

Rancangan Perbaikan Kualitas Layanan Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Cilegon dengan Pengintegrasian Metode *Servqual*, *Lean*, *Six Sigma*

Sri Panuti¹, Shanti Kirana Anggraeni², Achmad Bahauddin³

^{1, 2, 3}Jurusan Teknik Industri Universitas Sultan Ageng Tirtayasa

sripanuti482@yahoo.com¹, shanti@ft-untirta.ac.id², baha@ft-untirta.ac.id³

ABSTRAK

Rumah sakit merupakan organisasi yang bergerak dalam bidang jasa. Pelayanan rawat jalan RSUD Cilegon masih dirasakan lama oleh pasien yaitu lebih dari satu jam. Respon cepat merupakan faktor yang menyebabkan ketidakpuasan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor dominan yang menjadi sumber ketidakpuasan konsumen layanan rawat jalan, mengetahui tipe waste yang menjadi faktor penyebab ketidakpuasan, mengidentifikasi faktor-faktor penyebab terjadinya waste dan merancang usulan perbaikan dengan menggunakan konsep *Lean Six Sigma*. Penelitian dilakukan dengan mengintegrasikan metode *Servqual*, *Lean* dan *Sigma*. Dalam penelitian ini digunakan kuesioner. Responden kuesioner adalah pasien dengan kedatangan minimal satu kali. Berdasarkan hasil penelitian, sumber ketidakpuasan adalah waktu menunggu pemeriksaan. Faktor penyebab ketidakpuasan konsumen adalah aktivitas admin mengurutkan dan mendata ulang data pribadi pasien, admin bolak-balik dari meja admin ke ruang pemeriksaan, pasien menyerahkan form rekam medis ke admin setelah pemeriksaan dan pasien menunggu dokter. Faktor penyebab terjadinya waste adalah petugas registrasi tidak mengurutkan pasien, sistem masih manual, tidak ada informasi jam praktik dokter dan kurangnya komunikasi antara dokter dengan petugas informasi. Usulan rancangan perbaikan untuk mengurangi waste yaitu petugas registrasi mengurutkan pasien, membuat sistem terkomputerisasi, memasang jadwal praktik dokter, pemberitahuan informasi kepada setiap pasien yang mendaftar, registrasi via telepon, serta dokter memberitahu petugas informasi mengenai jadwal praktiknya.

Kata kunci: Kepuasan Pelanggan, *Servqual*, *Lean*, *Six Sigma*, Rumah Sakit

PENDAHULUAN

Persaingan global semakin meningkat seiring dengan perubahan situasi. Perusahaan di seluruh dunia yang mengabaikan peningkatan kualitas dan produktivitas. Tidak ada industri ataupun perusahaan yang terbebas dari situasi baru ini. Kualitas merupakan hal yang sangat penting bagi kelangsungan hidup suatu produk. Idealnya, semakin baik kualitas suatu produk, maka semakin banyak orang yang berminat untuk mengkonsumsinya.

Menurut Kotler (2000) dalam Tjiptono (2005), jasa adalah setiap tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang pada dasarnya bersifat *intangibile* (tidak berwujud fisik) dan tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu.

Rumah sakit merupakan salah satu organisasi yang bersifat sosial yang bergerak dalam bidang jasa, yakni melayani masyarakat dalam hal kesehatan. Berdasarkan wawancara dengan bagian pelayanan RSUD Cilegon, yang masih menjadi masalah dalam layanan RSUD Cilegon adalah kecepatan dalam pelayanan. Pelayanan rawat jalan RSUD Cilegon masih dirasakan lama oleh pasien. Respon yang cepat merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas jasa dalam bidang kesehatan (Jimmerson, 2010).

Untuk mengetahui apakah kualitas pelayanan RSUD Cilegon sudah memenuhi keinginan pelanggan atau belum, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengukur kepuasan pelanggan.

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor dominan yang menjadi sumber ketidakpuasan konsumen layanan rawat jalan RSUD Cilegon, mengetahui tipe waste yang menjadi faktor penyebab dari ketidakpuasan konsumen layanan rawat jalan RSUD Cilegon, mengidentifikasi faktor-faktor penyebab terjadinya waste tersebut dan merancang usulan perbaikan dengan menggunakan konsep *Lean Six Sigma*.

Pengamatan dilakukan pada proses pelayanan rawat jalan RSUD Cilegon, responden kuesioner adalah pasien yang melakukan rawat jalan di RSUD Cilegon, pasien yang dipilih menjadi responden yaitu pasien dengan kedatangan minimal satu kali di layanan rawat jalan, Pendekatan *Six Sigma* pada penelitian ini hanya sampai dengan tahap *improvement*. Tahap *improvement* dilakukan hanya sampai dengan menganalisis usulan rancangan perbaikan dalam rangka mengoptimisasikan proses dan *improvement* hanya dilakukan di poliklinik kulit dan kelamin.

Dengan adanya penelitian ini diharapkan mampu memberikan usulan yang lebih baik kepada perusahaan mengenai perbaikan dalam rangka mengevaluasi layanannya.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini mengintegrasikan metode *Servqual*, *Lean* dan *Six Sigma*. Data yang diambil berupa data sekunder dan primer. Data sekunder yang diperoleh dari perusahaan adalah data umum perusahaan dan alur

proses layanan. Data primer diperoleh melalui kuesioner. Kuesioner dibuat dengan cara menentukan kebutuhan pelanggan, mengembangkan dan mengevaluasi kuesioner, kemudian menggunakan kuesioner (Supranto, 2001).

Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu teknik *purposive sampling* yaitu pasien rawat jalan yang sudah pernah melakukan pengobatan rawat jalan minimal satu kali. Yang diukur oleh kuesioner adalah harapan pelanggan, persepsi pelanggan dan tingkat kepentingan setiap atribut, dengan jumlah atributnya sebanyak 44 atribut.

Penyebaran kuesioner dilakukan dua tahap. Tahap pertama sebanyak 31 kuesioner (30 dianggap valid dan 1 dianggap tidak valid). Pada 30 kuesioner ini dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan menggunakan SPSS versi 19. $R_{tabel} = df = N - 2$, dengan taraf signifikan (α) = 5% dan tingkat keyakinan = 95%. Atribut dapat dikatakan valid jika data tersebut memiliki nilai korelasi yang lebih besar dari r_{tabel} dan dapat dikatakan tidak valid jika nilai korelasi lebih kecil dari r_{tabel} dan kuesioner dikatakan reliabel jika r_{hitung} lebih besar dari r_{tabel} , maka dikatakan reliabel (Sulistiyowati, 2008).

Untuk mengetahui apakah sampel data yang diambil sudah mencukupi untuk mewakili sampel data populasi dilakukan uji kecukupan data dengan rumus Bernoulli (Sulistiyowati, 2008). Tahap kedua jumlah kuesioner yang disebar sebanyak 20. Sehingga total kuesioner keseluruhan yang disebar sebanyak 50 kuesioner.

Hasil kuesioner kemudian diolah dengan menggunakan *servqual* untuk mendapatkan nilai *gap* negatif terbobot terbesar dan merupakan atribut yang akan dicari akar penyebabnya serta perbaikannya. Nilai *gap* ini berasal dari nilai harapan dan persepsi konsumen sedangkan bobot merupakan hasil bagi antara tingkat tingkat kepentingan dengan total skor tingkat kepentingan.

Setelah diketahui atribut yang paling berpengaruh dalam kualitas layanan, maka selanjutnya adalah mengidentifikasi tipe-tipe *waste* yang terjadi pada proses layanan dengan menggunakan *Lean Healthcare*. Waktu proses layanan diperoleh menggunakan metode jam henti. Setelah data waktu proses layanan didapat, maka dilakukan uji data, yaitu uji keseragaman, uji kecukupan data dan uji kenormalan.

Untuk penilaian tingkat keseringan *waste* dilakukan dengan cara pengamatan. Yang diamati adalah berapa kali setiap aktivitas terjadi dan berapa kali aktivitas yang termasuk ke dalam *waste* terjadi selama pengamatan.

Setelah diketahui *waste* yang terjadi dalam proses layanan, maka selanjutnya adalah menentukan *Critical To Quality* (CTQ). Alat yang digunakan untuk menentukan karakter CTQ adalah CTQ *Tree* (Kholil, 2006). Jika jumlah CTQ sudah diketahui, maka dapat dihitung kapabilitas prosesnya.

Selanjutnya adalah mengidentifikasi faktor-faktor penyebab terjadinya *waste* dengan menggunakan *tools* diagram pohon. Setelah faktor-faktor penyebab terjadinya *waste* diketahui, maka tahap berikutnya adalah merancang usulan perbaikan dengan

menggunakan 5W+1H.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menggunakan kerangka *Six Sigma* yaitu DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improvement, Control*). Hanya saja tahap *Control* tidak dilakukan tetapi hanya sebatas memberikan usulan rancangan perbaikan untuk meningkatkan kualitas layanan poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cilegon. Tahap pertama yaitu *Define* merupakan tahap mengidentifikasi sumber ketidakpuasan pasien. Tahap *Define* merupakan hasil dari kuesioner yang disebarkan kepada pasien. Adapun atribut-atribut yang digunakan dalam kuesioner berdasarkan lima dimensi *Servqual* oleh Parasuraman, Zeithaml dan Berry pada tahun 1988 yaitu dimensi *tangible* (bukti fisik), *reliability* (keandalan), *responsiveness* (daya tanggap) *assurance* (jaminan), dan *empathy* (empati). Berdasarkan pengolahan data, atribut yang memiliki nilai *gap Servqual* terbobot terbesar adalah atribut waktu menunggu untuk pemeriksaan dari dimensi *responsiveness* dengan nilai *gap Servqual* terbobot sebesar -0,0497. Atribut inilah yang menjadi sumber ketidakpuasan pasien dan merupakan sasaran yang akan dilakukan perbaikan.

Tahap kedua yaitu *Measure* merupakan tahap mengukur kemampuan proses pada saat sekarang. Proses yang diamati adalah proses layanan poli kulit dan kelamin. Pengamatan dilakukan untuk mengidentifikasi aktivitas-aktivitas yang dapat memberi nilai tambah bagi pasien dan aktivitas-aktivitas yang tidak memberi nilai tambah bagi pasien. Hasil pengamatan proses disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Proses Layanan Poliklinik Kulit dan Kelamin

No	Aktivitas	Waktu (detik)	Kategori
1	Admin memeriksa perlengkapan	515,06	NNVA
2	Pasien menyerahkan <i>form</i> registrasi & berkas kepada admin	5,34	NNVA
3	Pendataan & pengurutan pasien	107,44	NNVA
4	Transfer <i>form</i> rekam medis ke ruang pemeriksaan	8,66	NNVA
5	Penyerahan <i>form</i> rekam medis ke ruang pemeriksaan oleh admin	3,20833	NNVA
6	Admin kembali ke meja administrasi	8,66	NNVA
7	Pasien menunggu dokter	2761,67	NVA
8	Pasien menunggu untuk pemeriksaan	715,469	NNVA
9	Pasien dipanggil untuk pemeriksaan	3,25833	VA
10	Pasien menuju ke ruang pemeriksaan	9,2	NNVA

Tabel 1. Proses Layanan Poliklinik Kulit dan Kelamin (Lanjutan)

No	Aktivitas	Waktu (detik)	Kategori
11	Konsultasi	116,78	VA
12	Dokter mengambil peralatan	121,057	NNVA
13	Pemeriksaan	290,581	VA
14	Analisis	248,292	VA
15	Pasien ke bagian administrasi	8,66	NNVA
16	Penyerahan <i>form</i> rekam medis ke admin oleh pasien	4,16	NNVA
17	Penyelesaian berkas-berkas dan resep (administrasi)	122,581	NNVA
18	Pemanggilan pasien untuk penyerahan berkas	3,25	VA
19	Transportasi pasien dari tempat tunggu ke bagian administrasi	4,55	NNVA
20	Penyerahan berkas-berkas dan resep kepada pasien	4,025	VA

Berdasarkan pengamatan selama 22 hari, aktivitas-aktivitas yang termasuk ke dalam pemborosan adalah sebagai berikut :

1. *Waste Overprocessing* adalah melakukan kegiatan lebih dari yang diperlukan untuk menyelesaikan sebuah pekerjaan, pekerjaan yang telah dilakukan di tempat yang berbeda atau departemen lain dalam cara yang sedikit berbeda (Jimmerson, 2010). Dalam hal ini, *waste* yang terjadi yaitu admin mengurutkan pasien dan mendata ulang data pribadi pasien (*waste* A = 281 kali), berkaitan dengan aktivitas no.3.
2. *Motion/conveyance* adalah gerakan fisik berupa perpindahan orang dan produk dari satu tempat ke tempat lain, serta mengambil item yang tidak berguna dan berjalan ke lokasi lain hanya untuk kembali ke titik awal untuk melanjutkan pekerjaan (Jimmerson, 2010). Dalam hal ini, *waste* yang terjadi yaitu admin bolak-balik dari meja admin ke ruang pemeriksaan untuk menyerahkan *form* rekam medis (*waste* B = 281 kali), berkaitan dengan aktivitas no.4, 5 dan 6.
3. *Waiting* adalah keterlambatan dalam pelayanan yaitu waktu yang dihabiskan untuk melakukan sesuatu (Jimmerson, 2010). Dalam hal ini, *waste* yang terjadi yaitu pasien menunggu dokter (*waste* C = 38 kali), berkaitan dengan no.7.

Setelah diketahui aktivitas-aktivitas yang termasuk ke dalam pemborosan, maka dapat ditentukan *Critical To Quality* (CTQ) untuk setiap *waste*. *Critical To Quality* (CTQ) tersebut adalah sistem registrasi yang terkomputerisasi, tidak terjadi lagi proses pendataan ulang data pribadi serta pengurutan pasien, *form* rekam medis dalam bentuk *soft*, tidak ada lagi aktivitas admin bolak-balik untuk menyerahkan *form* rekam medis ke dokter, sebelum melakukan registrasi, pasien sudah mengetahui informasi jam praktik dokter yaitu jam 09.45 WIB dan tidak ada aktivitas pasien menunggu dokter.

Critical To Quality (CTQ) pertama adalah sistem registrasi yang terkomputerisasi. Sistem registrasi yang

terkomputerisasi dapat lebih memudahkan pihak rumah sakit dalam mencatat data pribadi pasien sehingga admin yang bertugas di poliklinik tidak perlu melakukan pendataan ulang dan urutan registrasi dapat dilihat langsung oleh admin. Kedua, *Critical To Quality* (CTQ) yang mempengaruhi terjadinya *waste* yaitu tidak terjadi lagi proses pendataan ulang data pribadi serta pengurutan pasien. Ketiga, tanda bahwa tidak terjadinya aktivitas *waste* B adalah tidak ada lagi aktivitas admin bolak-balik untuk menyerahkan *form* rekam medis ke dokter. Keempat sebelum melakukan registrasi, pasien sudah mengetahui informasi jam praktik dokter yaitu jam 09.45 WIB. Informasi ini sangat penting bagi pasien karena berkaitan dengan waktu tunggu yang akan dialami pasien. Kelima, tanda bahwa tidak terjadinya aktivitas *waste* C tersebut tidak ada aktivitas pasien menunggu dokter.

Setelah *Critical To Quality* (CTQ) ditentukan, maka dapat dihitung kapabilitas proses layanan poli kulit dan kelamin yang disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Perhitungan Kapabilitas Proses Layanan Poli Kulit dan Kelamin

Langkah	Aktivitas	Persamaan	Hasil
1	Proses layanan apa yang diamati ?		Proses layanan poli kulit dan kelamin
2	Berapa kali aktivitas terjadi ?		5620
3	Berapa kali <i>waste</i> terjadi ?		600
4	Hitung tingkat keluhan	langkah 3 / langkah 2	0.11
5	Tentukan banyaknya CTQ potensial yang dapat mengakibatkan keluhan ?	banyaknya karakteristik CTQ	6
6	Hitung peluang singkat keluhan per karakteristik CTQ	langkah 4 / langkah 5	0.02
7	Hitung kemungkinan keluhan per satu juta kesempatan (DPMO)	langkah 6*1000.000	17793.59
8	Konversi DPMO ke dalam nilai sigma		3.60
9	Kesimpulan		Kapabilitas sigma 3.60

Berdasarkan pengamatan selama 22 hari dan dilakukan perhitungan kapabilitas proses layanan poliklinik kulit dan kelamin, diperoleh bahwa jumlah aktivitas yang terjadi sebanyak 5620 aktivitas. Sedangkan aktivitas yang termasuk ke dalam pemborosan terjadi sebanyak 600 aktivitas. Hal ini menunjukkan bahwa cukup banyak yaitu sebesar 10.68% aktivitas yang tidak bernilai tambah bagi pelanggan dan dapat menyebabkan ketidakpuasan pelanggan. Nilai *Defects Per Million Opportunities* (DPMO) sebesar 17793.59. Artinya, dalam satu kali proses layanan terdapat rata-rata kesempatan untuk gagal dari CTQ yang ditentukan adalah 17793.59 kegagalan per satu juta kesempatan. Dengan menggunakan tabel DPMO, didapat bahwa

kapabilitas sigma untuk proses layanan poliklinik kulit dan kelamin sebesar 3.60. Ini menunjukkan bahwa kinerja produksi cukup bagus karena berada di atas rata-rata perusahaan Indonesia. Dalam Gaspersz (2007), rata-rata pencapaian nilai sigma industri di Indonesia adalah 2 sigma. Walaupun sudah di atas rata-rata, namun itu bukanlah tujuan akhir dari *Six Sigma*. Tujuan akhir dari *Six Sigma* adalah *zero defect*. Oleh karena itu, pihak rumah sakit harus melakukan perbaikan terus-menerus sampai tercapai target *Six Sigma*.

Selanjutnya adalah tahap *Analyze* yaitu mengidentifikasi faktor-faktor penyebab terjadinya *waste* dengan menggunakan *tool* diagram pohon. Faktor penyebab yang pertama adalah petugas registrasi tidak mengurutkan pasien. Pasien diurutkan oleh admin poliklinik berdasarkan kedatangannya. Aktivitas admin mengurutkan pasien terjadi karena petugas registrasi tidak mengurutkan pasien berdasarkan poliklinik yang akan dikunjungi. Jika petugas registrasi mengurutkan pasien, maka data urutan pasien harus diberikan kepada admin poliklinik sebelum pasien tiba di poliklinik. Namun ini cukup sulit dilakukan mengingat Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang belum terkomputerisasi karena data urutan pasien tidak dapat langsung dilihat oleh admin.

Faktor penyebab yang kedua adalah sistem masih manual (belum terkomputerisasi) pada bagian registrasi, *form* rekam medis serta admin poliklinik kulit dan kelamin. Admin perlu mencatat daftar pasien yang berobat setiap harinya sebagai laporan harian. Sebenarnya petugas registrasi sudah mencatat data pribadi pasien, namun data tersebut terdapat di *form* registrasi. Sedangkan *form* registrasi yang diberikan masih berbentuk kertas (*hardcopy*) sehingga admin perlu mendata ulang.

Faktor penyebab yang ketiga yaitu tidak ada informasi mengenai jam praktik dokter. Praktik dokter dimulai pada jam 09.45 WIB, namun informasi mengenai jam praktik dokter ini belum tersampaikan dengan baik kepada pasien sehingga pasien harus menunggu kedatangan dokter terlebih dahulu dan pasien baru mengetahui jam praktik dokter saat pasien sudah melakukan registrasi ulang di admin poliklinik. Hal ini sangat mengecewakan pasien, selain karena harus menunggu lama, juga karena kurangnya informasi awal mengenai jam praktik dokter. Informasi ini sangat penting karena berkaitan dengan waktu tunggu, selain itu pasien juga ingin cepat dilayani saat datang ke rumah sakit.

Faktor penyebab yang keempat yaitu kurangnya komunikasi antara dokter dengan petugas informasi. Petugas informasi memberikan informasi kepada pelanggan bahwa jam praktik dokter spesialis kulit dan kelamin adalah jam 09.00 WIB, sedangkan jam praktik dokter sebenarnya adalah jam 09.45 WIB. Hal ini menunjukkan bahwa kurangnya komunikasi antara dokter dengan petugas informasi. Dengan adanya kesalahan informasi jam praktik dokter ini dapat mengakibatkan pasien menunggu dokter dalam waktu

yang cukup lama.

Tahap berikutnya adalah tahap *improvement* yaitu tahap dimana peneliti merancang usulan perbaikan dengan menggunakan 5W+1H. Usulan rancangan perbaikan untuk meningkatkan kualitas layanan poliklinik kulit dan kelamin yang pertama yaitu petugas registrasi mengurutkan pasien berdasarkan poliklinik yang dituju. Dengan begitu, admin tidak perlu mengurutkan pasien lagi karena pasien sudah diurutkan sesuai urutan registrasinya. Pada saat pasien datang, admin dapat langsung memanggil nama pasien sesuai urutan yang diberikan petugas registrasi tanpa harus menunggu *form* registrasi yang dibawa oleh pasien untuk melihat namanya kemudian baru diurutkan.

Usulan rancangan perbaikan yang kedua yaitu membuat sistem yang terkomputerisasi di bagian registrasi, poliklinik kulit dan kelamin dan dokter sehingga urutan pasien dapat langsung dilihat oleh admin sesuai catatan bagian registrasi dan admin tidak perlu melakukan pendataan ulang data pribadi pasien setiap kali berkunjung.

Usulan rancangan perbaikan yang ketiga yaitu memasang jadwal praktik dokter di papan informasi serta di depan pintu ruangan poliklinik kulit dan kelamin. Pemasangan jadwal praktik dokter di papan informasi dilakukan agar sebelum pasien mendaftar, pasien dapat mengetahui terlebih dahulu jam praktik dokter sehingga pasien tidak merasa kesal karena dokter belum datang. Informasi ini juga dipasang di depan pintu ruangan poliklinik kulit dan kelamin sebagai bahan informasi pasien poliklinik lain yang mungkin ingin mengunjungi poliklinik kulit dan kelamin.

Usulan rancangan perbaikan yang keempat yaitu pemberitahuan informasi oleh petugas registrasi kepada setiap pasien yang mendaftar. Pemberitahuan dilakukan untuk mengantisipasi jika pasien belum mengetahui informasi tersebut.

Usulan rancangan perbaikan yang kelima yaitu registrasi dapat dilakukan via telepon. Hal ini dimaksudkan untuk dapat lebih memudahkan pasien dalam melakukan registrasi. Dengan melakukan registrasi melalui telepon, pasien dapat mengetahui jam praktik dokter dan nomor antrian sehingga pasien dapat memperkirakan jam keberangkatannya ke rumah sakit sehingga tidak perlu menunggu lama.

Usulan rancangan perbaikan yang keenam yaitu dokter selalu memberitahu petugas informasi mengenai jadwal praktiknya, baik hari maupun jam praktik, terutama jika ada perubahan jadwal ataupun cuti. Ini dilakukan agar tidak terjadi lagi kesalahan informasi yang diberikan kepada pelanggan. Informasi yang diberikan oleh petugas informasi, admin poliklinik, petugas registrasi yang tertera di papan informasi harus sama sehingga tidak membingungkan bahkan mengecewakan pasien.

Dengan mengeliminasi aktivitas-aktivitas yang termasuk ke dalam pemborosan yakni aktivitas

pendataan dan pengurutan pasien (3), transfer *form* rekam medis ke ruang pemeriksaan (4), penyerahan *form* rekam medis ke ruang pemeriksaan oleh admin (5), admin kembali ke meja administrasi (6) dan pasien menunggu dokter (7), maka proses layanan poliklinik kulit dan kelamin akan menjadi lebih cepat, yang semula dilakukan selama 1 jam 24 menit menjadi 36 menit.

Berikut ini lebih jelasnya dalam bentuk tabel.

Tabel 3. Waktu Layanan Poli Kulit dan Kelamin Sebelum dan Sesudah Eliminasi Pemborosan dalam Detik

	VA	NNVA	NVA	Total
Sebelum mengeleminasi waste	666.19	1634.05	2761.67	5061.90
Setelah mengeliminasi waste	666.19	1514.11	0.00	2180.30
Selisih waktu	0.00	119.93	2761.67	2881.60
Persentase waktu yang dapat direduksi	0.00 %	7.34 %	100.00 %	56.93%

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, maka kesimpulan yang diperoleh yaitu faktor dominan yang menjadi sumber ketidakpuasan konsumen adalah atribut waktu menunggu untuk pemeriksaan (Res1) dari dimensi *responsiveness* dengan nilai *gap Servqual* terbobot sebesar -0.0497. Sedangkan tipe *waste* yang menjadi faktor penyebab dari ketidakpuasan konsumen adalah *waste overprocessing* yaitu aktivitas admin mengurutkan pasien dan mendata ulang data pribadi pasien. Selain itu, *waste motion/conveyance* yaitu aktivitas admin bolak-balik dari meja admin ke ruang pemeriksaan untuk menyerahkan *form* rekam medis dan *waste waiting* yaitu aktivitas pasien menunggu dokter. Faktor penyebab terjadinya *waste* adalah petugas registrasi tidak mengurutkan pasien, sistem yang masih manual, tidak ada informasi mengenai jam praktik dokter dan kurangnya komunikasi antara dokter dengan petugas informasi.

Rancangan perbaikan yang diusulkan yaitu petugas registrasi mengurutkan pasien berdasarkan poliklinik yang dituju, membuat sistem yang terkomputerisasi, memasang jadwal praktik dokter di papan informasi serta di depan pintu ruangan poliklinik kulit dan kelamin, pemberitahuan informasi oleh petugas registrasi kepada setiap pasien yang mendaftar, registrasi dapat dilakukan via telepon, serta dokter selalu memberitahu petugas informasi mengenai jadwal praktiknya, baik hari maupun jam praktik, terutama jika ada perubahan jadwal ataupun cuti.

DAFTAR PUSTAKA

Ariyani. 2009. *Analisis Pengetahuan dan Motivasi Perawat yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan*

Program Patient Safety di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Dr Moewardi Surakarta Tahun 2008, Tesis, Program Ilmu Kesehatan Masyarakat, Semarang : Universitas Diponegoro.

Batubara, K. 2009. Pengaruh Pengalaman dan Pengetahuan Aparat Pengawas Intern Pemerintah terhadap Pendeteksian Penyimpangan dengan Intuisi Sebagai Variabel Intervening di Inspektorat Kabupaten Deli Serdang. *Tesis S-2*. Program Studi Ilmu Akuntansi, Universitas Sumatera Utara, Medan.

Fajar, N.A. 2010. Kepuasan Pasien JAMKESMAS terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan di Poli Umum PUSKESMAS Petaling Kabupaten Bangka Tahun 2009, *Jurnal Pembangunan Manusia*, Volume 04, hal. 1-11.

Gaspersz, V. 2002. *Total Quality Manajement*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.

Gaspersz, V. 2007. *Lean Six Sigma for Manufacturing and Services Industries*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.

Jimmerson, C.L. 2010. *Value Stream Mapping for Healthcare Made Easy*. New York : Taylor & Francis Group.

Kholil, M. 2006. Usulan Perbaikan Kualitas dengan Metode SPC untuk Mengurangi Cacat Bending Part Scale PF pada Proses Injection pada Produk Plastic Department PT. Indonesia Epson Industry, *Jurnal Bulletin Penelitian*, No. 10.

Kuncoro, M. 2003. *Metode Riset untuk Bisnis dan Ekonomi*. Jakarta : Erlangga.

Naomi, P. 2011. Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan terhadap Jasa Pelayanan Kesehatan (Menggunakan Metoda Performance Importance Analysis Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Sumedang), *Jurnal Manajemen Industri*, Universitas Winaya Mukti, Sumedang.

Rahmani, V.F. 2009. Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan terhadap Kualitas Pelayanan (Studi Kasus : RSUD Bhakti Asih Tangerang). *Skripsi S-1*. Departemen Manajemen, Institut Pertanian Bogor, Bogor.

Santoso, A. dan Hanif, A.R.A. 2002. *Kamus Lengkap Bahasa Indonesia*. Surabaya : Alumni.

Sulistiyowati, W. 2008. Integrasi Metode Servqual, Lean dan Six Sigma Implementasi : PT.PLN (Persero) Distribusi Jawa Timur, APJ Surabaya Selatan – UPJ Ngagel. *Tesis S-2*. Bidang Keahlian Rekayasa Kualitas, Institut Teknologi Sepuluh November, Surabaya.

Supranto, J. 2001. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan untuk Menaikkan Pangsa Pasar*. Jakarta : Rineka Cipta.

Sutalaksana, I.Z., Anggawisastra, R. dan Tjakraatmadja, J.H.
2006. *Teknik Perancangan Sistem Kerja*. Bandung : ITB.

Tjiptono, F. dan Chandra, G. 2003. *Total Quality Management*. Yogyakarta : Andi.

Tjiptono, F. dan Chandra, G. 2005. *Service, Quality & Satisfaction*. Yogyakarta : Andi.