

**IMPLEMENTASI ISO 9000
UNTUK
MENINGKATKAN KINERJA KLINIK
DI
PUSKESMAS UMBULHARJO II
KOTA YOGYAKARTA**

DISAMPAIKAN OLEH:
HETTY HANDAYANI

NO	ISO	IMPLEMENTASI	PUSKESMAS	KLINIK
1	Komitmen Manajemen	Kebijakan Mutu Sasaran Mutu	Sasaran Mutu Uraian tugas & wewenang Manajemen Review	Sasaran Mutu klinik Jadwal tugas sesuai uraian tugas & wwnng
2	Pengelolaan Smbr Daya	Standar Kompetensi petugas	Prosedur Usulan Pelatihan (dsr :gap yg ada/hsl anali sa ptgs yg blm memuhi standar kompetensi	Ptgs melaksanakan tgas sesuai kompeten sinya. (dokter berikan Diagnosa medis & treatment planning, Perawat berikan askep)
3	Pengelolaan Proses Produksi	Perencanaan prsdr pelayanan Prsdr berorientasi kpd pelanggan	Alur Pelayanan Prsdr Identifikasi Persyaratan plgn Prsdr Permintaan & Pembelian brng Prsdr Kalibrasi Alat	Prsdr Persiapan pelayanan Prsdr Pelayanan/SOP Instruksi Kerja Plynan menggunakan alat2 dlm kondisi layak pakai.
4	Pengukuran, Analisis & Perbaikan	Memastikan kesesuaian sist menj mutu Melakukan perbaikan secara terus menerus Memastikan tercapainya sasaran mutu	Prsdr Tndkn Perbaikan Prsdr Tndkn Pencegahan Prsdr Perbaiakan Berkesinambungan Prsdr Survey Kepuasan pelanggan	Ketidak sesuaian/ ketidak efektifan dalam pelayanan Refleksi Diskusi Kasus

NO	Klinik	Sebelum ISO	Sesudah ISO
1	Sasaran Mutu Klinik Jadwal tugas sesuai uraian tgs & wewenang	Tdk ada ssrn mutu Tugas pokok & Tugas Integrasi	Ada ssrn mutu (bersifat SMART) Uraian tugas & batas wewenangnya jelas,sesuai standar kompetensinya
2	Petugas melaksanakan tugas sesuai kompetensinya	Tidak ada standar kompetensi	Ada analisa petugas yg belum memenuhi standar kompetensi,(gap menjd renc usulan pelatihan)
3	Psdr persiapan plyn Psdr Kerja,Instruksi Kerja/ SOP Alat2 dlm kondisi layak pakai	Langsung plyanan,tanpa persiapan/pengecekan Alat tdk pernah di kalibrasi	Ada persiapan plyn utk memastikan plyn berjln lancar sesuai PK,IK Dipersyaratkan alat2 harus dikalibrasi secara periodik
4	Ketidak sesuaian/ ketidak efektifan dalam pelayanan Refleksi Diskusi Kasus	Tidak ada : Prosedur tindakan perbaikan&pencegahan. Prosedur perbaikan berkesinambungan. RDK	Segera dilakukan tindakan perbaikan & pencegahan/usulan revisi prosedur. Memperbaiki penanganan kasus yg kurang tepat,dg RDK

Perencanaan Sasaran Mutu Klinik/ Poli Umum

NO	Sasaran mutu	PERENCANAAN PENCAPAIAN	METODE	PENANGGUNG JAWAB
1.	Pemakaian antibiotik untuk kasus Diare Non Spesifik (Kode dx: 0102) adalah 0% .	1. Pengobatan diagnosa Diare Non- Spesifik (0102) berdasarkan standar pengobatan (buku pedoman dan hasil seminar) 1. Rencana pencapaian 6 bulan.	1. Pengambilan data sekunder kasus diare non-spesifik setiap bulan 2. Cakupan sasaran mutu = Membandingkan Kasus diare non-spesifik dengan Antibiotik dlm 1 bulan dengan Kasus seluruh kasus diare non-spesifik dlm 1 bulan kali 100%	Koord poli & TIM MTP

PERENCANAAN SASARAN MUTU PUSKESMAS

NO	SASARAN MUTU	PERENCANAAN PENCAPAIAN	METODE	P.J
1.	Kepuasan pelanggan Target : Pelanggan Puas minimal 80%.	1. Membudayakan SIKAP 5 S (Senyum, Salam, Sapa, , Sopan dan Santun) 2.Rencana Pencapaian 6 Bulan	1. Survey Kepuasan Pelanggan . Jumlah Respondens dihitung dg tabel Isaac & Michael dg tingkat kesalahan sebesar 1% . Teknik pemilihan respondens secara <i>Proportionate Stratified Random Sampling</i> , Karena populasi mempunyai anggota yang tidak homogen dan berstrata. Pengelompokkan dilakukan berdasarkan cara pembayaran. Survey dilakukan setiap bulan dan dievaluasi setelah 6 bulan.	Tim Kepuasa Pelanggan Tim Jaga Mutu.

PENCAPAIAN SASARAN MUTU PER-POLI / BAGIAN PELAYANAN BULAN JULI SD DESEMBER 2005

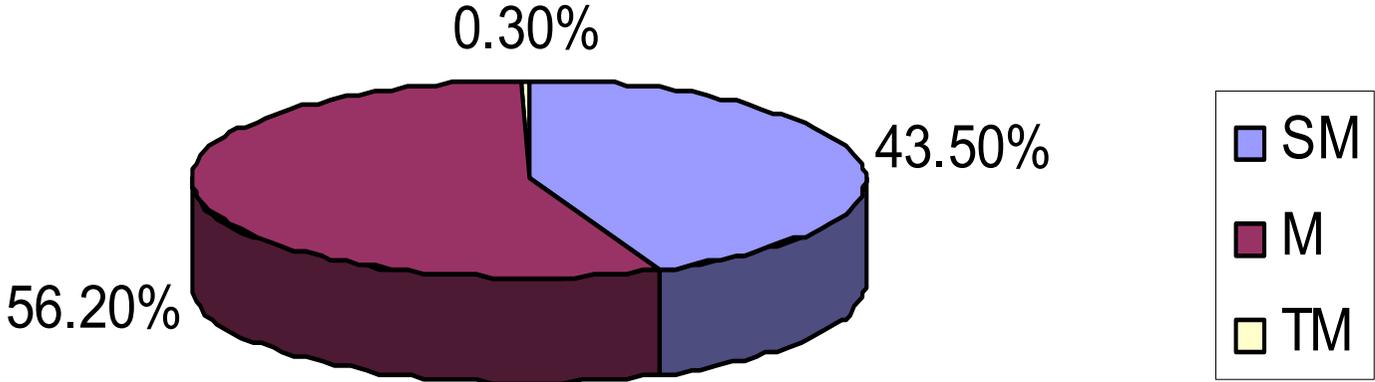
Bagian Pelayanan	Sasaran Mutu	Pencapaian	Analisa	Rencana Tindak Lanjut
Pendaftaran	Pendaftaran Pasien tidak Lebih dari 15mt, target 100%	Juli : 75 % Agustus : 83,4 % September : 83,4 % Oktober : 91,7 % November : 91,7 % Desember : 91,7 % Rata 2 : $\frac{516,9}{6} = 86,15\%$	Pencapaian sasaran mutu pendaftaran selama 6 bulan adalah 86,15% dan belum sesuai target yaitu 100% . Hal ini disebabkan: <ul style="list-style-type: none"> • Status tidak tertata rapi (masih tertumpuk) sehingga menyulitkan pencarian • Penataan status di Rak yang tidak sesuai no urut RM sehingga menyulitkan pencarian • Masih adanya status di poli /bag. pelayanan yang belum dikembalikan ke Rekam Medik. • Entry <i>data sosial</i> dan <i>pendaftaran</i> pasien ke komputer ditengah- tengah proses pendaftaran cukup menyita wakt 	<ul style="list-style-type: none"> • Pastikan Setelah pelayanan selesai, status harus dikembalikan ke rak status dan ditata sesuai urutan. • Komitmen dengan poli agar memberikan informasi untuk status yang masih ditahan di poli. • Entry data sosial dilakukan setelah selesai pelayanan poli (usulan revisiprosedur pelayanan pendaftaran)

Kassa	Waktu pelayanan tidak lebih dari 5 menit. Target 100%.	Juli : 100 % Agustus : 100 % September : 100 % Oktober : 100 % November : 100 % Desember : 100 % Rata 2 : $\frac{600}{6} = 100 \%$	Pencapaian sasaran mutu selama 6 bulan adalah 100 % dan target sudah tercapai hal ini kemungkinan disebabkan petugas selalu melakukan persiapan pelayanan dengan baik seperti mempersiapkan uang receh.	Waktu pelayanan kassa ditingkatkan menjadi kurang dari 5 mt
Poli Umum	Pemberian antibiotik untuk kasus diare non spesifik (0102) adalah 0%	Juli : 9,09 % Agustus : 4,65 % September : 0 % Oktober : 0 % November : 0 % Desember : 0 % Rata 2 : $\frac{13,74}{6} = 2.3 \%$	Pencapaian sasaran mutu selama 6 bulan adalah 2,3 % dan belum mencapai target. Hal ini kemungkinan disebabkan Pengobatan yang dilakukan untuk kasus diare non-spesifik belum sepenuhnya berdasarkan standar pengobatan depkes dan kesepakatan MTP terdahulu (Agustus 2005)	1. MTP kasus diare non spesifik untuk tiga bulan terakhir (Januari- maret)
Laboratorium	Pemeriksaan BTA < 5 hari. Target 90%.	Juli : 86,9 % Agustus : 86,4 % September : 85,8% Oktober : 86,6% November : 85,7% Desember : 91.6 % Rata 2 : $\frac{523}{6} = 87,17 \%$	Pencapaian sasaran mutu selama 6 bulan adalah 87,17 % dan belum mencapai target(90%). Hal ini disebabkan <ul style="list-style-type: none"> • Tingginya frekuensi pemeriksaan BTA pada bulan juli (69) • Lab puskesmas juga merupakan PRM (banyak menerima rujukan lab BTA dari beberapa puskesmas satelit). 	Menghitung beban kerja petugas lab, untuk mengetahui kemungkinan penambahan tenaga.

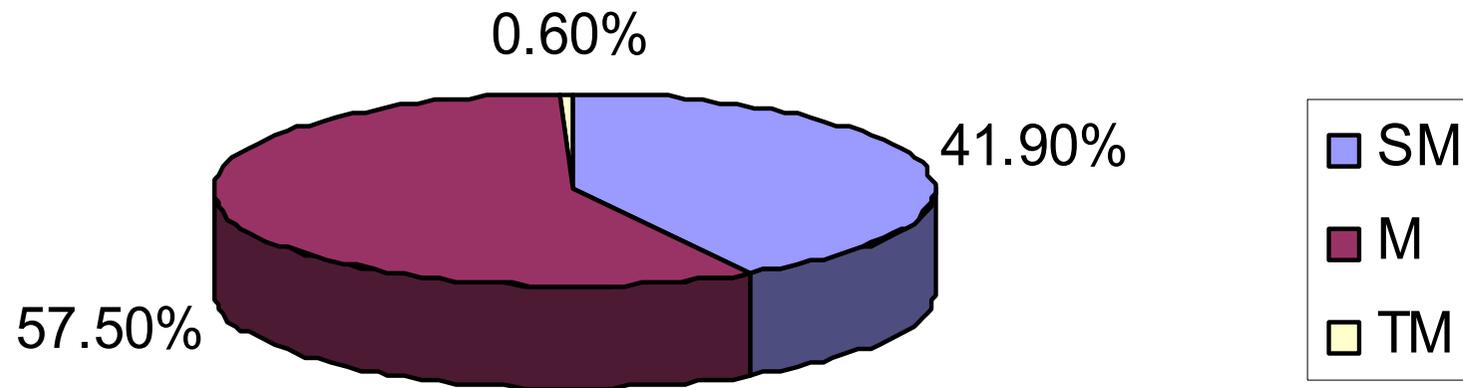
5.	Poli Gigi	Pencabutan tanpa komplikasi < 15 menit . Target 100%	<p>Juli : 90 % Agustus : 90,7% September : 90,9% Oktober : 82,6 % November : 86,9 % Desember : 79,59 % Rata 2 : $\frac{520,69}{6} =$ 86,78%</p>	<p>Pencapaian sasaran mutu selama 6 bulan adalah 86,78% dan belum bisa mencapai target (100%). Hal ini kemungkinan disebabkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebagian pasien merasa takut dicabut setelah disuntik sehingga petugas harus memberikan penjelasan lagi. Akibatnya waktu pencabutan bertambah lama. • Petugas kurang memaksimalkan penggunaan peralatan yang tepat dgn teknik yang benar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian penjelasan kepada pasien sebelum dicabut harus lebih jelas lagi . • Pelaksanaan RDK di poli Gigi (sesuai kebutuhan.) utk menyamakan persepsi dlm penggunaan alat & teknik yg benar.
----	------------------	---	--	---	--

KEPUASAN PELANGGAN PADA PELAYANAN PETUGAS

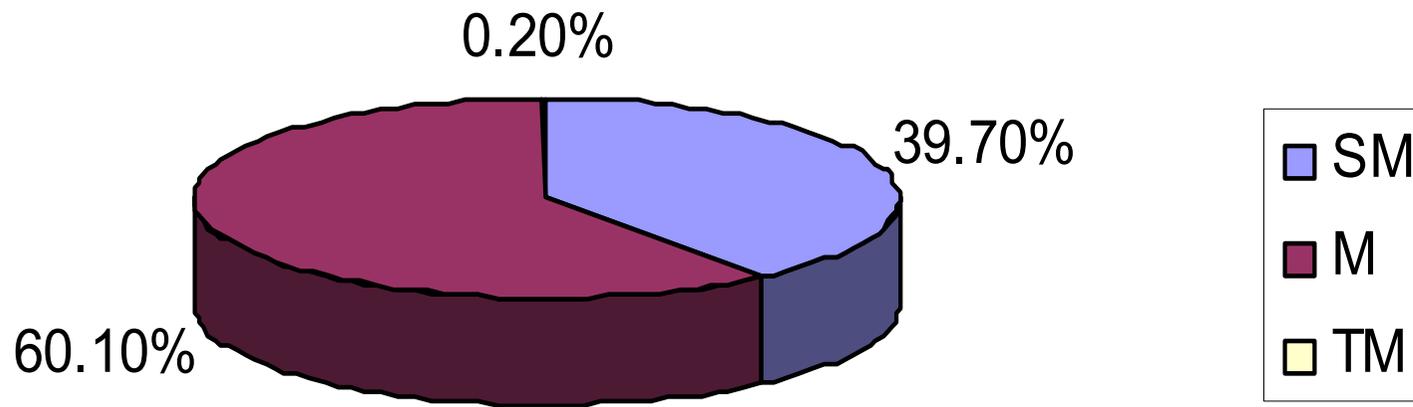
(Okt '05 s/d Maret '06)



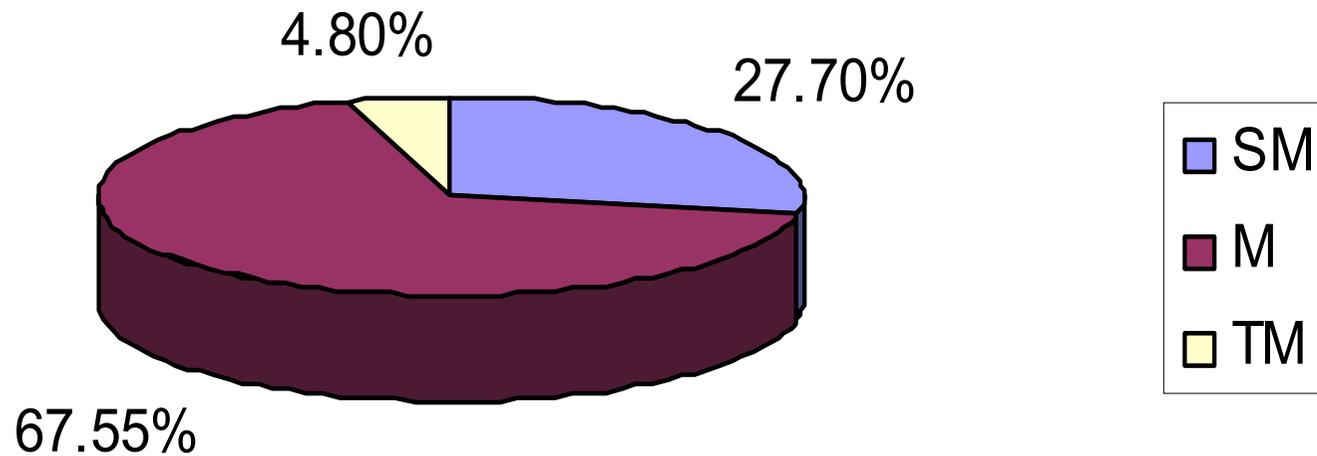
KEPUASAN PELANGGAN PADA KERAMAHAN PETUGAS (Okt '05 s/d Maret '06)



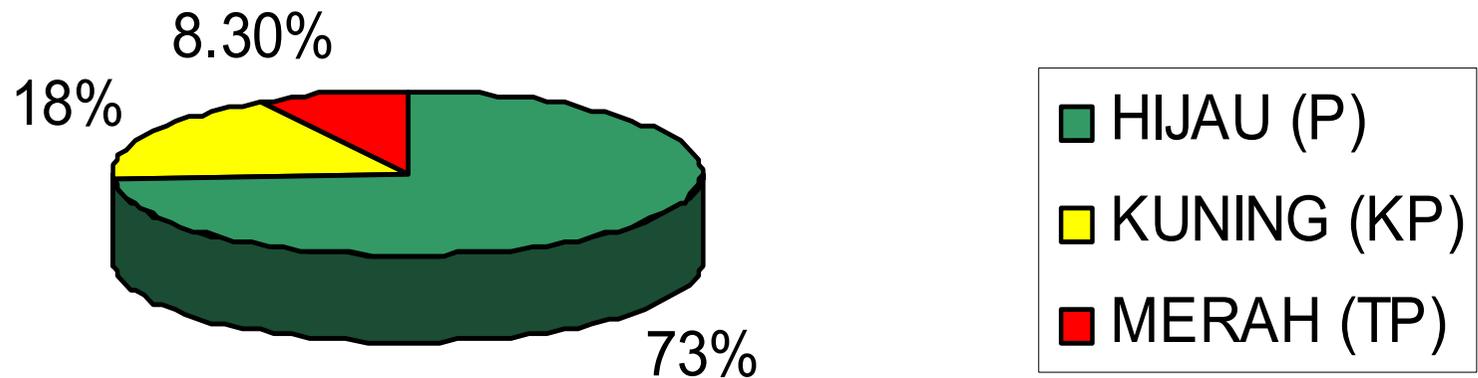
KEPUASAN PELANGGAN PADA KEBERSIHAN RUANG (OKT '05 s/d MARET '06)



KEPUASAN PELANGGAN PADA WAKTU PELAYANAN (Okt 05 S/D Maret 06)



KEPUASAN PELANGGAN MEI s/d DESEMBER 2004



terimakasih