

PANGKALAN UTAMA TNI AL V
RUMKITAL Dr. OEPOMO



**PROGRAM KERJA
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN
PASIHEN TA 2025**

**RUMKITAL Dr. OEPOMO
SURABAYA
2024**

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Daftar Isi	ii
Keputusan Karumkital Dr.Oepomo	iii
BAB I. Pendahuluan	1
BAB II Latar Belakang	2
BAB III Tujuan Umum dan Tujuan Khusus	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus	4
BAB IV Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan	5
3. Sumber daya Manusia	5
a. Kebutuhan Sumber Daya Manusia.....	5
b. Orientasi	5
c. Pendidikan dan Pelatihan.....	6
d. Evaluasi Kinerja Sumber	7
4. Peningkatan Mutu.....	7
a. Pemilihan dan Penetapan IMP Unit.....	7
b. Pengumpulan INM.IMP - RS ,IMP – Unit.....	10
c. Analisis Data dan Pelaporan	10
d. Rencana Perbaikan dan Monitoring Mutu	11
e. Pelaksanaan rencana Perbaikan	12
5. Keselamatan Pasien	12
a. Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien	12
b. Pelaporan IKP dan Risk Grading	12
6. Manajemen Risiko	12
a. Melakukan Risk assessment	12
b. Melaksanakan Pengendalian Risiko.....	13
c. Melaporkan Insiden/ Kecelakaan Kerja	13
7. Monitoring dan Evaluasi	14
8. Rapat	14
9. Laporan	14
BAB V Cara Melaksanakan Kegiatan.....	14
10. Plan (Perencanaan).....	15
11. Do (Pelaksanaan).....	15

12. Study ((Evaluasi & Analisis)	15
13. Act (Tindak Lanjut)	15
BAB VI Sasaran.....	16
BAB VII Jadwal Pelaksanaan Kegiatan.....	17
14. Jadwal Kegiatan	17
BAB VIII Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan Pelaporan	18
15. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan	18
16. Pelaporan	19
BAB IX Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan	20
17. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan pelaporan	20
18. Pembiayaan dan Anggaran	20
19. Penutup	21



KEPUTUSAN KEPALA RUMKITAL Dr. OEPOMO

Nomor Kep/ 1 /04.04 / XII /2024

Tentang

PROGRAM KERJA PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
DI RUMKITAL Dr. OEPOMO

KEPALA RUMKITAL Dr. OEPOMO

- Menimbang :
- a. Bahwa dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh pasien di Rumkital Dr. Oepomo dan meningkatkan kualitas kinerja pelayanan kesehatan ;
 - b. Bahwa Rumkital Dr. Oepomo senantiasa berupaya meningkatkan mutu pelayanan dengan mengutamakan keselamatan dan keamanan pasien, keluarga pasien, pegawai serta pengunjung rumah sakit secara berkesinambungan, dengan mengacu kepada standar akreditasi nasional;
 - c. Bahwa sehubungan dengan hal tersebut di atas perlu ditetapkan Program kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumkital Dr. Oepomo dengan Keputusan Kepala Rumkital Dr. Oepomo.
- Mengingat :
- 1 . Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
 - 2. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
 - 3. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2025 Tentang Perizinan Berusaha Berbasis Risiko.

4. Permenkes RI Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan
6. KMK Nomor HK .01.07/MENKES/1354/2024 Tentang Penerapan Manajemen Risiko di Lingkungan Kementerian Kesehatan

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA RUMKITAL Dr. OEPOMO TENTANG PROGRAM KERJA PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMKITAL Dr. OEPOMO

KESATU : Program Kerja PMKP di Rumkital Dr. Oepomo sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini;

KEDUA : Keputusan Program Kerja PMKP di Rumkital Dr. Oepomo sebagaimana dimaksud dalam diktum kesatu harus dijadikan acuan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada pasien, di seluruh Bagian dan unit kerja lain yang terkait di Rumkital Dr. Oepomo;

KETIGA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 30 Desember 2024

Kepala Rumkital Dr. Oepomo



dr. Nasrun Bakri ,Sp.PA
Letkol Laut (K) NRP 16240/P

PROGRAM KERJA PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN RUMKITAL Dr.OEPOMO
TA 2025

BAB I

Pendahuluan

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit harus mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau seluruh unit kerja. Direktur menetapkan Tim Penyelenggaraan Mutu untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit dapat berjalan lebih baik.

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sudah diawali dengan penilaian akreditasi rumah sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input dan proses. Pada kegiatan ini rumah sakit harus melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu adanya alat ukur yang lain, yaitu indikator mutu pelayanan rumah sakit yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil output. Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula.

Untuk melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi indikator mutu RS diperlukan suatu perangkat pencatatan dan pelaporan yang baik dan akurat, sehingga informasi yang ada benar-benar dapat menggambarkan kualitas dari mutu pelayanan Rumah Sakit. Data tersebut nantinya dapat digunakan sebagai bahan perencanaan dan pengambilan keputusan dalam menentukan kebijakan program mutu di masa yang akan datang

BAB II

Latar Belakang

Standar Peningkatan Mutu Dan keselamatan Pasien ini menjelaskan pendekatan yang komprehensif yang berdampak pada semua aspek pelayanan. Pendekatan ini mencakup :

- a. Peran serta dan keterlibatan setiap unit dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- b. Pengukuran data objektif yang tervalidasi
- c. Penggunaan data yang objektif dan kaji banding untuk membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Standar PMKP membantu profesional pemberi asuhan (PPA) untuk memahami bagaimana melakukan perbaikan dalam memberikan asuhan pasien yang aman dan menurunkan risiko. Staf non klinis juga dapat melakukan perbaikan agar proses menjadi lebih efektif dan efisien dalam penggunaan sumber daya dan risiko dapat dikurangi

Standar PMKP ditujukan pada semua kegiatan di rumah sakit secara menyeluruh dalam spektrum yang luas berupa kerangka kerja untuk perbaikan kinerja dan menurunkan risiko akibat variasi dalam proses pelayanan. Kerangka kerja dalam standar PMKP ini juga dapat terintegrasi dengan kejadian yang tidak dapat dicegah (program manajemen risiko) dan pemanfaatan sumber daya (pengelolaan utilisasi)

Rumah sakit yang menerapkan kerangka kerja ini diharapkan akan :

- a. Mengembangkan dukungan pimpinan yang lebih besar untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara menyeluruh di rumah sakit:
- b. Melatih semua staf tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit:
- c. Menetapkan prioritas pengukuran data dan prioritas perbaikan:
- d. Membuat keputusan berdasarkan pengukuran data :dan
- e. Melakukan perbaikan berdasarkan perbandingan dengan rumah sakit setara atau data berbasis bukti lainnya, baik nasional dan internasional.

Fokus standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah :

- a. Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko.
- b. Pemilihan dan pengumpulan data indikator mutu

- c. Analisis dan validasi data indikator mutu.
- d. Pencapaian dan upaya mempertahankan perbaikan mutu.
- e. Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit (SP2KP-RS)
- f. Penerapan manajemen risiko.

BAB III

Tujuan Umum dan Tujuan Khusus

1. Tujuan Umum

Terselenggaranya kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sehingga tujuan program dapat tercapai.

2. Tujuan Khusus

- 1) Memastikan bahwa pelayanan diberikan sesuai dengan standar pelayanan medis dan keperawatan
- 2) Menjamin pemberian pelayanan sesuai dengan standar pelayanan medik, keselamatan pasien dan dilaksanakan secara terpadu sesuai dengan kebutuhan pasien.
- 3) Mengupayakan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien melalui peningkatan kemampuan pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Tersusunnya sistem monitoring pelayanan Rumkital Dr.Oepomo melalui indikator mutu pelayanan rumah sakit

BAB IV

Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan

3. Sumber daya Manusia

a. Kebutuhan Sumber Daya Manusia

Dalam rangka meningkatkan kinerja pelaksanaan tugas dan fungsi Komite Mutu, kapasitas keanggotaan Komite Mutu melalui pelatihan internal/eksternal. Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi tersebut dilaporkan secara tertulis kepada Direktur disertai rekomendasi, paling sedikit setiap 3 (tiga) bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan. Direktur Utama melaporkan hasil kegiatan penyelenggaraan mutu kepada Pemilik Representative agar mendapatkan umpan balik berupa rekomendasi untuk ditindak lanjuti. Tim Mutu Rumkital Dr.Oepomo dipilih diangkat, dan diberhentikan oleh Direktur yang terdiri atas:

- 1) Ketua;
- 2) Sekretaris;
- 3) Anggota Sub komite Peningkatan Mutu;
- 4) Anggota Sub komite Keselamatan Pasien;
- 5) Anggota Sub komite Manajemen Risiko

b. Orientasi

Orientasi Program Kerja (Proker) PMKP adalah pelatihan untuk memberikan pemahaman mengenai Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. Ini mencakup 6 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), penyusunan indikator mutu, pelaporan insiden, dan manajemen risiko di fasilitas kesehatan. Rumah sakit membuat Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang akan diterapkan pada semua unit setiap tahun.

Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit meliputi tapi tidak terbatas pada :

1) Pengukuran Mutu Indikator Nasional (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS) dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP)

Pengukuran mutu adalah proses penilaian kualitas suatu produk, layanan, atau sistem dengan membandingkan hasil nyata terhadap standar yang telah ditetapkan, yang meliputi tahapan utama seperti pengumpulan data, validasi data, analisis data, dan pelaporan

Tahapan Pengukuran Mutu :

- (a) Pengumpulan data: Proses menjaring data primer atau sekunder berdasarkan indikator dan variabel yang ditentukan.
- (b) Validasi data: Pemeriksaan keakuratan dan kebenaran data agar hasil ukur dapat dipercaya.
- (c) Analisis data: Pengolahan angka atau temuan untuk melihat kesenjangan antara target dan pencapaian.
- (d) Pelaporan: Penyusunan hasil evaluasi untuk disampaikan kepada pihak manajemen atau instansi terkait

2) Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan dilakukan melalui siklus PDCA, pengukuran indikator yang valid, serta keterlibatan aktif seluruh unit. Hal ini memastikan pelayanan yang aman dan terus berkembang.

Langkah-Langkah Utama

- (a) Siklus PDCA: Menerapkan metode *Plan, Do, Check, Act* pada setiap program pelayanan secara rutin.
- (b) Pengukuran Indikator: Mengumpulkan data Indikator Nasional Mutu (INM) dan Indikator Mutu Prioritas (IMP) secara objektif.
- (c) Validasi dan Analisis: Memeriksa keabsahan data lalu menganalisisnya untuk mencari akar masalah

Menjaga Keberlanjutan:

- (a) Budaya Keselamatan: Membangun kepedulian seluruh staf terhadap keselamatan pasien dan pelaporan insiden.
- (b) Pelatihan Berkala: Memberikan edukasi PMKP secara wajib bagi semua pegawai di fasilitas pelayanan kesehatan.
- (c) Evaluasi Bersama: Mengadakan rapat koordinasi rutin antara tim mutu dan kepala unit untuk memantau hasil perbaikan.

3) Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menetapkan PPK/Algoritme/Protokol dan melakukan pengukuran dengan *Clinical Pathway*.

Pendekatan ini bertujuan menyeragamkan asuhan medis, menekan biaya, dan mengukur efisiensi sumber daya rumah sakit.

Peran PPK dan Clinical Pathway dalam PMKP

- (a) Standarisasi Medis: Menetapkan PPK sebagai acuan umum berbasis bukti ilmiah untuk diagnosis, terapi, dan evaluasi.

- (b) Implementasi Operasional: Menggunakan *Clinical Pathway* (CP) yang bersifat harian dan berbasis waktu untuk memandu asuhan multidisiplin secara terpadu.
- (c) Audit dan Evaluasi Varian: Mengukur tingkat kepatuhan staf medis terhadap CP serta mendokumentasikan setiap penyimpangan (*deviasi*) dari alur standar yang telah ditetapkan.
- (d) Kendali Mutu dan Biaya: Menilai efisiensi lama rawat inap (*Length of Stay / LOS*) dan penggunaan pemeriksaan penunjang guna mendukung efektivitas biaya pelayanan.

4) Mengukur Dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan Terhadap keuangan dan sumber daya misalnya SDM

Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas perbaikan adalah langkah evaluasi mutu pelayanan untuk melihat perbandingan biaya, waktu, dan tenaga kerja (SDM) sebelum dan sesudah suatu program perbaikan diterapkan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Hal ini merupakan bagian dari standar program Peningkatan Mutu dan Keselamatan

Cara Mengukur Dampak

- (a) Aspek Keuangan: Menghitung penurunan biaya perawatan, pengurangan alat yang rusak, atau hilangnya pengeluaran yang tidak perlu.
- (b) Aspek SDM: Menghitung sisa waktu kerja pegawai, penurunan jam lembur, atau berkurangnya tingkat kelelahan staf.
- (c) Metode Evaluasi: Membandingkan data angka sebelum perbaikan dengan data angka sesudah perbaikan.

5) Pelaporan dan analisis Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan dan analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dalam pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) adalah sistem pencatatan insiden secara rahasia, penilaian matriks grading, serta investigasi untuk mencari akar penyebab masalah. Tujuannya adalah mendapatkan pembelajaran agar kejadian serupa tidak terulang kembali.

6) Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien

No	SKP	Penerapan di Rumkital Dr.Oepomo	Penanggungjawab
SKP 1	Ketepatan Identifikasi Pasien	Identitas : 1. Nama + Tgl lahir/No.RM Gelang identitas 3 warna: Putih=Umum, Merah=Alergi, Kuning=Resiko jatuh 1. SPO Identifikasi sebelum tindakan, obat, transfusiKa. Keperawatan, Ka. IGD, Ka. OKCeklist identifikasi, Audit gelang SKP	Ka. Keperawatan, Ka. IGD, Ka. OK
SKP 2	Komunikasi Efektif/SBAR	Komunikasi Efektif SBAR untuk handover antar shift Read Back & Tulis Ulang untuk perintah lisan/telepon Validasi hasil kritis lab ke DPJP	Ka. IGD, Ka. IR Ka. Lab ,Form SBAR, Logbook hasil kritis
SKP 3	SKP 3 Keamanan Obat High AlertLabel "HIGH ALERT"	Alert Label "HIGH ALERT" merah pada obat Penyimpanan terpisah di laci khusus Double check sebelum pemberian Ka. Farmasi, Ka. Ruang Label HA, Form Double Anestesi Form Time Out, Checklist	Ka. Farmasi, Ka. Ruang Label HA,
SKP 4	Kepastian Lokasi Operasi Marking area operasi oleh dokter Time Out sebelum insisi Checklist Keselamatan	Form Double Anestesi Form Time Out, Checklist	Ka. OK,

SKP 5	Pengurangan Resiko Infeksi 5 Momen Cuci Tangan Bundles		Ka. PPI, Ka. ICU, Ka. OKAudit PPI
SKP 6	Kepatuhan Pengurangan Resiko Jatuh. Skrining Jatuh, Grafik jatuh	Skrining resiko jatuh saat masuk Tanda kuning di bed & gelang kuning Edukasi pasien/keluarga	Keperawatan, Ka. IRNA ,Form

7) Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen

Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen adalah proses penilaian berkala terhadap perjanjian kerja sama pelayanan kesehatan dan operasional untuk memastikan mutu, kepatuhan, serta pencapaian target kinerja. Evaluasi ini mencakup penilaian mutu layanan klinis, efisiensi manajemen, dan pemenuhan isi perjanjian

Tujuan Evaluasi :

- Menilai mutu pelayanan dan kepatuhan mitra terhadap standar yang disepakati.
- Memastikan efisiensi biaya dan ketepatan waktu pelaksanaan kontrak.
- Menemukan masalah atau hambatan kerja sama secara dini.

Fokus Evaluasi Kontrak Klinis:

- Kualitas pelayanan medis dan keselamatan pasien dari pihak mitra.
- Kepatuhan terhadap jadwal dan standar operasional prosedur (SOP) klinis.
- Kelengkapan dokumen perizinan dan kompetensi tenaga kesehatan yang dikontrak.

Fokus Evaluasi Kontrak Manajemen

- Kinerja operasional penunjang (seperti kebersihan, keamanan, atau pengelolaan limbah).
- Ketepatan waktu dan pemenuhan target administratif atau finansial.
- Evaluasi biaya terhadap manfaat yang didapat oleh fasilitas kesehatan

8) Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien

Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) adalah elemen penting dalam standar akreditasi fasilitas kesehatan untuk memastikan setiap unsur organisasi memahami kebijakan, pengukuran indikator, dan pelaporan insiden. Hal ini tercakup dalam program kerja penjaminan mutu agar pelayanan menjadi aman dan efektif. Materi dan Fokus Pelatihan

Materi dan Fokus Pelatihan

- (a) Kebijakan dasar: (Pemahaman regulasi mutu dan sasaran keselamatan pasien.)
- (b) Pengukuran data:
Cara mengumpulkan, mengisi, dan validasi indikator mutu. Pelaporan insiden: Tata cara lapor dan analisis akar masalah (RCA) di unit kerja.
- (c) Sasaran Peserta Berdasarkan Peran Pimpinan/Direksi: Kebijakan strategis, kepemimpinan mutu, dan evaluasi program. Komite/Tim Mutu: Pengelolaan data lanjutan, analisis perbaikan metode PDSA. Staf Klinis & Non-Klinis: Penerapan standar keselamatan harian dan budaya keselamatan.

9) Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf

Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu kepada staf adalah elemen penting dalam standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) untuk menyampaikan capaian data, membahas kendala atau masalah mutu, serta membangun budaya perbaikan berkelanjutan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Tujuan Komunikasi Mutu :

- (a) Transparansi Data: Membagikan angka capaian nyata secara terbuka.
- (b) Kesadaran Masalah: Mengidentifikasi hambatan dan insiden mutu bersama.
- (c) Evaluasi Bersama: Menilai efektivitas program kerja yang berjalan.

Media dan Metode Penyampaian dengan cara :

- (1) Rapat Rutin: Pertemuan bulanan atau triwulanan unit/ruangan.
- (2) Papan Informasi (Dashboard): Penempelan grafik capaian di area staf.
- (3) Media Digital: Grup pesan instan resmi atau *e-mail* internal rumah sakit.

Hal-hal yang perlu dilakukan agar program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat diterapkan secara menyeluruh di unit pelayanan, meliputi :

- 1) Dukungan Kepala Rumah Sakit dan pimpinan di rumah sakit
- 2) Upaya perubahan budaya menuju budaya keselamatan pasien.
- 3) Secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi dalam pelayanan klinis.
- 4) Menggunakan hasil pengukuran data untuk fokus pada isu pelayanan prioritas yang akan diperbaiki atau ditingkatkan
- 5) Berupaya mencapai dan mempertahankan perbaikan yang berkelanjutan

c. Pendidikan dan Pelatihan

Materi Utama Pendidikan dan Pelatihan PMKP:

- 1) **Peningkatan Mutu Pelayanan:** Cara mengukur, menganalisis, dan melaporkan Indikator Nasional Mutu (INM) dan Indikator Mutu Prioritas Unit.
- 2) **6 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP):**
 - (a) Ketepatan identifikasi pasien.
 - (b) Peningkatan komunikasi efektif.
 - (c) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert).
 - (d) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi.
 - (e) Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.Pengurangan risiko pasien jatuh.
- 3) **Manajemen Risiko & Insiden:** Pelaporan insiden keselamatan pasien (seperti KTD, KNC, KTC, dan Sentinel) dan cara investigasinya (RCA/Root Cause Analysis atau FMEA).
- 4) **Penyusunan Proker:** Pembuatan dan evaluasi rencana kerja unit yang berfokus pada keselamatan pasien.

d. Evaluasi Kinerja Sumber

Evaluasi kinerja SDM dalam program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dinilai berdasarkan capaian Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS), dan kepatuhan terhadap Sasaran Keselamatan Pasien (SKP). Penilaian ini bertujuan memastikan asuhan pasien aman, efektif, dan sesuai standar keselamatan
Komponen Utama Penilaian Kinerja SDM (PMKP):

(1) Indikator Nasional Mutu (INM): Penilaian tingkat kepatuhan staf terhadap:

- Kepatuhan kebersihan tangan (cuci tangan).
- Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
- Kepatuhan identifikasi pasien.
- Kepatuhan waktu visite dokter dan
- Ketepatan Waktu pelaporan hasil kritis.

(2) Sasaran Keselamatan Pasien (SKP): Evaluasi insiden dan kepatuhan staf medis/keperawatan terhadap pencegahan pasien jatuh, ketepatan lokasi operasi, dan keamanan obat *High-Alert*.

(3) Kinerja Berbasis Indikator Mutu Unit (IMP-Unit): Penilaian capaian target kinerja klinis dan manajerial secara spesifik di tiap departemen/unit.

(4) Kepatuhan Clinical Pathway: Evaluasi tenaga medis dalam menerapkan Panduan Praktik Klinis (PPK) yang dievaluasi oleh Komite Medis.

4. Peningkatan Mutu

a. Pemilihan dan Penetapan IMP Unit

Pemilihan dan penetapan Indikator Mutu Prioritas (IMP) Unit dalam program kerja PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dilakukan melalui kajian bersama antara Kepala Unit dan Tim Mutu. Pemilihan ini menggunakan metode (High Risk, High Cost, High Volume, Problem Prone), kemudian disahkan melalui Keputusan Direktur.

Proses komprehensif dalam pemilihan dan penetapan IMP Unit meliputi langkah-langkah berikut:

1) Tahapan Identifikasi dan Seleksi Area Prioritas

- (a) Identifikasi Masalah:
Kepala unit bersama Tim Mutu menganalisis data capaian indikator periode sebelumnya, laporan insiden keselamatan pasien, dan keluhan pelanggan
- (b) Penerapan Analisis :
 - (1) High Risk (Risiko Tinggi): Pelayanan yang berisiko tinggi menimbulkan cedera.
 - (2) High Cost (Biaya Tinggi): Pelayanan yang membutuhkan biaya atau pemanfaatan sumber daya tinggi.
 - (3) High Volume (Frekuensi Tinggi): Area pelayanan dengan jumlah pasien terbanyak.
 - (4) Problem Prone (Rawan Masalah): Area yang sering mengalami kelambatan, keluhan, atau hambatan sistem.

2) Kriteria Indikator Mutu Unit

Dalam memilih indikator dari area prioritas, unit harus memastikan setiap indikator memenuhi ketentuan sebagai berikut:

Fokus Klinis: Mengukur area prioritas pelayanan klinis unit terkait,
Sasaran Keselamatan Pasien (SKP): Minimal memuat satu indikator yang relevan dengan Sasaran Keselamatan Pasien di unit tersebut.

Manajemen Risiko: Mengakomodir area yang memerlukan prioritas manajemen risiko.

Kriteria indikator mutu unit yang ideal harus memenuhi prinsip **SMART** (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*) dan kaidah **4S** (Sahih, Reliable, Sensitif, Spesifik). Penetapannya difokuskan pada area prioritas dengan kriteria **3H+1P**: *High Risk* (berisiko tinggi), *High Volume* (berfrekuensi tinggi), *High Cost* (berbiaya tinggi), dan *Problem Prone* (rawan masalah).

Berikut adalah rincian lengkap kriteria pemilihan indikator mutu yang efektif;

- (a) Kriteria Pemilihan Prioritas Indikator (**3H+1P**)
 - **High Risk (Risiko Tinggi)**: Mengukur proses pelayanan yang memiliki potensi bahaya besar atau komplikasi fatal (contoh: insiden keselamatan pasien).
 - **High Volume (Frekuensi Tinggi)**: Mengukur prosedur atau layanan yang paling sering dikerjakan di unit tersebut.

- **High Cost (Biaya Tinggi):** Mengukur penggunaan sumber daya atau tindakan yang memerlukan biaya besar untuk memastikan efisiensi dan tata kelola.

- **Problem Prone (Rawan Masalah):** Mengukur area atau proses yang sering menimbulkan komplain, penundaan, atau ketidaksesuaian prosedur.

(b) Standar Karakteristik Indikator (4S)

- **Sahih (Valid):** Benar-benar mengukur aspek pelayanan yang memang ingin dinilai.

- **Dapat Dipercaya (Reliable):** Memberikan hasil yang sama dan konsisten meskipun diukur berulang kali oleh orang/waktu yang berbeda.

- **Sensitif:** Cukup peka untuk mendeteksi perubahan atau masalah terkecil sekalipun tanpa memerlukan banyak parameter.

- **Spesifik:** Memberikan gambaran perubahan ukuran yang jelas dan tidak tumpang tindih dengan indikator lain.

(c) Prinsip Penetapan (SMART)

- **Specific:** Fokus dan jelas pada area pelayanan yang akan ditingkatkan.

- **Measurable:** Memiliki definisi operasional, target angka (numerator dan denominator) yang jelas.

- **Achievable:** Realistis dan dapat dicapai oleh sumber daya yang ada di unit.

- **Relevant:** Relevan dengan tujuan, visi, misi, dan sasaran strategis rumah sakit atau fasilitas kesehatan.

- **Time-bound:** Memiliki batasan waktu evaluasi yang pasti (misalnya: bulanan, triwulan).

3) Penetapan dan Dokumentasi

(a) **Penyusunan Profil Indikator:**

Setiap IMP yang terpilih wajib dibuatkan formulir profil/kamus indikator yang jelas (meliputi judul, definisi operasional, target, numerator, denominator, hingga sumber data).

(b) **Penyusunan SK Direktur:** Hasil kajian dimasukkan ke dalam Rencana Program Kerja PMKP unit dan disahkan secara resmi oleh Direktur Rumah Sakit.

- b. Pengumpulan INM.IMP - RS ,IMP – Unit
- Pengumpulan data **INM** (Indikator Nasional Mutu), **IMP-RS** (Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit), dan **IMP-Unit** dalam program kerja **PMKP** dilakukan oleh **PIC pengumpul data** di setiap unit dengan instrumen atau formulir sensus harian. Data ini wajib dianalisis bulanan dan dilaporkan ke Komite Mutu setiap triwulan.

Alur Pelaksanaan Pengumpulan Data

- 1) **Sensus Harian:** PIC di masing-masing unit mencatat capaian dan jumlah sampel setiap indikator setiap hari menggunakan formulir atau aplikasi digital.
 - 2) **Rekapitulasi Bulanan:** Data harian dihitung angka capaian dan kepatuhannya setiap akhir bulan oleh kepala unit.
 - 3) **Analisis Data:** Komite Mutu dan Keselamatan Pasien melakukan validasi dan analisis tren data untuk dilaporkan kepada Direktur RS dan Dewan Pengawas.
 - 4) **Pelaporan Nasional:** Khusus INM, data di-input secara berkala ke aplikasi resmi **MUTU FASYANKES** milik Kementerian Kesehatan RI.
- c. Analisis Data dan Pelaporan
- Analisis data dan pelaporan dalam program **Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)** adalah proses sistematis untuk mengumpulkan, mengolah, menganalisis, dan melaporkan indikator mutu serta insiden keselamatan pasien. Tujuannya adalah mengevaluasi kinerja klinis dan mengambil keputusan berbasis bukti guna mencegah risiko cedera dan meningkatkan pelayanan.

Tahapan Analisis dan Pelaporan PMKP

- 1) Pengumpulan Data: Data dikumpulkan secara berkala (harian/bulanan) oleh PIC unit menggunakan formulir atau sistem informasi rumah sakit.
- 2) Analisis Data: Data yang terkumpul dianalisis menggunakan metode statistik dasar. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan data:
 - (a) Tren internal dari waktu ke waktu (bulan ke bulan/tahun ke tahun).
 - (b) Standar nasional atau internal yang telah ditetapkan.
 - (c) Rumah sakit lain yang sejenis atau *benchmark* eksternal.
 - (d) Praktik terbaik (*best practice*) klinis.
- 3) Penyusunan Pelaporan: Hasil analisis dituangkan dalam laporan berkala (bulanan, triwulan, dan tahunan). Laporan ini mencakup tindak lanjut atau program perbaikan untuk indikator yang belum mencapai target.

4) Penyampaian kepada Direksi dan Komite: Laporan diserahkan kepada kepala unit, Komite PMKP, hingga Direktur Rumah Sakit untuk dievaluasi dan ditindaklanjuti lebih lanjut.

d. Rencana Perbaikan dan Monitoring Mutu

Penyusunan rencana perbaikan dan monitoring mutu dalam proyek PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dilakukan melalui 5 tahapan utama: **identifikasi masalah, analisis akar masalah, perencanaan perbaikan, implementasi (PDSA)**, serta **monitoring dan evaluasi** indikator mutu.

1) Identifikasi dan Pengumpulan Data

- (a) Pengumpulan Data Indikator: Mengukur data secara berkala pada Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS), dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit).
- (b) Pelaporan Insiden: Mengumpulkan laporan insiden keselamatan pasien (IKP) dan budaya keselamatan untuk mendeteksi area yang memerlukan perbaikan.

2) Analisis Masalah Mutu

- (a) Validasi Data: Memastikan data yang dikumpulkan akurat dan kredibel sebelum dianalisis.
- (b) Analisis Akar Masalah (Root Cause Analysis - RCA): Menggunakan alat bantu mutu seperti *Fishbone Diagram* untuk mencari akar penyebab masalah.
- (c) Penetapan Prioritas: Menggunakan diagram seperti *Pareto Chart* untuk menentukan masalah prioritas yang akan diselesaikan terlebih dahulu.

Rencana Perbaikan (Plan-Do-Study-Act / PDSA)

- (a) Plan (Perencanaan): Menyusun rencana tindak lanjut secara spesifik (siapa melakukan apa, kapan, dan bagaimana) untuk mengatasi akar masalah.
- (b) Do (Pelaksanaan): Melaksanakan uji coba perbaikan berdasarkan rencana yang telah dibuat.

Monitoring dan Evaluasi

- (1) Study (Evaluasi): Memonitor dampak dari perbaikan dengan mengumpulkan data ulang dan membandingkannya dengan data dasar (baseline). Menggunakan Run Chart atau Control Chart untuk melihat tren.

(2) Act (Tindak Lanjut): Jika perbaikan berhasil, proses dibakukan menjadi Standar Operasional Prosedur (SOP) baru. Jika belum berhasil, siklus PDSA diulang kembali.

(3) Pelaporan Berkala: Hasil monitoring dilaporkan secara berjenjang (misalnya dari Komite Mutu ke Direktur dan Dewan Pengawas setiap 3 bulan).

e. Pelaksanaan rencana Perbaikan

Pelaksanaan rencana perbaikan dalam Program Kerja (Proker) PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dilakukan melalui siklus **PDCA** (Plan-Do-Check-Act). Langkah ini mencakup implementasi uji coba di unit terkait, pengumpulan dan validasi data, analisis hasil capaian, serta evaluasi efektivitas perbaikan melalui audit klinis yang dilakukan oleh Komite PMKP

5. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien dalam program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) adalah sistem terencana untuk mencegah cedera dan melindungi pasien selama perawatan. Fokus utamanya mencakup penerapan 6 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP): identifikasi benar, komunikasi efektif, keamanan obat berisiko tinggi, tepat lokasi/prosedur operasi, pencegahan infeksi (PPI), dan pencegahan pasien jatuh.

a. Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien

b. Pelaporan IKP dan Risk Grading

6. Manajemen Risiko

Manajemen risiko dalam Program Kerja (Proker) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mengendalikan potensi bahaya seperti risiko manajemen obat, risiko jatuh, dan infeksi. Tujuannya adalah melindungi pasien serta staf dari cedera dengan menyusun *Risk Register* (daftar risiko) dan melakukan analisis.

a. Melakukan Risk assessment

Risk assessment adalah langkah krusial untuk mengidentifikasi potensi bahaya dan menganalisis dampaknya. Proses ini dilakukan dengan mengidentifikasi bahaya, menentukan siapa yang rentan, mengevaluasi risiko, dan menetapkan langkah pengendalian.

Langkah-langkah *risk assessment* adalah sebagai berikut:

1) Identifikasi Risiko

- 2) Analisis Risiko
- 3) Evaluasi Risiko
- 4) Pengendalian Risiko
- 5) Pemantauan Risiko

b. Melaksanakan Pengendalian Risiko

Pelaksanaan pengendalian risiko dilakukan menggunakan **hierarki pengendalian** yang diurutkan dari tingkat perlindungan tertinggi ke terendah, yakni: eliminasi (menghilangkan bahaya), substitusi (mengganti bahan/alat berisiko), rekayasa teknik (modifikasi alat), administrasi (prosedur dan pelatihan), dan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Pelaksanaan ini bertujuan untuk meminimalkan dampak kerugian, kecelakaan, atau penyakit akibat kerja.

c. Melaporkan Insiden/ Kecelakaan Kerja

Pelaporan insiden atau kecelakaan kerja dalam program **PMKP** (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dan **K3RS** dilakukan menggunakan **Formulir Laporan Insiden**. Laporan harus diserahkan kepada atasan langsung dan Komite K3RS dalam waktu maksimal **2 x 24 jam** sejak kejadian, tanpa menyalahkan (tanpa sanksi) guna perbaikan sistem.

Alur Pelaporan Insiden/Kecelakaan Kerja:

- 1) Penanganan Awal:
Berikan pertolongan pertama pada korban (jika cedera) dan amankan area untuk mencegah insiden berulang.
- 2) Pelaporan Lisan: Laporkan kejadian secara langsung atau melalui telepon kepada Kepala Ruangan, Supervisor, atau Atasan Langsung.
cedera) dan amankan area untuk mencegah insiden berulang.
- 3) Pengisian Formulir: Isi Formulir Laporan Insiden secara lengkap, mencakup:
 - (a) Waktu dan lokasi kejadian.
 - (b) Identitas pelapor dan korban.
 - (c) Kronologi kejadian yang jelas dan objektif.
- 4) Verifikasi: Serahkan formulir yang telah diisi dan ditandatangani kepada Komite PMKP/K3RS.

Langkah Investigasi dan Analisis

Tim K3RS/PMKP akan melakukan investigasi sesuai tingkat risiko insiden (grading):

(a) **Investigasi Sederhana:** Untuk insiden dengan risiko rendah hingga sedang (misalnya nyaris cedera / KNC).

(b) **RCA (Root Cause Analysis):** Untuk insiden dengan risiko tinggi atau cedera berat/kematian (KTD).

Langkah ini bertujuan mencari **akar masalah** (bukan mencari siapa yang salah) untuk merumuskan **tindakan perbaikan** yang efektif.

7. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi (monev) dalam Program Kerja (Proker) PMKP adalah siklus berkelanjutan untuk mengukur, memantau, dan memperbaiki pelayanan serta keselamatan pasien. **Monitoring** memastikan program berjalan sesuai rencana, sedangkan **evaluasi** menilai hasil pencapaian dan efektivitasnya untuk perbaikan berkelanjutan.

8. Rapat

Rapat dalam Program Kerja (Proker) **PMKP** (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) adalah kegiatan koordinasi untuk mengevaluasi indikator mutu, membahas laporan insiden keselamatan pasien, dan menyusun perbaikan layanan medis menggunakan metode PDSA (*Plan-Do-Check-Act*) atau RCA (*Root Cause Analysis*)

9. Laporan

Laporan dalam Program Kerja (Proker) PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) adalah dokumen evaluasi berkala (bulanan, triwulan, atau tahunan). Laporan ini merangkum capaian Indikator Mutu (Nasional, Prioritas RS, Unit), analisis insiden Keselamatan Pasien, serta tindak lanjut perbaikan fasilitas pelayanan kesehatan.

BAB V

Cara Melaksanakan Kegiatan

Rincian tahapan pelaksanaan kegiatan sesuai standar PMKP:

10. **Plan (Perencanaan)**
 - a. Menetapkan indikator mutu (seperti Indikator Nasional Mutu/INM, Indikator Prioritas Rumah Sakit/IMP RS, dan Unit).
 - b. Menyusun panduan, pedoman, dan *Clinical Pathway* untuk unit terkait.
 - c. Membuat jadwal kegiatan dan menugaskan penanggung jawab.
11. **Do (Pelaksanaan)**
 - a. Melakukan sosialisasi program kepada seluruh staf.
 - b. Mengumpulkan data indikator mutu secara rutin setiap bulan melalui sistem pelaporan.
 - c. Melaksanakan manajemen risiko dan pencatatan jika terjadi Insiden Keselamatan Pasien (IKP).
12. **Study (Evaluasi & Analisis)**
 - a. Melakukan validasi data yang sudah terkumpul agar akurat dan kredibel.
 - b. Menganalisis capaian indikator menggunakan metode statistik sederhana (misalnya, run chart).
 - c. Mengaudit pelaksanaan *Clinical Pathway* dan melakukan *Root Cause Analysis* (RCA) jika terjadi masalah/insiden.
13. **Act (Tindak Lanjut)**
 - a. Menyusun rencana tindak lanjut (*Action Plan*) berdasarkan hasil analisis.
 - b. Melakukan desiminasi/publikasi data kepada staf dan manajemen.
 - c. Menerapkan perbaikan di unit kerja dan mengevaluasi kembali dampaknya.

BAB VI

Sasaran

- a. Terlaksananya program kerja Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Tahun 2025.
- b. Tercapainya Tujuan dilaksanakan pengukuran indikator mutu di Rumkital Dr.Oepomo Tahun 2025
- c. Tercapai Tujuan dilaksanakan pemantauan IKP (Insiden Keselamatan Pasien) Tahun 2025

BAB VII
Jadwal Pelaksanaan Kegiatan

14. Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Th 2025											
		Jan	Febr	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Pengumpulan data	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Tabulasi data	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Analisa data		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Sosialisasi Proker 2025				X			X			X		
5	Laporan triwulan				X			X			X		
6	Laporan tahunan (d disesuaikan dengan TA)												X
7	Rencana tindak lanjut rekomendasi				X			X			X		
8	Pembuatan laporan tindak lanjut				X			X			X		
9	Melakukan pencatatan, pelaporan, evaluasi, analisis dan tindak lanjut dari KTD dan KNC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Laporan Manajemen Resiko.						X						X
11	Laporan Budaya Keselamatan						X						x

BAB VIII

Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan Pelaporan

15. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan

a. Evaluasi pengukuran, perbaikan dan mempertahankan mutu

Hasil pengolahan, pengukuran mutu dan analisa data dan perbaikan mutu dituangkan dalam bentuk laporan yang kemudian akan dilaporkan kepada Kepala Rumah Sakit setiap 3 bulan sekali dalam rapat evaluasi triwulan. Disamping itu evaluasi tahunan juga dilakukan guna merangkum hasil pencapaian semua instalasi dan unit kerja selama setahun. Evaluasi tahunan menghasilkan laporan tahunan yang disampaikan/ dilaporkan kepada pimpinan. Hasil pengukuran Budaya Keselamatan ,Manajemen Risiko dan Laporan IKP dilaporkan tiap enam bulan ke kepala rumah sakit untuk di laporkan ke Komandan Lantamal V.

b. Evaluasi terhadap pengurangan variasi dalam praktek klinis

Evaluasi perbaikan pelayanan klinis berupa standar pelayanan kedokteran dapat dilakukan melalui audit medis dan atau audit klinis serta menggunakan indikator mutu.Tujuan evaluasi adalah untuk menilai efektivitas penerapan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit sehingga standar pelayanan kedokteran di rumah sakit dapat mengurangi variasi dari proses dan hasil serta dampak terhadap efisiensi (kendali biaya).

c. Evaluasi Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya misalnya SDM.

Penggunaan panduan praktik klinis untuk menstandarkan perawatan memberikan dampak yang bermakna pada efisiensi perawatan dan pemendekan lama rawat,yang pada akhirnya menurunkan biaya Staf program mutu dan keselamatan pasien mengembangkan instrumen untuk mengevaluasi penggunaan sumber daya untuk proses yang berjalan, kemudian untuk mengevaluasi kembali penggunaan sumber daya untuk proses yang telah diperbaiki.Sumber daya dapat berupa sumber daya manusia (misalnya, waktu yang digunakan untuk setiap langkah dalam suatu proses) atau melibatkan penggunaan teknologi dan sumber daya lainnya. Analisis ini akan memberikan informasi yang berguna terkait perbaikan yang memberikan dampak efisiensi dan biaya.

16. Pelaporan

Pelaporan dalam program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) mencakup pengumpulan data indikator mutu (nasional dan unit) serta pelaporan insiden keselamatan pasien. Pelaporan ini dilakukan secara berkala dan berjenjang dari pelaporan harian unit ke Komite Mutu, hingga evaluasi bulanan serta triwulanan kepada Direktur dan Dewan Pengawas

BAB IX
Pencatatan ,Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan

17. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan pelaporan

Pelaporan dan evaluasi pelaksanaan program dilaksanakan setiap akhir tahun untuk kegiatan yang tidak tercapai di tahun 2025

18. Pembiayaan dan Anggaran

NO	JENIS KEGIATAN	PERKIRAAN ANGGARAN
1	Rapat Penetapan layanan Prioritas	Rp. 250.000,-
2	Evaluasi kinerja karyawan	Rp. 250.000,-
3	Evaluasi kepatuhan DPJP terhadap CP	Rp. 250.000,-
4	Evaluasi Budaya Keselamatan semester 1	Rp. 250.000,-
5	Evaluasi Budaya Keselamatan semester 2	Rp. 250.000,-
6	Diklat PMKP untuk Staf	Rp. 250.000,-
7	Diklat PMKP untuk PIC	Rp. 250.000,-
8	Rapat /koordinasi /Pertemuan	Rp. 150.000,-
9	Pelaporan dan monitoring Insiden Keselamatan Pasien(IKP)	Rp. 150.000,-
10	Diklat PMKP Eksternal	Rp. 1.500.000,-
	Total	Rp.3.500.000,-

19. Penutup

Demikian program kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang akan dilaksanakan pada TA. 2025

Menyetujui

Komandan Pangkalan Utama TNI AL V,

The image shows a circular official stamp of the Komando Armada II Pangkalan Utama TNI AL V. The stamp features an anchor in the center and the text 'KOMANDO ARMADA II' at the top and 'PANGKALAN UTAMA TNI AL V' at the bottom. A handwritten signature in black ink is written across the stamp.

Dr. Arya Delano, S.E., M.Pd., M.Han.
Laksamana Pertama TNI

Ditetapkan di Surabaya pada Tanggal
30 Desember 2024

Kepala Rumkital Dr.Oepomo,

The image shows an oval official stamp of the Pangkalan Utama TNI-AL V Kepala Rumkital Dr. Oepomo. The stamp features an anchor in the center and the text 'PANGKALAN UTAMA TNI-AL V' at the top, 'KEPALA' in the middle, and 'RUMKITAL Dr. OEPOMO' at the bottom. A handwritten signature in black ink is written across the stamp.

dr. Nasrun Bakri ,Sp.PA
Letkol Laut (K) NRP 16240/P