Jurnal Medicare

ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS KEPATUHAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN

Meiliya Widati[1], Susi Budhi Lestari[2], Faizatul Ummah[1]

[1]Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Lamongan, Jawa Timur, Indonesia.

[2]Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan, Jawa Timur, Indonesia

ARTICLE INFORMATION

Received: July, 5th 2026
Revised: July, 28th 2026
Accepted: July,30th 2026

KEYWORD

Patient safety, PDCA, quality improvement, quality of service, wristband identification

Gelang identitas; keselamatan pasien; mutu pelayanan; PDCA; rumah sakit

CORRESPONDING AUTHOR

Nama: Meiliya Widati
Address: Jl. Raya Plalangan Plosowahyu KM 02, Kec. Lamongan, Kab. Lamongan, Jawa Timur
E-mail: meiliyawidati.09@gmail.com
No. Tlp : +6285601639115

DOI:
10.62354/jurnalmedicare.v5i3.478

© 2026 Meiliya Widati et al.

ABSTRACT

Unit Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) adalah unit strategis yang bertanggungjawab untuk memastikan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi masalah mutu di unit PMKP Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan dan menemukan penyebab dan cara memperbaikinya. Dari hasil observasi dari 106 pasien rawat inap menunjukkan adanya waste defect yaitu ketidakpatuhan pemasangan gelang identitas pasien dengan presentase 93,4% dari standar yaitu 100%. Analisis priotitas masalah menggunakan metode USG (Urgency, Seriousness, Growth) untuk menetapkan sebagai masalah utama. Melalui analisis fishbone ditemukan penyebab masalah yaitu faktor manusia, metode material dan lingkungan, menggunakan PDCA (Plan-Do-Check-Action) untuk rencana perbaikan. Siklus in mencakup perbaikan sistem informasi, audit berkala dan alat bantu pengingat untuk meningkatkan kepatuhan dan budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

The Quality Improvement and Patient Safety Unit (PMKP) is a strategic unit responsible for ensuring the quality of service and patient safety in hospitals. The purpose of this study was to identify quality issues in the PMKP unit of Muhammadiyah Lamongan Hospital and find the causes and ways to improve them. Observations of 106 inpatients showed a waste defect, namely non-compliance with the installation of patient identity bracelets with a percentage of 93.4% of the standard of 100%. Problem priority analysis used the USG method (Urgency, Seriousness, Growth) to determine the main problem. Through fishbone analysis, the causes of the problem were found to be human factors, material methods, and the environment, using PDCA (Plan-Do-Check-Action) for improvement plans. This cycle includes information system improvements, periodic audits, and reminder tools to improve compliance and patient safety culture in the hospital.

A. PENDAHULUAN

Rumah sakit memiliki tanggungjawab strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, tidak hanya melalui upaay penyembuhan penyakit tetapi juga jaminan keselamatan pasien dan pelayanan bermutu. Diera transformasi kesehatan, kualitas pelayanan dan keselamatan pasien menjadi indikator utama kredibilitas rumah sakit.

Unit peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) merupakan sistem terintegrasi yang mencakp pengukuran, analisis dan peningkatan mutu pelayanan serta meminimalisi risiko pasien. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) (Kemenkes, 2022) mewajibkan rumah sakit memiliki komite atau tim penyelenggara mutu yang kompeten mengelola kegiatan PMKP, termasuk pengukuran indikator mutu prioritas dan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Tujuan PMKP bersifat hierarkis, mulai dari operasional hingga strategis. Tujuan umum meliputi pengoptimalan SKP seperti kepatuhan gelang identitas (SKP 1), kelengkapan dokumentasi cabak (SKP 2), label obat yang sangat awas (SKP 3), checklist keselamatan operasi (SKP 4), pencegahan phlebitis (SKP 5), dan identifikasi peringatan risiko jatuh (SKP 6). (Anggraini et al., 2024)

Secara strategis, PMKP mendukung akreditasi paripurna, survei kepuasan pelanggan kurang dari 85%, dan integrasi dengan Jaminan Seperti yang ditunjukkan oleh studi RS swasta 2021–2024, PMKP menciptakan lingkungan keselamatan di mana setiap pekerja dilatih setiap tahun, menurunkan mortalitas rumah sakit hingga 10%. (Sundoro et al., 2023)

Fungsi PMKP dijalankan setidaknya empat kali setahun melalui rapat komite. Koordinasi melibatkan sinkronisasi subkomite untuk analisis data indikator, seperti tingkat phlebitis tidak lebih dari 1/1000 hari kateter dan validasi audit klinis untuk kepatuhan setidaknya 90%. (Haryoso, 2023)

Fungsi inovatifnya, seperti adaptasi teknologi seperti aplikasi laporan mutu dan benchmark dengan RS lain, memastikan PMKP sebagai engine berkelanjutan untuk efisiensi dan keselamatan. (Andrina et al., 2025)

Penelitian terdahulu mengkaji pelaksanaan program PMKP diberbagai rumah sakit. Penelitian (Purwanda, 2022), menemukan bahwa PMKP menggunakan siklus PDCA (*Plan-Do-Check-Action*) untuk memastikan bahwa seluruh proses pelayanan rumah sakit berjalan sesuai standar. Penelitian (Hadiarto et al., 2021) menemukan bahwa PMKP meningkatkan budaya keselamatan atau budaya keselamatan. (Yusfik & Achirman, 2022) menemukan bahwa rumah sakit dengan PMKP yang matang dapat menurunkan insiden pasien jatuh 5 – 10% dan meningakkan kepuasan pasien hingga diatas 95%.

Berdasarkan hasil observasi di unit mutu rumah sakit muhammadiyah lamongan tentang kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien hanya tercapai 93,4% dari 100%, mengindikasikan adanya *waste defect* yang berisiko terhadap keselamatan pasien. Kebaruan penelitian ini terletak pada analisis komprehensif menggunakan pendelatan *lean management* dan siklus PDCA untuk merumuskan solusi perbaikan sistematis. Urgensi penelitian didasarkan

pada risiko keselamatan pasien yang bersifat *real-time,* dimana jika gelang identitas tidak terpasang menyebabkan kesalahan pemeriksaan medis.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi masalah di unit mutu Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan, mengidentifikasi penyebab masalah dengan mengguanak diagram fishbone, menentukan prioritas masalah dengan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth)* dan membuat rencana perbaikan malalui siklus PDCA untuk meningkatkan kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien dan meningkatan budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

B. METODE

Metode penelitian pada artikel ini menggunakan metode observasi dengan pendekatan lean management untuk mengidentifikasi waste. Metode observasi merupakan metode pengumpulan data yang diakukan dengan cara mengamati secara langsung maupun tidak langung terhadap objek atau fenomena yang diteliti. Dalam pelaksanaanya, peneliti melakukan pengamatan sistematis terhadap kejadian dan kondisi tertentu dilapangan tanpa harus intervensi atau manipulasi terhadap objek yang diamati.

Tujuan dari metode ini adalah untuk memperoleh gambaran yang akurat dan mendalam mengenai suatu kejadian atau situasi sebagaimana adanya secara alami, serta untuk memahami konteks dan dinamika yang terjadi dilokasi penelitian berdasarkan fakta yang tampak secara langsung.

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan. Rangkaian kegiatan penelitian dilaksanakan dalam rentang waktu 23 Februari – 6 Maret 2026, dengan periode pengambilan data spesifik terhadap subjek berlangsung mulai tanggal 2 – 6 Maret 2026. Partisipan dalam penelitian ini dipilih menggunakan teknik total sampling yaitu seluruh pasien rawat inap di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan. Analisis data dilakukan dengan perhitungan sesuai dengan indikator mutu prioritas rumah sakit muhammadiyah lamongan yaitu kepatuhan penggunaan gelang identitas pasien.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Identifikasi Kegiatan

Penelitian ini dilaksanakan di Unit Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan. Unit PMKP merupakan unit fungsional yang bertanggung jawab dalam mengoordinasikan, memfasilitasi, memantau dan mengevaluasi seluruh kegiatan yang berkaitan dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit. Peneliti melakukan observasi langsung, partisipasi dalam kegiatan operasional unit, serta pengumpulan data terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien.

Unit PMKP memiliki tugas pokok yang meliputi pengoordinasian sub-komite peningkatan mutu, pemantauan indikator mutu di seluruh unit pelayanan, serta pelaksanaan analisis data menggunakan metode seperti *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) dan *Root Cause*

Analysis (RCA). Selain itu, unit ini juga bertugas menyusun rekomendasi prioritas mutu, laporan insiden keselamatan pasien, rancangan kebijakan dan prosedur operasional baku (SPO) terkait mutu, serta melakukan tracer validasi data dan rapat koordinasi dengan unit kerja secara berkala. Dalam menjalankan tugasnya, unit PMKP memiliki wewenang untuk meminta laporan dari unit kerja terkait program mutu dan keselamatan pasien, berkoordinasi dengan pihak internal dan eksternal dalam rangka sosialisasi dan pelatihan mutu, serta melakukan validasi data, analisis komparatif, dan pemberian rekomendasi tindakan korektif atas permasalahan kinerja.

a. Indikator Mutu Prioritas

Tabel 1 Indikator Mutu Prioritas Unit

No	Nama Indikator	Definisi Operasional	Standar
1	PELAYANAN KLINIS PRIORITAS: Kecepatan waktu transfer pasien triase kuning ke ruangan	Waktu (dalam menit) dari penentuan triase kuning di IGD hingga pasien dipindahkan ke ruang perawatan, dengan target ≤60 menit untuk mencegah memburuknya kondisi.	75%
2	MANEJEMEN RISIKO: Penggunaan APD saat melakukan tugas	Persentase petugas kesehatan yang menggunakan Alat Pelindung Diri (sarung tangan, masker, dll.) sesuai prosedur saat kontak dengan pasien/limbah, diukur melalui observasi atau checklist harian.	100%
3	RENCANA STRATEGIS: Capain kunjungan layanan unggulan	Jumlah kunjungan aktual terhadap target kunjungan layanan prioritas RS (misalnya rawat jalan spesialis tertentu), dihitung sebagai persentase bulanan/tahunan dari rencana strategis.	100%
4	Survei kepuasan pelanggan terhadap kinerja peserta didik	Rata-rata skor kepuasan pasien/keluarga terhadap pelayanan mahasiswa/sta di peserta didik (skala 1-5 atau Likert), dari survei periodik minimal triwulanan dengan sampel ≥100 responden.	100%

5	SKP 1: Kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien	Persentase pasien rawat inap yang dipasang gelang identitas lengkap (nama, MR, tanggal lahir) pada saat admisi, diverifikasi melalui audit rekam medis.	100%
6	SKP 2: Kelengkapan dokumentasi cabak	Persentase rekam medis dengan Catatan Berobat (cabak) lengkap (subjektif, objektif, asesmen, rencana), diukur dari audit random minimal 20 lembar/bulan.	100%
7	SKP 3: Kelengkapan label obat *High Alert*	Persentase obat high alert (insulin, heparin, dll.) yang diberi label khusus (warna, peringatan) saat penyimpanan/pemberian, dicek via observasi apotek dan unit	100%
8	SKP 4: Kepatuhan dokumentasi *Surgical Safety Checklist*	Persentase operasi dengan Surgical Safety Checklist (sign in, time out, sign out) terekam lengkap di rekam medis, audit ≥95% kasus bedah.	100%
9	SKP 5: Phlebitis	Keakuratan infus (skor VIPP ≤1 derajat phlebitis per 1000 hari kateter), dihitung dari observasi harian situs infus pada pasien IV ≥95% bebas phlebitis moderat/berat.	1%
10	SKP 6: Kepatuhan pemasangan Ident Alert Risiko Jatuh	Persentase pasien berisiko jatuh (skor Morse ≥45) yang dipasang ident alert (gelang/stiker) di tempat tidur.	100%

2. Analisis Fungsi Manajemen

a. Perencanaan

Perencanaan di unit PMKP merupakan proses sistematis untuk menetapkan standar mutu dan indikator keselamatan pasien, seperti target penurunan angka kejadian pasien jatuh atau medication error, yang disusun berdasarkan data historis insiden di rumah sakit serta

mengacu pada regulasi akreditasi yang berlaku, sehingga seluruh program prioritas dapat dirancang secara terukur dan realistis. (Rubina & Kendrastuti, 2025)

b. Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah kegiatan menyusun struktur tata kelola mutu di rumah sakit dengan membentuk Tim PMKP, Komite Keselamatan Pasien, serta Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), kemudian dilanjutkan dengan perumusan uraian tugas yang jelas bagi setiap anggota terkait pelaporan insiden dan koordinasi lintas profesi agar tanggung jawab terhadap mutu terdistribusi secara efektif. (Luthfiah & Nabilah, 2023)

c. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah implementasi nyata dari rencana mutu melalui penggerakan seluruh staf rumah sakit, baik dokter, perawat, maupun tenaga farmasi, untuk menerapkan prosedur operasional standar (POS) dan sasaran keselamatan pasien, yang didukung oleh pelatihan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) serta pengawasan langsung dari kepala ruangan di setiap shift. (Pujiyanto et al., 2023)

d. Pengendalian

Pengendalian adalah proses monitoring dan evaluasi berkelanjutan untuk mengukur kesenjangan antara pelaksanaan di lapangan dengan standar mutu yang telah ditetapkan, yang dilakukan melalui kegiatan audit klinis rutin, analisis akar masalah (root cause analysis) terhadap setiap kejadian tidak diinginkan (KTD), serta penerapan tindakan korektif guna mencegah terulangnya insiden serupa di masa mendatang. (Andrina et al., 2025)

3. Identifikasi Masalah

Waste atau pemborosan adalah segala bentuk kehilangan atau aktivitas yang tidak menambah nilai pada produk atau jasa, seperti pemborosan material, waktu, atau biaya, sehingga menimbulkan kerugian. (Puspitasari et al., 2023)

Dari hasil identifikasi ditemukan *Waste Defect* pada indikator mutu prioritas unit yaitu kepatuhan penggunaan gelang identitas pasien Di Unit Mutu atau PMKP Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan dengan berbagai penyebab salah satunya gelang tersebut dilepas oleh pasien dan tidak dipasang kembali oleh petugas.

Berdasarkan hasil observasi dari 110 pasien ditemukan 6 pasien tidak memakai gelang atau gelang terlepas, dengan presentase 6,6% sedangkan pada indikator mutu prioritas untuk kepatuhan penggunaan gelang pasien adalah 100% dengan kesimpulan kepatuhan penggunaan gelang identitas pasien adalah 93,4%.

4. Prioritas Masalah

USG (Urgency, Seriousness, Growth) adalah metode prioritisasi masalah yang menggunakan tiga kriteria objektif untuk menentukan urutan penanganan masalah. Metode ini membantu organisasi fokus pada masalah yang paling kritis dan berdampak besar. (Ariwibowo, 2025)

Tabel 2 USG (Urgency, Seriousness, Growth)

No	Masalah	*Urgency*	*Seriousness*	*Growth*	Total Skor
1.	Gelang identitas pasien yang tidak terpasang	5	5	4	14
2.	Tanda *ident alert* tidak terpasang	4	4	4	12

a. Analisis masalah utama

Analisis untuk hasil penelitian ini adalah gelang identitas pasien yang tidak terpasang. Hasil analisis masalah utama adalah sebagai berikut:

1) *Urgency*
   a) Masalah ini memiliki tingkat kedaruratan tinggi karena menyangkut keselamatan jiwa pasien yang bersifat setiap saat (*real-time*).
   b) Setiap menit tanpa gelang identitas, pasien berada dalam risiko kesalahan identifikasi.
   c) Dalam situasi gawat darurat seperti pasien tidak sadar, kebingungan, atau saat terjadi code blue, ketiadaan gelang dapat langsung memicu kesalahan medis seperti salah obat, salah transfusi, atau bahkan salah operasi.
   d) Risiko ini tidak dapat ditunda penanganannya karena ancamannya bersifat segera dan fatal.
2) *Seriousness*

   Dampak dari masalah ini sangat serius karena menjangkau berbagai aspek penting rumah sakit:
   a) Klinis: Dapat menyebabkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) permanen atau kematian pasien akibat kesalahan prosedur.
   b) Mutu: Identifikasi pasien adalah Indikator Nasional Mutu (INM) yang wajib dicapai. Kegagalan berdampak pada buruknya profil mutu rumah sakit.
   c) Akreditasi: Merupakan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 1. Ketidakpatuhan berat dapat menggagalkan penilaian akreditasi.
   d) Hukum & Reputasi: Berpotensi menimbulkan gugatan hukum dan merusak kepercayaan publik.

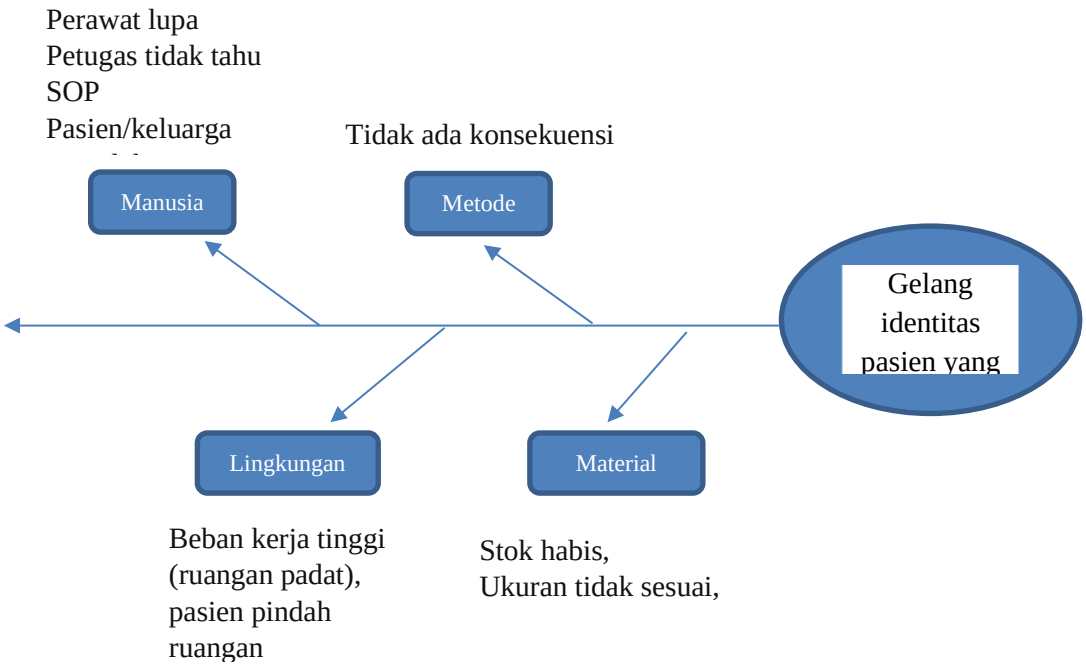
3) *Growth*

Potensi pertumbuhan masalah ini berada pada tingkat sedang. Tanpa intervensi yang konsisten, masalah ini cenderung meningkat seiring waktu karena beberapa faktor:

a) Beban Kerja: Pada jam sibuk atau saat BOR tinggi, kelalaian pemasangan gelang cenderung meningkat.
b) ika tidak ada penegakan aturan, kelalaian dapat menular ke staf baru (menjadi kebiasaan buruk).
c) Logistik: Jika stok gelang tidak dikelola baik, masalah akan muncul berulang. Namun, pertumbuhannya tidak eksplosif, melainkan bertahap dan fluktuatif.

5. Penyebab Masalah

Diagram Ishikawa (fishbone diagram) adalah alat analisis visual untuk mengidentifikasi, mengeksplorasi, dan menggambarkan secara terstruktur akar penyebab potensial dari suatu masalah spesifik (sebab-akibat). (Barsalou & Barsalou, 2023)



Gambar 1 Diagram Ishikawa (Fishbone)

6. Penyelesaian Masalah

a. *Lean management* adalah sistem manajemen berbasis nilai yang berfokus pada peningkatan efisiensi operasional dengan menghilangkan pemborosan (waste) dan memaksimalkan nilai bagi pelanggan. (Hastono et al., 2024)

Tabel 3 Analisis PDCA

Tahapan	Komponen	Rincian Kegiatan
Plan	Identifikasi Masalah	Tingginya insiden pasien yang tidak terpasang gelang identitas atau gelang terlepas. Hal ini berisiko tinggi menyebabkan kesalahan medis (*medication error*, salah tindakan).
	Tujuan	Mencapai 100% kepatuhan pemasangan gelang pasien di seluruh unit pelayanan dalam waktu 1 bulan.
	Rencana Solusi	1. Menyusun program sosialisasi untuk staf dan pasien/keluarga. 2. Membuat stiker/poster bertuliskan "Cek gelang pasien, pasang kembali jika terlepas".
Do	Sosialisasi & Pelatihan	Sosialisasi/briefing atau menyelenggarakan workshop PPA kepada perawat tentang pentingnya identifikasi dan cara komunikasi efektif jika pasien menolak.
	Supervisi	Mengadakan supervisi dari kepala ruangan dan penanggung jawab shift, dilakukan setiap operan shift.
	Alat Bantu	Memasang poster atau stiker bertuliskan "Cek gelang pasien, pasang kembali jika terlepas" sebagai pengingat di meja perawat dan ruang rawat inap.
Check	Pengumpulan Data	Melakukan audit harian atau mingguan secara acak di unit yang bersangkutan. Petugas mutu mengecek

Tahapan	Komponen	Rincian Kegiatan
		secara fisik apakah pasien terpasang gelang.
	Evaluasi	1. Apakah kepatuhan pemasangan meningkat? 2. Apakah ada keluhan baru dari pasien terkait gelang? 3. Apakah petugas mengalami kendala teknis (misal: printer macet)? 4. Bandingkan data sebelum dan sesudah intervensi. Jika target 100% belum tercapai, analisis hambatan di lapangan.
Action	Standarisasi	Memasang poster/stiker pengingat di semua lokasi strategis di seluruh rumah sakit.
	Perbaikan Sistem	Jika stok gelang sering habis, terapkan sistem *kanban* (pemberitahuan otomatis saat stok menipis) yang dikoordinasikan dengan bagian logistik.
	Evaluasi Ulang	Jika target 100% belum tercapai, lakukan analisis ulang untuk mencari akar masalah baru.
	Pembinaan Khusus	Jika ada unit yang kepatuhannya rendah secara konsisten, dilakukan pembinaan khusus oleh Komite Mutu dan Kepala Ruangan.

b. Rekomendasi perbaikan dengan pendekatan *Kaizen* atau *Lean Management*.
    1) Buat aturan di sistem komputer rumah sakit bahwa petugas tidak bisa melanjutkan ke proses pemberian obat atau tindakan medis lainnya sebelum gelang pasien di-scan dan terdata di sistem.
    2) Mengadakan supervisi dari kepala ruangan dan penanggungjawab shift, dan dilakukan setiap operan shift.
    3) Pasang papan pengingat di ruang perawat yang menampilkan target dan capaian kepatuhan pemasangan gelang setiap harinya. Contoh: Poster bertuliskan “cek gelang pasien, pasang kembali jika terlepas”
    4) Setiap kali pasien pindah ruangan (misal dari IGD ke rawat inap), perawat yang menyerahkan dan yang menerima wajib mengecek bersama apakah gelang masih terpasang.
    5) Pimpinan rumah sakit turun langsung ke lapangan untuk melihat proses pemasangan gelang dan bertanya ke perawat: "Kesulitannya apa, Bu?" Lalu adakan diskusi kecil antara perawat, administrasi, dan IT untuk mencari cara agar prosesnya lebih cepat dan mudah.

D. KESIMPULAN

Unit Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan bertugas mengoordinasikan sub-komite mutu, memantau indikator mutu, menganalisis data (FMEA/RCA), serta melakukan tracer dan evaluasi capaian indikator. Kewenangan unit mencakup koordinasi internal-eksternal, validasi data, dan rekomendasi tindakan korektif. Fungsi manajemen (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian) berjalan cukup baik dengan struktur organisasi yang jelas.

Dari 10 indikator mutu prioritas, ditemukan *waste defect* pada indikator kepatuhan pemasangan gelang identitas pasien. Observasi terhadap 110 pasien menunjukkan capaian hanya 93,4% (6 pasien tidak terpasang/terlepas), di bawah standar 100%. Berdasarkan analisis USG, masalah ini menjadi prioritas utama (skor 14) karena tingkat kedaruratan, keseriusan, dan potensi pertumbuhan yang tinggi.

Analisis *fishbone* mengidentifikasi penyebab dari faktor manusia, metode, material, dan lingkungan. Rencana perbaikan disusun menggunakan siklus PDCA, meliputi penggantian spesifikasi gelang, pemasangan poster pengingat, briefing rutin, audit kepatuhan, serta penerapan sistem kanban dan pembinaan bagi unit dengan kepatuhan rendah.

DAFTAR PUSTAKA

Andrina, K. S., Suhaeri, M., Studi, P., Masyarakat, K., Tinggi, S., Kesehatan, I., Sakit, R., & Indonesia, U. (2025). *Evaluasi Efektivitas Pelatihan Peningkatan Mutu & Keselamatan Pasien (PMKP) di Rumah Sakit Universitas Indonesia*. *9*(2), 126–143.

Anggraini, A. N., Nurul, S., & Prasastin, O. V. (2024). *Pelatihan Keselamatan Pasien dalam Pemenuhan Standar Instrumen Kelompok Peningkatan Mutu dan*

Keselamatan Pasien (PMKP). *1*(3), 275–280.

Ariwibowo, M. L. (2025). *Upaya Peningkatan Kinerja Infrastruktur Jalan di Kota Tegal : Evaluasi dan Sasaran Capaian Target Indikator Kemantapan Jalan Kota*. *VIII*(3), 499–520.

Barsalou, M., & Barsalou, M. (2023). Determining which of the classic seven quality tools are in the quality practitioner ' s RCA tool kit Determining which of the classic seven quality tools are in the quality practitioner ' s RCA tool kit. *Cogent Engineering*, *10*(1). https://doi.org/10.1080/23311916.2023.2199516

Hadiarto, R., Ekasari, F., & Yuliani, V. (2021). *Evaluasi Penerapan Sasaran keselamatan Pasien Di UPT Puskesmas Rawat inap Sukoharjo Pringsewu Lampung (Studi Kasus Pasca Akreditasi*. *8*, 41–55.

Haryoso, A. A. (2023). *Jurnal ARSI (Administrasi Rumah Sakit Indonesia) Strategi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kepulauan Seribu Tahun 2019 – 2023 Strategi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Strategy in Increasing Quality and Patient Safety of Kepulauan Seribu Public*. *5*(2). https://doi.org/10.7454/arsi.v5i2.3194

Hastono, Affandi, A., & Sunarsi, D. (2024). *Implementation Of Lean Management Principles For Operational Efficiency*. *2*(2), 145–148.

Kemenkes, R. (2022). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*.

Luthfiah, & Nabilah, H. (2023). *Gambaran Penerapan Manajemen Patient Safety Di Unit Keperawatan Rumah Sakit Umum Anutapura*. *7*(4), 979–987.

Pujiyanto, T. I., Sarino, H., Manika, L., & Dewi, R. (2023). *The effect of Professional Nursing Practice Model Training (MPKP) with the implementation of Pillar IV Nursing Care Delivery System (Pillar IV NCDs) at a Hospital in Kotamobagu , Indonesia*. *6*(1).

Purwanda, E. (2022). *Implementasi manajemen keselamatan pasien di rumah sakit mitra anugrah lestari kota cimahi*. *3*(1204), 241–249.

Puspitasari, F., Moengin, P., & Witonohadi, A. (2023). *Pelatihan Minimasi Waste dengan Lean Manufacturing pada PT . Ganding Toolsindo*. *02*(02), 16–20.

Rubina, T. J., & Kendrastuti, N. N. (2025). *Indikator Mutu Prioritas Unit Pelayanan Pendaftaran di RSU Bethesda Serukam*. *10*(1), 201–211.

Sundoro, T., Sari, D. W., Alvionita, I., & Nuhuyanan, W. R. (2023). *Evaluasi Strategi Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit X Yogyakarta Evaluation Of Quality Improvement And Patient Safety Strategies In Hospital X Yogyakarta*. *5*(2), 12–29.

Yusfik, Y., & Achirman. (2022). *Evaluasi Implementasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Berdasarkan Penilaian Akreditasi Versi 2012 Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Awal Bros Tangerang Banten*. *6*(3), 222–231.