

TESIS

**PENGUKURAN KINERJA DENGAN MENGGUNAKAN
KRITERIA MBNQA (MALCOLM BALDRIDGE NATIONAL
QUALITY AWARD) DI RUMAH SAKIT ISLAM FAISAL
MAKASSAR**

**PERFORMANCE MEASUREMENT USING MBNQA
CRITERIA (MALCOLM BALDRIDGE NATIONAL QUALITY
AWARD) AT FAISAL HOSPITAL MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh:

**MUHAMMAD ADE RIVANDY RIDWAN
K012181021**



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

HALAMAN PENGAJUAN

**PENGUKURAN KINERJA DENGAN MENGGUNAKAN
KRITERIA MBNQA (MALCOLM BALDRIDGE NATIONAL
QUALITY AWARD) DI RUMAH SAKIT ISLAM FAISAL
MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh:

MUHAMMAD ADE RIVANDY RIDWAN

Kepada

**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

LEMBAR PENGESAHAN

**PENGUKURAN KINERJA DENGAN MENGGUNAKAN KRITERIA
MBNQA (MALCOLM BALDRIDGE NATIONAL QUALITY AWARD)
DI RUMAH SAKIT ISLAM FAISAL**

Disusun dan diajukan oleh


Muhammad Ade Rivandy Ridwan
NOMOR POKOK K012181021

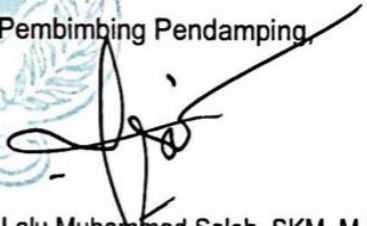
Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 05 September 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,


Dr. Fridawaty Rival, SKM., M.Kes
NIP. 19731016 199702 2 001


Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.Kes
Nip. 19790816 200501 1 005



Prof. Sukri Dalutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001



Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Muhammad Ade Rivandy Ridwan

Nomor Pokok : K012181021

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :
PENGUKURAN KINERJA DENGAN MENGGUNAKAN KRITERIA
MBNQA (MALCOLM BALDRIDGE NATIONAL QUALITY AWARD) DI
RUMAH SAKIT ISLAM FAISAL MAKASSAR adalah karya tulisan saya
sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain
bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya
sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa
sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya
bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juli 2022

Yang Menyatakan, Tanda
Tangan



**Muhammad Ade Rivandy
Ridwan**

ABSTRAK

MUHAMMAD ADE RIVANDY RIDWAN. Pengukuran Kinerja Dengan Menggunakan Kriteria Mbnqa (Malqolm Baldrige National Quality Award) Di Rumah Sakit Faisal Makassar (Dibimbing oleh **Fridawaty Rivai** dan **Lalu Muhammad Saleh**)

Penerapan peningkatan mutu pelayanan sangat dibutuhkan pada era globalisasi ini. *Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence (MBCfPE)* lebih dikenal dengan Kriteria *MBNQA* adalah salah satu metode yang dapat memberikan solusi atas masalah tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi *TOTAL QUALITY MANAGEMENT* menggunakan kriteria *MBNQA* pada rumah sakit Islam Faisal Makassar.

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian *sequential explanatory* menggunakan studi observasional dengan desain *cross sectional study*. Pengumpulan data berupa kuesioner, observasi dan wawancara. Untuk mengisi kuesioner, 258 responden berpartisipasi dengan menggunakan total sampling. Sementara metode wawancara, 9 (sembilan) pegawai dipilih dengan teknik *purposive sampling*. Variabel dalam penelitian menggunakan 7 kriteria *MBNQA*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa RS Islam Faisal berada pada level "*pertumbuhan tahap awal*" dengan nilai 416 dari skor maksimal 1000. (skala poin 376-475). Presentase skor tertinggi adalah Operasional (49%), dan terendah adalah Kepemimpinan (40%). Diharapkan perencanaan dan strategi yang proaktif perlu diimplementasikan, tidak hanya bersifat reaktif terhadap masalah.



Kata Kunci: MBNQA. Total Quality Management, Kinerja Rumah Sakit

ABSTRACT

MUHAMMAD ADE RIVANDY RIDWAN. *Performance Measurement Using MBNQA Criteria (Malcolm Baldrige National Quality Award) At Faisal Hospital Makassar (Supervised by Fridawaty Rivai and Lalu Muhammad Saleh)*

The application of improving the quality of service is very much needed in this era of globalization. Malcolm Baldrige's Criteria for Performance Excellence-(MBCfPE), better known as the MBNQA Criteria, is one method to solve this problem. This study aims to analyze the implementation of TOTAL QUALITY MANAGEMENT using the MBNQA criteria at the Faisal

Islamic Hospital in Makassar.

The research type was a sequential explanatory study using an observational study with a cross-sectional design. Data collection were questionnaires, observations and interviews. To fill out the questionnaire, 258 respondents participated using total sampling. While the interview method, 9 (nine) employees were selected by purposive sampling. The variables in the study used 7 MBNQA criteria.

The results showed that Faisal Islamic Hospital was at an "early improvement" level with a score of 416 with a maximum score of 1000 (point scale 376-475). The highest variable score percentage is Operational (49%), and the lowest is Leadership (40%). It is hoped that proactive planning and strategies should beto problems.

Keywords: MBNQA. Total Quality Management, Hospital Performance.

implemented, not only reactive



PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "**Pengukuran Kinerja Dengan Menggunakan Kriteria MBNQA (*MALCOLM Baldrige National Quality Award*) Di Rumah Sakit Faisal Makassar**". Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Departemen Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Penyusunan tesis ini dapat diselesaikan berkat dukungan berbagai pihak. Penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih sedalam-dalamnya kepada **Dr. Fridawaty Rivai, S.KM.,MARS** selaku pembimbing I dan **Dr. Lalu Muhammad, S.KM.,M.Kes.** selaku pembimbing II, yang penuh kesabaran meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk yang sangat berguna dalam penyusunan tesis ini. Penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada **Dr. Syahrir A.Pasinringi, MS, Dr. Irwandy, S.KM.,MSc. Ph., M. Kes, Dr. Dr. Nasrudin A.A. , Sp. OG (K), M.Kes** selaku tim penguji yang telah memberikan saran, arahan dan kritikan yang sangat bermanfaat.

Selain itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. **Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc**, selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. **Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
3. **Dr. Syahrir A.Pasinringi, MS**, selaku ketua Program Studi Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Seluruh dosen dan staf Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bantuan informasi, masukan dan pengetahuan.
5. Seluruh staf RSI Faisal Makassar atas bantuan dan kerjasamanya selama proses penelitian.
6. Teman-teman seperjuangan **MARS 2018** yang tanpa hentinya memberikan semangat yang luar biasa.
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan.
8. Penulis dengan penuh rasa sayang dan ketulusan hati menghaturkan terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orangtua tercinta, Ibunda **Nurhadelia Ridwan** dan Ayahanda **DR, H. M. Ridwan** dan **keluarga besar** atas segala dukungan berupa materi, doa, kesabaran, pengorbanan dan

semangat yang tak ternilai hingga penulis dapat menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Untuk itu, semua saran dan kritik akan diterima dengan segala kerendahan hati. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak.

Makassar, Juli 2022

MUHAMMAD ADE RIVANDY RIDWAN

DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iii
ABSTRAK.....	iv
PRAKATA.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Kajian Masalah	4
C. Rumusan Masalah.....	9
D. Tujuan Penelitian	9
1. Tujuan Umum.....	10
2. Tujuan Khusus.....	10
E. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II.....	1
TINJAUAN PUSTAKA	1
A. TINJAUAN UMUM TENTANG TQM (TOTAL QUALITY MANAGEMENT).....	1
B. TINJAUAN UMUM TENTANG RUMAH SAKIT	34
C. KERANGKA TEORI.....	1

D. KERANGKA KONSEP	3
E. DEFINISI OPERASIONAL.....	5
A. DESAIN PENELITIAN	13
B. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN.....	17
C. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN	17
1. Populasi.....	17
2. Sampel	18
D. JENIS DAN SUMBER DATA.....	19
1. Data Primer	19
2. Data Sekunder.....	19
E. Teknik Pengumpulan Data.....	19
F. PENGOLAHAN DATA	20
G. ANALISIS DATA.....	21
H. PROSEDUR PENGUMPULAN DATA	26
BAB V.....	28
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	28
A. Gambaran Umum RSI FAISAL MAKASSAR.....	28
1. Latar belakang RSI FAISAL MAKASSAR	28
2. Visi dan Misi RSI FAISAL MAKASSAR	29
3. Motto RS ISALAM FAISAL	30
4. Struktur Organisasi.....	30
B. Hasil Penelitian.....	34
1. Karakteristik Responden Metode Kuesioner	34

2. Analisis Data Variabel Penelitian	35
3. Analisis Hubungan Antara Kategori pada Dimensi Proses dengan Kategori HASIL	66
4. Penyusunan Faktor <i>Strength, Opportunity For Improvement,</i> dan Rekomendasi Tindak Lanjut Perbaikan Melalui <i>Focus Group Discussion</i>	67
C. Pembahasan Hasil Penelitian	78
1. Kepemimpinan.....	78
2. Strategi.....	83
3. Pelanggan	90
4. Pengukuran, Analisis, dan Manajemen Pengetahuan	94
5. Tenaga Kerja	97
6. Operasi.....	101
7. HASIL.....	104
8. Hubungan antara kategori dimensi proses dengan kategori HASIL.....	107
BAB V.....	112
PENUTUP	112
A. Kesimpulan.....	112
B. Saran.....	115
DAFTAR PUSTAKA	117

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Strategi Reduksi Biaya Antara Industri Tradisional Dan Modern	16
Tabel 2. Model Penilaian Award Kinerja Organisasi Di Beberapa Negara 1	
Tabel 3. Definisi Operasional Dan Variabel Penelitian	5
Tabel 4. Faktor Evaluasi Dimensi “Proses” Baldrige Excellence Framework 2015-2016	24
Tabel 5. Faktor Evaluasi Dimensi “Hasil” Baldrige Excellence Framework 2015-2016.....	25
Tabel 6. Kriteria Organisasi Berdasarkan <i>Mbnqa</i>	26
Tabel 7. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Umur Responden Di Rsi Faisal Makassar Tahun 2022	34
Tabel 8. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Masa Kerja Responden Di Rsi Faisal Makassar Tahun 2022	34
Tabel 9. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Pekerjaan Responden Di Rsi Faisal Makassar Tahun 2022	35
Tabel 10. Skor Kategori Kepemimpinan Berdasarkan Hasil Kuesioner Rsi Faisal Makassar Tahun 2022	37
Tabel 11. Skor Kategori Strategi Berdasarkan Hasil Kuesioner Rsi Faisal Makassar Tahun 2022.....	38
Tabel 12. Skor Kategori Pelanggan Berdasarkan Hasil Kuesioner Rsi Faisal Makassar Tahun 2022	40
Tabel 13. Skor Kategori Pamp Berdasarkan Hasil Kuesioner Rsi Faisal Makassar Tahun 2022.....	41
Tabel 14. Skor Kategori Tenaga Kerja Berdasarkan Hasil Kuesioner Di Rsi Faisal Makassar Tahun 2022	42
Tabel 15. Skor Kategori Operasional Berdasarkan Hasil Kuesioner Rsi Faisal Makassar Tahun 2022	43
Tabel 16. Skor Kategori Hasil Berdasarkan Hasil Kuesioner Rsi Faisal Makassar Tahun 2022.....	45

Tabel 17. Skor Seluruh Kategori Berdasarkan Hasil Kuesioner Rsi Faisal Makassar Tahun 2022.....	47
Tabel 18. Skor Seluruh Kategori Berdasarkan Hasil Wawancara Rsi Faisal Makassar Tahun 2022	62
Tabel 19. Skor Rata-Rata Seluruh Kategori Mbnqa Berdasarkan Skor Kuesioner Dan Wawancara Rsi Faisal Makassar Tahun 2022	65
Tabel 20. Hubungan Antara Kategori Dimensi Proses Dengan Kategori Hasil Rsi Faisal Makassar Tahun 2022	67
Tabel 21. Identifikasi Faktor Strength, Ofi, Dan Rekomendasi Tindak Lanjut Perbaikan Kategori Dimensi Proses (Kategori 1 S.D 6) Rsi Faisal Makassar Tahun 2022	69
Tabel 22	74

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kajian Masalah (Mosadeghrad, 2013, Sabella 2015, & Yusuf, 2017).....	9
Gambar 2. Konsep Total Quality Management	5
Gambar 3. Siklus Deming	10
Gambar 4. Reaksi Rantai Deming dalam Perbaikan Kualitas	14
Gambar 5. Fase Implementasi TQM	17
Gambar 6. Strategi Pengembangan Manajemen Kualitas Pelayanan pada SMMC.....	25
Gambar 7. Storyboard Perbaikan Kualitas Pelayanan Kesehatan pada SMMC.....	30
Gambar 8. Kerangka Perpaduan Kualitas (Lawrence Crosby;1993)	33
Gambar 9. Kerangka teori penelitian.....	3
Gambar 10. Kerangka Konsep Penelitian	4
Gambar 11. Diagram Alur Penelitian.....	16
Gambar 12. Denah RSI FAISAL MAKASSAR.....	29

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Organisasi kesehatan sedang mengalami perubahan mendasar. Perubahan yang cepat pada sistem kesehatan, perubahan dari ilmu pengetahuan dan teknologi, struktur insentif dan teknologi yang baru, sikap moral, kondisi lingkungan dan pengaruh kenaikan biaya memberikan tantangan yang besar terhadap manajemen kesehatan. Konsumen dan pembayar menuntut layanan berkualitas tinggi dengan biaya yang wajar dan terjangkau. Sehingga, tujuan dari organisasi kesehatan yaitu untuk meningkatkan kualitas dan membangun kepercayaan pasien, profesional dan pembayaran biaya dalam konteks kualitas, struktur, proses, dan hasil. (Kalaesaran, 2011).

Salah satu organisasi pelayanan kesehatan adalah rumah sakit. Dasar Rumah Sakit dibangunnya adalah untuk memberikan pelayanan kepada pasien. Namun dengan adanya perubahan paradigma perumahsakitannya, dimana Rumah Sakit merupakan institusi yang padat modal, padat teknologi dan tenaga, Rumah Sakit juga mudah dan rawan terjadi konflik dalam proses memberi pelayanan kesehatan pada masyarakat. Dalam perkembangan waktu, sebagaimana juga dengan industri jasa lainnya, salah satu syarat utama agar rumah sakit dapat survive adalah bila mampu memberi pelayanan prima pada pelanggannya (Kalaesaran, 2011).

Manajemen mutu merupakan respon yang tepat untuk masalah ini. Hal ini merupakan cara untuk mengatur kembali arus kerja dalam organisasi kesehatan semaksimal mungkin untuk mencapai kualitas hasil yang optimal, yaitu kualitas layanan kesehatan, kepuasan pasien, kepuasan karyawan dan hasil kinerja secara keseluruhan. *Total Quality Management* (TQM) merupakan salah satu filosofi tersebut, yang bertujuan mensukseskan suatu organisasi melalui kepuasan pelanggan. (Ahmad, 2011).

TQM didefinisikan sebagai filosofi manajemen holistik yang membutuhkan perubahan budaya organisasi (Fu, 2015; Gimenez-Espin, 2013; Baird, 2011). Bagi peneliti lain (Aladwan & Forrester, 2016; Giaccio, 2013; Vanichchinchai & Igel, 2011; Weckenmann et al., 2015) TQM merupakan filosofi manajemen yang melingkupi seluruh aktivitas organisasi untuk mencapai keunggulan operasional. Substansi yang menarik dari TQM adalah konsep *total quality* dalam pencapaian tujuan organisasi, seperti komitmen manajemen puncak, prinsip bertahap dalam pencapaian kualitas, perbaikan berkelanjutan, pembiasaan komitmen manajemen puncak dalam penanaman budaya dan etos kerja di semua lini organisasi. (Jarrett, 2016).

Pelayanan prima dan berkualitas akan berdampak pada kepuasan pasien dan berdampak pada peningkatan loyalitas pelanggan terhadap pelayanan yang ditawarkan oleh industri jasa tersebut. Salah satu ukuran pencapaian kualitas dari sebuah pelayanan ialah loyalitas dari konsumen.

Peningkatan kualitas secara system terpadu merupakan strategi yang tepat untuk dijalankan yaitu dengan Total Quality Management (TQM) (Manurung, 2018).

Salah satu ukuran pencapaian kualitas dari sebuah pelayanan ialah loyalitas dari konsumen. Di Rumah Sakit Faisal Makassar, terjadi penurunan nilai indikator pelayanan BOR, LOS, BTO, TOI, GDR, NDR, jumlah kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap, serta loyalitas pasien, mulai dari tahun 2018 hingga tahun 2021 (Data RS. Faisal, 2021)

Berbagai praktek manajemen kualitas telah diterapkan di beberapa organisasi kesehatan di negara-negara maju termasuk Total Quality Manaemen (Potter et al., 1994; Kohli et al., 1995; Moody et al., 1998; Yang, 2003). Terlepas dari meluasnya penggunaan TQM di negara maju dan peran utama yang mengedepankan kualitas dalam daya saing global produk dan layanan, sedikit perhatian diberikan untuk menerapkan dan menilai inisiatif kualitas oleh organisasi di negara berkembang dan bahkan lebih sedikit lagi di negara-negara berpenghasilan rendah (Aamer et al., 2017; vretveit, dan Al Serouri, 2006)

Fenomena belum optimalnya penerapan TQM, merupakan tantangan berat bagi pimpinan rumah sakit dan karyawan di Rumah sakit Umum di Indonesia. Pengelolaan sarana kesehatan seperti rumah sakit diruntut untuk dikelola dengan manajemen modern dan bersifat sosio-ekonomi. Sebuah rumah sakit harus selalu tanggap akan perubahan-perubahan

yang terjadi cukup cepat dan kemudian segera mengantisipasinya sesuai dengan keinginan dan kebutuhan masyarakat dengan selalu mengacu pada kepuasan konsumen (*Customer satisfaction*). (Ahmad, 2011).

Organisasi yang berhasil menjaga agar pelanggannya selalu puas hampir tak terkalahkan. Para pelanggannya menjadi lebih setia sehingga mereka lebih sering membeli, rela membayar lebih banyak dan tetap mau menjadi pelanggan meskipun organisasi sedang mengalami kesulitan (Yazid, 1999 dalam Laksono, 2008). Begitupun sebaliknya, apabila suatu organisasi kehilangan pelanggan yang sebelumnya loyal atau tidak mampu menciptakan kelayakan pada pelanggan maka biaya pemasaran organisasi akan meningkat dikarenakan harus menarik pelanggan baru untuk ketahanan suatu organisasi, serta keberlangsungan suatu organisasi dipertaruhkan (Griffin, 2013 dalam Yunida, 2016)

B. Kajian Masalah

Telah banyak penelitian terbaru yang mengemukakan hubungan penerapan TQM terhadap beberapa konsep seperti TQM berpengaruh lebih kuat terhadap kualitas 3 pelayanan dengan patient safety sebagai variable moderasi (Tsai, Y. Wu, Shih-Wang, 2011). Penelitian yang dilakukan di rumah sakit milik pemerintah di Pakistan menunjukkan bahwa operational performance rumah sakit meningkat sebanyak 84% melalui penerapan TQM (Irfan,S.M., Ijaz, A., Kee, D.M.H. , Awan, M., 2012). Selanjutnya, penelitian yang dilakukan pada dua rumah sakit besar di Jordania menunjukkan dalam bahwa TQM berkontribusi sebesar 72%

dalam meningkatkan hospital performance (Ali, K.A.M., Alolayyan, M.A., Idris, F.,2012). Dan Sebuah penelitian oleh Baidoun, S. (2004) dengan menggunakan penilaian MBNQA, menyatakan adanya perbedaan hasil implementasi antara Rumah Sakit Milik pemerintah dan non-pemerintah.

Banyak organisasi kesehatan merasa sulit untuk menerapkan manajemen kualitas total (TQM) dengan sukses baik itu rumah sakit milik pemerintah maupun non pemerintah (Mosadeghrad, 2013). Menurut Sabella (2015), dengan menggunakan penilaian kriteria MBNQA, RS Pemerintah menunjukkan Poin lebih rendah dibandingkan RS NGO, RS PBB maupun RS Swasta, hal tersebut disebabkan oleh kinerja Rs pemerintah dalam menerapkan TQM belum maksimal dalam hal pengembangan kompetensi, dan keterampilan staf, serta aliran informasi dalam pengambilan keputusan belum tercapai sehingga membuat kinerja organisasi tidak berjalan maksimal.

Menurut Mosadeghrad, (2014), metode implementasi TQM dan lingkungan yang tidak tepat untuk menerapkan TQM adalah alasan utama kegagalan TQM. Alasan yang paling sering disebutkan untuk kegagalan implementasi TQM termasuk pendidikan dan pelatihan yang tidak memadai, kurangnya keterlibatan karyawan, kurangnya dukungan manajemen puncak, sumber daya yang tidak memadai, kepemimpinan yang kurang, kurangnya budaya yang berorientasi pada kualitas, komunikasi yang buruk, kurangnya rencana untuk perubahan. dan resistensi karyawan terhadap program perubahan.

Hal hal yang menghambat implementasi TQM tersebut dapat menurunkan kinerja organisasi. Sebagaimana Yusuf (2017), menyatakan rendahnya penerapan standar kinerja atau TQM menempatkan organisasi pada level yang rendah pula. Kinerja organisasi akan mempengaruhi layanan mutu rumah sakit yang dinilai melalui akreditasi rumah sakit, semakin baik standar pelayan rumah sakit, semakin baik akreditasi yang didapatkan. (Frastuti, 2018)

Rumah Sakit Islam Faisal, merupakan salah satu Rumah Sakit Swasta di Makassar dengan akreditasi Utama yang menunjukkan tren penurunan kinerja, salah satunya yaitu BOR (Beds of Ratio), yaitu 73% pada tahun 2018 menjadi 34% pada tahun 2020. Penurunan tersebut dipengaruhi oleh implementasi mutu pelayanan yang tidak konsisten, sehingga menurunkan kinerja dari segala lini yang berdampak pada menurunnya kepuasan pasien serta berkurangnya loyalitas pengguna jasa.

Dari hasil studi pendahuluan, melalui wawancara terhadap staf manajemen rumah sakit, pengukuran kinerja tidak dijalankan dengan konsisten, sehingga manajemen tidak dapat menjalankan monitoring dan evaluasi secara efektif. RSI Faisal Makassar hanya melakukan perbandingan nilai capaian kinerja dengan target yang telah ditetapkan, tidak ada informasi pembandingan dengan rumah sakit lain yang sekelas. Pengukuran kinerja mutu pelayanan secara komprehensif belum dilakukan, hanya menilai kunjungan pelayanan medis dan tingkat efisiensi

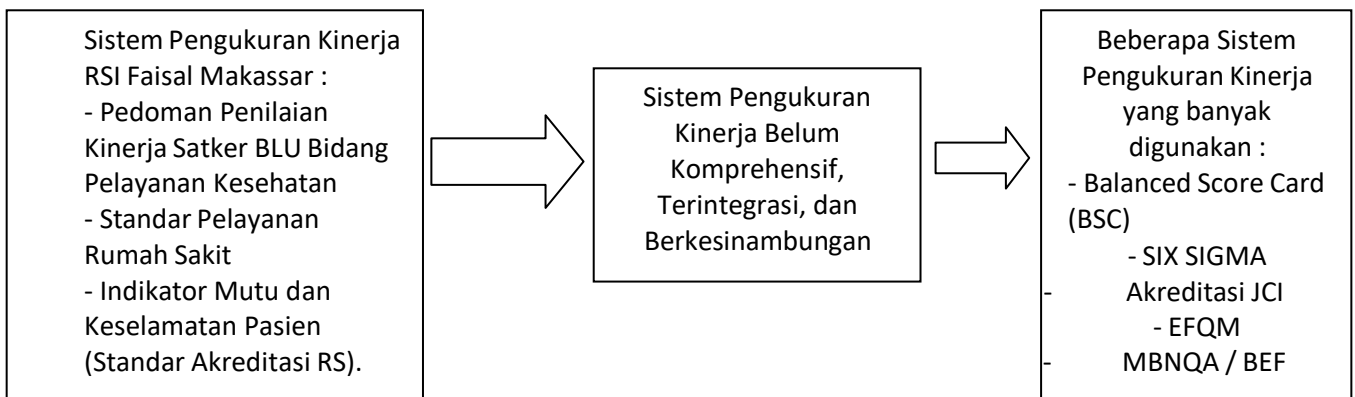
pelayanan RS. Pengukuran kinerja tidak dilaksanakan secara konsisten dan hanya sedikit hasil kinerja yang dilaporkan, yaitu untuk sebagian kecil area yang penting bagi persyaratan organisasi. Hasil yang dicapai di beberapa indikator kinerja juga masih rendah.

Penerapan peningkatan mutu pelayanan sangat dibutuhkan pada era globalisasi ini. *Malcolm Baldrige Kriteria for Performance Excellence (MBCfPE)* lebih dikenal dengan Kriteria *Baldrige* adalah salah satu metode yang dapat memberikan solusi atas masalah tersebut (Haris, 2005). Model *MBCfPE* merupakan kerangka kerja manajemen terintegrasi, mencakup semua faktor yang mendefinisikan organisasi, proses-proses operasional, dan hasil-hasil kinerja secara jelas dan terukur. Adapun faktor yang diukur tersebut meliputi kepemimpinan, perencanaan strategis, fokus pelanggan, pengukuran analisis dan manajemen pengetahuan, fokus sumber daya manusia, fokus operasional, dan hasil-hasil (Gasperz, 2011:325).

Haris (2005) mengatakan bahwa kriteria *Baldrige* bukanlah alat (*tool*) atau teknik (*technique*), tetapi lebih merupakan *state of mind guidance* (penuntun) bagi suatu perusahaan untuk mencapai kinerja yang optimal. Kriteria *Baldrige* tidak secara spesifik mensyaratkan penggunaan *tool* tertentu untuk meningkatkan kinerja, tetapi lebih mempertanyakan efektivitas *tool* tersebut dalam implementasinya. Ini mengarahkan pada pembentukan budaya perusahaan yang efektif dan menuntun pencapaian kinerja optimal.

Saat ini, model Baldrige sudah banyak diadopsi oleh negara-negara di seluruh dunia, terutama di Eropa dan Asia. Pada tahun 1991 hanya 10 negara yang menggunakan kriteria tersebut untuk menilai perusahaan-perusahaan yang memiliki keunggulan bisnis, namun sampai tahun 2010 sudah ada 95 negara yang mengadopsi model ini. Di Amerika, Eropa dan Jepang budaya keunggulan sangat dihargai dan diberikan apresiasi tersendiri. Bahkan di Indonesia pun sudah muncul apresiasi ini dengan diadakannya *Indonesian Quality Management Award*, yang juga mengadopsi parameter dan model yang digunakan di Amerika (*Malcolm Baldrige Kriteria*) dan juga EFQM (*European Foundation for Quality Management*).

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan di atas, peneliti tertarik untuk menggali dan melihat penerapan TQM dengan menggunakan kriteria MBNQA ini di RSI FAISAL MAKASSAR . Pengukuran penerapan TQM akan diukur dengan kuesioner yang diadopsi dari MBNQA selanjutnya akan dianalisis dengan pendekatan MBNQA Score. Pentingnya penerapan TQM di Rumah Sakit akan berdampak pada meningkatnya Kualitas Pelayanan. Adapun Kajian masalah penelitian dalam bentuk bagan dapat dilihat pada gambar 1 berikut ini :



Gambar 1. Kajian Masalah (Mosadeghrad, 2013, Sabella 2015, & Yusuf, 2017)

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan kajian masalah di atas, maka rumusan masalah dalam kajian ini, yaitu :

1. Bagaimana Tingkat Implementasi TQM menggunakan kriteria MBNQA pada RSI Faisal Makassar?
2. Dimana posisi kelas organisasi Rumah Sakit Faisal Makassar menurut kriteria MBNQA?
3. Kategori apa dari dimensi proses yang memiliki hubungan signifikan dengan kategori HASIL dalam Implementasi TQM menggunakan kriteria MBNQA pada Rumah Sakit Faisal Makassar?
4. Bagaimana rekomendasi rencana tindak lanjut berdasarkan hasil analisis kriteria MBNQA?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi *TOTAL QUALITY MANAGEMENT* menggunakan kriteria MBNQA pada Rumah Sakit Faisal Makassar Makassar

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi Tingkat Implementasi TQM menggunakan kriteria MBNQA pada RSI Faisal Makassar
- b. Untuk mengidentifikasi posisi kelas organisasi Rumah Sakit Faisal Makassar menurut kriteria MBNQA
- c. Untuk menentukan Kategori dimensi proses yang memiliki hubungan signifikan dengan kategori HASIL dalam Implementasi TQM menggunakan kriteria MBNQA pada Rumah Sakit Faisal Makassar
- d. Untuk menentukan rekomendasi rencana tindak lanjut berdasarkan hasil analisis kriteria MBNQA

E. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini, yaitu :

1. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen rumah sakit khususnya ilmu pengembangan manajemen Mutu.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai masukan bagi rumah sakit dalam hal perbaikan layanan guna meningkatkan kualitas manajemen mutu khususnya di rumah sakit.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menjadi wadah bagi peneliti untuk mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama masa pendidikan. Selain itu, penelitian ini dapat menjadi sarana untuk meningkatkan pengetahuan di bidang penelitian khususnya yang terkait dengan mutu tenaga kesehatan dan ketersediaan karyawan di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN UMUM TENTANG TQM (TOTAL QUALITY MANAGEMENT)

a. Tiga Generasi Manajemen

Pertama menurut Brian L. Joiner (*Fourth Generation Management; 1993; hal.8-15*) Generasi pertama: Manajemen dengan Melakukan (*Management by Doing*), ini adalah pendekatan pertama, paling sederhana, paling primitif: Melakukan sendiri. Ini adalah cara yang efektif untuk menyelesaikan sesuatu, tetapi kapasitasnya terbatas.

Generasi ke-2: Manajemen dengan Mengarahkan (*Management by Direction*) - Orang-orang menemukan bahwa mereka dapat memperluas kapasitas mereka dengan memberi tahu orang lain apa yang harus dilakukan dan bagaimana melakukannya: seorang ahli pengrajin memberikan arahan terperinci kepada magang. Pendekatan ini memungkinkan seorang ahli untuk memanfaatkan waktunya dengan membuat orang lain melakukan beberapa pekerjaan, dan itu mempertahankan kepatuhan yang ketat terhadap standar ahli.

Generasi ke-3: Manajemen oleh Hasil (*Management by Result*) - Anda memberi tahu mereka setiap detail tentang cara melakukan pekerjaan mereka dan memberikan hadiah atau memberi

hukuman berdasarkan seberapa baik dari hasil pekerjaan yang mereka lakukan.

b. Manajemen Generasi ke-4

- a) **Kualitas** – Pemahaman bahwa kualitas didefinisikan oleh pelanggan; mengembangkan obsesi untuk menyenangkan pelanggan-tidak puas dengan hanya menyingkirkan apa yang mengganggu mereka tetapi melampaui untuk lebih memahami kebutuhan mereka saat ini dan masa depan, untuk mengejutkan mereka dengan produk dan layanan yang bahkan tidak mereka ketahui adalah mungkin. Pemahaman ini bukan lagi domain grup khusus dalam suatu organisasi; sebaliknya, itu dibagikan dengan dan dikembangkan lebih lanjut oleh setiap karyawan.
- b) **Pembelajaran Pendekatan Ilmiah** - Belajar mengelola organisasi sebagai sistem, mengembangkan proses pemikiran, mengambil keputusan berdasarkan data, dan memahami varian.
- c) **Semua dalam Satu Tim**- Meningkatkan kepercayaan pada orang-orang dalam tim; memperlakukan semua orang dalam organisasi dengan martabat, kepercayaan, dan rasa hormat; bekerja menuju win-win untuk semua pemangku kepentingan (pelanggan, karyawan, pemegang saham, pemasok, dan komunitas masyarakat).

c. Pengertian Dasar dari Kualitas

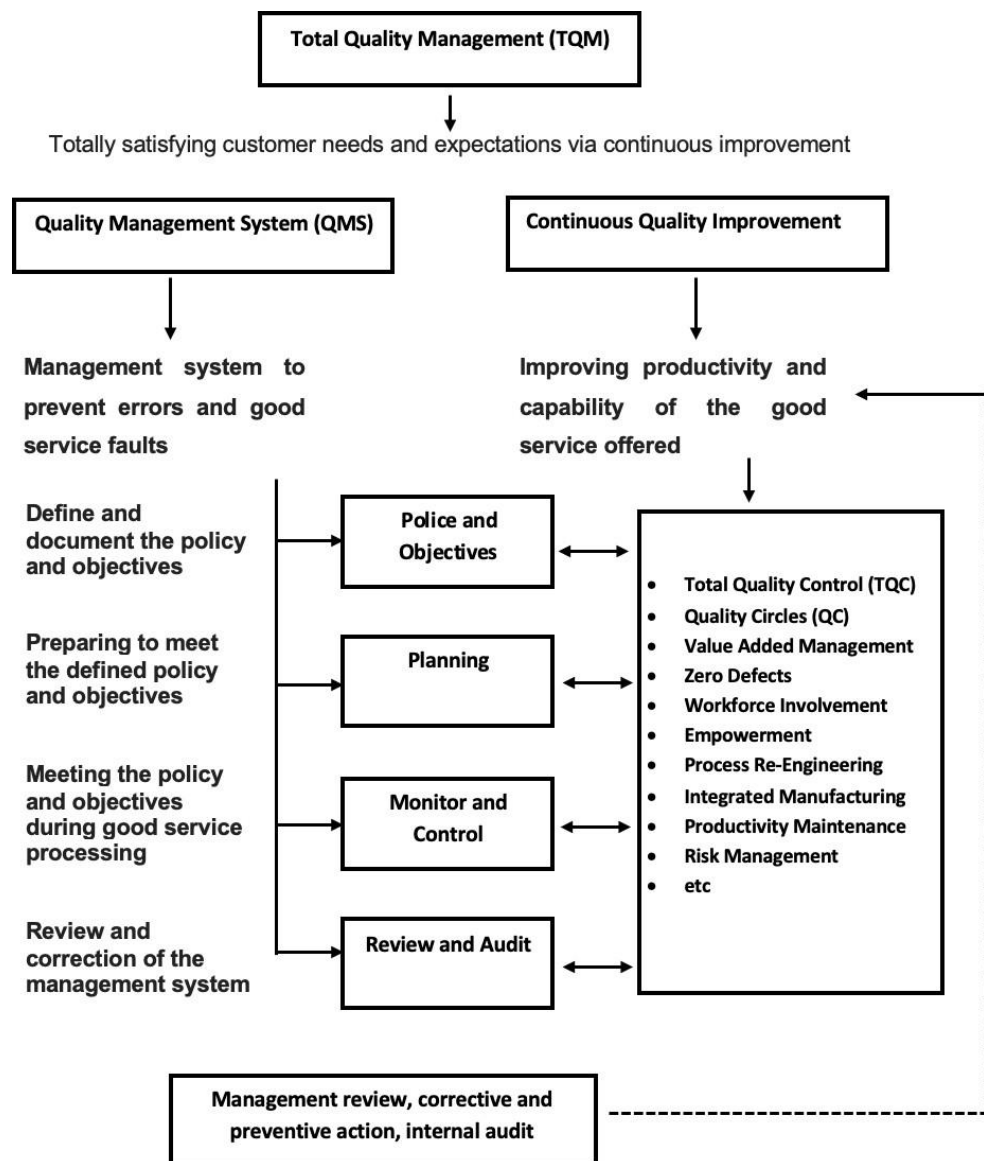
Dalam ISO 8402 (*Quality Vocabulary*), kualitas didefinisikan sebagai totalitas dari karakteristik suatu produk yang menunjang kualitas untuk memuaskan kebutuhan yang dispesifikasikan atau ditetapkan. Kualitas diartikan sebagai kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*) atau konformansi terhadap kebutuhan atau persyaratan (*conformance to the requirements*). Berdasarkan definisi tentang kualitas baik yang konvensional maupun yang lebih strategis, kita boleh menyatakan bahwa pada mengacu pada kualitas mengacu pada pokok berikut:

- a) Kualitas terdiri dari sejumlah keistimewaan produk, baik keistimewaan langsung maupun keistimewaan atraktif yang memenuhi keinginan pelanggan dan dengan demikian memberikan kepuasan atas penggunaan produk itu.
- b) Kualitas terdiri dari segala sesuatu yang bebas dari kerusakan atau kerusakan.

Berdasarkan pengertian dasar tentang kualitas di atas, tampak bahwa kualitas selalu berfokus pada pelanggan (*customer focused quality*). (Vincent Gaspersz;2003; *TQM*,hal-5)

d. Defenisi Manajemen Kualitas (Quality Management) atau Manajemen Kualitas Terpadu

(*Quality Management*) atau Manajemen Kualitas Terpadu (Total Quality Management = TOM) didefinisikan sebagai suatu pendekatan manajemen menyeluruh untuk meningkatkan kinerja perusahaan secara terus-menerus. Tujuan dari pendekatan manajemen ini adalah melakukan perubahan dan peningkatan terus-menerus (*continuous improvement*) secara tetap sehingga menjadi jalan hidup dari setiap anggota organisasi dalam upaya memberikan kepuasan total kepada semua pihak yang terkait dengan perusahaan (stakeholders)-pelanggan, karyawan, pemegang saham, pemasok, mitra bisnis, pemerintah, dan masyarakat. Dengan demikian TQM merupakan pendekatan manajemen sistematis yang berorientasi pada organisasi, pelanggan, dan pasar, melalui kombinasi antara pencairan fakta praktis dan penyelesaian masalah, guna menciptakan peningkatan secara signifikan dalam kualitas, produktivitas, dan kinerja lain dari perusahaan. (Vincent Gasperz;2003;TQM.hal.-266)



Gambar 2. Konsep Total Quality Management

Sistem manajemen kualitas mendefinisikan bagaimana organisasi menerapkan praktek-praktek manajemen kualitas secara konsisten untuk memenuhi kebutuhan pelanggan dan pasar. Ada beberapa faktor umum dari sistem manajemen kualitas: kesempatan

1. Kualitas dapat didefinisikan melalui lima pendekatan utama: (1) *transcendent quality* adalah suatu kondisi ideal menuju keunggulan, (2) *product-based quality* adalah suatu atribut produk yang kualitas, (3) *user-based quality* adalah kesesuaian atau ketepatan dalam penggunaan produk dan / atau jasa), (4) *manufacturing-based quality* adalah kesesuaian terhadap persyaratan-persyaratan standar, dan (5) *value based quality* adalah derajat keunggulan pada tingkat harga kompetitif.
2. Sistem manajemen kualitas berfokus pada konsistensi dari proses kerja. Hal ini sering kali mencakup beberapa tingkat dokumentasi terhadap standar-standar kerja.
3. Sistem manajemen kualitas berlandaskan pada pencegahan kesalahan sehingga bersifat proaktif, bukan pada kesalahan yang bersifat reaktif. Patut diakui pula, bahwa banyak sistem manajemen kualitas tidak akan efektif 100% pada pencegahan sendiri-sendiri, sehingga sistem manajemen kualitas berlandaskan pada tindakan korektif terhadap masalah-masalah yang ditemukan. Dalam dengan hal ini, sistem manajemen kualitas merupakan suatu "closed loop system" yang mencakup deteksi, umpan balik, dan koreksi. Bagaimanapun proporsi terbesar(lebih dari 85%) harus diarahkan pada pencegahan kesalahan sejak tahap awal.

4. Sistem manajemen kualitas mencakup elemen-elemen; tujuan (*objectives*), pelanggan (*customer*), hasil-hasil (*outputs*), proses-proses (*processes*), masukan-masukan (*inputs*) pemasok (*suppliers*), dan pengukuran untuk umpanbalik dan umpanmaju (*measurement for feedback and feedforward*). Dalam akronim bahasa Inggris dapat disingkat menjadi: SIPOCOM-Suppliers, Inputs, Processes, Outputs, Customer, Objectives, and Measurements.

e. Pemikiran Beberapa Pakar Kualitas

1) Dr. W. Edward Deming

Untuk membangun sistem kualitas modern diperlukan transformasi manajemen menuju kondisi perbaikan terus menerus (*continuous improvement*). Transformasi manajemen ini diringkaskan ke dalam 14 butir, yang dikenal sebagai **14 butir prinsip manajemen Deming**, sebagai berikut:

- a) Ciptakan tujuan yang mantap ke arah perbaikan atau produk dan jasa, dengan tujuan menjadi lebih kompetitif dan tetap dalam bisnis serta memberikan lapangan kerja.
- b) Adopsikan cara berpikir (filosofi) yang baru. Kita berada dalam era ekonomi yang baru; Karena itu, diperlukan transformasi manajemen untuk menghadapi tantangan dan memahami tanggung jawabnya serta melakukan kepemimpinan untuk perubahan.

- c) Hentikan ketergantungan pada inspeksi massal untuk mendapatkan kualitas. Hilangkan kebutuhan untuk inspeksi massal dengan cara membangun kualitas ke dalam produk itu sejak awal.
- d) Akhiri praktek bisnis dengan hanya membayar pada harga. Malah, meminimumkan biaya total. Bergeraklah menuju pemasok (*supplier*) tunggal untuk setiap barang (*item*) dengan membina hubungan jangka panjang yang berdasarkan kesetiaan (*loyalty*) dan kepercayaan (*trust*).
- e) Tingkatkan perbaikan secara terus menerus pada sistem produksi dan pelayanan serta meningkatkan kualitas dan produktivitas secara terus menerus akan mengurangi biaya.
- f) Lembagakan pelatihan kerja.
- g) Lembagakan kepemimpinan. Tujuan dari kepemimpinan seharusnya membantu pekerja, mesin, dan instrumentasi ke arah hasil kerja yang lebih baik.
- h) Hilangkan ketakutan, sehingga setiap orang dapat bekerja dengan efektif.
- i) Hilangkan hambatan-hambatan di antara departemen. Orang-orang yang berada dalam Bagian Riset, Desain, Penjualan, dan Produksi harus masuk sebagai satu tim

untuk mengantisipasi masalah-masalah dalam produksi dan penggunaan dari barang dan / atau jasa itu.

- j) Hilangkan slogan-slogan, desakan-desakan, dan target-target kepada pekerja untuk mencapai kerusakan nol (*zero defect*) dan tingkat produktivitas baru yang lebih tinggi.
- k) Hilangkan kuota dan manajemen berdasarkan sasaran. Ganti dengan kepemimpinan
- l) Hilangkan penghalang yang dapat merampok kebanggaan keahlian kerja mereka. Tanggung jawab para pengawas (*supervisors*) harus diganti dari angka-angka produksi ke kualitas produk.
- m) Lembagakan program pendidikan dan pengembangan diri secara serius.
- n) Gerakkan setiap orang dalam perusahaan untuk mencapai transformasi di atas. Transformasi menjadi tugas dan tanggung jawab setiap orang dalam perusahaan itu.

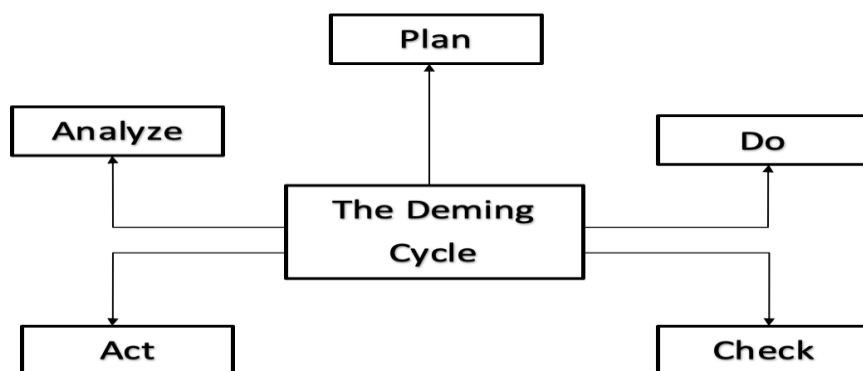
2) Siklus Deming (Deming Cycle)

Siklus Deming ini dikembangkan untuk menghubungkan antara produksi suatu produk dengan kebutuhan pelanggan, dan memfokuskan sumber daya semua departemen (riset, desain,

produksi, pemasaran) dalam suatu usaha kerja sama untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Tahap-tahap dalam siklus Deming terdiri dari :

- a. Mengadakan riset konsumen dan menggunakannya dalam perencanaan produk (plan).
- b. Menghasilkan produk (do).
- c. Memeriksa produk apakah telah dihasilkan sesuai dengan rencana (check).
- d. Memasarkan produk tersebut (act).
- e. Menganalisis bagaimana produk tersebut diterima di pasar dalam hal kualitas, biaya, dan kriteria lainnya (analyze).



Gambar 3. Siklus Deming

3) Dr. Joseph M. Juran

a. Jurans's Ten Steps to Quality Improvement

- a) Membentuk kesadaran terhadap kebutuhan akan perbaikan dan peluang untuk melakukan perbaikan.
- b) Menetapkan tujuan perbaikan.
- c) Mengorganisasikan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
- d) Menyediakan pelatihan.
- e) Melaksanakan proyek-proyek yang ditujukan untuk pemecahan masalah.
- f) Melaporkan perkembangan.
- g) Memberikan penghargaan.
- h) Mengkomunikasikan hasil hasil.
- i) Menyimpan dan mempertahankan hasil yang dicapai
- j) Memelihara momentum dengan melakukan perbaikan dalam sistem reguler perusahaan.

The Juran Trilogy

b. Perencanaan kualitas (Quality Planning)

Meliputi produk, sistem, dan proses yang dibutuhkan untuk memenuhi atau melampaui harapan pelanggan.

Langkah-langkah yang dibutuhkan untuk itu adalah:

- a) menentukan siapa yang menjadi pelanggan.
- b) mengidentifikasi kebutuhan para pelanggan.
- c) mengembangkan produk dengan keistimewaan yang dapat memenuhi kebutuhan pelanggan.

- d) mengembangkan aktual dan proses yang memungkinkan organisasi untuk menghasilkan keistimewaan tersebut.
- e) menyebarkan rencana pada level operasional.

c. Pengendalian kualitas (*Quality Control*)

- a) Menilai kinerja kualitas aktual.
- b) Membandingkan kinerja dengan tujuan.
- c) Bertindak berdasarkan perbedaan antara kinerja dan tujuan.

d. Perbaikan kualitas (*Quality Improvement*)

Perbaikan kualitas harus dilakukan secara *on going* dan terus menerus

langkah-langkah yang dapat dilakukan adalah:

- a) mengembangkan infrastruktur yang diperlukan untuk melakukan perbaikan kualitas setiap tahun.
- b) mengidentifikasi bagian-bagian yang membutuhkan perbaikan dan melakukan proyek perbaikan.
- c) membentuk suatu tim proyek yang bertanggung jawab dalam menyelesaikan setiap proyek perbaikan.
- d) memberikan tim-tim tersebut apa yang mereka butuhkan agar dapat mendiagnosis masalah guna menentukan sumber penyebab utama, memberikan solusi, dan melakukan pengendalian yang akan mempertahankan keuntungan yang diperoleh.

4) Philip B. Crosby

Empat belas langkah untuk perbaikan kualitas menurut Crosby terdiri atas:

- a. Menjelaskan bahwa manajemen bertekad meningkatkan kualitas untuk jangka panjang.
- b. Membentuk tim kualitas antar departemen.
- c. Mengidentifikasi sumber terjadinya masalah saat ini dan masalah potensial.
- d. Menilai gaya kualitas dan menjelaskan bagaimana biaya itu digunakan sebagai alat manajemen.
- e. Meningkatkan kesadaran akan kualitas dan komitmen pribadi pada semua karyawan.
- f. Melakukan tindakan dengan segera untuk memperbaiki masalah-masalah yang telah diidentifikasi.
- g. Mengadakan program Zero defects.
- h. Melatih para penyelia untuk bertanggung jawab dalam program kualitas tersebut.
- i. Mengadakan Zero Defects Day untuk meyakinkan seluruh karyawan agar sadar akan adanya arah baru.
- j. Mendorong individu dan tim untuk membentuk tujuan perbaikan pribadi dan tim.

- k. Mendorong para karyawan untuk mengungkapkan kepada manajemen apa hambatan-hambatan yang mereka hadapi dalam upaya mencapai tujuan kualitas .
- l. Mengakui/menerima para karyawan yang berpartisipasi.
- m. Membentuk dewan kualitas untuk mengembangkan komunikasi secara terus-menerus.
- n. Mengulangi setiap tahap tersebut, karena perbaikan kualitas adalah proses yang tidak pernah berakhir.

f. Manfaat Penerapan TQM

Dr. Edwards W. Deming, seorang guru manajemen kualitas dari Amerika Serikat, mengemukakan suatu reaksi berantai yang dikenal dengan sebagai **Reaksi Rantai Deming (*Deming's chain reaction*)**



Gambar 4. Reaksi Rantai Deming dalam Perbaikan Kualitas

Menurut deming, setiap upaya perbaikan kualitas akan membuat proses dan sistem industri menjadi lebih baik dan lebih baik lagi. produktivitas total industri secara keseluruhan akan meningkatkan karena pemborosan an (waste) dan inefisiensi akan berkurang.

Pelanggan akan memperoleh produk-produk industri yang berkualitas tinggi pada tingkat biaya per unit yang menurun secara terus-menerus. Seseorang yang memperoleh produk berkualitas tinggi pada tingkat harga yang kompetitif akan menceritakan kepada teman-temannya, sehingga permintaan terhadap produk itu akan meningkat.

Hal ini pada akhirnya akan memperluas pasar yang berarti akan meningkatkan pangsa pasar (market share).

Apabila industri tetap dalam bisnis, perbaikan kualitas akan meningkatkan kesempatan kerja, serta meningkatkan pengembalian investasi (return of investment = ROI). Setiap upaya perbaikan kualitas akan menghilangkan atau mengurangi pemborosan yang ada dalam sistem itu, sehingga biaya per unit produk akan berkurang, dengan demikian reduksi biaya produk dapat dilakukan melalui perbaikan kualitas.

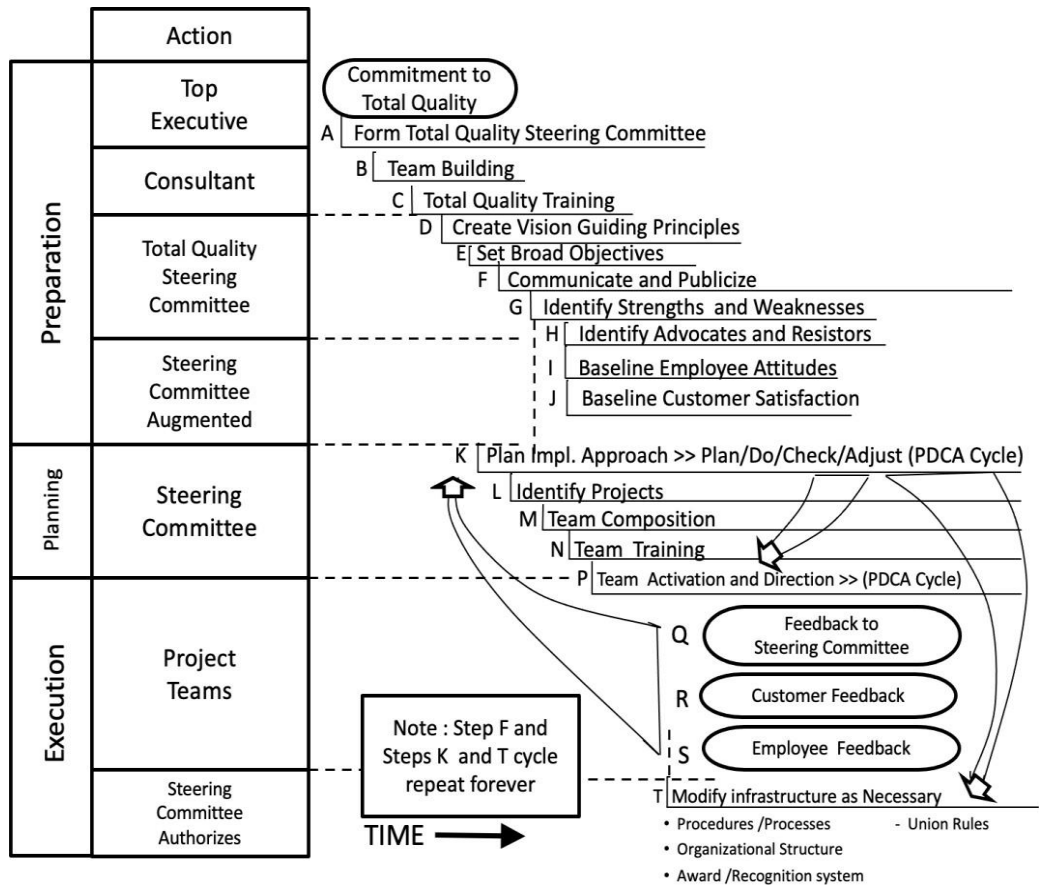
Tujuan reduksi biaya secara terus-menerus adalah untuk mempertahankan harga kompetitif dan margin keuntungan (profit margin) secara bersama sepanjang waktu.

Terdapat perbedaan strategi yang mendasar antara industri tradisional dan Industri Modern dalam melakukan reduksi biaya dalam sistem industri.

Tabel 1. Strategi Reduksi Biaya antara Industri Tradisional dan Modern

Deskripsi	Industri Tradisional (Kelas Lokal)	Industri Modern (kelas Dunia)
Tujuan	Penghematan	Kompetitif/Strategis
Konsep	Bagian dari Harga	keuntungan potensial
Tanggung Jawab	Bagian Keuangan /Akuntansi	semua Karyawan/Pekerja
Waktu	Periodik siklis	Kontinu/Terus-Menerus
Aplikasi	Biaya Tenaga Kerja dan Pengeluaran Lain	Semua Biaya Dalam Sistem Operasi (Desain-Produksi-Pemasaran)
Fokus	Kelebihan diatas Budget/Anggaran	Pemborosan (waste) dan Biaya Kualitas
Pengetahuan Operasi	Rendah	Sangat Tinggi
Kesadaran Akan Kualitas	Rendah	Prioritas Tinggi

g. Fase Implementasi TQM



Gambar 5. Fase Implementasi TQM

Goetsch dan Davis (1994, pp. 584-589) memberikan klasifikasi fase implementasi yang lebih rinci dan sistematis. Fase implementasi TQM dikelompokkan menjadi tiga tahap, yaitu tahap persiapan, tahap perencanaan, dan tahap pelaksanaan. Masing-masing fase terdiri atas beberapa langkah, di mana waktu yang dibutuhkan untuk setiap langkah tergantung pada organisasi yang menerapkannya.

a) Fase Persiapan

Fase ini terdiri atas 10 langkah yang diberi label A sampai J dalam Gambar 12-2. Sebelum langkah pertama dapat dimulai, syarat utama yang harus dipenuhi adalah adanya komitmen penuh dari manajemen puncak atas waktu dan sumber daya yang dibutuhkan.

Langkah A: Membentuk Total-Quality Steering Committee

Eksekutif puncak menunjuk staf terdekat (bawahan bahasa) untuk menjadi anggota dewan pengarah. Ia sendiri menjadi ketuanya. Bila serikat pekerja (SPSI) dilibatkan, pegawai senior SPSI perlu disertakan dalam keanggotaan steering committee.

Langkah B: Membentuk Tim

Steering committee perlu mengadakan suatu sesi untuk membentuk tim sebelum memulai kegiatan TQM. Biasanya langkah ini membutuhkan konsultan dari luar perusahaan. Ada baik bila sesi ini dilakukan di luar lingkungan kerja perusahaan agar dapat memperoleh suasana baru.

Langkah C: Pelatihan TQM

Steering committee membutuhkan pelatihan yang berkaitan dengan filosofi, teknik, dan alat-alat TQM sebelum memulai aktivitas TQM. Biasanya pelatihan ini dilakukan dengan mendatangkan konsultan dari luar perusahaan. Pelatihan ini

harus diteruskan dalam jangka panjang melalui pengembangan diri dan mengikuti seminar- seminar yang relevan.

Langkah D: Menyusun Pernyataan Visi dan Prinsip sebagai Pedoman

Usaha nyata pertama dalam pelaksanaan TQM adalah menyusun pernyataan visi organisasi dan prinsip-prinsip operasi perusahaan. Umumnya eksekutif puncak memprakarsai diskusi dengan memperhatikan pula visi dan prinsip-prinsip anggota komite pengarah. Tujuannya adalah agar dapat menghasilkan dokumen yang singkat dan mencerminkan perusahaan yang mencerminkan harapan dan aspirasi.

Langkah E: Menyusun Tujuan Umum

Steering committee menyusun tujuan umum perusahaan berdasarkan pernyataan visi yang telah ditetapkan. Tujuan ini sendiri terdiri atas tujuan strategis dan tujuan taktis.

Langkah F: Komunikasi dan Publikasi

Eksekutif puncak dan komite pengarah perlu mengkomunikasikan setiap informasi mengenai langkah A-C. Semua orang dalam organisasi harus memahami visi, prinsip-prinsip sebagai baru, tujuan, dan TQM. Mereka juga perlu mengetahui alasan diterapkannya TQM.

Langkah G: Identifikasi Kekuatan dan Kelemahan

Steering committee harus bertindak objektif dan kelemahan organisasi. Informasi ini bermanfaat sebagai implementasi dalam pendekatan terbaik dalam implementasi TQM. Selain itu juga berguna dalam menyiasa kekurangan-kekurangan yang harus diperbaiki.

Langkah H: Identifikasi Pendukung dan Penolak

Langkah ini bisa dilaksanakan secara bersamaan dengan langkah G atau sesudahnya. Komite pengarah perlu mengidentifikasi orang-orang kunci yang mungkin menjadi pendukung TQM dan mereka yang mungkin menolak TQM. Hal ini bermanfaat dalam pemilihan proyek awal dan anggota-anggota tim.

Langkah I: Memperkirakan Sikap Karyawan

Langkah ini juga bisa berbarengan dengan langkah G atau sesudahnya. Dengan bantuan departemen personalia atau konsultan luar, komite pengarah perlu memperkirakan sikap karyawan pada saat ini. Meskipun tersedia alat-alat canggih untuk menentukan sikap, mungkin hanya perlu dilakukan penilaian yang objektif. Bila hal ini telah dilakukan, maka mudah diketahui apakah perubahan TQM berjalan dengan efektif atau tidak.

Langkah J: Mengukur Kepuasan Pelanggan

Langkah ini bisa dilaksanakan berbarengan dengan langkah G atau setelahnya. Panitia pengarah perlu berusaha mendapatkan umpan balik objektif dari para pelanggan untuk meningkatkan kepuasan mereka. Pemilihan pelanggan yang akan dipilih secara acak. Informasi yang berguna sangat berguna dalam menilai usaha TQM dari sisi pandang pelanggan.

b) Fase Perencanaan

Langkah K: Merencanakan Pendekatan Implementasi, kemudian Menggunakan Siklus Plan/Do/Check/Adjust

Langkah ini dapat dimulai berbarengan dengan langkah G atau sesudahnya. Pada langkah ini steering committee merencanakan implementasi TQM. Langkah ini bersifat terus-menerus, karena pada saat proyek berlangsung, informasi-informasi umpan balik akan dikembalikan pada langkah ini untuk melakukan perbaikan, dan sebagainya. Selain itu, langkah ini akan berguna dalam penyusunan proyek dan tim baru. Dalam langkah ini setiap proses dikelola, tidak hanya pada tahap implementasi, tetapi selama proses tersebut ada.

Langkah L: Identifikasi Proyek

Steering committee bertanggung jawab untuk memilih proyek awal TQM, yang didasarkan pada kekuatan dan kelemahan perusahaan, personil yang terlibat, visi dan tujuan, dan

kemungkinan suksesnya. Proyek awal harus berhasil agar dapat memberikan dasar pengalaman positif untuk beralih ke tantangan berikutnya yang jauh lebih berat. *Steering committee* harus terbuka bagi saran-saran dari segala sumber.

Langkah M: Komposisi Tim

Setelah proyek-proyek terpilih, *Steering committee* membentuk komposisi tim-tim yang akan melaksanakannya. Sebagian besar tim bersifat I fungsional silang (*cross-functional*) yang terdiri dari wakil-wakil dari berbagai departemen atau disiplin ilmu, sesuai dengan proyek yang mendukung.

Langkah N: Pelatihan Tim

Sebelum tim baru terbentuk menjalankan tugasnya, mereka harus dilatih terlebih dahulu. Pelatihan yang diberikan harus mencakup dasar-dasar TQM dan alat-alat yang sesuai dengan proyek yang ditangani.

c) Fase Pelaksanaan

Langkah P: Penggiatan Tim

Steering committee memberikan bimbingan kepada setiap tim dan mengaktifkan mereka. Masing-masing tim mengerjakan proyek-proyeknya dengan menggunakan teknik-teknik TQM yang telah mereka buat. Mereka menggunakan siklus Plan/Do/Check/Adjust sebagai model proses TQM.

Langkah Q: Umpan Balik kepada Steering Committee

Dalam langkah ini, tim proyek memberikan informasi umpan balik kepada panitia pengarah mengenai kemajuan dan hasil yang dicapai. Umpan balik tersebut akan digunakan Steering committee untuk menentukan apakah perlu dilakukan atau perubahan. Setiap perubahan yang diinginkan disampaikan kepada tim proyek yang akan melaksanakan instruksi-instruksi baru tersebut. Baik tim maupun steering committee menggunakan siklus Plan/Do/Check/Adjust.

Langkah R: Umpan Balik dari Pelanggan

Tim proyek khusus disembarkan untuk mengumpulkan informasi umpan balik dari pelanggan, baik pelanggan eksternal maupun internal. Survei pelanggan formal eksternal perlu dilaksanakan setiap tahun. Data yang diperoleh beserta data lainnya mengenai kepuasan pelanggan (hasil penjualan, garansi data, masukan layanan pelanggan, data dari kunjungan pelanggan, dan lain-lain) dikumpulkan dan ditempatkan secara berkesinambungan.

Kepuasan pelanggan internal terhadap suatu proses juga perlu dipantau terus. Hal ini bisa dilaksanakan oleh tim proyek yang menjalankan proses yang ditangani. Setiap informasi ini diumpanbalikkan kepada steering committee secara reguler.

Langkah S: Umpan Balik dari Karyawan

Tim proyek khusus lainnya secara periodik, sikap dan kepuasan karyawan. Hal ini dapat dijalankan dengan mengadakan survai formal setiap tahun. Steering committee dan manajer lainnya yang perlu berhubungan dekat dengan karyawan sehingga dapat memperoleh informasi yang akurat mengenai sikap dan kepuasan mereka. Informasi ini juga diperlukan oleh komite pengarah untuk kemajuan yang dicapai dan menentukan tindakan perbaikan yang diperlukan.

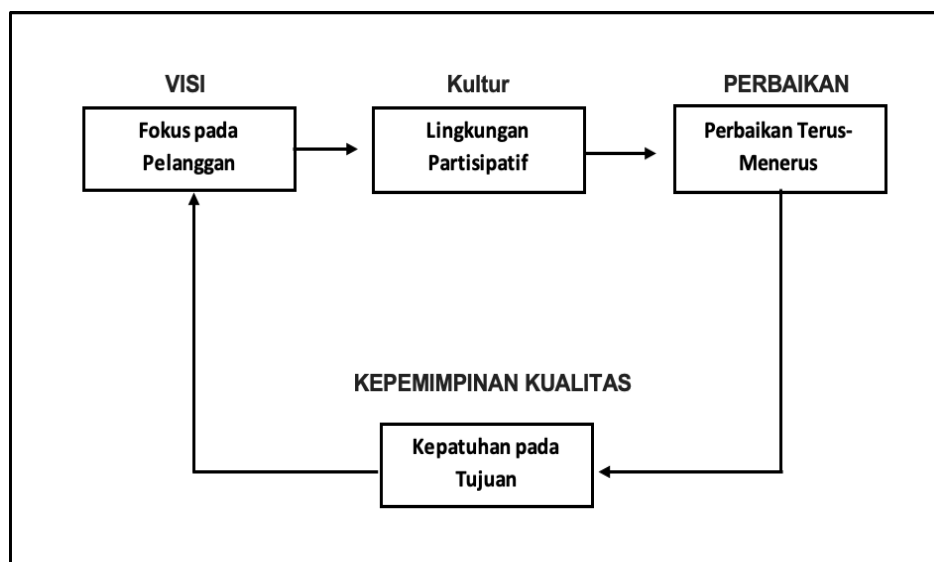
Langkah T: Memodifikasi Infrastruktur

Umpan balik yang diperoleh dari langkah Q, R, dan S (dari tim proyek, pelanggan, dan karyawan) akan dijadikan dasar oleh komite pengarah untuk melakukan perubahan yang diperlukan dalam infrastruktur perusahaan, misalnya pada prosedur dan proses, struktur organisasi, program pengakuan dan penghargaan prestasi, dan lain-lain.

h. Penerapan TQM pada Industri Jasa Kesehatan

Salah satu organisasi pelayanan kesehatan yang dapat dijadikan contoh dalam penerapan manajemen kualitas pelayanan kesehatan total adalah Pusat Kesehatan St. Mary, selanjutnya disebut sebagai SMMC (St. Mary's Medical Center), yang berlokasi di Knoxville, Tennessee, Amerika Serikat.

Sistem manajemen kualitas pelayanan kesehatan total yang diterapkan di SMMC disebut sebagai: St Mary's Continuous Quality Improvement (CQI). SMMC didirikan pada tahun 1929 sebagai organisasi nirlaba. Pada tahun 1994, SMMC merupakan satu dari empat pusat pelayanan kesehatan ter- besar di Tennessee, Amerika Serikat. SMMC memiliki fasilitas 531 tempat tidur, karyawan sebanyak 2000 orang, dokter sebanyak 500 orang yang berasal dari ber- bagai disiplin keahlian seperti: umum, patologi, radiologi, bedah, anestesi, kebidanan, dll. Penerimaan total SMMC dari pasien pada tahun 1993 sekitar US\$ 229 juta.



Gambar 6. Strategi Pengembangan Manajemen Kualitas Pelayanan pada SMMC

Dari gambar 6 Tampak bahwa komitmen dari pemimpin eksekutif berupa kepatuhan pada visi SMMC adalah sangat

penting dalam keberhasilan penerapan sistem perbaikan kualitas pelayanan kesehatan total terus-menerus pada SMMC. Sistem perbaikan kualitas SMMC dikendalikan melalui Visi dan kepemimpinan kualitas dari para eksekutif SMMC.

Terdapat tujuh konsep dasar dan sepuluh prinsip kualitas sebagai petunjuk bagi manajemen SMMC dalam mengembangkan manajemen kualitas pelayanan Kesehatan, yaitu:

- a) ***Kualitas dimulai dari atas.*** Manajemen puncak SMMC mendukung perbaikan kualitas pelayanan kesehatan sebagai tugas yang memperoleh prioritas utama serta memberikan dorongan dan arahan yang diperlukan untuk mengendalikan dan mempertahankan operasi dari sistem SMMC.
- b) ***Karyawan harus dilibatkan.*** Keberhasilan perbaikan kualitas pelayanan kesehatan terus- menerus harus melibatkan semua orang yang berada dalam sistem SMMC, Partisipasi semua orang akan menjadi kunci dalam perbaikan kualitas terus menerus dari SMMC.
- c) ***Kualitas merupakan proses yang tiada akhir.*** Keberhasilan perbaikan kualitas layanan kesehatan bukan merupakan usaha jangka pendek, tetapi merupakan usaha terus-menerus serta menjadi bagian integral dari filosofi dan kultur operasi organisasi SMMC. Hal itu berarti pada sistem SMMC, harus dilakukan

evaluasi terus menerus oleh setiap orang yang berkaitan dengan setiap pekerjaan, setiap, dan setiap pelayanan kesehatan, agar dapat ditingkatkan performansinya.

- d) ***Lini bawah adalah kepuasan pelanggan (the bottom, line is costumer satrification).*** Memuaskan pelanggan dengan kualitas dan reliabilitas pada tarif pelayanan kesehatan yang rasional merupakan satu-satunya cara SMMC untuk tetap berkompetisi setelah berkembang dalam bisnis pelayanan kesehatan.
- e) ***Kualitas diterapkan pada semua fungsi, termasuk administrasi.*** Perbaikan kualitas pelayanan kesehatan bukan merupakan suatu proses yang hanya berfungsi pada operasi, tetapi harus berfungsi pada semua lini, termasuk pada fungsi administrasi untuk mendukung sistem kualitas pelayanan kesehatan SMMC.
- f) ***Kualitas akan perbaikan biaya.*** Penghematan biaya dengan menghilangkan pemborosan (limbah) dan kualitas pelayanan yang buruk, akan menurunkan biaya pelayanan kesehatan pada SMMC. Memenuhi kebutuhan pelanggan dan selalu mengerjakan sesuatu yang benar-benar tepat sejak awal, akan selalu menjaga biaya pelayanan kesehatan pada SMMC.

g) **Keterlibatan adalah sangat penting.** Kualitas pelayanan kesehatan tergantung pada kualitas peralatan medik dan bahan-bahan pendukung, termasuk tenaga-tenaga pembantu seperti: perawat, teknisi laboratorium, staf, dll. Kualitas pelayanan kesehatan pada SMMC harus mencakup kualitas pemasok yang berada di luar organisasi SMMC, agar pengendalian kualitas dapat dilakukan segera guna meningkatkan pelayanan total.

Sepuluh prinsip kualitas sebagai petunjuk bagi semua orang SMMC adalah:

- 1) Kualitas pelayanan kesehatan terhadap pasien SMMC merupakan fokus dari setiap orang yang berada dalam SMMC.
- 2) Perbaikan kualitas pelayanan kesehatan terus-menerus merupakan hal yang teramat penting bagi kesuksesan SMMC.
- 3) Komitmen, interaksi, dan dukungan dari manajemen SMMC merupakan hal yang sangat penting.
- 4) Kerja sama dan interaksi semua orang merupakan landasan usaha perbaikan kualitas pelayanan kesehatan terus-menerus pada SMMC.

- 5) Ide-ide terbaik untuk perbaikan kualitas pelayanan kesehatan pada SMMC datang dari mereka yang terlibat langsung dalam pekerjaan.
- 6) Setiap orang yang ingin mengerjakan yang terbaik, tetapi sistem kerja SMMC serine kali membuat kesulitan atau kegagalan dalam mengerjakan sesuatu.
- 7) Dokter, perawat, karyawan, dan pemasok merupakan mitra kerja SMMC dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terus menerus.
- 8) Semua orang yang terlibat dalam sistem SMMC harus memperlakukan satu sama lain secara adil, saling percaya, dan saling hormat.
- 9) Kesalahan risiko dan belajar dari kesalahan-kesalahan kesalahan kesalahan kesalahan dalam perbaikan kualitas pelayanan kesehatan terus-terus menerus pada SMMC.
- 10) Masalah-masalah identitas agar menemukan penyelesaian dan perbaikan sistem kualitas SMMC, bukan kesalahan dan memalukan orang.

Langkah 1: Identifikasi Proyek		Langkah 2: Analisis situasi sekarang	
<ul style="list-style-type: none"> > Apa area kesempatan untuk perbaikan kualitas? > Apa pernyataan proyek perbaikan kualitas? > Mengapa proyek dianggap penting? > Siapa yang menjadi pelanggan internal dan eksternal? > Siapa yang akan memperoleh manfaat dari perbaikan kualitas? 		<ul style="list-style-type: none"> > Apakah ada diagram alir dari proses pelayanan kesehatan? > Apa yang menjadi batas-batas dari proyek perbaikan kualitas? > Apakah batas-batas dari diagram alir proses sesuai dengan pernyataan proyek? > Apa yang menjadi indikator kualitas kunci untuk proses? > Apakah ada diagram sebab-akibat untuk menganalisis proses? 	
Pembentukan Team		Langkah 3: Memahami Masalah	
<ul style="list-style-type: none"> > Apa nama dari team proyek perbaikan kualitas? > Siapa yang menjadi anggota team? > Siapa yang menjadi pemimpin team? > Apa pernyataan misi dari proyek? 		<ul style="list-style-type: none"> > Apa penyebab yang mungkin dari kegagalan sistem? > Apakah penyebab itu dikaji berdasarkan data? > Apakah data rencana pengumpulan data? Bagaimana data itu dikumpulkan? Siapa yang mengumpulkan data? > Apa jenis data yang dikumpulkan? > Apa penyebab utama yang memberikan dampak terbesar pada proses pelayanan kesehatan? 	
Langkah 4: Seleksi Solusi		Plan (P)	Do (D)
<ul style="list-style-type: none"> > Apakah ada solusi potensial terhadap kegagalan proses? > Bagaimana team memilih solusi untuk perbaikan? > Apakah ada data atau bukti lain yang mendukung pemilihan solusi? > Apakah team memutuskan memilih solusi berdasarkan siklus PDSA? 	<ul style="list-style-type: none"> > Apa rencana team untuk menetapkan contoh perbaikan? > Apakah rencana itu memberikan indikasi berupa: > Bagaimana sekuens perbaikan? > Siapa yang akan membuat perbaikan? > Siapa yang akan mempengaruhi perbaikan? > Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk perbaikan? > Bagaimana memantau efektivitas perbaikan? > Siapa yang akan dilatih berkaitan dengan perbaikan? 	<ul style="list-style-type: none"> > Bagaimana melaksanakan rencana proyek contoh perbaikan itu? > Apakah contoh perbaikan itu dipantau? > Siapa yang dilatih berkaitan dengan perbaikan itu? > Bilamana contoh perbaikan itu dimulai? > Berapa lama proyek contoh perbaikan itu akan berlangsung? 	
Study (S)		Study (A)	
<ul style="list-style-type: none"> > Apakah team memutuskan bahwa contoh perbaikan efektif? > Apakah data yang dikumpulkan mampu menentukan perbaikan? > Apakah team memutuskan untuk melanjutkan perbaikan? 		<ul style="list-style-type: none"> > Apakah ada data yang dikumpulkan selama melaksanakan contoh perbaikan? > Apakah team puas bahwa contoh perbaikan itu dapat dilanjutkan? > Bagaimana data itu berubah dibandingkan dari apa yang dikumpulkan selama melaksanakan Langkah 3? > Apakah ada rencana melanjutkan pengumpulan data berkaitan dengan perbaikan itu? 	
Langkah 5: Hasil-hasil		Langkah 6: Standardisasi	Langkah 7: Rencana akan datang
<ul style="list-style-type: none"> > Apakah proyek contoh perbaikan memberikan hasil efektif? > Apakah sesuai dengan target perbaikan? > Apakah team mengidentifikasi kesempatan lain untuk perbaikan? > Apakah team memutuskan kesempatan perbaikan tambahan itu menggunakan siklus PDSA? > Apakah team memutuskan melanjutkan perbaikan? 	<ul style="list-style-type: none"> > Apakah team mempunyai rencana implementasi perbaikan itu pada tempat lain? > Apakah team mempunyai rencana menstandarisasi proses menggunakan contoh perbaikan itu? > Apakah ada diagram alir yang menggambarkan proses baru? > Apakah team belajar dari usaha-usaha perbaikan itu? 	<ul style="list-style-type: none"> > Apakah team memiliki kesempatan untuk perbaikan kualitas? > Apa yang menjadi rencana team dimasa mendatang berkaitan dengan perbaikan kualitas pelayanan total terus-menerus 	

Gambar 7. Storyboard Perbaikan Kualitas Pelayanan Kesehatan pada SMMC

i. Kualitas Layanan

Di banyak industri jasa, konsep kualitas layanan meningkat dari hari ke hari dan menjadi topik yang paling baru mulai dalam literatur pemasaran layanan. Harapan konsumen dan fitur pasti

kualitas layanan seperti hal yang tidak dapat diraba, heterogenitas, tak dapat dipisahkan dan mudah rusak membuat kualitas layanan lebih sulit untuk dijelaskan dan untuk diukur tidak seperti kualitas produk (Parasuraman et al., 1985 dan Zeithaml et al., 2006). Oleh karenanya, peneliti yang berbeda-beda memandang kualitas layanan dengan cara yang berbeda;

- a) Kualitas layanan sebagai kemampuan organisasi untuk menghadapi harapan pelanggan maka kualitas layanan merupakan perbedaan antara harapan pelanggan dan persepsi pelanggan mengenai layanan yang diberikan kepada mereka (Gronroos, 1984; Parasuraman et al., 1985).
- b) Kualitas layanan didasarkan pada penilaian pelanggan bahwa bagaimana layanan memenuhi atau melebihi harapan mereka (Zeithaml et al., 1990).

Skala SERVQUAL dan skala *Service Quality Gap Model* yang diajukan oleh Parasuraman dkk (1985, 1988) yang saat ini merupakan instrument untuk mengukur kualitas layanan yang paling luas diterima (Sohail, 2003 dan Ladhari, 2008).

Skala ini mencakup 22 hal bersama dengan lima dimensi yang dinamakan *tangibles*, *assurance*, *reliability*, *empathy* dan *responsiveness*. Lima dimensi SERVQUAL yaitu;

- a) *Tangibles*:perlengkapan dan fasilitas fisik, penampilan personal.

- b) *Reliability*:kemampuan untuk melakukan layanan yang dijanjikan, dapat diandalkan dan akurat.
- c) *Responsiveness*:kesediaan dan kesiapan untuk membantu pelanggan dan memberikan layanan yang cepat.
- d) *Assurance*:kesopanan dan pengetahuan karyawan dan kemampuan mereka untuk membangkitkan kepercayaan dan keyakinan.
- e) *Empathy*:memberikan layanan dan perhatian individual kepada pelanggan.

Model kualitas layanan didasarkan pada teori Konfirmasi Harapan yang menawarkan konseptualisasi kepuasan pelanggan (Barsky, 1992). Teori tersebut diajukan oleh Oliver, (1980) untuk mempelajari kepuasan konsumen yang dihasilkan dari pencocokan persepsi dan harapan pelanggan.

Perspektif TQM terhadap kepuasan pelanggan pada hakekatnya adalah bahwa pelanggan merupakan penilai terakhir dari kualitas sehingga prioritas utama dalam jaminan kualitas adalah memiliki piranti yang handal dan shahih mengenai penilaian konsumen terhadap perusahaan. Untuk itu diperlukan kerangka dalam manajemen kualitas yang didasarkan pada dua alasan pokok, yaitu:

- a) Orientasi pemasaran

Perusahaan berusaha memenuhi semaksimal mungkin kebutuhan dan persyaratan yang ditetapkan pelanggan. Disamping itu

perusahaan juga berupaya meningkatkan pangsa pasar efisiensi sertaproduktivitas.

Orientasi internal perusahaan perusahaan berusaha menghindari losses,spills dan scrap. Selain itu juga diusahakan adanya maksimalisasi usaha karyawan, penghematan energi sumber daya manusia, dan pengidentifikasian peluang pemecahan masalah betapapun kecilnya.



Gambar 8. Kerangka Perpaduan Kualitas (Lawrence Crosby;1993)

Model ini terdiri atas dua piramida. bagian atas piramida berwujud teori tentang bagaimana pelanggan menilai perusahaan, Yang menggambarkan 'Perceived Quality' eksternal. Sedangkan bagian bawah merupakan hierarki dari unsur organisasi itu sendiri, yang merupakan

kualitas internal. kedua piramida tersebut harus diperlukan sehingga tercipta kualitas menyeluruh.

Kualitas dan kepuasan pelanggan berkaitan sangat erat. kualitas Memberikan suatu dorongan kepada pelanggan untuk menjalin ikatan yang kuat dengan perusahaan. Dalam jangka panjang ikatan seperti ini memungkinkan perusahaan untuk memahami dengan seksama harapan pelanggan serta kebutuhan mereka. dengan demikian perusahaan dapat meningkatkan kepuasan pelanggan dimana perusahaan memaksimalkan pengalaman pelanggan yang menyenangkan dan meminimumkan atau meniadakan pengalaman pelanggan yang kurang menyenangkan. Pada gilirannya kepuasan pelanggan dapat menciptakan kesetiaan atau loyalitas pelanggan kepada Perusahaan yang memberikan kualitas memuaskan.

B. TINJAUAN UMUM TENTANG RUMAH SAKIT

a. Pengertian Rumah Sakit

Menurut WHO (World Health Organization), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Berdasarkan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat

b. Tugas Rumah Sakit

Berdasarkan UU RI nomor 44 tahun 2009 pasal 3 tentang rumah sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

c. Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan UU RI nomor 44 tahun 2009, rumah sakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna.
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

d. Jenis-jenis rumah sakit

a. Rumah sakit umum

Melayani hampir seluruh penyakit umum, dan biasanya memiliki institusi perawatan darurat yang siaga 24 jam (ruang gawat darurat) untuk mengatasi bahaya dalam waktu secepatnya dan memberikan pertolongan pertama. Rumah sakit umum biasanya merupakan fasilitas yang mudah ditemui di suatu negara, dengan kapasitas rawat inap sangat besar untuk perawatan intensif ataupun jangka panjang. Rumah sakit jenis ini juga dilengkapi dengan fasilitas bedah, bedah plastik, ruang bersalin, laboratorium, dan sebagainya. Tetapi kelengkapan fasilitas ini bisa saja bervariasi sesuai kemampuan penyelenggaranya. Rumah sakit yang sangat besar sering disebut Medical Center (pusat kesehatan), biasanya melayani seluruh pengobatan modern.

Sebagian besar rumah sakit di Indonesia juga membuka pelayanan kesehatan tanpa menginap (rawat jalan) bagi masyarakat umum (klinik). Biasanya terdapat beberapa klinik/poliklinik di dalam suatu rumah sakit.

b. Rumah sakit terspesialisasi

Jenis ini mencakup trauma center, rumah sakit anak, rumah sakit manula, atau rumah sakit yang melayani kepentingan khusus seperti psychiatric (psychiatric hospital),

penyakit pernapasan, dan lain-lain. Rumah sakit ini bisa terdiri atas gabungan atau pun hanya satu bangunan.

c. Rumah sakit penelitian/pendidikan

Rumah sakit penelitian/pendidikan adalah rumah sakit umum yang terkait dengan kegiatan penelitian dan pendidikan di fakultas kedokteran pada suatu universitas/lembaga pendidikan tinggi. Biasanya rumah sakit ini dipakai untuk pelatihan dokter-dokter muda, uji coba berbagai macam obat baru atau teknik pengobatan baru. Rumah sakit ini diselenggarakan oleh pihak universitas/perguruan tinggi sebagai salah satu wujud pengabdian masyarakat / Tri Dharma perguruan tinggi.

d. Rumah sakit lembaga/perusahaan

Rumah sakit yang didirikan oleh suatu lembaga/perusahaan untuk melayani pasien-pasien yang merupakan anggota lembaga tersebut/karyawan perusahaan tersebut. Alasan pendirian bisa karena penyakit yang berkaitan dengan kegiatan lembaga tersebut (misalnya rumah sakit militer, lapangan udara), bentuk jaminan sosial/pengobatan gratis bagi karyawan, atau karena letak/lokasi perusahaan yang terpencil/jauh dari rumah sakit umum. Biasanya rumah sakit lembaga/perusahaan di Indonesia juga menerima pasien

umum dan menyediakan ruang gawat darurat untuk masyarakat umum.

e. Klinik

Fasilitas medis yang lebih kecil yang hanya melayani keluhan tertentu. Biasanya dijalankan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat atau dokter-dokter yang ingin menjalankan praktek pribadi. Klinik biasanya hanya menerima rawat jalan. Bentuknya bisa pula berupa kumpulan klinik yang disebut poliklinik. Sebuah klinik (atau rawat jalan klinik atau klinik perawatan rawat jalan) adalah fasilitas perawatan kesehatan yang dikhususkan untuk perawatan pasien rawat jalan. Klinik dapat dioperasikan, dikelola dan didanai secara pribadi atau publik, dan biasanya meliputi perawatan kesehatan primer kebutuhan populasi di masyarakat lokal, berbeda dengan rumah sakit yang lebih besar yang menawarkan perawatan khusus dan melayani pasien rawat inap

e. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 56 tahun 2014 ada dua macam rumah sakit :

- 1) Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
- 2) Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya
- 3) Rumah Sakit Umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan (Listiyono, 2015).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 2019 berdasarkan kelasnya rumah sakit umum dikategorikan ke dalam 4 kelas mulai dari A,B,C,D. Dimana untuk yang membedakan keempat kelas tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Bangunan dan prasarana
- b. Kemampuan pelayanan
- c. Sumber daya manusia

d. peralatan

1) Rumah sakit Tipe A

Rumah sakit tipe A merupakan rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis secara luas. Rumah sakit umum tipe A sekurang-kurangnya terdapat 4 pelayanan medik spesialis dasar yang terdiri dari: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah dan obstetri dan ginekologi. 5 spesialis penunjang medik yaitu: pelayanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik, patologi klinik dan patologi anatomi. 12 spesialis lain yaitu: mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedic, urologi, bedah syaraf, bedah plastic dan kedokteran forensik dan 13 subspesialis yaitu: bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, obstetric dan ginekologi, mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, jiwa, paru, onthopedi dan gigi mulut.

2) Rumah Sakit tipe B

Rumah sakit tipe B adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis luas dan subspecialis terbatas. Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar yaitu: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetric dan ginekologi. 4 spesialis penunjang medik: pelayanan anastesiologi, radiologi, rehabilitasi medik dan patologi klinik

Dan sekurang-kurangnya 8 dari 13 pelayanan spesialin lain yaitu: mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedic, urologi, bedah syaraf, bedah plastik dan kedokteran forensik: mata, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, urologi dan kedokteran forensic. Pelayanan medik subspecialis 2 dari 4 subspecialis dasar yang meliputi: bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, obstetric dan ginekolog.

3) Rumah Sakit Tipe C

Rumah sakit tipe C adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetri, dan ginekologi dan 4 spesialis penunjang medik: pelayanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik dan patologi klinik

4) Rumah Sakit Tipe D

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 dari 4 spesialis dasar yaitu: pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetric dan ginekologi

f. Indikator Pelayanan Rumah Sakit

(Satrianegara, 2014), mutu pelayanan kesehatan dapat dikaji antara lain berdasarkan tingkat pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan oleh masyarakat dan tingkat efisiensi institusi sarana kesehatan. Beberapa indikator mutu pelayanan di rumah sakit antara lain :

1. *Bed Occupancy Rate* (BOR) adalah angka penggunaan tempat tidur. *Bed Occupancy Rate* (BOR) digunakan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Angka *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang rendah menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas perawatan rumah sakit oleh masyarakat. Angka *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang tinggi (lebih dari 85%) menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang tinggi sehingga perlu pengembangan rumah sakit atau penambahan tempat tidur

2. *Average Length of Stay (AvLOS)* adalah rata-rata lamanya pasien dirawat. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai AVLOS yang ideal antara 6-9 hari
3. *Bed Turn Over (BTO)* adalah angka perputaran tempat tidur atau frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, beberapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali
4. *Turn Over Interval (TOI)* adalah tenggang perputaran atau rata-rata hari yakni tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi hingga saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

C. KERANGKA TEORI

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Muhammad dan Mann bekerjasama dengan NIST (2010), ada 95 negara didunia yang telah menyelenggarakan award “ekselen” bagi organisasi-organisasi yang memiliki kinerja luar biasa. Dari 95 negara tersebut, model penilaian yang digunakan bermacam-macam, sebagian mengadopsi dari kriteria Baldrige, *EFQM*, *Deming Prize*, dan ada pula negara yang menyusun kerangka kerjanya sendiri.

Beberapa contoh model yang digunakan untuk penilaian *award* kinerja organisasi di beberapa negara bisa dilihat pada tabel 3 berikut ini:

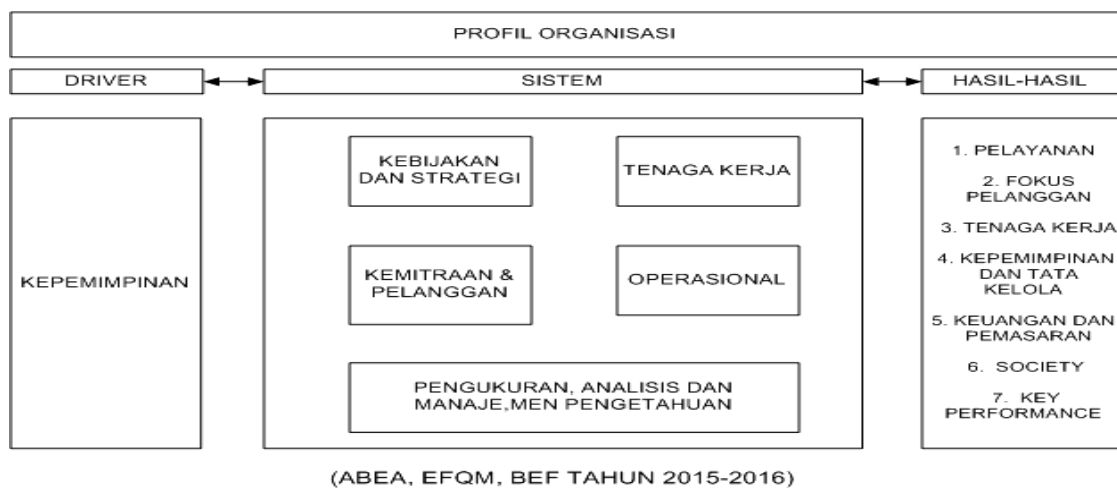
Tabel 2. Model Penilaian Award Kinerja Organisasi di Beberapa Negara

No	Negara	Nama Award	Model yang Digunakan	Elemen Penilaian
1	Australia	<i>Australian Business Excellence Award</i>	Model Nasional (Unik)	Kepemimpinan, Pelanggan dan pemangku kepentingan lain, Strategi dan perencanaan, Tenaga kerja, Manajemen proses-perbaikan dan inovasi, Informasi dan pengetahuan, Hasil dan kinerja Berkelanjutan

2	Jepang	<i>Japan Quality Award</i>	Model Nasional (Dikembangkan dari <i>MBNQA</i>)	Visi Manajemen dan kepemimpinan, Pemahaman dan interaksi dengan pelanggan dan pasar, Pemetaan dan pelaksanaan strategi, Pengembangan SDM dan lingkungan untuk pembelajaran,
3	Singapura	<i>Singapore Quality Award</i>	Model Nasional (Dikembangkan dari <i>MBNQA</i> dan <i>EFQM Excellence Model</i>)	Kepemimpinan, Perencanaan, Informasi, SDM, Proses, Pelanggan, Hasil
4	Thailand	<i>Thailand Quality Award</i>	<i>Baldrige Kriteria for Performance Excellence</i>	Kepemimpinan, Perencanaan strategis, Fokus pelanggan dan pasar, Pengukuran-Analisis-dan Manajemen Pengetahuan, Fokus SDM, Manajemen proses, Hasil Bisnis
5	Indonesia	<i>Indonesian Quality Award</i>	<i>Baldrige Kriteria for Performance Excellence</i>	Kepemimpinan, Perencanaan strategis, Fokus pelanggan dan pasar, Pengukuran-Analisis-dan Manajemen Pengetahuan, Fokus SDM, Manajemen proses, Hasil Bisnis

Sumber : NIST, 2015

Kerangka teori dari penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 9. Kerangka teori penelitian

D. KERANGKA KONSEP

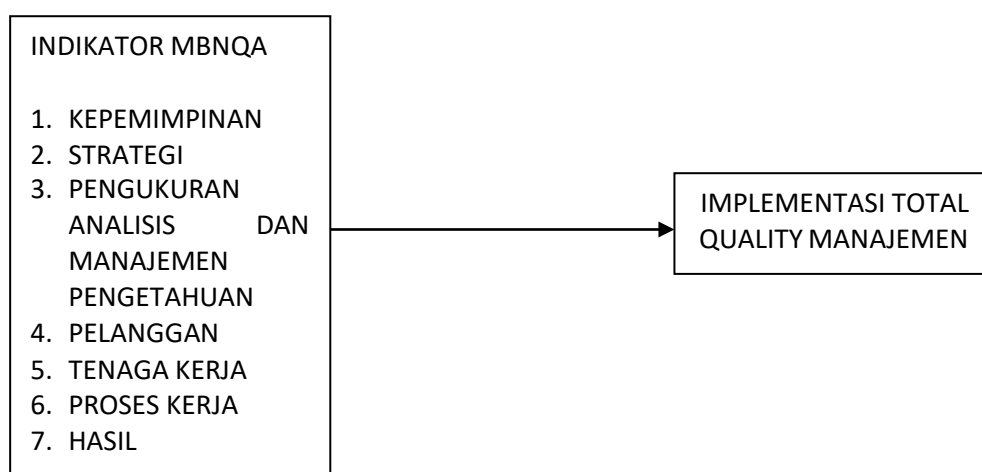
Gambaran mutu sebuah organisasi ditentukan oleh banyak factor, hal ini juga terjadi pada rumah sakit sebagai sebuah bentuk organisasi pelayanan kesehatan. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan pendekatan berdasarkan *Baldrige Excellence Framework* tahun 2015-2016 untuk dapat melihat kinerja organisasi pelayanan kesehatan.

Profil rumah sakit merupakan gambaran organisasi secara umum yang menggambarkan tentang status organisasi, tentang bisnis mereka, landasan hukum, pesaing atau kompetitor mereka, serta visi dan misi. Profil ini mencerminkan kegiatan rumah sakit secara umum yang nantinya mempengaruhi kinerja organisasi. Rumah sakit dalam mencapai kinerja *excellence* perlu mendiagnosa kriteria *Baldrige* yang

terdiri dari tujuh (7) kategori meliputi : (1) *Leadership*; (2) *Strategy*; (3) *Customers*; (4) *Measurement, Analysis and Knowledge*; (5) *Workforce*; (6) *Operation*; dan (7) *RESULTS*.

Skor pencapaian Kriteria *Baldrige* berkisar dari 0 sampai dengan 1000. Kriteria *Baldrige* mengklasifikasikan sebuah perusahaan berdasarkan total skor yang diperoleh: *Early Development* (0-250), *Early Result* (251-350), *Early Improvement* (351-450), *Good Performance* (451-550), *Emerging Industry Leader* (551-650), *Industry Leader* (651-750), *Benchmark Leader* (751-875), dan *World Leader* (876-1000). Rumah sakit selanjutnya harus melakukan manajemen mutu terpadu secara berkelanjutan agar pencapaian hasil kinerja saat ini dapat ditingkatkan, sehingga rumah sakit dapat meningkatkan produktivitas dan daya saingnya.

Berdasarkan Uraian di atas, maka kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada gambar 5 berikut ini



Gambar 10. Kerangka Konsep Penelitian

E. DEFINISI OPERASIONAL

Tabel 3. Definisi Operasional dan Variabel Penelitian

No	Variabel	Defenisi Teori	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil	Skala
1	Kepemimpinan	<p>“Kepemimpinan adalah suatu proses kegiatan seseorang untuk menggerakkan orang lain dengan memimpin, membimbing, memengaruhi orang lain, untuk melakukan sesuatu agar dicapai hasil yang diharapkan” Sutrisno (2014 : 213)</p>	<p>Kriteria yang menilai bagaimana tindakan pribadi atasan langsung dalam memandu dan mempertahankan keberlanjutan rumah sakit, tata kelola rumah sakit, upaya untuk memenuhi hukum serta etika, dan melaksanakan tanggung jawab kemasyarakatan. Indikator yang dinilai adalah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepemimpinan senior 2. Tata kelola 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kuesioner dengan menggunakan skala likert, pemberian scoring : STS = 1 TS = 2 N = 3 S = 4 SS = 5 2. Wawancara 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kuesioner 2. Daftar pertanyaan wawancara 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil kuesioner = $\frac{(\sum ni.wi)}{N.W} \times 100\%$ $\frac{N.W}{X} \times 120$ keterangan: ni = skor likert wi = jumlah respons untuk masing-masing skor likert N = jumlah responden W = nilai skor terbesar (5)X = Jumlah pernyataan 2. Hasil wawancara= Nilai skor menurut metode ADLI (Approach, 	Ordinal

No	Variabel	Defenisi Teori	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil	Skala
			dan tanggung jawab Sosial			<i>Deployment Learning, Integration)</i>	
2	Strategi	<p>“Strategi adalah rencana yang disatukan, menyeluruh dan terpadu yang mengaitkan keunggulan strategi perusahaan dengan tantangan lingkungan dan yang dirancang untuk memastikan bahwa tujuan utama organisasi dapat dicapai melalui pelaksanaan yang tepat Glueck dan Jauch (1998)</p>	<p>Strategi merupakan pengembangan sasaran dan rencana kerja, mengimplementasikannya, mengubahnya bila situasi mengharuskan, serta mengukur kemajuannya. Kriteria yang dinilai:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengembangan Strategi 2. Implementasi Strategi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kuesioner dengan menggunakan skalaliker, pemberian scoring : STS = 1 TS = 2 N = 3 S = 4 SS = 5 2. Wawancara 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kuesioner 2. Daftar pertanyaan wawancara 	<p>1. Hasil kuesioner = $\frac{(\sum ni \cdot wi)}{N \cdot W} \times 100\%$ X</p> <p>keterangan: ni = skor likert wi = jumlah respons untuk masing-masing skor likert N = jumlah responden W = nilai skor maksimal (5)X = Jumlah pernyataan</p> <p>2. Hasil wawancara= Nilai skor menurut metode ADLI</p>	Ordinal

No	Variabel	Defenisi Teori	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil	Skala
3	Fokus pada Pelanggan	<i>Fokus pada pelanggan</i> adalah orientasi dari rangkaian pelayanan yang diberikan kepada pelanggan. Kasmir. (2016)	Fokus pada pelanggan merupakan penanganan pelanggan untuk sukses pasar dalam jangka panjang, termasuk bagaimana rumah sakit mendengarkan suara pelanggan, membangun hubungan dengan pelanggan, dan menggunakan informasi tentang pelanggan guna memperbaiki dan mengidentifikasi peluang untuk inovasi. Kriteria yang dinilai:	1. Pengisian kuesioner dengan menggunakan skalalikert, pemberian scoring : STS = 1 TS = 2 N = 3 S = 4 SS = 5 2. Wawancara	1. Kuesioner 2. Daftar pertanyaan wawancara	1. Hasil kuesioner = $\frac{(\sum ni \cdot wi)}{N \cdot W} \times 100\%$ $\frac{\quad}{\quad} \times 85$ X keterangan: ni = skor likert wi = jumlah respons untuk masing-masing skor likert N = jumlah responden W = nilai skor maksimal (5)X = Jumlah pernyataan 2. Hasil wawancara = Nilai skor menurut metode ADLI	Ordinal

No	Variabel	Defenisi Teori	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil	Skala
			1. Suara pelanggan 2. <i>Engagement</i>				
4	Pengukuran Kinerja	Pengukuran kinerja merupakan suatu alat manajemen yang digunakan untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas, serta untuk menilai pencapaian tujuan dan sasaran (goal sand objectives), (Whittaker dalam Moeheriono 2012),	Pengukuran kinerja merupakan proses menyeleksi, mengumpulkan, menganalisis, mengelola, dan memperbaiki data, informasi dan aset pengetahuan; bagaimana mereka dipelajari; serta bagaimana mengelola teknologi informasi. Kriteria yang dinilai:	1. Pengisian kuesioner dengan menggunakan skala likert, pemberian scoring : STS = 1 TS = 2 N = 3 S = 4 SS = 5 2. Wawancara	1. Kuesioner 2. Daftar pertanyaan wawancara	2. Hasil kuesioner = $\frac{(\sum ni.wi)}{N.W} \times 100\%$ $\frac{\quad}{\quad} \times 90$ X keterangan: ni = skor likert wi = jumlah respons untuk masing-masing skor likert N = jumlah responden W = nilai skor maksimal (5)X = Jumlah pernyataan 3. Hasil wawancara = Nilai skor menurut metode ADLI	Ordinal

No	Variabel	Defenisi Teori	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil	Skala
			<p>1. Pengukuran, analisis, dan manajemen pengetahuan</p> <p>2. Manajemen pengetahuan, informasi, dan teknologi informasi</p>			(<i>Approach, Deployment Learning, Integration</i>)	
5	Fokus pada Tenaga Kerja	Fokus pada tenaga kerja adalah pendayagunaan, pengembangan, penilaian, pemberian balas jasa dan pengelolaan individu anggota organisasi atau kelompok pekerja. (Henry	Fokus kepada Tenaga Kerja merupakan proses pengembangan kapabilitas dan kapasitas serta memanfaatkan potensinya secara penuh dalam keselarasan dengan misi, strategi, dan	. Pengisian kuesioner dengan menggunakan skala likert, pemberian scoring : STS = 1 TS = 2	1. Kuesioner 2. Daftar pertanyaan wawancara	<p>3. Hasil kuesioner =</p> $\frac{(\sum ni \cdot wi) \times 100\%}{N \cdot W} \times 85$ <p>X</p> <p>keterangan: ni = skor likert wi = jumlah respons untuk masing-masing skor likert N = jumlah responden</p>	Ordinal

No	Variabel	Defenisi Teori	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil	Skala
		Simamora.2014)	rencana kerja rumah sakit secara keseluruhan. Kriteria yang dinilai adalah: 1. Lingkungan tenaga kerja 2. Pengembangan tenaga kerja	N = 3 S = 4 SS = 5 2. Wawancara		W = nilai skor maksimal (5)X = Jumlah pernyataan	
6	Manajemen Proses	Proses manajemen adalah h daur beberapa gugusan kegiatan dasar yang berhubungan secara integral, yang dilaksanakan di dalam manajemen secara umum,	Manajemen Proses merupakan proses mendesain, mengelola, dan memperbaiki proses kerja serta memperbaiki efektivitas operasional untuk memberi nilai kepada pelanggan serta mencapai	1. Pengisian kuesioner dengan menggunakan skala likert, pemberian scoring STS = 1 TS = 2 N = 3 S = 4 SS = 5	1. Kuesioner 2. Daftar pertanyaan wawancara	1. Hasil kuesioner = $\frac{(\sum ni \cdot wi)}{N \cdot W} \times 100\%$ X keterangan: ni = skor likert wi = jumlah respons untuk masing-masing skor likert	Ordinal

No	Variabel	Defenisi Teori	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil	Skala
		yaitu proses perencanaan, proses pengorganisasian, proses pelaksanaan dan proses pengendalian, dalam rangka mencapai sesuatu tujuan secara ekonomis (Fayol, Henry. 2010)	sukses rumah sakit saat ini. Kriteria yang dinilai: 1. Proses kerja 2. Efektivitas operasional	2. Wawancara		N = jumlah responden W = nilai skor maksimal (5) X = Jumlah pernyataan 2. Hasil wawancara = Nilai skor menurut metode ADLI	
7	Hasil Akhir	“ Hasil Akhir adalah hasil kerja karyawan dilihat dari aspek kualitas, kuantitas, waktu kerja, dan kerja sama untuk mencapai tujuan	Hasil merupakan kinerja dan perbaikan di seluruh layanan utama, meliputi hasil produk dan proses, hasil fokus kepada pelanggan, hasil	. Pengisian kuesioner dengan menggunakan skala likert, pemberian scoring STS = 1 TS = 2	1. Kuesioner 2. Daftar pertanyaan wawancara	1. Hasil kuesioner = $\frac{(\sum ni \cdot wi)}{N \cdot W} \times 100\%$ X keterangan: ni = skor likert wi = jumlah respons	Ordinal

No	Variabel	Defenisi Teori	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil	Skala
		yang telah ditetapkan oleh organisasi.” (Sutrisno 2016)	fokus kepada tenaga kerja, hasil kepemimpinan dan tatakelola, dan hasil finansial dan pasar. Kriteria yang dinilai adalah: 1. Outcome proses dan layanan 2. Outcome fokus pelanggan 3. Outcome fokus tenaga kerja 4. Outcome kepemimpinan dan tata kelola 5. Outcome keuangan dan pemasaran	N = 3 S = 4 SS = 5 2. Wawancara		untuk masing-masing skor likert N = jumlah responden W = nilai skor maksimal (5)X = Jumlah pernyataan 2. Hasil wawancara = Nilai skor menurut metode ADLI	