SERASA ROMANTIS (Senin Rabu Sabtu Ronde Manajemen Terintegrasi) Rumah Sakit Sari Asih Serang : Pendekatan Gemba Walk dan Metode Telusur Sebagai Upaya Peningkatan Kinerja dan Keselamatan Pasien

Ns. H onan, SKep dan Ns. Evi Yuliana, SKep

Abstrak

Ronde manajemen merupakan metode supervisi dan evaluasi mutu pelayanan rumah sakit. Tujuannya monitoring kinerja petugas dalam implementasi standar pelayanan, pemenuhan indikator mutu, dan peningkatan keselamatan pasien. Metode yang digunakan Pendekatan Gemba Walk dan Metode Telusur. Hasil ronde manajemen mampu meningkatkan kinerja petugas,data rawat inap Juni 1.733 pasien dan Juli 2.001 pasien, meminimalkan Insiden Keselamatan Pasien,KTD dan Sentinel tidak ada kejadian,Kepatuhan terhadap regulasi dan akreditasi dilaksanakan dengan baik dan berkesinambungan,data hasil survei akreditasi rumah sakit dan sertifikasi syariah hasilnya Paripurna dan Mumtaz. Kesimpulan : adanya ronde manajemen kinerja petugas meningkat,Insiden Keselamatan Pasien minimal dan Kepatuhan terhadap regulasi dan akreditasi di jalankan.

Kata kunci: ronde manajemen, mutu pelayanan, keselamatan pasien

1. LATAR BELAKANG

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan harus senantiasa memberikan pelayanan yang aman, bermutu, dan berorientasi pada keselamatan pasien. Untuk mencapai hal tersebut, diperlukan sistem monitoring yang efektif dan berkesinambungan dari pihak manajemen rumah sakit. Salah satu strategi yang digunakan adalah melalui **ronde manajemen**, yaitu kegiatan kunjungan langsung oleh manajemen rumah sakit ke unit-unit pelayanan untuk melakukan pengawasan, evaluasi, dan pembinaan terhadap proses pelayanan yang berlangsung (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Ronde manajemen menjadi salah satu elemen penting dalam mendukung implementasi manajemen risiko dan mutu pelayanan rumah sakit. Kegiatan ini memungkinkan manajemen untuk mengidentifikasi secara langsung berbagai masalah di lapangan, menilai kepatuhan terhadap standar prosedur operasional (SPO), serta memastikan bahwa sasaran keselamatan pasien (SKP) telah dilaksanakan dengan baik oleh seluruh tenaga kesehatan (KARS, 2022). Di samping itu, ronde manajemen juga mendorong tercipta nya komunikasi yang efektif antara pimpinan dan staf, serta

meningkatkan kepedulian manajemen terhadap kondisi unit pelayanan (Utami & Hartati, 2021).

Menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS), rumah sakit wajib melaksanakan pengawasan dan evaluasi internal yang bertujuan untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar dan kebijakan rumah sakit (KARS, 2022). Ronde manajemen juga telah terbukti efektif dalam menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD), meningkatkan Pelaporan insiden keselamatan pasien, serta memperkuat budaya mutu di lingkungan rumah sakit (Yuliana et al., 2020).

Namun, pada kenyataannya, pelaksanaan ronde manajemen masih menghadapi berbagai kendala, seperti keterbatasan waktu manajemen, kurangnya dokumentasi hasil ronde, serta tidak konsisten nya tindak lanjut atas temuan. Oleh karena itu, perlu dilakukan optimalisasi dan evaluasi pelaksanaan ronde manajemen agar dapat berkontribusi secara nyata dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

2. TUJUAN

2.1 Tujuan Umum:

Memberikan arah dan dukungan manajerial secara langsung di tempat kerja untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan efisiensi operasional rumah sakit.

2.2 Tujuan Khusus

- Monitoring Kinerja petugas Rumah Sakit terkait Kepuasan pelayanan pasien di Rumah Sakit, Target Kunjungan pasien meningkat
- 2) Meningkatkan Keselamatan Pasien dengan mengevaluasi penerapan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) dengan memastikan lingkungan kerja aman dan minim risiko insiden, Target tidak ditemukan adanya Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

3) Memastikan Kepatuhan terhadap Regulasi dan Akreditasi dijalankan dengan baik dan konsisten, Target Hasil Akreditasi SNARS nilainya Paripurna dan Sertifikasi Syariah Nilainya Mumtaz

3. METODE PENELITIAN

Metode Ronde Manajemen Terintegrasi ini merupakan metode telusur lapangan melalui pengawasan langsung manajemen terhadap pelaksanaan pelayanan di unit-unit rumah sakit, serta menciptakan komunikasi yang efektif antara manajemen dan pelaksana pelayanan. Metode yang dilakukan pada kegiatan ronde manajemen ini adalah :

- 1. Kegiatan I : Melakukan penyusunan jadwal telusur,bertujuan untuk menentukan Tim Telusur, area yang akan di telusur dan waktu telusur
- 2. Kegiatan II : Pre Confrence, sebelum telusur ke lapangan Ketua tim akan berdiskusi dengan timnya tentang hal apa saja yang akan di telusur
- 3. Kegiatan III: Pelaksanaan Ronde Manajemen dengan Metode "Gemba Walk" mengacu pada praktik mengunjungi langsung tempat kerja (gemba) untuk melihat langsung proses kerja, mengamati masalah nyata, berdiskusi dengan staf yang terlibat langsung, mengumpulkan fakta secara objektif, dan menemukan peluang untuk perbaikan. Hal yang akan di telusur oleh tim Ronde Manajemen diantaranya telusur Manajemen data dan Mutu, Telusur Unit tentang SKP, KPS, MFK, PKPO, telusur Pelayanan, Telusur Sarana dan Prasarana serta Kebersihan dan Kerapihan
- 4. Kegiatan IV: Wawancara dan Simulasi, untuk lebih memastikan apakah SPO dan Standar Akreditasi dijalankan dengan baik maka akan di lakukan wawancara dan simulasi baik dengan petugas maupun dengan pasien.
- 5. Kegiatan V : Upload WA Grup Ronde Manajemen,hasil temuan saat telusur di lapangan akan di share di grup WA ronde manajemen
- 6. Kegiatan VI : Exit Confrence, hasil temuan saat ronde manajemen di sampaikan ke Kepala ruangan dan pelaksananya untuk ditindaklanjuti dengan target perbaikan 1 minggu setelah di lakukan Ronde Manajemen
- 7. Kegiatan VII: Nilai Akhir,Hasil Ronde dan Tindak Lanjut dari ruangan akan dipresentasikan oleh Ketua Tim Telusur saat Rapat Pelayanan dengan Direktur Rumah Sakit dengan memberikan nilai akhir dan rekomendasi.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan ronde manajemen ini dihadiri oleh Pimpinan Rumah Sakit (Kepala Bidang Pelayan Medik, Kepala Bidang Penunjang Medik dan Kepala Bidang Keperawatan), Kepala Ruangan, Tim Akreditasi serta Satuan Pengawas Internal (SPI) Rumah Sakit, untuk kegiatannya dilaksanakan setiap hari Senin,Rabu dan Sabtu pukul 10.00 WIB sampai dengan selesai.

Bentuk Kegiatan Ronde Manajemen yang dilaksanakan adalah sebagai berikut:

1. Penyusunan Jadwal Ronde Manajemen

Serasa Romantis adalah singkatan dari Senin,Rabu,Sabtu Ronde Manajemen Terintegrasi, agenda ini dilakukan oleh manajemen untuk meninjau langsung pelaksanaan pelayanan rumah sakit,sarana prasarana rumah sakit,kerapian dan kebersihan rumah sakit sehingga jika ada temuan akan segera ditindaklanjuti dengan target yang sudah di tentukan, untuk pelaksanaannya mulai pukul 10.00 WIB sampai dengan selesai

Adapun tim yang di tunjuk untuk melaksanakan ronde manajemen itu terdiri dari Pimpinan Rumah Sakit (Kepala Bidang Pelayanan Medik, Kepala Bidang Penunjang Medik, Kepala Bidang Keperawatan), HRD, Tim Akreditasi Rumah Sakit dan Satuan Pengawas Internal RS, Berikut contoh Jadwal Ronde Manajemen.



Gambar 1.1 Jadwal Ronde Ruangan

2. Pre Confrence

Semua anggota tim yang akan mengikuti telusur akan diberikan arahan oleh Ketua Tim





3. Pelaksanaan Ronde Manajemen

Di Rumah Sakit Sari Asih Serang pelaksanaan ronde manajemen dengan pendekatan Keizen Gemba Walk,dimana Gemba Walk adalah salah satu konsep kunci dalam filosofi Kaizen, yang berfokus pada perbaikan berkelanjutan (continuous improvement). Istilah ini berasal dari bahasa Jepang: Gemba berarti "tempat nyata" atau "tempat sebenarnya di mana pekerjaan dilakukan."Dalam konteks Kaizen, Gemba biasanya merujuk pada lantai produksi, area pelayanan, atau tempat kerja langsung.

Gemba Work mengacu pada praktik mengunjungi langsung tempat kerja (gemba) untuk melihat langsung proses kerja, mengamati masalah nyata,

berdiskusi dengan staf yang terlibat langsung, mengumpulkan fakta secara objektif, dan menemukan peluang untuk perbaikan.

Filosofi ini dikenal juga dengan pendekatan "Go to Gemba" artinya, manajer atau pimpinan tidak cukup hanya melihat laporan, tapi harus turun langsung ke lapangan

Gambar 3.1 Lembar Telusur Lapangan saat ronde manajemen

		RON	DE MANAJEI					IT SA		H SER	ANG				
	IM TELUSUR	3.													
	MEN DATA DAI														
	HAN DAN KERA	PIHAN :													
TELUSUR	UNIT	(B)													
		1. SKP:													
		2. KPS: 3. MFK:													
		 MFK: PKPO: 													
	JAM TELUSUR IN YG DI TELUSI	1													
Mental Falls	ľ	04		1				SKO	R TEL	USUR		SKOR	TL	CAPAIAN	TEMUAN
RAWAT INAP		TELUSUR	STANDAR	D	0	w	s	0	5	10	0	5	10		***************************************
Staf klinis	Manajemen Data	SPK dan RKK	KPS	+		*									
real las	533353 533353 533353 533353 533353 533353 533353 533353 53335 53335 53335 535 53 53			1		+					ш				
				1		+					ш				
Proses	Telusur Unit	Asesmen awal medis,	PP	+							П				
asuhan		termasuk menghasilkan	10090.0	SVC							Ш				
	Telusur	diagnosis dan masalah									Ш				
	Pasien	Asesmen awal keperawatan									Ш				
		 Skrining nyeri 	PP			+					Ш				
		Asesmen nyeri									Ш				
		o Risiko malnutrisi	PP PP	*		+					Ш				
		 Status fungsional Risiko jatuh 	.556								Ш				
		Asesmen terintegrasi	PP	+							Ш				
		Pemberian informasi	HPK	66		+					Ш				
		kondisi, diagnosis dan	MKE	55		200					Ш				
		rencana asuhan		+		+			1						
				1000											
		Asesmen ulang Asesmen ulang nyeri	PP PP								П				

eselam tan	Telusur Unit	Identifikasi pasien Hand hygiene	SKP		+	:					
			ARK ARK PAP								
		pasien • Pasien terminal	MKE								
		Perencanaan pemulangan	MKE	+							
		 Bukti pemberian edukasi 	HPK	+							
		nyeri, obat		1		*					
		Edukasi Materi edukasi nutrisi,	ARK	+							
		(AMA) • Edukasi	ARK	*							
		Penolakan nasehat medis	70000	+							
		• Rujukan	0.0707000	100							
		Proses transfer	HPK	+		+					
		dan invasif	SECURE .	+		+					
		risiko tindakan, transfusi	HPK	+		+					
		o Pemberian informasi atas	HPK								
		 Pemberian informasi hasil asuhan dan pengobatan 	HPK			+					
		keyakinan				+					
		 Hak atas nilai dan 	PAP			+					
		o Hak privasi	VIEWSKI I			+					
		Hak pasien	PAP			+					
		CPPT dan dibuat notasi	CERTIFICATION OF THE PERSON OF								
		Dievaluasi dan direvisi Evaluasi berkala pada	PAP	+		•					
		sasaran Dievaluasi dan direvisi				*					
		terintegrasi dan dengan									
		Rencana asuhan	PAP	150		3.51					
		Integrasi pelayanan	PAP	4		+					
		PPK, CP, Protokol	FAF	+		+					
		Bukti koordinasi asuhan Rencana asuhan	PAP	*							

pasien	٥	Proses melaporkan Pelaporan nilai kritis Hand over Proses pelaporan	SKP SKP SKP	3	++++	+ + +	+			2	28		- 1			,
PPI	Manajemen Mutu	Realiko Jatuh Ruang isolasi Pasien airborne disease Pasien immunocompromised Identifikasi risiko infeksi Iimbah Benda tajam Alkes kedaluarsa Fasilitas hand hygiene Simulasi hand hygiene Simulasi hand hygiene	PPI PPI PPI PPI PPI		+ + + + + + + + +		+									
ARK		Proses transfer	ARK ARK	++		+			Ī		Î					
		Proses rujukan	ARK ARK	++		+										
		Penolakan rujukan	ARK HPK	+		+										
PKPO		Obat emergensi	PKPO		+											
Pasien bedah		Pemberian informasi anestesi	PAB HPK MKE MKE	+ + + +		+ + + +										
		Pemberian informasi bedah	PAB HPK MKE MKE	+ + + +		+ + + +										
		Edukasi adanya nyeri pasca tindakan	PAP MKE			++					1					
	2	Asesmen pra anestesi	PAB	+				18	33	- 8	9:	- 6		- 1		

	Asesmen, diagnosis, rencana operasi	PAB	*											
	Site marking	SKP	+		+							- 8		
Transfer	Penyiapan form transfer	ARK	+	Т	1000	Т								
	Informasi ringkasan asuhan	MKE	+									- 8		
Pasca operasi	Manajemen nyeri:	100000												
	Staf dilatih manajemen nyeri	PAP	+		+									
	Pelayanan nyeri sesuai kebutuhan	PAP			+									
	Asesmen ulang nyeri	AP	+	П	+	Т						- 12		
	Edukasi mengatasi nyeri	PAP	+		+									
Risiko tinggi	EWS	PAP	+		+	+								
	Resusitasi/code blue	PAP KPS	+	+		+								
	Pelayanan darah: + Informed consent + Penanggung jawab dan supervisi + Kendali mutu pelayanan darah	PAP HPK AP			+			li						
	Pelayanan koma dan bantuan hidup	PAP	+	+										
	Pasien immunosupressed	PAP	+	+										
8	Restraint	PAP	+	+			9				S	- 8		
	Pasien lemah, geriatri, anak	PAP	+	+										
	Kemoterapi atau yan risiko tinggi	PAP	+	+								8		
MFK	APAR	MFK	8 8	+	1 3	+	4		Ti)		SI	- 8		
	Kalibrasi Alat	MFK		+		T								
- 31	Pencatatan suhu Ruangan	MFK	8 8	1	1.		1		Til -		S	- 8		
	Manajemen Resiko Ruangan	MFK	+	T	T								,	

		SPO alat	MFK	+		4		 - 5	- 10		
		Kartu Pemeliharaan alat	MFK	+							
SPI		Kebersihan dan Kerapihan Bawah bad berdebu Lantai Keramik berdebu Toilet masih kotor (leher angsa,dim eloset,tutup closet) Kaca Jondola Kaca Jondola Nakas pasien Tempat Sampah Kerapihan ruangan									
	1 P	Penanggung jawab data Telah dilatih	PMKP								
		Semua individu yang terlibat manajemen data sudah dilatih	PMKP								
		Pemilihan indikator mutu unit	TKRS								
		Dilengkapi profil indikator	PMKP								
	UNIT KERJA	Melaksanakan pengumpulan data	PMKP					-			
		Pimpinan unit melaksanakan supervisi pengumpulan data Supervisi oleh Tim PMKP	PMKP								
мити		Penyediaan data untuk OPPE Penyediaan data untuk kinerja perawat Penyediaan data untuk kinerja stof klinis lainnya	TKRS								

	Peningkatan mutu prioritas	TKRS	1 5	- 36	1			is a
	Mutu kontrak klinis	TKRS						
	Mutu dokter praktik mandiri	TKRS						
	Struktur organisasi mendukung mutu pelayanan klinis	TKRS						
RUMAH	Orientasi PMKP dan PPI	TKRS		- 3			i i	ğ
SAKIT	Pemilihan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis - Area klinis - Area manajemen - Sasaran keselamatan pasien indikator - Dilengkapi profil - Supervisi pengumpulan data	PMKP						
	Pemilihan indikator mutu kunci tingkat RS dipimpin Direktur dengan para kepala bidang/Ketua PMKP dan para kepala unit	TKRS	0 0 2	9	14 0			2
	Penetapan pengukuran mutu oleh governing body	TKRS						
	Governing body telah menerima laporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien tepat waktu	TKRS						
	Governing body menindak lanjuti laporan dari RS	TKRS						
	TARGET NILAI MAKSIMAL					\blacksquare		

	-				-	
		REKO	MENDASI			
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

© CEK LIST EVALUASI KEBERSIHAN RUANG LT 3

-	*********	2												3ELF	F A33	ESME	TI											
NO	TEMUAN	300	300	300	300	300	100	300	300	300	301	301	301	301	30	13	30 15	30	30	10	30	30	0 B5	DFR	R. PT	TU NS	TU LK	F
1	PINTUTCILET	6 9	-	- 2	-	- 3	-	-		-						100	10				-		Lu		-	140	LA	Γ,
2	LANTAI KERAMIK	7												*		1			-		*	-			-			$\overline{}$
3	DINDING TOLET	5-5	-8											9	200				100			200					32	\vdash
4	LEHER ANGSA	8 7	- 1			- 3																						
5	TUTUP CLOSET																											
6	DALAM CLOSET	3 8	- 8										8						8 3		8	2 2			-		18	
7	10 CM KERAMIK BAWAH																											
8	LANGIT-LANGIT	3 0		- 3																								
9	EXHOUSE FAN	-			_									_			-					-						Н
10	STEIN, ESS	8 3	- 8	- 3	-	- 3							6					0	6 6		0	0.00			- 7		. 9	\vdash
11	KACAWASTAFEL		-	_		_			-		\rightarrow		-		-	-	1		-			-						\vdash
12	WASTAPEL	3 8	- 8	- 8	- 8							5 3	0 1	2 -		- 3			8 8		2	3 9		- 5	- 2		- 2	\vdash
13	LANTAL / VYNIL	20.00	-	-			- 4		_				-			-			-		-	-		- 1	_			Н
14	KACA JENDELA	8 8	- 3		-		- 3					5 7	6	6 5	2 1	- 8		2	8 3		Q.	3 8			- 4		- 2	H
15	TEMPAT TIDUR PASIEN	8 8	- 3	-	- 5								ŝ			1		1	0.0						- 3			\vdash
16	ALAT FURNITURE																								_			\vdash
17	WALLDACK	18 31	- 31	- 3												-									- 6			Н
18	BORDEN				_																							Н
19	NAKAS PASIEN	3 5.	- 3																			2 3			- 3			
20	DINDING RUANSAN	-	-						_			-	-								100	-						\vdash
21	TEMPAT SAMPAH																								_		- 5	
22	KURSH SOPA	-	- 1	-	-		-		-			-		-		-		-	-		-				-			\vdash
-	TOTAL	8 8	- 22	- 2	- 0		- 3					2	3 1	5 - 3	3 3	- 3			61 8		8	9 0		- 7			1 3	\vdash
	PRESENTASE = TOTAL NILAI JUMLAH TEMUAH																											
	\$ 16860838080808000	0	- 5	2	3	4						0	- 1	2	3	4		0	40 .			0	- 1	2	3	4	1 3	
1	KUANG KERJA							1,6316,8	OT & LIM											MPAH	91 <u> </u>							┖
2	MUSHOLA	S (8)	- 19	- 3					OH MA				8		8			WASTAFEL NS		8 8		- 8			1 8			
3	LEMARI								Y HAK	ZM										TAFEL								
4	PANTRY				- 3	- 8		SUCT					2		3			Several Services	NG OB	100		8					2	
5	SPOEL HOCK	8 8	- 9	- 3	1	- 8	. 8	KURS	RODA				§ :	8 3	8 1	3		RUA	NG KA			3 6			- 0	. 3	1 89	
	TOTAL								4.51.50	DTAL									-1445	OTAL								
	PERSENTASE	6-8		-30	1 8				PERS	ENTAS	Ε					- 3			PER	SENTA	38	9 0	1 - 3	-0				1

KET:

NAMA DAN TTO PETUGAS KEBERSHA

1 = Bolum Boreit (61-69 %) 2 = Cultup Bereit (70-80 %)

nuplarain (10 40 %)
proih (81 - 90 %)
proih (81 - 90 %)
proih (91 - 100 %)

LEADER

KARU:....

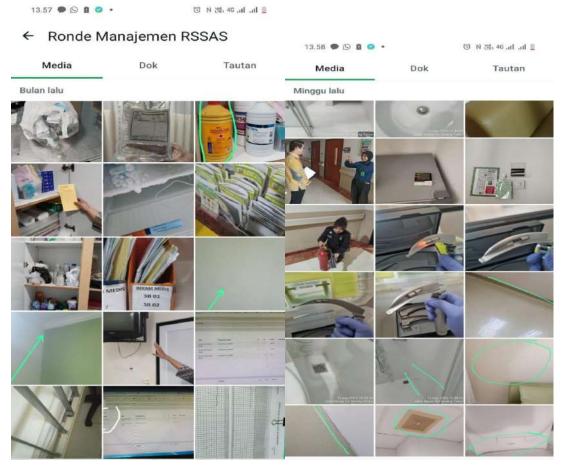
4. Wawancara dan Simulasi







5. Upload Temuan saat Telusur ke WA Group



6. Exit Conference, Hasil temuan di sampaikan ke ruangan yg di ronde untuk di tindak lanjuti





7. Nilai Akhir Ronde, di Laporkan di rapat pelayanan untuk tindak lanjut dan Rekomendasi



5. KESIMPULAN

- Kinerja Petugas sangat baik di buktikan dengan adanya peningkatan kunjungan pasien rawat Inap dari Bulan Juni 2025 sebesar 1.733 pasien menjadi 2.001 pasien di bulan Juli
- 2) Tidak adanya Insiden Keselamatan Pasien KTD dan Sentinel berdasarkan data dari Tim Komite Mutu Keselematan Pasien Rumah Sakit

KEGIATAN MONITORING IKP DI RUMAH SAKIT SARI ASIH ASIH SERANG BULAN JANUARI - JUNI 2025

A. Kegiatan Pokok

Kegiatan monitoring IKP (Insiden Keselamatan Pasien) pada bulan Januari - Juni 2025 terjadi 13 laporan insiden keselamatan pasien

B. Data Pelaporan IKP

	KPCS	KNC	KTC	KTD	SENTINEL
JANUARI	0	0	O	0	.0
FEBRUARI	0	0	2	0	0
MARET	0	2	2	0	0
APRIL	0	1	1	O	0
MEI	0	2	2	0	0
JUNI	0	0	1	0	0
TOTAL	0	5	8	0	0

Analisa: Dari data insiden keselamatan pasien dari bulan Januari-Juni 2025 diatas didapatkan, untuk insiden KTC yaitu 8 kejadiaan, KNC 5 kejadian, dan KTD 0 kejadian Rekomendasi: Lakukan koordinasi dengan komite mutu terutama Sub Komite Keselamatan Pasien agar kejadian insiden keselamatan pasien dapat diminimalisir bahkan tidak terjadi IKP di unit Sebagai salah satu upaya perbaikan peningkatan mutu dan keselamatan pasien

C. Kejadian Sentinel

Pada laporan IKP dari bulan Januari-Juni 2025 tidak ditemukan dan tidak ada pelaporan kejadian KTD dan sentinel sehingga tidak dapat dinilai (TDD)

3) Kepatuhan terhadap regulasi dan Akreditasi dijalankan dengan baik dan Konsisten dibuktikan dengan penilaian Re Akreditasi SNARS mendapatkan Nilai Paripurna dan Sertifikasi Syariah dengan Nilai Mumtaz





DAFTAR PUSTAKA

Kementerian Kesehatan RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes RI.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2022). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1. Jakarta: KARS.

Utami, R., & Hartati, E. (2021). Pengaruh Ronde Manajemen terhadap Peningkatan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 9(2), 120–128.

Yuliana, D., Sari, N. P., & Wibowo, H. (2020). Ronde Manajemen dan Dampaknya terhadap Budaya Keselamatan Pasien. *Jurnal Mutu Pelayanan Kesehatan*, 3(1), 45–52.

KARS. (2022). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1.

Kementerian Kesehatan RI. (2017). Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Utami & Hartati. (2021). Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia.

Imai, M. (1986). Kaizen: The Key to Japan's Competitive Success.

Liker, J. (2004). The Toyota Way.

Gaspersz, V. (2007). Lean Six Sigma for Manufacturing and Services.

Komite Mut dan Keselematan Pasien Rumah Sakit. (2025). *Laporan Komite Mutu Rumah Sakit Sari Asih Semester I*

Rumah Sakit Sari Asih Serang. (2025). *Laporan Kunjungan Pasien Rawat Inap bulan juli 2025*