

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN
NOMOR HK.02.02/D/1780/2025
TENTANG
PEDOMAN VERIFIKASI LEMBAGA PENYELENGGARA AKREDITASI
RUMAH SAKIT, KLINIK UTAMA, LABORATORIUM MEDIS, DAN UNIT
PENGELOLA DARAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah diperlukan Lembaga Penyelenggara Akreditasi;
 - b. bahwa Lembaga Penyelenggara Akreditasi perlu memenuhi sejumlah persyaratan yang ditentukan agar dapat menyelenggarakan proses akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah sesuai dengan ketentuan;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan butir a dan b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal tentang pedoman verifikasi Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105);

2. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan pelaksanaan undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135);
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586)
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1207);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kemneterian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Taun 2024 Nomor 1048);
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/406/2020 tentang Penetapan Komisi Akreditasi Rumah Sakit Sebagai Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/6604/2021 tentang Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 32 Tahun 2023 tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Tranfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter/ Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.

M E M U T U S K A N

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN TENTANG PEDOMAN VERIFIKASI LEMBAGA PENYELENGGARA AKREDITASI RUMAH SAKIT, KLINIK

UTAMA, LABORATORIUM MEDIS, DAN UNIT PENGELOLA DARAH

- KESATU : Menetapkan Pedoman Verifikasi Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit , Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.
- KEDUA : Pedoman Verifikasi Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai acuan penyelenggaraan verifikasi Lembaga Penyelenggaraan Akreditasi yang memuat uraian teknis mengenai kegiatan verifikasi dan ketentuan teknis lain dalam penyelenggaraan verifikasi Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- KETIGA : Biaya pelaksanaan verifikasi dibebankan kepada DIPA anggaran Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.
- KEEMPAT : Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Keputusan Direktur Jenderal ini dilakukan oleh Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.
- KELIMA : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 28 April 2025

DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya
Ketua Tim Kerja Hukum
Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan



Rico Mardiansyah, SH, MH
NIP. 198603192010121004

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
KESEHATAN LANJUTAN
NOMOR HK.02.02/D/1780/2025
TENTANG PEDOMAN VERIFIKASI
LEMBAGA PENYELENGGARA
AKREDITASI RUMAH SAKIT, KLINIK
UTAMA, LABORATORIUM MEDIS DAN
UNIT PENGELOLA DARAH

PEDOMAN VERIFIKASI LEMBAGA PENYELENGGARA AKREDITASI
RUMAH SAKIT, KLINIK UTAMA, LABORATORIUM MEDIS DAN
UNIT PENGELOLA DARAH

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mutu merupakan salah satu dimensi penting dari Universal Health Coverage (UHC). Bahkan WHO pada tahun 2018 telah menetapkan 7 dimensi mutu yang meliputi efektif (*effective*), keselamatan pasien (*safety*), berorientasi kepada pasien (*people-centered*), tepat waktu (*timely*), efisien (*efficient*), adil (*equitable*), dan/atau terintegrasi (*integrated*). Peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Klinik Utama, Laboratorium Medis, Unit Pengelola Darah, dan Rumah Sakit ini juga telah diamanatkan oleh ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam Undang-Undang nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menyatakan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara internal dan eksternal secara terus menerus dan berkesinambungan.

Akreditasi adalah salah satu pengakuan terhadap mutu fasilitas pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak eksternal. Sebagaimana diamanatkan pula dalam peraturan perundangan tersebut, akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh Menteri atau Lembaga Penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan Menteri. Untuk menjaga independensi pengakuan terhadap mutu di fasilitas pelayanan kesehatan,

maka Lembaga Penyelenggara Akreditasi harus bebas dari konflik kepentingan.

B. Tujuan

1. Sebagai acuan bagi Kementerian Kesehatan dalam melakukan verifikasi pemenuhan persyaratan untuk penetapan Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah .
2. Sebagai acuan dalam mengajukan permohonan penetapan sebagai Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah.

C. Ruang Lingkup

1. Persyaratan
2. Alur permohonan
3. Proses verifikasi
4. Pemberian rekomendasi
5. Penetapan lembaga

D. Sasaran

1. Kementerian Kesehatan
2. Lembaga Penyelenggara Akreditasi yang akan mengajukan permohonan penetapan

BAB II
PERSYARATAN LEMBAGA PENYELENGGARA AKREDITASI
RUMAH SAKIT, KLINIK UTAMA, LABORATORIUM MEDIS DAN
UNIT PENGELOLA DARAH

Untuk mengajukan permohonan sebagai Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah maka lembaga harus mempersiapkan persyaratan-persyaratan yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

A. Bagi Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah yang memiliki kepemilikan sama dengan Lembaga Penyelenggara Akreditasi yang telah ditetapkan oleh Menteri, harus memenuhi persyaratan:

1. Dokumen badan hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
2. Dokumen struktur organisasi dan tata kelola lembaga penyelenggara akreditasi;
3. Dokumen keterangan kepemilikan yang sama dengan lembaga penyelenggara akreditasi yang telah ditetapkan oleh Menteri; dan
4. Surat pernyataan komitmen terakreditasi oleh lembaga pengakreditasi Lembaga Penyelenggara Akreditasi nasional dan/atau internasional secara berkala paling lambat 5 (lima) tahun sejak ditetapkan.

B. Bagi Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah yang tidak memiliki kepemilikan sama dengan lembaga penyelenggara akreditasi yang telah ditetapkan oleh Menteri, harus memenuhi persyaratan:

1. Dokumen badan hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
2. Dokumen struktur organisasi dan tata kelola lembaga penyelenggara akreditasi;
3. Dokumen mekanisme pengelolaan surveior; dan
4. Surat pernyataan komitmen terakreditasi oleh lembaga pengakreditasi lembaga penyelenggara akreditasi nasional dan/atau internasional secara berkala paling lambat 5 (lima) tahun sejak ditetapkan.

Uraian terkait persyaratan yang diperlukan terdapat pada bagan 1.

Bagan 1

Persyaratan dan Dokumen Pendukung

Lembaga Penyelenggaraan Akreditasi (LPA) Rumah Sakit, Klinik Utama,
Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah

Kriteria Persyaratan	LPA yang tidak memiliki kepemilikan sama dengan LPA ditetapkan oleh Menteri Kesehatan	LPA yang memiliki kepemilikan sama dengan LPA ditetapkan oleh Menteri Kesehatan	Dokumen Pendukung
Badan Hukum Lembaga	LPA harus berbadan hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	LPA harus berbadan hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan	Dokumen pendirian lembaga oleh Notaris yang mendapatkan pengesahan dari Menteri Hukum atau Menteri berwenang.
Struktur Organisasi dan Tata Kelola	Struktur Organisasi LPA harus memiliki struktur organisasi yang tercantum dalam akte pendirian lembaga dan mempunyai unsur dewan pengawas, atau komite pengawas atau bentuk lain dengan tugas dan fungsi di bidang pengawasan terhadap kegiatan	Struktur Organisasi LPA harus memiliki struktur organisasi yang tercantum dalam akte pendirian lembaga dan mempunyai unsur dewan pengawas, atau komite pengawas atau bentuk lain dengan tugas dan fungsi di bidang pengawasan terhadap kegiatan dan program kerja LPA. Unsur tersebut melibatkan <i>stakeholder</i> eksternal, yang terpisah dari unsur	<ul style="list-style-type: none"> - Struktur Organisasi, - AD-ART - Profil lembaga

	<p>dan program kerja LPA. Unsur tersebut melibatkan <i>stakeholder</i> eksternal, yang terpisah dari unsur penyelenggara operasional organisasi.</p>	<p>penyelenggara operasional organisasi.</p>	
	<p>Perencanaan Organisasi LPA harus memiliki perencanaan organisasi yang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dikembangkan dengan para pemangku kepentingan di lembaga 2. Memuat Visi, misi dan tujuan lembaga yang jelas dan terukur 3. Memuat aspek strategik, operasional (meliputi proyeksi pelaksanaan akreditasi dan rincian operasional realisasi pelayanan) dan keuangan 	<p>Perencanaan Organisasi LPA harus memiliki perencanaan organisasi yang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dikembangkan dengan para pemangku kepentingan di lembaga 2. Memuat Visi, misi dan tujuan lembaga yang jelas dan terukur 3. Memuat aspek strategik, operasional (meliputi proyeksi pelaksanaan akreditasi dan rincian operasional realisasi pelayanan) dan keuangan 	<ul style="list-style-type: none"> - Rencana Strategis Organisasi - Rencana Tahunan - Rencana Keuangan

	<p>Tata Kelola Organisasi Lembaga Penyelenggara Akreditasi harus memiliki kebijakan pengorganisasian yang memastikan bahwa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proses penetapan pemeringkatan akreditasi dilakukan secara objektif, independen, dan menghindari konflik kepentingan 2. Penetapan objektif surveior terkait kepatuhan pada standar 3. Prinsip etika dalam pengambilan keputusan dan kode etik lembaga 4. Komitmen pada keadilan dan transparansi 5. Kebijakan yang akuntabel dan transparan 	<p>Tata Kelola Organisasi Lembaga Penyelenggara Akreditasi harus memiliki kebijakan pengorganisasian yang memastikan bahwa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proses penetapan pemeringkatan akreditasi dilakukan secara objektif, independen, dan menghindari konflik kepentingan 2. Penetapan objektif surveior terkait kepatuhan pada standar 3. Prinsip etika dalam pengambilan keputusan dan kode etik lembaga 4. Komitmen pada keadilan dan transparansi 5. Kebijakan yang akuntabel dan transparan tentang rekrutmen, seleksi dan pengangkatan, orientasi, kesehatan dan keselamatan, pelatihan berkelanjutan, dan penilaian kinerja rutin sumber daya manusia pada organisasi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan pengelolaan konflik kepentingan - Kode Etik Lembaga - Kebijakan penilaian kinerja SDM
--	--	---	---

	<p>tentang rekrutmen, seleksi dan pengangkatan, orientasi, kesehatan dan keselamatan, pelatihan berkelanjutan, dan penilaian kinerja rutin sumber daya manusia pada organisasi.</p>		
	<p>Ketentuan khusus; LPA harus memiliki kebijakan terkait sistem keuangan, sistem informasi, sistem manajemen risiko dan peningkatan kinerja, sistem pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, serta sistem manajemen anti penyuapan</p>	<p>Ketentuan khusus: LPA harus memiliki kebijakan terkait sistem keuangan, sistem informasi, sistem manajemen risiko dan peningkatan kinerja, sistem pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, serta sistem manajemen anti penyuapan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sistem informasi dan teknologi akreditasi - Dokumen Manajemen Risiko Lembaga
<p>Tata Kelola Penyelenggara Akreditasi</p>	<p>LPA dalam menyelenggarakan akreditasi sesuai dengan Petunjuk teknis Penyelenggaraan Akreditasi yang ditetapkan oleh</p>	<p>LPA dalam menyelenggarakan akreditasi sesuai dengan Petunjuk teknis Penyelenggaraan Akreditasi yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan</p>	

	Kementerian Kesehatan		
	Manajemen Informasi Pelanggan Lembaga menyediakan informasi yang lengkap tentang akreditasi bagi pengguna pelayanan akreditasi	Manajemen Informasi Pelanggan Lembaga menyediakan informasi yang lengkap tentang akreditasi bagi pengguna pelayanan akreditasi	- <i>Leaflet/ Website /Lembar</i> promosi Lembaga
	Terdapat mekanisme yang jelas untuk memastikan independensi dan menghindari konflik kepentingan	Terdapat mekanisme yang jelas untuk memastikan independensi dan menghindari konflik kepentingan	- Dokumen komitmen Lembaga dalam menghindari konflik kepentingan
Dokumen keterangan kepemilikan yang sama dengan LPA yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan	-	Surat keterangan dari Direksi Perusahaan yang menyatakan bahwa lembaga penyelenggara akreditasi Rumah Sakit Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah dan yang diajukan penetapannya adalah satu kepemilikan yang sama dengan LPA yang telah ditetapkan oleh Menteri	- Akta Pendirian - SK pendirian badan hukum
Mekanisme Pengelolaan Surveior	1. Memiliki tim TOT surveior klinik atau laboratorium kesehatan atau Unit Transfusi Darah;	-	- Pedoman rekrutmen - LPA memiliki perencanaan penerimaan, pelatihan dan peningkatan

	2. Memiliki mekanisme rekrutment surveior		kompetensi surveior
Surat Pernyataan	Membuat surat pernyataan yang berisi kesediaan: 1. Menggunakan standar akreditasi yang ditetapkan Kementerian Kesehatan 2. Menggunakan kurikulum pelatihan surveior yang ditetapkan Kementerian Kesehatan 3. Menggunakan Pedoman survei akreditasi yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan 4. Melakukan bridging sistem informasi akreditasi dengan sistem informasi akreditasi milik Kementerian Kesehatan 5. Menggunakan standar biaya survei yang	Membuat surat pernyataan yang berisi kesediaan: 1. Menggunakan standar akreditasi yang ditetapkan Kementerian Kesehatan 2. Menggunakan kurikulum pelatihan surveior yang ditetapkan Kementerian Kesehatan 3. Menggunakan Pedoman survei akreditasi yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan 4. Melakukan bridging sistem informasi akreditasi dengan sistem informasi akreditasi milik Kementerian Kesehatan 5. Menggunakan standar biaya survei yang 6. Diakreditasi oleh lembaga akreditasi nasional atau internasional 7. Dilakukan audit kepatuhan terhadap item 1 sampai 5 oleh Kementerian Kesehatan	- Surat Pernyataan di atas materai di tandatangani oleh ketua dewan pengurus lembaga penyelenggara akreditasi

	<p>ditetapkan Menteri</p> <p>6. Diakreditasi oleh lembaga akreditasi nasional atau internasional</p> <p>7. Dilakukan audit kepatuhan terhadap item 1 sampai 5 oleh Kementerian Kesehatan</p>		
--	--	--	--

BAB III

TIM VERIFIKASI PENETAPAN LEMBAGA PENYELENGGARA AKREDITASI RUMAH SAKIT, KLINIK UTAMA, LABORATORIUM MEDIS DAN UNIT PENGELOLA DARAH

Sebelum dilakukan permohonan pengajuan Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah akan dilakukan verifikasi berkas persyaratan oleh tim verifikasi. Hasil verifikasi disampaikan kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan sebagai dasar rekomendasi yang akan disampaikan kepada Menteri Kesehatan. Tim verifikasi terdiri dari perwakilan lintas program di lingkup Kementerian Kesehatan.

Tugas tim verifikasi sebagai berikut:

1. Melakukan verifikasi terhadap pemenuhan persyaratan yang diajukan oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah yang mengajukan penetapan;
2. Melakukan klarifikasi terhadap dokumen yang diajukan oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah yang mengajukan penetapan;
3. Melakukan pendokumentasian hasil verifikasi; dan
4. Menyampaikan rekomendasi berdasarkan hasil verifikasi kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.

BAB IV

ALUR PENETAPAN LEMBAGA PENYELENGGARA AKREDITASI RUMAH SAKIT, KLINIK UTAMA, LABORATORIUM MEDIS DAN UNIT PENGELOLA DARAH

A. Permohonan Penetapan

Untuk dapat ditetapkan sebagai Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah, maka lembaga harus mengajukan permohonan penetapan kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan dengan menyertakan dokumen sesuai dengan persyaratan.

Seluruh dokumen disiapkan dalam bentuk *softfile* pdf, dan dikirimkan kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan melalui e-mail verifikasi.lpaditjenkeslan@kemkes.go.id. Kementerian Kesehatan tidak menerima dokumen dalam bentuk hard file.

B. Verifikasi dan Klarifikasi Dokumen

1. Verifikasi kelengkapan dokumen

Permohonan penetapan Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah yang diterima oleh Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan akan diperiksa kelengkapannya oleh tim verifikasi. Verifikasi hanya dilakukan pada dokumen yang diterima sesuai waktu pengiriman berkas yang telah ditetapkan pada surat pemberitahuan. Tim verifikasi memastikan kelengkapan, keabsahan dan keberadaan dokumen. Apabila terdapat temuan dokumen yang tidak lengkap dan/atau tidak sesuai, maka tim akan memberitahukan kepada lembaga untuk melengkapi dan memperbaiki dokumen selama periode waktu yang telah ditetapkan pada surat pemberitahuan.

2. Klarifikasi persyaratan penetapan lembaga

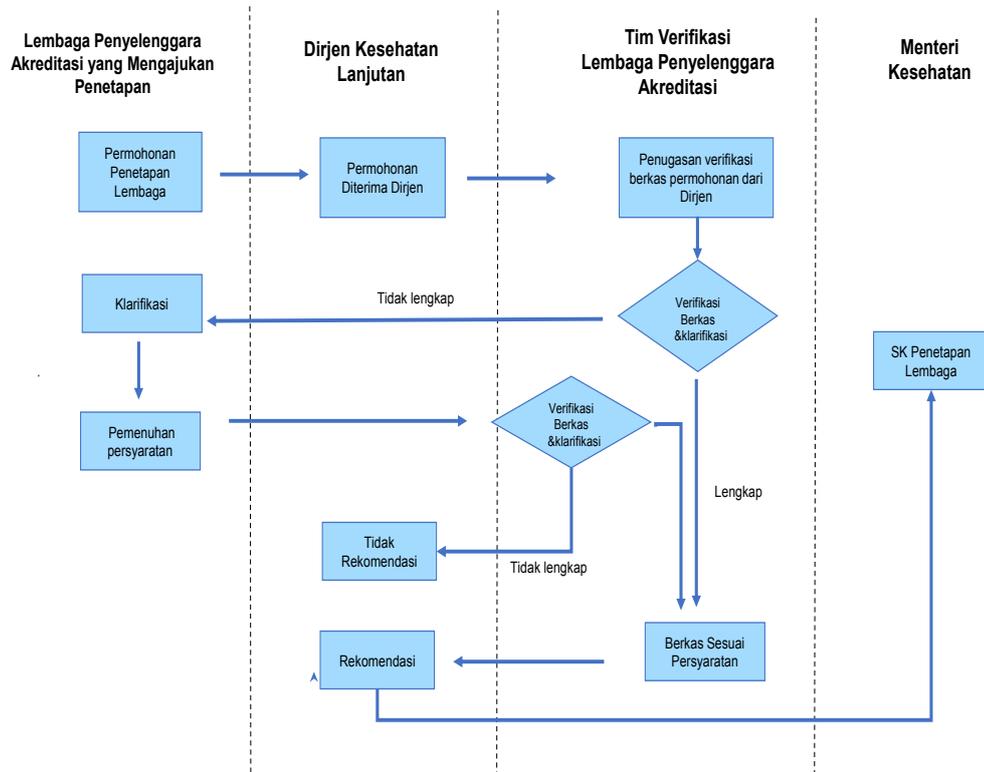
Tim verifikasi akan melakukan klarifikasi terhadap persyaratan yang disampaikan oleh lembaga terkait, mengacu pada persyaratan yang tercantum pada Bagan 1.

C. Rekomendasi

Setelah melalui proses verifikasi, maka tim verifikasi membuat berita acara hasil verifikasi dan klarifikasi untuk disampaikan kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan, agar dapat direkomendasikan untuk ditetapkan sebagai Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah

Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan.

Alur Pemberian Rekomendasi Penetapan Lembaga



BAB V
PENUTUP

Dalam rangka pelaksanaan amanah Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan terkait peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara eksternal melalui akreditasi, maka Kementerian Kesehatan berupaya melaksanakannya secara terbuka, dan akuntabel.

Akuntabilitas pelaksanaan akreditasi tercermin dalam implementasi survei akreditasi yang dilaksanakan oleh lembaga penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri. Di sisi lain, Pemerintah juga tetap melakukan fungsi pembinaan dan pengawasan terhadap Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit, Klinik Utama, Laboratorium Medis dan Unit Pengelola Darah agar Lembaga penyelenggara akreditasi dipercaya sebagai lembaga yang kredibel dalam penyelenggaraan akreditasi.

DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya
Ketua Tim Kerja Hukum
Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan



Rico Mardiansyah, SH, MH
NIP. 198603192010121004