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Pelayanan Rumah Sakit**

Sub bab ini akan membahas beberapa aspek pelayanan kesehatan menurut peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia. Bahasan pada sus bab ini mencakup ketentuan umum rumah sakit, penetapan kelas, klasifikasi rumah sakit, dan standar pelayanan rawat inap rumah sakit.

#### **2.4.2.1 Ketentuan Umum Rumah Sakit**

Menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 pasal 1 menyatakan bahwa ketentuan umum dalam rumah sakit di Indonesia adalah sebagai berikut:

1. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
2. Rumah Sakit Umum adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
3. Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit.
4. Klasifikasi Rumah Sakit adalah pengelompokan kelas Rumah Sakit berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan.
5. Fasilitas adalah segala sesuatu hal yang menyangkut sarana, prasarana maupun alat (baik alat medik maupun alat non medik) yang dibutuhkan oleh rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya bagi pasien.
6. Sarana adalah segala sesuatu benda fisik yang dapat tervisualisasi oleh mata maupun teraba oleh panca-indra dan dengan mudah dapat dikenali oleh pasien dan (umumnya) merupakan bagian dari suatu bangunan gedung ataupun bangunan gedung itu sendiri.
7. Prasarana adalah benda maupun jaringan / instansi yang membuat suatu sarana yang ada bisa berfungsi sesuai dengan tujuan yang diharapkan.
8. Tenaga tetap adalah tenaga yang bekerja di rumah sakit secara purna waktu dan berstatus pegawai tetap.

#### **2.4.2.2 Standar Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh badan layanan umum kepada masyarakat.

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H, ayat (1) perubahan Undang – undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks.

Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf keajahteraan mesyarakat.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I ayat 6 menyatakan: Standar pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Ayat 7. Indikator SPM adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalarn

pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

Dalam penjelasan pasal 39 ayat 2 PP RI No 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah tolak ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit. Standar pelayanan minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target nasional untuk tahun 2007 sampai dengan tahun 2012, cara perhitungan / rumus / pembilangan penyebut / standar / satuan pencapaian kinerja dan sumber data. Standar pelayanan minimal untuk layanan rawat inap di Indonesia menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NOMOR : 129/Menkes/SK/II/2008 ditampilkan pada Tabel 2.1.

**Tabel 2.1 Standar Pelayanan Minimal Untuk Layanan Rawat Inap**

No	Indikator	Standar
1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	<b>100%</b>
3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
4	Jam Visit Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.0 setiap hari kerja
5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
6	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100 %
8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24 %
9	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %
10	Kepuasan pelanggan	≥ 90 %
11	Rawat Inap Tuberculosis (TB) a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	a. ≥ 60 % b. ≥ 60 %
12	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik
13	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100 %
14	Kejadian <i>re-admission</i> pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100 %
15	Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu

### **2.4.3 Akses Kepelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)**

Rumah sakit seyogyanya mempertimbangkan bahwa asuhan dirumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional di bidang pelayanan kesehatan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan. Maksud dan tujuannya adalah menyalurkan kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang tersedia dirumah sakit, mengkoordinasikan pelayanan, kemudian merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya. Hasilnya adalah meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia dirumah sakit.

#### **2.4.3.1 Administrasi Ke Rumah Sakit dan Kontinuitas**

Pasien diterima sebagai pasien rawat inap atau didaftar untuk pelayanan rawat jalan berdasarkan pada kebutuhan pelayanan kesehatan mereka yang telah diidentifikasi dan pada misi serta sumber daya rumah sakit yang ada. Menyesuaikan kebutuhan pasien dengan misi dan sumberdaya rumah sakit tergantung pada keterangan yang didapat tentang kebutuhan pasien dan kondisinya lewat skrining pada kontak pertama. Skrining dilaksanakan melalui kriteriatriase, evaluasi visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik atau hasil daripemeriksaanfisik, psikologik, laboratorium klinik atau diagnostik imajing sebelumnya.

Skrining dapat terjadi asal rujukan, pada saat pasien ditransportasi emergensi atau waktu pasien tiba di rumah sakit. Hal ini penting bahwa keputusan untuk mengobati, mengirim atau merujuk dibuat hanya

Setelah ada hasil skrining dan evaluasi. Hanya rumah sakit yang mempunyai kemampuan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan dan konsisten dengan misinya dapat dipertimbangkan untuk menerima pasien rawat inap atau pasien rawat jalan.

Apabila rumah sakit memerlukan data tes skrining atau evaluasi sebelum penerimaan dan pendaftaran ditetapkan dalam kebijakan tertulis

Rumah sakit mendisain dan melaksanakan proses untuk memberikan pelayanan asuhan pasien yang berkelanjutan didalam rumah sakit dan koordinasi antar para tenaga medis. Pada keseluruhan perpindahan pasien di rumah sakit,

dimulai dari admisi sampai dengan kepulangan atau kepindahan, dapat melibatkan berbagai departemen dan pelayanan serta berbagai praktisi kesehatan untuk pemberian asuhan.

Dalam seluruh fase pelayanan, kebutuhan pasien disesuaikan dengan sumber daya yang tersedia di dalam rumah sakit dan bila perlu di luar rumah sakit. Hal tersebut biasanya dilakukan dengan menggunakan kriteria yang telah ditetapkan atau kebijakan yang menentukan kelayakan transfer didalam rumah sakit.

Pimpinan dari berbagai pelayanan bekerjasama membuat desain proses pelayanan dan melaksanakannya. Proses didukung dengan kriteria pindah rawat yang jelas, kebijakan, prosedur atau pedoman. Rumah sakit menetapkan individu yang bertanggungjawab untuk mengkoordinasikan pelayanan. Individu tersebut dapat mengkoordinasikan seluruh pelayanan pasien, (seperti antar departemen) atau dapat bertanggungjawab untuk mengkoordinasikan pelayanan pasien secara individual (Contoh: *case manager*).

#### **3.4.3.2 Hak Pasien dan Keluarga (HPK)**

Setiap pasien adalah unik, dengan kebutuhan, kekuatan, nilai-nilai dan kepercayaan masing-masing. Rumah sakit membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dengan pasien untuk memahami dan melindungi nilai budaya, psikososial serta nilai spiritual setiap pasien. Hasil pelayanan pasien akan bertambah baik bila pasien dan keluarga yang tepat atau mereka yang berhak mengambil keputusan diikuti sertakan dalam keputusan pelayanan dan proses yang sesuai harapan budaya.

Untuk meningkatkan hak pasien dirumah sakit, harus dimulai dengan mendefinisikan hak tersebut, kemudian mendidik pasien dan staf tentang hak tersebut. Pasien diberitahu hak mereka dan bagaimana harus bersikap. Staf di didik untuk mengerti dan menghormati kepercayaan dan nilai-nilai pasien dan memberikan pelayanan dengan penuh perhatian dan hormat guna menjaga martabat pasien.

#### 2.4.3.3 Asesmen Pasien (AP)

Proses asesmen pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan kebutuhan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi, elektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Proses asesmen pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada sebagian besar unit kerja rawat inap dan rawat jalan. Asesmen pasien terdiri atas 3 proses utama:

- Mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, dan riwayat kesehatan pasien.
- Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan “*Imaging Diagnostic*” (Radiologi) untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien.
- Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi.

Asesmen pasien sudah benar bila memperhatikan kondisi pasien, umur, kebutuhan kesehatan, dan permintaan atau preferensinya. Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila berbagai profesional kesehatan yang bertanggungjawab atas pasien bekerjasama.

#### 2.4.3.4 Pelayanan Pasien (PP)

Tujuan utama pelayanan kesehatan rumah sakit adalah pelayanan pasien. Penyediaan pelayanan yang paling sesuai di suatu rumah sakit untuk mendukung dan merespon terhadap setiap kebutuhan pasien yang unik, memerlukan perencanaan dan koordinasi tingkat tinggi. Ada beberapa aktivitas tertentu yang bersifat dasar bagi pelayanan pasien. Untuk semua disiplin yang memberikan pelayanan pasien, aktivitas ini termasuk:

- Perencanaan dan pemberian asuhan kepada setiap atau masing-masing pasien;
- Pemantauan pasien untuk mengetahui hasil asuhan pasien;
- Modifikasi asuhan pasien bila perlu;
- Penuntasan asuhan pasien; dan

- Perencanaan tin dak lanjut.

Banyak dokter, perawat, apoteker, terapis rehabilitasi, dan praktisi jenis pelayanan kesehatan lain melaksanakan aktivitas tersebut. Masing-masing praktisi pelayanan kesehatan mempunyai peran yang jelas dalam asuhan pasien. Peran tersebut ditentukan oleh lisensi; kredensial; sertifikat; undang-undang dan peraturan; ketrampilan (*skill*) khusus individu, pengetahuan, dan pengalaman; juga kebijakan rumah sakit atau uraian tugas. Sebagian pelayanan bisa dilaksanakan oleh pasien, keluarganya, atau pembantu pelaksana asuhan lainnya yang terlatih.

Standar Asesmen Pasien yang menguraikan dasar pemberian asuhan, suatu rencana untuk masing-masing pasien berdasarkan asesmen atas kebutuhannya. Asuhan tersebut dapat berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif, atau rehabilitatif, termasuk anestesia, tindakan bedah, pengobatan, terapi suportif, atau kombinasinya. Suatu rencana pelayanan pasien tidak cukup untuk mencapai hasil optimal. Pemberian pelayanan pasien harus dikoordinir dan diintegrasikan oleh semua individu yang terkait dalam asuhan pasien.

#### **2.4.3.5 Pelayanan Anestesian Bedah (PAB)**

Penggunaan anestesi, sedasi, dan intervensi bedah adalah proses yang umum dan merupakan prosedur yang kompleks dirumah sakit. Tindakan-tindakan ini membutuhkan asesmen pasien yang lengkap dan komprehensif, perencanaan asuhan yang terintegrasi, monitoring pasien yang berkesinambungan dan kriteriatransfer untuk pelayanan berkelanjutan, rehabilitasi, akhirnya transfer maupun pemulangan pasien (*discharge*).

Anestesi dan sedasi umumnya dipandang sebagai suatu rangkaian kegiatan (*continuum*) dari sedasi minimal sampai anestesi penuh. Karena respon pasien dapat bergerak pada sepanjang kontinum, maka penggunaan anestesi dan sedasi dikelola secara terintegrasi. Bab ini meliputi anestesi, dari sedasi moderat maupun dalam (*deepsedation*), dimana refleksprotektif pasien dibutuhkan untuk fungsi pernafasan yang berisiko. Dalam bab ini tidak dibahas penggunaan sedasi minimal (*anxiolysis*). Jadi penggunaan terminologi “anestesi” mencakup sedasi yang moderat maupun yang dalam.

#### **2.4.3.6 Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO)**

Manajemen obat merupakan komponen yang penting dalam pengobatan simptomatik, preventif, kuratif dan pali atif, terhadap penyakit dan berbagai kondisi. Manajemen obat mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi kepada pasien. Ini biasanya merupakan upaya multidisiplin, dalam koordinasi para staf rumah sakit, menerapkan prinsip rancang proses yang efektif, implementasi dan peningkatan terhadap seleksi, pengadaan, penyimpanan, pemesanan/pereseapan, pencatatan (*transcribe*), pendistribusian, persiapan (*preparing*), penyaluran (*dispensing*), pemberian, pendokumentasian dan pemantauan terapi obat.

Peran para praktisi pelayanan kesehatan dalam manajemen obat sangat bervariasi dari satu negara ke negara lain, namun proses manajemen obat yang baik bagi keselamatan pasien bersifat universal.

#### **2.4.3.7 PendidikanPasiendanKeluarga (PPK)**

Pendidikan pasien dan keluarga membantu pasien berpartisipasi lebih baik dalam asuhan yang diberikan dan mendapat informasi dalam mengambil keputusan tentang asuhannya. Berbagai staf yang berbeda dalam rumah sakit memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarganya. Pendidikan diberikan ketika pasien berinteraksi dengan dokter atau perawatnya. Petugas kesehatan lainnya juga memberikan pendidikan ketika memberikan pelayanan yang spesifik, diantaranya terapi diet, rehabilitasi atau persiapan pemulangan pasien dan asuhan pasien berkelanjutan. Mengingat banyak staf terlibat dalam pendidikan pasien dan keluarganya, maka perlu diperhatikan agar staf yang terlibat dikoordinasikan kegiatannya dan fokus pada kebutuhan pembelajaran pasien.

Pendidikan yang efektif diawali dengan asesmen kebutuhan pembelajaran pasien dan keluarganya. Asesmen ini menentukan bukan hanya kebutuhan akan pembelajaran, tetapi juga bagaimana pembelajaran dapat dilaksanakan dengan baik. Pembelajaran paling efektif ketika cocok dengan pilihan pembelajaran yang tepat, agama, nilai budaya, juga kemampuan membaca, serta bahasa. Pembelajaran akan berdampak bila terjadi selama proses asuhan.

Pendidikan termasuk pengetahuan yang diperlukan selama proses asuhan, maupun pengetahuan yang dibutuhkan setelah pasien dipulangkan (*discharged*) ke pelayanan kesehatan lain atau kerumah. Sehingga, pendidikan dapat mencakup informasi sumber-sumber di komunitas untuk tambahan pelayanan dan tindak lanjut pelayanan apabila diperlukan, serta bagaimana akses ke pelayanan emergensi bila dibutuhkan. Pendidikan yang efektif dalam suatu rumah sakit hendaknya menggunakan format visual dan elektronik, serta berbagai pembelajaran jarak jauh dan teknik lainnya.

## **2.5 Metode Penelitian**

Penelitian adalah suatu proses atau langkah-langkah yang dilakukan secara sistematis dan terencana untuk memecahkan masalah atau mencari jawaban terhadap masalah-masalah tertentu. Langkah-langkah yang dilakukan didalam penelitian harus seimbang, selain mendukung satu sama lain juga agar penelitian yang dilakukan berbobot dan cukup memadai serta memberikan kesimpulan yang meyakinkan.

### **2.5.1 Jenis Penelitian**

Ada beberapa jenis penelitian konsumen jasa, antara lain: penelitian survei, penelitian eksperimen, penelitian lingkungan, kombinasi pendekatan kualitatif dan kuantitatif, serta analisis sekunder (Husein, 2003). Penelitian yang dilakukan didalam tugas akhir ini tergolong kedalam penelitian survei.

Penelitian survei adalah penelitian yang mengambil sampel dari suatu populasi dan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data pokok. Penelitian survei dapat dilakukan dengan maksud penjajagan (*eksploratif*), evaluasi, prediksi, penelitian operasional, dan pengembangan indikator-indikator sosial. Langkah-langkah yang dilakukan dalam melakukan penelitian survei dalam penelitian ini adalah:

1. Merumuskan masalah penelitian dan menentukan tujuan survei.
2. Menentukan konsep dan hipotesis serta mengenali kepustakaan.
3. Menentukan sampel.
4. Pembuatan kuesioner.

5. Melakukan pekerjaan lapangan.
6. Mengolah data.
7. Analisis dan pelaporan.

### **2.5.2 Pembuatan Kuesioner**

Dalam penelitian survei, pemakaian kuesioner merupakan hal pokok untuk melakukan pengumpulan data. Analisis data kuantitatif didasarkan pada hasil kuesioner tersebut. Sebuah kuesioner yang baik adalah yang mengandung pertanyaan-pertanyaan yang baik pula. Pertanyaan dalam kuesioner harus jelas dan mudah dimengerti untuk mengurangi kesalahan pengisian kuesioner oleh responden.

Berdasarkan jenis pertanyaan yang digunakan, kuesioner dibagi menjadi 4 (empat), yaitu:

1. **Pertanyaan tertutup**

Pertanyaan tertutup adalah pertanyaan yang telah disertai jawabannya. Responden tinggal memilih salah satu jawaban yang tersedia. Pertanyaan tertutup dapat berupa pertanyaan pilihan berganda atau berupa skala.

2. **Pertanyaan terbuka**

Pertanyaan terbuka adalah pertanyaan yang membutuhkan jawaban bebas dari responden. Responden tidak diberi pilihan jawaban yang sudah ada tapi menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang terdapat dalam pikirannya.

3. **Pertanyaan tertutup terbuka**

Pertanyaan tertutup terbuka adalah pertanyaan yang jawabannya telah ditentukan, tetapi kemudian disusul dengan pertanyaan terbuka.

4. **Pertanyaan semi terbuka**

Pertanyaan semi terbuka merupakan pertanyaan yang jawabannya telah disusun rapih tetapi masih ada kemungkinan tambahan jawabannya.

### 2.5.3 Data

Data adalah bentuk jamak dari datum, yang dapat diartikan sebagai informasi yang diterima yang bentuknya dapat berupa angka, kata-kata, atau dalam bentuk lisan atau tulisan lainnya. Ada beberapa cara yang dapat dilakukan dalam memperoleh data, diantaranya data yang diperoleh secara langsung (primer), dan data yang diperoleh secara tidak langsung (sekunder). Koleksi data adalah merupakan tahapan yang paling penting dalam melaksanakan penelitian, karena hanya dengan menggunakan data yang tepat maka proses penelitian akan berlangsung dengan baik (Supangat, 2010).

Di dalam suatu penelitian, ketepatan dalam menentukan data yang dicari adalah merupakan suatu keharusan yang mutlak diperlukan, dengan demikian tujuan penelitian akan dapat terpenuhi dengan baik.

Seperti yang telah dikemukakan sebelumnya, bahwa ada 2 (dua) kategori data menurut cara memperolehnya (Supangat, 2010), yaitu:

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari objek yang diteliti, baik dari objek individual (responden) maupun dari suatu instansi yang mengolah data dari keperluan dirinya sendiri, contoh data primer antara lain : hasil wawancara dengan responden, hasil perhitungan suara dari masyarakat yang melakukan pemilihan kepala desa atau lainnya, data jumlah mahasiswa (pelajar) yang diperoleh dari lembaga penelitian yang bersangkutan, data lalu lintas yang suatu bank yang diperoleh secara langsung dari bank tersebut dan lainnya.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung untuk mendapatkan informasi (keterangan) dari objek yang diteliti, biasanya data tersebut diperoleh dari tangan kedua, baik dari objek secara individual (responden) maupun dari suatu badan (instansi) yang dengan sengaja melakukan pengumpulan data dari instansi-instansi atau badan lainnya untuk keperluan penelitian dari para pengguna. Badan yang biasa mengumpulkan data tersebut antara lain BPS (Badan Pusat Statistik), misal data mengenai laju inflasi, perkembangan pembangunan suatu wilayah, statistik penduduk,

statistik ekonomi, statistik pertanian, dan tingkat kemajuan pembangunan suatu daerah yang diperoleh dari BAPPEDA setempat, dan sebagainya.

Data sekunder ini sangat bermanfaat sebagai sarana pendukung dari suatu persoalan yang akan diteliti, sebagai pembanding dalam suatu proses penanganan permasalahan, untuk mendukung suatu kondisi-kondisi yang terjadi selama kurun waktu tertentu dan dari data sekunder ini tidak jarang dapat dimunculkan beberapa inovasi baru sebagai solusi dalam penanganan permasalahan yang diteliti.

Sementara itu, menurut sumbernya data dibagi menjadi 2 (dua) (Supangat, 2010), yaitu:

1. Data internal

Data internal yaitu data yang menggambarkan keadaan dalam suatu organisasi (suatu badan) dan digunakan untuk keperluan sendiri, misalnya data perkembangan mahasiswa dari suatu universitas selama kurun waktu tertentu, jumlah tenaga pengajar dalam suatu sekolah pada waktu tertentu, daftar inventarisasi barang dalam suatu instansi dan lainnya.

2. Data Eksternal

Data eksternal yaitu data yang diperoleh dari luar untuk keperluan suatu instansi (lembaga) tersebut, misalnya data nilai tukar uang asing, data jumlah siswa SLTA yang mengikuti ujian pada tahun 2002-2003 di Kodya Bandung dan sekitarnya, dengan maksud agar dapat diprediksi berapa kira-kira berapa calon mahasiswa baru yang akan daftar pada perguruan tingginya, dan lainnya

#### 2.5.4 Populasi

Populasi yaitu sekumpulan objek yang akan dijadikan sebagai bahan penelitian (penelaahan) dengan ciri mempunyai karakteristik yang sama. Macam populasi, antara lain adalah populasi terhingga dan tak hingga. Adapun yang dimaksud dengan populasi terhingga adalah sekumpulan objek yang akan dijadikan sebagai bahan kajian penelitian yang jumlahnya tertentu, seperti: populasi dari mahasiswa ekonomi universitas “X”, yaitu semua orang yang

tercatat sebagai mahasiswa di fakultas ekonomi universitas “X” tersebut (Supangat, 2010).

Sedangkan yang dimaksud dengan populasi tak hingga adalah sekumpulan objek yang akan diteliti berjumlah tidak terhingga banyaknya, seperti: populasi dari jumlah amuba dalam sebuah parit (populasi tak terhingga), orang-orang yang berbelanja pada sebuah supermarket “A”, pelanggan yang suka bepergian dengan menggunakan jasa kereta api, dan lainnya, didalam statistika dikenal dengan istilah sensus. Adapun arti sensus adalah cara untuk mendapatkan keterangan (informasi) dari semua anggota populasi dan tanpa kecuali, atau dengan kata lain pada saat melakukan sensus, maka informasi (keterangan) harus didapatkan dari semua anggota populasi dan tanpa kecuali. Pelaksanaan sensus ini biasanya dalam penelitian jarang dilakukan, karena:

1. Faktor biaya operasional yang tinggi,
2. Faktor lamanya waktu yang tersedia,
3. Faktor tingkat akurasi data (ketepatan) perhitungan sering kali tinggi penyimpangannya, dan
4. Kurang efektif dan efisien dalam pelaksanaannya.

Namun demikian, betapapun cara sensus banyak sekali kendala yang dihadapi dalam pelaksanaannya, tetapi kelebihan cara sensus adalah hasil yang didapatkan merupakan hasil yang sebenarnya.

### **2.5.5 Uji validitas**

Validitas menunjukkan sejauh mana alat suatu alat pengukuran dapat mengukur apa yang ingin diukur (Singaribun, 1995). Validitas alat pengumpulan data menurut pendapat beberapa ahli dapat digolongkan dalam beberapa jenis (Singaribun, 1995), yaitu: validitas konstruk (*construct validity*), validitas isi (*content validity*), validitas eksternal (*eksternal validity*), validitas prediktif (*predictive validity*), dan validitas rupa (*face validity*).

Pengujian validitas yang dilakukan dalam penelitian ini adalah uji validitas konstruk. Ada beberapa langkah dalam uji validitas konstruk ini yaitu (Singaribun, 1995):

Langkah 1 : Mendefinisikan secara operasional konsep yang akan diukur.

Langkah 2 :Melakukan uji skala pengukuran tersebut pada sejumlah responden.

Langkah 3 : Mempersiapkan tabel tabulasi data.

Langkah 4 : Menghitung korelasi antara masing-masing pernyataan skor total dengan menggunakan rumus teknik korelasi “*product momont*”.

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}} \dots\dots\dots (II-6)$$

Dimana:

- r = Korelasi *product moment*
- XY = Skor pernyataan dikalikan skor total
- X = Skor pernyataan
- Y = Skor total seluruh pernyataan
- N = Jumlah responden *pretest*.

### 2.5.6 Uji Reliabilitas

Keandalan (*reliability*) didefinisikan sebagai seberapa jauh pengukuran bebas dari varian kesalahan acak (*free from random error variance*). Reliabilitas dapat juga dikatakan sebagai tingkat kepercayaan hasil suatu pengukuran. Pengukuran reliabilitas bertujuan untuk menentukan kestabilan dan kekonsistenan alat ukur dalam mengukur konsep yang ingin diukur. Pengukuran yang memiliki reliabilitas tinggi artinya pengukuran yang mampu memberikan hasil ukur yang konsisten (*reliable*), dapat memberikan hasil yang relatif sama jika dilakukan pengukuran yang berbeda waktunya.

Reliabilitas memberikan gambaran sejauh mana suatu pengukuran dapat dipercaya atau diandalkan, artinya sejauh mana skor hasil pengukuran terbebas dari salah pengukuran (*measurement error*). Bila suatu alat pengukur dipakai dua kali untuk mengukur gejala yang sama dan hasil pengukuran yang diperoleh relatif konsisten, maka alat pengukuran tersebut reliabel. Tinggi rendahnya reliabilitas, secara empiris ditunjukkan oleh suatu angka yang disebut koefisien reliabilitas. Secara teoritis besarnya koefisien reliabilitas berkisar antara 0-1.

Salah satu metode untuk menguji kendalan alat ukur adalah *alpha cronbach* yaitu metode perhitungan yang dikembangkan oleh *cronbach*. Besarnya

koefisiensi reliabilitas minimal yang dipenuhi oleh suatu alat ukur adalah sebesar 0,7.

## 2.6 *Six Sigma*

*Six sigma* adalah implementasi yang tepat, fokus, dan efektif dalam membuktikan prinsip dan teknik mengenai kualitas. Dengan menggabungkan elemen-elemen dari hasil pemikiran berbagai ahli kualitas, *six sigma* bertujuan untuk menciptakan performansi bisnis tanpa kesalahan (Pyzdek, 2003).

*Sigma* ( $\sigma$ ) adalah sebuah alfabet Yunani yang digunakan oleh ahli-ahli statistik untuk mengukur variabilitas dalam proses. Performansi sebuah perusahaan diukur dengan menggunakan level sigma bisnis proses perusahaan tersebut. Perusahaan tradisional menerima level performansi tiga atau empat sigma sebagai standar, meskipun faktanya proses tersebut menghasilkan sekitar 6.200 sampai 67.000 permasalahan per satu juta kesempatan. Standar *six sigma* sebesar 3,4 permasalahan per satu juta kesempatan adalah sebuah tanggapan untuk meningkatkan ekspektasi *customer* dan bertambahnya kerumitan produk dan proses modern (Pyzdek, 2003).

Dalam pengertian statistik yang lebih sempit, *six sigma* adalah sebuah sasaran kualitas yang mengidentifikasi variabilitas sebuah proses berkenaan dengan spesifikasi produk sehingga kualitas dan reliabilitas produk tersebut dapat memenuhi bahkan melampaui tuntutan persyaratan customer saat ini. Secara spesifik, *six sigma* mengacu pada kemampuan proses untuk menghasilkan 3,4 *Defects Per Million Opportunities* (DPMO) (Stamatis, 2004).

Produk dengan berbagai komponen yang rumit memiliki banyak kesempatan untuk mengalami kegagalan atau cacat. Di bawah kondisi performansi kualitas *three sigma*, probabilitas menghasilkan produk sesuai dengan spesifikasi adalah sebesar 0,9973 atau sebanding dengan 2.700 *Parts Per Million* (PPM) produk cacat. Sedangkan di bawah kondisi performansi kualitas *six sigma*, probabilitas menghasilkan produk sesuai dengan spesifikasi adalah sebesar 0,9998 atau sebanding dengan 0,2 PPM cacat (Montgomery, 2009).

Pada awal konsep *six sigma* dikembangkan, sebuah asumsi diciptakan bahwa ketika sebuah proses mencapai level kualitas *six sigma*, rata-rata proses

tetap dapat dipengaruhi oleh berbagai gangguan yang dapat menyebabkan rata-rata proses bergeser sebesar 1,5 standar deviasi ( $1,5s$ ) dari target. Dengan skenario tersebut, sebuah proses yang telah mencapai level kualitas *six sigma* akan menghasilkan 3,4 PPM produk cacat (Montgomery, 2009).

Menurut Pete dan Holpp (2002), tahap-tahap implementasi peningkatan kualitas dengan *Six sigma* terdiri dari lima langkah yaitu menggunakan metode *DMAIC* atau *Define, Measure, Analyse, Improve, and Control*.

### 1. *Define*

*Define* adalah penetapan sasaran dari aktivitas peningkatan kualitas *Six Sigma*. Langkah ini untuk mendefinisikan rencana-rencana tindakan yang harus dilakukan untuk melaksanakan peningkatan dari setiap tahap proses bisnis kunci (Gaspersz, 2005). Tanggung jawab dari definisi proses bisnis kunci berada pada manajemen.

Menurut Pande dan Cavanagh (2002) tiga aktivitas utama yang berkaitan dengan mendefinisikan proses inti dan para pelanggan yaitu:

- a. Mendefinisikan proses inti mayor dari bisnis.
- b. Menentukan output kunci dari proses inti tersebut, dan para pelanggan kunci yang mereka layani.
- c. Menciptakan peta tingkat tinggi dari proses inti atau proses strategis.

### 2. *Measure*

*Measure* merupakan tindak lanjut dari langkah *Define* dan merupakan sebuah jembatan untuk langkah berikutnya yaitu *Analyze*. Langkah *measure* memiliki dua sasaran utama, yaitu :

- a. Mendapatkan data untuk memvalidasi dan mengkuantifikasi masalah atau peluang.
- b. Memulai menyentuh fakta dan angka-angka yang memberikan petunjuk tentang akar masalah. *Milestone* (batu loncatan) pada langkah *measure* adalah mengembangkan ukuran sigma awal untuk proses yang sedang diperbaiki.

Tahap *measure* akan dilakukan pengambilan sampel yang digunakan untuk mengukur karakteristik CTQ maupun kapabilitas proses. Pengukuran kapabilitas proses dilakukan untuk mengetahui proses pelayanan sudah mencapai sigma berapa. Berikut pengukuran yang dilakukan pada tahap ini:

- a. Melakukan analisis Gap.

Rumus manual gap untuk setiap pasang pernyataan, dapat dihitung berdasarkan rumus:

$$Q = P (\textit{Perceived}) - E (\textit{Expectation}) \dots \dots \dots (II-7)$$

- b. Mengidentifikasi tiga atribut dengan nilai gap negatif tertinggi.
- c. Menentukan *Critical to Quality* (CTQ).
- d. Mengukur kapabilitas proses pelayanan.

Dalam menentukan nilai kapabilitas proses dilakukan penyebaran kuesioner kembali kepada responden dengan membentuk subgroup dimana setiap subgroup terdiri dari lima responden. Kuesioner diberikan kepada 20 subgroup dan selang waktu setiap subgroup adalah satu jam. Dalam perhitungan kapabilitas proses, ketidakpuasan adalah proses yang memiliki persepsi < 3. Banyaknya CTQ didapatkan dari jumlah ketidakpuasan maksimal yang mungkin terjadi dari setiap subgroup, dimana setiap *subgroup* terdiri dari 5 responden sehingga jumlah CTQ proses adalah 5. Sementara itu, tahaan yang digunakan untuk menghitung level sigma ditampilkan pada Tabel 2.2.

**Tabel 2.2 Tahap Perhitungan Level Sigma**

Langkah	Aktivitas	Persamaan	Hasil
1	Proses apa yang ingin diketahui kualitasnya	-	
2	Berapa banyak gangguan yang dilayani?	-	
3	Berapa banyak keluhan/klaim perbaikan gangguan dari konsumen yang diterima?	-	
4	Hitung tingkat keluhan berdasar pada langkah 3!	= langkah 3 / langkah 2	
5	Tentukan banyaknya CTQ potensial yang dapat mengakibatkan keluhan atau kegagalan!	= banyaknya karakteristik CTQ	
6	Hitung peluang singkat keluhan per karakteristik CTQ!	= langkah 4 / langkah 5	
7	Hitung kemungkinan keluhan per satu juta kesempatan (DPMO)	= langkah 6 x 1000000	
8	Konversi DPMO (langkah 7) kedalam nilai sigma	-	
9	Buat kesimpulan	-	

Sumber: Gasprsz, 2007

### 3. 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. Pengukuran dilakukan dengan menghitung nilai RPN dari ketiga atribut yang memiliki nilai Gap negatif.

*Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) merupakan suatu prosedur terstruktur untuk mengidentifikasi dan mencegah sebanyak mungkin mode kegagalan (*failure mode*) atau bisa dikatakan mengidentifikasi sumber-sumber dan akar penyebab dari suatu masalah kualitas. Dalam melakukan analisis dengan menggunakan FMEA ada tiga faktor yang diolah meliputi:

#### a. *Severity* (S)

*Severity* adalah langkah pertama untuk menganalisis resiko yaitu menghitung seberapa serius kondisi yang diakibatkan jika terjadi kegagalan.

b. *Occurance (O)*

*Occurance* adalah frekuensi terjadinya penyebab dan modus kegagalan selama masa penggunaan jasa.

c. *Detection (D)*

*Detection* merupakan tingkat kemampuan mendeteksi kegagalan sebelum efek kegagalan tersebut benar-benar terjadi.

*Risk Priority Number (RPN)* merupakan produk matematis dari keseriusan *effect (Severity)*, kemungkinan terjadinya *cause* akan menimbulkan kegagalan yang berhubungan dengan *effect (Occurance)*, dan kemampuan untuk mendeteksi kegagalan sebelum terjadi pada kegagalan (*Detection*).

$$RPN = S \times O \times D \dots \dots \dots (II-8)$$

dengan:

S = *Severity*

O = *Occurance*

D = *Detection*

RPN ini digunakan untuk memprioritaskan tindakan. Semakin besar nilai RPN, semakin besar pula perhatian yang diberikan. RPN berkisar antara 1-1000. Tujuan dari tahap ini adalah untuk mengetahui seberapa baik proses yang berlangsung dan mengidentifikasi akar permasalahan yang mungkin menjadi penyebab timbulnya variasi dalam proses. Untuk mengetahui seberapa baik proses berlangsung, maka perlu adanya suatu nilai atau indeks yaitu Indeks Kemampuan Proses (*ProcessCapability Index*).

4. *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.

Efektivitas dari rencana tindakan yang dilakukan akan tampak dari penurunan persentase biaya kegagalan kualitas (COPQ) terhadap nilai penjualan total sejalan dengan meningkatnya kapabilitas *Sigma*. Seyogyanya setiap rencana tindakan yang diimplementasikan harus dievaluasi tingkat efektivitasnya melalui pencapaian target kinerja dalam program peningkatan kualitas *Six sigma* yaitu menurunkan DPMO menuju target kegagalan nol (*zero defect oriented*) atau mencapai kapabilitas proses pada tingkat lebih besar atau sama dengan *6-Sigma*, serta mengkonversikan manfaat hasil-hasil ke dalam penurunan persentase biaya kegagalan kualitas (COPQ).

## 5. *Control*

Menurut Susetyo (2011), *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 alasan dalam melakukan standarisasi, yaitu:

- a. Apabila tindakan peningkatan kualitas atau solusi masalah itu tidak distandarisasikan, terdapat kemungkinan bahwa setelah periode waktu tertentu, manajemen dan karyawan akan menggunakan kembali cara kerja yang lama sehingga memunculkan kembali masalah yang telah terselesaikan itu.

- b. Apabila tindakan peningkatan kualitas atau solusi masalah itu tidak distandarisasikan dan didokumentasikan, maka terdapat kemungkinan setelah periode waktu tertentu apabila terjadi pergantian manajemen dan karyawan.

## 2.9 Penelitian Sebelumnya

Penelitian sebelumnya digunakan sebagai acuan dalam melakukan penelitian. Beberapa penelitian sebelumnya yang menjadi acuan dalam penelitian ini selengkapnya ditampilkan pada Tabel 2.4.

Tabel 2.3 Data Penelitian Sebelumnya

No	Judul Penelitian	Penulis	Institusi
1	Implementasi <i>six sigma</i> pada administrasi absensi mesin sidik jari di PT. Len Industri (Persero) Bandung	Roni Suryana, ST	Teknik Industri, Fakultas Teknik, Universitas Islam Bandung
2	Pengukuran dan perbaikan kualitas pelayanan jasa surat dan paket PT. Pos Indonesia menggunakan metode <i>Servqual</i> dan TRIZ	Dini Pancawati, ST	Teknik Industri, Fakultas Teknik, Universitas Islam Bandung
3	Pengendalian kualitas pembuatan kain GREY departemen weaving 2 di PT. Sinar Continental dengan menggunakan metode <i>six sigma</i>	Riswan Marpela, ST	Teknik Industri, Fakultas Teknik, Universitas Islam Bandung
4	Penerapan metode <i>six sigma</i> di PT. Rabbani	Samsul Hilal, ST	Teknik Industri, Fakultas Teknik, Universitas Islam Bandung