



PEMERINTAH KABUPATEN KARANGANYAR
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS KEBAKKRAMAT II

Jln. Grompol-Jambangan km 0,5 Desa Kaliwuluh Kec. Kebakkramat Karanganyar
Telp. (0271) 6882133 Website: <http://puskeskebakkramat2.karanganyarkab.go.id>
E-mail: puskesmaskbk2@gmail.com Kode pos 57762

KERANGKA ACUAN
PROGRAM PENINGKATAN MUTU
DI UPT PUSKESMAS KEBAKKRAMAT II

A. PENDAHULUAN

Dalam memberikan kepada masyarakat, seluruh unit pelayanan yang ada dan seluruh karyawan berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan peduli terhadap keselamatan pasien, pengunjung, masyarakat, dan karyawan yang bekerja di Puskesmas

Program mutu dan keselamatan pasien merupakan program yang wajib direncanakan, dilaksanakan, dimonitor, dievaluasi dan ditindak lanjuti diseluruh jajaran yang ada di Puskesmas, mulaidari KepalaPuskesmas, para penanggungjawab, dan seluruh karyawan serta dikomunikasikan kepada lintas program dan lintas sektor.

Oleh karena itu perlu disusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, yang menjadi acuan dalam penyusunan program-program mutu dan keselamatan pasien di unit kerja baik dalam penyelenggaraan pelayanan administrasi manajemen, penyelenggaraan UKM, UKP dan Pelayanan Penunjang untuk dilaksanakan pada tahun 2023

B. LATAR BELAKANG

UPT Puskesmas Kebakkramat II terletak di Jalan Grompol Jambangan km 0,5 Desa Kaliwuluh Kecamatan Kebakkramat Kabupaten Karanganyar yang memberikan pelayanan yang meliputi upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan (pelayanan klinis).

Dari hasil survei kepuasan yang dilakukan pada tahun 2022 menunjukkan hasil sebagai berikut: 81, 69 (baik), begitu juga data kritik dan saran serta keluhan dari pasien, keluarga, dan masyarakat wilayah UPT Puskesmas Kebakkramat II menunjukkan pentingnya dilakukan upaya-upaya perbaikan.

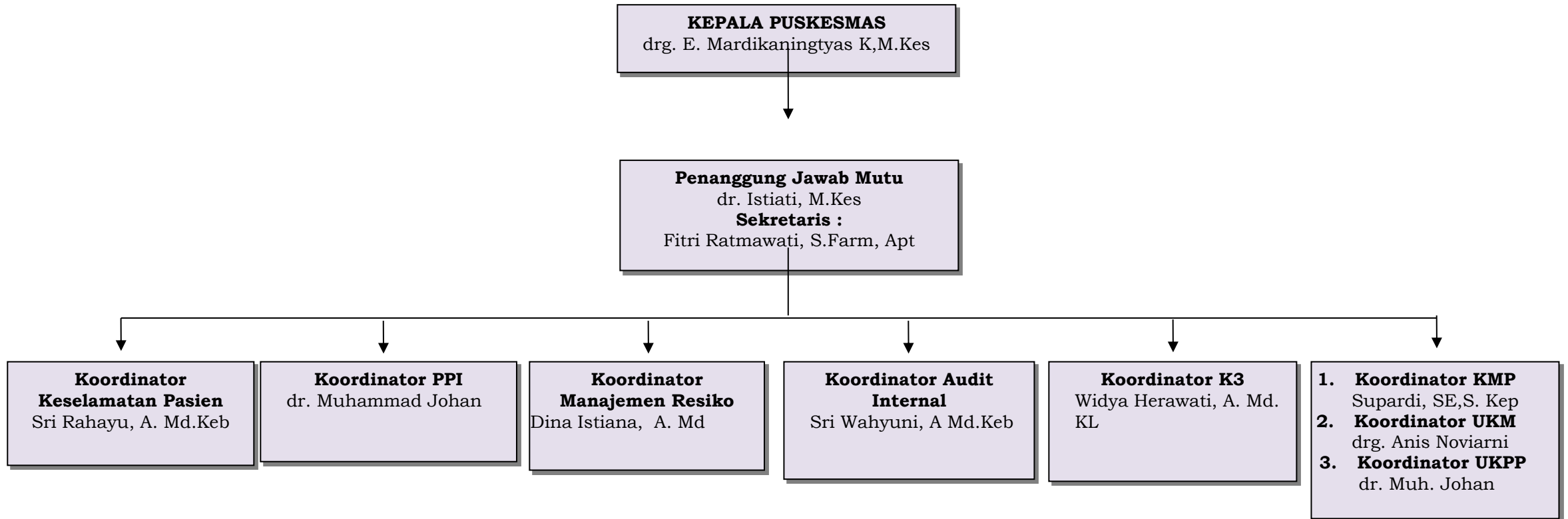
Pada tahun 2022 tidak terjadi kejadian terkait dengan insiden keselamatan pasien.

Dalam upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien perlu disusun program mutu dan keselamatan pasien yang menjadi acuan bagi seluruh karyawan dalam pelaksanaan kegiatan perbaikan mutu dan keselamatan pasien.

C. PENGORGANISASIAN DAN TATA HUBUNGAN KERJA

1. PENGORGANISASIAN

Bagan Organisasi Tim Mutu UPT Puskesmas Kebakkrammat II



2. TATA HUBUNGAN KERJA DAN ALUR PELAPORAN

- a. Tata Hubungan Kerja:
Penanggung Jawab Mutu bertugas melakukan koordinasi mulai dari perencanaan, pelaksanaan sampai dengan monitoring kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di UPT Puskesmas Kebakkramat II. Koordinator Keselamatan Pasien, Koordinator PPI, Koordinator Manajemen Resiko, Koordinator Audit Internal, Koordinator K3, Koordinator KMP, UKM dan UKPP melakukan koordinasi pelaksanaan dan monitoring kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang menjadi tanggungjawabnya.
- b. Pelaporan
Tiap koordinator melaporkan kegiatan perbaikan mutu dan keselamatan pasien setiap bulan kepada Penanggung Jawab Mutu dalam bentuk laporan bulanan. Penanggung Jawab Mutu melaporkan kegiatan kepada Kepala Puskesmas. Setiap semester Kepala Puskesmas menyampaikan laporan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten.

D. TUJUAN:

- 1. Tujuan umum: meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di UPT Puskesmas Kebakkramat II
- 2. Tujuan khusus:
 - a. Meningkatkan mutu administrasi manajemen
 - b. Meningkatkan mutu Upaya Kesehatan Masyarakat
 - c. Meningkatkan mutu Upaya Kesehatan Perseorangan dan Penunjang
 - d. Meningkatkan pemenuhan sasaran keselamatan pasien
 - e. Meminimalkan resiko dalam pemberian pelayanan
 - f. Mengimplementasikan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

E. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

No	Kegiatan Pokok	Tujuan	Rincian Kegiatan
1	Workshop penggalangan komitmen dan pemahaman tentang mutu dan keselamatan pasien	Agar seluruh karyawan/pegawai UPT Puskesmas Kebakkramat II memahami tentang program mutu dan KP serta bersinergi dengan linprog dan linsek dalam meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas	Lokakarya untuk penggalangan komitmen dan pemahaman tentang mutu puskesmas dan keselamatan pasien, dengan agenda sbb : a. Membentuk tim mutu, berikut poksi b. Menyusun rencana program mutu puskesmas dan keselamatan pasien, tata nilai dalam pengelolaan pelaksanaan c. Penggalangan komitmen untuk

			meningkatkan mutu dan kinerja pelayanan (manajerial,ukm dan ukpp)
2	Rapat Tim Mutu	Terciptanya pelayanan yang bermutu dan aman serta tingkat kepuasan pengguna layanan mengalami peningkatan	Melaksanakan rapat rutin bulanan mutu
3	Workshop dengan masyarakat untuk mendapat masukan tentang mutu dan kinerja puskesmas	Dipahaminya keinginan masyarakat akan mutu pelayanan UPT Puskesmas Kebakkramat II	Workshop dengan masyarakat untuk mendapat masukan tentang mutu dan kinerja puskesmas
4	Pertemuan tinjauan manajemen	Meningkatkan akses dan kualitas Pelayanan Admen, UKM, dan UKPP	a. Persiapan pertemuan tinjauan manajemen b. Melaksanakan pertemuan tinjauan manajemen dengan agenda; • Pembukaan oleh Ketua Mutu • Arahan dari Kepala Puskesmas • Tinjauan terhadap pertemuan tinjauan manajemen yang lalu • Pembahasan hasil audit internal • Permbahasan umpan balik/keluhan pelanggan • Hasil penilaian kepuasan pelanggan • Hasil penilaian kinerja • Masalah-masalah operasional yang terkait dengan penerapan sistem manajemen mutu, penyelenggaraan pelayanan (klinis dan UKM) • Rencana perbaikan/perubahan yang perlu dilakukan baik pada sistem manajemen mutu

			maupun sistem pelayanan (klinik dan UKM) • Rekomendasi untuk perbaikan • Penutup
5	Penetapan indikator Mutu prioritas Puskesmas	Ditetapkannya indikator Mutu prioritas Puskesmas di UPT Puskesmas Kebakkramat II	Lokakarya penetapan indikator mutu prioritas Puskesmas baik indikator admen, ukm dan UKPP
6	Pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator nasional mutu puskesmas	Terlaksananya pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator nasional mutu puskesmas	a. Pengumpulan data indikator nasional mutu puskesmas b. Analisis data c. Tindak lanjut hasil analisis
7	Workshop mengenai Peningkatan mutu	Agar seluruh karyawan/pegawai UPT Puskesmas Kebakkramat II memahami tentang program peningkatan mutu sehingga bias tersusun KAK program peningkatan mutu yang baik	Membuat KAK program peningkatan mutu
8	Rapat Tim Peningkatan mutu	Terciptanya pelayanan yang bermutu dan aman serta tingkat kepuasan pengguna layanan mengalami peningkatan	Pertemuan rutin tim mutu puskesmas tiap bulan
9	Penyusunan rencana program peningkatan mutu	Tersusunnya KAK program peningkatan mutu	Membuat KAK program peningkatan mutu
10	Rapat Tim mutu admen	Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan Admen	Pertemuan rutin tim mutu admen
11	Pengukuran indikator mutu administrasi dan manajemen puskesmas tiap unit	Terlaksananya pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator Terlaksananya pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator nasional mutu puskesmas	a. Pengumpulan data indikator mutu admen tiap unit b. Analisis data c. Tindak lanjut hasil analisis
12	Pengukuran indikator mutu administrasi dan manajemen puskesmas terkait dengan indikator	Terlaksananya pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator	a. Pengumpulan data indikator mutu admen terkait dengan indikator mutu prioritas puskesmas

	mutu prioritas puskesmas	pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator indikator mutu prioritas puskesmas	b. Analisis data c. Tindak lanjut hasil analisis
13	Penanganan Pengaduan Masyarakat	Tertanganinya Pengaduan Masyarakat	a. Pengumpulan IKH b. Kotak Saran, WA, SMS c. Survei kepuasan d. Umpan Balik Keluhan e. Analisa data f. Tindak Lanjut
14	Evaluasi Kontrak Pihak Ketiga	Terlaksananya Evaluasi Kontrak Pihak Ketiga	Evaluasi kontrak pihak ketiga a. mengidentifikasi pekerjaan/pelayanan yang diserahkan pada pihak ketiga b. menyusun instrument evaluasi kinerja pihak ketiga c. melaksanakan evaluasi kontrak menyampaikan hasil evaluasi kontrak pihak ketiga kepada pimpinan puskesmas
15	Rapat Tim Mutu UKM	Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan UKM	Pertemuan rutin Tim UKM
16	Pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator mutu UKM puskesmas tiap unit	Terlaksananya pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator indikator Terlaksananya pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator mutu UKM puskesmas tiap unit	a. Pengumpulan data indicator mutu admen terkait dengan UKM tiap unit b. Analisis data c. Tindak lanjut hasil analisis
17	Pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator mutu UKM puskesmas terkait dengan program prioritas puskesmas	Terlaksananya pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator indikator Terlaksananya pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator mutu UKM puskesmas terkait dengan program	a. pengumpulan data indicator mutu UKM terkait dengan indikator mutu prioritas puskesmas b. analisis data c. tindak lanjut hasil penilaian kinerja

		prioritas puskesmas	
18	Pelaksanaan PDCA pada tiap-tiap program UKM	Terlaksananya PDCA pada tiap-tiap program UKM	a. identifikasi masalah b. analisis masalah c. menyusun rencana perbaikan d. melaksanakan perbaikan e. melakukan evaluasi hasil perbaikan f. tindak lanjut thd hasil evaluasi perbaikan
19	Kaji Banding	Terlaksananya Kaji Banding	a. Menyusun rencana kaji banding dan kak b. Menyusun instrumen kaji banding c. Analisa hasil hasil kaji banding d. Rencana tindak lanjut hasil kaji banding Rencana tindak lanjut hasil kaji banding
20	Rapat Tim Mutu UKP	Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan UKPP	Pertemuan rutin Mutu UKPP
21	Pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator mutu UKPP Puskesmas tiap unit	Terlaksananya pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator Terlaksananya pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator mutu UKPP puskesmas tiap unit	a. Pengumpulan data indicator mutu admen terkait dengan UKPP tiap unit b. Analisis data c. Tindak lanjut hasil analisis
22	Pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator mutu UKPP puskesmas terkait dengan program prioritas puskesmas	Terlaksananya pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator Terlaksananya pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indikator mutu UKPP puskesmas terkait dengan program prioritas puskesmas	a. pengumpulan data indicator mutu UKPP terkait dengan priogram prioritas puskesmas b. analisis data c. tindak lanjut hasil penilaian kinerja
23	Peningkatan mutu pelayanan laboratorium	Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan laboratorium	a. Identifikasi risiko pelayanan laboratorium b. Analisis risiko dan

			tindak lanjutnya c. Pemantauan penggunaan APD di lab d. Pelaksanaan pemantapan mutu internal e. Pelaksanaan pemantapan mutu eksternal
24	Peningkatan mutu pelayanan obat	Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan obat	a. Identifikasi risiko pelayanan obat b. Analisis risiko dan tindak lanjutnya
25	audit klinis	Terlaksananya audit klinis	membentuk tim audit klinis menyusun rencana audit klinis melaksanakan audit klinis menyusun laporan audit klinis
26	Workshop mengenai Audit Internal	Agar seluruh karyawan/pegawai UPT Puskesmas Kebakkramat II memahami tentang program mutu	Pertemuan sosialisasi audit internal
27	Membentuk Tim Audit Internal	Terbentuknya bentuk Tim Audit Internal	Pertemuan membentuk tim audit internal
28	Rapat Tim Audit Internal	Terlaksananya Rapat Tim Audit Internal	Pertemuan rutin audit internal
29	Penyusunan rencana program audit internal	Tersusunnya rencana program audit internal	Pertemuan membahas program audit internal
30	Penyusunan kerangka acuan audit internal	Tersusunnya kerangka acuan audit internal	KAK Audit internal
31	Pemberitahuan kepada unit yang akan diaudit	Unit yang akan diaudit mengerti waktu audit	Membuat undangan audit
32	Pelaksanaan audit internal	Terlaksananya Audit Internal	Pelaksanaan audit internal a. ADMEN b. UKM c. UKP
33	Analisa hasil audit internal	Analisa hasil audit	Membuat analisa hasil audit internal
34	Tindak lanjut hasil audit internal	Hasil audit internalditindaklanjuti	Membuat rencana tindak lanjut hasil audit internal
35	Monitoring pelaksanaan tindak lanjut audit internal	Pelaksanaan tindak lanjut audit internaldimonitor	Membuat monitoring terhadap tindak lanjut audit internal

36	Menyusun laporan audit internal	Tersusunnya laporan audit internal	Membuat laporan hasil audit internal yg dilaporkan ke ketua mutu
37	Monitoring pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien	Mendorong peningkatan spesifik dalam keselamatan pasien.	a. Memilih dan menetapkan indicator Sasaran Keselamatan Pasien dan menyusun profil indikator b. Pengumpulan data indicator sasaran keselamatan pasien c. Analisis data d. Tindak lanjut hasil analisis
38	Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	Insiden Keselamatan Pasien dilaporkan	a. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan sentinel, KTD, KTC, KPC dan KNC b. Tindak lanjut terhadap pelaporan insiden keselamatan pasien c. Pelaksanaan investigasi sederhana atau RCA d. Monitoring pelaksanaantindak lanjut insiden, investigasi sederhana/ RRA
38	Rapat Tim Manajemen Resiko	Upaya mengidentifikasi dan mengelompokkanrisiko (grading) dan mengendalikan / mengelola risiko tersebut baik secara proaktif risiko yangmungkin terjadi maupun reaktif terhadap insiden yang sudah terjadi agar memberikan dampak negative seminimal mungkin bagi keselamatan pasi	Pertemuan Rutin Tim Manajemen Resiko
39	Penyusunan pedoman/panduan MR	Penyusunan pedoman/panduan MR Identifikasi risiko (Mengintegrasikan identifikasi risiko berdasarkan usulan	Membuat Pedoman manajemen resiko dan regulasi terkait manajemen resiko

		masing-masing unit	
40	Identifikasi resiko (Mengintegrasikan identifikasi resiko berdasarkan usulan masing-masing unit	Teridentifikasinya resiko (Mengintegrasikan identifikasi resiko berdasarkan usulan masing-masing unit	a. Pengumpulan identifikasi resiko FKTP dan register resiko dari masing-masing unit b. Hasil Audit Internal c. Laporan insiden KP, K3, PPI dllidentifikasi resiko FKTP dan register resiko dari masing-masing unit
41	Penyusunan register resiko FKTP	Tersusunnya register resiko FKTP	a. Pengumpulan register resiko dari unit kerja b. Melakukan analisis resiko c. Melakukan evaluasi dan langkah tindaklanjut sesuai prioritas
42	Pelaksanaan Failure Mode Effect Analysis (FMEA) untuk suatu proses prioritas	Terlaksananya Failure Mode Effect Analysis (FMEA) untuk suatu proses prioritas	a. Rapat Tim Manajemen Resiko dengan unit terkait b. Melakukan analisa c. Melakukan tindak lanjut
43	Workshop Manajemen Resiko bagi penanggungjawab , koordinator, petugas dan /atau staf FKTP	Agar penanggungjawab, koordinator, petugas dan /atau staf FKTP UPT Puskesmas Kebakkramat II memahami tentang Manajemen Resiko	Pertemuan untuk meningkatkan pemahaman dan ketrampilan
44	Sosialisasi bagi seluruh karyawan	Agar seluruh karyawan/pegawai UPT Puskesmas Kebakkramat II memahami tentang Manajemen Resiko	Pertemuan untuk pemahaman tentang manajemen resiko dengan agenda presentasi sosialisasi regulasi, diskusi dll
45	Monitoring pelaksanaan tindak lanjut terhadap resiko baik resiko terkait fasilitas dan keamanan, resiko terkait keselamatan pasien, resiko terkait PPI	Pelaksanaan tindak lanjut terhadap resiko baik resiko terkait fasilitas dan keamanan, resiko terkait keselamatan pasien, resiko terkait PPI termonitor	menyusun hasil Monitoring pelaksanaan tindak lanjut terhadap resiko baik resiko terkait fasilitas dan keamanan, resiko terkait keselamatan pasien, resiko terkait PPI
46	Monitoring pengendalian resiko	Termonitornya pengendalian resiko	Menyusun hasil Monitoring pengendalian resiko
47	Menyusun	Tersusunnya laporan	Menyusun laporan

	laporan tahunan manajemen resiko	tahunan manajemen resiko	tahunan manajemen resiko yang dilaporkan kepada ketua Mutu
48	Workshop mengenai MFK+K3	Agar seluruh karyawan/pegawai UPT Puskesmas Kebakkramat II memahami tentang MFK+K3	Pertemuan pemahaman tentang MFK+K3
49	Membentuk Tim MFK +K3	Terbentuknya Tim MFK +K3	Membuat SK Tim MFK+K3
50	Rapat Tim MFK+K3	Terlaksananya rapat Tim MFK+K3	Pertemuan rutin tim MFK+K3
51	Penyusunan Dokumen Regulasi MFK+K3	Tersusunnya Dokumen Regulasi MFK+K3	Penyusunan Dokumen Regulasi MFK a. Tersusunnya SK Tim MFK b. Tersusunnya Uraian Tugas Tim MFK c. Tersusunnya SOP Safety Briefing d. Tersusunnya SOP Identifikasi Pengunjung Sosialisasi SOP Monitoring dan evaluasi keamanan termasuk CCTV Monitoring dan evaluasi pelaksanaan SOP
52	Program penanggulangan bencana	Tersusunnya program penanggulangan bencana	Penyusunan Regulasi Program penanggulangan Bencana a. Tersusunnya SK Tim gerak cepat / Tim Penanggulangan Bencana b. Tersusunnya Uraian Tugas Tim Gerak Cepat c. Tersusunnya Program Penanggulangan Bencana d. Tersusunnya SOP Penanggulangan Bencana Identifikasi Bencana Melakukan kajian HVA Penyusunan kontinjensi plan Sosialisasi regulasi dan SOP Simulasi dan Edukasi

			Bencana
53	Program Penanggulangan kebakaran	Program Penanggulangan kebakaran	Penyusunan Regulasi Penanaggulangan Kebakaran a. Tersusunnya SK Tim Tanggap Kebakaran b. Tersusunnya Uraian Tugas Tim Tanggap Kebakaran c. Tersusunnya Kebijakan Larangan Merokok d. Tersusunnya Fire Plan e. Tersusunnya SOP Penanggulangan Kebakaran f. Tersusunnya SOP Evakuasi Identifikasi Area Beresiko Kebakaran Workshop Cara Menggunakan APAR Monev Pemeliharaan APAR Simulasi Evakuasi Bencana Kebakaran Monev Kepatuhan Larangan Merokok
54	Program Pengelolaan B3 dan Limbah B3	Tersusunnya Program Pengelolaan B3 dan Limbah B3	Tersusunnya Regulasi pengelolaan B3 dan Limbah B3 a. Tersusunnya SK Pengelolaan B3 dan Limbah B3 b. Tersusunnya SK Transporter dan Pengelola Limbah B3 c. Tersusunnya Pedoman Pengelolaan B3 dan Limbah B3 d. Tersusunnya SOP- SOP pengelolaan B3 dan Limbah B3 Melakukan Identifikasi B3 dan limbah B3, Pelabelan dan Penyimpanan Penyusunan MSDS Sosialisasi Penggunaan Spill Kit B3 dan Tumpahan B3

			Monitoring dan evaluasi Penanganan B3 dan Limbah B3
55	Program Pengelolaan Sistem Utilitas	Tersusunnya Program Pengelolaan Sistem Utilitas	Tersusunnya Regulasi pengelolaan Sistem Utilitas a. Tersusunnya SK Tim Pengelolaan Sistem Utilitas b. Tersusunnya Uraian Tugas Tim Pengelolaan Sistem Utilitas c. Tersusunnya Pedoman Pengelolaan Sistem Utilitas d. Tersusunnya SOP-SOP pengelolaan sistem utilitas Identifikasi Sistem Utilitas yang ada di puskesmas Sosialisasi Pengelolaan Sistem Utilitas Monitoring dan evaluasi Pengelolaan Sistem Utilitas
56	Program Pemeliharaan Peralatan	Tersusunnya Program Pemeliharaan Peralatan	Tersusunnya Regulasi terkait pengelolaan Peralatan a. Tersusunnya SK Tim Pengelolaan Peralatan b. Tersusunnya Uraian Tugas Tim Pengelola Peralatan c. Tersusunnya Pedoman Pengelolaan Peralatan d. Tersusunnya SOP-SOP terkait pengelolaan peralatan Identifikasi Peralatan, Inspeksi peralatan dan Testing alat Melakukan Kalibrasi Peralatan Melakukan Perbaikan dan Pemeliharaan peralatan

			Monitoring dan evaluasi Pengelolaan Peralatan
57	Program Diklat MFK	Tersusunnya Program Diklat MFK	Tersusunnya rencana pelatihan MFK+K3 Melaksanakan Workshop MFK Melaksanakan Pelatihan dan simulasi APAR Melaksanakan Simulasi Evakuasi Monitoring dan evaluasi Pasca workshop
58	Pengenalan potensi bahaya dan pengendalian resiko K3 dan MFK di Fasyankes	Teridentifikasinya resiko K3 dan MFK di Fasyankes	Melakukan identifikasi resikoK3 dan MFK di Fasyankes
59	Penerapan prinsip ergonomi	Diterapkannya prinsip ergonomi	a. Melakukan identifikasi dan penilaian resiko ergonomi terhadap peralatan kerja dan pekerja b. Membuat program, melaksanakan kegiatan, evaluasi dan pengendalian resiko ergonomi
60	Pemeriksaan Kesehatan Berkala	Terlaksananya Pemeriksaan Kesehatan Berkala pada pada seluruh petugas	Pemeriksaan berkala pada pada seluruh petugas
61	Pemberian Imunisasi bagi SDM di Fasyankes Yang Beresiko	Pemberian imunisasi terutama di area resiko klinis resiko tinggi infeksi	Pemberian imunisasi terutama di area resiko klinis resiko tinggi infeksi
62	Pembudayaan perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Fasyankes	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat menjadi budaya di Fasyankes	a. Sosialisasi mengenai tidak merokok, melakukan aktivitas fisik dan olahraga, konsumsi makanan dan minuman sehat, buang sampah pada tempatnya, tidak meludah, dsb b. Memberantas jentik nyamuk dsb
63	Membentuk Tim PPI	Terbentuknya Tim PPI	Tim PPI puskesmas terbentuk
64	Rapat Tim PPI	Terlaksananya rapat Tim PPI	Pertemuan rutin tim PPI

65	Menyusun Kebijakan, SOP, Pedoman/Panduan/Program PPI/ Indikator kinerja PPI	Tersusunnya Kebijakan, SOP, Pedoman/Panduan/Program PPI/ Indikator kinerja PPI	Pertemuan Menyusun Kebijakan, SOP, Pedoman/Panduan/Program PPI/ Indikator kinerja PPI
66	Menyusun program PPI	Tersusunnya program PPI	Pertemuan Menyusun program PPI
67	Mensosialisasikan program PPI	Program PPI tersosialisasi	Program PPI tersosialisasi kepada seluruh karyawan
68	Penerapan PPI Kewaspadaan Standar kebersihan tangan	Diterapkannya PPI Kewaspadaan Standar kebersihan tangan	Sosialisasi cara cuci tangan yang benar dan saat yang tepat Monitoring dan evaluasi kepatuhan petugas untuk cuci tangan yang benar Monitoring ketersediaan air bersih, sabun dan hands rub di ruang
69	Penerapan PPI Kewaspadaan Standar Penggunaan APD	DiterapkannyaPPI Kewaspadaan Standar Penggunaan APD	Sosialisasi cara penggunaan APD yang benar dan saat yang tepat Monitoring dan evaluasi kepatuhan petugas untuk menggunakan APD Monitoring ketersediaan APD
70	Penerapan PPI kewaspadaan standar dekontaminasi peralatan perawatan pasien	DiterapkannyaPenerapan PPI kewaspadaan standar dekontaminasi peralatan perawatan pasien	Monitoring alur dekontaminasi peralatan perawatan pasien dan alat medis lainnya Monitoring prosedur pengelolaan peralatan perawatan sesuai jenis peralatan Monitoring lama waktu penyimpanan peralatan steril
71	Penerapan PPI Kewaspadaan Standar Pengendalian lingkungan	DiterapkannyaPPI Kewaspadaan Standar Pengendalian lingkungan	Monitoring tempat penampungan air bersih Monitoring ketersediaan air dalam jumlah yang cukup Monitoring sistem pengelolaan limbah cair baik medis dan non medis Monitoring sistem ventilasi Ketersediaan toilet

			yang terpisah antara laki-laki dan perempuan Penentuan tata letak bangunan berdasarkan tingkat resiko penularan penyakit Ketersediaan area parkir kendaraan dengan jumlah area yang proporsional
72	Penerapan PPI kewaspadaan standar pengelolaan limbah	Diterapkannya PPI kewaspadaan standar pengelolaan limbah	Monitoring Pengelolaan Limbah Infeksius Monitoring Pengelolaan Limbah non Infeksius Monitoring pengelolaan limbah benda tajam Monitoring pengelolaan limbah cair
73	Perlindungan Kesehatan Kerja	Tersusunnya kebijakan Perlindungan Kesehatan Kerja	Menyusun kebijakan penatalaksanaan akibat tusukan jarum/benda tajam bekas pakai pasien Menyusun SOP tatalaksana pasca pajanan Menyusun alur paparan pasca pajanan Pemeriksaan berkala semua petugas kesehatan terutama pada area resiko tinggi
74	Penyuntikan yang Aman	Termonitornya penyuntikan yang aman	Monitoring penyuntikan yang aman
75	Kebersihan Pernafasan atau Etika Batuk	Diterapkannya Kebersihan Pernafasan atau Etika Batuk di Puskesmas	Sosialisasi dan simulasi etika batuk kepada petugas Sosialisasi dan simulasi etika batuk kepada pengunjung atau pasien Pemasangan informasi etika batuk di puskesmas
76	Penempatan pasien	Diterapkannya Penempatan pasien infeksius dan non infeksius	Menyusun SOP penempatan pasien infeksius di ruang pemeriksaan Monev pada pelaksanaan prosedur pasien infeksius dan non infeksius (misal ruang TB)
77	Kewaspadaan tranmisi melalui	Diterapkannya Kewaspadaan tranmisi melalui	Menyusun SOP PPI pada transmisi kontak

	kontak	kontak	Monev prosedur kewaspadaan transmisi melalui kontak
78	Kewaspadaan Transmisi Droplet	Diterapkannya Kewaspadaan Transmisi Droplet	Menyusun SOP PPI pada transmisi droplet Monev transmisi melalui droplet
79	Kewaspadaan Transmisi Airborne	Diterapkannya Kewaspadaan Transmisi Airborne	Menyusun SOP PPI pada transmisi airborne Monev prosedur kewaspadaan tranmisi melalui udara
80	Bundles HAIs : IDO, ISK, IAD, Plabetis	Termonitornya Bundles HAIs	Monitoring Bundles HAIs
81	PPI pada infeksi lainnya	Termonitornya PPI pada infeksi lainnya	Monitoring ketersediaan sarana prasarana alat bantu pernafasan Audit Terapi oksigen nasal Auidt pemberian nebulizer Audit perawatan luka
82	Penggunaan Antimikroba yang bijak	Diterapkannya Penggunaan Antimikroba yang bijak di Puskesmas	Kebijakan tentang penggunaan antibiotika Penyusunan pedoman/panduan/ sop penggunaan antibiotika Monitoirng, evaluasi dan pelaporan penggunaan AB
83	Pelatihan untuk Tim PPI/PJ PPI	Agar Tim PPI/PJ PPI UPT Puskesmas Kebakkkramat II memahami tentang PPI dasar	Pelatihan dasar PPI untuk ketua PPI/PJ PPI
84	Pelatihan untuk Nakes Internal	Agar Nakes Internal Puskesmas Kebakkkramat II memahami tentang prinsip2 PPI	Sosialisasi kepada semua petugas puskesmas tentang prinsip2 PPI oleh ketua PPI Orientasi tentang program PPI Puskesmas kepada semua karyawan baru/ mahasiswa baru
85	Pelatihan PPI untuk pengunjung dan pasien	Agar pengunjung dan pasien UPT Puskesmas Kebakkkramat II memahami tentang PPI dasar	Sosialisasi PPI kepada Masyarakat tentang penularan penyakit Sosialisasi, praktek atau simulasi kebersihan tangan,

			etika batuk, penggunaan APD, pembuangan limbah dan pengendalian lingkungan Sosialisasi PPI kepada Masyarakat tentang PHBS dan GERMAS
86	IDO (Infeksi Daerah Operasi)	Tersusunnya laporan hasil surveilans HAIs pada angka kejadian paska tindakan insisi (bedah minor)	Menyusun laporan hasil surveilans HAIs pada angka kejadian paska tindakan insisi (bedah minor)
87	Phlebitis	Tersusunnya laporan hasil surveilans HAIs pada angka kejadian paska tindakan insisi (bedah minor) dan paska prosedur pemasangan infus	Menyusun laporan hasil surveilans HAIs pada angka kejadian paska tindakan insisi (bedah minor) dan paska prosedur pemasangan infus
88	KIPI (Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi	Tersusunnya laporan hasil surveilans HAIs pada angka kejadian paska tindakan palayanan imunisasi	Menyusun laporan hasil surveilans HAIs pada angka kejadian paska tindakan palayanan imunisasi
89	Abses Gigi	Tersusunnya laporan hasil surveilans HAIs pada angka kejadian infeksi pasca tindakan pelayanan gigi yang terjadi abses	Menyusun laporan hasil surveilans HAIs pada angka kejadian infeksi pasca tindakan pelayanan gigi yang terjadi abses

F. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN DAN SASARAN

1. Cara melaksanakan kegiatan:
Secara umum dalam pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien adalah mengikuti siklus Plan Do Check Action, pertemuan-pertemuan, workshop, survey kepuasan, pengukuran dan analisis indikator
2. Sasaran:
Sasaran program kegiatan ini adalah
 - a. Nakes
 - b. Non Nakes
 - c. Pihak Ke 3
 - d. Lintas sektor yang mendukung Budaya Keselamatan Pasien

G. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN (BAGAN GANTT UNTUK RENCANA SATU TAHUN)

[illegible]

2	Rapat Tim Peningkatan mutu	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
3	Penyusunan rencana program peningkatan mutu	✓□											
4	Peningkatan Mutu Admen												
a	Rapat Tim mutu admin	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
b.	Pengukuran indicator mutu administrasi dan manajemen puskesmas tiap unit	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
		✓□			✓□			✓□			✓□		
		✓□			✓□			✓□			✓□		
c	Pengukuran indicator mutu administrasi dan manajemen puskesmas terkait dengan indikator mutu prioritas puskesmas	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
		✓□			✓□			✓□			✓□		
		✓□			✓□			✓□			✓□		
d	Penanganan Pengaduan Masyarakat	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
		✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
		✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
		✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
		✓□			✓□			✓□			✓□		
		✓□			✓□			✓□			✓□		

f	Evaluasi Kontrak Pihak Ketiga	✓ ☐											
		✓ ☐											
							✓ ☐						✓ ☐
							✓ ☐						✓ ☐
5	Program Peningkatan Mutu Ukm												
a	Rapat Tim Mutu UKM	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐
b.	Pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indicator mutu UKM puskesmas tiap unit	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐
		✓ ☐			✓ ☐			✓ ☐			✓ ☐		
		✓ ☐			✓ ☐			✓ ☐			✓ ☐		
c.	Pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indicator mutu UKM puskesmas terkait dengan program prioritas puskesmas	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐
		✓ ☐			✓ ☐			✓ ☐			✓ ☐		
		✓ ☐			✓ ☐			✓ ☐			✓ ☐		
d	Pelaksanaan PDCA pada tiap-tiap program UKM	✓ ☐			✓ ☐			✓ ☐			✓ ☐		
		✓ ☐			✓ ☐			✓ ☐			✓ ☐		

[illegible]

[illegible]

8	Analisa hasil audit	✓□			✓□			✓□			✓□		
9	Tindak lanjut hasil audit	✓□			✓□			✓□			✓□		
10	Monitoring pelaksanaan tindak lanjut audit	✓□			✓□			✓□			✓□		
11	Menyusun laporan audit	✓□			✓□			✓□			✓□		
IX	PROGRAM KESELAMATAN PASIEN												
1	Sasaran Keselamatan Pasien												
a	Monitoring pelaksanaan 6 sasaran keselamatan pasien												
		✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
		✓□			✓□			✓□			✓□		
		✓□			✓□			✓□			✓□		
2	Insiden Keselamatan Pasien												
a	Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
		✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
		JIKA ADA KASUS											

[illegible]

4	Program penanggulangan bencana			✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
					✓ ☐							
									✓ ☐			
5	Program Penanggulangan kebakaran											
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
									✓ ☐			
					✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐
										✓ ☐		
					✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐
6	Program Pengelolaan B3 dan Limbah B3											
				✓ ☐								

				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
							✓ ☐					
								✓ ☐				
					✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐
7	Program Pengelolaan Sistem Utilitas											
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								
								✓ ☐				
					✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐	✓ ☐
8	Program Pemeliharaan Peralatan											
				✓ ☐								
				✓ ☐								
				✓ ☐								

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

a	Pelatihan untuk Tim PPI/PJ PPI		sesuai jadwal kegiatan yang tersedia										
b	Pelatihan untuk Nakes Internal		✓□	kondisional									
			kondisional										
c	Pelatihan PPI untuk pengunjung dan pasien		✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
			✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
			✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□	✓□
10	Surveilans												
a	IDO (Infeksi Daerah Operasi)		kondisional										
b	KIPI (Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi		kondisional										
c	Abses Gigi		kondisional										

H. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORANNYA

1. Melakukan pemantauan kesesuaian waktu pelaksanaan kegiatan terhadap pelaksanaan kegiatan berdasarkan jadwal yang direncanakan.
2. Melakukan pencatatan dan pelaporan terhadap hasil pelaksanaan kegiatan (berupa data hasil tabulasi dan analisa data) minimal setahun sekali.
3. Melaksanakan evaluasi dan tindak lanjut dari hasil laporan tabulasi dan analisis data bersama seluruh tim /programmer minimal setahun sekali

I. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

1. Melakukan pencatatan dan pelaporan dari seluruh hasil evaluasi dan tindak lanjut program kegiatan peningkatan cakupan dan mutu imunisasi.
2. Melakukan evaluasi seluruh kegiatan program peningkatan cakupan dan mutu imunisasi bersama pimpinan Puskesmas minimal setahun 1 kali
3. Penanggung Jawab Mutu kepada Kepala, dan didistribusikan kepada unit-unit terkait untuk tindak lanjut
4. Dilakukan pelaporan semester dan tahunan hasil pelaksanaan kegiatan mutu dan keselamatan pasien kepada Dinas Kesehatan Kabupaten oleh Kepala Puskesmas.

KEPALA UPT PUSKESMAS KEBAKKRAMAT II,



E. MARDIKANINGTYAS K
Pembina Tk I
NIP. 19720517 200012 2 001

