

PENINGKATAN MUTU PUSKESMAS (PMP)

BAB V

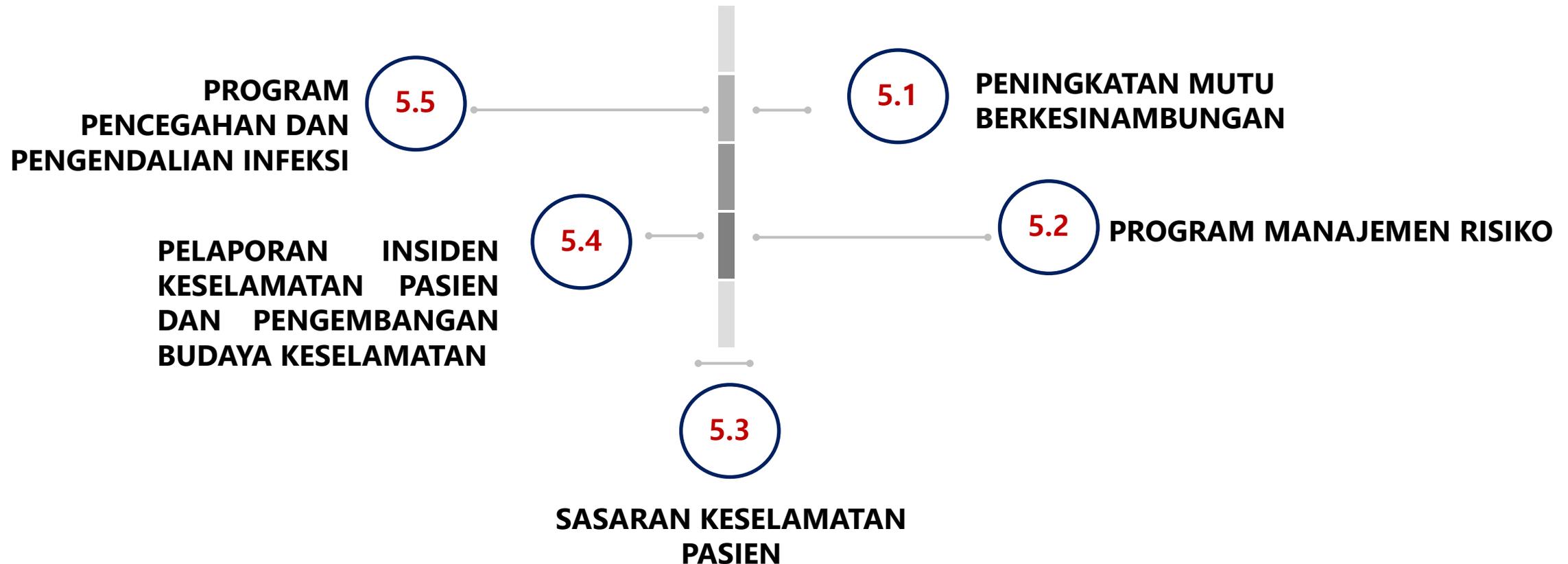


JUMLAH STANDAR, KRITERIA & EP

BAB V PENINGKATAN MUTU PUSKESMAS

STANDAR	KRITERIA	ELEMEN PENILAIAN
5.1	5.1.1 – 5.1.4	15
5.2	5.2.1 – 5.2.2	9
5.3	5.3.1 – 5.3.5	14
5.4	5.4.1 – 5.4.2	5
5.5	5.5.1 – 5.5.5	13
5	20	56

BAB V. PENINGKATAN MUTU BERKESINAMBUNGAN



BAB V

Standar 5.1 Peningkatan Mutu Berkesinambungan

Standar 5.2 Program Manajemen Resiko

Standar 5.3 Sasaran Keselamatan Pasien

**Standar 5.4 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan
Pengembangan Budaya Keselamatan**

Standar 5.5 Program Pencegahan dan Pengendalian

Infeksi



STANDARDS

PENINGKATAN MUTU BERKESINAMBUNGAN

Peningkatan mutu dilakukan melalui upaya berkesinambungan terdiri atas upaya peningkatan mutu, upaya keselamatan pasien, upaya manajemen risiko, dan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meminimalkan risiko bagi pasien, keluarga, masyarakat, petugas, dan lingkungan.

Kriteria 5.1.1

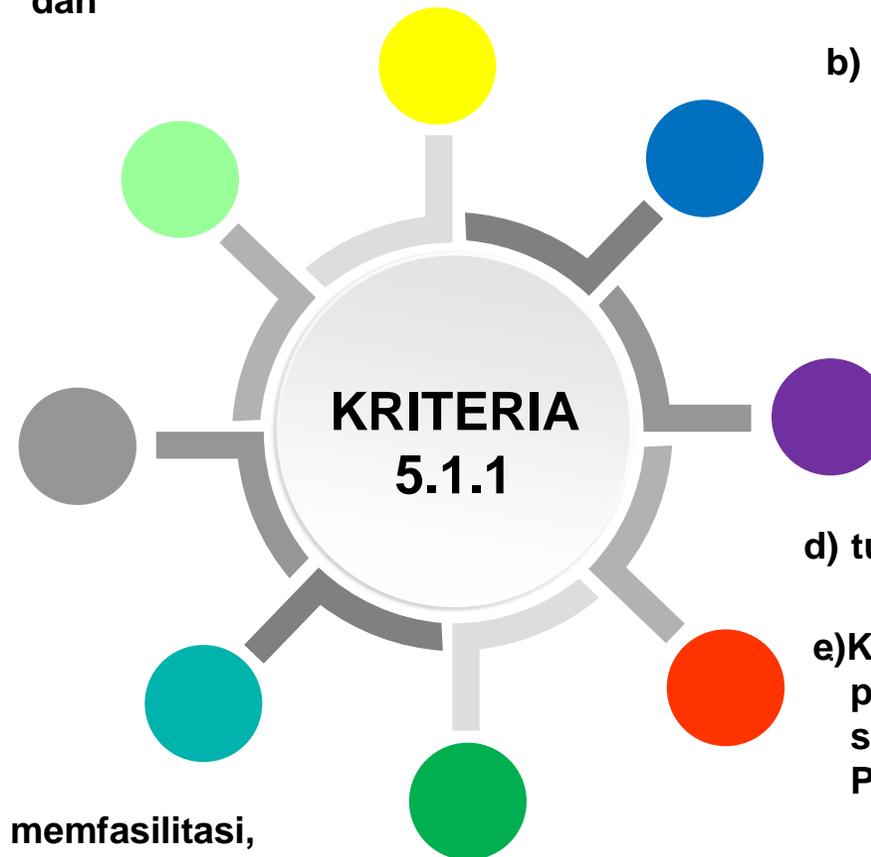
Kepala Puskesmas menetapkan penanggungjawab mutu, tim mutu dan program peningkatan mutu Puskesmas

j) Perencanaan, pelaksanaan dan capaian pelayanan program peningkatan mutu didokumentasikan, disosialisasikan, dan dikomunikasikan

i) Program peningkatan mutu disusun dengan memperhatikan antara lain pencapaian indikator mutu, perkembangan kebutuhan dan harapan masyarakat, ketentuan perundang-undangan, perkembangan teknologi dan pedoman yang berlaku

h) Program peningkatan mutu disusun secara kolaboratif

g) Kepala Puskesmas perlu memfasilitasi, mengalokasikan, dan menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk program mutu sesuai dengan ketersediaan anggaran dan sumber daya yang ada di Puskesmas



a). Penyelenggaraan pelayanan harus dapat menjamin mutu dan keselamatan pasien, keluarga, masyarakat, dan lingkungan.

b) Ditetapkan Penanggung Jawab Mutu, yang dalam pelaksanaan tugasnya dibantu oleh Tim Mutu Puskesmas

c) Penunjukan dan persyaratan kompetensi Penanggungjawab Mutu ditentukan oleh Kepala Puskesmas.

d) tugas tim mutu

e) Kebijakan, prosedur, pedoman dan program peningkatan mutu Puskesmas sebagai acuan, serta pelaksana kegiatan Puskesmas

f) Program peningkatan mutu yang dibuat harus mencakup minimal tujuan, target, pembagian tanggung jawab yang jelas serta kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan dan target tersebut.

- a) Kepala Puskesmas membentuk tim mutu sesuai dengan persyaratan yang dilengkapi dengan uraian tugas, dan menetapkan program peningkatan mutu dan tim peningkatan mutu yang memenuhi persyaratan kompetensi dilengkapi dengan uraian tugas masing-masing (R, W).
- b) Puskesmas bersama tim mutu mengimplementasikan dan mengevaluasi program peningkatan mutu (D, W).
- c) Tim Mutu menyusun program peningkatan mutu dan melakukan tindak lanjut upaya peningkatan mutu secara berkesinambungan (D, W).
- d) Program peningkatan mutu dikomunikasikan kepada lintas program dan lintas sektor, dan dilaporkan secara berkala kepada kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan daerah Kabupaten/Kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (D, W).



STANDARDS

PENINGKATAN MUTU BERKESINAMBUNGAN

Peningkatan mutu dilakukan melalui upaya berkesinambungan terdiri atas upaya peningkatan mutu, upaya keselamatan pasien, upaya manajemen risiko, dan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meminimalkan risiko bagi pasien, keluarga, masyarakat, petugas, dan lingkungan.

Kriteria 5.1.2

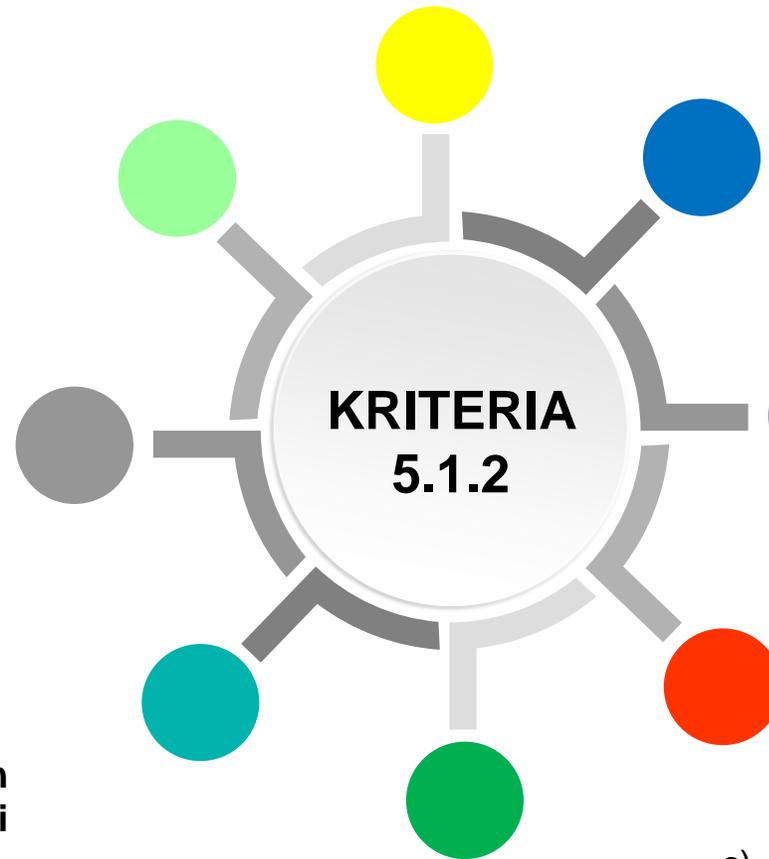
Kepala Puskesmas dan tim atau petugas yang diberi tanggung jawab untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien berkomitmen untuk membudayakan peningkatan mutu secara berkesinambungan melalui pengelolaan indikator mutu.

f) Indikator mutu yang sudah tercapai dan dapat dipertahankan selama tahun berjalan dapat diganti dengan indikator mutu yang baru.

e) Kepala Puskesmas dan petugas yang diberi tanggung jawab dalam perencanaan dan penerapan peningkatan mutu mendapatkan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan

d) Puskesmas melakukan pengukuran yang terdiri atas indikator sebagai berikut.

- (1) Indikator Nasional Mutu (INM)
- (2) Indikator Mutu Prioritas Puskesmas (IMPP)
- (3) Indikator Mutu Pelayanan



a) Kepala Puskesmas bertanggung jawab untuk menetapkan prioritas program dan kegiatan yang perlu diperbaiki

b) Area prioritas perbaikan untuk tingkat Puskesmas ditetapkan setiap tahun berdasarkan masalah kesehatan yang ada di wilayah kerja sebagai hasil analisis kebutuhan dan harapan masyarakat

c) Keberhasilan perbaikan terhadap area prioritas diukur dengan indikator area prioritas.

PERMENKES NOMOR 30 TAHUN 2022

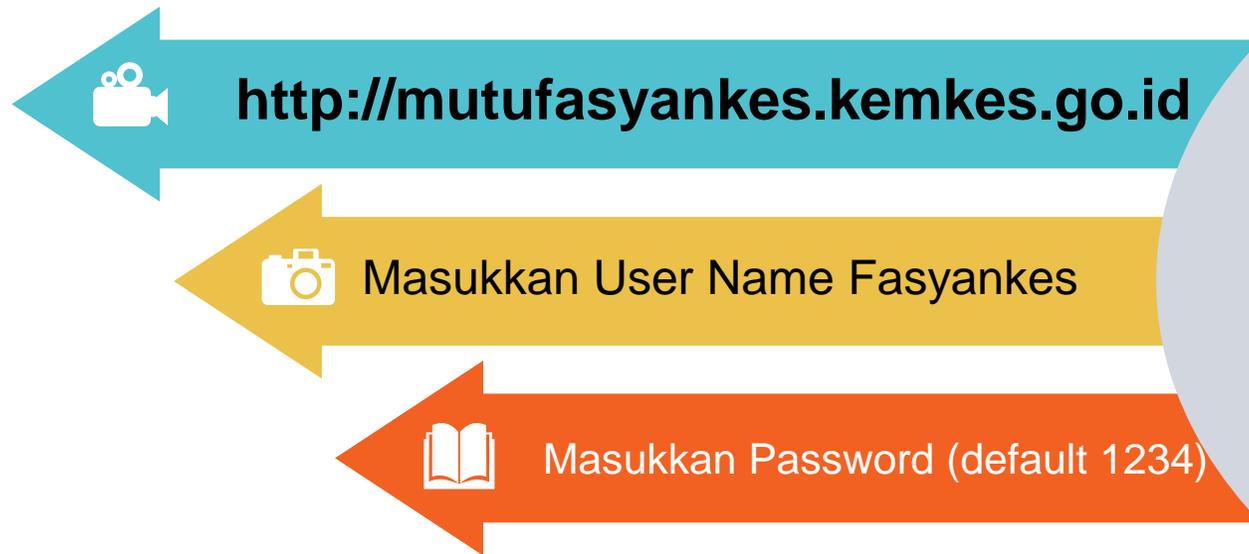
INM DI TPMD, KLINIK, PUSKESMAS, RS, LAB DAN UTD

- Untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan UTD **harus melakukan pengukuran dan evaluasi mutu pelayanan Kesehatan**
- Pengukuran Indikator Mutu dilakukan dengan menggunakan profil Indikator Mutu melalui tahapan kegiatan:
 - pengumpulan data
 - validasi data
 - analisis data
 - pelaporan dan komunikasi
- Pengukuran Indikator Mutu tersebut dilakukan melalui sistem informasi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan

INDIKATOR NASIONAL MUTU PELAYANAN KESEHATAN

PUSKESMAS	• 6 INDIKATOR
RS	• 12 INDIKATOR
KLINIK	• 4 INDIKATOR
LABKES	• 7 INDIKATOR
UTD	• 7 INDIKATOR
TPMD/DG	• 4 INDIKATOR

PELAPORAN INM DAN IKP MELALUI APLIKASI MUTU FASYANKES



Mutu Fasilitas- Pelayanan Kesehatan

Silahkan Login

UserName

Password



[Download Juknis](#)

- a) Terdapat kebijakan tentang indikator mutu Puskesmas yang dilengkapi dengan profil indikator (R).
- b) Dilakukan pengukuran indikator mutu sesuai profil indikator (D, W).
- c) Dilakukan evaluasi terhadap upaya peningkatan mutu Puskesmas berdasarkan tindak lanjut dari rencana perbaikan (D, W).

PENINGKATAN MUTU BERKESINAMBUNGAN



STANDARDS

Peningkatan mutu dilakukan melalui upaya berkesinambungan terdiri atas upaya peningkatan mutu, upaya keselamatan pasien, upaya manajemen risiko, dan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meminimalkan risiko bagi pasien, keluarga, masyarakat, petugas, dan lingkungan.

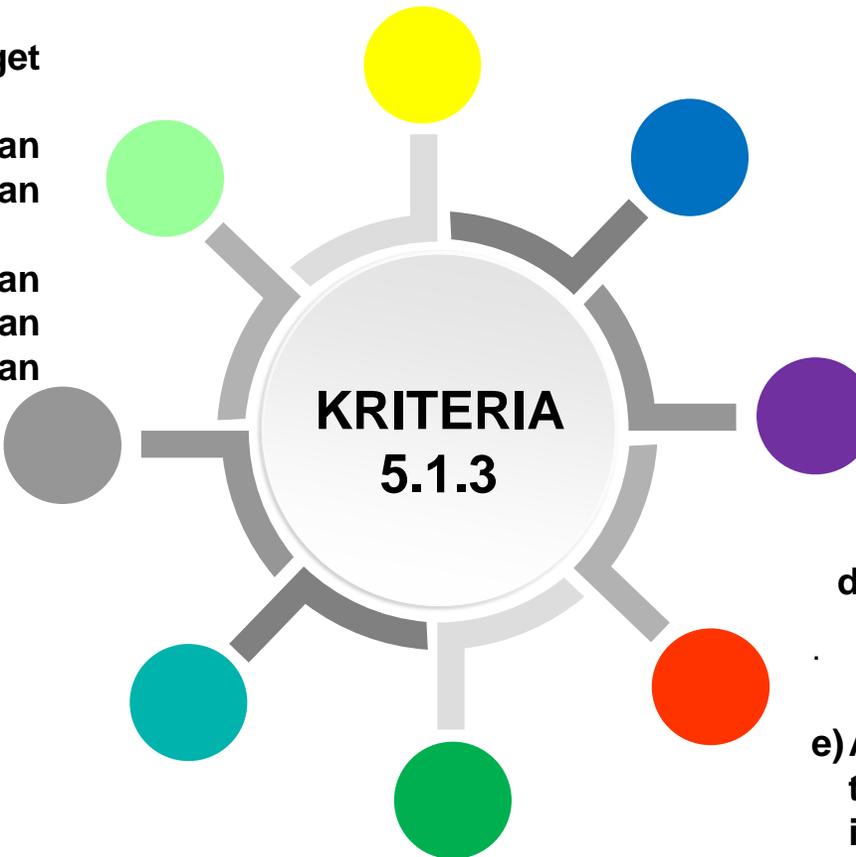
Kriteria 5.1.3

Dilakukan validasi dan analisis hasil pengumpulan data indikator mutu sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk peningkatan mutu Puskesmas dan kinerja

- i) Analisis data dapat dilakukan dengan cara:
- (1) pencapaian dibandingkan secara serial dari waktu ke waktu.
 - (2) pencapaian dibandingkan dengan target yang telah ditentukan.
 - (3) pencapaian dibandingkan dengan pencapaian fasilitas pelayanan kesehatan sejenisnya.
 - (4) pencapaian dibandingkan dengan standar dan referensi yang digolongkan sebagai best practice atau panduan praktik klinis.

h) Puskesmas wajib menyediakan informasi publik yang akurat, benar, dan faktual.

g) Penetapan frekuensi pengumpulan data dan analisisnya



f) Teknik statistik dapat berguna dalam proses analisis data

a) Manfaat dan keberhasilan program peningkatan mutu ditunjukkan oleh ketersediaan data yang sah.

b) dilakukan validasi data

c) Validasi data dilakukan ketika

- (1) ada indikator baru yang digunakan;
- (2) data akan ditampilkan kepada masyarakat
- (3) ada perubahan profil indikator,
- (4) ada perubahan data pengukuran yang tidak diketahui sebabnya; dan
- (5) sumber data berubah,.

d) Pelaksanaan validasi data hasil pengukuran dilakukan oleh petugas yang ditunjuk

e) Analisis data melibatkan individu di dalam tim mutu yang memahami manajemen informasi, mempunyai keterampilan dalam metode pengumpulan data, dan mengetahui cara menggunakan berbagai alat statistik. Hasil analisis data harus dilaporkan kepada Kepala Puskesmas

- a) Dilakukan validasi data terhadap hasil pengumpulan data indikator sebagaimana diminta pada pokok pikiran (D, O, W).
- b) Dilakukan analisis data seperti yang disebutkan dalam pokok pikiran (D, W).
- c) Disusun rencana tindak lanjut berdasarkan hasil analisis dalam bentuk program peningkatan mutu. (R, D, W)
- d) Dilakukan tindak lanjut dan evaluasi terhadap program peningkatan mutu pada huruf c. (D, W)
- e) Dilakukan pelaporan indikator mutu kepada kepala puskesmas dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (D, W).



STANDARDS

PENINGKATAN MUTU BERKESINAMBUNGAN

Peningkatan mutu dilakukan melalui upaya berkesinambungan terdiri atas upaya peningkatan mutu, upaya keselamatan pasien, upaya manajemen risiko, dan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meminimalkan risiko bagi pasien, keluarga, masyarakat, petugas, dan lingkungan.

Kriteria 5.1.4

Peningkatan Mutu dicapai dan dipertahankan

g) Program peningkatan mutu Puskesmas dilaporkan kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota minimal setahun sekali

f) Perbaikan baik yang bersifat mempertahankan capaian maupun upaya peningkatan, didokumentasikan

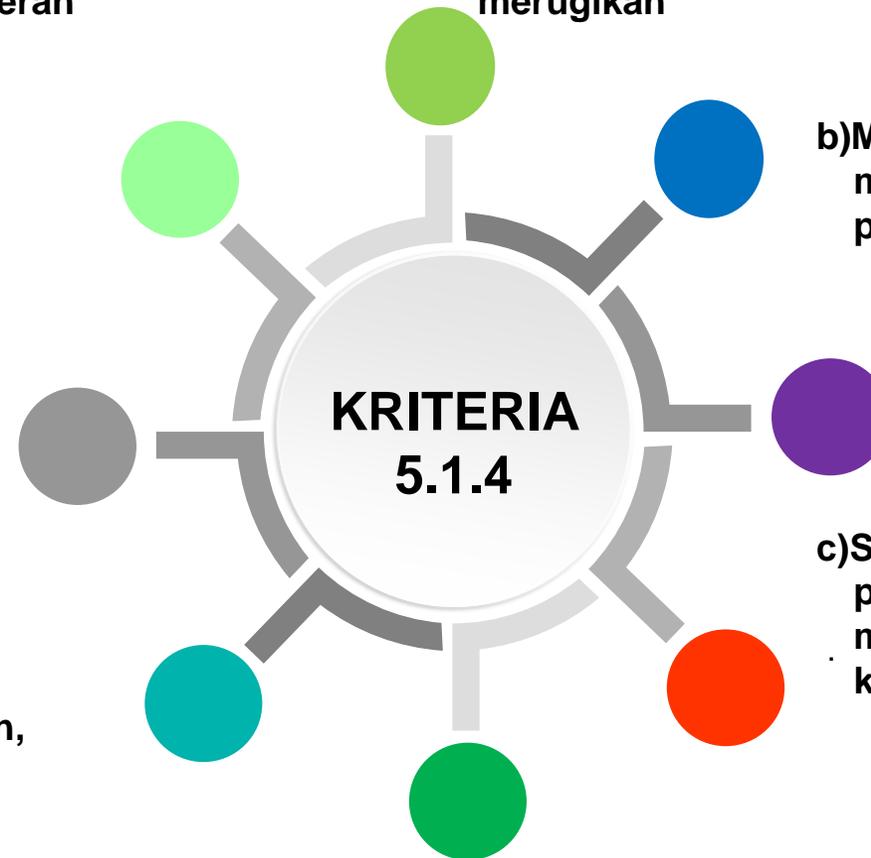
e) Perubahan efektif yang dapat dilakukan,

d) dipastikan bahwa dilakukan perbaikan berkelanjutan berdasarkan pengumpulan dan analisis data secara berkesinambungan.

a) Informasi dari analisis data digunakan untuk mengidentifikasi potensi perbaikan dan untuk mengurangi atau mencegah kejadian yang merugikan

b) Metode untuk meningkatkan dan mempertahankan mutu dan keselamatan pasien/masyarakat

c) Setelah perencanaan, dilakukan uji coba peningkatan dan dipelajari hasilnya dengan mengumpulkan data selama kegiatan uji coba, kemudian dilakukan penilaian



- a) Terdapat bukti Puskesmas telah mengujicobakan rencana peningkatan mutu berdasarkan kriteria 5.1.1 dan 5.1.2 (D, W).
- b) Terdapat bukti Puskesmas telah melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil uji coba peningkatan mutu (D, W).
- c) Keberhasilan program peningkatan mutu di Puskesmas dikomunikasikan dan disosialisasikan kepada LP dan LS serta dilakukan pendokumentasian kegiatan program peningkatan mutu (D, W).
- d) Dilakukan pelaporan program peningkatan mutu kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota minimal setahun sekali (D, W).

BAB V

Standar 5.1 Peningkatan Mutu Berkesinambungan

Standar 5.2 Program Manajemen Resiko

Standar 5.3 Sasaran Keselamatan Pasien

**Standar 5.4 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan
Pengembangan Budaya Keselamatan**

Standar 5.5 Program Pencegahan dan Pengendalian

Infeksi

Standar 5.2

Program Manajemen Risiko

Program manajemen risiko digunakan untuk melakukan identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko dan monitoring dan reviu untuk mengurangi kerugian dan cedera terhadap pasien, staf, pengunjung, serta institusi puskesmas dan sasaran pelayanan UKM serta masyarakat.

Upaya manajemen risiko dilaksanakan dengan menyusun program manajemen risiko setiap tahun yang mencakup proses manajemen risiko yaitu komunikasi dan konsultasi, menetapkan konteks, identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko, dan pemantauan dan reviu yang dilakukan.

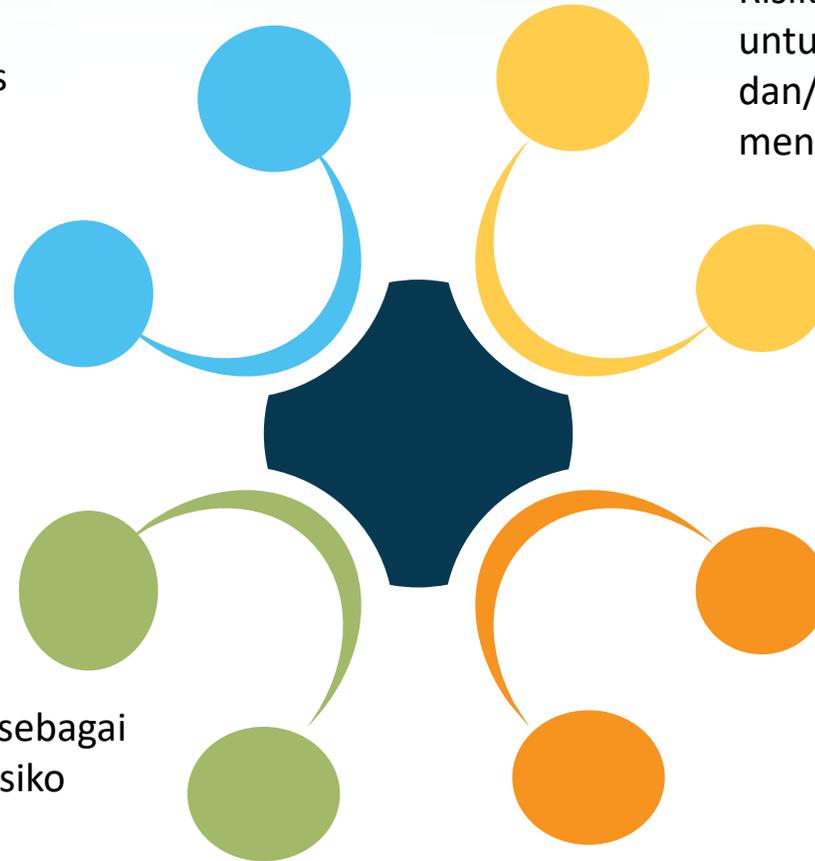
Kriteria 5.2.1

Risiko dalam penyelenggaraan berbagai upaya Puskesmas terhadap pengguna layanan, keluarga, masyarakat, petugas, dan lingkungan diidentifikasi, dianalisis, dan dilakukan penatalaksanaannya.

Pokok Pikiran

Kategori risiko di Puskesmas meliputi risiko klinis yang berhubungan dengan keselamatan pasien dan risiko non klinis meliputi risiko terkait manajemen fasilitas keselamatan (MFK), risiko PPI yang tidak berdampak pada pasien, risiko keuangan, risiko kepatuhan, risiko reputasional dan risiko strategis pada KMP, pelayanan UKM, serta UKP, laboratorium, dan kefarmasian.

Register risiko/daftar risiko harus dibuat sebagai dasar penyusunan program manajemen risiko dan untuk membantu petugas Puskesmas mengenal dan mewaspadaai kemungkinan risiko dan akibatnya



Risiko dikelola penanggung jawab dan pelaksana untuk mengupayakan langkah pencegahan dan/atau meminimalisasi risiko sehingga tidak menimbulkan akibat negatif atau kerugian

Program Manajemen Risiko merupakan pendekatan proaktif yang komponen pentingnya meliputi :

1. Proses identifikasi risiko
2. Integrasi risiko
3. Pelaporan proses manajemen risiko
4. Pengelolaan terkait tuntutan

Elemen Penilaian

- a) **Disusun program manajemen risiko untuk ditetapkan oleh Kepala Puskesmas (R, W).**
- b) **Tim Mutu Puskesmas memandu penatalaksanaan risiko (D, W)**
- c) **Dilakukan identifikasi, analisis dan evaluasi risiko yang dapat terjadi di Puskesmas yang didokumentasikan dalam daftar resiko (D, W).**
- d) **Disusun profil risiko yang merupakan risiko prioritas berdasar evaluasi terhadap hasil identifikasi dan analisis risiko yang ada pada daftar risiko yang memerlukan penanganan lebih lanjut (D,W)**

**SEDANG / SUDAH
TERJADI**

**HARUS SEGERA
DI TANGANI**

KOREKTIF

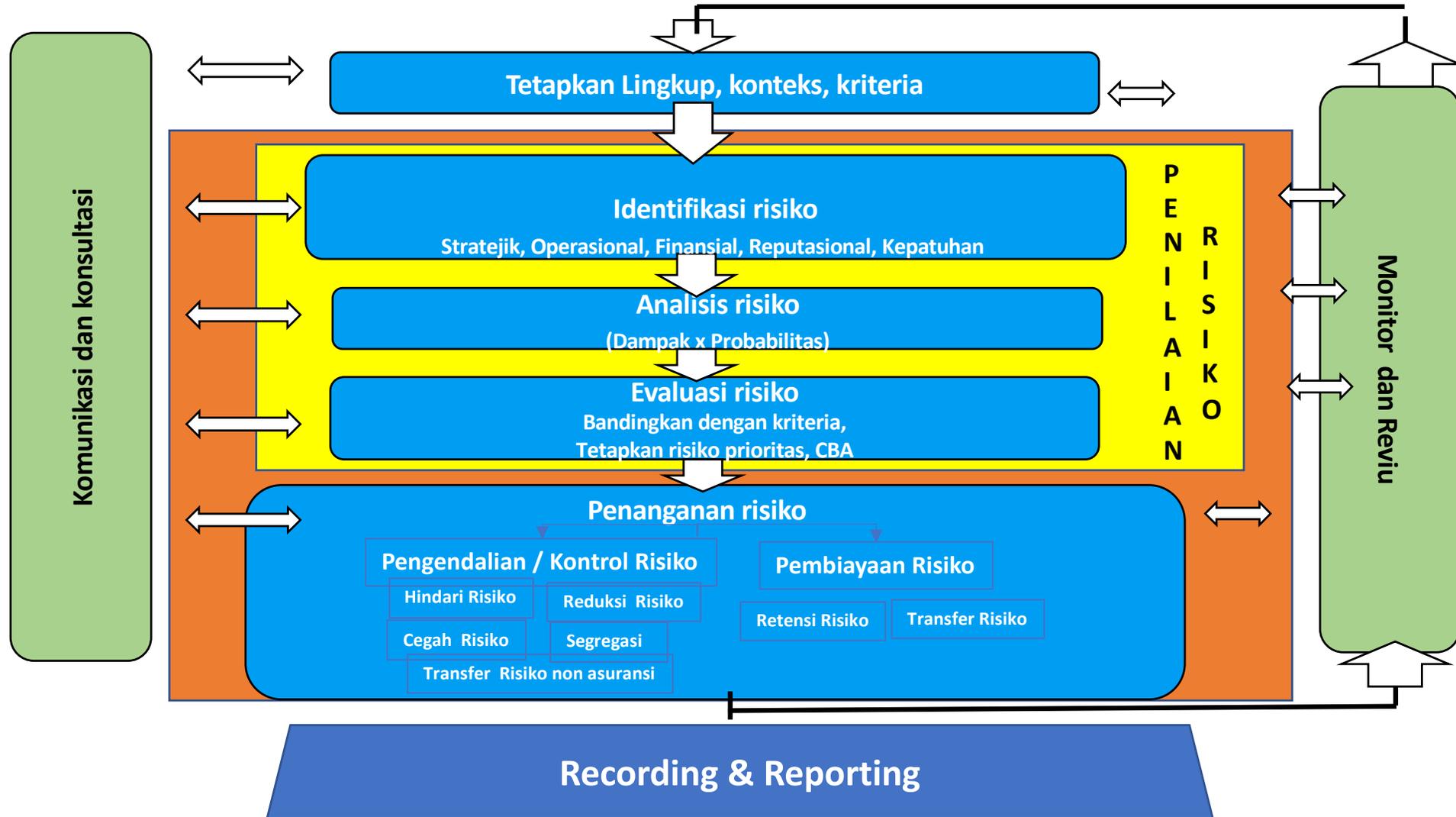


**POTENSI
TERJADI**

**ADA WAKTU UNTUK
DITANGANI**

PREVENTIF

PROSES MANAJEMEN RESIKO



KATEGORI RISIKO

<u>Risiko Strategik</u>	Risiko yang timbul akibat penetapan dan penerapan strategi yang kurang tepat, ketidaktepatan dalam pengambilan suatu keputusan strategis dan kegagalan dalam menghadapi perubahan2 di lingkungan bisnis / eksternal, termasuk dan / atau pengembangan bisnis baru. (terkait dengan rencana strategis termasuk tujuan strategis Fasyankes)
Risiko Operasional	Risiko yang terjadi saat Fasyankes memberikan pelayanan kepada pasien baik klinis maupun non klinis. <ul style="list-style-type: none">• Risiko klinis yaitu risiko operasional yang terkait dengan pelayanan kepada pasien• Risiko non klinis yang juga termasuk risiko operasional adalah risiko PPI, risiko MFK
Risiko Keuangan	Risiko yang disebabkan segala sesuatu yang menimbulkan tekanan terhadap pendapatan dan belanja organisasi
Risiko Reputasi	Risiko yang disebabkan citra Fasyankes yang dirasakan oleh masyarakat
Risiko kepatuhan	Risiko Kepatuhan terhadap hukum dan regulasi yang berlaku

RISK MATRIX GRADING

**RISIKO KLINIS
(KESELAMATAN
PASIEEN)**

<i>Frekuensi/ Likelihood</i>	<i>Potencial Concequences</i>				
	<i>Insignificant 1</i>	<i>Minor 2</i>	<i>Moderate 3</i>	<i>Major 4</i>	<i>Catastropic 5</i>
<i>Sangat Sering Terjadi (Tiap mgg/bln) 5</i>	<i>Moderate</i>	<i>Moderate</i>	<i>High</i>	<i>Extreme</i>	<i>Extreme</i>
<i>Sering terjadi (Bebrp x/thn) 4</i>	<i>Moderate</i>	<i>Moderate</i>	<i>High</i>	<i>Extreme</i>	<i>Extreme</i>
<i>Mungkin terjadi (1-2 thn/x) 3</i>	<i>Low</i>	<i>Moderate</i>	<i>High</i>	<i>Extreme</i>	<i>Extreme</i>
<i>Jarang terjadi (>2-5 thn/x) 2</i>	<i>Low</i>	<i>Low</i>	<i>Moderate</i>	<i>High</i>	<i>Extreme</i>
<i>Sangat jarang sekali (>5 thn/x) 1</i>	<i>Low</i>	<i>Low</i>	<i>Moderate</i>	<i>High</i>	<i>Extreme</i>
	<i>Can be manage by procedure (Tindak lanjuti sesuai SPO)</i>	<i>Clinical Manager / Lead Clinician should assess the consequences againts cost of treating the risk (Manajer analisa dampak yg akan timbul terkait cost)</i>	<i>Detailed review & urgent treatment should be undertaken by senior management (Analisa detail & urget (RCA) oleh Manajemen senior)</i>	<i>Immediate review & action required at Board level. Director must be informed (Analisa segera (RCA) di BOD. Dirut di informasikan</i>	

MATRIKS ANALISIS RISIKO

**RISIKO
NONKLINIS**

MATRIKS ANALISIS RISIKO (5X5)			DAMPAK				
			1	2	3	4	5
			Sangat Rendah	Rendah	Sedang	Tinggi	Sangat Tinggi
PROBABILITAS	5	Hampir Pasti Terjadi	5	10	15	20	25
	4	Sering Terjadi	4	8	12	16	20
	3	Mungkin Terjadi	3	6	9	12	15
	2	Jarang Terjadi	2	4	6	8	10
	1	Hampir Tidak Terjadi	1	2	3	4	5

KRITERIA RISIKO

**RISIKO
NONKLINIS**

Level	Zone	Peringkat Risiko	Tindakan
5	> 15	SANGAT TINGGI	Diperlukan tindakan segera untuk mengelola risikonya.
4	10 s.d. 14	TINGGI	Diperlukan tindakan untuk mengelola risikonya.
3	5 s.d. 9	SEDANG	Disarankan diambil tindakan jika tersedia sumber dayanya.
2	3 s.d. 4	RENDAH	Tidak diperlukan tindakan. Buat rencana darurat (contingency plan) dan terus lakukan monitoring.
1	1 s/ 2	SANGAT RENDAH	Tidak perlu tindakan. Monitoring

DAFTAR RISIKO

NO	KATEGORI	NAMA KEGIATAN	TUJUAN KEGIATAN	AREA / LOKASI	Identifikasi risiko					PENGENDALIAN YG SUDAH ADA SAAT INI (existing control)	ANALISA RISIKO INHERENT					EVALUASI RIISIKO	RENCANA PENANGANAN RISIKO					RISIKO RESIDUAL	PEMILIK RISIKO	PIC	TARGET WAKTU				
					SEBAB	KODE RISIKO	RISIKO	DAMPAK	PERNYATAAN RISIKO		DAMPAK	PROBABILITAS	SKOR	PERINGKAT RISIKO	LEVEL RISIKO (1-5)		APAKAH PERLU PENANGANAN RISIKO ? (ya / tidak)	ALTERNATIF / TEKNIK PENANGANAN RISIKO (Jelaskan cara penanganan)	TINDAKAN PENANGANAN (Pilihan : Hindari / Pencegahan / Reduksi/ Segregasi / Transfer risiko non asuransi)	PEMBIAYAAN RISIKO (Transfer / Retensi)	PROBABILITAS					DAMPAK	SKOR	PERINGKAT RISIKO	LEVEL RISIKO (1-5)
1	Operasional:					R.1																							

Selera risiko adalah tingkat risiko yang bersedia diambil instansi dalam upayanya mewujudkan tujuan dan sasaran yang dikehendakinya (PMK 25/2019)

PROFIL RISIKO

NAMA UNIT/BAGIAN:

NO	KATEGORI RISIKO	PERNYATAAN RISIKO	AKAR MASALAH (PENYEBAB UTAMA RISIKO)	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1					
2					

Standar 5.2

Program Manajemen Risiko

Program manajemen risiko digunakan untuk melakukan identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko dan monitoring dan reviu untuk mengurangi kerugian dan cedera terhadap pasien, staf, pengunjung, serta institusi puskesmas dan sasaran pelayanan UKM serta masyarakat.

Upaya manajemen risiko dilaksanakan dengan menyusun program manajemen risiko setiap tahun yang mencakup proses manajemen risiko yaitu komunikasi dan konsultasi, menetapkan konteks, identifikasi, analisis, evaluasi, penatalaksanaan risiko, dan pemantauan dan reviu yang dilakukan.

Kriteria 5.2.2

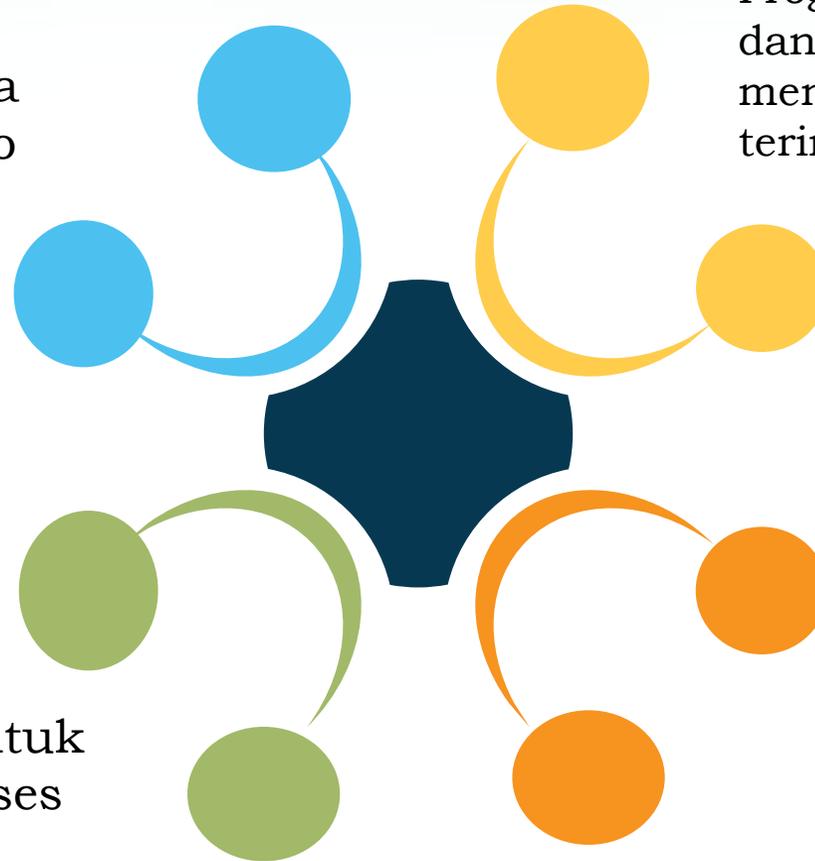
Puskesmas melaksanakan program manajemen risiko sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pokok Pikiran

Penatalaksanaan risiko berupa strategi reduksi, mitigasi dan pemantauan pelaksanaan tata laksana sesuai kategori risiko

Program manajemen risiko (MR) berisi strategi dan kegiatan untuk mereduksi atau memitigasi risiko yang disusun setiap tahun, terintegrasi dalam perencanaan Puskesmas

analisis efek modus kegagalan (*failure mode effect analysis*) untuk menganalisis minimal satu proses kritis atau berisiko tinggi yang dipilih setiap tahun



Elemen Penilaian

- a) **Disusun rencana penanganan risiko yang diintegrasikan dalam perencanaan tingkat Puskesmas sebagai upaya untuk meminimalkan dan/atau memitigasi risiko (D).**
- b) **Tim Mutu Puskesmas membuat pemantauan terhadap rencana penanganan (D,W).**
- c) **Dilakukan pelaporan kepada Kepala Puskesmas dan kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota serta lintas program dan lintas sektor terkait (D, W).**
- d) **Ada bukti Puskesmas telah melakukan dan menindaklanjuti analisis efek modus kegagalan (*failure mode effect analysis*) minimal setiap setahun sekali pada proses berisiko tinggi yang diprioritaskan (D, W).**

RENCANA PENANGANAN DAN PENGENDALIAN RESIKO

No	Risiko Prioritas	Alternatif Penanganan Risiko	Pengendalian Yang Sudah ada	Efektif/Kurang Efektif	Pengendalian Yang Harus Ada	Rencana Pengendalian			Penanggungjawab/ Pemilik Risiko
						Kegiatan	Waktu	Jenis	

Kolom (2) diisi dengan Risiko Prioritas, yaitu tinggi dan sangat tinggi

Kolom (3) diisi dengan alternatif pengendalian risiko (menghindar, mengurangi probabilitas, mengurangi dampak, transfer risiko)

Kolom (4) diisi dengan Pengendalian yang sudah ada dalam menangani risiko yang diidentifikasi |

Kolom (5) diisi dengan jelas (diisi efektif atau tidak) kolom

(6) jelas

Kolom (7, 8,9) diisi jelas

Kolom (10) diisi oleh petugas yang kompeten sesuai dengan permasalahan yang akan ditangani

TABEL PEMANTAUAN RESIKO

NO	Prioritas Risiko	Penanganan			Uraian Perbaikan	Waktu Pemantauan		Penanggungjawab /Pemantauan
		Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

LAPORAN PELAPORAN RISIKO

Pemilik Risiko :

Koordinator Manajemen Risiko :

Periode :

Prioritas Risiko	Penanganan Risiko					Status Risiko		
	Aksi/Pengendalian	Out Put	Target	Realisasi	Waktu Implementasi	Penanggung Jawab	Trend	Peringkat Risiko

Kolom (2) diisi dengan Risiko Prioritas, yaitu tinggi dan sangat tinggi

Kolom (3) diisi dengan alternatif pengendalian risiko (menghindar, mengurangi probabilitas, mengurangi dampak, transfer risiko)

Kolom (4) diisi dengan Pengendalian yang sudah ada dalam menangani risiko yang diidentifikasi

Kolom (5) diisi dengan jelas (diisi efektif atau tidak)

Kolom (6) jelas

Kolom (7, 8) diisi jelas

Kolom (9) diisi oleh petugas yang kompeten sesuai dengan permasalahan yang akan ditangani

Pemilik Risiko

.....,dd/mm/yyyy
Koordinator Manajemen Risiko

.....
NIP.....

.....
NIP

BAB V

Standar 5.1 Peningkatan Mutu Berkesinambungan

Standar 5.2 Program Manajemen Resiko

Standar 5.3 Sasaran Keselamatan Pasien

**Standar 5.4 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan
Pengembangan Budaya Keselamatan**

Standar 5.5 Program Pencegahan dan Pengendalian

Infeksi

Standar 5.3

Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan pasien diterapkan dalam upaya keselamatan pasien.

Puskesmas mengembangkan dan menerapkan sasaran keselamatan pasien sebagai suatu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan.

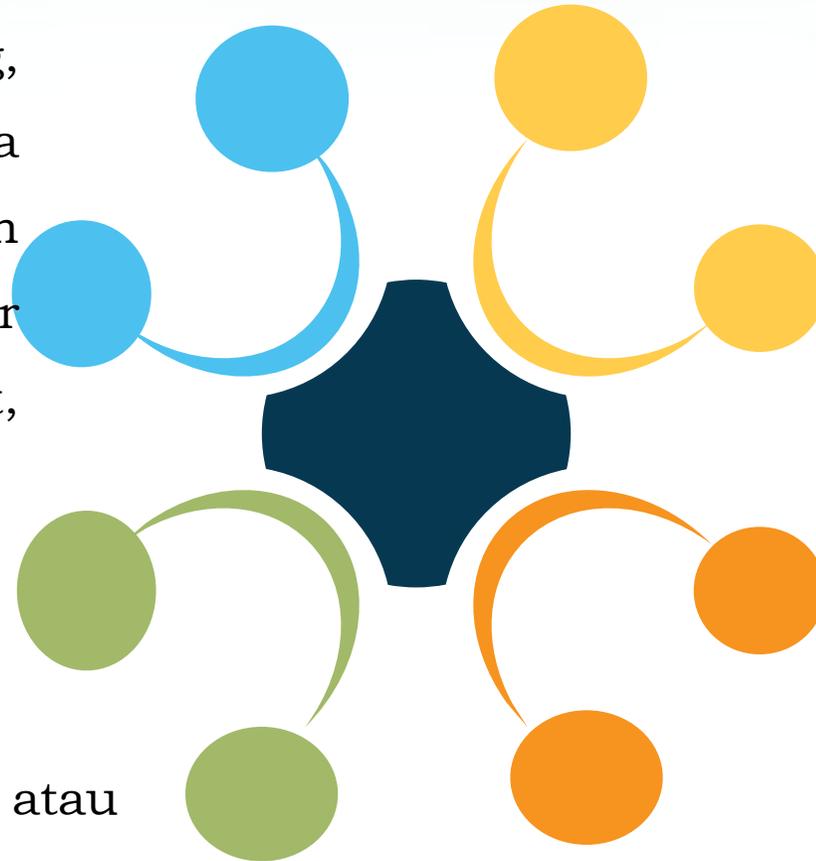
Kriteria 5.3.1

Proses Identifikasi pasien dilakukan dengan benar.

Pokok Pikiran

Proses identifikasi dengan benar harus dilakukan mulai dari penapisan atau skrining, pada saat pendaftaran, serta pada setiap akan dilakukan prosedur diagnostik, prosedur tindakan, pemberian obat, dan pemberian diet.

Identifikasi tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien dirawat.



Identifikasi harus dilakukan minimal dengan dua cara identifikasi yang relatif tidak berubah, yaitu nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis, atau nomor induk kependudukan.



1 PATIENT
SAFETY
FIRST



KESELAMATAN PASIEN

PERMENKES NO.11 TAHUN 2017 TTG KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman



- 1 ASSESMENT RESIKO
- 2 IDENTIFIKASI & PENGELOLAAN RESIKO PASIEN
- 3 PELAPORAN & ANALISIS INSIDEN
- 4 KEMAMPUAN BELAJAR DARI INSIDEN & TINDAK LANJUTNYA

- Fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pelaporan Insiden, secara online atau tertulis ke KNKP
- Pelaporan Insiden tersebut disampaikan setelah dilakukan analisis, serta mendapatkan rekomendasi dan solusi dari tim Keselamatan Pasien fasilitas pelayanan kesehatan.

Elemen Penilaian

- a) Dilakukan identifikasi pasien sebelum dilakukan prosedur diagnostik, tindakan, pemberian obat, pemberian imunisasi, dan pemberian diet sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan (R, D, O, W).
- b) Dilakukan prosedur tepat identifikasi apabila dijumpai pasien dengan kondisi khusus seperti yang disebutkan pada pokok pikiran sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan (R, D, O, W).

Standar 5.3

Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan pasien diterapkan dalam upaya keselamatan pasien.

Puskesmas mengembangkan dan menerapkan sasaran keselamatan pasien sebagai suatu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Kriteria 5.3.2

Proses untuk meningkatkan efektivitas komunikasi dalam pemberian asuhan ditetapkan dan dilaksanakan.

Pokok Pikiran

Pelaporan kondisi pasien dalam komunikasi verbal atau lewat telepon, antara lain, dapat dilakukan dengan menggunakan teknik SBAR (*situation, background, asesment, recommendation*).

Sedangkan saat menerima instruksi lewat telepon dapat menggunakan metode readback (*write down, read back and confirmation*).



Komunikasi yang rentan menimbulkan kesalahan, terjadi pada saat :

- (1) pemberian perintah secara verbal
- (2) pemberian perintah verbal melalui telepon
- (3) penyampaian hasil kritis pemeriksaan penunjang diagnosis
- (4) serah terima antargiliran (*shift*), dan
- (5) pemindahan pasien dari unit yang satu ke unit yang lain.

Elemen Penilaian

- a) Pemberian perintah secara verbal lewat telepon menggunakan teknik SBAR dan TBAK sesuai dalam pokok pikiran (D, W).
- b) Pelaporan kondisi pasien dan pelaporan nilai kritis hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan sesuai dengan prosedur, yaitu ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan, dan dicatat dalam rekam medis, termasuk identifikasi kepada siapa nilai kritis hasil pemeriksaan laboratorium dilaporkan (D,W, S).
- c) Dilakukan komunikasi efektif pada proses serah terima pasien yang memuat hal kritical dilakukan secara konsisten sesuai dengan prosedur dan metode SBAR dengan menggunakan formulir yang dibakukan (R, D, W, S).

Standar 5.3

Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan pasien diterapkan dalam upaya keselamatan pasien.

Puskesmas mengembangkan dan menerapkan sasaran keselamatan pasien sebagai suatu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Kriteria 5.3.3

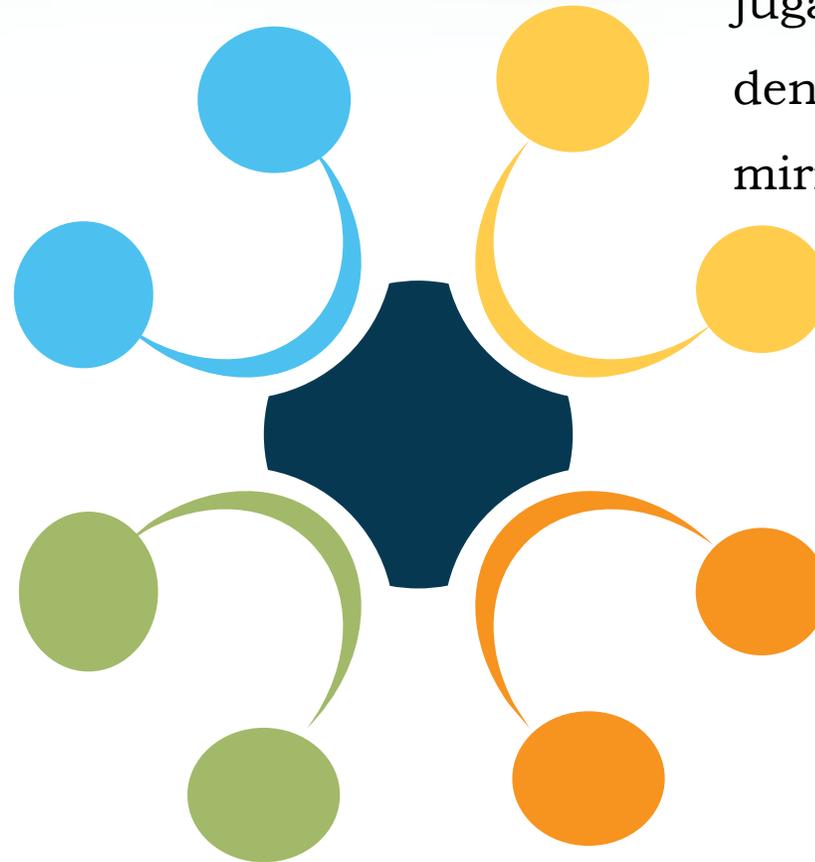
Proses untuk meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai ditetapkan dan dilaksanakan

Pokok Pikiran

Obat yang perlu diwaspadai (*high alert medications*) adalah obat-obatan yang memiliki risiko menyebabkan cedera serius pada pasien jika digunakan dengan tidak tepat.

Obat *higt alert* meliputi :

- 1) Obat risiko tinggi, yaitu obat dengan zat aktif yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan bila terjadi kesalahan (*error*) dalam penggunaannya (contoh: insulin, heparin atau sitostatika),
- 2) Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*)
- 3) Elektrolit konsentrat contoh: kalium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 1 mEq/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat injeksi dengan konsentrasi sama atau lebih dari 50%.



Kesalahan pemberian obat dapat juga terjadi akibat adanya obat dengan nama dan rupa obat mirip (*look alike sound alike*).

Kebijakan dan prosedur tentang pengelolaan obat yang perlu diwaspadai ditetapkan dan dilaksanakan yang meliputi penyimpanan, penataan, peresepan, pelabelan, penyiapan, penggunaan, dan evaluasi penggunaan obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat psikotropika, narkotika, dan obat dengan nama atau rupa mirip.

Elemen Penilaian

- a) Disusun daftar obat yang perlu diwaspadai dan obat dengan nama atau rupa mirip serta dilakukan pelabelan dan penataan obat yang perlu diwaspadai dan obat dengan nama atau rupa mirip sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang disusun (R, D, O, W).
- b) Dilakukan pengawasan dan pengendalian penggunaan obat-obatan psikotropika/narkotika dan obat-obatan lain yang perlu diwaspadai (*high alert*) (D, O, W).

Standar 5.3

Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan pasien diterapkan dalam upaya keselamatan pasien.

Puskesmas mengembangkan dan menerapkan sasaran keselamatan pasien sebagai suatu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Kriteria 5.3.4

Proses untuk memastikan tepat pasien, tepat prosedur, dan tepat sisi pada pasien yang menjalani operasi/tindakan medis ditetapkan dan dilaksanakan.

Pokok Pikiran

Puskesmas harus mengembangkan suatu sistem untuk memastikan benar pasien, benar prosedur, dan benar sisi jika melakukan tindakan dengan menerapkan protokol umum (*universal protocol*) yang meliputi:

- (1) proses verifikasi sebelum dilakukan tindakan;
Penandaan sisi yang akan dilakukan tindakan/prosedur;
dan
- (2) *time out* yang dilakukan segera sebelum prosedur dimulai.



Penandaan sisi dapat dilakukan kapan saja sebelum prosedur dimulai selama pasien terlibat secara aktif dalam penandaan sisi dan tanda. Adakalanya pasien dalam keadaan tidak memungkinkan untuk berpartisipasi, misalnya pada pasien anak atau ketika pasien tidak berkompeten untuk membuat keputusan tentang perawatan kesehatan.

Jeda (*time out*) merupakan peluang untuk menjawab semua pertanyaan yang belum terjawab atau meluruskan kerancuan. Jeda dilakukan di lokasi tempat prosedur akan dilakukan, tepat sebelum memulai prosedur, dan melibatkan seluruh tim yang akan melakukan tindakan operasi atau invasif.

Elemen Penilaian

- a) Dilakukan penandaan sisi operasi/tindakan medis secara konsisten oleh pemberi pelayanan yang akan melakukan tindakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan (R, O, W, S).
- b) Dilakukan verifikasi sebelum operasi/tindakan medis untuk memastikan bahwa prosedur telah dilakukan dengan benar (D, O, W).
- c) Dilakukan penjedaan (*time out*) sebelum operasi/tindakan medis untuk memastikan semua pertanyaan sudah terjawab atau meluruskan kerancuan (O, W).

Standar 5.3

Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan pasien diterapkan dalam upaya keselamatan pasien.

Puskesmas mengembangkan dan menerapkan sasaran keselamatan pasien sebagai suatu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Kriteria 5.3.5

Proses kebersihan tangan diterapkan untuk menurunkan risiko infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan.

Pokok Pikiran

Puskesmas harus menerapkan kebersihan tangan yang terbukti menurunkan risiko infeksi yang terjadi pada fasilitas kesehatan.



Prosedur kebersihan tangan perlu disusun dan disosialisasikan. Informasi mengenai prosedur tersebut ditempel di tempat yang mudah dibaca. Tenaga medis, tenaga kesehatan, dan karyawan Puskesmas perlu diedukasi tentang kebersihan tangan. Sosialisasi kebersihan tangan perlu juga dilakukan kepada pasien dan keluarga pasien.

Elemen Penilaian

- a) Ditetapkan standar kebersihan tangan yang mengacu pada standar WHO (R).
- b) Dilakukan kebersihan tangan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan (D, O, W).

Standar 5.3

Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan pasien diterapkan dalam upaya keselamatan pasien.

Puskesmas mengembangkan dan menerapkan sasaran keselamatan pasien sebagai suatu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Kriteria 5.3.6

Proses untuk mengurangi risiko pasien jatuh disusun dan dilaksanakan.

Pokok Pikiran

Risiko jatuh dapat terjadi pada pasien dengan riwayat jatuh, penggunaan obat, minum minuman beralkohol, gangguan keseimbangan, gangguan visus, gangguan mental, dan sebab yang lain

Penapisan risiko jatuh dilakukan pada pasien rajal dengan mempertimbangkan :

1. Kondisi pasien
2. Diagnosis
3. Situasi
4. Lokasi



Contoh alat untuk melakukan penapisan pada pasien rawat inap adalah skala Morse untuk pasien dewasa dan skala Humpty Dumpty untuk anak, sedangkan untuk pasien rawat jalan dilakukan dengan menggunakan *get up and go test*

Elemen Penilaian

- a) Dilakukan penapisan pasien dengan risiko jatuh jatuh di rawat jalan dan pengkajian risiko jatuh di IGD dan rawat inap sesuai dengan kebijakan dan prosedur serta dilakukan upaya untuk mengurangi risiko tersebut (R, O, W, S).
- b) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut untuk mengurangi risiko terhadap situasi dan lokasi yang diidentifikasi berisiko terjadi pasien jatuh (D, W).

BAB V

Standar 5.1 Peningkatan Mutu Berkesinambungan

Standar 5.2 Program Manajemen Resiko

Standar 5.3 Sasaran Keselamatan Pasien

**Standar 5.4 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan
Pengembangan Budaya Keselamatan**

Standar 5.5 Program Pencegahan dan Pengendalian

Infeksi

Standar 5.4

Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan Pengembangan Budaya Keselamatan

Puskesmas menetapkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dan pengembangan budaya keselamatan.

Pelaporan insiden keselamatan pasien berhubungan dengan budaya keselamatan di Puskesmas dan diperlukan untuk mencegah insiden lebih lanjut atau berulang pada masa mendatang yang akan membawa dampak kerugian yang lebih besar bagi Puskesmas.

Kriteria 5.4.1

Dilakukan pelaporan, dokumentasi, analisis akar masalah, dan penyusunan tindakan korektif sebagai upaya perbaikan, dan pencegahan potensi insiden keselamatan pasien.

Pokok Pikiran

Insiden keselamatan pasien terdiri atas (1) kondisi potensial cedera signifikan (KPCS), (2) kejadian nyaris cedera (KNC), (3) kejadian tidak cedera (KTC), (4) kejadian tidak diharapkan (KTD), dan (5) kejadian *sentinel* (KS).

Pelaporan insiden terdiri atas laporan insiden internal dan laporan insiden eksternal.



Sentinel adalah suatu kejadian yang tidak diinginkan (*unexpected occurrence*) yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Kejadian *sentinel* dapat berupa :

1. Kematian yang tidak diduga
2. kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait penyakit atau kondisi pasien
3. tindakan salah sisi, salah prosedur, dan salah pasien;
4. penculikan anak, termasuk bayi atau anak dikirim ke rumah yang bukan rumah orang tuanya; dan
5. perkosaan, kekejaman di tempat kerja seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota keluarga, staf, dokter, pengunjung, atau vendor/pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan Puskesmas.

JENIS INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

1. KEJADIAN SENTINEL

Suatu kejadian tidak diinginkan yang menyebabkan kematian atau cedera serius

2. KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD)

Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien

3. KEJADIAN TIDAK CEDERA (KTC)

Insiden yang sudah terpapar kepada pasien tapi tidak menimbulkan cedera

4. KEJADIAN NYARIS CEDERA (KNC)

Insiden yang belum terpapar kepada pasien

5. KONDISI POTENSIAL CEDERA (KPC)

Kondisi yang potensial signifikan menimbulkan cedera tapi belum terjadi insiden

LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Laporan Insiden Keselamatan Pasien (Internal)

Pelaporan secara tertulis setiap kejadian **Sentinel**, **Kejadian nyaris cedera (KNC)** atau **kejadian tidak diharapkan (KTD)** atau **kejadian tidak cedera (KTC)** atau **Kondisi potensial cedera signifikan / serius (KPC)** yang menimpa pasien.

Laporan Insiden keselamatan pasien ke KNKP (Eksternal)

Pelaporan secara anonim dan elektronik ke KNKP, setiap **Kejadian Sentinel**, **Kejadian Tidak diharapkan (KTD)** yang terjadi pada PASIEN dan telah dilakukan analisis penyebab, rekomendasi dan solusinya

Insiden

Pasien

Laporan Insiden (Internal) ke atasan (max 48 jam)
Jenis Insiden : Sentinel, KTD, KNC, KTC, KPC

Grading Matriks Risiko

Investigasi
(Sederhana / Komprehensif (RCA)
(Lembar kerja Investigasi)

Laporan Insiden Eksternal (e-report) ke KNKP
Jenis Insiden : Sentinel, KTD

- Keluarga Pasien
- Pengunjung
- Karyawan

Laporan Insiden ke Komite K3

Elemen Penilaian

- a) Dilakukan pelaporan jika terjadi insiden sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan kepada tim keselamatan pasien dan kepala puskesmas yang disertai dengan analisis, investigasi insiden, dan tindak lanjut terhadap insiden (R, D, W).
- b) Dilakukan pelaporan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) terhadap insiden, analisis, dan tindak lanjut sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan (D, O, W).

Standar 5.4

Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan Pengembangan Budaya Keselamatan

Puskesmas menetapkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dan pengembangan budaya keselamatan.

Pelaporan insiden keselamatan pasien berhubungan dengan budaya keselamatan di Puskesmas dan diperlukan untuk mencegah insiden lebih lanjut atau berulang pada masa mendatang yang akan membawa dampak kerugian yang lebih besar bagi Puskesmas.

Kriteria 5.4.2

Tenaga kesehatan pemberi asuhan berperan penting dalam memperbaiki perilaku dalam pemberian pelayanan yang mencerminkan budaya mutu dan budaya keselamatan.

Pokok Pikiran

Perilaku terkait budaya keselamatan berupa

- (1) penyediaan layanan yang baik, termasuk pengambilan keputusan bersama;
- (2) bekerjasama dengan pasien;
- (3) bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain;
- (4) bekerjasama dalam sistem layanan kesehatan;
- (5) meminimalisir risiko;
- (6) mempertahankan kinerja profesional;
- (7) perilaku profesional dan beretika;
- (8) memastikan pelaksanaan proses pelayanan yang terstandar; dan
- (9) upaya peningkatan mutu dan keselamatan termasuk keterlibatan dalam pelaporan dan tindak lanjut insiden.



Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan seperti:

- (1) perilaku yang tidak layak (*inappropriate*)
- (2) perilaku yang mengganggu (*disruptive*)
- (3) perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama, suku termasuk gender; dan
- (4) pelecehan seksual.

Elemen Penilaian

- a) Dilakukan pengukuran budaya keselamatan pasien dengan melakukan survei budaya keselamatan pasien yang menjadi acuan dalam program budaya keselamatan (D,W).
- b) Puskesmas membuat sistem untuk mengidentifikasi dan menyampaikan pelaporan perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan atau "tidak dapat diterima" dan upaya perbaikannya (D, W).
- c) Dilakukan edukasi tentang mutu klinis dan keselamatan pasien pada semua tenaga kesehatan pemberi asuhan (D, W).

BAB V

Standar 5.1 Peningkatan Mutu Berkesinambungan

Standar 5.2 Program Manajemen Resiko

Standar 5.3 Sasaran Keselamatan Pasien

**Standar 5.4 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan
Pengembangan Budaya Keselamatan**

Standar 5.5 Program Pencegahan dan Pengendalian

Infeksi

Standar 5.5

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Program pencegahan dan pengendalian infeksi dilaksanakan untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi terkait dengan pelayanan Kesehatan.

Pencegahan dan pengendalian infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas kesehatan.

Kriteria 5.5.1

Regulasi dan program pencegahan dan pengendalian infeksi dilaksanakan oleh seluruh karyawan Puskesmas secara komprehensif untuk mencegah dan meminimalkan risiko terjadinya infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan.

Pokok Pikiran

Puskesmas perlu menyusun program PPI yang meliputi :

- (a) implementasi kewaspadaan isolasi yang terdiri atas kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasar transmisi,
- (b) pendidikan dan pelatihan PPI (dapat berupa pelatihan atau lokakarya) baik bagi petugas maupun pasien dan keluarga, serta masyarakat,
- (c) penyusunan dan penerapan bundel infeksi terkait pelayanan kesehatan,
- (d) pemantauan (*monitoring*) pelaksanaan kewaspadaan isolasi,
- (e) surveilans penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan, serta
- (f) penggunaan anti mikroba secara bijak dan dilakukan pelaporan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.



Pencegahan dan pengendalian infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas kesehatan.

Risiko infeksi yang didapat dan/atau ditularkan di antara pasien, staf, mahasiswa, dan pengunjung diidentifikasi dan dicegah atau diminimalkan melalui kegiatan PPI.

Elemen Penilaian

- a) Puskesmas menyusun rencana dan melaksanakan program PPI yang terdiri atas (R, D):
 - (1). implementasi kewaspadaan isolasi yang terdiri atas kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasar transmisi,
 - (2). pendidikan dan pelatihan PPI (dapat berupa pelatihan atau lokakarya) baik bagi petugas maupun pasien dan keluarga, serta masyarakat,
 - (3). penyusunan dan penerapan bundel infeksi terkait pelayanan kesehatan,
 - (4). pemantauan (*monitoring*) pelaksanaan kewaspadaan isolasi,
 - (5). surveilans penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan dan,
 - (6). Penggunaan anti mikroba secara bijak dan komprehensif dalam penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas

- b) Dilakukan pemantauan, evaluasi, tindak lanjut, dan pelaporan terhadap pelaksanaan program PPI dengan menggunakan indikator yang ditetapkan (D, W).

Standar 5.5

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Program pencegahan dan pengendalian infeksi dilaksanakan untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi terkait dengan pelayanan Kesehatan.

Pencegahan dan pengendalian infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas kesehatan.

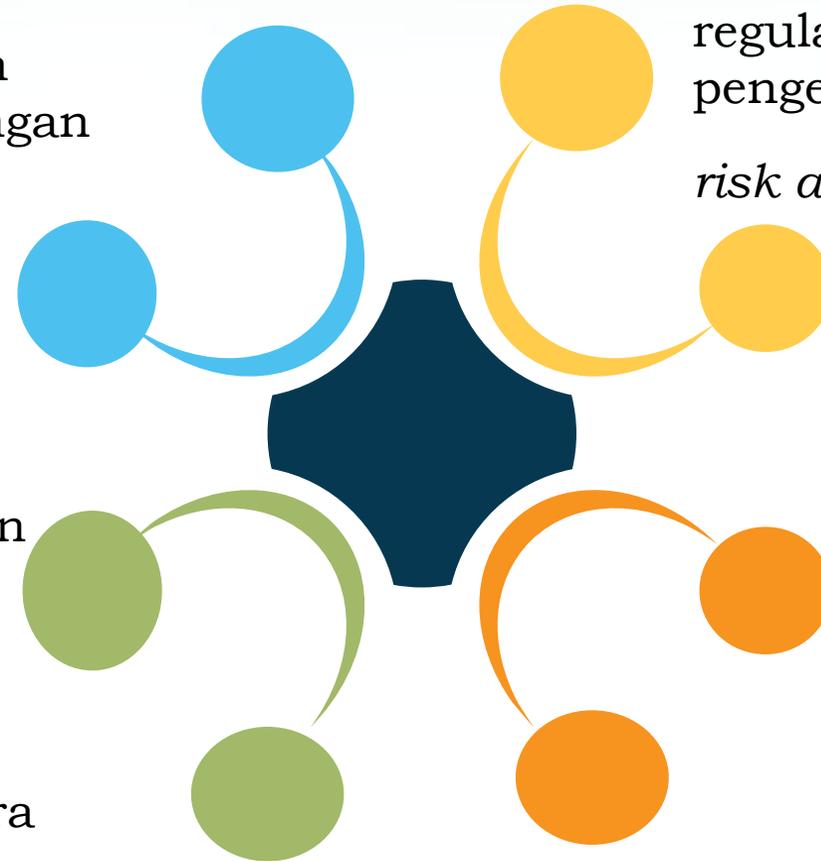
Kriteria 5.5.2

Dilakukan identifikasi berbagai risiko infeksi dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai dasar untuk menyusun dan menerapkan strategi untuk mengurangi risiko tersebut.

Pokok Pikiran

Puskesmas melakukan identifikasi dan kajian risiko infeksi, baik dalam penyelenggaraan pelayanan upaya kesehatan perseorangan maupun upaya kesehatan masyarakat

Berdasarkan kajian tersebut, disusun strategi dalam pencegahan dan pengendalian infeksi melalui (a) kewaspadaan isolasi yang terdiri atas dua lapis, yaitu kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasar transmisi, (b) penggunaan antimikroba secara bijak, dan (c) pelaksanaan bundel infeksi terkait pelayanan kesehatan,



Puskesmas harus menetapkan kriteria risiko untuk menangani dampak tersebut yang dituangkan dalam bentuk regulasi tentang penilaian risiko dan pengendalian infeksi (*infection control risk assessment/ICRA*).

Untuk penerapan kewaspadaan isolasi, perlu dipastikan:

- (1) ketersediaan alat pelindung diri (APD),
- (2) ketersediaan linen yang benar;
- (3) ketersediaan alat medis sesuai dengan ketentuan;
- (4) ketersediaan peralatan penyuntikan yang aman; dan
- (5) pengelolaan limbah

Elemen Penilaian

- a) Dilakukan identifikasi dan kajian risiko infeksi terkait dengan penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas (D, W).
- b) Disusun dan dilaksanakan strategi untuk meminimalkan risiko infeksi terkait dengan penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas dan dipastikan ketersediaan (a) sampai (c) yang tercantum dalam bagian Pokok Pikiran (D, W).

Standar 5.5

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Program pencegahan dan pengendalian infeksi dilaksanakan untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi terkait dengan pelayanan Kesehatan.

Pencegahan dan pengendalian infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas kesehatan.

Kriteria 5.5.3

Puskesmas yang mengurangi risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan perlu melaksanakan dan mengimplementasikan program PPI untuk mengurangi risiko infeksi baik bagi pasien, petugas, keluarga pasien, masyarakat, maupun lingkungan.

Pokok Pikiran

Penerapan kewaspadaan standar :

1. Kebersihan tangan
2. Penggunaan APD
3. Etika batuk
4. Penempatan pasien dengan benar
5. Penyuntikan yang aman
6. Dekontaminasi peralatan perawatan pasien
7. Pengelolaan linen
8. Pengelolaan limbah
9. Perlindungan petugas terhadap infeksi



Program pencegahan dan pengendalian infeksi di Puskesmas adalah program yang dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengurangi risiko tertular dan menularkan infeksi di antara pasien, petugas, keluarga, masyarakat, dan lingkungan melalui penerapan kewaspadaan isolasi yang terdiri atas kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasar transmisi, penggunaan antimikroba secara bijak, dan bundel untuk infeksi terkait pelayanan kesehatan

Elemen Penilaian

- a) Terdapat bukti penerapan dan pemantauan prinsip kewaspadaan standar sesuai dengan Pokok Pikiran pada huruf (1) sampai dengan huruf (9) sesuai dengan prosedur yang ditetapkan (R, D, O, W).
- b) Jika ada pengelolaan pada Pokok Pikiran huruf (6) sampai dengan huruf (8) yang dilaksanakan oleh pihak ketiga, Puskesmas harus memastikan standar mutu diterapkan oleh pihak ketiga sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (D, W).

Standar 5.5

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Program pencegahan dan pengendalian infeksi dilaksanakan untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi terkait dengan pelayanan Kesehatan.

Pencegahan dan pengendalian infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas kesehatan.

Kriteria 5.5.4

Puskesmas melakukan upaya kebersihan tangan sesuai standar.

Pokok Pikiran

Puskesmas melakukan edukasi dan menyediakan sarana edukasi untuk kebersihan tangan bagi pengunjung dan petugas puskesmas.

Penanggung jawab PPI melakukan evaluasi dan tindak lanjut penerapan PPI di Puskesmas secara periodik sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan.



Puskesmas wajib menyediakan sarana dan prasarana untuk melakukan kebersihan tangan, antara lain:

- (1) fasilitas cuci tangan meliputi air mengalir, sabun, tisu pengering tangan/handuk sekali pakai; dan/atau
- (2) *hand rubs* berbasis alkohol yang ketersediaannya harus terjamin di Puskesmas.

Elemen Penilaian

- a) Dilakukan edukasi kebersihan tangan pada seluruh karyawan Puskesmas, pasien, dan keluarga pasien (D, W).
- b) Sarana dan prasarana untuk kebersihan tangan tersedia di tempat pelayanan (O).
- c) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan kebersihan tangan secara periodik sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan (D, W).

Standar 5.5

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Program pencegahan dan pengendalian infeksi dilaksanakan untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi terkait dengan pelayanan Kesehatan.

Pencegahan dan pengendalian infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas kesehatan.

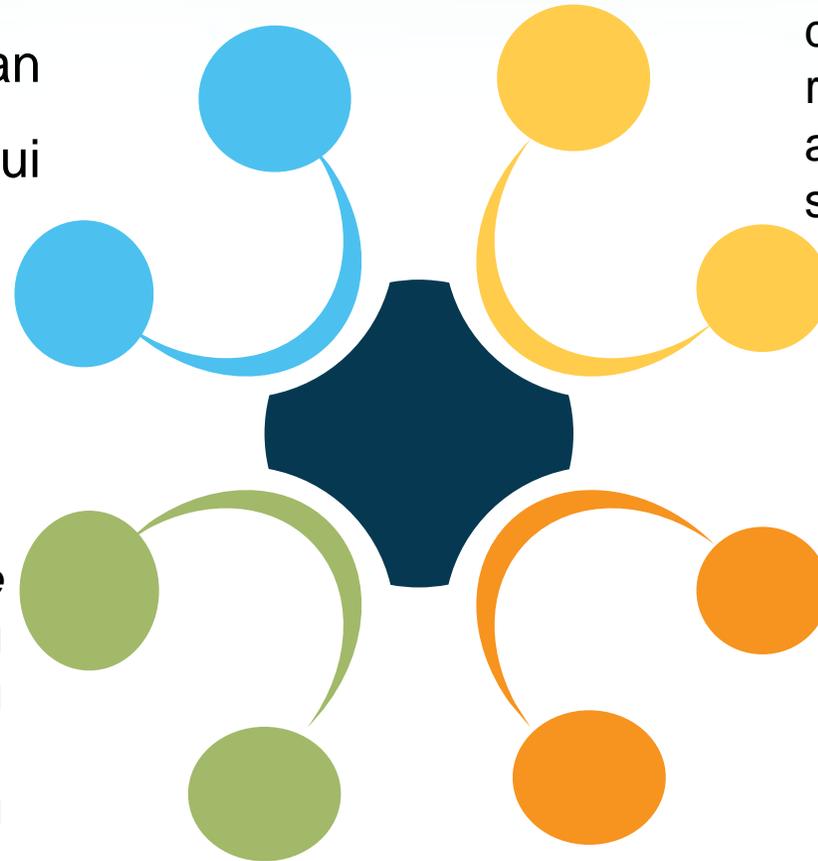
Kriteria 5.5.5

Dilakukan upaya pencegahan penularan infeksi dengan penerapan kewaspadaan berdasar transmisi dalam penyelenggaraan pelayanan pasien yang dapat ditularkan melalui transmisi.

Pokok Pikiran

Kewaspadaan berdasar transmisi meliputi kewaspadaan terhadap penularan melalui kontak, *droplet*, dan *air borne*.

Penularan penyakit *air borne disease*, termasuk penularan yang diakibatkan oleh prosedur atau tindakan yang menimbulkan aerosolisasi, merupakan salah satu risiko yang perlu diwaspadai dan mendapat perhatian khusus di Puskesmas.



Untuk mengurangi risiko penularan *air borne disease*, dilakukan antara lain dengan penggunaan APD, penataan ruang periksa, penempatan pasien, ataupun transfer pasien dilakukan sesuai dengan prinsip PPI

Untuk mencegah penularan *airborne disease*, perlu dilakukan identifikasi pasien yang berisiko dengan memberikan masker, menempatkan pasien di tempat tersendiri atau kohorting, dan mengajarkan etika batuk.

Elemen Penilaian

- a) Dilakukan identifikasi penyakit infeksi yang ditularkan melalui transmisi *airborne* dan prosedur atau tindakan yang dilayani di Puskesmas yang menimbulkan aerosolisasi serta upaya pencegahan penularan infeksi melalui transmisi *airborne* dengan pemakaian APD, penataan ruang periksa, penempatan pasien, ataupun transfer pasien sesuai dengan regulasi yang disusun (R, O, W)
- b) Dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap hasil pemantauan terhadap pelaksanaan penataan ruang periksa, penggunaan APD, penempatan pasien, dan transfer pasien untuk mencegah transmisi infeksi (D, W).

Standar 5.5

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Program pencegahan dan pengendalian infeksi dilaksanakan untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi terkait dengan pelayanan Kesehatan.

Pencegahan dan pengendalian infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas kesehatan.

Kriteria 5.5.6

Ditetapkan dan dilakukan proses untuk menangani *outbreak* infeksi, baik di Puskesmas maupun di wilayah kerja Puskesmas.

Pokok Pikiran

Puskesmas menetapkan kebijakan tentang *outbreak* penanggulangan sesuai dengan wewenangnya

Dalam keadaan *outbreak*, disusun dan diterapkan panduan, protokol kesehatan, dan prosedur yang sesuai untuk mencegah penularan penyakit infeksi.



Kriteria *outbreak* infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan di Puskesmas :

- (1) Terdapat kejadian infeksi yang sebelumnya tidak ada atau sejak lama tidak pernah muncul yang diakibatkan oleh kegiatan pelayanan kesehatan yang berdampak risiko infeksi, baik di Puskesmas maupun di wilayah kerja Puskesmas.
- (2) Peningkatan kejadian sebanyak dua kali lipat atau lebih jika dibanding dengan periode sebelumnya.
- (3) Kejadian dapat meningkat secara luas dalam kurun waktu yang sama.
- (4) Kejadian infeksi ditetapkan sebagai *outbreak* oleh pemerintah.

Elemen Penilaian

- a) Dilakukan identifikasi mengenai kemungkinan terjadinya *outbreak* infeksi, baik yang terjadi di Puskesmas maupun di wilayah kerja Puskesmas (D, W).
- b) Jika terjadi *outbreak* infeksi, dilakukan penanggulangan sesuai dengan kebijakan, panduan, protokol kesehatan, dan prosedur yang disusun serta dilakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap pelaksanaan penanggulangan sesuai dengan regulasi yang disusun (D, W).

**TERIMA
KASIH**

