

LAPORAN
INDIKATOR MUTU NASIONAL (INM)
JANUARI-JULI 2025



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN KEPULAUAN MENTAWAI
TAHUN 2025

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dalam upaya mewujudkan visi dan misinya, Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai telah menyusun rencana, sasaran dan target yang akan dijadikan acuan bersama.

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai dan jajaran manajemen lainnya untuk mengukur kualitas pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai.

Untuk memberikan gambaran pencapaian visi, misi, sasaran dan target tahun 2025, Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai melakukan evaluasi pelaksanaan Program kerja secara periodik dalam bentuk laporan tertulis yaitu "**Laporan Pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai Januari-Juli Tahun 2025**".

Laporan ini menggambarkan hasil kegiatan peningkatan mutu dengan membandingkan antara realisasi yang dicapai dengan standar pada masing- masing target yang ada.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Penyusunan laporan realisasi Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai ini dimaksudkan sebagai bahan evaluasi untuk mengetahui kualitas pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai semester pertama di tahun 2025 dengan tujuan antara lain :

1. Melaporkan realisasi pelaksanaan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien bulan Januari – Juli Tahun 2025.
2. Sebagai bahan pengendalian dan perbaikan serta dasar

pengambilan keputusan bagi manajemen, khususnya bagi Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai.

C. KEGIATAN

Adapun kegiatan yang telah dilaksanakan oleh Tim PMKP adalah :

1. Penentuan Indikator Mutu RSUD Kabupaten Kepulauan Mentawai
2. Pengumpulan data
3. Analisa data
4. Verifikasi dan validasi data
5. Penyusunan laporan hasil analisa data
6. Pengelolaan manajemen insiden keselamatan pasien
7. Penatalaksanaan manajemen resiko
8. Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien

BAB II
13 INDIKATOR MUTU NASIONAL

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan
2. Kepatuhan Penggunaan APD
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien
4. Waktu Tanggap Operasi SC Emergensi
5. Waktu Tunggu Rawat Jalan
6. Penundaan Operasi Elektif
7. Kepatuhan Waktu Visit Dokter
8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional/RS
10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)
11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
13. Kepuasan Pasien

BAB III

METODE PENELITIAN

A. METODE PENELITIAN DAN PENGOLAHAN DATA

Rancangan penelitian yang digunakan untuk pengolahan data pada indikator mutu yang telah ditentukan adalah jenis penelitian ***deskriptif kuantitatif*** dan metode penelitian yang digunakan adalah ***survey research method***, karena penelitian ini tidak dilakukan terhadap seluruh objek yang diteliti atau populasi, tetapi hanya mengambil sebagian dari populasi tersebut (*sample*) dalam jangka waktu tertentu.

Adapun metode pengolahan data yang akan disajikan menggunakan metode ***distribusi frekuensi***, karena objek penelitian hanya terdiri dari satu variable dan tidak untuk dicari korelasi atau penghubung antar satu indikator dengan indikator lainnya

B. POPULASI DAN SIMPLE

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2014).

Adapun kategori populasi yang menjadi patokan dalam penelitian ini adalah kategori populasi yang disesuaikan dengan profil indikator pada setiap indikator mutu yang telah ditentukan.

Jumlah populasi pada penelitian ini adalah disesuaikan dengan jumlah populasi pada rata-rata jumlah populasi pada satu bulan sebelumnya sehingga jumlah sample setiap bulan penelitian mempunyai potensi yang sama untuk berubah.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti yang dianggap mewakili seluruh populasi yang diteliti, Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2014).

Adapun metode sampling yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan 3 pendekatan teknik sampling yaitu :

a. Total sampling (probability sampling)

Total sampling digunakan pada beberapa indikator mutu sehingga jumlah populasi dijadikan jumlah sample pada penelitiannya.

Simple Random sampling (probability sampling Beberapa teknik sampling yang digunakan pada indikator mutu Prioritas menggunakan pendekatan *simple random sampling*, karena anggota populasi pada beberapa indikator mutu Prioritas bersifat homogen, hal ini berarti setiap anggota populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sample. Adapun rumus untuk menentukan jumlah sample pada pendekatan simple random sampling menggunakan rumus slovin dan dengan CI 95% atau tingkat kepercayaan 0,05 :

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

Keterangan :

N = Jumlah populasi

n = Jumlah sample

d = Tingkat kepercayaan / ketepatan yang diinginkan

b. Purposive Sampling (non-probability sampling)

Pengambilan sample secara purposive dilakukan pada penentuan sample beberapa indikator mutu Prioritas dan didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat dalam penelitian ini. Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah di tentukan pada profil indikator mutu RSIA Bunda Aisyah.

c. Accidental Sampling (non-probability sampling)

Pengambilan sample secara accidental sampling dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia sesuai kebutuhan penelitian dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi pada profil indikator yang telah ditentukan.

Jumlah populasi dan sample yang telah ditentukan dapat dilihat pada tabel di bawah ini

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Numerator	191	175	170	170	170	170	180
Denominator	200	200	200	200	200	200	200
Pencapaian (%)	95,5	87,5	85	85	85	85	90
Target (%)	85	85	85	85	85	85	85

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian indikator kepatuhan kebersihan tangan selama periode Januari-Juli 2025 sudah melampaui target dengan target yaitu 85%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah Sosialisasi cuci tangan sesuai SPO di unit pelayanan maupun pelayanan

penunjang, baik kepada karyawan klinis maupun non klinis, mengevaluasi kebutuhan sarana prasarana cuci tangan, melakukan audit kepatuhan cuci tangan secara berkala kepada semua tenaga kesehatan terutama yang bersentuhan dengan pasien.

B. Kepatuhan Penggunaan APD

Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Numerator	156	175	170	170	170	144	130
Denominator	156	175	170	170	170	144	130
Pencapaian (%)	100	100	100	100	100	100	100
Target (%)	100	100	100	100	100	100	100

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian indikator kepatuhan penggunaan APD selama periode Januari-Juli 2025 sudah mencapai target dengan target yaitu 100%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah melakukan

monitoring kepatuhan penggunaan APD dalam pelayanan secara berkesinambungan, fasilitas APD di Rumah Sakit agar tetap dilengkapi di masing-masing unit kerja sesuai kebutuhannya, dan edukasi penggunaan APD sesuai SPO.

C. Kepatuhan Identifikasi Pasien

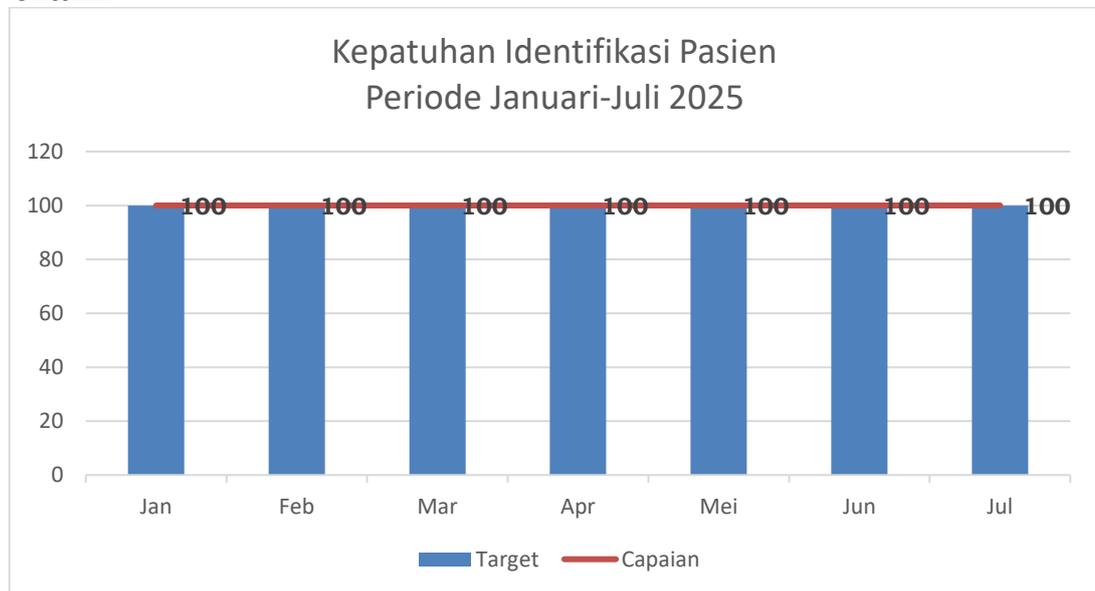
Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Numerator	130	122	80	80	103	138	122
Denominator	130	122	80	80	103	138	122
Pencapaian (%)	100	100	100	100	100	100	100
Target (%)	100	100	100	100	100	100	100

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian indikator kepatuhan Identifikasi pasien selama periode Januari-Juli 2025 sudah mencapai target dengan target yaitu 100%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah menekankan tanggung jawab petugas dalam menjelaskan pentingnya

identifikasi pasien, mewajibkan petugas selalu memasang gelang identitas sebelum mulai melakukan tindakan di IGD dan di ruangan rawat inap, setiap akan melakukan tindakan atau pengobatan selalu cek gelang identitas pasien dan monitoring kepatuhan identifikasi pasien.

D. Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi

Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Numerator	2	0	0	0	1	6	4
Denominator	2	0	0	0	1	6	4
Pencapaian (%)	100	0	0	0	100	100	100
Target (%)	80	0	0	0	80	80	80

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian indikator waktu tanggap seksio sesarea emergensi selama periode Januari-Juli 2025 sudah mencapai target dengan target yaitu 80%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah kolaborasi

dengan Puskesmas dan Dinkes untuk edukasi ibu selama hamil dan rencana persalinan dan optimalisasi Rumah Tunggu Kelahiran.

E. Waktu Tunggu Rawat Jalan

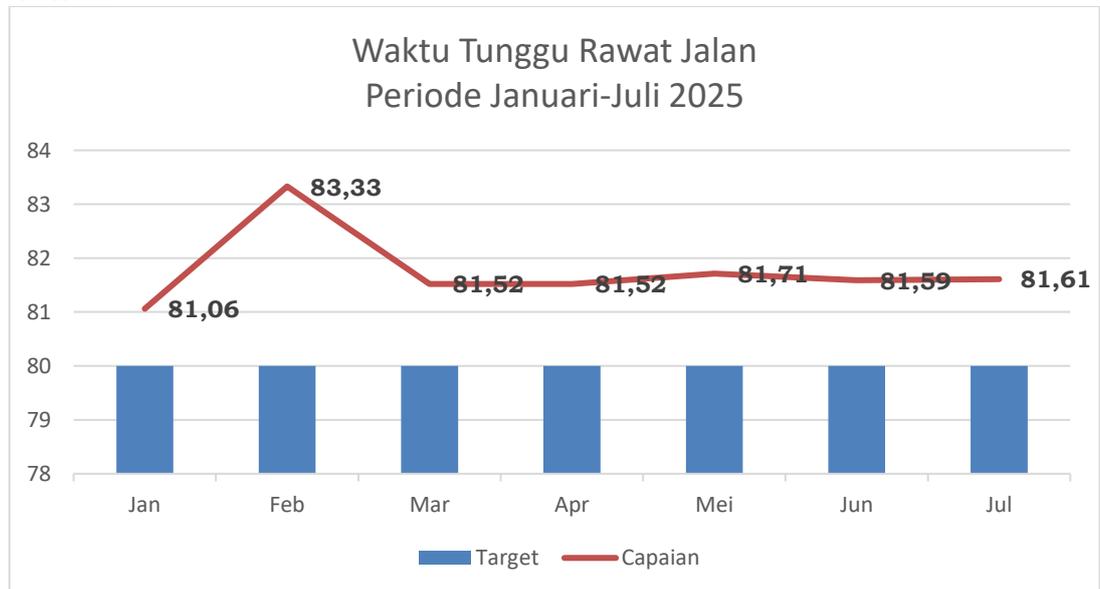
Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Numerator	244	365	300	300	201	319	213
Denominator	301	438	368	368	246	391	261
Pencapaian (%)	81,06	83,33	81,52	81,52	81,71	81,59	81,61
Target (%)	80	80	80	80	80	80	80

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian indikator waktu tunggu rawat jalan selama periode Januari-Juli 2025 sudah mencapai target dengan target yaitu 80%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan sesuai SPO, melakukan

asuhan pasien rawat jalan sesuai SPO, melakukan inovasi prosedur pendaftaran menggunakan teknologi informasi terkini dan meningkatkan komitmen dalam memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien.

F. Penundaan Operasi Elektif

Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Numerator	0	0	0	0	0	0	0
Denominator	0	0	0	0	0	0	0
Pencapaian (%)	0	0	0	0	0	0	0
Target (%)	<5	<5	<5	<5	<5	<5	<5

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian indikator penundaan operasi elektif selama periode Januari-Juli 2025 sudah mencapai target dengan target yaitu <5%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah memonitor kelayakan alat di kamar operasi secara berkala dan berkoordinasi

dengan pihak terkait apabila ada kerusakan dikamar operasi, meningkatkan SDM yang ada di rumah sakit khususnya untuk ruangan kamar operasi, sosialisasi SPO Penundaan waktu operasi elektif dan penjadwalan operasi terintegrasi dari ruang rawat inap.

G. Kepatuhan Waktu Visite Dokter

Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Numerator	97	110	80	80	246	138	113
Denominator	97	110	80	80	246	138	113
Pencapaian (%)	100	100	100	100	100	100	100
Target (%)	80	80	80	80	80	80	80

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian indikator kepatuhan waktu visite dokter selama periode Januari-Juli 2025 sudah mencapai target dengan target yaitu 80%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah melakukan sosialisasi tentang ketentuan jam visite kepada para DPJP,

mengupayakan formasi penambahan dokter sub spesialis sehingga mampu melayani sesuai kasus yang ada, dan mempertahankan capaian.

H. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

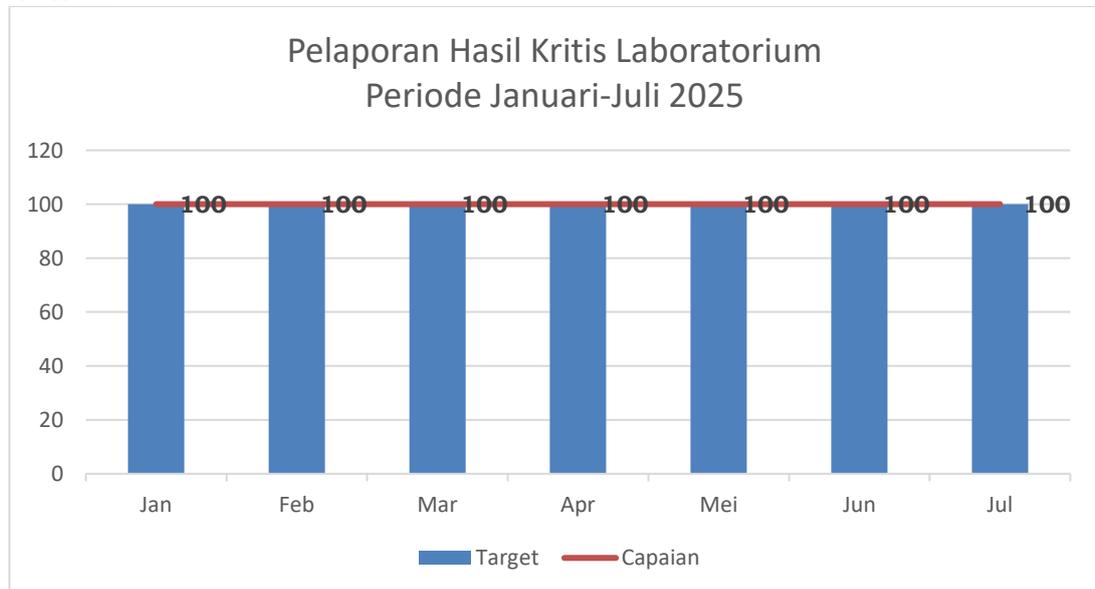
Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Numerator	4	16	10	10	11	11	11
Denominator	4	16	10	10	11	11	11
Pencapaian (%)	100	100	100	100	100	100	100
Target (%)	100	100	100	100	100	100	100

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian indikator pelaporan hasil kritis laboratorium selama periode Januari-Juli 2025 sudah mencapai target dengan target yaitu 100%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah Mempertahankan capaian dengan selalu patuh pada SPO yang telah ada.

I. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional/Formularium RS

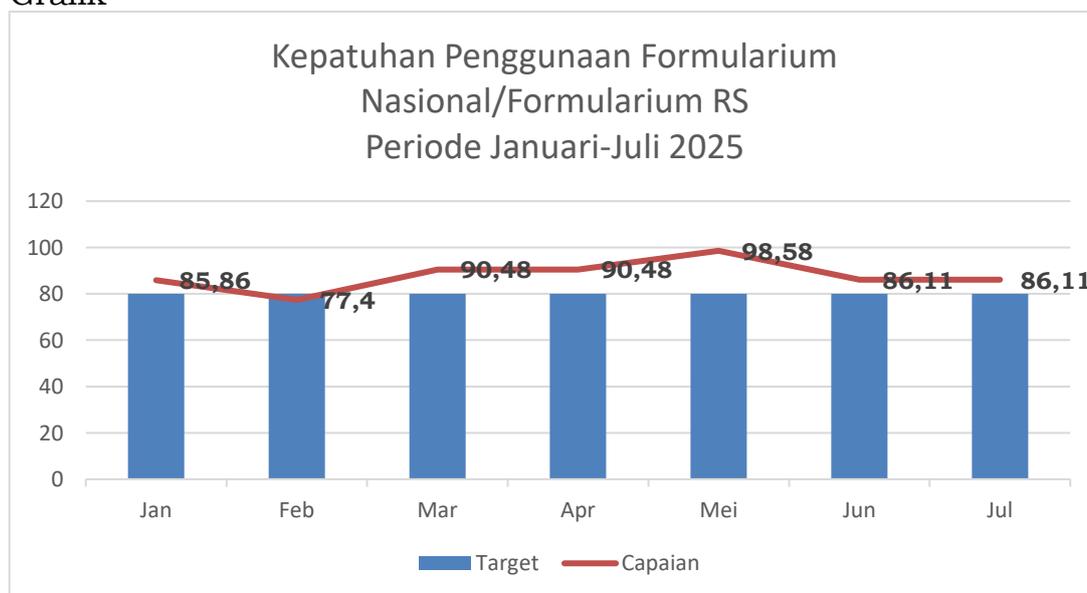
Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Numerator	668	339	95	95	278	155	155
Denominator	778	438	105	105	282	180	180
Pencapaian (%)	85,86	77,4	90,48	90,48	98,58	86,11	86,11
Target (%)	80	80	80	80	80	80	80

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian indikator kepatuhan penggunaan formularium nasional/formularium RS selama periode Januari-Juli 2025 sudah mencapai target dengan target yaitu 80%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO, koordinasi dengan kepala Instalasi Farmasi RSUD untuk ketersediaan obat formularium nasional, koordinasi dengan Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan untuk kepatuhan dokter spesialis terhadap pemakaian obat formularium

nasional, monitoring kepatuhan pemakaian obat formularium nasional, dan pertahankan capaian indikator mutu.

J. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

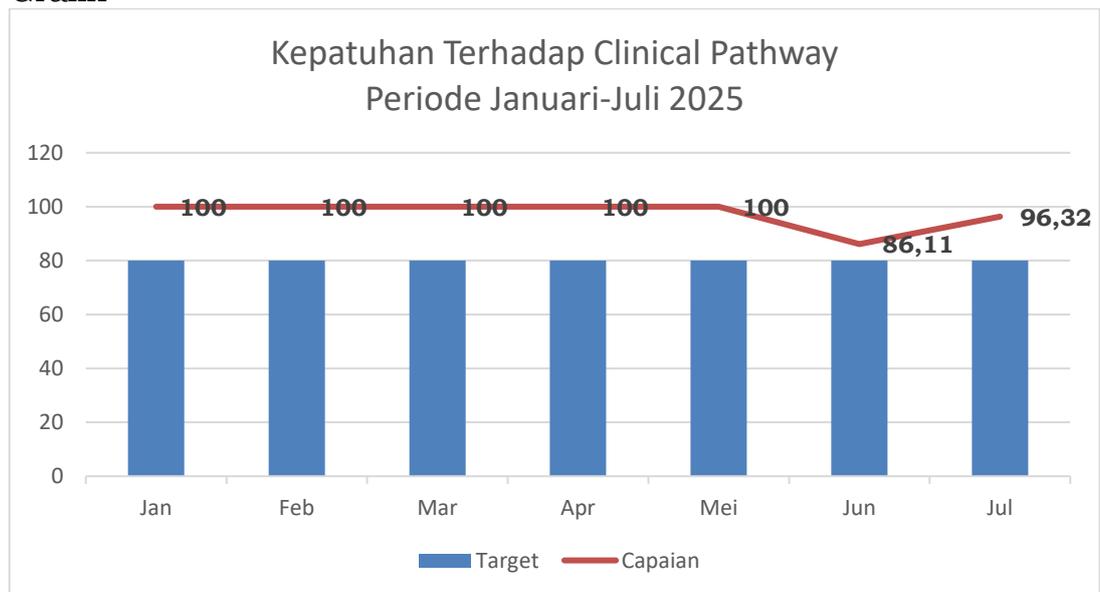
Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Numerator	22	20	22	22	126	155	157
Denominator	22	20	22	22	126	180	163
Pencapaian (%)	100	100	100	100	100	86,11	96,32
Target (%)	80	80	80	80	80	80	80

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian indikator kepatuhan terhadap clinical pathway selama periode Januari-Juli 2025 sudah mencapai target dengan target yaitu 80%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah komite medis mengadakan pertemuan rutin dengan KSM untuk melakukan evaluasi clinical pathway, monitor ketersediaan format Clinical Pathway di setiap unit pelayanan dan konsistensi pengisian clinical

pathway oleh profesional pemberi asuhan (PPA).

K. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Numerator	45	43	15	15	15	20	26
Denominator	45	43	15	15	15	20	26
Pencapaian (%)	100	100	100	100	100	100	100
Target (%)	100	100	100	100	100	100	100

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian indikator kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh selama periode Januari-Juli 2025 sudah mencapai target dengan target yaitu 100%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah perbaikan dan memelihara sarana dan prasarana, peningkatan kesadaran perawat terhadap skrining pasien resiko jatuh, monitoring kepatuhan pelaksanaan skrining pasien resiko jatuh, edukasi

tentang pencegahan pasien resiko jatuh dan meningkatkan pemahaman dan kesadaran keluarga untuk berperan serta dalam pencegahan cedera pada pasien resiko jatuh.

L. Kecepatan Waktu Tanggap Terhadap Komplain

Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
Numerator	2	4	4	4	2	2	4
Denominator	2	4	4	4	2	2	4
Pencapaian (%)	100	100	100	100	100	100	100
Target (%)	80	80	80	80	80	80	80

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian kecepatan waktu tanggap terhadap komplain selama periode Januari-Juli 2025 sudah mencapai target dengan target yaitu 80%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah kepatuhan pelaksanaan panduan dan SPO Penanganan Pengaduan Pasien/Keluarga, pelaksanaan alur penyampaian dan penyelesaian

komplain yang berjenjang, membuka jalur penyampaian komplain dengan teknologi informasi dan elektronik lainnya, melakukan edukasi prosedur dan peraturan yang berlaku kepada pasien dan keluarga untuk mempercepat pemahaman.

M. Kepuasan Pasien

Periode Januari - Juli 2025

1. Agregasi Data

Bulan	Maret	Juni
Jml NRR Tertimbang per pertanyaan	3480	3440
Jml NRR tertimbang x 25	87	86
Pencapaian (%)	87	86
Target (%)	76,61	76,61

Sumber: hasil pengolahan data PMKP

2. Grafik



Grafik menunjukkan pencapaian kepuasan pasien per-triwulan selama periode Januari-Juli 2025 sudah mencapai target dengan target yaitu 76,61%.

Rekomendasi yang dapat dilakukan adalah meningkatkan kualitas pelayanan yang dilakukan di rumah sakit, dan melengkapi

sarana dan prasarana penyampaian keluhan/komplain pasien.

RENCANA TINDAK LANJUT DENGAN METODE PDSA

A. Indikator Nasional Mutu

Tabel

Rencana tindak Lanjut Hasil Survey Pada Indikator
Nasional Mutu Periode Januari – Juli 2025

NO	INDIKATOR MUTU NASIONAL	ANALISA	RENCANA TINDAK LANJUT
1	Kepatuhan kebersihan tangan	Kurangnya kesadaran kepatuhan dan kesadaran untuk melakukan cuci tangan dan 5 momen cuci tangan	Meningkatkan kepatuhan cuci tangan, mengintensifkan sosialisasi cuci tangan, monitoring dan evaluasi kepatuhan cucitangan, orientasi PPI untuk karyawan baru, pengadaan stok handwash dan handsrub
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri	Beberapa petugas belum terbiasa dengan kebiasaan terbaru terkait penggunaan APD. Pengecekan rutin kebutuhan APD disetiap ruangan dan masih ditemukan unit yang tidak rutin mengecek	Memaksimalkan audit oleh IPCN dan IPCLN, memberikan sanksi pada petugas yang tidak patuh menggunakan APD, mensosialisasikan kembali ketiap unit untuk kebutuhan APD, pendistribusian masker setiap hari, pengadaan stok APD perbulanya
3	Kepatuhan identifikasi pasien	Sudah mencapai target karena petugas sudah memiliki kepatuhan untuk identifikasi pasien	Mempertahankan pencapaian yang sudah sesuai standar
4	Waktu tanggap seksio sesarea emergensi	Sudah mencapai target yang ditetapkan walaupun terjadi penurunan capaian	Mempertahankan pencapaian yang sudah sesuai standar
5	Waktu tunggu rawat jalan	Sudah mencapai target yang ditetapkan	Berkoordinasi dengan pelayanan medik agar pencapaian bisa terus dipertahankan
6	Penundaan operasi elektif	Sudah mencapai target yang ditetapkan	Mempertahankan pencapaian yang sudah sesuai standar
7	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	Sudah mencapai target walaupun terjadi penurunan capaian di bulan berikutnya.	Melakukan sosialisasi tentang ketentuan jam visite kepada para DPJP dan mempertahankan capaian indikator mutu.

NO	INDIKATOR MUTU NASIONAL	ANALISA	RENCANA TINDAK LANJUT
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	Sudah mencapai target yang ditetapkan.	Mempertahankan pencapaian yang sudah sesuai standar dan melakukan supervisi alasan tidak adanya pelaporan.
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional/Formularium RS	Sudah mencapai target namun grafik menunjukkan peningkatan dan penurunan target capaian.	Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO, koordinasi dengan koordinator Farmasi untuk ketersediaan obat formularium nasional, koordinasi dengan Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan untuk kepatuhan dokter spesialis terhadap pemakaian obat formularium nasional dan monitoring kepatuhan pemakaian obat formularium nasional.
10	Kepatuhan terhadap clinical pathway	Kepatuhan terhadap clinical pathway sudah mencapai target 80%	Tetap lakukan koordinasi dengan pelayanan medik dan komite medik agar pencapaian kepatuhan terhadap clinical pathway tetap sesuai target
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Sudah sesuai target yaitu pencapaian sudah mencapai 100%	Mempertahankan capaian yang sudah sesuai standar
12	Kecepatan waktu tanggap terhadap komplain	Komplain yang muncul mayoritas berkaitan dengan waktu serta sarana dan prasarana rumah sakit	Berkoordinasi dengan seluruh unit yang terkait komplain dan segera merespon untuk perbaikan
13	Kepuasan pasien	sudah mencapai target, sisa yang tidak merasa puas terkait dengan kejelasan kedatangan jam visit dokter dan jam kedatangan memulai praktek poliklinik dan terkait sarana dan prasarana.	Berkoordinasi dengan pelayanan medik untuk perbaikan pelayanan dokter dan perbaikan sarana dan prasarana.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Hasil pelaksanaan survei yang dilaksanakan pada Periode Januari - Juli 2025 didapatkan hasil sebagai berikut:

- 1 Dari 13 indikator Mutu Nasional yang dilakukan survei indikator mutu yang mencapai target dan sisanya sebesar memerlukan perhatian khusus dan rencana perbaikan.
- 2 Perlunya koordinasi dan intruksi yang jelas untuk memperbaiki indikator- indikator yang masih belum sesuai standar.
- 3 Budaya keselamatan pasien perlu terus disosialisasikan dan diterapkan dalam kinerja staf Rumah Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai.
- 4 Baru sebagian dilaksanakan rencana perbaikan dan strategi penanganan hasil survey untuk perbaikan mutu di masa yang akan datang.

B. SARAN

- 1 Adanya penekanan bahwa di setiap unit mempunyai mutu berdasarkan regulasi yang berlaku.
- 2 Adanya kesepakatan dan kesadaran antar pemegang peran bahwa pengelolaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien bukan hanya tugas dari Tim PMKP, tetapi akan dipengaruhi oleh operasional seluruh unit kerja.
- 3 Dilaksanakannya semua unsur budaya keselamatan pasien bagi seluruh pemegang peran Rumah Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Mentawai secara jujur dan adil.
- 4 Adanya koordinasi dan komunikasi yang baik antar unit kerja.

5 Adanya tindaklanjut dari hasil survey dan pelaporan Tim PMKP.

Direktur



dr. Tony Ruslim
NIP. 197909182008021001