**PERENCANAAN**

**PROGRAM PENINGKATAN MUTU PUSKESMAS DAN KESELAMATAN PASIEN**

**PUSKESMAS X**

1. **PENDAHULUAN**

Dalam memberikan pelayanan 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 rumah sakit.

Program mutu dan keselamatan pasien merupakan program yang wajib direncanakan, dilaksanakan, dimonitor, dievaluasi dan ditindak lanjuti diseluruh jajaran yang ada di Puskesmas X, Kepala Puskesmas, penanggung jawab pelayanan klinis, penanggung jawab/coordinator UKM, dan seluruh karyawan

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 untuk pelayanan administrasi manajemen, penyelenggaraan UKM, dan pelayanan klinis untuk dilaksanakan pada tahun 2015.

1. **LATAR BELAKANG**
   1. Puskesmas X terletak di pinggir jalan raya antar dua kota, dengan kejadian kecelakaan lalu lintas cukup tinggi rata-rata tiap hari terjadi 2 sampai 3 kasus kecelakaan yang dibawa ke puskesmas
   2. Kejadian kematian ibu di wilayah puskesmas X cukup tinggi, rata-rata terjadi 3-4 kematian ibu setiap tahun, sementara di puskesmas Y dan Z pada tahun 2013 dan tahun 2014 tidak terjadi kematian ibu.
   3. Dari monitoring bulan Agustus sd Oktober 2014 dijumpai kesalahan pemberian obat pada pasien antara 2 sampai 3 kali dalam sebulan.
   4. Peningkatan mutu/kinerja perlu diterapkan untuk penyelenggaraan administrasi manajemen, penyelenggaraan UKM, dan pelayanan klinis......
   5. Pilihan prioritas:

Berdasarkan data tersebut di atas, maka prioritas peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien di Puskesmas X adalah:

* 1. Pelayanan laboratorium
  2. Pelayanan obat

1. **PENGORGANISASIAN DAN TATA HUBUNGAN KERJA**
2. PENGORGANISASIAN :



Bagan organisisi tim mutu di Puskesmas

1. TATA HUBUNGAN KERJA DAN ALUR PELAPORAN



1. Tata Hubungan Kerja:

Ketua tim PMKP bertugas melakukan koordinasi mulai dari perencanaan, pelaksanaan sampai dengan monitoring kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Puskesmas X. Penanggung jawab tiap-tiap pokja melakukan koordinasi pelaksanaan dan monitoring kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien pada pokja yang menjadi tanggung jawabnya. Ketua tim PMKP bertanggung jawab terhadap Wakil Manajemen Mutu dalam pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Wakil Manajemen Mutu bersama dengan tim PMKP mengadakan rapat koordinasi tiap tiga bulan untuk memonitor kemajuan dalam pelaksanaan kegiatan dan mengatasi permasalahan.

1. Pelaporan

Tiap pokja melaporkan kegiatan setiap bulan kepada ketua tim PMKP dalam bentuk laporan bulanan. Ketua tim PMKP melaporkan kegiatan PMKP kepada Kepala Puskesmas dengan tembusan kepada Wakil Manajemen Mutu tiap bulan.

1. **TUJUAN:**
2. Tujuan umum: meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di Puskesmas….
3. Tujuan khusus:
4. Meningkatkan mutu pelayanan klinis
5. Meningkatkan mutu manajemen
6. Meningkatkan mutu penyelenggaraan UKM
7. Meningkatkan pemenuhan sasaran keselamatan pasien
8. **KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Kegiatan Pokok | Rincian Kegiatan |
| 1 | Workshop penggalangan komitmen dan pemahaman tentang mutu dan keselamatan pasien | Lokakarya untuk penggalangan komitmen dan pemahanan ttg mutu puskesmas dan keselamatan pasien, dengan agenda sbb:…….. |
| 2. | Workshop dengan masyarakat untuk mendapat masukan tentang mutu dan kinerja puskesmas | Lakakarya dengan masyarakat untuk mendapat masukan, dengan agenda:…… |
| 3. | Program kegiatan peningkatan mutu administrasi manajemen |  |
| a | Pengumpulan, analisis dan tindak lanjut penilaian indicator kinerja administrasi dan manajemen puskesmas | 1). Pengumpulan data indicator penilaian kinerja admen  2). Analisis data  3).Tindak lanjut hasil analisis |
| b | Audit internal | * 1. menyusun rencana audit tahunan   2. menyusun instrument audit   3. melaksanakan audit   4. melaporkan hasil audit dan menyampaikan rekomendasi   5. melaksanakan tindak lanjut hasil audit oleh pihak yang diaudit   6. memonitor pelaksanaan tindak lanjut audit |
| c | Pertemuan tinjauan manajemen | 1).persiapan pertemuan tinjauan manajemen  2).melaksanakan pertemuan tinjauan manajemen dengan agenda:…..  3).menyampaikan hasil pertemuan tinjauan manajemen pada pihak terkait |
| d | Evaluasi kontrak pihak ketiga | a).mengidentifikasi pekerjaan/pelayanan yang diserahkan pada pihak ketiga  b).menyusun instrument evaluasi kinerja pihak ketiga  c).melaksanakan evaluasi kontrak  d).menyampaikan hasil evaluasi kontrak pihak ketiga kepada pimpinan puskesmas |
| 4. | Program kegiatan peningkatan mutu UKM |  |
| a | Pengumpulan data, analisis dan tindak lanjut penilaian indicator kinerja UKM | a).pengumpulan data indicator kinerja UKM  b).analisis data  c).pelaporan hasil penilaian kinerja  d).tindak lanjut hasil penilaian kinerja |
| b | Pelaksanaan 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 |
|  |  |  |
| 5 | Program kegiatan peningkatan mutu klinis |  |
| a | Penilaian kinerja pelayanan klinis | Memilih dan menetapkan indicator mutu pelayanan klinis, Sasaran Keselamata Pasien dan menyusun profil indicator |
| Menyusun panduan penilaian kinerja pelayanan klinis |
| Mencatat data melalui sensus harian |
| Melaksanakan penilaian kinerja pelayanan klinis |
| Melakukan analisis kinerja pelayanan klinis |
| Melaksanakan tindak lanjut hasil analisis kinerja pelayanan klinis |
| b | Sasaran Keselamatan Pasien | Membuat panduan system pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) |
| Memonitor capaian sasaran keselamatan pasien |
| Melaksanakan pencatatan dan pelaporan sentinel, KTD, dan KNC |
| Melakukan analisis kejadian KTD dan KNC |
| Melakukan tindak lanjut |
| c | Manajemen risiko | Melaksanakan identifikasi risiko pelayanan obat |
| Melakukan analisis risiko pelayanan obat |
| Menyusun rencana tindak lanjut |
| Melaksanakan tindak lanjut |
| d | Kontak kerja terkait pelayanan klinis | Menyusun panduan seleksi dan evaluasi kontrak/perjanjian kerja |
| Melaksanakan evaluasi kontrak/perjanjian kerja |
| e | Diklat PMKP ekternal dan internal | Menyusun rencana diklat PMKP |
| Melaksanakan diklat PMKP |
| Memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan diklat PMKP |
| f | Peningkatan mutu pelayanan laboratorium | Identifikasi risiko pelayanan lab |
| Analisis risiko dan tindak lanjutnya |
| Pengendalian bahan berbahaya dan beracun di lab |
| Pemantauan penggunaan APD di lab |
| Pelaksanaan pemantapan mutu internal |
| Pelaksanaan pemantapan mutu eksternal |
| g | Peningkatan mutu pelayanan obat | Identifikasi risiko pelayanan obat |
| Analisis risiko dan tindak lanjutnya |
| Pemantauan kebersihan penyediaan obat |
| H | Peningkatan mutu pelayanan ANC | Monitoring pelaksanaan prosedur ANC |
| Meningkatkan kemampuan deteksi dini risiko persalinan |
| Meningkatkan kemampuan dalam persiapan rujukan dari rumah, dan dari puskesmas ke rumah sakit |
|  | ....dst |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN DAN SASARAN:**
2. Cara melaksanakan kegiatan:

Secara umum dalam pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien adalah mengikuti siklus Plan Do Check Action

1. Sasaran :
   1. Komitmen karyawan untuk meningkatkan mutu
   2. Tersusunnya tata nilai mutu dan perilaku dalam pemberian pelayanan
   3. Terlaksananya penilaian kinerja baik Admen, UKP, dan UKM
   4. Terlaksananya audit internal
   5. Terlaksananya pertemuan tinjauan manajemen
   6. Dilakukannya tindak lanjut perbaikan terhadap hasil penilaian kinerja, audit internal, dan pertemuan tinjauan manajemen
   7. Seluruh unit pelayanan minimal melakukan satu siklus PDCA untuk menyelesaikan permalahan yang ada
   8. Terlaksananya evaluasi kontrak pihak ketiga
   9. Kinerja pelayanan klinis diukur pada semua unit pelayanan
   10. Tercapainya sasaran keselamatan pasien
   11. 100 % insiden keselamatan pasien dilaporkan dan ditindak lanjuti
   12. Manajemen risiko diterapkan pada tahun 2015 di pelayanan laboratorium dan obat
   13. Tidak terjadi kematian ibu pada tahun 2015
   14. Terlaksananya diklat PMKP sesuai rencana
   15. Tidak terjadi kesalahan pemberian obat
   16. Tidak terjadi kesalahan pemeriksaan laboratorium
2. RINCIAN KEGIATAN, SASARAN & CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Kegiatan Pokok** | **Rincian kegiatan** | **Sasaran (target yang harus dicapai)** | **Cara melaksanakan kegiatan** | **Penanggung jawab** | **Pelaksana** | **Biaya** | **Sumber biaya** |
| 1 | Workshop penggalangan mutu | Lokakarya mini penggalangan komitmen dan penyusunan tata nilai | a.Seluruh karyawan berkomitmen untuk peningkatan mutu dan keselamatan  b.Disepekatinya tata nilai dalam pelayanan  c……dst | Lokakarya mini penggalangan komitmen dan penyusunan tata nilai | Kepala Puskesmas | Penanggung jawab mutu |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Program kegiatan mutu admin |  |  |  |  |  |  |  |
|  | a. Audit internal | Penyusunan rencana dan instrumen audit internal | Tersusunnya rencana audit internal tahun 2015 | Rapat tim audit internal | Ketua tim audit internal | Tim audit internal |  |  |
|  |  | Pelaksanaan audit | Terlaksananya audit internal sesuai dengan jadual audit | Pengumpulan data audit dengan cara wawancara, observasi, dan periksa dokumen | Tim audit internal | Tim audit internal |  |  |
|  |  | Analisis hasil audit | Hasil analisis thd temuan audit internal | Rapat auditor internal bersama auditee | Auditor internal dan auditee | Auditor internal dan auditee |  |  |
|  |  | Tindak lanjut hasil audit | Terlaksananya tindak lanjut thd temuan audit | PDCA | Auditee | Auditee |  |  |
|  |  | Pelaporan hasil audit internal | Tersusunnya laporan audit internal | Rapat tim audit | Ketua tim Audit internal | Tim audit |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Program kegiatan mutu UKM |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Program mutu klinis |  |  |  |  |  |  |  |
| A | Penilaian kinerja pelayanan klinis | Penyusunan indikator pelayanan klinis dan profil indikator | Tersusun indikator pelayanan klinis dan profil indikator | Pertemuan pembahasan indikator |  |  |  |  |
| Penyusunan panduan penilaian kinerja klinis | Tersusunnya panduan penilaian kinerja klinis | Pertemuan pembahasan panduan penilaian kinerja klinis |  |  |  |  |
|  |  | Pengumpulan data indikator kinerja pelayanan klinis | Terkumpulnya data indikator kinerja pelayanan klinis | Pertemuan pembahasan capaian indikator pelayanan klinis |  |  |  |  |
| Analisis kinerja pelayanan klinis | Hasil analisis kinerja pelayanan klinis | PDCA |  |  |  |  |
| Tindak lanjut perbaikan | Pelaksanaan tindak lanjut | PDCA |  |  |  |  |
| B | Sasaran Keselamatan pasien | Dst |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **JADUAL KEGIATAN (GAMBARKAN DALAM BAGAN GANTT UNTUK RENCANA SATU TAHUN)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Kegiatan | 2014 | | 2015 | | | | | | | | | | | |
| No | Kegiatan | Nov | Des | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Jun | Jul | Ags | Sep | Okt | Nov | Des |
| 1 | Workshop penggalangan komitmen |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Memilih dan menetapkan indikator kinerja pelayanan klinis |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Menyusun pedoman penilaian kinerja pelayanan klinis |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Mencatat data indikator melalui sensus harian |  |  | x | x | X | x | X | X | x | x | x | x | x | X |
| 7 | Mengumpulkan data indikator penilaian kinerja pelayanan klinis |  |  | x | x | x | x | X | X | x | x | x | x | x | x |
| 8 | Analisis kinerja pelayanan klinis |  |  |  |  | X |  |  | X |  |  | x |  |  | X |
| 9 | Dst... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORANNYA**

Evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan dilakukan tiap bulan sesuai dengan jadual kegiatan, dengan pelaporan hasil-hasil yang dicapai pada bulan tersebut

1. **PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN**

Sensus harian indicator mutu dan pelaporan dilakukan setiap bulan

Dilakukan pencatatan dan pelaporan indikator pelayanan klinis dari tiap unit kerja

Dilakukan pelaporan hasil analisis penilaian kinerja pelayanan klinis tiap tiga bulan oleh ketua PMKP kepada Kepala Puskesmas, dan didistribusikan kepada unit-unit terkait untuk ditindak lanjut

Dilakukan pelaporan tahunan hasil analisis penilaian kinerja pelayanan klinis oleh Ketua PMKP kepada Kepala Puskesmas.