

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

DISAMPAIKAN OLEH:  
HETTY HANDAYANI

<b>NO</b>	<b>ISO</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>PUSKESMAS</b>	<b>KLINIK</b>
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 <b>0%</b> .	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 <b>SIKAP 5 S</b> ( Senyum, Salam, Sapa, , Sopan dan Santun)  2.Rencana Pencapaian <b>6 Bulan</b>	1. <b>Survey Kepuasan Pelanggan .</b>  Jumlah Respondens dihitung dg tabel Isaac & Michael dg tingkat kesalahan sebesar <b>1%</b> . Teknik pemilihan respondens secara <i>Proportionate Stratified Random Sampling</i> , Karena populasi mempunyai anggota yang tidak homogen dan berstrata. Pengelompokkan dilakukan berdasarkan <b>cara pembayaran.</b> Survey dilakukan <b>setiap bulan</b> dan dievaluasi <b>setelah 6 bulan.</b>	Tim Kepuasa Pelanggan  Tim Jaga Mutu.

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

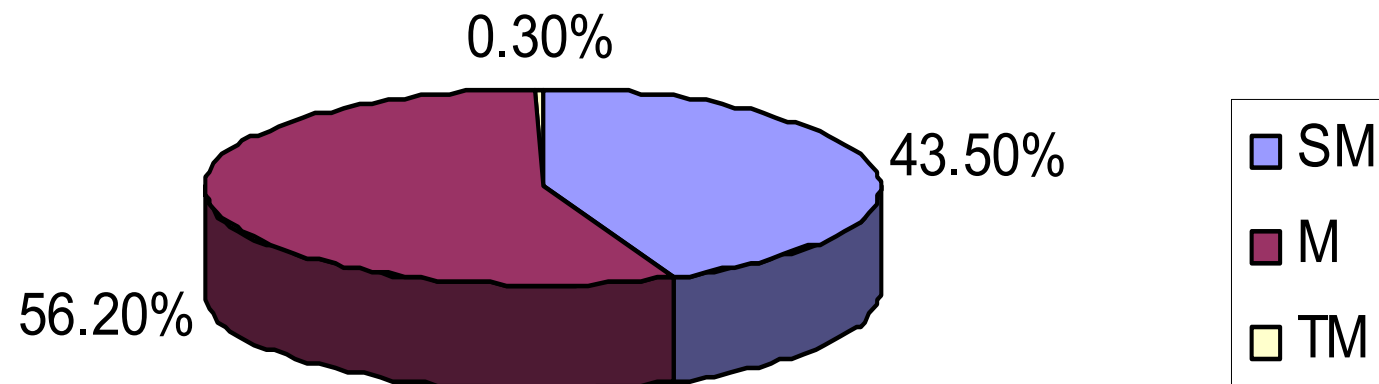
Bagian Pelayanan	Sasaran Mutu	Pencapaian	Analisa	Rencana Tindak Lanjut
Pendaftaran	Pendaftaran Pasien tidak Lebih dari 15mt, target 100%	Juli : 75 % Agustus : 83,4 % September : 83,4 % Oktober : 91,7 % November : 91,7 % Desember : 91,7 % Rata 2 : $\frac{516,9}{6} = 86,15\%$	Pencapaian sasaran mutu pendaftaran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

<b>Kassa</b>	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 <b>100 %</b> 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
<b>Poli Umum</b>	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 <b>2,3 %</b> 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)
<b>Laboratorium</b>	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 <b>87,17 %</b> dan belum mencapai target( <b>90%</b> ). Hal ini disebabkan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingginya frekuensi pemeriksaan BTA pada bulan juli (69)</li> <li>• Lab puskesmas juga merupakan PRM ( banyak menerima rujukan lab BTA dari beberapa puskesmas satelit).</li> </ul>	Menghitung beban kerja petugas lab, untuk mengetahui kemungkinan penambahan tenaga.

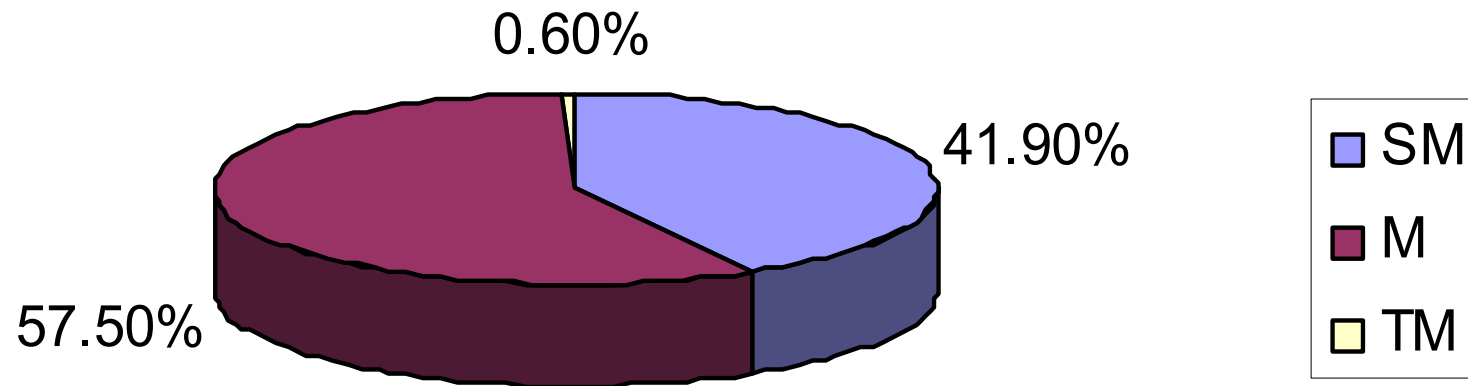
5.	<b>Poli Gigi</b>	Pencabutan tanpa komplikasi < 15 menit . Target 100%	<p>Juli : 90 %  Agustus : 90,7%  September : 90,9%  Oktober : 82,6 %  November : 86,9 %  Desember : 79,59 %  Rata 2 : <math>\frac{520,69}{6} =</math>  <b>86,78%</b></p>	<p>Pencapaian sasaran mutu selama 6 bulan adalah <b>86,78%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



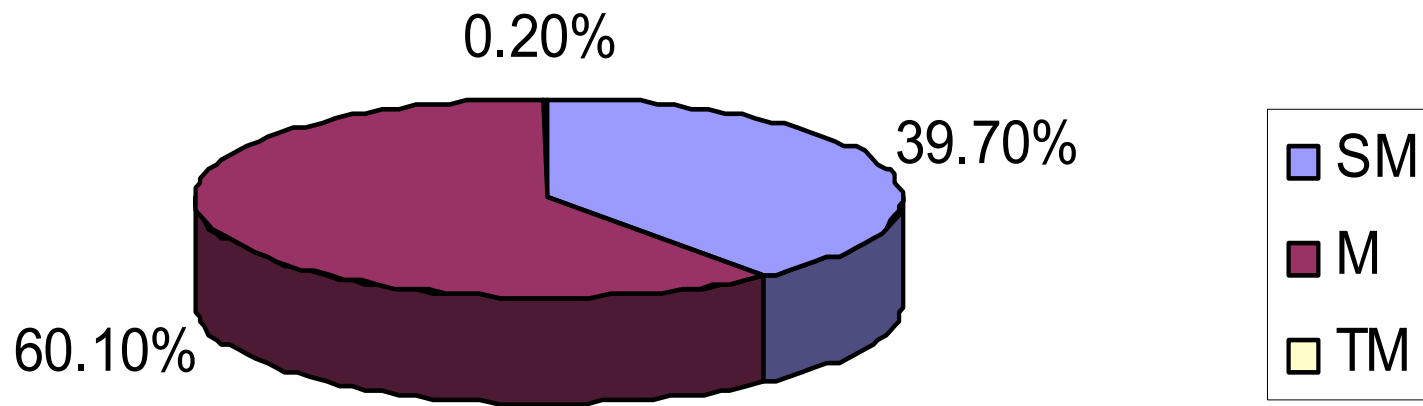
# KEPUASAN PELANGGAN PADA PELAYANAN PETUGAS (Okt '05 s/d Maret '06)



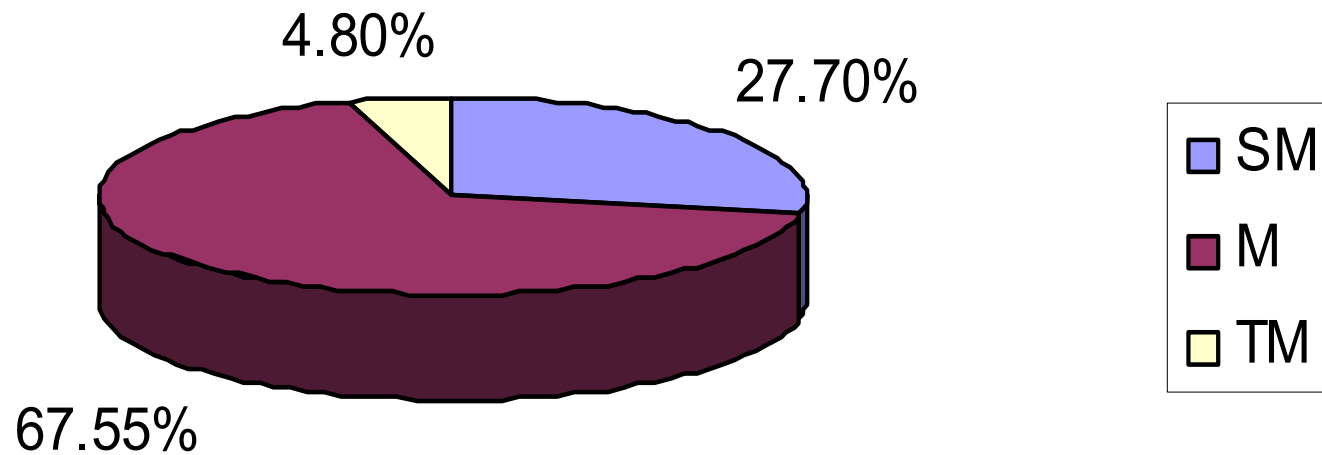
# KEPUASAN PELANGGAN PADA KERAMAHAN PETUGAS (Okt '05 s/d Maret '06)



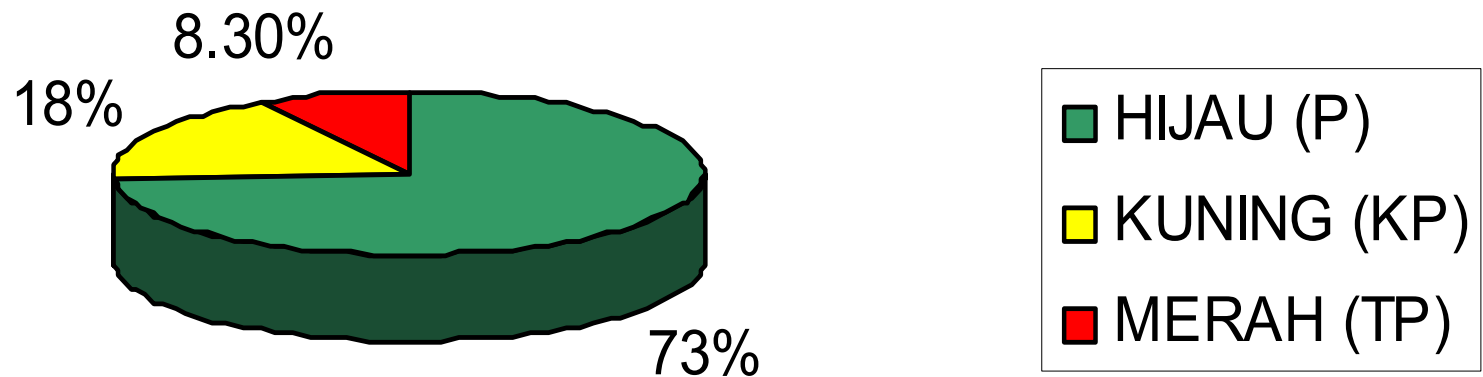
# KEPUASAN PELANGGAN PADA KEBERSIHAN RUANG (OKT '05 s/d MARET '06)



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



# KEPUASAN PELANGGAN MEI s/d DESEMBER 2004



terimakasih