

**ANALISIS PENGENDALIAN KUALITAS DENGAN PENDEKATAN P.D.C.A.
(PLAN-DO-CHECK-ACT) BERDASARKAN STANDAR MINIMAL PELAYANAN
RUMAH SAKIT PADA RSUD Dr. ADHYATMA SEMARANG
(STUDI KASUS PADA INSTALASI RADIOLOGI)**

**Ariani Puspita Dewi¹, Hari Susanta N²& Sari Listyorini³
arianipuspita90@gmail.com**

Abstract

A good quality health care is health care that can satisfy every user services. One of the activities in order to create quality standards is to implement appropriate quality control system, have clear objectives and stages, as well as providing innovation in the prevention and resolution of problems faced by the hospital, according to the Ministry of Health Decree No. 129/Menkes/SK/II/2008 on hospital minimum service standards. This research studies about the quality control process of Radiology Department in Dr. Adhyatma Public Hospital Semarang by using the approach of P.D.C.A. cycle (Plan-Do-Check-Act), based on a minimum standard of hospital services. Based on analysis, it was found that the overall service quality control has been going well. But there is still a level of damage x-rays that are above the standard which more than (>) 2%, so it's need an improvement of the quality of x-rays to be able to provide high quality x-rays in order to create the right diagnosis and provide a satisfactory health care for patients of Radiology Department in Dr. Adhyatma Public Hospital Semarang.

Keywords : Quality Control, Service, PDCA.

Abstraksi

Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa layanan. Salah satu aktifitas dalam menciptakan kualitas agar sesuai standar adalah dengan menerapkan sistem pengendalian kualitas yang tepat, mempunyai tujuan dan tahapan yang jelas, serta memberikan inovasi dalam melakukan pencegahan dan penyelesaian masalah-masalah yang dihadapi rumah sakit, sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/ II/2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit. Dalam penelitian ini akan dikaji mengenai proses berjalannya pengendalian kualitas Instalasi Radiologi RSUD Dr. Adhyatma Semarang dengan menggunakan pendekatan siklus P.D.C.A. (Plan-Do-Check-Act) berdasarkan standar minimal pelayanan rumah sakit.

Berdasarkan analisis yang ada diperoleh bahwa pengendalian kualitas pelayanan secara keseluruhan sudah berjalan baik. Namun masih terdapat tingkat kerusakan hasil *rontgen* yang berada di atas standar yang ditetapkan yakni lebih dari (>) 2%, sehingga dibutuhkan suatu perbaikan kualitas hasil *rontgen* untuk dapat memberikan hasil *rontgen* yang berkualitas tinggi agar tercipta diagnosis yang tepat serta memberikan layanan kesehatan yang memuaskan bagi pasien Instalasi Radiologi RSUD Dr. Adhyatma Semarang.

Kata kunci :Pengendalian kualitas, Pelayanan, PDCA

¹Ariani Puspita Dewi, Administrasi Bisnis, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Diponegoro, arianipuspita90@gmail.com

²Hari Susanta N, Administrasi Bisnis, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Diponegoro

³Sari Listyorini, Administrasi Bisnis, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Diponegoro

Dunia kesehatan adalah salah satu bidang dalam kehidupan masyarakat yang memiliki peran besar terutama untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat. Sebagai segmen kehidupan yang diperlukan oleh masyarakat luas, rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Salah satu aktifitas dalam menciptakan kualitas agar sesuai standar adalah dengan menerapkan sistem pengendalian kualitas yang tepat, mempunyai tujuan dan tahapan yang jelas, serta memberikan inovasi dalam melakukan pencegahan dan penyelesaian masalah-masalah. Standar tentang sistem manajemen mutu yang diterapkan baik oleh hampir seluruh jenis usaha dan rumah sakit umum maupun rumah sakit swasta adalah ISO 9001:2008, dimana penerapannya mengedepankan pada pola proses bisnis yang terjadi dalam organisasi perusahaan, untuk meningkatkan mutu produk dan jasa/pelayanan sehingga mampu meningkatkan mutu dan kinerja organisasi secara berkesinambungan untuk memuaskan pelanggan.

Sistem ISO 9001:2008 ini fokus pada efektivitas dan proses perbaikan yang berkelanjutan dengan menggunakan pola pikir *PDCA (Plan-Do-Check-Act)*. Dimana dalam *PDCA*, setiap proses dilakukan dengan perencanaan yang matang, implementasi yang terukur dan jelas, dilakukan evaluasi dan analisis data yang akurat, serta tindakan perbaikan yang sesuai dengan monitoring pelaksanaannya agar benar-benar bisa menyelesaikan masalah yang terjadi di organisasi.

RSUD Dr. Adhyatma Semarang merupakan salah satu rumah sakit yang telah menggunakan ISO 9001:2008 serta harus memenuhi standar pelayanan minimal yang ada, untuk tetap dapat memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat banyak sehingga didapatkan kepuasan pasien dan memberikan citra yang baik bagi rumah sakit. Tabel 1.2 berikut ini adalah data bulanan instalasi radiologi selama empat bulan mulai dari Januari 2013 sampai dengan April 2013:

Tabel 1.1
Laporan Bulanan Instalasi Radiologi Bulan Januari-April 2013

Indikator	SPM	Bulan			
		Januari	Februari	Maret	April
Waktu tunggu thorax	≤ 3 jam	37,5 menit	39,2 menit	39,3 menit	33,1 menit
Hasil yang tidak diekspertisi	100% diekspertisi oleh dokter sp.rad	3,28%	3,09%	2,59%	2,66%
Kerusakan hasil ronsen	≤ 2 %	3,15%	1,81%	2,41%	2,56%
Kepuasan pasien	≥ 80 %	85,10%	90,56%	89,10%	90,25%

Sumber :Laporan bulanan Instalasi Radiologi RSUD Dr. Adhyatma periode Januari 2013-April 2013

Berdasarkan tabel 1.1 dapat dilihat bahwa lama waktu tunggu yang dibutuhkan oleh pasien dari mendaftarkan sampai menerima hasil *rontgen* tidak lebih dari 3 jam, sehingga sudah memenuhi syarat dari Kemenkes yaitu ≤ 3 jam. Kemudian untuk pelaksana ekspertisi di instalasi radiologi RSUD Dr. Adhyatma telah dilakukan oleh dokter spesialis radiologi sesuai dengan aturan Kemenkes, namun dalam tabel diatas dapat dilihat bahwa masih ada hasil yang tidak terinterpretasi oleh dokter spesialis . Kemudian persentase

kerusakan hasil *rontgen* pada bulan Januari, Maret, dan April masing –masing masih dibawah standar dari Kemenkes, dimana pada bulan-bulan tersebut terjadi kerusakan lebih dari 2 %, sedangkan standar dari Kemenkes adalah $\leq 2\%$. Dimana kerusakan yang terjadi menimbulkan *waste* dan menambah beban biaya bagi pihak rumah sakit, untuk itu diperlukan kontrol dan perbaikan untuk meminimalisir *waste* yang terjadi. Untuk kepuasan pasien, dapat dilihat pasien pada instalasi radiologi sudah 80% menyatakan puas akan pelayanan radiologi di RSUD Dr. Adhyatma. Akan tetapi hal tersebut tetap menjadi salah satu pokok penelitian karena walaupun pasien merasa puas, masih terdapat poin-poin yang belum memenuhi standar dari Kemenkes, sehingga harus tetap dilakukan perbaikan dan pengendalian terhadap kualitas pelayanan Instalasi Radiologi RSUD Dr. Adhyatma untuk mencapai pelayanan yang memenuhi standar dari Kemenkes serta mempertahankan yang telah sesuai dengan standar dengan menggunakan pendekatan *PDCA (plan-do-check-act)* yang sesuai dengan ISO 9001:2008. Berdasarkan uraian diatas, maka dapat dirumuskan beberapa permasalahan didalam penelitian, yakni sebagai berikut :

1. Bagaimanakah pengendalian kualitas waktu tunggu pelayanan *thorax* foto di Instalasi Radiologi RSUD Dr. Adhyatma berdasarkan standar pelayanan minimal rumah sakit?
2. Bagaimanakah pengendalian kualitas pelaksanaan ekspertisi hasil ronsen di Instalasi Radiologi RSUD Dr. Adhyatma berdasarkan standar pelayanan minimal rumah sakit?
3. Bagaimanakah pengendalian kualitas kerusakan hasil ronsen di Instalasi Radiologi RSUD Dr. Adhyatma berdasarkan standar pelayanan minimal rumah sakit?
4. Bagaimanakah pengendalian kualitas kepuasan pasien di Instalasi Radiologi RSUD Dr. Adhyatma Semarang?

KAJIAN TEORI

Kualitas

Berdasarkan perspektif *TQM (Total Quality Management)*, kualitas dipandang secara lebih komprehensif atau Holistik, dimana bukan hanya aspek hasil saja yang ditekankan, melainkan juga meliputi proses, lingkungan, dan sumber daya manusia. Perspektif ini dirumuskan secara rinci oleh Goetsch dan Davis (dalam Tjiptono dan Chandra:2011) yang mendefinisikan kualitas sebagai “kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, sumber daya manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan.

Pelayanan

Menurut Djumana dalam Novelia (2009), pelayanan adalah usaha yang dilakukan oleh seseorang atau suatu pihak untuk kepentingan orang atau pihak lain. Usaha ini dapat berwujud barang atau jasa. Sedangkan pelayanan dalam arti luas menurut Daviddow dan Utal dalam Novelia (2009) adalah setiap usaha yang dilakukan untuk meningkatkan kepuasan pelanggan (*whatever enchances customer satisfaction*). Pelayanan kepada pelanggan sangat penting sehingga ada ungkapan pelanggan adalah raja, pelanggan adalah nomor satu.

Pengendalian

Pengendalian menurut Vincent Gasperz dalam Ilham (2012), pengendalian adalah “Kegiatan yang dilakukan untuk memantau aktivitas dan memastikan kinerja sebenarnya yang dilakukan telah sesuai dengan yang direncanakan.” Sedangkan pengendalian menurut Glenn A. Welsch, Hilton, dan Gordon yang diterjemahkan Purwatiningsih dan Maudy Warouw dalam Berry (2008) adalah “Suatu proses untuk menjamin tercapainya kinerja yang efisien yang memungkinkan tercapainya tujuan perusahaan.”

Pengendalian Kualitas

Pengendalian kualitas (*quality control*) menurut Dr. K. Ishikawa (dalam Herawan:2011) adalah “Suatu kegiatan meneliti, mengembangkan, merancang, dan memenuhi kepuasan konsumen, memberi pelayanan yang baik dimana pelaksanaannya melibatkan seluruh kegiatan dalam perusahaan mulai dari pimpinan teratas sampai karyawan pelaksana.” Sedangkan menurut Vincent Gasperz dalam Ilham (2012), pengendalian kualitas adalah “Teknik dan aktivitas operasional yang digunakan untuk memenuhi standar kualitas yang diharapkan.”

PDCA (Plan-Do-Check-Act)

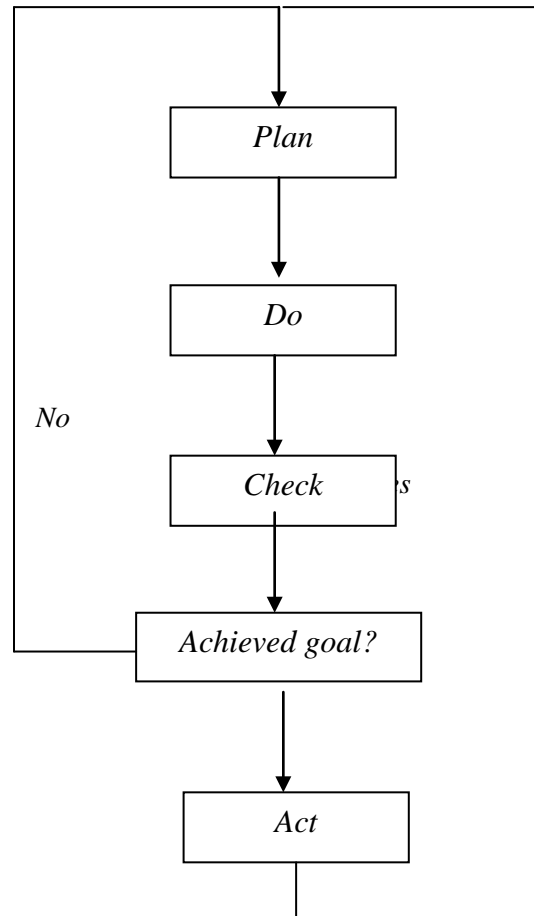
Pengendalian kualitas harus dilakukan melalui proses yang terus-menerus dan berkesinambungan. Proses pengendalian kualitas tersebut dapat dilakukan salah satunya dengan melalui penerapan *PDCA* (*plan – do – check – action*) yang diperkenalkan oleh Dr. W. Edwards Deming (dalam Fakhri: 2010), seorang pakar kualitas ternama berkebangsaan Amerika Serikat, sehingga siklus ini disebut siklus deming (*Deming Cycle/ Deming Wheel*). *PDCA* sangatlah cocok untuk dipergunakan untuk skala kecil kegiatan *continues improvement* pada memperpendek siklus kerja, menghapuskan pemborosan di tempat kerja dan produktivitas.

Dalam hal mengimplementasikan *PDCA*, kunci terlaksana atau tidaknya suatu aktivitas ada di wewenang dan tanggungjawab, karena disinilah tempat fungsi perencanaan aktivitas yang akan dilaksanakan yang merupakan deskripsi pekerjaan dan tugas yang akan dilaksanakan oleh orang yang menduduki jabatan di divisi suatu perusahaan tersebut (Ibrahim, dalam referensi manajemen kualitas).

Wewenang dan tanggungjawab perlu direkam dalam bentuk dokumen untuk memudahkan dalam mengidentifikasi aktivitas yang telah dilakukan. Tentu wewenang dan tanggungjawab dari tiap divisi tidaklah sama, masing-masing sesuai dengan kedudukannya, karena itulah, dalam merumuskannya perlu dipertimbangkan dengan baik. Artinya, wewenang dan tanggungjawab tersebut bukan sekedar kumpulan semua aktivitas yang harus dijalankan namun tetap perlu diharmonisasikan atau diseimbangkan. Jangan sampai wewenang dan tanggungjawab ini terlalu berat untuk dijalankan atau tidak dapat dijalankan karena tidak sesuai dengan fungsinya (Ibrahim, dalam referensi manajemen kualitas).

Berikut gambar pengimplementasian *PDCA* :

Gambar 1.1
Pengimplementasian Siklus *PDCA*



Sumber: Steve Vasovsk and Jeremy Weinsten – ESD.60 Lean/Six Sigma Systems, LFM, MIT (2004)

METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian deskriptif. Dimana penelitian ini bersifat kualitatif yang menjabarkan mengenai fenomena yang ada di situs penelitian dengan mengembangkan konsep dan menghimpun fakta.

Metode analisis data yang digunakan merupakan analisis data kualitatif dimana pengumpulan data dengan menggunakan focus group discussion, observasi dan dokumentasi. Analisis data dengan metode reduksi data, data *display*, dan *conclusion/verification*, dimana uji validitas data menggunakan metode perpanjangan pengamatan dan triangulasi metode.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1.2
Pengendalian Kualitas Pelayanan Instalasi Radiologi Dengan PDCA

Indikator	Plan	Do	Check	Act
Waktu tunggu <i>thorax</i> foto	Waktu tunggu ≤ 3 jam	Melakukan kegiatan pemeriksaan dalam skala waktu yang telah ditentukan.	waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto: Mei: 32,2 menit Juni: 31,5 menit, Juli: 33 menit, Agustus: 28,6 menit	Tujuan tercapai, dipertahankan & ditingkatkan pada jenis <i>rontgen</i> yang lain.
Hasil yang tidak diekspertisi oleh dokter Sp. Rad.	Dokter Sp. Rad, ekspertisi 100%	Ekspertisi dilakukan oleh Dokter Sp. Rad. Komunikasi dengan IGD & pasien dari dokter luar.	tingkat hasil <i>rontgen</i> yang tidak diekspertisi oleh dokter Sp. Rad.: Mei: 4,28%, Juni: 3,75%, Juli: 1,50%, Agustus: 6,69%.	Masih belum 100% dilakukan ekspertisi, untuk itu dilakukan perbaikan rencana dengan pengetatan kedisiplinan pinjam basah hasil <i>rontgen</i> .
Kerusakan hasil <i>rontgen</i>	Tingkat kerusakan hasil <i>rontgen</i> $\leq 2\%$	Melakukan pemeriksaan sesuai dengan perencanaan dan SOP.	tingkat kerusakan hasil <i>rontgen</i> : Mei: 3,23%, Juni: 2,48%, Juli: 1,28%, Agustus: 2,15%.	Kerusakan masih $\geq 2\%$, untuk itu dilakukan perbaikan rencana dengan melakukan pengadaan alat <i>processing film CR</i> , & memperbaiki komunikasi dengan pasien serta ketelitian dalam penempatan posisi pasien.
Kepuasan pasien	Tingkat kepuasan pasien $\geq 80\%$	Melakukan pelayanan sesuai dengan standar dan tugas yang telah ditetapkan. (ramah, peduli, cepat, tepat, dll).	kepuasan pasien periode Mei: 88,10%, Juni: 85,75%, Juli: 90,10%, Agustus : 87,51%.	Tujuan tercapai, dipertahankan & ditingkatkan. Melakukan survey secara mandiri di masa yang akan datang.

Sumber : Data sekunder yang dianalisis , 2013

Dari tabel 1.2 di atas dapat dilihat bahwa waktu tunggu hasil pelayanan *thorax* foto di Instalasi Radiologi RSUD Dr. Adhyatma Semarang pada bulan Mei 32,2 menit, dimana telah mencapai standar pelayanan minimal rumah sakit yaitu ≤ 3 jam. Menurut Bapak Sigit selaku penanggung jawab bidang *quality control* Instalasi Radiologi, hal tersebut dapat dicapai karena performansi alat foto *thorax* pada bulan itu sangat baik karena baru saja dilakukan perawatan alat foto *thorax*, sehingga jarang dilakukan pemotretan ulang sehingga dapat menghemat waktu pengambilan foto *thorax*. Dari segi personil yang melayani pasien, dalam hal pendaftaran dimana dilayani oleh dua orang perawat bagian penerimaan pasien radiografi sehingga tidak ada penumpukan pendaftar. Dan dari radiografer *thorax* selalu *stand by* 2 orang, sehingga pasien tidak mengantre cukup lama. Performansi alat serta personil yang ada sama dengan bulan Januari, walaupun terkadang personil radiografi yang *stand by* hanya satu tetapi tidak berpengaruh terlalu besar, karena dalam satu bulan hanya beberapa hari saja personil radiografi tidak komplit. Pada bulan Agustus dimana merupakan catatan waktu terbaik selama 8 bulan yakni 28, 6 menit. Hal tersebut dikarenakan pada bulan-bulan tersebut terdapat mahasiswa/siswi jurusan radiologi serta perawat sebanyak 4 orang yang melakukan kerja praktek, sehingga sedikit banyak membantu pelayanan pasien di Instalasi Radiologi. Untuk naik turun waktu tunggu dianggap sangat wajar dan pastinya akan selalu terjadi, karena kondisi pemeriksaan yang pastinya berbeda-beda. tersebut.

Untuk ekspertisis hasil ronsen dapat dilihat pada bulan Mei mengalami peningkatan yakni sebesar 1,62% dari bulan sebelumnya (April 2,66 %). Pada bulan Juni berhasil diturunkan ke level 3,75% dimana persentase turun 0,53% dari bulan sebelumnya. Pada bulan Juli terjadi puncak penurunan persentase hasil yang tidak diekspertisi oleh dokter spesialis yaitu 1,50% dimana persentase turun 2,25% yang dikarenakan adanya penurunan pasien dokter luar yang melakukan *rontgen*. Namun dapat dilihat pada bulan agustus terjadi lonjakan hasil yang tidak diekspertisi yakni 6,69% dimana persentase mengalami kenaikan sebesar 5,19%. Hal tersebut dikarenakan pada bulan Mei, jumlah pasien dari dokter luar mengalami peningkatan sehingga terjadi peningkatan hasil *rontgen* yang tidak diekspertisi. Hal ini menggambarkan bahwa komunikasi yang dijalin oleh pihak instalasi radiologi RSUD Dr. Adhyatma Semarang dengan pasien dari dokter luar masih belum berjalan dengan baik. Untuk kasus pada bulan Agustus, dimana terjadi lonjakan yang cukup tinggi dari bulan sebelumnya, dikarenakan karena pada bulan tersebut terjadi lonjakan pasien IGD yang melakukan *rontgen*. Lonjakan terjadi karena arus mudik yang padat sehingga banyak terjadi kecelakaan dikawasan arah menuju mangkang. Naik turunnya angka hasil *rontgen* yang tidak diekspertisi lebih banyak dipengaruhi oleh banyak sedikitnya pasien IGD dan pasien dokter luar yang melakukan *rontgen*.

Kerusakan hasil ronsen yang terjadi pada bulan Mei terjadi kenaikan persentase kerusakan sebesar 0,67% dari bulan sebelumnya(Kerusakan bulan April 2,56%). Hal tersebut saat dikonfirmasi terjadi karena faktor terbakar. Terbakar disini bukan terbakar dengan api melainkan film pada saat dilakukan prosesing terlalu banyak cairan kimia yang digunakan sehingga merusak film tersebut dan tidak didapatkan gambar yang telah didapatkan. Pada bulan Juni tingkat kerusakan turun ke level 2,48% dimana terjadi penurunan 0,75% dari bulan sebelumnya. Akan tetapi masih diatas standar minimal kerusakan yang ditetapkan, pada bulan ini tercatat kerusakan banyak terjadi karena faktor posisi pasien dan posisi obyek, salah dalam pemosisian pasien (misalnya harusnya pasien tidur terlentang tapi pasien malah tidur agak miring, dan sebagainya), salah dalam pemosisian obyek (misalnya pasien harusnya menarik nafas dalam-dalam tetapi ia tidak melakukannya dengan baik). Tingkat kerusakan paling rendah terjadi pada bulan Juli yakni berhasil mencapai standar yang ditetapkan yakni 1,28% dimana hasil

tersebut kurang dari 2%. Hal tersebut terjadi karena alat dalam kondisi baik setelah perawatan berkala dan kalibrasi serta pada bulan itu terdapat pelatihan radiografer. Namun pada bulan Agustus dapat dilihat terjadi kembali kenaikan tingkat kerusakan foto *rontgen* ke level 2,15% atau mengalami kenaikan kerusakan sebesar 0,87% dari bulan sebelumnya. Hal tersebut terjadi kembali karena faktor eksposi, dimana obyek terlalu banyak mendapat sinar atau terlalu sedikit mendapat sinar sehingga gambar terlalu buram atau terlalu terang sehingga tidak terlihat obyek yang diinginkan.

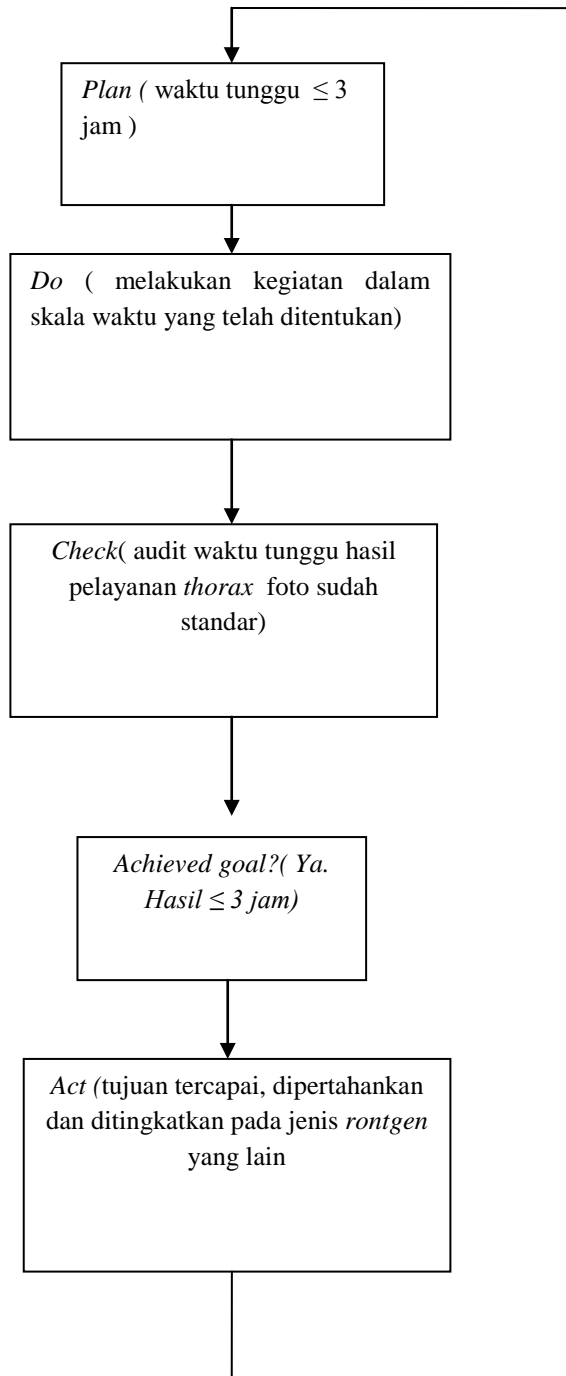
Dapat dilihat pula tingkat kepuasan telah mencapai lebih dari 80% dikarenakan kepedulian personil terhadap pasien maupun non pasien yang sangat baik (dimana peneliti mengalami sendiri saat duduk di ruang tunggu perawat menanyakan kebutuhan saya dan memberikan informasi bahwa orang yang saya cari sedang rapat, serta keramahan perawat yang membantu pasien rujukan dari IGD yang kebingungan). Naik-turun persentase dianggap sangat wajar dan tidak ada hal yang dipermasalahkan, karena faktor kepuasan pasien pada bulan-bulan tersebut relative sama penyebabnya. Faktor-faktor yang paling mempengaruhi kepuasan pasien paling besar menurut observasi saya adalah daya tanggap personil akan kebutuhan pasien dan kepedulian personil instalasi radiologi terhadap pasien. Kepuasan pasien juga tidak luput dari kelengkapan peralatan yang sudah cukup memadai sehingga pasien yang berada dalam lingkungan RSUD Dr. Adhyatma Semarang tidak perlu jauh-jauh melakukan pemeriksaan *rontgen*. Untuk itu pihak Instalasi Radiologi harus senantiasa mempertahankan apa yang telah dicapai dengan cara terus melakukan pengawasan dan pengendalian terhadap kinerja seluruh tenaga yang ada di dalam instalasi agar tercipta pelayanan yang baik secara terus menerus dan berkesinambungan sehingga tingkat kepuasan pasien yang telah memenuhi standar dapat terus dipertahankan bahkan ditingkatkan.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa proses pengendalian kualitas di Instalasi Radiologi RSUD Dr. Adhyatma Semarang sudah berjalan dengan baik secara keseluruhan. Hanya saja perlu ditingkatkan pada bidang pengawasan tingkat kerusakan hasil ronsen, dimana pada indikator tersebut masih ditemukan tingkat kerusakan yang melebihi dari batas toleransi standar pelayanan minimal rumah sakit.

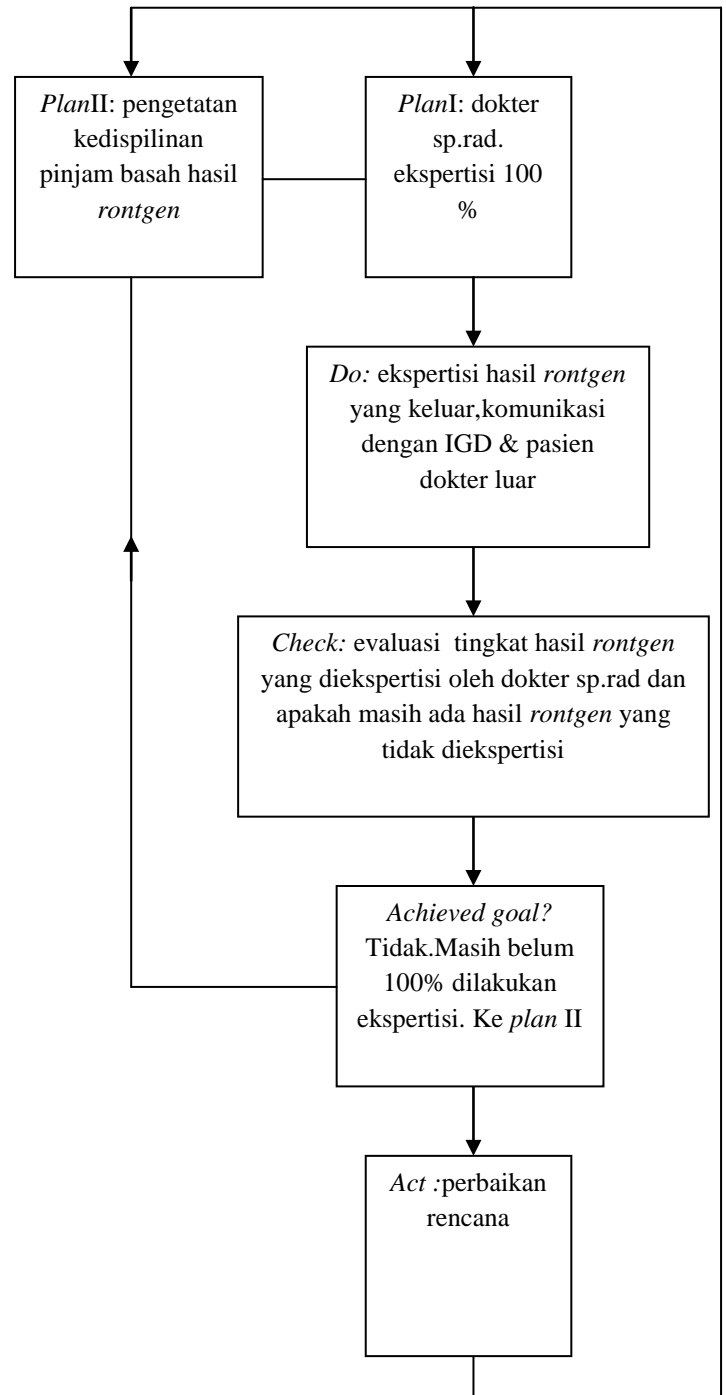
Dari gambar 3.2 di bawah ini dapat dilihat bahwa siklus *PDCA* yang terjadi pada proses pengendalian kualitas dalam perspektif waktu tunggu hasil pelayanan *thorax* foto yaitu tidak diperlukannya perbaikan rencana (*plan*) setelah dilakukan tahap pengerjaan proses yang direncanakan (*do*), serta pengecekan (*check*), karena semuanya telah berjalan dengan baik sesuai dengan standar yang ditetapkan dan tujuan yang ingin dicapai. Sehingga, dari tahap *check*, bisa langsung dilanjutkan ke tahap *act*, dimana di tahap inipun tidak dilakukan sebuah perbaikan mutu pelayanan melainkan sebuah inovasi baru yakni pengembangan standarisasi waktu tunggu yang kurang dari (\leq) 3 jam dapat dilaksanakan di seluruh foto *rontgen* rawat jalan.

Kemudian pada gambar 3.3 dapat dilihat bahwa siklus *PDCA* yang terjadi pada proses pengendalian kualitas dalam perspektif ekspertisi hasil *rontgen* yaitu diperlukannya perbaikan rencana (*plan*) setelah dilakukan tahap pengerjaan proses yang direncanakan (*do*), serta pengecekan (*check*), karena masih ada hasil yang tidak diekspertisi oleh dokter spesialis walaupun tingkat persentasenya rendah. Tahap *act* disini dilakukan sebuah perbaikan mutu pelayanan dimana pengawasan yang lebih ketat serta ditingkatkannya kedisiplinan dalam memproses hasil *rontgen*, dimana dikembalikan ke tahap rencana (*plan*).

Gambar 3.2
Siklus PDCA Waktu Tunggu Thorax Foto

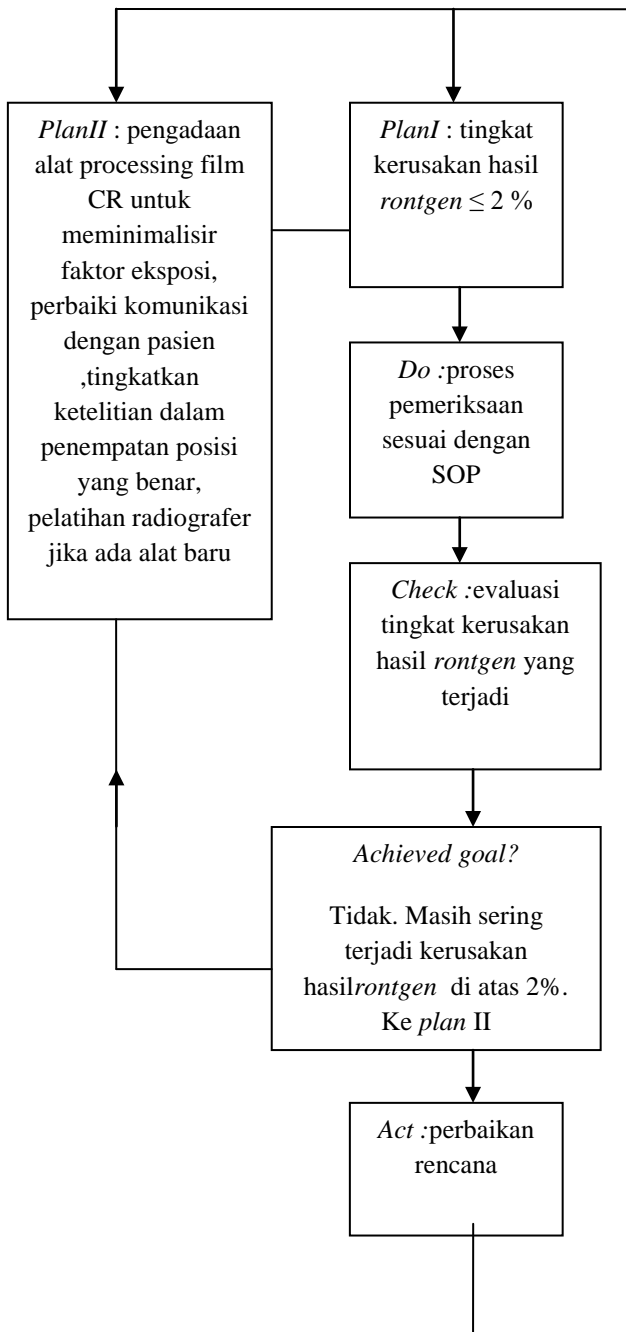


Gambar 3.3
Siklus PDCA Ekspertisi Hasil Ronsen

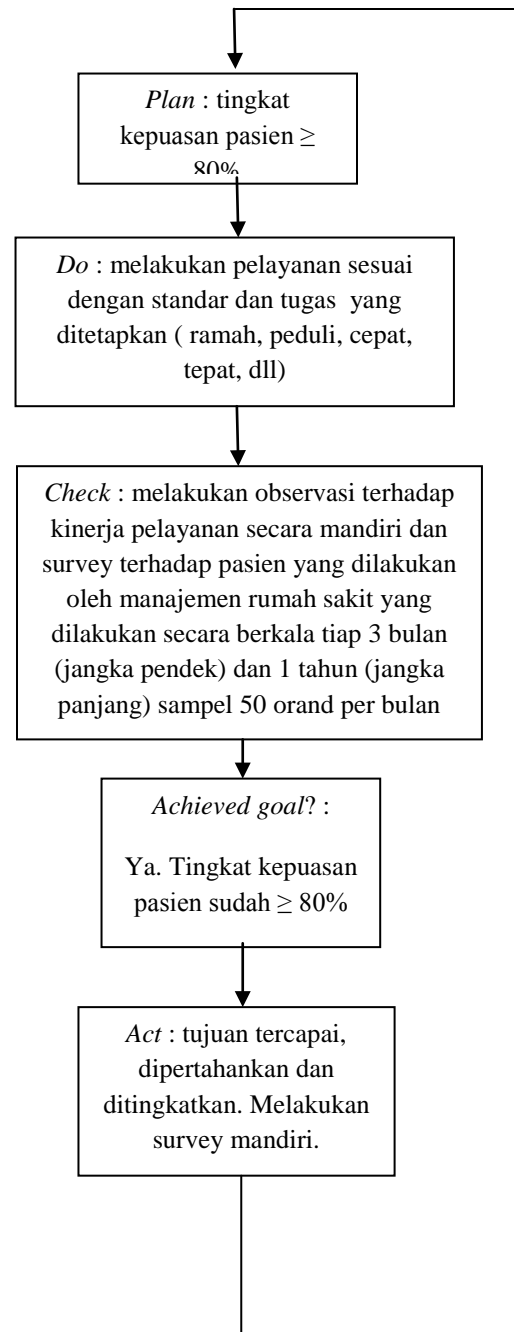


Sumber : Hasil analisis data sekunder, 2013

Gambar 3.4
Siklus PDCA Kerusakan Hasil Ronsen



Gambar 3.5
Siklus PDCA Kepuasan Pasien



Sumber : Hasil analisis data sekunder, 2013

Dari gambar 3.4 di atas dapat dilihat bahwa siklus PDCA yang terjadi pada proses pengendalian kualitas dalam perspektif tingkat kerusakan hasil rontgen yaitu diperlukannya perbaikan rencana (*plan*) berupa fokus terhadap masalah eksposi setelah dilakukan tahap pengerjaan proses (*do*) dan pengecekan (*act*) dimana faktor eksposi menjadi penyebab yang paling sering terjadi

sebagai penyebab kerusakan hasil *rontgen*. Meskipun faktor eksposi yang paling banyak menyumbang terjadinya kerusakan, faktor-faktor penyebab yang lain juga perlu diperhatikan seperti faktor posisi, pasien, dan *processing*. Hal tersebut guna untuk menekan seluruh faktor-faktor penyebab kerusakan hasil *rontgen*, sehingga didapatkan hasil yang lebih baik di masa yang akan datang. Tahap *act* disini dilakukan sebuah perbaikan dengan kembali pada tahap perencanaan. Dimana tahap *plan* disusun kembali sebuah rencana pengendalian yaitu berupa pengadaan alat *processing film CR* untuk meminimalisir faktor eksposi, memperbaiki komunikasi/melakukan komunikasi yang baik dengan pasien, serta meningkatkan ketelitian dalam penempatan posisi pasien sehingga kerusakan hasil *rontgen* dapat diminimalisir.

Kemudian pada gambar 3.5 dapat dilihat bahwa siklus *PDCA* yang terjadi pada proses pengendalian kualitas terhadap tingkat kepuasan pasien yaitu tidak diperlukannya perbaikan rencana (*plan*) setelah dilakukan tahap pengerjaan proses yang direncanakan (*do*), serta pengecekan (*check*), karena semuanya telah berjalan dengan baik sesuai dengan standar yang ditetapkan dan tujuan yang ingin dicapai. Sehingga dari tahap *check*, bisa langsung dilanjutkan ke tahap *act*, dimana di tahap inipun tidak dilakukan sebuah perbaikan mutu pelayanann melainkan sebuah inovasi baru yakni untuk kedepannya dapat dilakukan survey terhadap pasien secara mandiri oleh pihak manajemen Instalasi Radiologi sehingga pihak manajemen bisa mendapatkan gambaran yang lebih akurat terhadap apa yang diharapkan oleh pasien dari pelayanan Instalasi Radiologi ke depannya. Hal itu juga membantu pihak manajemen untuk bisa lebih memahami pasien, sehingga dapat memberikan pelayanan yang lebih baik lagi dimasa yang akandating.

KESIMPULAN

Setelah melakukan analisis terhadap pengendalian kualitas berdasarkan standar minimal pelayanan rumah sakit dengan pendekatan *PDCA* pada Instalasi radiologi RSUD Dr. Adhytama, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengendalian kualitas waktu tunggu pelayanan thorax foto sudah berjalan dengan baik dan memenuhi standar dari Kemenkes, dimana waktu tunggu yang dibutuhkan sudah ≤ 3 jam.
2. Pengendalian kualitas ekspertisi hasil rontgen sudah berjalan dengan baik yaitu telah dilakukan oleh dokter spesialis radiologi, hanya saja masih dibutuhkan perbaikan mengenai masih adanya hasil ronsen yang tidak diekspertisi karena pinjam basah oleh pasien maupun IGD.
3. Pengendalian kualitas kerusakan hasil ronsen masih belum berjalan dengan maksimal, dimana kerusakan masih berada di atas standar yakni $\geq 2\%$. Sehingga masih menimbulkan *waste* yang merugikan, dimana menambah *cost* rumah sakit untuk setiap film dan cairan pemroses yang terbuang.
4. Pengendalian kualitas kepuasan pasien sudah berjalan cukup baik, dimana kepuasan pasien sudah mencapai $\geq 80\%$ sesuai dengan standar dari Kemenkes.

SARAN

Dari analisis yang telah dilakukan berdasarkan siklus *PDCA* yang terjadi di lapangan, maka penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Melakukan komunikasi yang lebih baik lagi dengan IGD sehingga dapat mengembalikan hasil ronsen setelah dilakukan tindakan, sehingga dapat membantu Instalasi Radiologi untuk mengurangi hasil yang tidak diekspertisi.

2. Melakukan pendekatan dan member pengertian kepada pasien dari dokter luar agar mau diekspertisi terlebih dahulu sebelum hasil ronsen dibawa pulang.
3. Melakukan pengadaan alat *processing film CR* untuk meminimalisir faktor eksposi yang menjadi faktor yang paling sering terjadi pada kasus kerusakan film hasil ronsen.
4. Melakukan control dan perawatan alat sesuai dengan peraturan dari Kementerian Kesehatan.
5. Melakukan komunikasi yang baik dengan pasien, sehingga kesalahan yang disebabkan oleh posisi pasien yang salah dapat diminimalisir.
6. Terus melakukan peningkatan keterampilan radiografer dalam menjalankan alat-alat secara berkala.
7. Melakukan *survey* secara mandiri terhadap kepuasan pasien, sehingga pihak Instalasi Radiologi dapat mengetahui lebih jelas lagi kebutuhan dan keinginan pasien.

DAFTAR REFERENSI

- Berry, Nabih, Skripsi: Studi Penerapan Anggaran Penjualan Sebagai Alat Pengendalian Penjualan. (Studi Kasus Pada PT. Perkebunan Nusantara VIII Bandung), 2008.
- Fakhri, Faiz Al, Skripsi: Analisis Pengendalian Kualitas Produksi Di PT. Mascom Graphy Dalam Upaya Mengendalikan Tingkat Kerusakan Produk Menggunakan Alat Bantu Statistik, 2010.
- Herawan, Endang, Makalah: Pengendalian Mutu Pendidikan: Konsep dan Aplikasi, 2011.
- Ilham, Muhammad Nur, Skripsi: Analisis Pengendalian Kualitas Produk Dengan Menggunakan *Statistical Processing Control (SPC)* Pada PT. Bosowa Media Grafika, 2012.
- Novelia, Kiki Rizki, Skripsi: Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Wajib Pajak (Studi Untuk Pajak Kendaraan Bermotor di Sistem Administrasi Manunggal Di Bawah Satu Atap Kota Depok), 2009.
- Tim Referensi Manajemen Kualitas, Konsep *Plan-Do-Check-Act*, 2008 dalam <https://sites.google.com/site/kelolakualitas> diakses pada 5 Juni 2013.
- Tjiptono, dan Chandra, *Service, Quality, and Satisfaction*, ANDI-Offset, Yogyakarta, 2011.
- Vasovsk, dan Weinsten, Modul *ESD 60 Lean Six Sigma System*, LFM, MIT, 2004 .