



**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA GARUT**  
**NOMOR : 128/SK DIR/RSIH/IV/2022**

**TENTANG**

**PENETAPAN INDIKATOR MUTU NASIONAL**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,**

**Menimbang :**

- a. bahwa rumah sakit dituntut untuk memperhatikan mutu pelayanan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, akuntabel dan transparan kepada masyarakat, khususnya bagi jaminan keselamatan pasien (*Patient Safety*).
- b. bahwa mutu pelayanan rumah sakit harus ditingkatkan secara berkesinambungan.
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana yang dimaksud pada butir a dan b, perlu ditetapkan Keputusan Direktur Tentang Penetapan Indikator Mutu Nasional Rumah Sakit Intan Husada.

**Mengingat :**

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
8. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
9. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;
10. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;



11. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;
12. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3531/A000/XI/2021 Tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*);

#### **MEMUTUSKAN**

- Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TENTANG PENETAPAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**
- Kesatu : Memberlakukan Keputusan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 128/SK/DIR/RSIH/IV/2022 Tentang Penetapan Indikator Mutu Rumah Sakit Intan Husada.
- Kedua : Penetapan Indikator Mutu Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Penetapan Indikator Mutu Rumah Sakit Intan Husada sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut  
Pada Tanggal : 25 April 2022  
Direktur,

**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP 2111018633**



Lampiran Keputusan Direktur  
Rumah Sakit Intan Husada  
Nomor : 128/SK/DIR/RSIH/IV/2022  
Tentang : Penetapan Indikator Mutu Nasional

## TENTANG

### PENETAPAN INDIKATOR MUTU NASIONAL DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

#### 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Kode Indikator	IMN- 1
Nama Indikator	<b>Kepatuhan Kebersihan Tangan</b>
Dasar Pemikiran/Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor</li><li>2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO</li><li>3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</li><li>4. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien</li><li>b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien</li><li>c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh : pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain</li></ol></li></ol>

	<p>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD</p> <p>e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien. meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan</p> <p>5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.</p> <p>6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</p> <p>7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar</p> <p>9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.</p> <p>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan</p>
Jenis Indikator	Proses
Numerator	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denumerator	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target Pencapaian	≥ 85 %
Kriteria Inklusi	Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi dikali 100%
Sumber Data	Observasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan



Cara Pengumpulan Data	<i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
Besaran Sampel	Minimal 200 Peluang
Penyajian Data	- Tabel - Run chart
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Kebersihan Tangan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung jawab	Komite PPI RS

## 2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Kode Indikator	IMN- 2
Nama Indikator	<b>Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)</b>
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD</li><li>2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi.</li></ol>
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</li><li>2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksi lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).</li><li>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</li><li>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</li><li>5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan</li><li>6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan</li></ol>
Jenis Indikator	Proses



Numerator	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
Denumerator	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi dikali 100%
Sumber Data	Observasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Cara Pengumpulan Data	<i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
Besaran Sampel	<ul style="list-style-type: none"><li>- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30)</li><li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi &gt; 30)</li></ul>
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tabel</li><li>- <i>Run chart</i></li></ul>
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Penggunaan APD
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung jawab	Komite PPI RS

### 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Kode Indikator	IMN- 3
Nama Indikator	<b>Kepatuhan Identifikasi Pasien</b>
Dasar Pemikiran/Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li><li>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.</li><li>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan)</li></ol>

	<p>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</li> <li>- Prosedur tindakan : tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</li> <li>- Prosedur diagnostik : pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain.</li> <li>- Kondisi tertentu : pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.</li> </ul> <p>5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar</p>
Jenis Indikator	Proses
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
Denumerator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan.
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi dibagi Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100%
Sumber Data	Observasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Cara Pengumpulan Data	<i>Non probability Sampling – Consecutive sampling</i>
Besaran Sampel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ul>
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Observasi Kepatuhan Identifikasi Pasien
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung jawab	Kepala Ruang Perawatan Rawat Inap Manajer Pelayanan Medik dan Keperawatan



#### 4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Kode Indikator	IMN- 4
Nama Indikator	<b>Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi</b>
Dasar Pemikiran/Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan Ibu dan Bayi
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu <math>\leq 30</math> menit.</li><li>2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.</li><li>3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin.</li><li>4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.</li></ol>
Jenis Indikator	Proses
Numerator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi $\leq 30$ menit
Denumerator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Target Pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria Inklusi	Seksio sesarea emergensi kategori I Misalnya : <i>fetal distress</i> menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, <i>ruptur uteri imminent, ruptur uteri</i> , perdarahan <i>ante partum</i> dengan perdarahan aktif, Persalinan pada Bekas Seksio Sesarea (PBS)
Kriteria Eksklusi	-
Formula	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea $\leq 30$ menit dibagi Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I dikali 100%
Sumber Data	Retrospektif
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Cara Pengumpulan Data	Data sekunder dari rekam medik, laporan operasi
Besaran Sampel	Total sampel

<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - Run chart
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan, Tahunan
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Gawat Darurat Manajer Pelayanan Medik dan Keperawatan

## 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan

<b>Kode Indikator</b>	IMN- 5
<b>Nama Indikator</b>	<b>Waktu Tunggu Rawat Jalan</b>
<b>Dasar Pemikiran/Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Berorientasi kepada pasien, tepat waktu keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit Rawat Jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu Rawat Jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan Dokter/Dokter Spesialis.</li> <li>2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran <i>online</i>.             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan Dokter/Dokter Spesialis.</li> <li>b. Pasien mendaftar <i>online</i>, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran <i>online</i> sampai mendapat pelayanan Dokter/Dokter Spesialis.</li> <li>c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan Dokter/Dokter Spesialis.</li> </ol> </li> </ol>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien Rawat Jalan dengan waktu tunggu $\leq$ 60 menit
<b>Denumerator</b>	Jumlah pasien Rawat Jalan yang diobservasi
<b>Target Pencapaian</b>	$\geq 80\%$
<b>Kriteria Inklusi</b>	Pasien yang berobat di Rawat Jalan
<b>Kriteria Eksklusi</b>	- Pasien <i>medical check up</i> , pasien poli gigi



	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien yang mendaftar <i>online</i> atau anjungan mandiri datang lebih dari 60 menit dari waktu yang sudah ditentukan</li><li>- Pasien yang ada tindakan pasien sebelumnya</li></ul>
<b>Formula</b>	Jumlah pasien Rawat Jalan dengan waktu tunggu $\leq$ 60 menit dibagi Jumlah pasien Rawat Jalan yang diobservasi dikali 100%
<b>Sumber Data</b>	Retrospektif
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan</li><li>2. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan</li><li>3. Formulir Waktu Tunggu Rawat Jalan</li></ol>
<b>Besaran Sampel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq</math> 30)</li><li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt;</math> 30)</li></ul>
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tabel</li><li>- <i>Run chart</i></li></ul>
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan, Tahunan
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Rawat Jalan Manajer Pelayanan Medik

## 6. Penundaan Operasi Elektif

<b>Kode Indikator</b>	IMN- 6
<b>Nama Indikator</b>	<b>Penundaan Operasi Elektif</b>
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi.
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan.</li><li>2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.</li></ol>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
<b>Denumerator</b>	Jumlah pasien operasi elektif
<b>Target Pencapaian</b>	$\geq 5\%$
<b>Kriteria Inklusi</b>	Pasien operasi elektif
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Penundaan operasi atas indikasi medis

<b>Formula</b>	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam dibagi Jumlah pasien operasi elektif dikali 100%
<b>Sumber Data</b>	Retrospektif
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
<b>Besaran Sampel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ul>
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- Run chart</li> </ul>
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Penundaan Operasi Elektif
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan, Tahunan
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Kamar Operasi Manajer Pelayanan Medik

## 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter

<b>Kode Indikator</b>	IMN- 7
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kepatuhan Waktu Visite Dokter</b>
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien Keselamatan berfokus pada pasien
<b>Tujuan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien Rawat Inap sesuai waktu yang ditetapkan.</li> <li>- Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 14.00 WIB.</li> </ul>
<b>Definisi Operasional</b>	Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00 – 14.00
<b>Denumerator</b>	Jumlah pasien yang diobservasi
<b>Target Pencapaian</b>	$\geq 80\%$
<b>Kriteria Inklusi</b>	Visite dokter pada pasien Rawat Inap
<b>Kriteria Eksklusi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien yang baru masuk Rawat Inap hari itu</li> <li>- Pasien konsul</li> </ul>
<b>Formula</b>	Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00 – 14.00 dibagi Jumlah pasien yang diobservasi dikali 100%
<b>Sumber Data</b>	Retrospektif
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan



Cara Pengumpulan Data	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> Rawat Inap dalam rekam medik <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
Besaran Sampel	- Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung jawab	Kepala Unit Rawat Inap Manajer Pelayanan Medik

#### 8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Kode Indikator	IMN- 8
Nama Indikator	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Dasar Pemikiran/Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Tepat waktu Keselamatan berfokus pada pasien
Tujuan	- Tergambarnya kecepatan Pelayanan Laboratorium - Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien
Definisi Operasional	1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan $\leq 30$ menit.
Jenis Indikator	Proses
Numerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan $\leq 30$ menit
Denumerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
Target Pencapaian	100 %
Kriteria Inklusi	Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori hasil kritis.
Kriteria Eksklusi	-



<b>Formula</b>	jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit dibagi jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi dikali 100%
<b>Sumber Data</b>	Retrospektif
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
<b>Besaran Sampel</b>	- Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - Run chart
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Laboratorium Manajer Pelayanan Medik

## 9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

<b>Kode Indikator</b>	IMN- 9
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional</b>
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Efisien dan efektif
<b>Tujuan</b>	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional
<b>Definisi Operasional</b>	1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. 2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/ : <i>recipe</i> dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Numerator</b>	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional
<b>Denumerator</b>	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi
<b>Target Pencapaian</b>	≥ 80%
<b>Kriteria Inklusi</b>	Resep yang dilayani di RS
<b>Kriteria Eksklusi</b>	- Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan e-katalog habis/kosong</li> </ul>
<b>Formula</b>	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional dibagi Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi dikali 100%
<b>Sumber Data</b>	Retrospektif
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	Lembar resep di Instalasi Farmasi <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
<b>Besaran Sampel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li> <li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li> </ul>
<b>Penyajian Data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel</li> <li>- <i>Run chart</i></li> </ul>
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan, Tahunan
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Farmasi Manajer Pelayanan Medik

#### 10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

<b>Kode Indikator</b>	IMN- 10
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)</b>
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
<b>Dimensi Mutu</b>	Efektif, integrasi
<b>Tujuan</b>	Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.</li> <li>2. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit.</li> </ol>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses



Numerator	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>
Denumerator	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi
Target Pencapaian	$\geq 80\%$
Kriteria Inklusi	Pasien yang menderita penyakit sesuai batasan ruang lingkup <i>clinical pathway</i> yang diukur
Kriteria Eksklusi	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien yang pulang atas permintaan sendiri selama perawatan.</li><li>- Pasien yang meninggal</li><li>- Variasi yang terjadi sesuai dengan indikasi klinis pasien dalam perkembangan</li></ul>
Formula	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> dibagi Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi dikali 100%
Sumber Data	Retrospektif
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Cara Pengumpulan Data	Data sekunder dari rekam medis pasien <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
Besaran Sampel	<ul style="list-style-type: none"><li>- Total sampel (apabila jumlah populasi <math>\leq 30</math>)</li><li>- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi <math>&gt; 30</math>)</li></ul>
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tabel</li><li>- <i>Run chart</i></li></ul>
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung jawab	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lain

## 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Kode Indikator	IMN- 11
Nama Indikator	<b>Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh</b>
Dasar Pemikiran / Literatur	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien..

<b>Definisi Operasional</b>	1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi Asesment awal risiko jatuh, Assesment ulang risiko jatuh, Intervensi pencegahan risiko jatuh 2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien Rawat Inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Numerator</b>	Jumlah pasien Rawat Inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
<b>Denumerator</b>	Jumlah pasien Rawat Inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi
<b>Target Pencapaian</b>	100 %
<b>Kriteria Inklusi</b>	Pasien Rawat Inap berisiko tinggi jatuh
<b>Kriteria Eksklusi</b>	Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi
<b>Formula</b>	Jumlah pasien Rawat Inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh dibagi jumlah pasien Rawat Inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi dikali 100%
<b>Sumber Data</b>	Retrospektif
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	Data sekunder dari rekam medis pasien <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
<b>Besaran Sampel</b>	- Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ ) - Rumus Slovin (apabila jumlah populasi $> 30$ )
<b>Penyajian Data</b>	- Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulan, Tahunan
<b>Penanggung jawab</b>	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien

## 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

<b>Kode Indikator</b>	IMN- 12
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kecepatan Waktu Tanggap Komplain</b>
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit

<b>Dimensi Mutu</b>	Berorientasi pada Pasien
<b>Tujuan</b>	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk penuhan hak pasien.
<b>Definisi Operasional</b>	<p>1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.</p> <p>2. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.</li> <li>b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain</li> <li>c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial</li> </ul>
<b>Jenis Indikator</b>	Proses
<b>Numerator</b>	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan <i>grading</i>
<b>Denumerator</b>	Jumlah komplain yang disurvei
<b>Target Pencapaian</b>	$\geq 80\%$
<b>Kriteria Inklusi</b>	Semua komplain (lisan, tertulis, dan media massa)
<b>Kriteria Eksklusi</b>	-
<b>Formula</b>	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan <i>grading</i> dibagi jumlah komplain yang disurvei dikali 100%
<b>Sumber Data</b>	Retrospektif
<b>Periode Pengumpulan Data</b>	Bulanan
<b>Cara Pengumpulan Data</b>	Data sekunder dari catatan Komplain <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
<b>Besaran Sampel</b>	- Total sampel (apabila jumlah populasi $\leq 30$ )

<b>Penyajian Data</b>	- Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30) - Tabel - <i>Run chart</i>
<b>Instrumen Pengambilan Data</b>	1. Formulir Komplain 2. Laporan Tindak Lanjut Komplain
<b>Periode Analisis dan Pelaporan Data</b>	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
<b>Penanggung jawab</b>	Kepala Unit Humas

### 13. Kepuasan Pasien

<b>Kode Indikator</b>	IMN- 13
<b>Nama Indikator</b>	<b>Kepuasan Pasien</b>
<b>Dasar Pemikiran / Literatur</b>	PMK No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1, PMK No. 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit, Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik.
<b>Dimensi Mutu</b>	Berorientasi pada Pasien
<b>Tujuan</b>	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.
<b>Definisi Operasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</li> <li>2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</li> <li>3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan.</li> <li>4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.</li> <li>5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.</li> <li>6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Persyaratan.</li> <li>b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur</li> </ul> </li> </ol>

	c. Waktu Penyelesaian 7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Numerator	Tidak ada
Denumerator	Tidak ada
Target Pencapaian	$\geq 76,61$
Kriteria Inklusi	Seluruh pasien
Kriteria Eksklusi	Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi
Formula	Total nilai persepsi seluruh responden dibagi Total unsur yang terisi dari seluruh responden dikali 25
Sumber Data	Hasil survei
Periode Pengumpulan Data	Semesteran
Cara Pengumpulan Data	Data sekunder dari catatan Komplain <i>Probability Sampling – Simple Random Sampling</i>
Besaran Sampel	Sesuai tabel Sampel Krejcie dan Morgan
Penyajian Data	- Tabel - <i>Run chart</i>
Instrumen Pengambilan Data	Kuisisioner
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
Penanggung jawab	Kepala Unit Humas

Ditetapkan di : Garut  
 Pada Tanggal : 25 April 2022  
 Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS  
 NIP. 21110183633