

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Instalasi Gawat darurat (IGD) rumah sakit adalah salah satu bagian di Rumah Sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Kementerian kesehatan telah mengeluarkan kebijakan mengenai Standar Instalasi gawat darurat (IGD) Rumah Sakit yang tertuang dalam Kemenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009 untuk mengatur standarisasi pelayanan gawat darurat di rumah sakit. Guna meningkatkan kualitas IGD di Indonesia perlu komitmen pemerintah daerah untuk membantu pemerintah pusat dengan ikut memberikan sosialisai kepada masyarakat bahwa dalam penanganan kegawatdaruratan dan *life saving* tidak ditarik uang muka dan penanganan gawat darurat harus dilakukan 5 (lima) menit setelah pasien sampai di IGD.

1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat, bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera, yaitu cepat, tepat dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan. Salah satu indikator mutu pelayanan adalah waktu tanggap (*respons time*) (Depkes RI, 2006).

Prosedur pelayanan di suatu rumah sakit, pasien yang akan berobat akan diterima oleh petugas kesehatan setempat baik yang berobat di rawat inap, rawat jalan (poliklinik) maupun di IGD untuk yang penyakit darurat /*emergency* dalam suatu prosedur pelayanan rumah sakit. Prosedur ini merupakan kunci awal pelayanan petugas kesehatan rumah sakit dalam melayani pasien secara baik atau tidaknya, dilihat dari sikap yang ramah, sopan, tertib, dan penuh tanggung jawab (Depkes RI, 2006).

Prinsip umum pelayanan instalasi gawat darurat rumah sakit sesuai dengan Depkes RI tahun 2010 adalah sebagai berikut :

- a. Setiap rumah sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan : melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilitasi (*life saving*).
- b. Pelayanan di Instalasi gawat darurat rumah sakit dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
- c. Berbagai nama untuk instansi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi Instalasi gawat Darurat (IDG).
- d. Rumah sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
- e. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.

- f. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana).
- g. Setiap rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi.

2. Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Kemampuan suatu rumah sakit secara keseluruhan dalam hal mutu kesiapan untuk melayani pasien tercermin dari kemampuan IGD. Standarisasi IGD untuk mencapai mutu pelayanan saat ini menjadi salah satu komponen penelitian penting dalam akreditasi rumah sakit. Penilaian mutu pelayanan IGD rumah sakit mengacu pada keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2009 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit menggunakan indikator kinerja kunci atau *key Performance Indicators* (KPI). Dalam SPM rumah sakit untuk unit pelayanan IGD rumah sakit memiliki beberapa indikator sebagai berikut.

Tabel 2.1. *Key Performance Indicators* Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit.

Jenis pelayanan	Indikator	Standar
Gawat Darurat	Kemampuan menagani <i>life saving</i>	100%
	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
	Kesediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
	Waktu tanggap pelayanan gawat darurat	≤ 5 menit setelah pasien datang
	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100%
	Kepuasan pelanggan	$\geq 70\%$
	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
	Kematian pasien ≤ 24 jam	\leq dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)

Sumber: Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit, 2009.

IGD sebagai gerbang utama penanganan kasus gawat darurat di rumah sakit memegang peranan penting dalam upaya penyelamatan hidup klien. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat meminjam suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Kemenkes RI, 2009).

3. Kriteria Instalasi Gawat Darurat

Kriteria Instalasi Gawat Darurat adalah : 1) Unit gawat darurat harus buka 24 jam, 2) melayani penderita-penderita (*false emergency*) tetapi tidak boleh mengganggu/mengurangi mutu pelayanan penderita gawat darurat, 3) sebaiknya hanya melakukan (*primary care*). Sedangkan *definitive care* dilakukan ditempat lain dengan cara kerja sama yang baik, 4) harus meningkatkan mutu personalia maupun masyarakat sekitarnya dalam penanggungan penderita gawat darurat, 5) IGD harus melakukan riset guna meningkatkan mutu/kualitas pelayanan kesehatan masyarakat sekitarnya (Depkes RI, 1992).

Kriteria di atas menunjukkan bahwa IGD diharapkan selalu siap setiap saat jika di butuhkan pasien, maka IGD membuka pelayanan selama 24 jam *non-stop*. Untuk memenuhi pelayanan 24 jam, maka IGD harus menyiapkan tenaga medis yang professional dalam bidangnya dan berkualitas. Serta mengadakan riset kecil untuk mengetahui sejauh mana capaian dan kekurangan pelayanan yang ada di dalam IGD guna untuk mengatur strategi dan langkah berikutnya.

B. Pelayanan Rumah Sakit

1. Pelayanan Medis

Pelayanan medis merupakan satu jenis pelayanan rumah sakit yang diberikan oleh tenaga medis. Yang dimaksudkan dengan tenaga medis adalah lulusan fakultas kedokteran atau kedokteran gigi yang

memberikan layanan medis dan penunjang medis (Permenkes No : 262 / 1979).

Menurut Djuhaeni. H (1993) manajemen pelayanan medis di rumah sakit merupakan suatu pengelolaan yang meliputi perencanaan berbagai sumber daya medis dengan mengorganisir serta menggerakkan sumber daya tersebut diikuti dengan evaluasi dan kontrol yang baik, sehingga dihasilkan suatu layanan medis yang merupakan bagian dari system layanan di rumah sakit.

Hal penting yang mendasari pelayanan medis agar dihasilkan suatu pelayanan yang optimal yaitu pelayanan medis yang diberikan harus sesuai dengan ilmu kedokteran mutakhir serta memanfaatkan kemampuan dan fasilitas rumah sakit secara optimal. Tujuan pelayanan medis adalah mengupayakan kesembuhan pasien secara optimal melalui prosedur dan tindakan yang tepat yang dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan standar profesi.

Menurut Djuhaeni. H (1993), output yang diharapkan dari layanan medis di rumah sakit adalah layanan yang bermutu, terjangkau oleh masyarakat luas dengan berdasarkan etika profesi dan etika rumah sakit. Sehingga menghasilkan keberhasilan layanan di rumah sakit yang ditandai dengan angka kematian yang rendah, tingginya tingkat kepuasan pasien, rendahnya angka infeksi.

Paparan di atas menunjukkan bahwa tenaga medis sangatlah penting dan kebutuhan utama sebuah rumah sakit. Kualifikasi tenaga

medis harus sesuai dengan bidangnya dan mengetahui ilmu kedokteran, karena yang dihadapi bukanlah benda biasa namun terkait dengan keselamatan nyawa manusia. Tenaga medis juga perlu ada yang mengkoordinasikan agar tertata sesuai jobdic masing-masing sehingga dalam melaksanakan tugas bisa tuntas, yang tujuan akhirnya adalah untuk memberikan pelayanan yang prima pada pasien/konsumen agar mendapatkan kepuasan. Terntunya untuk mencapai itu pihak rumah sakit haruslah meningkatkan kualitas. Berkaitan dengan kualitas sudah barang tentu sangat erat dengan mutu rumah sakit harus ditingkatkan terutama tenaga medis yang dimiliki rumah sakit.

2. Kecepatan dan Kemudahan Pelayanan

Menurut Jenson, Joyce (1987) Faktor yang penting dalam memilih rumah sakit selain dokter dan staf medik yang kompeten juga keramahan personel rumah sakit yang peduli dan factor kecepatan pelayanan. Dengan demikian hendaknya tempat layanan di rumah sakit diatur sebaik mungkin agar memberikan kenyamanan, kemudahan layanan, serta kecepatan layanan karena integrasi yang mudah antara layanan satu dengan layanan yang lainnya.

Persepsi pasien tentang kualitas pelayanan kesehatan suatu rumah sakit akan mempengaruhi kepuasan pasien, sehingga pengelola rumah sakit penting untuk memonitor persepsi ini, mengingat persepsi terhadap rumah sakit dibentuk selama pertemuan pelayanan. Persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan rumah sakit dapat ditangani dengan

dua cara, yaitu dengan mengkomunikasikan harapan pasien kepada petugas pelayanan kesehatan yang kemudian dapat mengusahakannya dan mengevaluasi pelayanan selanjutnya untuk menentukan penyimpangan dalam kinerja pelayanan terhadap harapan pasien (Joby, 1996). Sehingga untuk dapat memberikan pelayanan yang baik pada pasien atau pelanggan rumah sakit, maka harus dengan cermat dan mengetahui secara pasti kebutuhan dan tuntutan atau harapan dari pasien yang berubah secara dinamis.

3. Dimensi Mutu dan Kualitas Pelayanan

Mutu adalah gambaran total sifat dari suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan pelanggan (*American Society For Quality Control*). J.M. Juran mengemukakan Mutu adalah "*Fitness For Use*". Atau kemampuan kecocokan penggunaan. Mutu adalah kesesuaian terhadap permintaan persyaratan (*The Conformance of Requirements- Philip B. Crosby, 1979*).

Menurut Philip B. Crosby, ada empat hal yang mutlak (*absolute*) menjadi bagian integral dari manajemen mutu, yaitu bahwa :

- a. Definisi mutu adalah kesesuaian terhadap persyaratan (*The Definition of Quality is Conformance to Requirements*).
- b. System mutu adalah pencegahan (*The System of Quality is Prevention*).
- c. Standar penampilan adalah tanpa cacat (*The Performance Standard*

Is Zero Defect).

- d. Ukuran mutu adalah harga ketidak sesuaian (*The Measurement Of Quality Is The Price Of Nonconformance*).

Mutu adalah faktor keputusan mendasar dari pelanggan. Mutu adalah penentuan pelanggan, bukan ketetapan pasar, ataupun ketetapan manajemen. Dengan demikian mutu terkait erat dengan pelanggan, hal ini dikemukakan oleh :

- 1) Dr. Armand V. Feigenbaum mengatakan bahwa mutu produk dan jasa adalah seluruh gabungan sifat-sifat produk atau jasa pelayanan dari pemasaran, engineering, manufaktur dan pemeliharaan, dimana produk atau jasa pelayanan dalam penggunaannya akan bertemu dengan harapan pelanggan.
- 2) J.M. Juran mengemukakan tentang mutu dan manfaatnya sebagai berikut : “Banyak arti tentang mutu namun dua diantaranya sangat penting bagi manajer, meskipun tidak semua pelanggan menyadarinya, yaitu :
 - a. Mutu sebagai keistimewaan produk. Dimata pelanggan, semakin baik keistimewaan produk semakin tinggi mutunya.
 - b. Mutu berarti bebas dari kekurangan (defisiensi). Dimata pelanggan semakin sedikit kekurangan, semakin baik mutunya.

Sehingga pengukuran mutu lebih difokuskan kepada pelanggan dalam hal ini salah satunya adalah kepuasannya. Kepuasan pelanggan sendiri menurut Philip Kotler adalah tingkat keadaan yang dirasakan

seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan atau *outcome* produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang. Dengan demikian tingkat kepuasan pelanggan adalah suatu fungsi dari perbedaan antara penampilan yang dirasakan dan harapan. Ada 3 tingkat kepuasan pelanggan :

- 1) Bila penampilan kurang dari harapan, pelanggan tidak dipuaskan.
- 2) Bila penampilan sebanding dengan harapan, pelanggan amat puas atau senang.
- 3) Apabila penampilan melebihi harapan, pelanggan amat puas atau senang.

Berdasarkan beberapa pendapat di atas, maka selanjutnya dapat diambil kesimpulan bahwa sesuatu institusi dikatakan bermutu jika institusi tersebut mampu memenuhi kebutuhan kepuasan pelanggannya.

Mutu layanan rumah sakit menurut Aniroen. S (1994) adalah derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan dari masyarakat konsumen terhadap pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio-budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat.

Donabedian (1980), mengatakan ada tiga dimensi pendekatan evaluasi kualitas jasa pelayanan, khususnya rumah sakit yang terdiri dari aspek struktur, proses, dan keluaran yaitu :

- 1) **Struktur**, adalah : Sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya.
- 2) **Proses**, adalah ; Semua kegiatan yang dilaksanakan secara professional oleh tenaga yang ada di rumah sakit serta interaksinya dengan pasien. Penilaian terhadap proses adalah evaluasi terhadap profesi kesehatan dalam mengelola pasien dan derajat kepatuhan tenaga profesi terhadap standar yang diakui oleh masing – masing profesi.
- 3) **Keluaran**, adalah : Hasil akhir tindakan dan kegiatan yang dilaksanakan tenaga professional kepada pasien, dalam arti terjadinya perubahan derajat kesehatan yang positif atau negatif. Penilaian terhadap keluaran adalah evaluasi hasil akhir dari tingkat kesembuhan dan kepuasan pasien.

Tjiptono (1996), mengatakan bahwa sikap petugas pelayanan merupakan aspek yang sangat penting dalam menentukan kualitas jasa yang dihasilkan, sehingga dalam melayani pelanggan perlu pelayanan yang sempurna. Pengertian pelayanan sempurna adalah suatu sikap petugas dalam melayani pelanggan secara memuaskan. Ada empat unsur pokok dalam konsep ini, dimana antara satu dengan lainnya

merupakan satu kesatuan pelayanan terintegrasi, dalam arti pelayanan menjadi tidak sempurna bila ada komponen yang kurang, ke empat unsur tersebut adalah kecepatan, ketepatan keramahan dan kenyamanan.

4. Harapan Pelanggan (Pasien)

Menurut Elbeck dan Bryanton, (1992) Dalam menentukan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, tolok ukurnya bukan hanya berdasarkan standar professional atau standar layanan saja, tetapi sudah melibatkan harapan dan kenyataan dirasakan oleh konsumen.

Menurut Zeitham et all, (1993) Harapan pelanggan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan sebelum mencoba atau membeli suatu produk, yang akan di jadikan standar atau acuan dalam menilai kerja produk tersebut. Apabila jasa yang diterima sesuai dengan yang diharapkan, maka mutu diinterpretasikan ideal, sedang bila jasa yang diterima lebih rendah dari yang diharapkan maka mutu diinterpretasikan buruk.

Agar rumah sakit dapat berkembang dan berhasil dengan baik salah satu factor yang tidak dapat diabaikan adalah faktor klien atau pelanggan. hal ini sangat penting karena pelanggan sebagai individu mempunyai kebutuhan dan harapan yang harus di penuhi. Pelanggan mempunyai harapan supaya sebagian kebutuhannya dapat dipenuhi.

Harapan konsumen di bentuk oleh beberapa faktor, diantaranya pengalaman membeli jasa dimasa lampau, opini teman atau kerabat serta informasi dan janji – janji pemberi jasa atau pesaing (Kotler, 1997).

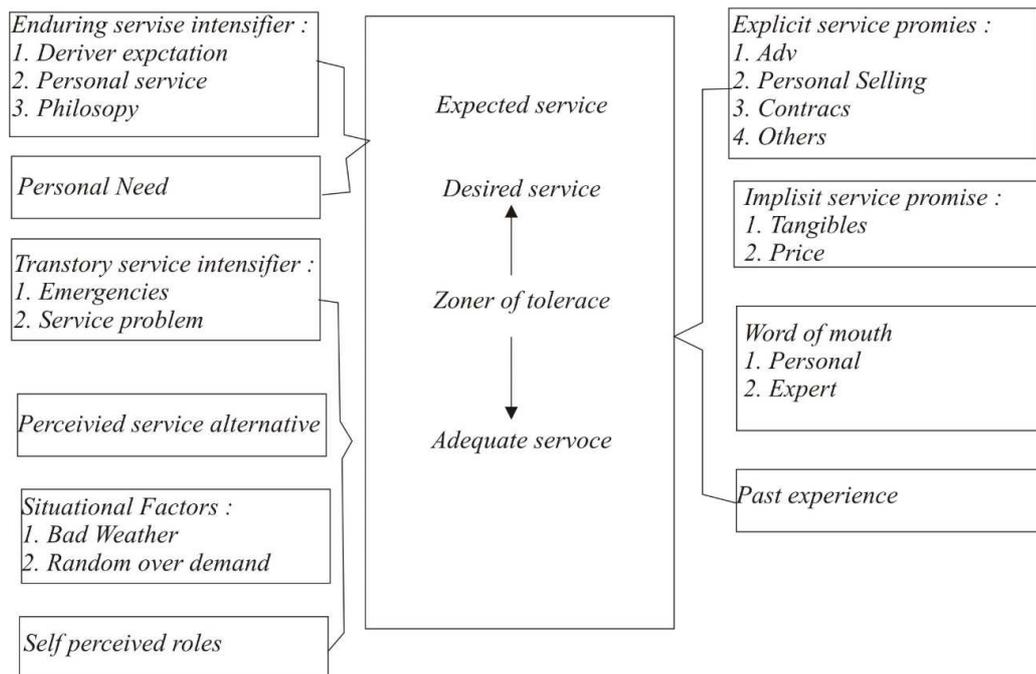
Joby (1996), megemukakan bahwa harapan pasien dibentuk oleh pengalaman sebelumnya, dan harapan pelanggan ditujukan terhadap perilaku petugas pemberi pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kualitas yang diharapkan dari pelayanan petugas kesehatan, sehingga kepuasan pasien merupakan suatu sikap dan respon emosional yang ditentukan oleh harapan pasien.

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa harapan konsumen dapat dijadikan sebagai standar prediksi atau standar ideal yang berperan dalam menentukan kualitas suatu produk atau jasa. Dengan demikian, harapan pelangganlah yang melatarbelakangi mengapa dua organisasi pada bisnis yang sama dapat dinilai berbeda oleh pelanggan.

5. Tingkat Kepentingan Pelanggan

Menurut Rangkuti (2003), tingkat kepentingan pelanggan didefinisikan sebagai keyakinan pelanggan sebelum mencoba atau membeli suatu produk jasa yang akan dijadikannya standar acuan dalam menilai kinerja produk jasa tersebut.

Berry et all (1991) membuat satu model konseptual mengenai tingkat kepentingan pelanggan, seperti tampak pada gambar berikut :
(Gambar 2.1).



Sumber : Rangkuti (2003)

Gambar 2.1. Diagram model konseptual dari tingkat Kepentingan pelanggan.

Menurut model tersebut, terdapat dua tingkat kepentingan pelanggan yaitu;

1. *Adequate service* adalah tingkat kinerja jasa minimal yang masih dapat diterima berdasarkan perkiraan jasa yang mungkin akan diterima dan tergantung pada alternatif yang tersedia.
2. *Desired service* adalah tingkat kinerja jasa yang diharapkan pelanggan akan diterimanya, yang merupakan gabungan dari kepercayaan pelanggan mengenai apa yang dapat dan harus diterimanya.

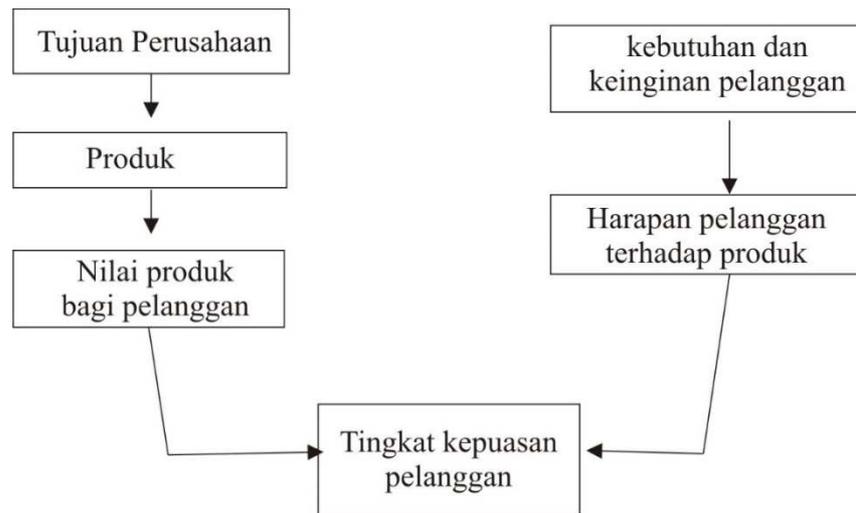
Sedang *Zone of tolerance* adalah daerah di antara *adequate service* dan *desired service*, yaitu daerah dimana variasi pelayanan yang masih dapat diterima oleh pelanggan. *Zone of tolerance* dapat mengembang dan menyusut, serta berbeda – beda untuk setiap individu, perusahaan, situasi dan aspek jasa.

Apabila pelayanan yang diterima pelanggan berada di bawah *adequate service*, maka pelanggan akan frustrasi dan kecewa. Sedangkan apabila pelayanan yang diterima pelanggan melebihi *desired service*, maka pelanggan akan sangat puas dan terkejut.

6. Kepuasan Pelanggan

Menurut Kotler (2008), kepuasan pelanggan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang sebagai hasil dari perbandingan antara prestasi atau produk yang dirasakan dan yang diharapkannya. Pada dasarnya pengertian kepuasan pelanggan mencakup perbedaan antara tingkat kepentingan dan kinerja atau hasil yang dirasakan.

Engel (1990) dan Pawitra (1993) dalam Rangkuti (2003) mengatakan bahwa pengertian tersebut dapat diterapkan dalam penilaian kepuasan atau ketidak puasan terhadap satu perusahaan tertentu karena keduanya berkaitan erat dengan konsep kepuasan pelanggan, sebagaimana dapat dilihat pada gambar berikut ini.



Sumber : Rangkuti (2003)

Gambar 2.2. Diagram Konsep kepuasan pelanggan.

7. Strategi Kepuasan Pelanggan

Tujuan dari strategi kepuasan pelanggan adalah untuk membuat agar pelanggan tidak mudah pindah ke pesaing. Menurut Rangkuti (2003), strategi – strategi yang dapat dipadukan untuk meraih dan meningkatkan kepuasan pelanggan adalah ;

- a. Strategi *relationship marketing*. Disini transaksi antara pembeli dan penjual berlanjut setelah penjualan selesai. Perusahaan menjalin kemitraan dengan pelanggan secara terus – menerus yang pada akhirnya akan menimbulkan kesetiaan pelanggan sehingga terjadi pembelian ulang. Perusahaan diharapkan dapat memuaskan pelanggannya secara lebih baik yang pada gilirannya dapat menumbuhkan loyalitas pelanggan. Dampak kepuasan pelanggan terhadap loyalitas pelanggan berbeda – beda untuk setiap perusahaan. Pelanggan yang loyal belum tentu puas, tetapi

sebaliknya pelanggan yang puas cenderung untuk menjadi pelanggan yang loyal.

- b. Strategi *unconditional service guarantee*, Strategi ini memberikan garansi atau jaminan istimewa secara mutlak untuk meringankan resiko atau kerugian dipihak pelanggan. Garansi tersebut menjanjikan kualitas jasa yang prima dan kepuasan pelanggan yang optimal sehingga dapat menciptakan loyalitas pelanggan yang tinggi.
- c. Strategi *superior customer service*. Adalah strategi menawarkan pelayanan yang lebih baik dibandingkandengan yang ditawarkan pesaing. Diperlukan dana yang besar, sumber daya manusia yang andal dan usaha yang gigih agar perusahaan dapat menciptakan pelayanan yang superior.
- d. Strategi *penanganan keluhan yang efektif*, Adalah strategi menangani keluhan pelanggan dengan cepat dan tepat, dimana perusahaan harus menunjukkan perhatian, keprihatinan dan penyesalannya atas kekecewaan pelanggan agar pelanggan tersebut dapat kembali menjadi pelanggan yang puas dan kembali menggunakan produk atau jasa perusahaan lagi. Proses penanganan keluhan pelanggan yang efektif dimulai dari identifikasi dan penentuan sumber masalah yang menyebabkan pelanggan tidak puas dan mengeluh.

- e. *Strategi peningkatan kinerja perusahaan*, Perusahaan menerapkan strategi yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan secara berkesinambungan, memberikan pendidikan dan pelatihan komunikasi, *salesmanship* dan *public relations* kepada manajemen dan karyawan memesukan unsur kemampuan pelanggan ke dalam system penilaian prestasi karyawan.

C. *Quality Function Deployment (QFD)*

Quality Function Deployment (QFD) dikembangkan pertama kali di Jepang oleh Mitsubishi's Kobe shipyard pada tahun 1972, yang kemudian diadopsi oleh Toyota. Ford Motor Company dan Xerox membawa konsep ini ke Amerika Serikat pada tahun 1986. Semenjak itu *Quality Function Deployment (QFD)* banyak diterapkan oleh perusahaan-perusahaan Jepang, Amerika Serikat dan Eropa. Perusahaan-perusahaan besar seperti Procter & Gamble, General Motors, Digital Equipment Corporation, Hewlett Packard dan AT&T kini menggunakan konsep ini untuk memperbaiki komunikasi, pengembangan produk serta proses dan sistem pengukuran.

Definisi *Quality Function Deployment* (penyebaran fungsi kualitas) merupakan suatu metode yang digunakan perusahaan untuk mengantisipasi dan menentukan prioritas kebutuhan dan keinginan konsumen, serta menggabungkan kebutuhan dan keinginan konsumen tersebut dalam produk dan jasa yang disediakan bagi konsumen. Suatu organisasi yang

mengimplementasikan *Quality Function Deployment* (QFD) dengan tepat, dapat meningkatkan pengetahuan rekayasa, kualitas dan mengurangi ongkos, waktu pengembangan produk serta perubahan-perubahan rekayasa.

Cohen L (1995;11) mendefinisikan *Quality Function Deployment* adalah metode terstruktur yang digunakan dalam proses perencanaan dan pengembangan produk untuk menetapkan spesifikasi kebutuhan dan keinginan konsumen, serta mengevaluasi secara sistematis kapabilitas suatu produk atau jasa dalam memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumen.

Menurut Fandy T (1996;113) *Quality Function Deployment* adalah merupakan praktik untuk merancang suatu proses sebagai tanggapan terhadap kebutuhan pelanggan. *Quality Function Deployment* (QFD) menerjemahkan apa yang dibutuhkan pelanggan menjadi apa yang dihasilkan organisasi.

Menurut Vincent Gaspersz (2001; 41) *Quality Function Deployment* didefinisikan sebagai suatu proses atau mekanisme terstruktur untuk menentukan kebutuhan pelanggan dan menerjemahkan kebutuhan-kebutuhan itu ke dalam kebutuhan teknis yang relevan, dimana masing-masing area fungsional dan level organisasi dapat mengerti dan bertindak.

Quality Function Deployment (QFD) merupakan alat perencanaan yang digunakan untuk memenuhi harapan-harapan customer. Pendekatan disiplin ilmu ini terletak pada desain produk, rekayasa dan produktivitas dan memberikan evaluasi yang mendalam terhadap suatu produk. Pada produk layanan (jasa) evaluasi terhadap layanan didasarkan pada eksplorasi

atribut pelayanan menurut pelanggan serta persepsi kepuasan menurut pelanggan.

Quality Function Deployment (QFD) merupakan suatu perangkat manajemen dimana keinginan dari konsumen digunakan sebagai alat pengembangan produk. Karakteristik masalah dan penerimaan diidentifikasi pada langkah awal *Quality Function Deployment* dan dapat dipecahkan sebelum proses produksi dimulai.

Suatu organisasi yang menerapkan *Quality Function Deployment*, langkah awal yang harus dilakukan pimpinan dan anggota proyek adalah mendefinisikan prioritas ruang lingkup dari proyek dengan baik dan disampaikan kepada semua departemen yang ada sehingga setiap anggota proyek dapat berusaha untuk mencapai tujuan yang ditentukan.

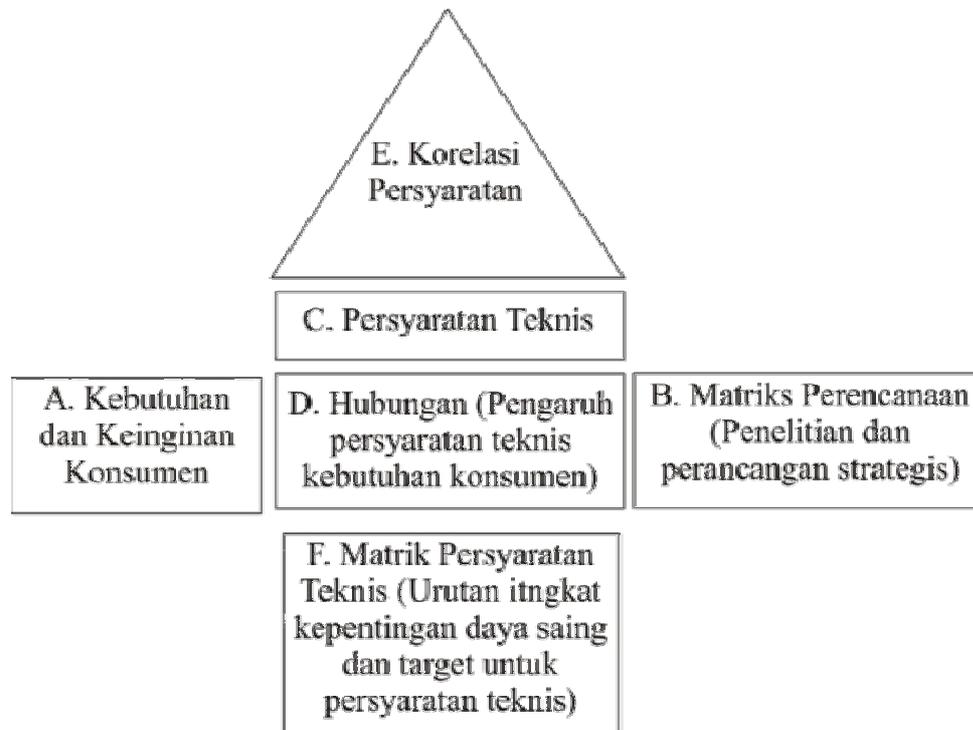
Tujuan dari QFD sendiri tidak hanya memenuhi sebanyak mungkin harapan-harapan customer, tapi juga berusaha melampaui harapan-harapan customer sebagai cara untuk berkompetensi dengan saingannya, sehingga diharapkan konsumen tidak menolak dan tidak complain tapi malah menginginkannya. Team QFD harus membuat produknya lebih menarik daripada produk yang sudah ada atau lebih menarik dibandingkan produk pesaing- pesaingnya. *Quality Function Deployment* digunakan untuk memastikan bahwa sebuah perusahaan memusatkan perhatiannya terhadap kebutuhan pelanggan sebelum setiap pekerjaan perancangan dilakukan. Ini mungkin memperpanjang tahap perencanaan desain proyek, akan tetapi secara umum mengurangi baik jumlah waktu secara

keseluruhan yang diperlukan untuk tahap perancangan maupun jumlah waktu secara keseluruhan yang diperlukan untuk tahap perancangan maupun jumlah perubahan-perubahan rancangan setelah diluncurkan.

Manfaat-manfaat utama QFD adalah seperti berikut (Cohen L, 1995) :

- a. Memusatkan perancangan produk dan jasa baru pada kebutuhan pelanggan. Memastikan bahwa kebutuhan pelanggan dipahami dan proses desain didorong oleh kebutuhan pelanggan yang obyektif daripada teknologi.
- b. Mengutamakan kegiatan-kegiatan desain. Hal ini memastikan bahwa proses desain dipusatkan pada kebutuhan pelanggan yang paling hirarki.
- c. Menganalisa kinerja produk perusahaan terhadap kinerja pesaing-pesaing perusahaan yang utama untuk memenuhi kebutuhan para pelanggan utama.
- d. Dengan berfokus pada upaya rancangan, hal ini akan mengurangi lamanya waktu yang diperlukan untuk mendaur rancangan secara keseluruhan sehingga dapat mengurangi waktu memasarkan produk-produk baru. Perkiraan-perkiraan terbaru memperlihatkan adanya penghematan antara 1/3 sampai 1/2 dibandingkan sebelum dilakukan QFD.
- e. Mengurangi banyaknya perubahan desain setelah dilakukan dengan memastikan upaya yang difokuskan pada tahap perencanaan. Hal yang penting ini mengurangi biaya mengenalkan desain baru.

Penerapan metode *Quality Function Deployment* dalam proses perancangan produk dan jasa diawali dengan pembentukan matriks perencanaan produk atau sering disebut sebagai *House of Quality* (rumah kualitas). Gambaran umum matriks perencanaan atau rumah kualitas, dalam gambar ini digunakan simbol huruf A hingga F yang menunjukkan urutan pengisian bagian-bagian dari matriks perencanaan tersebut. Gambar *House of Quality* (rumah kualitas) dapat diuraikan sebagaimana pada gambar 2.4.



Sumber : Lou Cohen (dalam Fandy Tjiptono;2000;116)

Gambar 2.3. *House of Quality*

Bagian A : berisi data atau informasi yang diperoleh dari hasil penelitian pasar tentang kebutuhan dan keinginan konsumen. Bagian yang

disebut sebagai “WHATs” ini disusun berdasarkan suara pelanggan (*the voice of customer*). Cara yang dapat dipakai untuk mendapatkan *the voice of customer* adalah dengan melakukan wawancara dengan pelanggan atau dengan mengumpulkan data-data keluhan pelanggan.

Bagian B : berisi tiga jenis data yaitu *pertama* tingkat kepentingan dan kebutuhan dan keinginan konsumen, *kedua* data kepuasan konsumen terhadap produk atau jasa yang dihasilkan oleh perusahaan dan produk pesaing, *ketiga* tujuan strategis untuk produk dan jasa baru yang akan dikembangkan. Bagian B ini disebut juga dengan *Planning Matrik*, kolom-kolom yang terdapat dalam planning matrik adalah sebagai berikut :

- 1) *Importance to the customer*, merupakan kolom yang mencatat seberapa penting tiap kebutuhan (yang terdaftar pada bagian A) bagi pelanggan.
- 2) *Customer satisfaction performance*, yaitu kolom yang berisi persepsi pelanggan tentang seberapa baik jasa yang ada saat ini dalam memenuhi kebutuhan mereka.
- 3) *Goal* yaitu level dari *customer performance* yang ingin dicapai oleh *development team* untuk tiap kebutuhan pelanggan.
- 4) *Improvement ratio* yaitu suatu ukuran yang menyatakan besarnya usaha yang dibutuhkan untuk mencapai *customer satisfaction performance* yang ditargetkan.

$$\text{Improvement_ratio} = \frac{\text{Gaal}}{\text{curent_satisfaction_performance}}$$

- 5) *Sales point*, berisi informasi seberapa mampu kebutuhan-kebutuhan yang telah disebutkan pelanggan (pada bagian A) tersebut dalam

memberikan nilai jual pada produk atau jasa yang direncanakan. Nilai yang paling umum digunakan pada sales point adalah :

- a. 1 = *no sales point*
 - b. 1.2 = *medium sales point*
 - c. 1.5 = *strong sales point*
- 6) *Raw weight = (importance to customer) x (improvement ratio) x (sales point)*. Nilai ini menunjukkan tingkat kepentingan dari masing-masing kebutuhan bagi development team.

7) *Normalized raw weight*

$$\text{Normalized raw weight} = \frac{\text{Raw weight}}{\text{Raw_weight_total}}$$

Bagian C : berisi persyaratan-persyaratan teknis untuk produk atau jasa baru yang akan dikembangkan. Data ini diturunkan berdasarkan informasi yang diperoleh mengenai kebutuhan dan keinginan konsumen (matriks A).

Bagian D : berisi penilaian manajemen mengenai kekuatan hubungan antara elemen-elemen yang terdapat pada bagian persyaratan teknis (matriks C) terhadap kebutuhan konsumen (matriks A) yang dipengaruhinya. Kekuatan hubungan dinyatakan dengan menggunakan simbol tertentu. Tingkat hubungan dinyatakan dengan lambang dan nilai tertentu, seperti pada tabel 2.2.

Tabel 2.2 Simbol *Relationship Matrix*

Symbol	Nilai numeric	Pengertian
(Blank)	0	Tidak ada hubungan
Δ	1	Mungkin ada hubungan
O	3	Hubungan sedang
\ominus	9	Sangat kuat hubungan

Bagian E : menunjukkan korelasi antar persyaratan teknis yang satu dengan persyaratan-persyaratan teknis yang lain yang terdapat dalam matriks C. korelasi antara kedua persyaratan teknis tersebut ditunjukkan dengan menggunakan simbol-simbol tertentu. Tingkat hubungan ini dinyatakan dengan simbol tertentu dan deskripsi tertentu pula, seperti terlihat pada tabel.

Tabel 2.3 Derajat Hubungan Korelasi Teknis

Symbol	Pengertian
\ominus	Hubungan positif sangat kuat
O	Hubungan positif cukup kuat
(Blank)	Tidak ada pengaruh
Δ	Pengaruh negative cukup kuat
•	Pengaruh negative sangat kuat

Bagian F : berisi tiga jenis data yaitu :

- 1) Urutan tingkat kepentingan (ranking) persyaratan teknis.
- 2) Informasi hasil perbandingan kinerja persyaratan teknis produk atau jasa yang dihasilkan oleh perusahaan terhadap kinerja produk pesaing.
- 3) Target kinerja persyaratan teknis produk atau jasa yang baru dikembangkan.

Tahap-tahap untuk menyusun rumah kualitas menurut Cohen yang berguna adalah sebagai berikut :

Tahap I Matrik Kebutuhan Pelanggan

Tahap ini meliputi kegiatan :

- 1) Memutuskan siapa pelanggannya.
- 2) Mengumpulkan data kualitatif berupa keinginan dan kebutuhan pelanggan. Metode ini dilakukan dengan wawancara (*Contextual Inquiry*) pada pelanggan.
- 3) Menyusun kebutuhan tersebut.

Tahap II Matrik Perencanaan

Tahap ini bertujuan :

- 1) *Mengukur kebutuhan-kebutuhan pelanggan.* Disini kebutuhan-kebutuhan pelanggan dipertimbangkan tingkat kepentingan. Dapat dilakukan dengan debat dari team pelaksana atau dengan riset preferensi pasar dengan melakukan survei. Pada survei ini pelanggan diminta mengurutkan data keinginan/kebutuhan pelanggan yang diperoleh dari survei sebelumnya.
- 2) *Menentukan tujuan-tujuan performansi kepuasan.* Setelah mengetahui performansi kepuasan pelanggan untuk masing- masing kebutuhannya, maka perusahaan harus menentukan apa tingkat performansi pelanggan yang ingin dicapai untuk memenuhi masing- masing kebutuhan pelanggan.

Tahap III. Respon Teknis

Tahap ini merupakan transformasi dari kebutuhan-kebutuhan yang bersifat non teknis menjadi data yang bersifat teknis guna memenuhi kebutuhan-kebutuhan tersebut. Hal ini biasanya dilakukan oleh bagian yang mengerti teknologi produk, misalnya bagian produksi atau penelitian dan pengembangan.

Tahap IV. Menentukan Hubungan Respon Teknis dengan Kebutuhan Pelanggan.

Tahap ini menentukan seberapa kuat hubungan antara respon teknis (tahap III) dengan kebutuhan-kebutuhan pelanggannya (tahap I). Hubungan antara keduanya dapat berupa hubungan yang sangat kuat, sedang, tidak kuat atau tidak ada korelasi antara keduanya. Hubungan sangat kuat berarti jika respon teknis perusahaan dapat semakin baik berarti tingkat kepuasan pelanggan akan meningkat pula atau terpenuhi.

Tahap V. Korelasi Teknis

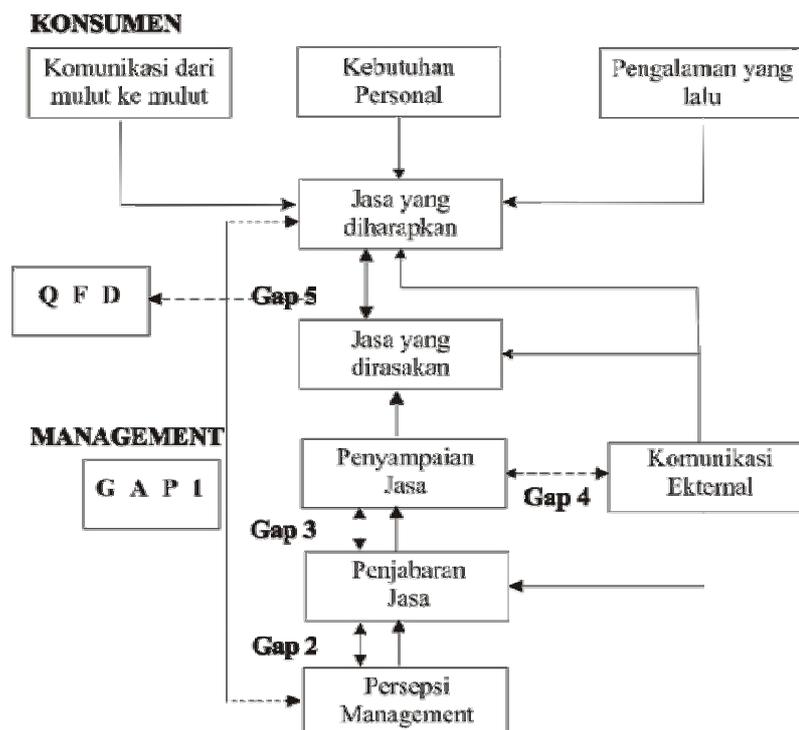
Tahap ini menetapkan hubungan dan ketergantungan antara karakteristik kualitas pengganti atau respon teknis. Sehingga bisa dilihat apakah suatu respon teknis yang satu dipengaruhi atau mempengaruhi respon teknis lainnya dalam proses produksi, dan dapat diusulkan agar tidak terjadi bottleneck.

Tahap VI. Benchmarking dan Penetapan Target

Benchmarking adalah sebuah cara sistematis untuk mengidentifikasi, memahami dan secara kreatif menciptakan

pengembangan produk, jasa, desain peralatan, proses dan diterapkan untuk meningkatkan performansi suatu organisasi. Strategi Benchmarking difokuskan baik pada penerapan dan performansi terbaik dan pengukuran (*measurement*). Tidak ada organisasi manapun mau menginvestasikan tanpa tahu tentang persaingan yang ada untuk memastikan rancangannya kompetitif. Sehingga pada tahap ini perusahaan perlu menentukan respon teknis mana yang ingin dikonsentrasikan dan bagaimana jika dibandingkan oleh produk sejenis.

D. Kerangka Teori

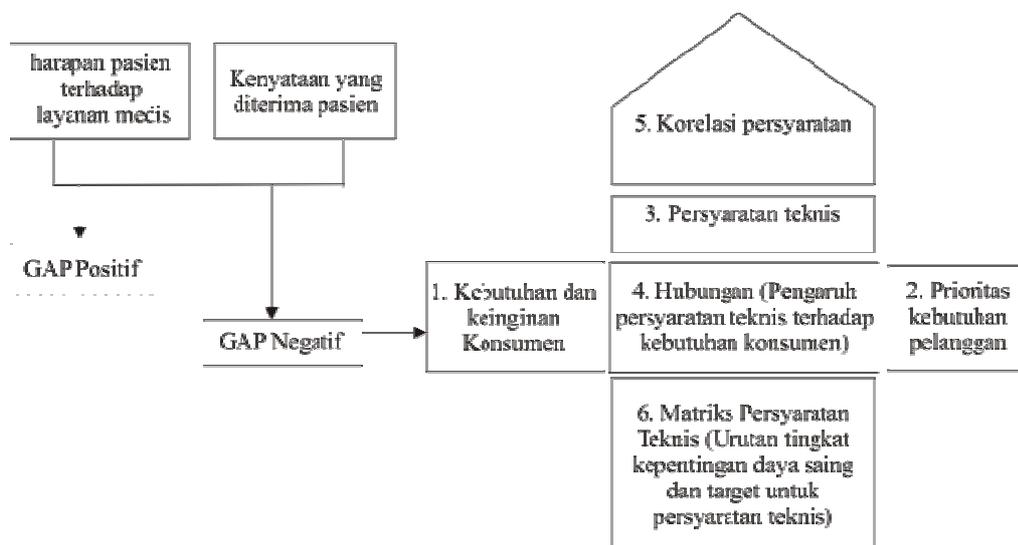


Sumber : Fandy Djiptono (2003).

Gambar 2.4. Model Kualitas Jasa

Model kualitas jasa tersebut diatas mengidentifikasi gap yang mengakibatkan kegagalan *Delivery* Jasa. Dalam penelitian ini akan dianalisa gap-gap, yaitu gap antara harapan konsumen dan kenyataan yang diterima, dimana gap ini nantinya akan digunakan sebagai acuan dalam upaya peningkatan mutu layanan medis rumah sakit dengan metode Quality Function Deployment (QFD).

E. Kerangka Konsep



Gambar 2.5. Konseptual Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep, maka dalam dapat disampaikan bahwa analisis data akan diarahkan pada permasalahan harapan pasien terhadap layanan medis dan kenyataan yang diterima pasien. Tanggapan pasien dari kuesioner penelitian tentang adanya harapan pasien terhadap layanan medis dan kenyataan yang diterima pasien, kemudian dilakukan penilaian untuk menentukan apakah terjadi gap atau ketimpangan antara tingkat kepentingan

dan kepuasan pasien tersebut. Hasil penilaian akan dapat diketahui berapa yang terjadi gap positif dan gap negatif.

Setelah diketahui gap positif dan gap negatif, maka langkah selanjutnya dari pihak manajemen akan melakukan penataan terhadap gap yang negatif tersebut, sehingga dapat diperoleh keselarasan antara harapan pasien dan kenyataan yang yang diterima pasien. Penanganan yang akan dilakukan oleh manajemen layanan Rumah Sakit didasarkan pada urutan prioritas kebutuhan pelanggan.