

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan evaluasi terhadap implementasi manajemen stratejik, sistem manajemen mutu, audit manajemen mutu dan pengaruhnya terhadap standar mutu internasional ISO 9001:2000 di Rumah Sakit Berthesda, untuk menjawab permasalahan yang penulis ajukan dalam tesis ini, maka dapat dibuat kesimpulan, sebagai berikut :

1. Implementasi Manajemen Stratejik

a. Visi dan Misi Rumah Sakit Bethesda

Berdasarkan hasil *survey* menunjukkan bahwa :

- 1). Sebagian besar responden anggota PYC 57,14 % menyatakan bahwa implementasi visi dan misi berjalan sangat baik.
- 2). Sebagian besar responden anggota anggota PUK 62,86 % (untuk visi) dan 51,43 % (untuk misi) menyatakan bahwa implementasi visi dan misi sangat baik.

Implementasi berjalan sangat baik artinya bahwa visi dan misi sudah ditetapkan, merupakan kebijakan resmi, terdokumentasi, dijalankan dan dievaluasi serta diperbaiki terus menerus.

Atas dasar penelitian (observasi/pengamatan langsung penulis), bahwa visi dan misi sudah dijalankan tetapi belum maksimal, efisien dan efektif, hal ini dapat ditunjukkan, bahwa :

1). Visi menjadi rumah sakit pilihan dan jejaring yang memuaskan pelanggan (*customer*) melalui pelayanan profesional, prima berdasarkan kasih Allah, belum terbukti atau masih jauh dari harapan manajemen dan pelanggan, bukti menunjukkan:

- a). Jumlah kunjungan pasien rawat jalan menurun dibandingkan dengan sebelum mengimplementasikan ISO 9001:2000.
- b). BOR menurun dan jauh dibawah standar pelayanan yang efisien. dibandingkan dengan sebelum mengimplementasikan ISO 9001:2000.
- c). Masih ada beberapa harapan pelanggan belum dapat terpenuhi, walaupun kinerja pelayanan Rumah Sakit Bethesda sudah baik.
- d). Indek Kepuasan Pelanggan (IKP) dari sebagian besar pelanggan menunjukkan sikap positif tetapi mendekati sikap netral, artinya ada sebagian kecil yang menunjukkan sikap netral atau ragu-ragu untuk menyatakan kepuasan atas pelayanan yang diberikan.
- e). Komplain pasien terhadap pelayanan masih ada, yaitu permasalahan keramahan, kecepatan pelayanan dan kebersihan lingkungan rumah sakit serta profesionalisme petugas belum cukup memadai.

2). Misi

- a). Penyelenggaraan pelayanan yang holistik, unggul, efisien, efektif dan aman yang berwawasan lingkungan, sudah

dijalankan dan diupayakan, tetapi belum maksimal, efisien dan efektif, bukti menunjukkan, antara lain: pelayanan holistik masih perlu ditingkatkan, pelayanan unggulan belum kelihatan keunggulannya, belum menunjukkan pelayanan yang efisien dan efektif, keamanan belum cukup memadai, kebersihan lingkungan kurang.

- b). Penyelenggaraan pelatihan, penelitian dan pengembangan manajemen yang berkesinambungan untuk menghasilkan SDM yang kapabel, berkomitmen, sejahtera dan berjiwa kasih, sudah dijalankan tetapi belum maksimal, efisien dan efektif, bukti menunjukkan, antara lain: program pelatihan untuk memenuhi gap kompetensi SDM belum semua berjalan sesuai yang ditargetkan, kapabilitas SDM masih rendah, program penelitian dan pengembangan belum berjalan.
- c). Mewujudkan pelayanan kesehatan yang terjangkau, memuaskan *customer* dan mampu berkembang dengan baik, sudah dijalankan tetapi belum maksimal, efisien dan efektif, bukti menunjukkan, antara lain: belum semua harapan pelanggan terpenuhi, masih ada komplain pelanggan tentang kecepatan, ketepatan, keramahan, keamanan, kebersihan dan lainnya,
- d). Menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dengan mempertimbangkan IPTEK agar pelayanan mampu

bersaing di era globalisasi, sudah dijalankan tetapi belum maksimal, efisien dan efektif, bukti menunjukkan, antara lain: sarana dan prasarana pelayanan ketinggalan (*out of date*).

b. Strategi Manajemen

Berdasarkan hasil *survey* menunjukkan bahwa sebagian besar responden (anggota PYC 50,00 % dan PUK 48,67%) menyatakan baik, artinya bahwa strategi manajemen sudah ditetapkan, merupakan kebijakan resmi, terdokumentasi, dijalankan tetapi belum dilakukan evaluasi dan pengendalian untuk perbaikan terus menerus.

Atas dasar penelitian (observasi/pengamatan langsung penulis), bahwa strategi manajemen sudah dijalankan tetapi belum maksimal, efisien dan efektif. Hal ini dapat ditunjukkan, bahwa perencanaan stratejik dalam bentuk "Maket Manajemen Rumah Sakit Bethesda yang *Berbasis Balance Scorecard* Tahun 2002 -2007", dengan keempat pespektif, yaitu: 1) Perspektif keuangan; 2) Perspektif pelanggan; 3) Perspektif proses bisnis - intern; 4) Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, belum menunjukkan hasil sebagaimana yang telah ditargetkan dengan strategi-strategi yang telah dibuat dan ditetapkan manajemen. Secara garis besar dikarenakan :

- 1). Komitmen manajemen terhadap strategi manajemen untuk melaksanakan masih rendah.
- 2). Sosialisasi strategi manajemen kepada segenap jajaran manajemen dan civitas rumah sakit belum cukup memadai.

3). Komunikasi dan kerjasama antara anggota manajemen dan antara anggota manajemen dengan bawahan yang harmonis dan sinergi serta efisien dan efektif, untuk melaksanakan strategi manajemen, belum cukup memadai.

2. Implementasi Sistem Manajemen Mutu

Implementasi sistem manajemen mutu Rumah Sakit Bethesda, berdasarkan hasil *survey* sebagian besar responden menyatakan baik, yaitu PYC 50,00 % menyatakan baik, PUK 38,40 % menyatakan baik, QMR 62,07 % menyatakan cukup, Pengawas Dokumen menyatakan ragu-ragu, AMI 35,38% menyatakan sangat baik, Pejabat Struktural 41,65% menyatakan sangat baik. Artinya secara keseluruhan bahwa sistem manajemen mutu sudah ditetapkan, merupakan kebijakan resmi, terdokumentasi, dijalankan tetapi belum dilakukan evaluasi dan pengendalian untuk perbaikan terus menerus, walaupun sudah dilakukan evaluasi belum dijalankan secara maksimal, efisien dan efektif.

Atas dasar penelitian (observasi/pengamatan langsung penulis) bahwa sistem manajemen mutu sudah dijalankan tetapi belum maksimal, efisien dan efektif, hal ini dapat ditunjukkan:

a. Manajemen Puncak (*Top Management*)

Pada awal perancangan sistem manajemen mutu untuk diimplementasikan, komitmen manajemen cukup memadai/cukup tinggi, tetapi setelah implementasi sistem manajemen mutu, komitmen

manajemen menurun hingga komitmennya tidak cukup memadai, bukti menunjukkan antara lain:

- 1). Sistem sudah berjalan tetapi proses evaluasi dan pengendalian belum berjalan maksimal, efisien dan efektif, misalnya proses tindak lanjut hasil evaluasi untuk perbaikan realisasinya lambat, antara lain: tindak lanjut untuk kalibrasi alat medis belum terealisasi dan atau tertunda, pelatihan untuk memenuhi gap kompetensi SDM lambat dan atau tertunda.
- 2). Proses evaluasi sudah berjalan tetapi proses tindak lanjut dan monitoring belum berjalan maksimal, misalnya: permasalahan yang sudah di FTKP masih ada sebagian ($\pm 26\%$) yang tidak selesai sesuai target dan *due date*-nya (belum *close*). Walaupun masalah yang di FTKP tidak *major* (*minor dan observasi*), tetapi bila berpotensi *major* dan tidak segera *close*, maka akan berakibat fatal bagi organisasi (Rumah Sakit Bethesda) yang telah menerima sertifikat ISO 9001 :2000.

b. Organisasi Manajemen Mutu

Organisasi manajemen mutu (QMR, Pengawas Dokumen dan AMI), sebagai pelaksana operasional dari implementasi manajemen mutu, belum menunjukkan kinerja yang maksimal, efisien dan efektif karena hasilnya belum optimal, bukti menunjukkan, antara lain:

- 1). Proses monitoring pelaksanaan sistem manajemen mutu oleh QMR dan proses tindak lanjut hasil temuan-temuan auditor belum

berjalan maksimal, efisien dan efektif, dikarenakan rangkap jabatan, baik sebagai manajemen juga sebagai pelaksana petugas medis (spesialis radiologi).

- 2). Pengawas Dokumen mutu belum berjalan maksimal, efisien dan efektif, misal: masih ada dokumen yang overlap di gugus tugas, penomorannya tidak jelas dan distribusinya tidak jelas, dikarenakan Prosedur Kerja (PK) dan Instruksi Kerja (IK) belum disosialisasikan dan dipahami dengan benar ke seluruh gugus tugas dan civitas Rumah Sakit Bethesda.
- 3). Pelaksanaan audit oleh AMI sudah berjalan, tetapi proses verifikasi dan tindak lanjut temuan belum dijalankan dengan maksimal, efisien dan efektif, dikarenakan : kinerja AMI belum maksimal, pemahaman AMI oleh Auditee dan AMI masih berbeda, kerjasama antara gugus tugas kurang, tindak lanjut FTKP pemahamannya berbeda antara AMI dengan Auditee siapa yang harus memverifikasi.
- 4). Anggota dari masing-masing organisasi manajemen mutu merangkap jabatan di organisai struktural, baik sebagai wakil direktur, kepala instalasi, kepala bagian, kepala bidang dan sebagai petugas/pelaksana (dokter, perawat, paramedis).

c. SDM/Civitas Rumah Sakit Bethesda

Awal implementasi tidak diterima begitu saja oleh semua civitas Rumah Sakit Bethesda, hal ini dikarenakan adanya budaya

organisasi yang negatif, akibat dampak dari akreditasi KARS, yang tidak memberikan perubahan secara signifikan terhadap peningkatan mutu pelayanan kepada pelanggan. Dengan diimplementasikan ISO 9001:2000, sebagian besar civitas rumah sakit dingin-dingin saja dan tidak memberikan respon yang positif, karena sebagian besar civitas beranggapan bahwa hasilnya tidak akan berbeda dengan akreditasi, yaitu tidak menjawab kebutuhan dan harapan pelanggan puas dan loyal.

Manajemen menyadari bahwa hal ini adalah tugas berat yang harus dipikulnya untuk meyakinkan kepada segenap karyawan Rumah Sakit Bethesda yang pesimis, untuk memotivasi dan meyakinkan bahwa strategi manajemen dengan menerapkan sistem manajemen mutu ISO 9001:2001, akan berhasil jika dilakukan sesuai sistem dan prosedur serta melakukan evaluasi, koreksi dan pencegahan untuk perbaikan terus menerus secara konsisten dan bertanggungjawab dengan komitmen yang tinggi. Hasil implementasi berjalan dan segenap karyawan bisa menerima dengan baik dan Rumah Sakit Bethesda dapat menerima Sertifikat ISO 9001:2000 untuk pelayanan Kegawatdaruratan Medik dan Pelayanan Stroke.

d. Hasil Implementasi Sistem Manajemen Mutu

Dari proses perancangan sistem manajemen mutu, penetapan sistem manajemen mutu dan implementasi manajemen mutu, semua berjalan dengan baik dan lancar. Tetapi proses pembelajaran terus

menerus untuk meningkatkan sistem manajemen mutu yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*), belum berjalan maksimal, efisien dan efektif, data menunjukkan, antara lain, sebagai berikut:

1). Kebijakan Mutu

Kebijakan mutu cepat, tepat, ramah dan terpadu - CTRT belum dilaksanakan secara operasional dengan maksimal, efisien dan efektif, karena pemahaman kebijakan mutu bagi masing-masing gugus tugas, dan seluruh karyawan Rumah Sakit Bethesda secara operasional belum cukup memadai atau satu pengertian dan satu pemahaman.

2). Sasaran Mutu

a). Pencapaian sasaran mutu secara keseluruhan belum tercapai, namun ada sebagian sasaran mutu yang tercapai, dikarenakan penetapan sasaran mutu masih dalam proses pembelajaran, sehingga target yang diharapkan belum sesuai kebutuhan dan harapan pelanggan puas atau targetnya terlalu tinggi dan kadang ada yang terlalu rendah.

b). Sasaran mutu antar masing-masing gugus tugas belum sinkron dengan sasaran mutu pelayanan kegawatdaruratan medik dan kebijakan mutu Rumah Sakit Bethesda yaitu cepat, tepat/akurat, ramah dan terpadu

- c). Sasaran mutu dari masing-masing gugus tugas masih belum mencerminkan kebutuhan dan harapan pelanggan puas yang sebenarnya.

3). Dokumen Mutu dan Catatan mutu

Dokumen mutu dan catatan mutu belum di-*record* (dicatat), difungsikan, dikelola, diinformasikan / didistribusikan kepada pihak yang berkompeten, di arsip dengan baik, benar dan aman, secara efisien dan efektif.

Ketiga hal tersebut menunjukkan tidak berjalan maksimal, efisien dan efektif karena:

- 1). Fungsi komunikasi dan sosialisasi serta pembelajaran terus menerus belum berjalan efisien dan efektif sehingga:
 - a). Sistem manajemen mutu ISO 9001:2000 belum dipahami oleh seluruh civitas Rumah Sakit Bethesda dengan benar.
 - b). Kebijakan mutu Rumah Sakit Bethesda belum dipahami dan dimengerti secara aplikatif di masing-masing gugus tugas dengan benar.
 - c). Sasaran mutu Rumah Sakit Bethesda yang berorientasi kepada pelanggan, belum dipahami oleh seluruh civitas Rumah Sakit Bethesda dengan benar.
- 2). Fungsi monitoring, evaluasi dan tindak lanjut terhadap implementasi belum berjalan maksimal, efisien dan efektif, walaupun sudah dijalankan, sehingga sistem dan prosedur, proses

evaluasi dan tindak lanjut dijalankan dengan efisien, efektif dan benar tidak diketahui oleh manajemen secara benar.

3. Audit Manajemen Mutu dan Pengaruhnya

a. Audit Manajemen Mutu oleh Pihak Internal – AMI

Audit manajemen mutu yang dilakukan AMI belum berjalan maksimal, efisien dan efektif, bukti menunjukkan antara lain sebagai berikut :

- 1). Audit belum berjalan maksimal, masih belum kompak atau belum ada kerjasama yang solid antara anggota AMI dan masih ada perbedaan pemahaman antara Auditor AMI dengan Auditee tentang hasil temuan yang di FTKP-kan.
- 2). Hasil temuan yang harus ditindaklanjuti tidak segera selesai (*close*), dikarenakan kerjasama antar gugus tugas yang terkait dengan permasalahan (temuan auditor AMI) masih kurang, ada kecenderungan bahwa masalah gugus tugas satu dirasa bukan masalah gugus tugas yang lain dan ketegasan dari pihak manajemen puncak masih belum cukup memadai.

b. Audit Manajemen Mutu oleh Pihak Eksternal - Auditor BVQI.

Audit manajemen mutu yang dilakukan auditor BVQI sudah berjalan efisien dan efektif, bukti menunjukkan bahwa Rumah Sakit Bethesda berhak menerima Sertifikat ISO 9001:2000 untuk pelayanan kegawatdaruratan medik dan pelayanan stroke. Tetapi dampaknya

belum menunjukkan adanya perubahan yang signifikan dan positif bagi peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit Bethesda.

c. Pengaruh Audit Manajemen Mutu

Pengaruh audit manajemen mutu dengan diimplementasikan manajemen strategik (Maket Manajemen Rumah Sakit Bethesda Berbasis *Balance Scorecard* Tahun 2002 - 2007) dan sistem manajemen mutu (Pedoman Mutu ISO 9001:2000 Rumah Sakit Bethesda), terhadap kinerja Rumah Sakit Bethesda belum begitu nampak jelas adanya perubahan terhadap kinerja dan mutu pelayanan secara keseluruhan, walaupun secara *partial* menunjukkan ada dampak yang positif. Bukti pengaruh audit manajemen mutu dengan diimplementasikan sistem manajemen mutu ISO 9001:2000 menunjukkan, antara lain:

1). Komplain Pelanggan

Jumlah komplain dari pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Bethesda menurun, tetapi macam atau jenis komplain masih menunjukkan permasalahan yang sama yaitu masalah dokter tidak tepat waktu, perawat tidak ramah atau judes, satpam kasar, kebersihan jelek dan lainnya.

2). Jumlah Kunjungan

Jumlah kunjungan pasien untuk IGD turun, rawat jalan naik, radiologi naik, rehabilitasi medik turun, laborat naik, farmasi turun. Secara keseluruhan kunjungan pasien turun sedangkan untuk

rawat jalan dan radiologi naik, salah satu penyebabnya bisa dikarenakan dibukanya klinik spesialis sore.

3). BOR

BOR rata-rata per bulan menunjukkan penurunan dari 61,61% pada tahun 2003 menjadi 60,74% pada tahun 2004, dan masih jauh dari BOR efisien yaitu 85,00%. Artinya bahwa dengan diimplementasikan sistem manajemen mutu ISO 9001:2000, strategi manajemen dan dilakukannya audit manajemen mutu pengaruhnya terhadap kinerja, khususnya BOR belum begitu nampak atau belum positif, tetapi justru sebaliknya ada penurunan BOR.

4. Kepuasan Pelanggan

Kinerja Rumah Sakit Bethesda secara keseluruhan (berdasarkan hasil survey) dinyatakan oleh sebagian besar responden (pelanggan/pasien atau keluarga pasien IGD, Rawat Jalan dan Rawat Inap) menyatakan sudah baik, tetapi belum semua harapan pelanggan terpenuhi, antara lain, ketepatan dokter praktek, keramahan petugas, keamanan dan kebersihan lingkungan serta profesionalisme petugas.

Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan Rumah Sakit Bethesda, baik pelayanan IGD, Rawat Jalan maupun Rawat Inap, menunjukkan kepuasannya yaitu dengan pernyataan sikap pelanggan pada indeks kepuasan pelanggan di daerah sikap positif, walaupun mendekati daerah sikap netral.

B. Saran

Dari hasil penelitian yang telah dituangkan dalam kesimpulan sebagaimana tersebut diatas, ada beberapa saran yang dapat diberikan penulis kepada:

1. Dewan Pengurus YAKKUM – Pengurus YAKKUM Cabang (PYC)
 - a. Mengikuti perkembangan dunia pelayanan kesehatan dan memberikan dukungan secara penuh terhadap pelaksanaan strategi manajemen dan impelementasi sistem manajemen mutu yang bertujuan dan berorientasi kepada pemenuhan kebutuhan dan harapan pelanggan puas (*customer satisfaction*).
 - b. Melakukan monitoring perkembangan dari pelaksanaan strategi manajemen dan implementasi sistem manajemen mutu secara konsisten, dan ikut bertanggungjawab atas pelaksanaan tersebut.
2. Manajamen Rumah Sakit Bethesda
 - a. *Top Management* / Pimpinan Unit Kerja (PUK)
 - 1). Meningkatkan dan memaksimalkan komitmen dan dukungannya dalam pelaksanaan strategi manajemen dan sistem manajemen mutu yang telah ditetapkan, baik dalam bentuk sumber daya yang dimiliki (SDM, sarana dan prasarana pelayanan, keuangan, waktu, moril dan spirituil).
 - 2). Memaksimalkan sistem manajemen mutu yang yang telah ditetapkan antara lain menindaklanjuti hasil tinjauan manajemen

(*management review*), secara konsisten, terus menerus dan bertanggungjawab.

- 3). Melakukan dan meningkatkan pelaksanaan monitoring dan evaluasi terus menerus dan konsiten terhadap pelaksanaan strategi manajemen dan sistem manajemen mutu, untuk perbaikan terus menerus dan meningkatkan pelaksanaan sistem manajemen mutu dan pencapaian sasaran mutu serta peningkatan sasaran mutu itu sendiri sesuai dengan kebutuhan dan harapan pelanggan.
- 4). Mensosialisasikan dan mengkomunikasikan secara terus menerus dan konsisten secara bertanggungjawab, kepada segenap civitas rumah sakit, tentang strategi manajemen, sistem manajemen mutu, kebijakan mutu, sasaran mutu.
- 5). Memotivasi dan meningkatkan kerjasama antara bagian / instalasi / gugus tugas, staf dan atasan dan segenap civitas rumah sakit serta meningkatkan sinergi dan keterpaduan pelayanan serta meningkatkan fungsi dari masing-masing pelayanan yang sesuai dengan fungsinya.
- 6). Memotivasi dan meningkatkan sikap dan perilaku SDM dalam pelayanan (ramah, sopan, tanggap), profesinalisme SDM dalam pelayanan (pengetahuan, ketrampilan, kecepatan, ketepatan / keakuratan).
- 7). Meningkatkan sarana dan prasarana (peremajaan alat-alat kesehatan/kedokteran, peremajaan/renovasi gedung, emplasemen

dan lainnya), meningkatkan kebersihan dan kesehatan lingkungan, kenyamanan dan keamanan dilingkungan rumah sakit.

- 8). Memperbaiki dan meningkatkan sasaran mutu dan meningkatkan pencapaian sasaran mutu, secara terus menerus sesuai dengan kebutuhan dan harapan pelanggan puas dan loyal.
- 9). Mengoptimalkan fungsi komunikasi dan fungsi evaluasi dan monitoring terhadap implementasi strategi manajemen dan sistem manajemen mutu.
- 10). Meningkatkan fungsi Bagian Humas dan Pemasaran untuk meningkatkan pelayanan (kunjungan pasien dan BOR), meningkatkan dan mempertahankan pelanggan puas menjadi loyal.
- 11). Untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas implementasi sistem manajemen mutu dan perbaikan mutu pelayanan secara terus menerus diperlukan pengelola yang *full time*.

b. *Midle dan low Management* / Manajemen Menengah dan Bawah

- 1). Meningkatkan komitmen dan pengetahuan, pemahaman dan ketrampilan terhadap penerapan, pelaksanaan strategi manajemen dan sistem manajemen mutu ISO 9001:2000 yang telah ditetapkan, untuk memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan puas.
- 2). Mensosialisasikan kepada segenap staf di bawah koordinasinya, tentang strategi manajemen, sistem manajemen mutu, kebijakan mutu, sasaran mutu yang semuanya berorientasi kepada kebutuhan

dan harapan pelanggan puas dan loyal, secara terus-menerus, konsisten dan bertanggungjawab.

3). Meningkatkan dan memaksimalkan kerjasama dan komunikasi antara gugus tugas, antara civitas rumah sakit, antara atasan dan bawahan sesuai dengan fungsi dan tanggungjawabnya.

3. Organisasi Manajemen Mutu Rumah Sakit Bethesda

- a. Meningkatkan komitmen dan pengetahuan, pemahaman dan ketrampilan personil dari anggota organisasi manajemen mutu dalam bidang sistem manajemen mutu ISO 9001:2000 dan implementasinya.
- b. Meningkatkan kerjasama antara anggota organisasi manajemen mutu, antara personil anggota organisasi manajemen mutu dan antara organisasi manajemen mutu dengan organisasi struktural dalam permasalahan manajemen mutu .

4. Peneliti

Bagi peneliti berikutnya, penulis sarankan bahwa penelitian ini masih bisa dilakukan penelitian lebih lanjut dan penulis berharap lebih *actual* sesuai tuntutan perkembangan pengetahuan dan teknologi, khususnya dalam sistem manajemen mutu dunia pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Allcorn, Seth, 1979, *Internal Auditing for Hospitals*, Maryland, Aspen System Corporation.
- Aswar, Azrul., 1994, *Program Menjaga Mutu pelayanan Kesehatan*, Yayasan IDI, Jakarta.
- Hartadi, Bambang., 1991, *Internal Auditing : Suatu Tinjauan Sistem Informasi Manajemen dan Cara Pelaporannya*, Edisi Pertama, Andi Offset, Yogyakarta,.
- Duncan, W.J., Ginter & Swayne., 1996, *Strategic Management of Health Care Organization*, Second Edition, Blackwell Publisher Inc, Massachusetts.
- Handoko, T.H., 1992, *Manajemen*, Edisi Kedua, BPFE UGM, Yogyakarta.
- Mulyadi., 1995, "Pergeseran Paradigma Pengelolaan Rumah Sakit", Makalah, Kuliah Perdana Yogyakarta, Program Magister Manajemen Rumah Sakit UGM.
- Pyzdek, Thomas., 2002, *The Six Sigma Handbook : Panduan Lengkap untuk Greenbelts, Blackbelts dan Manajer Pada Semua Tingkat*, Terjemahan, Edisi Pertama, Salemba Empat, Jakarta.
- Reksohadiprodjo, S., 1993, *Manajemen Stratejik*, Edisi Kedua, BPFE UGM, Yogyakarta.
- Setyawan, Johny., 1988, *Pemeriksaan Kinerja (Performance Auditing)*, Edisi Pertama, BPFE, Yogyakarta.

Supriyono, R.A., 1990 Pemeriksaan Manajemen dan Pengawasan Pemerintahan Indonesia, Edisi Pertama, BPFE, Yogyakarta.

Taormina, Tom., 2000, Successful Internal Auditing to ISO 9000, Prentice Hall Inc.

Trisnantoro, L., Setyawan & Dwiprahasto., 1995, "Manajemen Stratejik Rumah Sakit dengan Konsep Total Quality Management : Makalah, Seminar, Jakarta : Kerjasama Antara Magister Manajemen Rumah Sakit UGM (MMR UGM), Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Ikatan Rumah Sakit Jakarta Metropolitan (IRSJAM).

Trisnantoro, L., 17-21 Juli 2001, "Kerangka Pelatihan , Berfikir Stratejik, dan Manajemen Perubahan, MMR UGM. (Mimographed), Yogyakarta.

Trisnantoro, L., 17-21 Juli 2001, "Modul Kerja : Prinsip-prinsip Manajemen Stratejik", MMR UGM. (Mimographed), Yogyakarta.

Trisnantoro, L. dan Wijaya, H., 17-21 Juli 2001, "Prinsip-prinsip Manajemen Startejik Berbasis Balance Scorecard Menuju Pelayanan Prima di Rumah Sakit", MMR UGM. (Mimographed), Yogyakarta.

Wheelen, T.L. & Hunger, J.D., 2004, Strategic Management and Business Policy, Ninth Edition, Prentice Hall International Inc, New Jersey.

dalam penerapan manajemen mutu dan audit manajemen mutu serta dapat mempengaruhi terhadap peningkatan kinerja Rumah Sakit untuk masa-masa yang akan datang. Bagi Peneliti, penelitian ini bermanfaat untuk lebih mendalami teori yang berkaitan dengan manajemen mutu dan audit manajemen mutu serta pengaruhnya dan penerapannya di dalam suatu organisasi.

Perlu Bapak / Ibu / Saudara ketahui bahwa penelitian ini adalah semata-mata untuk tujuan ilmiah. Akhirnya, atas partisipasi, peran serta dan segala bantuan yang diberikan Bapak / Ibu / Saudara, saya ucapkan banyak terima kasih.

Hormat saya,

Purwoko

KUESIONER

A. Petunjuk Pengisian

Bacalah pernyataan/pertanyaan dengan seksama, kemudian jawablah pada pilihan jawaban yang telah disediakan, dengan cara memberikan tanda tick mark (√) pada kolom jawaban.

B. Identitas Responden

Nama :

Pendidikan terakhir :

Pekerjaan :

Lama bekerja :

Jabatan :

Lama dalam jabatan :

C. Kuesioner Untuk Pengurus (PYC)

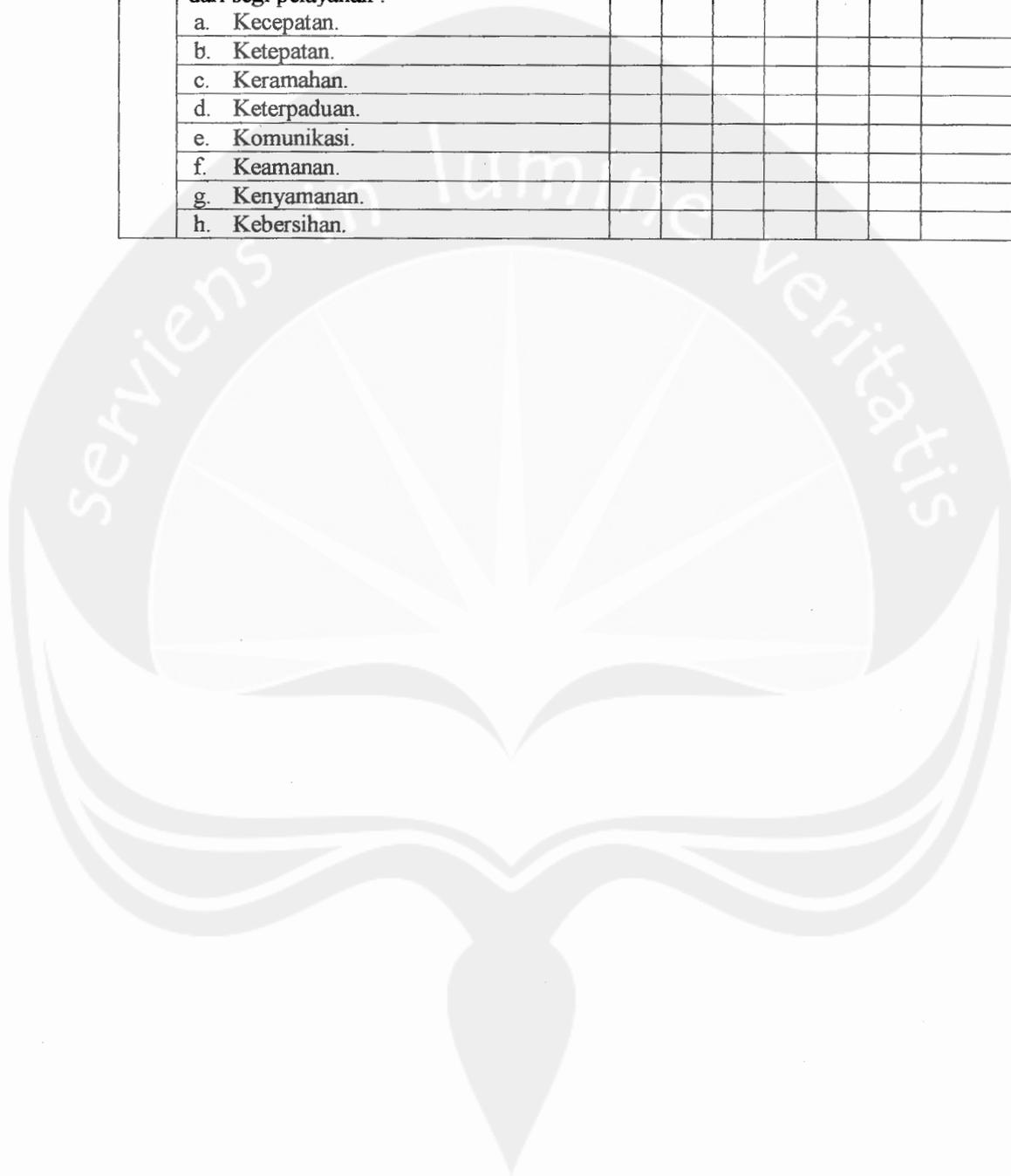
Pedoman Penilaian :

- 1 = Dikomunikasikan secara lisan, tidak didokumentasikan, tidak jelas apakah dijalankan atau tidak
- 2 = Dikomunikasikan tapi bukan merupakan kebijakan resmi, didokumentasikan tapi tidak dijalankan.
- 3 = Merupakan kebijakan resmi terdokumentasi, didokumentasikan, dilaksanakan secara sporadis dan tidak ada evaluasi & perbaikan.
- 4 = Merupakan kebijakan resmi terdokumentasi, didokumentasikan, dijalankan tetapi tidak ada evaluasi dan pengendalian.
- 5 = Merupakan kebijakan resmi terdokumentasi, dijalankan dan dievaluasi serta diperbaiki terus menerus.

No.	Pertanyaan	Ya -----> Tidak					Evaluasi	
		5	4	3	2	1		0
		Sangat baik	Baik	Cukup	Kurang	Sangat kurang	Tidak ada sama sekali	
A.	Visi							
1.	Apakah Rumah Sakit Bethesda menetapkan visi.							
2.	Apakah Bapak/Ibu/Saudara terlibat dalam penyusunan visi tersebut.							
3.	Apakah visi tersebut merupakan jawaban atas pertanyaan akan menjadi apa Rumah Sakit Bethesda di masa depan.							
4.	Apakah visi tersebut mencakup mutu dan kepuasan pelanggan.							
5.	Apakah visi tersebut dibuat dan merupakan kebijakan secara tertulis.							
6.	Apakah visi tersebut dikomunikasikan dan atau disosialisasikan kepada jajaran pimpinan dan seluruh civitas Rumah Sakit Bethesda							
7.	Apakah dalam implementasinya visi tersebut dilakukan evaluasi.							
B.	Misi							
1.	Apakah Rumah Sakit Bethesda menetapkan misi.							
2.	Apakah Bapak/Ibu/Saudara terlibat dalam penyusunan misi tersebut.							
3.	Apakah misi tersebut merupakan jawaban atas pertanyaan dengan cara dan menggunakan apa Rumah Sakit Bethesda di masa depan dicapai.							
4.	Apakah misi tersebut mencakup mutu dan kepuasan pelanggan							
5.	Apakah misi tersebut dibuat dan merupakan kebijakan secara tertulis.							

6.	Apakah misi tersebut dikomunikasikan dan atau disosialisasikan kepada jajaran pimpinan dan seluruh civitas Rumah Sakit Bethesda								
7.	Apakah dalam implementasinya misi tersebut dilakukan evaluasi.								
C.	Strategi								
1.	Apakah Rumah Sakit Bethesda menetapkan strategi bisnis/pelayanan.								
2.	Apakah strategi bisnis Rumah Sakit Bethesda :								
	a. Strategi Pertumbuhan/ekspansi, dengan tujuan meningkatkan pendapatan dan penjualan								
	b. Strategi Stabilitas, dengan tujuan meningkatkan profitabilitas								
	c. Strategi penciutan (<i>retrenchement</i>) atau <i>defensive</i> , dengan tujuan mengeliminir kerugian, memotong biaya dan <i>survive</i> .								
	d. Strategi kombinasi, dengan tujuan meningkatkan pendapatan, mengeliminir kerugian dan memotong biaya.								
3.	Apakah strategi bersaing Rumah Sakit Bethesda :								
	a. Strategi kepemimpinan biaya (<i>cost leadership</i>)								
	b. Strategi differensiasi (<i>defferensiation</i>)								
	c. Strategi focus								
D.	Manajemen Mutu								
1.	Apakah ISO 9001:2000 merupakan jawaban untuk melaksanakan strategi Rumah Sakit Bethesda.								
2.	Apakah Bapak/Ibu/Saudara mendukung pelaksanaan stratregi Rumah Sakit Bethesda dengan menggunakan ISO 9001:2000.								
3.	Apakah dengan mendapatkan sertifikasi ISO 9001:2000, menggambarkan fakta dari manajemen mutu Rumah Sakit Bethesda.								
4.	Apakah setelah mendapatkan sertifikasi ISO 9001:2000 ada fakta pertumbuhan layanan Rumah Sakit Bethesda dari:								
	a. Jumlah kunjungan pasien.								
	b. BOR.								
	c. Menurunnya jumlah komplain pasien.								
	d. <i>Cash flow</i> .								

5.	Apakah ada perbedaan signifikan yang diberikan kepada <i>customer</i> sebelum dan sesudah mengimplementasikan dan mendapatkan sertifikasi ISO 9001:2000 dari segi pelayanan :									
	a. Kecepatan.									
	b. Ketepatan.									
	c. Keramahan.									
	d. Keterpaduan.									
	e. Komunikasi.									
	f. Keamanan.									
	g. Kenyamanan.									
	h. Kebersihan.									



D. Kuesioner Untuk PUK

Pedoman Penilaian :	
1 =	Dikomunikasikan secara lisan, tidak didokumentasikan, tidak jelas apakah dijalankan atau tidak
2 =	Dikomunikasikan tapi bukan merupakan kebijakan resmi, didokumentasikan tapi tidak dijalankan.
3 =	Merupakan kebijakan resmi terdokumentasi, didokumentasikan, dilaksanakan secara sporadis dan tidak ada evaluasi & perbaikan.
4 =	Merupakan kebijakan resmi terdokumentasi, didokumentasikan, dijalankan tetapi tidak ada evaluasi dan pengendalian.
5 =	Merupakan kebijakan resmi terdokumentasi, dijalankan dan dievaluasi serta diperbaiki terus menerus.

No.	Pertanyaan	Ya \longleftarrow \longrightarrow Tidak					Evaluasi	
		5	4	3	2	1		0
		Sangat baik	Baik	Cukup	Kurang	Sangat kurang		Tidak ada sama sekali
A.	Visi							
1.	Apakah Rumah Sakit Bethesda menetapkan visi.							
2.	Apakah Bapak/Ibu/Saudara terlibat dalam penyusunan visi tersebut.							
3.	Apakah visi tersebut merupakan jawaban atas pertanyaan akan menjadi apa Rumah Sakit Bethesda di masa depan.							
4.	Apakah visi tersebut mencakup mutu dan kepuasan pelanggan							
5.	Apakah visi tersebut dibuat dan merupakan kebijakan secara tertulis.							
6.	Apakah visi tersebut dikomunikasikan dan atau disosialisasikan kepada jajaran pimpinan dan seluruh civitas Rumah Sakit Bethesda							
7.	Apakah dalam implementasinya visi tersebut dilakukan evaluasi dan pengendalian.							
B.	Misi							
1.	Apakah Rumah Sakit Bethesda menetapkan misi.							
2.	Apakah Bapak/Ibu/Saudara terlibat dalam penyusunan misi tersebut.							
3.	Apakah misi tersebut merupakan jawaban atas pertanyaan dengan cara dan menggunakan apa Rumah Sakit Bethesda di masa depan dicapai.							
4.	Apakah misi tersebut mencakup mutu dan kepuasan pelanggan							

Lampiran 1

Kepada Yth.

Bapak / Ibu / Saudara

1. Pengurus YAKKUM Cabang
2. Pemimpin Unit Kerja (PUK)
3. Quality Management Representative (QMR)
4. Audit Mutu Internal (AMI)
5. Pengawas Dokumen
6. Pejabat Struktural

Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta

Dengan hormat,

Dalam rangka menyelesaikan studi di Pasca Sarjana Universitas Atma Jaya Yogyakarta, Program Magister Manajemen, saya mengadakan penelitian untuk Tesis dengan judul "Audit Manajemen Mutu Dan Pengaruhnya Pada Standar Mutu Internasional Studi Kasus Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta". Untuk keperluan ini maka dengan segala kerendahan hati saya mengharapkan kesediaan Bapak / Ibu / Saudara untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan dalam bentuk kuesioner dan wawancara.

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi manajemen mutu yang diterapkan di Rumah Sakit Bethesda, membandingkan dengan teori/konsep manajemen mutu / ISO 9001:2000, dan bagaimana pelaksanaan audit manajemen mutu serta pengaruhnya terhadap standar mutu internasional. Sehingga dapat diharapkan dapat memberikan manfaat dan masukan bagi Rumah Sakit Bethesda

5.	Apakah misi tersebut dibuat dan merupakan kebijakan secara tertulis.								
6.	Apakah misi tersebut dikomunikasikan dan atau disosialisasikan kepada jajaran pimpinan dan seluruh civitas Rumah Sakit Bethesda								
7.	Apakah dalam implementasinya misi tersebut dilakukan evaluasi dan pengendalian.								
C.	Strategi								
1.	Apakah Rumah Sakit Bethesda menetapkan strategi bisnis/pelayanan.								
2.	Apakah strategi bisnis Rumah Sakit Bethesda :								
	a. Strategi Pertumbuhan/ekspansi, dengan tujuan meningkatkan pendapatan dan penjualan								
	b. Strategi Stabilitas, dengan tujuan meningkatkan profitabilitas								
	c. Strategi penciutan (<i>retrenchement</i>) atau <i>defensive</i> , dengan tujuan mengeliminir kerugian, memotong biaya dan <i>survive</i> .								
	d. Strategi kombinasi, dengan tujuan meningkatkan pendapatan, mengeliminir kerugian dan memotong biaya.								
3.	Apakah strategi bersaing Rumah Sakit Bethesda :								
	a. Strategi kepemimpinan biaya (<i>cost leadership</i>)								
	b. Strategi differensiasi (<i>defferensiation</i>)								
	c. Strategi fokus.								
4.	Apakah strategi pelayanan IGD dan Unit Stroke:								
	a. Strategi differensiasi								
	b. Strategi fokus								
	c. Strategi biaya rendah								
5.	Apakah strategi telah diimplementasikan dan dijalankan								
6.	Apakah ada evaluasi dan pengendalian terhadap implementasi strategi.								
7.	Apakah hasil evaluasi dan pengendalian merupakan umpan balik kepada manajemen untuk perbaikan.								
D.	Manajemen Mutu - ISO 9001:2000								
D.1.	Umum/General								
1.	Apakah ISO 9001:2000 merupakan jawaban untuk melaksanakan strategi Rumah Sakit Bethesda.								

2.	Apakah Bapak/Ibu/Saudara mendukung /setuju pelaksanaan strategi Rumah Sakit Bethesda dengan menggunakan ISO 9001:2000.								
3.	Apakah komitmen mutu dan kepuasan pelanggan dinyatakan dalam kebijakan tertulis.								
4.	Apakah kebijakan mutu dan sasaran-sasaran mutu Rumah Sakit Bethesda disosialisasikan kepada seluruh jajaran pimpinan dan civitas Rumah Sakit Bethesda.								
5.	Apakah budaya mutu/prinsip-prinsip /norma-norma yang mendukung komitmen mutu dibangun sampai tercermin pada perilaku karyawan.								
6.	Apakah sasaran-sasaran mutu Rumah sakit Bethesda yang ditetapkan dilengkapi dengan perencanaan, anggaran dan sumber daya.								
7.	Apakah setiap proses yang mempengaruhi mutu dan kepuasan pelanggan dilengkapi dengan sistem pengendalian yang sistematis dan terdokumentasi.								
8.	Apakah setiap aktivitas dijalankan sesuai Prosedur Kerja (PK) dan Instruksi Kerja (IK) yang telah ditetapkan.								
9.	Apakah dengan mendapatkan sertifikasi ISO 9001:2000, sudah menggambarkan fakta dari manajemen mutu pelayanan Rumah Sakit Bethesda yang sesuai standar Internasional.								
10.	Apakah ada pertumbuhan/ peningkatan layanan Rumah Sakit Bethesda dari:								
	a. Jumlah kunjungan pasien.								
	b. BOR.								
	c. Menurunnya jumlah komplain pasien/ kepuasan pelanggan meningkat								
	d. Meningkatnya kinerja/ <i>performance</i> .								
11.	Apakah ada perbedaan signifikan pelayanan yang diberikan kepada <i>customer</i> sebelum tersertifikasi ISO 9001:2000 dalam segi pelayanan :								
	a. Kecepatan.								
	b. Ketepatan.								
	c. Keramahan.								
	d. Keterpaduan.								
	e. Komunikasi.								
	f. Keamanan.								
	g. Kenyamanan.								

	h. Kebersihan.								
12.	Apakah sistem manajemen mutu diperbaiki terus menerus sesuai dengan tuntutan pelanggan dan perubahan lingkungan organisasi /kebutuhan.								
D.2.	Sistem Manajemen Mutu								
1.	Apakah sistem manajemen mutu:								
	a. Ditetapkan								
	b. Didokumentasi								
	c. Diterapkan								
	d. Dipelihara.								
	e. Diperbaiki secara terus menerus								
2.	Apakah dokumen sistem manajemen mutu dikendalikan								
3.	Apakah catatan mutu dikendalikan								
D.3.	Tanggung Jawab Manajemen								
1.	Apakah manajemen (PUK) dapat memberikan bukti dari komitmennya untuk pengembangan dan penerapan sistem manajemen mutu.								
2.	Apakah manajemen (PUK) dapat memastikan bahwa kebijakan mutu : a. Sesuai dengan sasaran Rumah Sakit Bethesda b. Mencakup komitmen untuk memenuhi persyaratan dan secara berkesinambungan meningkatkan keefektifan manajemen mutu c. Menyediakan kerangka kerja untuk menetapkan dan meninjau ulang sasaran mutu d. Disosialisasikan ke seluruh karyawan dan dipahami								
3.	Apakah manajemen (PUK) dapat memastikan bahwa wakil manajemen (<i>Quality Management Representative/ QMR</i>) dapat mewakili manajemen dalam menerapkan sistem manajemen mutu.								
D.4.	Manajemen Sumber Daya								
1.	Apakah kompetensi karyawan dipastikan memenuhi persyaratan kualifikasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan suatu pekerjaan yang telah ditugaskan.								
2.	Apakah program pelatihan dibuat untuk setiap karyawan yang memerlukan.								
3.	Apakah tanggung jawab dan disiplin merupakan nilai-nilai yang dihidupkan dan ditaati oleh semua karyawan dalam menjalankan sistem manajemen mutu								

4.	Apakah sarana dan prasaran kerja serta lingkungan kerja dipastikan dapat mendukung penerapan sistem manajemen mutu								
D.5.	Realisasi Produk/Jasa								
1.	Apakah persyaratan proses pelayanan mulai dari <i>input-process-output</i> ditetapkan lebih dahulu dalam standar, termasuk toleransinya sebelum direalisasikan.								
2.	Apakah metode kerja ditetapkan dalam prosedur kerja atau intruksi kerja sebelum proses atau pekerjaan dijalankan, khususnya proses yang dampaknya kritis terhadap mutu dan kepuasan pelanggan.								
3.	Apakah cara pengendalian jasa pelayanan tidak sesuai ditetapkan untuk setiap tahapan proses pelayanan maupun setiap jenis pelayanan maupun setiap jenis jasa pelayanan yang berbeda.								
4.	Apakah kegiatan pembelian dikendalikan secara ketat sesuai dengan sistem dan prosedur yang telah dibuat.								
5.	Apakah barang milik pelanggan dipastikan terhindar dari kerusakan atau hal-hal yang tidak dikehendaki								
D.6.	Pengukuran, Analisa dan Perbaikan								
1.	Apakah semua kegiatan Rumah Sakit Bethesda dipantau sesuai rencana pengendalian yang telah ditetapkan.								
2.	Apakah pemantauan, pengukuran dan analisa digunakan untuk perbaikan.								
3.	Apakah akurasi alat-alat pemantauan dikalibrasi secara berkala sesuai tingkat kekritisannya.								
4.	Apakah kepuasan pelanggan diukur dan disurvei secara berkala sebagai dasar perbaikan.								
5.	Apakah audit berkala dilaksanakan secara terencana terhadap semua kegiatan perusahaan yang termasuk dalam lingkup sistem manajemen mutu.								
6.	Apakah hasil audit dilaporkan kepada pimpinan unit yang diaudit (<i>auditee</i>) dan kepada manajemen serta digunakan sebagai referensi perbaikan.								

6.	Apakah Saudara dapat memastikan dan membuktikan bahwa Audit Mutu Internal dapat berjalan sesuai ketentuan /prosedur yang telah ditetapkan dan disepakati								
7.	Apakah Saudara dapat memastikan dan membuktikan bahwa seluruh karyawan dan pimpinan menjalankan sistem manajemen mutu yang telah disepakati dan ditetapkan manajemen Rumah Sakit Bethesda								
8.	Apakah Saudara dapat memastikan dan membuktikan bahwa implementasi sistem manajemen mutu berjalan sesuai yang diharapkan.								
9.	Apakah Saudara dapat memastikan dan membuktikan bahwa sistem manajemen mutu dilakukan Audit oleh AMI secara periodik.								
10.	Apakah hasil audit AMI ditindak lanjuti dalam <i>management review</i> .								
11.	Apakah Saudara dapat memastikan dan membuktikan bahwa temuan audit dari AMI ditindak lanjuti dengan tindakan koreksi, pencegahan dan perbaikan sampai masalahnya selesai (<i>closing</i>)								
12.	Apakah Saudara dapat memastikan dan membuktikan bahwa setiap karyawan terlibat dalam proses perbaikan								
13.	Apakah Saudara dapat memastikan dan membuktikan bahwa seluruh karyawan memahami, mengerti dan melaksanakan :								
	a. Visi Rumah Sakit Bethesda								
	b. Misi Rumah Sakit Bethesda								
	c. Manajemen strategi Rumah Sakit Bethesda								
	d. Sistem manajemen mutu - ISO 9001:2000 .								
	e. Kebijakan mutu Rumah Sakit Bethesda								
14.	Apakah dengan implementasi manajemen mutu (ISO 9001:2000), Rumah Sakit Bethesda mengalami perkembangan / peningkatan dan atau pertumbuhan dari layanan dari segi:								
	a. Jumlah kunjungan pasien								
	b. Bor								
	c. Menurunnya jumlah komplain pasien								
	d. Budaya mutu karyawan								
	e. Kinerja / <i>performance</i>								

F. Kuesioner Untuk Audit Mutu Internal (AMI)

Pedoman Penilaian :

- 1 = Dikomunikasikan secara lisan, tidak didokumentasikan, tidak jelas apakah dijalankan atau tidak
- 2 = Dikomunikasikan tapi bukan merupakan kebijakan resmi, didokumentasikan tapi tidak dijalankan.
- 3 = Merupakan kebijakan resmi terdokumentasi, didokumentasikan, dilaksanakan secara sporadis dan tidak ada evaluasi & perbaikan.
- 4 = Merupakan kebijakan resmi terdokumentasi, didokumentasikan, dijalankan tetapi tidak ada evaluasi dan pengendalian.
- 5 = Merupakan kebijakan resmi terdokumentasi, dijalankan dan dievaluasi serta diperbaiki terus menerus.

No.	Pertanyaan	Ya \dashrightarrow Tidak					Evaluasi	
		5	4	3	2	1		0
		Sangat baik	Baik	Cukup	Kurang	Sangat kurang		Tidak ada sama sekali
1.	Apakah penunjukan AMI secara tertulis dan dengan Surat Keputusan/SK Direktur Rumah Sakit Bethesda.							
2.	Apakah SK penunjukan AMI dicantumkan <i>job discription</i> dengan jelas tentang tugas, tanggung jawab dan wewenang AMI.							
3.	Apakah audit berkala dilaksanakan secara terencana terhadap semua kegiatan Rumah Sakit Bethesda yang termasuk dalam lingkup sistem manajemen mutu.							
4.	Apakah metode dan prosedur audit ditentukan lebih dahulu sebelum audit dilakukan.							
5.	Apakah auditor dilatih lebih dahulu sebelum melakukan audit.							
6.	Apakah tujuan audit dimengerti oleh auditor maupun auditee.							
7.	Apakah hasil audit dilaporkan kepada pimpinan unit yang diaudit (auditee) dan kepada manajemen serta digunakan sebagai referensi perbaikan.							
8.	Apakah hasil audit dibahas bersama dalam rapat tinjauan manajemen untuk menilai tingkat efektivitas perbaikannya.							
9.	Apakah selalu dilakukan monitoring /pemantauan atau verifikasi terhadap tindakan perbaikan dan pencegahan atas tindak lanjut hasil audit.							

10.	Apakah keberadaan dan fungsi AMI bagi manajemen sangat strategis dalam proses perbaikan mutu dan atau peningkatan standar mutu Rumah Sakit Bethesda.								
11.	Apakah dengan diimplementasikan manajemen mutu ISO 9001:2000 ada pengaruh terhadap pertumbuhan dan peningkatan layanan dari segi :								
	a. Jumlah kunjungan pasien								
	b. Bor								
	c. Menurunnya jumlah komplain pasien								
	d. Budaya mutu karyawan								
	e. Kinerja /performance								



8	Apakah pengendalian dokumen dilakukan dengan prosedur yang cukup memadai dan sederhana tetapi tetap terkendali.								
10	Apakah dengan diimplementasikan manajemen mutu ISO 9001:2000 ada pengaruh terhadap pertumbuhan dan peningkatan layanan dari segi :								
	b. Jumlah kunjungan pasien								
	f. Bor								
	g. Menurunnya jumlah komplain pasien								
	h. Budaya mutu karyawan								
	i. Kinerja /performance								



H. Kuesioner Untuk Pejabat Struktural

Pedoman Penilaian :

- 1 = Dikomunikasikan secara lisan, tidak didokumentasikan, tidak jelas apakah dijalankan atau tidak
- 2 = Dikomunikasikan tapi bukan merupakan kebijakan resmi, didokumentasikan tapi tidak dijalankan.
- 3 = Merupakan kebijakan resmi terdokumentasi, didokumentasikan, dilaksanakan secara sporadis dan tidak ada evaluasi & perbaikan.
- 4 = Merupakan kebijakan resmi terdokumentasi, didokumentasikan, dijalankan tetapi tidak ada evaluasi dan pengendalian.
- 5 = Merupakan kebijakan resmi terdokumentasi, dijalankan dan dievaluasi serta diperbaiki terus menerus.

No.	Pertanyaan	Ya -----> Tidak					Evaluasi	
		5	4	3	2	1		0
		Sangat baik	Baik	Cukup	Kurang	Sangat kurang		Tidak ada sama sekali
1.	Apakah kebijakan mutu Rumah Sakit Bethesda telah dipahami dan dimengerti oleh setiap karyawan di Gugus Tugas Saudara.							
2.	Apakah Gugus Tugas Saudara memiliki sasaran mutu.							
3.	Apakah sasaran mutu di Gugus Tugas Saudara ditetapkan oleh Rumah Sakit Bethesda secara tertulis.							
4.	Apakah sasaran mutu di Gugus Tugas Saudara dikomunikasikan dan disosialisasikan ke seluruh karyawan di Gugus Tugas Saudara.							
5.	Apakah setiap aktivitas mutu di Gugus Tugas Saudara dinyatakan dalam bentuk Prosedur Kerja/PK dan Instruksi Kerja/IK secara tertulis, dan ditetapkan oleh manajemen Rumah Sakit Bethesda.							
6.	Apakah dokumen mutu dan catatan mutu di Gugus Tugas Saudara:							
	a. Didokumentasikan							
	b. Dipelihara.							
	c. Dikendalikan							
7.	Apakah sasaran mutu di Gugus Tugas Saudara dilakukan pemantauan, pengukuran dan analisa.							
8.	Apakah hasil pemantauan, pengukuran dan analisa sasaran mutu di Gugus Tugas Saudara dibuat laporan secara tertulis kepada QMR untuk referensi perbaikan.							

9.	Apakah setiap ada perubahan dokumen mutu (revisi, perbaikan, perubahan dll) dijalankan sesuai dengan prosedur kerja yang telah ditetapkan.								
10.	Apakah setiap karyawan di Gugus Tugas Saudara terlibat dalam menentukan sasaran mutu dan perbaikan mutu								
11.	Apakah secara periodik di Gugus Tugas saudara dilakukan audit mutu, baik oleh auditor internal maupun eksternal.								
12.	Apakah dengan menerapkan dan telah mendapatkan sertifikasi ISO 9001:2000, di Gugus Saudara ada fakta peningkatan/pertumbuhan :								
	a. Jumlah layanan								
	b. Menurunnya jumlah komplain layanan								
	c. Kinerja / <i>performance</i>								
	d. Budaya mutu karyawan								

PEDOMAN WAWANCARA

Pedoman wawancara ini untuk mendapatkan jawaban secara langsung dari responden, yang digunakan untuk melengkapi / mempertegas / memperjelas jawaban kuesioner yang penulis sampaikan kepada responden.

1. Bagaimana visi dibuat, ditetapkan, dikomunikasikan/disosialisasikan, dipahami/dimengerti dan dijalankan oleh jajaran pimpinan dan civitas Rumah Sakit Bethesda.
2. Bagaimana misi dibuat, ditetapkan, dikomunikasikan/disosialisasikan, dipahami/dimengerti dan dijalankan oleh jajaran pimpinan dan civitas Rumah Sakit Bethesda.
3. Apakah perencanaan strategi Rumah Sakit Bethesda untuk 3-5 tahun kedepan dibuat, ditetapkan, dikomunikasikan/disosialisasikan, dipahami/dimengerti dan dijalankan oleh jajaran pimpinan dan civitas Rumah Sakit Bethesda
4. Apakah perencanaan strategi Rumah Sakit Bethesda 3-5 tahun ke depan sudah mencakup perencanaan strategi dalam menghadapi persaingan dan globalisasi.
5. Bagaimana perencanaan strategi yang telah ditetapkan dijalankan, dilakukan evaluasi sebagai umpan balik kepada manajemen untuk perbaikan.
6. Bagaimana pedoman mutu - sistem manajemen mutu - ISO 9001:2000 dibuat, ditetapkan, dikomunikasikan /disosialisasikan, dipahami/dimengerti dan dijalankan oleh seluruh jajaran pimpinan dan civitas Rumah Sakit Bethesda.

7. Bagaimana ISO 9001:2000 yang telah ditetapkan, dijalankan, dilakukan evaluasi / audit secara rutin/ periodik untuk referensi perbaikan mutu pelayanan secara terus menerus.
8. Bagaimana pengendalian dokumen mutu dilakukan oleh siapa dan dengan cara apa.
9. Bagaimana kebijakan mutu yang ditetapkan dapat dijalankan di dalam operasional pelayanan oleh setiap civitas Rumah Sakit Bethesda.
10. Apakah hasil audit di tindak lanjuti dalam tinjauan manajemen (*management review*).
11. Bagaimana sasaran-sasaran mutu dicapai dan apakah dilakukan perbaikan dan peningkatan sasaran-sasaran mutu.
12. Bagaimana merubah perilaku dan paradigma seluruh jajaran pimpinan dan karyawan untuk menjadi berubah ke budaya mutu.
13. Apakah proses perbaikan mutu atau tindakan perbaikan dan pencegahan melibatkan seluruh karyawan.
14. Bagaimana strategi yang digunakan untuk mendapatkan sertifikasi ISO 9001:2000 yang dilakukan/ditempuh.
15. Dapatkah menunjukan dan membuktikan adanya pertumbuhan yang signifikan dengan menerapkan manajemen mutu - ISO 9001:2000, dalam pelayanannya dari jumlah kunjungan pasien, BOR, menurunnya jumlah komplain pasien, budaya mutu dan kinerja.

Lampiran 3

Jawaban Pertanyaan Tentang Visi Untuk PYC

No	Nomor Pertanyaan	Responden				Jml Responden	Skor 5		Skor 4		Skor 3		Skor 2		Skor 1		Skor 0		Abstain		
		1	2	3	4		Jml	%	Jml	%											
1	1	5	5	4	4	4	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
2	2	5	5	4	4	4	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
3	3	5	5	4	4	4	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
4	4	5	5	4	4	4	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
5	5	5	5	5	5	4	100.00	4	100.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
6	6	5	5	5	5	4	100.00	4	100.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
7	7	3	4	3	3	Rata-2	-	1	25.00	3	75.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
						Rata-2	57.14	2	32.14	0	10.71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Jumlah Per Skor			Jml	%
Skor 5	6	2	16	57.14
Skor 4	0	1	9	32.14
Skor 3	1	1	3	10.71
Skor 2	0	0	0	-
Skor 1	0	0	0	-
Skor 0	0	0	0	-
Abstain	0	0	0	-
Jumlah	7	7	28	100.00

Jawaban Pertanyaan Tentang Misi Untuk PYC

No	Nomor Pertanyaan	Responden				Jml Responden	Skor 5		Skor 4		Skor 3		Skor 2		Skor 1		Skor 0		Abstain		
		1	2	3	4		Jml	%	Jml	%											
1	1	5	5	4	4	4	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
2	2	5	5	4	4	4	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
3	3	5	5	4	4	4	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
4	4	5	5	4	4	4	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
5	5	5	5	5	5	4	100.00	4	100.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
6	6	5	5	5	5	4	100.00	4	100.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
7	7	3	4	3	3	Rata2	-	1	25.00	3	75.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
						Rata2	57.14	2	32.14	0	10.71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Jumlah Per Skor			Jml	%
Skor 5	6	2	16	57.14
Skor 4	0	1	9	32.14
Skor 3	1	1	3	10.71
Skor 2	0	0	0	-
Skor 1	0	0	0	-
Skor 0	0	0	0	-
Abstain	0	0	0	-
Jumlah	7	7	28	100.00

Jawaban Pertanyaan Tentang Strategi Manajemen Untuk PYC

No	Nomor Pertanyaan	Responden				Jml Res-ponden	Skor 5		Skor 4		Skor 3		Skor 2		Skor 1		Skor 0		Abstain	
		1	2	3	4		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
1	1	5	5	4	4	4	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
2	2a	5	5	4	4	4	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
3	2b	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
4	2c	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
5	2d	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
6	3a	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
7	3b	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
8	3c	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
Rata2						0.50	12.50	2.00	50.00	1.50	37.50	-	-	-	-	-	-	-	-	

	Jumlah Per Skor		Jml	%
Skor 5	2	2	0	12.50
Skor 4	6	6	16	50.00
Skor 3	0	0	12	37.50
Skor 2	0	0	0	-
Skor 1	0	0	0	-
Skor 0	0	0	0	-
Abstain	0	0	0	-
Jumlah	8	8	32	100.00

Jawaban Pertanyaan Tentang Manajemen Mutu Untuk PYC

No	Nomor Pertanyaan	Responden				Jml Responden	Skor 5		Skor 4		Skor 3		Skor 2		Skor 1		Skor 0		Abstain	
		1	2	3	4		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
1	1	5	5	4	4	4	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
2	2	5	5	4	4	4	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
3	3	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
4	4a	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
5	4b	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
6	4c	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
7	4d	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
8	5a	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
9	5b	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
10	5c	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
11	5d	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
12	5e	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
13	5f	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
14	5g	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
15	5h	4	4	3	3	4	0	-	2	50.00	2	50.00	0	-	0	-	0	-	0	-
Rata-2						4	0.27	6.67	2.00	50.00	1.73	43.33	-	-	-	-	-	-	-	-

Jumlah Per Skor		
	Jml	%
Skor 5	2	0
Skor 4	13	21
Skor 3	0	0
Skor 2	0	0
Skor 1	0	0
Skor 0	0	0
Abstain	0	0
Jumlah	15	100.00

Jawaban Pertanyaan Tentang Visi Untuk PUK

No	Nomor Pertanyaan	Responden					Jml Res-ponden	Skor 5		Skor 4		Skor 3		Skor 2		Skor 1		Skor 0		Abstain		
		1	2	3	4	5		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	
1	1	4	4	5	5	5	3	60.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
2	2	4	4	5	5	5	3	60.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
3	3	4	5	4	5	5	3	60.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
4	4	4	5	4	5	5	3	60.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
5	5	5	5	5	5	5	5	100.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
6	6	3	4	5	5	5	3	60.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
7	7	5	4	2	5	4	2	40.00	2	40.00	0	-	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-
							Rata-2	3.14	62.86	1.57	31.43	0.14	2.86	0.14	2.86	-	-	-	-	-	-	-

Jumlah Per Skor		Jml	%tase
Skor 5	2 3 4 7 6	22	62.86
Skor 4	4 4 2 0 1 11	31.43	
Skor 3	1 0 0 0 0 1	2.86	
Skor 2	0 0 1 0 0 1	2.86	
Skor 1	0 0 0 0 0 0	0	-
Skor 0	0 0 0 0 0 0	0	-
Abstain	0 0 0 0 0 0	0	-
Jumlah	7 7 7 7 7 7	35	100.00

Jawaban Pertanyaan Tentang Misi Untuk PUK

No	Nomor Pertanyaan	Responden					Jml Res-ponden	Skor 5		Skor 4		Skor 3		Skor 2		Skor 1		Skor 0		Abstain			
		1	2	3	4	5		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%		
1	1	4	5	5	5	5	4	80.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
2	2	4	4	5	5	4	5	2	40.00	3	60.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
3	3	4	4	4	5	4	5	1	20.00	4	80.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
4	4	4	4	4	5	4	5	2	40.00	3	60.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
5	5	5	5	4	5	5	5	5	100.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
6	6	3	5	5	5	4	5	3	60.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
7	7	5	3	3	4	4	5	1	20.00	2	40.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
							Rata-2	2.57	51.43	2.00	40.00	0.43	8.57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Jumlah Per Skor		Jml	%tase
Skor 5	2 3 4 6 3 18	51.43	
Skor 4	4 3 2 1 4 14	40.00	
Skor 3	1 1 1 0 0 3	8.57	
Skor 2	0 0 0 0 0 0	0	-
Skor 1	0 0 0 0 0 0	0	-
Skor 0	0 0 0 0 0 0	0	-
Abstain	0 0 0 0 0 0	0	-
Jumlah	7 7 7 7 7 7	35	100.00

Jawaban Pertanyaan Tentang Strategi Manajemen Untuk PUK

No	Nomor Pertanyaan	Responden					Jml Res-ponden	Skor 5		Skor 4		Skor 3		Skor 2		Skor 1		Skor 0		Abstain	
		1	2	3	4	5		Skor	Skor	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
1	1	4	4	4	4	5	1	20.00	3	60.00	0	-	0	-	0	-	0	-	1	20.00	
2	2a	4	4	4	5	4	1	20.00	4	80.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
3	2b	3	4	4	4	5	0	-	3	60.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	1	20.00	
4	2c	3	2	4	4	3	0	-	1	20.00	2	40.00	1	20.00	0	-	0	-	1	20.00	
5	2d	4	4	3	4	5	0	-	3	60.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	1	20.00	
6	3a	3	4	1	5	3	1	20.00	1	20.00	2	40.00	0	-	1	20.00	0	-	0	-	
7	3b	3	4	5	4	5	1	20.00	2	40.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	1	20.00	
8	3c	4	3	4	4	5	0	-	3	60.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	1	20.00	
9	4a	3	3	5	4	3	1	20.00	0	-	3	60.00	0	-	0	-	0	-	1	20.00	
10	4b	4	4	4	4	5	1	20.00	4	80.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
11	4c	3	4	1	4	3	5	0	1	20.00	2	40.00	0	-	1	20.00	0	-	1	20.00	
12	5	4	4	3	4	4	5	0	4	80.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-	
13	6	4	5	3	4	4	5	1	3	60.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-	
14	7	4	5	2	4	3	5	1	2	40.00	1	20.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	
							Rata-2	0.57	11.43	2.43	48.57	1.29	22.86	0.14	2.86	0.14	2.86	-	-	0.57	11.43

Jumlah Per Skor		Jml	%tase
Skor 5	0	2	8
Skor 4	8	6	34
Skor 3	6	3	16
Skor 2	0	1	2
Skor 1	0	0	0
Skor 0	0	0	0
Abstain	0	1	8
Jumlah	14	14	70
			100.00

Jawaban Pertanyaan Tentang Manajemen Mutu Untuk PUK

No	Nomor Pertanyaan	Responden					Jml Res-ponden	Skor 5		Skor 4		Skor 3		Skor 2		Skor 1		Skor 0		Abstain	
		1	2	3	4	5		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
1	D.1.1	4	4	5	5	4	5	2	40.00	3	60.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
2	D.1.2.	5	5	5	5	4	5	4	80.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
3	D.1.3.	5	5	5	5	4	5	4	80.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
4	D.1.4.	3	3	4	5	3	5	1	20.00	1	20.00	3	60.00	0	-	0	-	0	-	0	-
5	D.1.5.	3	3	2	4	2	5	0	-	1	20.00	2	40.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-
6	D.1.6.	3	4	2	5	2	5	1	20.00	1	20.00	1	20.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-
7	D.1.7.	3	4	4	4	3	5	0	-	3	60.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	0	-
8	D.1.8.	3	4	5	5	3	5	2	40.00	1	20.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	0	-
9	D.1.9.	3	4	-	4	3	5	0	-	2	40.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	0	-
10	D.1.10.a	3	3	-	3	2	5	0	-	0	-	3	60.00	1	20.00	0	-	0	-	1	20.00
11	D.1.10.b	3	3	-	3	2	5	0	-	0	-	3	60.00	1	20.00	0	-	0	-	1	20.00
12	D.1.10.c	3	3	-	4	2	5	0	-	1	20.00	2	40.00	1	20.00	0	-	0	-	1	20.00
13	D.1.10.d	3	3	4	4	2	5	0	-	2	40.00	2	40.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-
14	D.1.11.a	4	4	5	4	4	5	1	20.00	4	80.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
15	D.1.11.b	4	3	-	4	3	5	0	-	2	40.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	1	20.00
16	D.1.11.c	3	4	4	4	2	5	0	-	3	60.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-
17	D.1.11.d	3	4	-	4	4	2	5	0	2	40.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	1	20.00
18	D.1.11.e	4	4	-	4	2	5	0	-	3	60.00	0	-	1	20.00	0	-	0	-	1	20.00
19	D.1.11.f	4	4	-	4	2	5	0	-	3	60.00	0	-	1	20.00	0	-	0	-	1	20.00
20	D.1.11.g	3	4	-	4	2	5	0	-	2	40.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	1	20.00
21	D.1.11.h	3	-	-	4	2	5	0	-	1	20.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	2	40.00
22	D.1.12.	3	5	-	4	4	5	1	20.00	2	40.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	1	20.00
23	D.2.1.a	4	5	5	5	4	5	3	60.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
24	D.2.1.b	4	5	5	5	4	5	3	60.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
25	D.2.1.c	4	5	4	5	4	5	2	40.00	3	60.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
26	D.2.1.d	4	5	5	5	4	5	3	60.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-
27	D.2.1.e	4	5	4	5	3	5	2	40.00	2	40.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-
28	D.2.2.	4	5	5	5	3	5	3	60.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-
29	D.2.3.	4	5	5	5	2	5	3	60.00	1	20.00	0	-	1	20.00	0	-	0	-	0	-
30	D.3.1.	4	4	4	4	2	5	0	-	4	80.00	0	-	1	20.00	0	-	0	-	0	-
31	D.3.2.a	4	4	5	4	2	5	1	20.00	3	60.00	0	-	1	20.00	0	-	0	-	0	-
32	D.3.2.b	3	4	-	4	2	5	0	-	2	40.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	1	20.00
33	D.3.2.c	3	5	4	4	2	5	1	20.00	2	40.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-
34	D.3.2.d	3	3	4	4	2	5	0	-	2	40.00	2	40.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-
35	D.3.3.	4	5	4	4	2	5	1	20.00	3	60.00	0	-	1	20.00	0	-	0	-	0	-
36	D.4.1.	3	3	3	3	3	3	5	0	0	-	5	100.00	0	-	0	-	0	-	0	-
37	D.4.2.	3	4	4	4	2	5	0	-	3	60.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-

38	D.4.3.	3	3	3	4	1	5	0	-	1	20.00	3	60.00	0	-	1	20.00	0	-	0	-	0	-
39	D.4.4.	3	3	4	4	2	5	0	-	2	40.00	2	40.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-
40	D.5.1.	4	2	3	4	3	5	0	-	2	40.00	2	40.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-
41	D.5.2.	3	4	5	5	3	5	2	40.00	1	20.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
42	D.5.3.	3	4	4	4	3	5	0	-	3	60.00	2	40.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
43	D.5.4.	4	5	5	4	3	5	2	40.00	2	40.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
44	D.5.5.	4	4	3	3	3	5	0	-	2	40.00	3	60.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
45	D.6.1.	4	4	4	2	3	5	0	-	2	40.00	2	40.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-
46	D.6.2.	4	4	3	4	2	5	0	-	3	60.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-
47	D.6.3.	3	4	3	4	2	5	0	-	2	40.00	2	40.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-
48	D.6.4.	3	5	3	4	3	5	1	20.00	1	20.00	3	60.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
49	D.6.5.	4	4	4	4	3	5	0	-	4	80.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
50	D.6.6.	4	5	5	5	3	5	3	60.00	1	20.00	1	20.00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Rata-2										0.92	18.40	1.92	38.40	1.34	26.80	0.54	10.80	0.02	0.40	-	-	0.26	5.20

Skor	Jumlah Per Skor										Jml	%
	2	15	14	15	0	46	18.40					
Skor 5	2	15	14	15	0	46	18.40					
Skor 4	22	22	14	30	8	96	38.40					
Skor 3	26	11	7	5	18	67	26.80					
Skor 2	0	1	3	0	23	27	10.80					
Skor 1	0	0	0	0	1	1	0.40					
Skor 0	0	0	0	0	0	0	-					
Abstain	0	1	12	0	0	13	5.20					
Jumlah	50	50	50	50	50	250	100.00					

Jawaban Pertanyaan Tentang Manajemen Mutu Untuk QMR

No	Nomor Pertanyaan	Responden
		1 Skor
1	1	4
2	2	4
3	3a	4
4	3b	3
5	3c	3
6	3d	4
7	3e	3
8	3f	3
9	3g	3
10	3h	3
11	4	3
12	5	3
13	6	3
14	7	3
15	8	3
16	9	3
17	10	3
18	11	3
19	12	3
20	13a	2
21	13b	2
22	13c	2
23	13d	3
24	13e	2
25	14a	2
26	14b	2
27	14c	2
28	14d	3
29	14e	3
Rata-2		2.90

Jawaban Pertanyaan Tentang Manajemen Mutu Untuk Pengawas Dokumen

No	Nomor Pertanyaan	1 Responden
		1 Skor
1	1	0
2	2	0
3	3	5
4	4	5
5	5	5
6	6	5
7	7	2
8	8	3
9	9	-
10	10a	0
11	10b	0
12	10c	2
13	10d	3
14	10e	3
Rata-2		2.36

Jumlah Per Skor			Jml	%
Skor 5		4	4	28.57
Skor 4		3	3	21.43
Skor 3		3	3	21.43
Skor 2		0	0	-
Skor 1		0	0	-
Skor 0		4	4	28.57
Abstain		0	0	-
Jumlah		14	14	100.00

Jumlah Per Skor			Jml	%
Skor 5	0	0	-	
Skor 4	4	4	13.79	
Skor 3	18	18	62.07	
Skor 2	7	7	24.14	
Skor 1	0	0	-	
Skor 0	0	0	-	
Abstain	0	0	-	
Jumlah	29	29	100.00	

Lampiran 4

**Sasaran Mutu Rumah Sakit Bethesda
(Pada Tahap Awal Implementasi ISO 9001:2000)**

No	Sasaran Mutu	PIC Target	Cara Pengukuran	PIC Pelaporan
1	Penjemputan : • Kecepatan penjeputan sampai ke tempat pasien (radius 10 km dalam kota) maksimal 30 menit	Bp. D.	Setiap telpon dicatat di form, setelah waktu sampai dicatat	Bp. M.
	• Kecepatan penjeputan sampai ke tempat pasien (radius > 10 km masih wilayah DIY) maksimal 90 menit	Bp. D.	Setiap telpon dicatat di form, setelah waktu sampai dicatat	Bp. M.
2	Penerimaan • Waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang /daftar sampai mulaidiperiksa dokter maksimal 5 menit	Dr. Pr	Setiap pasien datang dicatat (registrasi) dan diterima professional /dokter dicatat waktunya	Bp. H
3	Pelayanan IGD • Waktu yang dibutuhkan untuk memberikan informasi hasil diagnosa maksimal 15 menit.	Dr. N.	Dicatat manual mulai waktu dari awal sampai selesai periksa.	Ib. T.
	• Kasus mortality rate maksimal 0,5 %	Dr. N.	Catat per kasus	Ib. T
	• Kematian yang unjustified < 20 %	Dr. N.	Catat per kasus	Ib. T
	• Kematian yang justified >80 %	Dr. N.	Catat per kasus	Ib. T
4	Administrasi keluar IGD • Lama waktu pasien pulang dari IGD maksimal 30 menit	Dr. P.	Catat waktu dihitung dari pasien menerima keputusan dari dokter sampai terima kuitansi	Dr. N.
	• Lama waktu pasien keluar dari IGD untuk rawat inap: a. Katagori I dan II : rata-rata 3 jam. b. Katagor III dan IV : rata-rata 1 jam	Dr. P.	Catat waktu dihitung dari pasien menerima keputusan dari dokter sampai pasien diterima di rawat inap	Dr. N.
5	Pelayanan Stroke Mortality rate maksimal 15 % untuk yang unjustified.	Dr. L.	Sesuai Guidance Audit Medik (No.20) dicatat dari masuk s.d. keluar unit stroke	Dr. W.
	Average Length of stay 7 hari untuk perawatan non hemorage	Dr. L.	Jumlah lama perawatan -----(1 th) Jumlah pasien keluar	Bp. D
	Average Length of stay 7 hari untuk perawatan hemorage	Dr. L.	Jumlah lama perawatan -----(1 th) Jumlah pasien keluar	Bp. D
	Perbaikan indeks ADL minimal 25 %	Ib. E.	Sesuai indeks yang dipilih	Bp. S & D
6	Pulang dari Pelayanan Stroke Waktu yang dibutuhkan setelah informasi keluar dari dokter pelayanan stroke maksimal 60 menit	Bp. D.	Dihitung mulai dari informasi dokter s.d. rawat inap/pulang	Bp. S
7	Penerimaan Pasien dari Klinik Waktu yang dibutuhkan mulai dari keluar klinik s.d. diterima di perawatan maksimal 90 menit	Ib. S.	Dicatat dari informasi dokter s.d. masuk perawatan	Ib. A.

8	Komplain			
	<ul style="list-style-type: none"> • Proses penyelesaian komplain internal 80 % diselesaikan dengan prediksi waktu yang ditentukan untuk setiap kasus pada bulan berjalan 	Ib. N	Hutung per kasus per bulan	Ib. O.
	<ul style="list-style-type: none"> • Proses penyelesaian komplain eksternal 80 % diselesaikan dengan prediksi waktu yang ditentukan untuk setiap kasus pada bulan berjalan 	Ib. N	Hutung per kasus per bulan	Ib. O.
9	Farmasi			
	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan IGD: <ul style="list-style-type: none"> a.Pelayanan injeksi dan alkes 3 menit b.Pelayanan Obat Oral 15 menit 	Ib. M	Dihitung mulai resep / kartu diterima oleh petugas Farmasi IGD s.d. obat.alkes diserahkan petugas IGD	Ib. Ng
	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan Pengadaan : <ul style="list-style-type: none"> a.Pembelian normal untuk dalam kota 6 jam dan diluar kota 30 jam. b.Pembelian cito untuk dalam kota 6 jam dan di luar kota 24 jam (kecuali untuk distributor khusus) 	Ib. H	Dihitung mulai barang dipesan oleh petugas yang membutuhkan barang sampai barang diterima oleh petugas bagian penerimaan barang.	Ib. Ng
	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan Rawat Jalan : <ul style="list-style-type: none"> a.Pelayanan obat non racikan 20 menit. b.Pelayanan obat racikan dan (campuran non racikan dan racikan) 45 menit. 	Ib. E	Dihitung mulai resep di-entry oleh petugas Farmasi sampai dengan bat diserahkan kepada pasien	Ib. Ng
	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan IBS : Pelayanan injeksi dan alkes 3 menit 	Ib. W	Dihitung mulai petugas IBS meminta barang sampai dengan barang diterima oleh petugas IBS	Ib. Ng
	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan Rawat Inap <ul style="list-style-type: none"> a.Pelayanan kart obat untuk pasien pulang 28 menit. b.Pelayanan kartu obat setiap ruangan maksimal 2 jam. 	Ib. L.M	Dihitung berdasarkan lama waktu masing-masing tahap pelayanan per pasien dan kemudian dijumlahkan.	Ib. Ng
	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan ODD : membagi obat untuk setiap pasien 15 menit 	Ib. A	Dihitung mulai petugas Farmasi membagi obat sampai petugas selesai membagi obat untuk satu pasien	Ib. Ng.
10	Keuangan			
	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah komplain customer mengenai kesalahan billing maksimal 1 % 	Ib. R	Dihitung per kasus /bulan	Bp. A
	<ul style="list-style-type: none"> • Hari rata-rata pengumpulan piutang maksimal 21 hari 	Bp. S	Dihitung per kasus /bulan	Bp. R
	<ul style="list-style-type: none"> • Account payabe yang lebih dari 30 hari kalender maksimal 10% 	Bp. S	Dihitung per kasus /bulan	Bp. R
11	Radiologi			
	<ul style="list-style-type: none"> • Waktu yang dibutuhkan untuk foto rontgen untuk kasus emergensi mulai dari registrasi s.d ekspertisi (pada jam kerja) maksimal 90 menit. 	Dr. D	Hitung kasus /bulan	Dr. S

	<ul style="list-style-type: none"> Waktu yang dibutuhkan untuk foto rontgen untuk kasus emergensi mulai dari registrasi s.d ekspertisi shift 2 (diluar jam kerja) maksimal jam 07.30 WIB hari berikutnya. 	Dr. D	Hitung kasus /bulan	Dr. S
	<ul style="list-style-type: none"> Kasus kesalahan radiology (foto, pengiriman, kehilangan) maksimal 8 kasus / bulan 	Dr. D	Hitung kasus /bulan	Dr. S
12	HRD <ul style="list-style-type: none"> Keseuaian antara jadwal training dan aktual 90 % (dilaksanakan dlam tahun yang sama) 	Bp. Ys	Bandingkan actual dan schedule	Ib. E
13	PDE <ul style="list-style-type: none"> Kasus kerusakan hardware /software maksimal 8 kasus. 	Bp. Yk	Hitung kasus /bulan	Bp. Yk
	<ul style="list-style-type: none"> Keterlambatan program dan aktualisasi maksimal 20 % 	Bp. Yk	Hitung kasus /bulan	Bp. Yk
14	Purchasing dan Panitia Pembelian <ul style="list-style-type: none"> Kesalahan pembelian (spesifikasi) maksimal 0 kasus / bulan 	Ib. N	Hitung per kasus/bulan	Ib. W.
	<ul style="list-style-type: none"> Waktu yang dibutuhkan mulai dari order keluar sampai barang diterima untuk : Pembeian barang Gizi adalah 1 hari Pembelian barang umum dan perawatan adalah 2 hari 	Ib. T.N	Cek list barang datang	Ib. L.E
	<ul style="list-style-type: none"> Penyimpanan pembelian barang umum, perawatan dan alkes non rutin maksimal 2 kasus /6 bulan 	Ib. N	Cek list barang datang	Ib. W. & S. Ib. Th.S Ib. Y Ib. W
15	Rekam Medik <ul style="list-style-type: none"> Waktu yang dibutuhkan untuk distribusi Rekam Medis maksimal 20 menit (untuk psien lama) 	Bp. S	Hitung per kasus/bulan	Bp. I
	<ul style="list-style-type: none"> Waktu yang dibutuhkan untuk distribusi Rekam medis maksimal 10 menit (untuk pasien baru) 	Bp. S.	Hitung per kasus/bulan	Bp. I
16	Maintenance <ul style="list-style-type: none"> PSP jaringan mesin, perabotan, elektri maksimal 65 kasus / bulan. 	Bp. Sg	Lihat buku catatan pekerjaan	Bp. P
	<ul style="list-style-type: none"> PSP bangunan, perabotan dan produksi maksimal 3 kasus/bulan untuk pekerjaan yang penyelesaiannya lebih dari 15 hari 	Bp. Sg	Hitung per kasus/bulan	Bp. M
	<ul style="list-style-type: none"> PSP kendaraan maksimal 2 kasus, pasien yang tidak bisa dilayani Ambulance RS Btehesda dalam 1 bulan 	Bp. Sg	Laporan kegiatan bagian kendaraan	Bp. S
	<ul style="list-style-type: none"> Satuan keamanan (satpam): maksimal 3 kasus pencurian dalam 1 bulan. 	Bp. Sg	Laporan kehilangan	Bp. Pr
	<ul style="list-style-type: none"> PSP Perawatan jenazah dan makam : maksimal 1 kasus / 3 bulan yang tidak bisa dilayani petugas RS Bethesda 	Bp. Sg	Laporan kegiatan pelayanan	Bp. H

	<ul style="list-style-type: none"> • PSP taman : maksimal 1 kasus / 2 bulan untuk saran dan kritik dari keluarga pasien 	Bp. Sg	Kotak saran/kritik dari pasien / keluarga pasien	Bp. H
	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeliharaan alat kesehatan 80 % dapat terpelihara menurut jadwal 	Bp. A	Laporan pemeliharaan	Bp. T
	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaikan alat kesehatan 99 % dapat beroperasi kembali. 	Bp. A	Laporan perbaikan	Bp. T
17	Laboratorium			
	<ul style="list-style-type: none"> • Waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan darah rutin 20 menit. 	Bp. H.	Hitung waktu pelayanan semua pasien di IGD (sebelumnya 30 menit)	Bp. H.
	<ul style="list-style-type: none"> • Waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan CKMB adalah 60 menit. 	Bp. H.	Hitung waktu pelayanan semua pasien di IGD (sebelumnya 120 menit)	Bp. H.

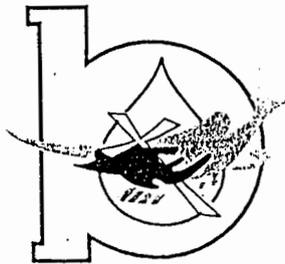
Sumber : Pedoman Mutu ISO 9001:2000 Rumah Sakit Bethesda
(Sistem Manajemen Mutu Rumah Sakit Bethesda)

Lampiran 5

 <p>RS BETHESDA</p>	FORMULIR TINDAKAN KOREKSI DAN PENCEGAHAN (FTKP)	FRM/QMR/001
--	--	-------------

Tanggal :
No. :

Deskripsi Masalah/Masalah Potensial :			
Koreksi Masalah :			
PIC :			
Akar Penyebab :			
No.	Tindakan Preventif / Perbaikan	PIC Tanda tangan	Batas Waktu
1			
2			
3			
4			
5			
Masalah Selesai : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>			
Masukan / Usulan :			
Verifikasi oleh :		Tanggal :	



RUMAH SAKIT BETHESDA

Direktur	561774	ICU/UPI	586705
Sekretariat	586695	Piutang	586706
Humas & Pemasaran	586701	AKPN	586703
Hot Line AIDS	583785	P.O. BOX	1124 YK
Gawat Darurat	586708	Faximile	(0274) 563312



Nomor : 4194/D. 1728/2004
Tanggal : 5 Oktober 2004

Yang terhormat
Wakil Direktur Program Pascasarjana
Universitas Atma Jaya Yogyakarta
Jl. Babarsari No.43
Yogyakarta 55281

Hal : *Izin pengambilan data*

Dengan hormat,

Memperhatikan surat Saudara No. 239/Eks/II tanggal 11 Mei 2004 tentang permohonan izin mencari data untuk penyusunan tesis bagi mahasiswa Program Magister Manajemen Program Pascasarjana Universitas Atma Jaya Yogyakarta:

Nama : Purwoko, SE.

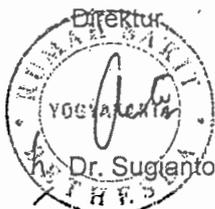
No. Mhs. : 02.800/PS/MM

Judul tesis : Audit Manajemen dan Pengaruhnya Pada Standar Mutu Internasional Studi Kasus RS Bethesda Yogyakarta.

dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui permohonan tersebut mulai tanggal 11 Oktober 2004, dengan ketentuan mahasiswa yang bersangkutan menyelesaikan biaya administrasi yang telah ditetapkan sebesar Rp.150.000,- (seratus lima puluh ribu rupiah) dan setelah selesai menyerahkan salinan tesisnya ke Rumah Sakit Bethesda.

Untuk teknis pelaksanaan selanjutnya, yang bersangkutan agar menghubungi Ketua Pusmarsa RS Bethesda Yogyakarta.

Demikian atas perhatian yang diberikan, kami ucapkan terima kasih.



Dr. Sugianto, Sp.S., M.Kes., Ph.D.

Tembusan Yth. :

1. Ketua Pusmarsa
2. Kepala Bagian Akuntansi
3. Kepala Bagian Keuangan
4. Sdr. Purwoko, SE.

Sr/sekr-4/penelitian/izin/penelitian



Certification

Awarded to

RS. BETHESDA
JL. JEND. SUDIRMAN 70
YOGYAKARTA 55224
INDONESIA

BVQI certify that the Management System of the above organisation has been audited and found to be in accordance with the requirements of the management system standards detailed below

Standards

ISO 9001:2000

Scope of supply

EMERGENCY SERVICE AND STROKE SERVICE CENTRE

Original Approval Date: 12th May 2004

Subject to the continued satisfactory operation of the organisation's Management System, this certificate is valid until:
7th May 2007

To check this certificate validity please call (62-21-5210393)

Further clarifications regarding the scope of this certificate and the applicability of the management system requirements may be obtained by consulting the organisation

Date: 18th May 2004

Certificate Number: 154480



008

BVQI (Holding) S.A. using the accreditation certificate number 008

Bureau Veritas Quality International
Setiabudi 2 Building, 5th Floor, Suite 506-507
Jl. HR. Rasuna Said Kav. 62
Jakarta 12920