

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut Departemen Kesehatan RI (2009), rumah sakit umum yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan sub spesialisik. Rumah sakit mempunyai misi yaitu dengan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Rumah sakit mempunyai tugas dalam melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilakukan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Dalam penyelenggaraan upaya tersebut rumah sakit umum mempunyai fungsi menyelenggarakan: pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, administrasi dan keuangan.

Beberapa pengertian rumah sakit yang dikemukakan para ahli (Azwar, 2010), diantaranya:

- A. Rumah sakit adalah pusat di mana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran diselenggarakan (Association of Hospital Care, 1947)

- B. Rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis sert pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (American Hospital Association; 1974).
- C. Rumah sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran
- D. Perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan (Wolper dan Pena, 1987).

2.1.2 Fungsi Rumah Sakit

Menurut Permenkes RI no 44/5/2009. Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan

d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.3 Jenis Rumah Sakit.

Sesuai dengan perkembangan yang dialami, pada saat ini rumah sakit dapat dibedakan atas beberapa macam, yaitu:

1. Menurut pemilik

Jika ditinjau dari pemiliknya, Rumah Sakit dapat dibedakan atas dua macam yakni Rumah Sakit Pemerintah (government hospital) dan Rumah Sakit Swasta (private hospital).

2. Menurut filosofi yang dianut

Jika ditinjau dari filosofi yang dianut, Rumah Sakit dapat dibedakan atas dua macam yakni Rumah Sakit yang tidak mencari keuntungan (non-profit hospital) dan Rumah Sakit yang mencari keuntungan (profit hospital).

3. Menurut jenis pelayanan yang diselenggarakan

Jika ditinjau dari jenis pelayanan yang diselenggarakan, Rumah Sakit dapat dibedakan atas dua macam yakni Rumah Sakit Umum (general hospital) jika semua jenis pelayanan kesehatan diselenggarakan, serta Rumah Sakit Khusus (specialty hospital) jika hanya satu jenis pelayanan kesehatan saja yang diselenggarakan.

4. Menurut lokasi Rumah Sakit

Jika ditinjau dari lokasinya, Rumah Sakit dapat dibedakan atas beberapa macam yang ke semuanya tergantung dari pembagian sistem pemerintah yang dianut. Misalnya Rumah Sakit Pusat jika lokasinya di ibukota negara, Rumah Sakit Propinsi jika lokasinya di ibukota propinsi dan Rumah Sakit Kabupaten jika lokasinya di ibukota kabupaten. (Azwar, 2010)

2.1.4 Klasifikasi Rumah Sakit.

Jika ditinjau dari kemampuan yang dimiliki, Rumah Sakit di Indonesia dibedakan atas lima macam, yakni: (Azwar, 2010)

1. Rumah Sakit kelas A

Rumah Sakit kelas A adalah Rumah Sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspecialis luas. Oleh Pemerintah, Rumah Sakit kelas A ini telah ditetapkan sebagai tempat pelayanan tertinggi (top referral hospital) atau disebut pula sebagai Rumah Sakit Pusat.

2. Rumah Sakit kelas B

Rumah Sakit kelas B adalah Rumah Sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis luas dan subspecialis terbatas. Direncanakan Rumah Sakit kelas B didirikan di setiap ibukota propinsi (provincial hospital) yang menampung pelayanan rujukan dari Rumah Sakit Kabupaten. Rumah Sakit pendidikan yang tidak termasuk kelas A juga diklasifikasikan sebagai rumah Sakit kelas B.

3. Rumah Sakit kelas C

Rumah Sakit kelas C adalah Rumah Sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas. Pada saat ini ada empat macam pelayanan spesialis ini yang disediakan yakni pelayanan penyakit dalam, pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak serta pelayanan kebidanan dan kandungan. Direncanakan Rumah Sakit kelas C ini akan didirikan di setiap ibukota Kabupaten (Regency hospital) yang menampung pelayanan rujukan dari PUSKESMAS.

4. Rumah Sakit kelas D

Rumah Sakit kelas D adalah Rumah Sakit yang bersifat transisi karena pada satu saat akan ditingkatkan menjadi Rumah Sakit kelas C. Pada saat ini kemampuan Rumah Sakit kelas D hanyalah memberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi. Sama halnya dengan Rumah Sakit kelas C, Rumah Sakit kelas D ini juga menampung pelayanan rujukan yang berasal dari PUSKESMAS.

5. Rumah Sakit kelas E

Rumah Sakit kelas E adalah Rumah Sakit khusus (special hospital) yang menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kedokteran saja. Pada saat ini banyak Rumah Sakit kelas E yang telah ditemukan. Misalnya Rumah Sakit jiwa, Rumah sakit kusta, Rumah Sakit paru, Rumah Sakit kanker, Rumah Sakit jantung, Rumah Sakit ibu dan anak dan lain sebagainya yang seperti ini.

Kelima jenjang Rumah Sakit ini serta berbagai sarana pelayanan kedokteran lainnya saling berhubungan dalam suatu sistem rujukan, yang disederhanakan dapat dilihat dalam Bagan 2.1.4



2.1 Sistem Rujukan Pelayanan Rumah Sakit (Azwar, 2010)

2.2 Rawat Inap.

2.2.1 Pengertian Rawat Inap

Menurut Permenkes No 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.

Rawat inap atau disebut juga dengan Opname adalah sebuah istilah dimana pasien sebuah rumah sakit harus menjalani proses perawatan yang ditangani oleh dokter sesuai dengan penyakit yang diderita. Tindakan yang akan dilakukan kepada pasien saat menjalani rawat inap merupakan kewajiban dari

rumah sakit, para tenaga medis akan memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien agar lekas sembuh dan diperbolehkan pulang, adapun tindakan yang diberikan meliputi : Observasi, Diagnosa, Terapi, Rehabilitasi medik dan berbagai jenis pelayanan medis lainnya yang mungkin dibutuhkan untuk menunjang proses pengobatan dan keperawatan pasien. Jumlah pasien dalam suatu kamar rawat inap juga disesuaikan dengan tingkatan kelas ruang rawat inap tersebut. (Thamrin, 2016)

Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 huruf h mencakup:

- a. Rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
- b. Pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi;
- c. Pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas PONEB;
- d. Pertolongan neonatal dengan komplikasi; dan
- e. Pelayanan transfusi darah sesuai kompetensi Fasilitas Kesehatan dan/atau kebutuhan medis (Permenkes, 2013).

2.2.2 Tujuan Rawat Inap

- A. Untuk memudahkan pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif.

- B. Untuk memudahkan menegakkan diagnosis pasien dan perencanaan terapi yang tepat.
- C. Untuk memudahkan pengobatan dan terapi yang akan dan harus didapat pasien
- D. Untuk mempercepat tindakan kesehatan
- E. Memudahkan pasien untuk mendapatkan berbagai jenis pemeriksaan penunjang yang diperlukan.
- F. Untuk mempercepat penyembuhan penyakit pasien
- G. Untuk memenuhi kebutuhan pasien sehari-hari yang berhubungan dengan penyembuhan penyakit, termasuk pemenuhan gizi, dll (Thamrin, 2016).

2.3 Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Management/ TQM)

2.3.1 Sejarah Perkembangan Manajemen Mutu Terpadu.

Beberapa pelopor manajemen mutu adalah Edwards Demming, Joseph Juran, Crosby, Ishikawa, dan sebagainya. Istilah penting yang sering digunakan dalam manajemen mutu adalah Total Quality Management (TQM), Quality Assurance (QA), Continuous Quality Control, dan sebagainya. Manajemen mutu mulai dikembangkan di Jepang setelah ekonomi Jepang ambruk akibat kalah perang dalam perang dunia ke II. Pada awal tahun 1950-an, Jepang mengundang konsultan manajemen Edward Demming dan Juran dari Amerika Serikat untuk memulihkan perekonomiannya hancur akibat perang. Mereka memperkenalkan teori statistical process control yang menjadi cikal bakal pendekatan ilmiah dalam

pengembangan mutu produk. Edward Demming dan Juran juga memperkenalkan segitiga mutu (komitmen, keterlibatan semua staf dan pendekatan ilmiah). Diagram tulang ikan (fishbone diagram oleh Ishikawa) digunakan oleh pihak manajemen untuk menganalisis sebab akibat timbulnya masalah mutu produk (Muninjaya, 2012).

Banyak aspek TQM yang bersumber dari Amerika (Schmidt dan Finnigan, 1992, dalam Bounds, et.al, 1994, p. 61), diantaranya (Nasution, 2015):

1. Manajemen ilmiah, yaitu berupa menemukan satu cara terbaik dalam melakukan suatu pekerjaan.
2. Dinamika kelompok, yaitu mengupayakan dan mengorganisasikan kekuatan pengalaman kelompok.
3. Pelatihan dan pengembangan yang merupakan investasi dalam sumber daya manusia.
4. Motivasi berprestasi.
5. Keterlibatan karyawan.
6. Sistem sosioteknikal, dimana organisasi beroperasi sebagai sistem yang terbuka.
7. Pengembangan organisasi
8. Budaya organisasi, yakni menyangkut keyakinan, mitos, dan nilai-nilai yang mengarahkan perilaku setiap orang dalam organisasi

9. Teori kepemimpinan baru, yakni menginspirasi dan memberdayakan orang lain untuk bertindak
10. Konsep linkin-pin dalam organisasi, yaitu membentuk tim fungsional silang
11. Perencanaan strategi.

2.3.2 Pengertian Manajemen Mutu Terpadu (TQM)

TQM diartikan sebagai perpaduan semua fungsi dari perusahaan ke dalam falsafah holistik yang dibangun berdasarkan konsep kualitas, teamwork, produktifitas, dan pengertian serta kepuasan pelanggan (Ishikawa dalam Pawitra, 1993, p. 135). Definisi lainnya mengatakan bahwa TQM merupakan sistem manajemen yang mengangkat kualitas sebagai strategi usaha dan berorientasi pada kepuasan pelanggan dengan melibatkan seluruh anggota organisasi. TQM merupakan sistem manajemen yang berfokus pada orang/ karyawan dan bertujuan untuk terus menerus meningkatkan nilai yang diberikan pada pelanggan dengan biaya penciptaan nilai yang lebih rendah tersebut (Nasution, 2015).

Untuk memudahkan pemahamannya, pengertian manajemen mutu terpadu (TQM) dapat dibedakan dalam dua aspek. Aspek pertama menguraikan apa manajemen mutu terpadu (TQM) itu dan aspek kedua membahas bagaimana mencapainya.

Manajemen mutu terpadu (TQM) merupakan suatu pendekatan dalam menjalankan usaha yang mencoba untuk memaksimalkan daya saing organisasi melalui perbaikan terus menerus atas produk, jasa, manusia, proses dan lingkungannya (Tjptono, 2003).

Total quality approach hanya dapat dicapai dengan memperhatikan karakteristik TQM berikut ini:

- Fokus pada pelanggan, baik pelanggan internal maupun eksternal
- Memiliki obsesi yang tinggi terhadap kualitas
- Menggunakan pendekatan ilmiah dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah
- Memiliki komitmen jangka panjang
- Membutuhkan kerja sama tim (teamwork)
- Memperbaiki proses secara berkesinambungan
- Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- Memberikan kebebasan yang terkendali
- Memiliki kesatuan tujuan
- Adanya keterlibatan dan pemberdayaan karyawan

2.3.3 Perbedaan Manajemen Mutu Terpadu (TQM) dengan metode manajemen lainnya

Ada empat perbedaan pokok antara TQM dengan metode manajemen lainnya:

1. Asal intelektualnya.

Sebagian besar teori dan teknik manajemen berasal dari ilmu-ilmu sosial. Ilmu ekonomi mikro merupakan dasar dari sebagian besar teknik-teknik

manajemen keuangan (misalnya analisis discounted cash flow, dan penilaian sekuritas); ilmu psikologi mendasari teknik pemasaran dan decision support system; dan sosiologi memberikan dasar konseptual bagi desain organisasi. Sementara itu dasar teoritis dari TQM adalah statistika. Inti dari TQM adalah Pengendalian Proses Statistikal (SPC/Statistical Process Control) yang didasarkan pada sampling dan analisis varians.

2. Sumber inovasinya.

Bila sebagian besar ide dan teknik manajemen bersumber dari sekolah bisnis dan perusahaan konsultan manajemen terkemuka, maka inovasi TQM sebagian besar dihasilkan oleh para pionir yang pada umumnya adalah insinyur teknik industri dan ahli fisika yang bekerja di sektor industri dan pemerintah

3. Asal negara kelahirannya.

Kebanyakan konsep dan teknik dalam manajemen keuangan, pemasaran, manajemen strategik, dan desain organisasi berasal dari Amerika Serikat dan kemudian tersebar ke seluruh dunia. Sebaliknya TQM semula berasal dari Amerika Serikat, kemudian lebih banyak dikembangkan di Jepang dan kemudian berkembang ke Amerika Utara dan Eropa. Jadi TQM mengintegrasikan keterampilan teknis dan analisis dari Amerika, keahlian implementasi dan pengorganisasian Jepang, serta tradisi keahlian dan integritas dari Eropa dan Asia (Tjiptono, 2003).

2.3.4 Prinsip dan unsur pokok Manajemen Mutu Terpadu (TQM)

TQM merupakan suatu sistem yang berupaya melaksanakan sistem manajemen kualitas kelas dunia. Untuk itu diperlukan perubahan besar dalam budaya dan sistem nilai suatu organisasi. Menurut Hensler dan Brunell (dalam Scheuing dan Christopher, 1993, pp. 165-166), ada empat prinsip utama dalam TQM. Keempat prinsip tersebut adalah (Tjiptono, 2003):

1. Kepuasan Pelanggan

Dalam TQM, konsep mengenai kualitas dan pelanggan diperluas. Kualitas tidak lagi hanya bermakna kesesuaian dengan spesifikasi-spesifikasi tertentu, tetapi kualitas tersebut ditentukan oleh pelanggan. Pelanggan itu sendiri meliputi pelanggan internal dan pelanggan eksternal. Kebutuhan pelanggan diusahakan untuk dipuaskan dalam segala aspek, termasuk didalamnya harga keamanan, dan ketepatan waktu. Oleh karena itu segala aktivitas perusahaan harus dikoordinasikan untuk memuaskan para pelanggan.

Kualitas yang dihasilkan suatu perusahaan sama dengan nilai yang diberikan dalam rangka meningkatkan kualitas hidup para pelanggan. Semakin tinggi nilai yang diberikan, maka semakin besar pula kepuasan pelanggan.

2. Respek terhadap Setiap Orang

Dalam perusahaan yang kualitasnya kelas dunia, setiap karyawan dipandang sebagai individu yang memiliki talenta dan kreatifitas khas. Dengan demikian karyawan merupakan sumber daya organisasi yang paling bernilai. Oleh

karena itu setiap orang dalam organisasi diperlakukan dengan baik dan diberi kesempatan untuk terlibat dan berpartisipasi dalam tim pengambilan keputusan.

3. Manajemen Berdasarkan Fakta

Perusahaan kelas dunia, berorientasi pada fakta. Maksudnya bahwa setiap keputusan selalu didasarkan pada data, bukan sekedar pada perasaan (feeling). ada dua konsep pokok berkaitan dengan hal ini. Pertama prioritas yakni suatu konsep bahwa perbaikan tidak dapat dilakukan pada semua aspek pada saat yang bersamaan, mengingat keterbatasan sumber daya yang ada. Oleh karena itu dengan menggunakan data maka manajemen dan tim dalam organisasi dapat memfokuskan usahanya pada situasi tertentu yang vital.

Konsep kedua, variasi atau variabilitas kinerja manusia. Data statistik dapat memberikan gambaran mengenai variabilitas yang merupakan bagian yang wajar dari setiap sistem organisasi. Dengan demikian manajemen dapat memprediksikan hasil dari setiap keputusan dan tindakan yang dilakukan.

4. Perbaikan Berkesinambungan

Agar dapat sukses, setiap perusahaan perlu melakukan proses sistematis dalam melaksanakan perbaikan berkesinambungan. Konsep yang berlaku disini adalah siklus PDCA (plan-do-check-act), yang terdiri dari langkah-langkah perencanaan, melaksanakan rencana, memeriksa hasil pelaksanaan rencana, dan melakukan tindakan korektif terhadap hasil yang diperoleh.

2.3.5 Unsur utama Manajemen Mutu Terpadu (TQM)

Yang membedakan TQM dengan pendekatan-pendekatan lain dalam menjalankan usaha adalah komponen bagaimana tersebut. Komponen ini memiliki sepuluh unsur utama (Goetsch dan Davis, 1994, pp. 1-18) yang masing-masing akan dijelaskan sebagai berikut (Nasution, 2015):

1. Fokus pada Pelanggan

Dalam TQM, baik pelanggan internal maupun eksternal merupakan driver. Pelanggan eksternal menentukan kualitas produk atau jasa yang disampaikan kepada mereka, sedangkan pelanggan internal berperan besar dalam menentukan kualitas tenaga kerja, proses, dan lingkungan yang berhubungan dengan produk atau jasa.

2. Obsesi terhadap Kualitas

Dalam organisasi yang menerapkan TQM, pelanggan eksternal dan internal menentukan kualitas. Dengan kualitas yang ditetapkan tersebut, organisasi harus terobsesi untuk memenuhi atau melebihi apa yang ditentukan mereka. Hal ini berarti bahwa semua karyawan pada setiap level berusaha melaksanakan setiap aspek pekerjaannya berdasarkan perspektif. Bagaimana kita dapat melakukan dengan lebih baik? Bila suatu organisasi terobsesi dengan kualitas, maka berlaku prinsip 'good enough is never good enough'.

3. Pendekatan Ilmiah

Pendekatan ilmiah sangat diperlukan dalam penerapan TQM, terutama untuk mendesain pekerjaan dan dalam proses pengambilan keputusan dan

pemecahan masalah yang berkaitan dengan pekerjaan yang didesain tersebut. Dengan demikian data diperlukan dan dipergunakan dalam menyusun patok duga (benchmark), memantau prestasi dan melaksanakan perbaikan.

4. Komitmen Jangka Panjang

TQM merupakan suatu paradigma baru dalam melaksanakan bisnis. Untuk itu diperlukan budaya perusahaan yang baru pula. Oleh karena itu komitmen jangka panjang sangat penting guna mengadakan perubahan budaya agar penerapan TQM agar berjalan dengan sukses

5. Kerja Sama Tim (Teamwork)

Dalam organisasi yang dikelola secara tradisional sering kali diciptakan persaingan antar departemen yang ada dalam organisasi tersebut agar daya saingnya terdongkrak. Akan tetapi, persaingan internal tersebut cenderung hanya menggunakan dan menghabiskan energi yang seharusnya dipusatkan pada upaya perbaikan kualitas, yang pada gilirannya untuk meningkatkan daya saing perusahaan pada lingkungan eksternal.

Sementara itu, dalam organisasi yang menerapkan TQM, kerja sama tim, kemitraan dan hubungan dijalin dan dibina, baik antar karyawan perusahaan maupun dengan pemasok, lembaga-lembaga pemerintah, dan masyarakat sekitarnya.

6. Perbaikan sistem secara berkesinambungan

Setiap produk dan atau jasa dihasilkan dengan memanfaatkan proses-proses tertentu didalam suatu sistem/lingkungan. Oleh karena itu, sistem

yang ada perlu diperbaiki secara terus menerus agar kualitas yang dihasilkannya dapat makin meningkat.

7. Pendidikan dan Pelatihan

Dewasa ini masih terdapat perusahaan yang menutup mata terhadap pentingnya pendidikan dan pelatihan karyawan. Mereka beranggapan bahwa perusahaan bukanlah sekolah, yang diperlukan adalah tenaga terampil siap pakai. Jadi, perusahaan-perusahaan seperti itu hanya akan memberikan pelatihan sekedarnya kepada para karyawannya. Kondisi seperti itu menyebabkan perusahaan yang bersangkutan tidak berkembang dan sulit bersaing dengan perusahaan lainnya, apalagi dalam era persaingan global.

Sedangkan dalam organisasi yang menerapkan TQM, pendidikan dan pelatihan merupakan faktor yang fundamental. Setiap orang diharapkan dan didorong untuk terus menerus. Dalam hal ini berlaku prinsip bahwa belajar merupakan proses yang tidak ada akhirnya dan tidak mengenal batas usia. Dengan belajar, setiap orang dalam perusahaan dapat meningkatkan keterampilan teknis dan keahlian profesionalnya.

8. Kebebasan yang Terkendali

Dalam TQM, keterlibatan dan pemberdayaan karyawan dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah merupakan unsur yang sanga penting. Hal ini dikarenakan unsur tersebut dapat meningkatkan 'rasa memiliki' dan tanggung jawab karyawan terhadap keputusan yang telah dibuat. Selain itu, unsur ini juga dapat memperkaya wawasan dan pandangan dalam suatu keputusan yang diambil, karena pihak yang terlibat lebih banyak.

Meskipun demikian, kebebasan yang timbul karena keterlibatan dan pemberdayaan tersebut merupakan hasil dari pengendalian yang terencana dan terlaksana dengan baik. Pengendalian itu sendiri dilakukan terhadap metode-metode pelaksanaan setiap proses tertentu. Dalam hal ini karyawan yang melakukan standardisasi proses dan mereka pula yang berusaha mencari cara untuk meyakinkan setiap orang agar bersedia mengikuti prosedur standar tersebut.

9. Kesatuan Tujuan

Supaya TQM dapat diterapkan dengan baik, maka perusahaan harus memiliki kesatuan tujuan. Dengan demikian, setiap usaha dapat diarahkan pada tujuan yang sama. Akan tetapi, kesatuan tujuan ini tidak berarti bahwa harus selalu ada persetujuan/kesepakatan antara pihak manajemen dan karyawan, misalnya mengenai upah dan kondisi kerja.

10. Adanya Keterlibatan dan Pemberdayaan Karyawan.

Keterlibatan dan pemberdayaan karyawan merupakan hal yang penting dalam penerapan TQM. Usaha untuk melibatkan karyawan membawa 2 manfaat utama. Pertama, hal ini akan meningkatkan kemungkinan dihasilkannya keputusan yang baik, rencana yang baik, atau perbaikan yang lebih efektif, karena juga mencakup pandangan dan pemikiran dari pihak-pihak yang langsung berhubungan dengan situasi kerja.

Kedua, keterlibatan karyawan juga meningkat karena 'rasa memiliki' dan tanggung jawab atas keputusan dengan melibatkan orang-orang yang harus melaksanakannya.

Pemberdayaan bukan sekedar melibatkan karyawan, tetapi juga melibatkan mereka dengan memberikan pengaruh yang sungguh-sungguh berarti. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan menyusun pekerjaan yang memungkinkan para karyawan untuk mengambil keputusan mengenai perbaikan proses pekerjaannya dalam parameter yang ditetapkan dengan jelas. (Nasution, 2015)

2.3.6 Faktor yang dapat menyebabkan kegagalan Manajemen Mutu Terpadu (TQM)

Selain dikarenakan usaha pelaksanaan yang setengah hati dan harapan-harapan yang tidak realistis, ada pula beberapa kesalahan yang secara umum dilakukan pada saat organisasi memulai inisiatif perbaikan kualitas. Beberapa kesalahan yang sering dilakukan antara lain: (Tjiptono, 1995)

1. Delegasi dan kepemimpinan yang tidak baik dari manajemen senior
2. Team mania
3. Proses penyebarluasan (deployment)
4. Menggunakan pendekatan yang terbatas dan dogmatis
5. Harapan yang terlalu berlebihan dan tidak realistis
6. Empowerment yang bersifat prematur.

Masih banyak kesalahan lain yang sering dilakukan berkaitan dengan program TQM dalam suatu perusahaan. Apabila suatu perusahaan benar-benar

memahami konsep TQM sebelum mencoba menerapkannya, maka kesalahan-kesalahan tersebut dapat dihindari (Tjiptono, 2003).

2.4 Mutu Pelayanan Kesehatan

2.4.1 Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan yaitu derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan, serta yang menyelenggarakannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan dengan menyesuaikan potensi sumber daya yang tersedia secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman, dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum, dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen.

Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan pasien walaupun merupakan nilai subyektif, tetapi tetap ada dasar obyektif yang dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu pelayanan dan pengaruh lingkungan. Khususnya mengenai penilaian performance pemberi jasa pelayanan kesehatan terdapat dua elemen yang perlu diperhatikan yaitu teknis medis dan hubungan interpersonal. Hal ini meliputi penjelasan dan pemberian informasi kepada pasien tentang penyakitnya serta memutuskan bersama pasien tindakan yang akan dilakukan atas dirinya.

Menurut Ware dan Snyder dalam Wijono (1999) telah melakukan desain tentang faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan sebagai berikut:

A. Perilaku tenaga medis dalam melakukan pelayanan kesehatan

B. Fungsi terapi yang terdiri dari:

- konsultasi / pemberian keterangan tentang penyakit yang diderita
- pencegahan
- tenggang rasa
- perawatan lebih lanjut
- kebijakan manajemen

C. Fungsi perawatan yang terdiri dari:

- nyaman dan menyenangkan
- adanya perhatian yang baik
- bersikap sopan
- tanggap terhadap keluhan pasien
- kebijakan manajemen - sarana dan prasarana yang terdiri dari:
- adanya tempat perawatan
- mempunyai tenaga dokter spesialis
- mempunyai tenaga dokter
- fasilitas perkantoran yang lengkap

2.4.2 Dimensi Mutu

Lima dimensi mutu pokok yang dapat digunakan untuk mengukur persepsi pelanggan tentang mutu pelayanan kesehatan yang meliputi: (Michael, 2002)

1. Reliability (Kehandalan)

Yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan janji yang ditawarkan

2. Responsiveness (Daya tanggap)

Yaitu respon atau kesigapan karyawan dalam membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat dan tanggap, yang meliputi: kesigapan karyawan dalam melayani pelanggan, kecepatan karyawan dalam menangani transaksi dan penanganan keluhan pelanggan / pasien.

3. Assurance (Keyakinan / Jaminan)

Meliputi kemampuan karyawan atas: pengetahuan terhadap produk/jasa secara tepat, kualitas keramahtamahan, perhatian dan kesopanan dalam memberikan pelayanan, ketrampilan dalam memberikan informasi, kemampuan di dalam memberikan keamanan di dalam memanfaatkan jasa yang ditawarkan, dan kemampuan di dalam menanamkan kepercayaan pelanggan terhadap perusahaan. Dimensi jaminan ini merupakan gabungan dari dimensi:

- a. Kompetensi, artinya ketrampilan dan pengetahuan yang dimiliki oleh para karyawan untuk melakukan pelayanan
- b. Kesopanan, yang meliputi keramahan, perhatian, dan sikap para karyawan

c. Kredibilitas, meliputi hal-hal yang berhubungan dengan kepercayaan kepada perusahaan, seperti reputasi, prestasi dan sebagainya

4. Emphaty (Empati)

Yaitu perhatian secara individual yang diberikan perusahaan kepada pelanggan seperti kemudahan untuk menghubungi perusahaan, kemampuan karyawan untuk berkomunikasi dengan pelanggan dan usaha perusahaan untuk memahami keinginan dan kebutuhan pelanggannya. Dimensi emphaty ini merupakan penggabungan dari dimensi:

- a. Akses, meliputi kemudahan untuk memanfaatkan jasa yang ditawarkan
- b. Komunikasi, merupakan kemampuan melakukan komunikasi untuk menyampaikan informasi kepada pelanggan atau memperoleh masukan dari pelanggan
- c. Pemahaman kepada pelanggan, meliputi usaha perusahaan untuk mengetahui dan memahami kebutuhan dan keinginan pelanggan

5. Tangibles (Berwujud)

Meliputi penampilan fasilitas fisik seperti gedung dan ruangan front office, tersedianya tempat parkir, kebersihan, kerapihan dan kenyamanan ruangan, kelengkapan peralatan komunikasi dan penampilan karyawan.

Asuhan keperawatan sendiri merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh tenaga keperawatan. Asuhan keperawatan merupakan bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental,

keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan untuk melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri.

2.5 Mutu Pelayanan Keperawatan

2.5.1 Pengertian Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu Pelayanan keperawatan adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan oleh profesi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan pasien dalam mempertahankan keadaan dari segi biologis, psikologis, sosial dan spiritual pasien (Bahtiar, 2012).

Mutu pelayanan keperawatan adalah asuhan keperawatan profesional yang mengacu pada 5 dimensi kualitas pelayanan yaitu reability, tangibles, assurance, responsiveness, dan emphaty.

2.5.2 Tujuan Mutu Pelayanan Keperawatan

Tujuan mutu pelayanan keperawatan terdapat 5 tahap yaitu: (Nursalam eit Triwibowo, 2013)

- a. Tahap pertama adalah penyusunan standar atau kriteria, dimaksudkan agar asuhan keperawatan lebih terstruktur dan terencana berdasarkan standar kriteria masing-masing perawat.
- b. Tahap kedua adalah mengidentifikasi informasi yang sesuai dengan kriteria. Informasi diharapkan untuk lebih mendukung dalam proses asuhan keperawatan dan sebagai pengukuran kualitas pelayanan keperawatan.

- c. Tahap ketiga adalah identifikasi sumber informasi. Dalam memilih informasi yang akurat diharuskan penyelesaian yang ketat dan berkesinambungan. Beberapa informasi juga didapatkan dari pasien itu sendiri.
- d. Tahap keempat adalah mengumpulkan dan menganalisa data. Perawat dapat menyeleksi data dari pasien dan kemudian menganalisa satu persatu.
- e. Tahap kelima adalah evaluasi ulang. Ditahap ini berfungsi untuk meminimkan kekeliruan dalam pengambilan keputusan pada asuhan keperawatan dan tindakan keperawatan.

2.5.3 Faktor Mutu Pelayanan Keperawatan

Menurut Nursalam (2013) kualitas mutu pelayanan keperawatan terdiri atas beberapa faktor yaitu:

- a. Komunikasi dari mulut ke mulut (word of mouth communication), biasanya komunikasi dari mulut ke mulut sering dilakukan oleh masyarakat awam yang telah mendapatkan perawatan dari sebuah instansi. Masyarakat awam akan memberikan berita positif apabila mereka mendapatkan pelayanan yang baik selama di rawat atau memberikan berita negatif tentang mutu pelayanan keperawatan berdasarkan pengalaman yang tidak menyenangkan.
- b. Kebutuhan pribadi (personal need), kebutuhan dari masing-masing pasien bervariasi akan mutu pelayanan keperawatan jua harus menyesuaikan berdasarkan kebutuhan pribadi pasien.
- c. Pengalaman masa lalu (past experience), seorang pasien akan cenderung menilai sesuatu berdasarkan pengalaman yang pernah mereka alami. Dalam

mutu pelayanan keperawatan yang baik akan memberikan pengalaman yang baik pada setiap pasien, namun sebaliknya jika seseorang pernah mengalami hal kurang baik terhadap mutu pelayanan keperawatan maka akan melekat sampai dia mendapatkan perawatan kembali disuatu instansi.

- d. Komunikasi eskternal (company's external communication), sebagai pemberi mutu pelayanan keperawatan juga dapat melakukan promosi sehingga pasien akan mempercayai penuh terhadap mutu pelayanan keperawatan di instansi tersebut.

2.5.4 Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan.

Setiap instansi kesehatan akan lebih mengedepankan mutu pelayanan dibanding dengan hal lainnya. Mutu pelayanan sendiri akan terwujud apabila didalam setiap instansi memiliki peranan dan tugas sesuai dengan profesi. Setiap profesi juga harus mengedepankan mutu dengan memberikan pelayanan yang optimal kepada semua pasien.

Mutu pelayanan keperawatan sebagai alat ukur dari kualitas pelayanan kesehatan dan menjadi salah satu faktor penentu citra instansi pelayanan kesehatan di masyarakat. Dikarenakan profesi keperawatan merupakan salah satu profesi dengan jumlah terbanyak dan yang paling dekat dengan pasien. Mutu pelayanan keperawatan sendiri dilihat dari kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan puas atau tidak puas (Nursalam, 2011).

Menurut Nursalam (2013) suatu pelayanan keperawatan harus memiliki mutu yang baik dalam pelaksanaannya, diantaranya yaitu:

- a. Caring adalah sikap peduli yang ditunjukkan oleh perawat kepada pasiennya. Perawat akan senantiasa memberikan asuhan keperawatan dengan sikap yang tanggap dan mudah dihubungi pada saat pasien membutuhkan perawatan.
- b. Kolaborasi adalah tindakan kerjasama suatu perawat dengan anggota medis lain, pasien, keluarga pasien, dan tim sejawat keperawatan dalam menyelesaikan prioritas perencanaan pasien. Disini perawat juga bertanggung jawab penuh dalam kesembuhan dan memotivasi pasien.
- c. Kecepatan, suatu sikap perawat yang cepat dan tepat dalam memberikan asuhan keperawatan. Dimana perawat menunjukkan sikap yang tidak acuh tak acuh, tetapi memberikan sikap yang baik pada pasien.
- d. Empati adalah sikap yang harus ada pada semua perawat. Perawat akan selalu memperhatikan dan mendengarkan keluhan kesah yang dialami pasien.
- e. Courtesy adalah sopan santun yang ada pada diri perawat. Perawat tidak akan cenderung membela satu pihak, tetapi perawat akan bersikap netral kepada siapapun pasien mereka. Perawat akan juga menghargai pendapat pasien, keluarga pasien dan tim medis lain dalam hal kebaikan dan kemajuan pasien.
- f. Sincerity adalah kejujuran dalam diri perawat. Jujur juga merupakan salah satu kunci keberhasilan perawat dalam hal perawatan kepada pasien. Perawat akan bertanggung jawab atas kesehatan dan keluhan yang dialami pasien.
- g. Komunikasi terapeutik merupakan salah satu cara yang paling mudah untuk dilakukan perawat dalam memberikan asuhan. Karena komunikasi terapeutik

sendiri merupakan cara efektif agar pasien merasa nyaman dan lebih terbuka dengan perawat.

Mutu pelayanan keperawatan yang baik merupakan ujung tombak pelayanan di rumah sakit. Agar terwujudnya pelayanan keperawatan yang berkualitas perawat profesional harus memiliki kemampuan intelektual yang cukup, technical dan interpersonal, melaksanakan asuhan berdasarkan standar praktik dan berdasarkan etik legal (Syahrudin et al, 2014).

2.6 Kepuasan

2.6.1 Pengertian Kepuasan.

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja/hasil yang dirasakannya dengan harapan (Oliver, 1980). Menurut Engel et al., (1995) kepuasan konsumen merupakan evaluasi purna beli dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya memberikan hasil (outcome) yang sama atau melampaui harapan konsumen, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil yang diperoleh tidak memenuhi harapan konsumen. Jadi tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja dibawah harapan, maka pelanggan akan kecewa dan tidak puas. Bila kinerja sesuai dengan harapan , pelanggan akan puas. Sedangkan kinerja yang melebihi harapan, pelanggan akan sangat puas. Harapan pelanggan dapat dibentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi pemasar dan pesaingnya. Pelanggan yang puas akan setia lebih lama, mereka bersedia merekomendasi, mau membayar sesuai mutu yang disampaikan,

mengatakan hal-hal positif dari perusahaan, dan kurang sensitif terhadap harga. (Daryanto, 2014)

Kepuasan pasien adalah evaluasi positif dari dimensi pelayanan yang beragam. Pelayanan yang di evaluasi dapat berupa sebagian kecil dari pelayanan, misalnya salah satu jenis pelayanan dari serangkaian pelayanan rawat jalan atau rawat inap, semua jenis pelayanan yang diberikan untuk menyembuhkan seorang pasien sampai dengan sistem pelayanan secara menyeluruh di dalam rumah sakit. Kajian tentang kepuasan pasien harus dipahami sebagai suatu hal yang sangat banyak dimensinya atau variabel yang mempengaruhinya (Fais, 2014).

Kepuasan pasien merupakan hal yang sangat subjektif, sulit diukur, dapat berubah-ubah, serta banyak sekali faktor yang berpengaruh sebanyak dimensi di dalam kehidupan manusia. Subjektivisme tersebut bisa berkurang dan bahkan bisa menjadi objektif bila cukup banyak orang yang sama pendapatnya terhadap sesuatu hal. Oleh karena itu, untuk mengkaji kepuasan pasien dipergunakan suatu instrumen penelitian yang cukup valid disertai dengan metode penelitian yang baik (Fais, 2014).

2.6.2 Manfaat Kepuasan.

Umumnya harapan pelanggan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang apa yang akan diterimanya bila ia membeli atau mengkonsumsi suatu produk (barang atau jasa). Adanya beberapa manfaat penting bagi perusahaan dalam memahami kepuasan pelanggan dalam praktek dunia bisnis antara lain:

- A. Banyak peneliti setuju bahwa konsumen yang terpuaskan cenderung akan menjadi loyal kepada perusahaan (Anderson, et al., 1994;Fornell, et al., 1996). Konsumen yang puas terhadap barang atau jasa yang dikonsumsinya akan mempunyai kecenderungan untuk membeli ulang.
- B. Kepuasan merupakan faktor yang akan mendorong adanya komunikasi dari mulut ke mulut (word of mouth communication) yang bersifat positif (Solomon, 1996). Komunikasi yang disampaikan oleh orang yang puas ini bisa berupa rekomendasi kepada calon konsumen lain, dorongan kepada rekan untuk melakukan bisnis, dan mengatakan hal-hal yang baik tentang perusahaan (Zeithaml, et al., 1996).
- C. Konsumen cenderung untuk mempertimbangkan penyedia jasa yang mampu memuaskan sebagai pertimbangan pertama jika ingin membeli produk yang sama (Gremler dan Brown, 1997) dalam (Daryanto, 2014)

2.6.3 Tujuan utama Kepuasan.

Menurut Muninjaya (2012) tujuan utama melakukan analisis kepuasan pasien (pengguna jasa pelayanan kesehatan di RS adalah untuk mengetahui tingkat kepuasan para pengguna jasa pelayanan kesehatan, dan menghitung indeks kepuasan pelanggan (costumer satisfaction index- CSI). CSI dapat digunakan oleh pihak manajemen RS sebagai alat untuk:

1. Merumuskan kebijakan atau keputusan guna meningkatkan kinerja RS (unit kerja) yang dipimpinnya
2. Penyusunan strategi pemasaran produk pelayanan. Unit-unit pelayanan (unit produksi) yang paling sering menerima keluhan pasien harus mendapat

perhatian utama dari pihak manajemen RS dan segera dicarikan solusinya untuk memperbaiki mutu pelayanan sebelum unit ini merusak citra seluruh pelayanan RS.

3. Memonitor dan mengendalikan aktifitas sehari-hari staf terutama pada saat memberikan pelayanan kepada pasien.
4. Menerapkan misi RS yang sudah dirumuskan untuk memperoleh kepercayaan masyarakat penggunanya.

2.6.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien.

Untuk itu, beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan pengguna jasa pelayanan kesehatan perlu dipahami, seperti:

1. Jenis paket jasa pelayanan kesehatan yang diterima. Dalam hal ini, aspek komunikasi antara penjual dan pengguna memegang peranan sangat penting karena pelayanan kesehatan adalah high personnel contact.
2. Empati (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan. Sikap ini akan menyentuh emosi pasien. Faktor ini berpengaruh besar pada tingkat kepatuhan pasien (compliance) yang akhirnya berdampak positif pada kesembuhannya.
3. Biaya (cost). Tingginya biaya jasa pelayanan kesehatan dapat dianggap sebagai sumber moral hazard bagi pasien dan keluarganya. Misalnya penjelasan tentang harga (tarif pelayanan) harus diberikan sebelum mereka menerima pelayanan. Moral hazard juga akan sangat merugikan institusi pelayanan kesehatan tertentu, apalagi memberikan imbalan uang (sejenis komisi) kepada mereka yang mengantarkan pasien. Sikap kurang peduli (ignorance) pasien dan keluarganya

juga merugikan institusi pelayanan kesehatan. Sikap keluarga pasien seperti “yang penting keluarga saya sembuh”, mendorong mereka menerima begitu saja jenis perawatan dan teknologi kedokteran yang ditawarkan kepadanya oleh petugas kesehatan. Akibatnya, biaya perawatan tidak bisa ditafsirkan jumlahnya oleh para penggunanya. Informasi terbatas yang dimiliki oleh pihak pasien dan keluarganya tentang jenis perawatan atau pengobatan yang diterima (disbalance information) bisa berkembang menjadi sumber keluhan pasien kalau tidak dikelola secara transparan dan objektif. Sistem asuransi kesehatan menjadi salah satu alternatif solusi untuk mengatasi mahalanya biaya pelayanan kesehatan.

4. Penampilan fisik (kerapian) petugas kesehatan, kondisi kebersihan dan kenyamanan ruangan (tangibility)
5. Jaminan keamanan yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan (assurance). Misalnya, ketepatan jadwal pemeriksaan dan kunjungan dokter.
6. Keandalan dan keterampilan (reliability) petugas kesehatan merawat pasien. Faktor ini sangat tergantung dari pengalaman dan kompetensinya. Faktor ini bisa dirasakan oleh pengguna pelayanan kesehatan, terutama yang sedang dirawat di RS.
7. Kecepatan petugas menanggapi keluhan pasien (responsiveness). kecepatan memenuhi panggilan pasien pada saat dibutuhkan sangat ditentukan oleh kesigapan petugas jaga (dokter dan paramedis) yang tertuang dalam sistem kontrak antara dokter/paramedis dengan pihak manajemen RS. (Muninjaya: 2012)

2.6.5 Metode Mengukur Kepuasan.

Indikator mutu untuk mengukur kepuasan pasien yang dirawat di RS adalah: (Muninjaya, 2012)

1. Jumlah dan jenis keluhan pasien dan keluarganya.
2. Surat keluhan pembaca di koran.
3. Surat kaleng.
4. Surat masuk pada kotak saran.
5. Survei oleh lembaga survei independen untuk mengetahui tingkat kepuasan pengguna jasa pelayanan RS.
6. Menanyakan kepuasan pengguna pelayanan kesehatan melalui telepon, dan sebagainya.

Mengukur kepuasan pasien dapat digunakan sebagai alat untuk:

1. Evaluasi kualitas pelayanan kesehatan,
2. Evaluasi terhadap konsultasi intervensi dan hubungan antar perilaku sehat dan sakit,
3. Membuat keputusan administrasi,
4. Evaluasi efek dari perubahan organisasi pelayanan,
5. Administrasi staf,
6. Fungsi pemasaran, dan

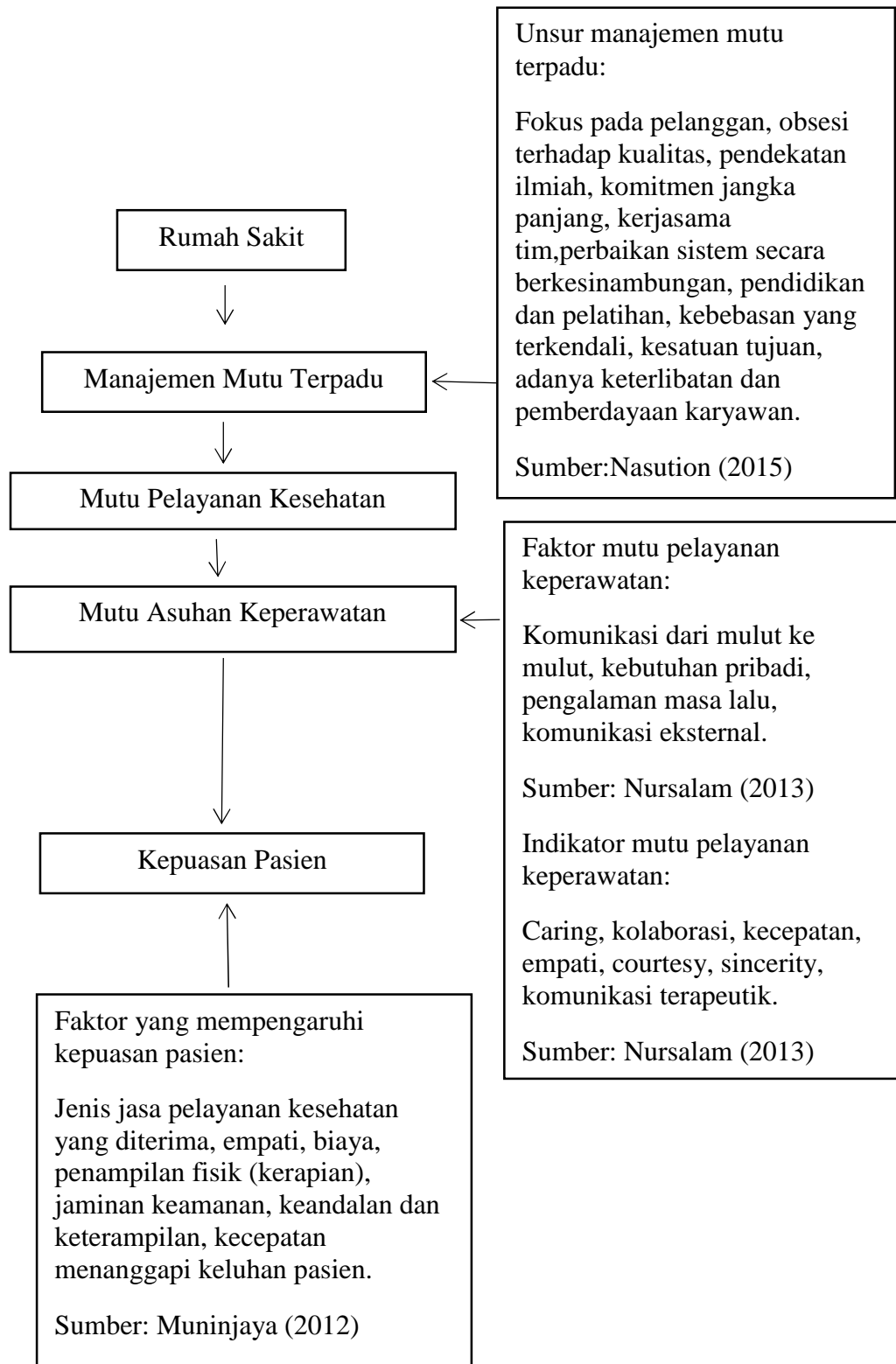
7. Formasi etik profesional (Fais, 2014)

2.6.6 Dimensi Kepuasan.

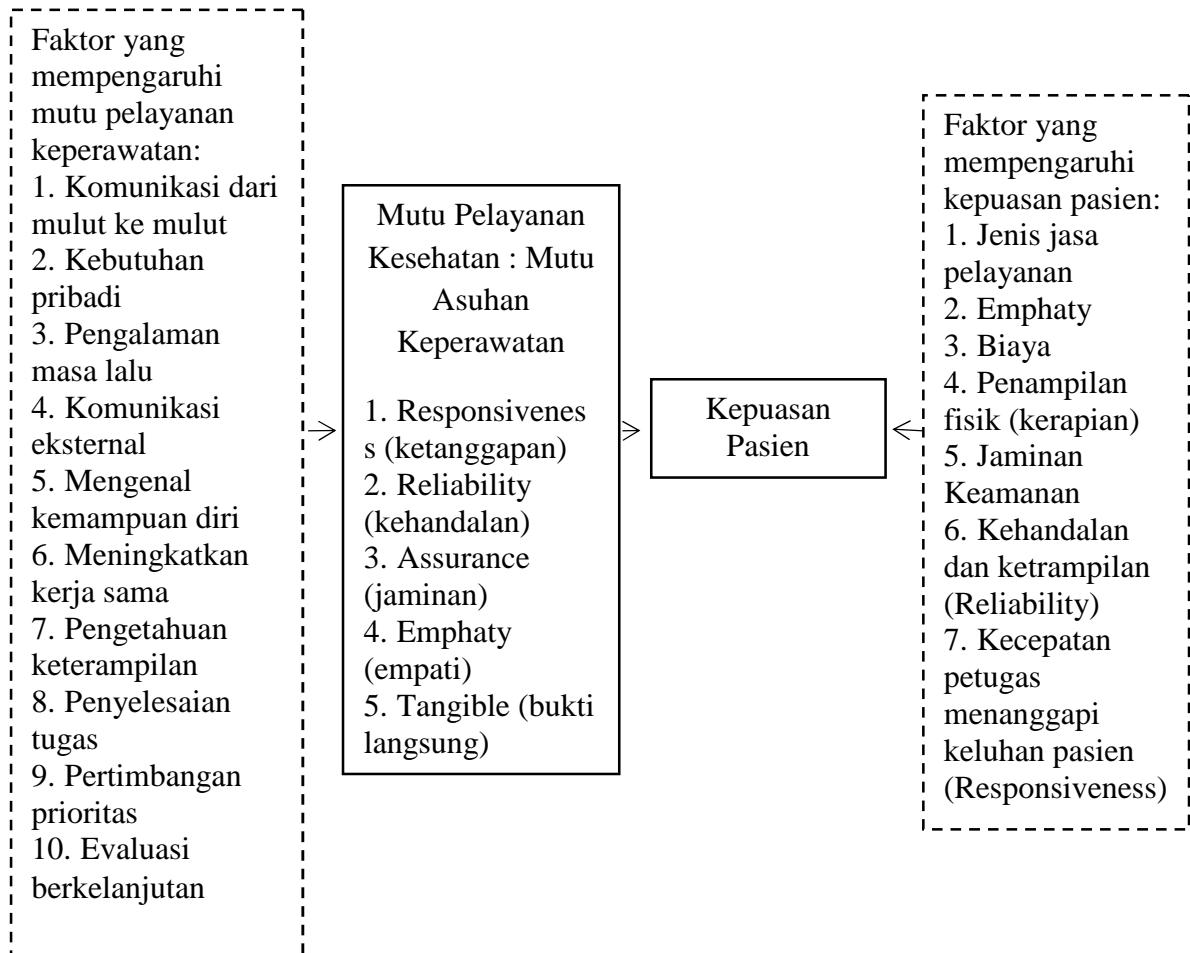
Ada dua dimensi kepuasan pasien yaitu sebagai berikut:

1. Kepuasan pasien yang mengacu hanya pada penerapan standar dan kode etik profesi, hubungan dokter-pasien, kenyamanan pelayanan, kebebasan menentukan pilihan, pengetahuan dan kompetensi teknis, efektifitas pelayanan, dan keamanan tindakan.
2. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan, ketersediaan, kewajaran, kesinambungan, penerimaan, ketersediaan, keterjangkauan, efisiensi, dan mutu pelayanan kesehatan. (Fais, 2014)

2.7 Kerangka Teori



2.8 Kerangka Konsep



Keterangan :

= Diteliti

= Tidak Diteliti

2.9 Hipotesis Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2010), hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari pernyataan penelitian. Biasanya hipotesis dirumuskan dalam bentuk hubungan antara dua variabel, variabel bebas dan variabel terikat. Berfungsi untuk menentukan ke arah pembuktian. Hipotesis dalam penelitian ini adalah.

Ho: Tidak ada Hubungan Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Management/ TQM) dalam Mutu Asuhan Keperawatan terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Bedah

H1: Ada Hubungan Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Management/ TQM) dalam Mutu Asuhan Keperawatan terhadap kepuasan Pasien Rawat Inap Bedah