



PEMERINTAH KOTA BALIKPAPAN
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS LAMARU



Jl. Mulawarman No. 21 RT 17 Kelurahan Lamaru, Kecamatan Balikpapan Timur
Telp : (0542) 790532 ; Email : puskesmas_lamaru@yahoo.com
BALIKPAPAN

Kode Pos 76117

KEPUTUSAN
KEPALA UPTD PUSKESMAS LAMARU

NOMOR : 445/SK.003/PKM-LMR

T E N T A N G

TIM MUTU UPTD PUSKESMAS LAMARU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA UPTD PUSKESMAS LAMARU,

- Menimbang : a. bahwa penyelenggaraan pelayanan, baik pelayanan manajemen, pelayanan upaya kesehatan masyarakat, maupun upaya kesehatan perseorangan, harus dapat menjamin mutu dan keselamatan pasien, keluarga, masyarakat, dan lingkungan;
- b. bahwa agar upaya peningkatan mutu di puskesmas dapat dikelola dengan baik dan konsisten dengan visi, misi, tujuan, dan tata nilai, ditetapkan Penanggung Jawab Mutu, yang dalam pelaksanaan tugasnya dibantu oleh Tim Mutu Puskesmas;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Tim Mutu UPTD Puskesmas Lamaru;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor

34 tahun 2022, tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium, Unit Tranfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi;

7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standard Teknis Pemenuhan Standard Pelayanan Minimal Kesehatan
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **KEPUTUSAN KEPALA UPTD PUSKESMAS LAMARU TENTANG TIM MUTU UTPD PUSKESMAS LAMARU**
- Kesatu : Agar upaya-upaya Peningkatan Mutu, Manajemen Risiko (MR), Keselamatan Pasien (KP), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), dan Keselamatan dan Kesehatan dan Kerja (K3), dan dapat dikelola dengan baik dan konsisten dengan visi, misi, tujuan dan tata nilai, maka ditetapkan tim yang diberi tanggung jawab terhadap Peningkatan Mutu, Manajemen Risiko, Keselamatan Pasien, PPI, dan K3;
- Kedua : Penunjukan dan persyaratan kompetensi Penanggung Jawab Mutu adalah berpendidikan minimal D3 Kesehatan, memiliki komitmen terhadap peningkatan mutu, manajemen risiko, keselamatan pasien, manajemen risiko, dan PPI, dan mempunyai pengalaman kerja di puskesmas minimal 2 (dua) tahun, dan pernah mengikuti lokakarya (workshop) tentang Tata Kelola Mutu, Keselamatan Pasien, dan PPI;
- Ketiga : Anggota tim mutu atau petugas yang bertanggung jawab terkait, mempunyai tugas untuk menyusun program, melakukan fasilitasi, koordinasi, pemantauan, dan membudayakan kegiatan peningkatan mutu, manajemen risiko, keselamatan pasien, dan pencegahan dan pengendalian infeksi, yang pelaksanaan kegiatannya dilakukan secara konsisten dan berkesinambungan;
- Keempat : Puskesmas memfasilitasi, mengalokasikan, dan menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk program peningkatan mutu, manajemen risiko, keselamatan pasien, , PPI, dan K3 sesuai ketersediaan anggaran dan sumber daya;
- Kelima : Program peningkatan mutu, manajemen risiko, keselamatan pasien, PPI, dan K3 disusun secara kolaboratif sejak perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian, dan penilaian;
- Keenam : Program peningkatan mutu manajemen risiko, keselamatan pasien, PPI, dan K3 sesuai perkembangan kebutuhan dan harapan masyarakat, perubahan regulasi, perkembangan

teknologi dan perubahan pedoman dalam rangka upaya perbaikan berkesinambungan untuk memperbaiki perencanaan maupun pelaksanaan pelayanan;

- Ketujuh : Proses, hasil kegiatan, penilaian dan tindak lanjut program peningkatan mutu, manajemen risiko, keselamatan pasien, PPI, dan K3 didokumentasikan, disosialisasikan, dan dikomunikasikan kepada semua petugas kesehatan yang memberikan pelayanan;
- Kedelapan : Struktur Tim Mutu UPTD Puskesmas Lamaru beserta uraian tugasnya sebagaimana tercantum dalam lampiran surat keputusan ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari surat keputusan ini;
- Kesembilan : Pada saat Surat Keputusan ini mulai berlaku, Surat Keputusan Nomor 445/SK.003/PKM-LMR Tahun 2023 tentang Tim Mutu UPTD Puskesmas Lamaru dicabut dan dinyatakan tidak berlaku;
- Kesepuluh : Keputusan ini berlaku mulai tanggal ditetapkan dan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan akan ditinjau dan diadakan perubahan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Balikpapan

Pada tanggal : 08 Maret 2025

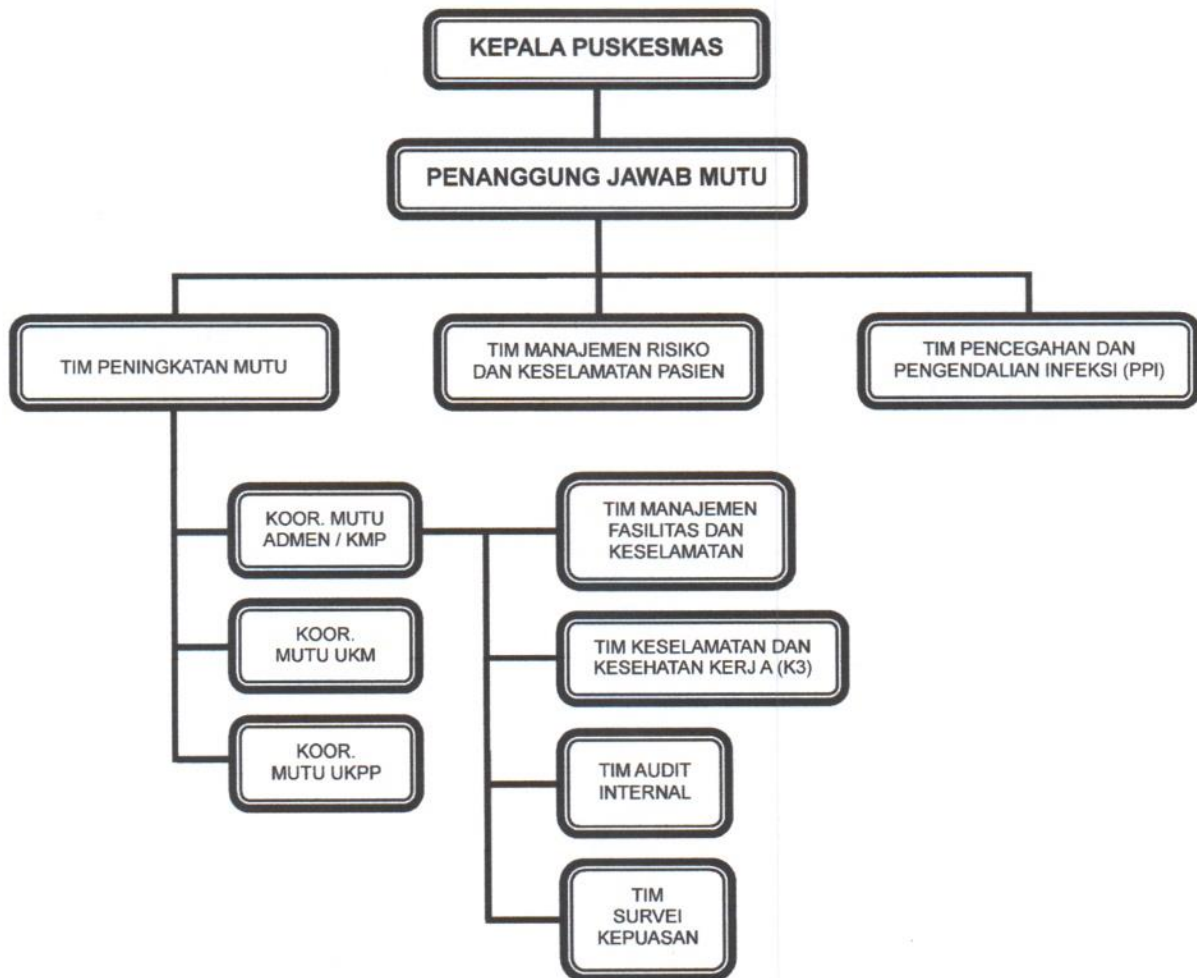
KEPALA UPTD PUSKESMAS LAMARU,



ISDIAWATI

LAMPIRAN I KEPUTUSAN KEPALA
UPTD PUSKESMAS LAMARU
NOMOR : 445/SK.003/PKM-LMR
TENTANG : TIM MUTU UPTD PUSKESMAS
LAMARU

**STRUKTUR TIM PENINGKATAN MUTU DAN KINERJA
UPTD PUSKESMAS LAMARU**



Ditetapkan di : Balikpapan
Pada tanggal : 08 Maret 2025

KEPALA UPTD PUSKESMAS LAMARU,

ISDIAWATI

LAMPIRAN II KEPUTUSAN KEPALA
UPTD PUSKESMAS LAMARU
NOMOR : 445/SK.003/PKM-LMR
TENTANG : TIM MUTU UPTD PUSKESMAS LAMARU

TIM MUTU UPTD PUSKESMAS LAMARU

1. Kepala Puskesmas : dr. Isdiawati
2. Penanggung Jawab Mutu : dr. Endah Sri Ismayawati
3. Tim Peningkatan Mutu :
 - a. Koordinator Mutu Admen / KMP : Mashud, A.Md.Kep
 - 1) Tim Manajemen Fasilitas dan Keamanan (MFK)
 - a) Koordinator : Ni Nyoman Mariani, A.Md.Kes, S.E
 - b) Anggota :
 1. Apt. Muh. Ibnu Ridla, S.Farm
 2. Ersan Dwi Prima S.P., A.Md.T
 3. Dini Anastasya.Nupus, A.Md.Kep
 4. Nur A Pinta
 5. Sunaryo
 - 2) Tim Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)
 - a) Koordinator : Susrinawati, A.Md.Kep
 - b) Anggota :
 1. drg. Kunto Wibisono
 2. Desfariza, A.Md.Kep
 3. Dini Anastasya.N, A.Md.Kep
 4. Kristinawati, A.Md.Keb
 5. Suryono, A.Md.KG
 6. Esta Subandarsari, S.K.M
 - 3) Tim Audit Internal
 - a) Koordinator : Erma Kurniawati, A.Md.Farm
 - b) Anggota :
 1. Nuraeni, A.Md.Kep
 2. Ekowati, A.Md.keb
 3. Mega Anjas Wati, A.Md.Keb
 4. Apt. Muh. Ibnu Ridla, S.Farm
 5. Nurhasanah, A.Md.AK
 6. Anastasea Putri, A.Md.Gz
 - 4) Tim Survei Kepuasan
 - a) Koordinator : Ersan Dwi Prima S.P., A.Md.T
 - b) Anggota :
 1. Esta Subandarsari, S.K.M
 2. Dhea Rahmah Artika
 3. Septi Amanda Sinrahayu

- b. Koordinator Mutu UKM : Anastasea Putri, A.Md.Gz
c. Koordinator Mutu UKPP : dr. Audini Berbasari

4. Tim Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien

- a. Koordinator : Nuraeni, A.Md.Kep
b. Anggota : 1. dr. Endah Sri Ismayawati
2. Susrinawati, A.Md.Kep
3. Kristinawati, A.Md.Keb
4. Erma Kurniawati, A.Md.Farm
5. Suryono, A.Md.KG

5. Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

- a. Koordinator : drg. Kunto Wibisono
b. Anggota : 1. dr. Audini Berbasari
2. Desfariza, A.Md.Kep
3. Mastaniah, A.Md.Keb
4. Mega Anjas Wati, A.Md.Keb
5. Nurhasanah, A.Md.AK
6. Ni Nyoman Mariani, A.Md.Kes, S.E

Ditetapkan di : Balikpapan
Pada tanggal : 08 Maret 2025

KEPALA UPTD PUSKESMAS LAMARU,



ISDIAWATI

URAIAN TUGAS TIM MUTU UPTD PUSKESMAS LAMARU

A. TUGAS POKOK

Tugas pokok tim mutu puskesmas adalah merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi peningkatan mutu pelayanan di UPTD Puskesmas Lamaru melalui mekanisme penilaian mutu dan kinerja puskesmas yang dilakukan secara periodik. Pelayanan yang bermutu adalah pelayanan yang dapat mencapai target indikator layanan dan dapat menjalankan program keselamatan dan kesehatan kerja, program keselamatan pasien, dan program pencegahan dan pengendalian infeksi, serta tercapainya kepuasan pengguna layanan.

B. URAIAN TUGAS

1. KEPALA PUSKESMAS

- 1) Sebagai motor penggerak terlaksananya seluruh kegiatan puskesmas agar berjalan sesuai dengan visi, misi, tujuan, dan tata nilai puskesmas.
- 2) Menyusun Pedoman Mutu bersama dengan Penanggung Jawab Mutu.
- 3) Mengupayakan peningkatan kesadaran/pemahaman pegawai dalam sistem manajemen mutu.
- 4) Mengupayakan kesadaran/pemahaman pegawai bahwa semua pelaksanaan program dan pelayanan berorientasi kepada pelanggan.
- 5) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap peningkatan mutu dan kinerja puskesmas.
- 6) Menyediakan sumber daya, sarana, dan prasarana yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan kegiatan peningkatan mutu dan kinerja UPTD Puskesmas Lamaru.

2. PENANGGUNG JAWAB MUTU

- 1) Menyusun Tim Mutu Puskesmas bersama dengan Kepala Puskesmas.
- 2) Bersama dengan Kepala Puskesmas menyusun Pedoman Mutu yang akan menjadi acuan bagi kepala puskesmas, penanggung jawab upaya, dan pelaksana kegiatan puskesmas
- 3) Menjaga dan meningkatkan mutu dan kinerja secara konsisten dan sistematis.

- 4) Mengkoordinir dan memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja puskesmas.
- 5) Membudayakan kegiatan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten dengan visi, misi, tata nilai, dan tujuan puskesmas.
- 6) Memastikan program dan kegiatan puskesmas berjalan dengan baik.
- 7) Memastikan kesesuaian dan efektivitas implementasi sistem manajemen mutu.
- 8) Melaporkan kegiatan peningkatan mutu dan kinerja kepada Kepala Puskesmas sekurang- kurangnya setiap 6 (enam) bulan.

3. TIM PENINGKATAN MUTU

a. Koordinator Mutu Administrasi dan Manajemen (Admen)

- Membuat perencanaan peningkatan mutu dan kinerja admen.
- Membuat indikator admen dan standard pencapaiannya.
- Menjaga dan meningkatkan mutu dan kinerja admen secara konsisten dan sistematis.
- Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penilaian mutu dan kinerja admen secara periodik.
- Melakukan penilaian perjanjian kerjasama dengan pihak ketiga.
- Memastikan rencana tindak lanjut terhadap tindakan korektif dan preventif hasil evaluasi penilaian mutu dan kinerja admen dan hasil audit internal puskesmas.
- Melaporkan hasil kegiatan peningkatan mutu kepada Penanggung Jawab Mutu sekurang- kurangnya setiap enam bulan melalui Rapat Tinjauan Manajemen.

1) Tim Manajemen Fasilitas dan Keamanan Puskesmas

Koordinator :

- a) Mengkoordinir seluruh proses perencanaan yang terkait dengan pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan.
- b) Melakukan koordinasi terkait pelaksanaan, proses pemantauan, pengawasan, dan pengendalian terhadap pelaksanaan program manajemen fasilitas dan keselamatan
- c) Melaporkan seluruh kegiatan yang dilakukan kepada Kepala Puskesmas

Anggota :

- a) Melakukan identifikasi risiko terhadap fasilitas fisik puskesmas yang berpotensi menimbulkan bahaya bagi pegawai, pasien, ataupun pengunjung puskesmas.

- b) Merencanakan dan melaksanakan program untuk memberikan keselamatan dan keamanan lingkungan fisik dari kebakaran, asap, dan kedaruratan lainnya.
- c) Membuat rencana dan program penanganan kedaruratan dan program menanggapi bila terjadi kedaruratan komunitas, wabah dan bencana alam, atau bencana lainnya
- d) Melakukan koordinasi dalam hal pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) dan penanganan Limbah B3 secara aman
- e) Merencanakan dan mengimplementasikan program untuk pengadaan alat medis untuk menjamin ketersediaan dan berfungsi/layak pakainya peralatan medis tersebut.
- f) Merencanakan program untuk melindungi penghuni puskesmas dari kejadian terganggunya, terkontaminasi atau kegagalan sistem pengadaan air dan listrik.
- g) Merencanakan pelatihan pendukung bagi petugas yang terlibat dalam program-program MFK.
- h) Merencanakan dan melaksanakan pelatihan dasar pengenalan MFK untuk seluruh pegawai baru.
- i) Melakukan monitoring pelaksanaan program MFK, menganalisa, dan membuat laporan evaluasi pelaksanaan program MFK.

2) Tim Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

Koordinator :

- a) Mengkoordinir dalam penyusunan rencana kerja Program K3 di puskesmas.
- b) Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Program K3 di puskesmas.
- c) Melaporkan hasil kegiatan Program K3 kepada Penanggung Jawab Mutu sekurang-kurangnya setiap enam bulan.

Anggota :

- a) Membuat identifikasi risiko terjadinya kecelakaan kerja di puskesmas.
- b) Bersama koordinator menyusun rencana program K3 di puskesmas.
- c) Melaksanakan kegiatan program K3 di puskesmas
- d) Memastikan penerapan standar keselamatan dan kesehatan kerja di Puskesmas dengan melakukan monitoring dan evaluasi program K3.
- e) Melakukan peninjauan dan peningkatan kinerja program K3 di puskesmas dengan mengumpulkan, mengolah, dan menganalisa data terkait K3 di puskesmas.

- f) Melakukan investigasi dalam setiap kejadian penyakit akibat kerja dan kecelakaan akibat kerja.
- g) Berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung, serta pemeliharannya.
- h) Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan K3 di Puskesmas
- i) Menyusun dan memberikan rekomendasi untuk bahan pertimbangan kepada pimpinan puskesmas yang terkait dengan program K3 di puskesmas.
- j) Melakukan pencatatan dan pelaporan terkait dengan pelaksanaan kegiatan program K3 di puskesmas.

3) Tim Audit Internal

Koordinator :

- a) Melakukan persiapan audit internal dengan menentukan sasaran, cakupan, metode audit, rencana kerja, dan jadwal pelaksanaan audit internal puskesmas.
- b) Menyusun standard penilaian dan instrument audit internal yang akan digunakan dalam audit.
- c) Mengkoordinir dan memonitor pelaksanaan audit internal berdasar program kerja yang disusun pada unit yang menjadi prioritas audit.
- d) Memantau proses korektif dan preventif terhadap hasil audit agar semua kegiatan puskesmas dapat berjalan sesuai dengan prosedur.
- e) Mengevaluasi dan menganalisis pelaksanaan audit internal untuk memastikan bahwa audit internal memberikan masukan yang bermanfaat bagi manajemen
- f) Memastikan kegiatan audit internal terdokumentasi dengan baik.
- g) Melaporkan temuan hasil Audit Internal kepada Kepala Puskesmas dan Penanggung Jawab Mutu.
- h) Bertanggung jawab kepada Kepala Puskesmas atas laporan hasil audit internal untuk menyelesaikan permasalahan puskesmas, terutama ditinjau dari perspektif mutu dan kepuasan pelanggan dalam rangka meningkatkan mutu dan kinerja puskesmas secara umum.

Anggota :

- a) Menyusun rencana audit bersama dengan Koordinator Tim Audit Internal.
- b) Mengumpulkan data dengan menggunakan instrumen audit yang disusun berdasarkan standar tertentu, untuk mengukur tingkat kesesuaian terhadap standar tersebut.

- c) Membuat analisa data audit, perumusan masalah, prioritas masalah, dan rencana tindak lanjut audit.
- d) Melaksanakan kegiatan audit internal sesuai jadwal dan prosedur yang telah ditetapkan.
- e) Melaksanakan kegiatan audit internal secara objektif, berpijak pada fakta dan kebenaran yang bermuara pada pengambilan keputusan untuk perbaikan mutu dan kinerja puskesmas.
- f) Melaporkan temuan hasil audit internal kepada Koordinator Audit Internal.

4) Tim Survei Kepuasan

Koordinator :

- a) Merencanakan pelaksanaan survei kepuasan pelanggan dan survei kepuasan pegawai.
- b) Mengkoordinir pelaksanaan survei kepuasan dan pengumpulan umpan balik pelanggan dan masyarakat.
- c) Memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan survei kepuasan.
- d) Bertanggung jawab kepada Kepala Puskesmas atas pelaksanaan dan hasil survei yang telah dilakukan.

Anggota :

- a) Melaksanakan survei kepuasan pelanggan minimal dua kali setahun.
- b) Melaksanakan survei kepuasan pegawai minimal satu tahun sekali.
- c) Mengumpulkan umpan balik yang diperoleh baik melalui informasi langsung, media sosial, email, kotak saran, maupun dari hasil survei kepuasan pelanggan.
- d) Mengolah, menganalisa, dan melaporkan hasil survei dan umpan balik pelanggan dan masyarakat kepada Koordinator Tim Survei Kepuasan agar mendapat tanggapan dan segera ditindaklanjuti berdasarkan kebijakan Kepala Puskesmas.

b. Koordinator Mutu UKM

- 1) Melakukan identifikasi kebutuhan dan harapan sasaran, mengumpulkan data, menganalisa, dan menindaklanjuti.
- 2) Mengkoordinir pemilihan indikator kinerja UKM dan standard pencapaian kinerja UKM.
- 3) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penilaian kinerja program puskesmas secara periodik.

- 4) Membuat perencanaan peningkatan mutu dan kinerja hasil dari evaluasi terhadap penilaian kinerja.
- 5) Memastikan rencana tindak lanjut terhadap tindakan korektif dan preventif hasil evaluasi penilaian kinerja program puskesmas dan hasil audit internal puskesmas.
- 6) Menangkap dan menanggapi umpan balik masyarakat terhadap pelaksanaan program puskesmas.
- 7) Melaporkan hasil kegiatan peningkatan mutu kepada Penanggung Jawab Mutu sekurang- kurangnya setiap enam bulan.

c. Koordinator Mutu UKPP

- 1) Mengkoordinir pemilihan indikator mutu klinis, standar pencapaian, dan pengumpulan data pelayanan.
- 2) Menetapkan area prioritas, salah satunya adalah 6 sasaran keselamatan pasien.
- 3) Membuat perencanaan peningkatan mutu dan kinerja pelayanan klinis.
- 4) Menjaga dan meningkatkan mutu dan kinerja pelayanan klinis secara konsisten dan sistematis.
- 5) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penilaian mutu dan kinerja pelayanan klinis secara periodik.
- 6) Menangkap dan menanggapi umpan balik pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan puskesmas.
- 7) Memastikan rencana tindak lanjut terhadap tindakan korektif dan preventif hasil evaluasi penilaian mutu dan kinerja pelayanan klinis, hasil audit internal, dan hasil umpan balik puskesmas.
- 8) Melaporkan hasil kegiatan peningkatan mutu dan kinerja kepada Penanggung Jawab Mutu sekurang- kurangnya setiap enam bulan.

4. KOORDINATOR MANAJEMEN RISIKO DAN KESELAMATAN PASIEN

- a. Mengkoordinir penyusunan indikator mutu puskesmas dan sasaran keselamatan serta program manajemen risiko.
- b. Mensosialisasikan indikator mutu dan sasaran keselamatan pasien kepada seluruh pegawai puskesmas
- c. Mengkoordinir dan memonitoring kegiatan peningkatan mutu keselamatan pasien di puskesmas.
- d. Mengkoordinasikan penyusunan register risiko dan mitigasinya, termasuk pengumpulan data, analisis, dan tindak lanjut.
- e. Melakukan grading risiko dari laporan insiden yang masuk untuk ditindaklanjuti.
- f. Mengkoordinasikan dan memonitor seluruh kegiatan manajemen risiko dan

peningkatan mutu keselamatan pasien di puskesmas

- g. Melaporkan hasil analisis, rencana tindak lanjut, dan evaluasi terhadap perbaikan indikator mutu dan sasaran keselamatan pasien kepada Penanggung Jawab Mutu.
- h. Melaporkan hasil kegiatan manajemen risiko kepada Penanggung Jawab Mutu sekurang- kurangnya setiap enam bulan

Anggota :

- a. Mengidentifikasi potensi bahaya dan risiko yang terkait dengan pelayanan kesehatan.
- b. Menyusun program peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien.
- c. Menetapkan area prioritas, salah satunya adalah 6 sasaran keselamatan pasien.
- d. Mendokumentasikan pencatatan dan pelaporan terkait dengan KTD, KNC, dan KPC .
- e. Mengumpulkan informasi dari berbagai sumber, seperti rekam medis, laporan insiden, dan umpan balik pasien
- f. Melakukan analisis dan membuat rencana tindak lanjut terhadap hasil pengukuran indikator bersama tim mutu lainnya.
- g. Melaporkan hasil kegiatan kepada Koordinator Tim Keselamatan Pasien & Manajemen Resiko

5. TIM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

Koordinator :

- a. Menyusun, mensosialisasikan, dan mengevaluasi regulasi program PPI.
- b. Menyusun rencana strategis program PPI.
- c. Mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan Sumber Daya Manusia (SDM) terkait PPI.
- d. Menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan PPI kepada pegawai puskesmas.
- e. Mengkoordinir pengadaan alat dan bahan terkait dengan PPI.
- f. Mengkoordinir pengkajian program PPI di puskesmas.
- g. Melakukan investigasi, menetapkan, dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila terjadi KLB di puskesmas.
- h. Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi.
- i. Mengembangkan, mengimplementasikan, dan secara periodik mengkaji kembali rencana program dan kegiatan PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen di puskesmas.
- j. Melaporkan hasil kegiatan Tim PPI kepada Kepala Puskesmas.

Anggota :

- a. Bersama Koordinator Tim PPI melaksanakan program PPI.
- b. Berkoordinasi dengan unit dan petugas lain dalam penerapan PPI.
- c. Melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standard prosedur/monitoring surveilans proses.
- d. Melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa HAIs dan infeksi bersumber masyarakat.
- e. Mengembangkan, mengimplementasikan, mengkaji program PPI secara periodik.
- f. Memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan program PPI.
- g. Memberi masukan menyangkut konstruksi bangunan, pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara penggunaan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai prinsip PPI.
- h. Melakukan evaluasi dan tindak lanjut pelaksanaan PPI bersama Koordinator Tim PPI.

Ditetapkan di : Balikpapan
Pada tanggal : 08 Maret 2025

KEPALA UPTD PUSKESMAS LAMARU,



ISDIAWATI