

**EVALUASI IMPLEMENTASI PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN BERDASARKAN PENILAIAN AKREDITASI
VERSI 2012 DIRUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT AWAL BROS
TANGERANG BANTEN**

***EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF QUALITY IMPROVEMENT
AND PATIENT SAFETY BASED ON THE 2012 VERSION OF THE
ACCREDITATION ASSESSMENT IN THE INPATIENT ROOM OF
AWAL BROS HOSPITAL TANGERANG BANTEN***

Yusnita Yusfik¹, Achirman²

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhamadiyah Prof. Dr. Hamka, Indonesia

²Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Pertamedika, Indonesia

email : yusnita_achir@yahoo.com

Abstrak

Program peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan program yang membahas sistem rumah sakit, peran desain sistem dan desain ulangannya dalam memperbaiki mutu dan keselamatan pasien. Selain itu juga program tersebut membahas koordinasi antar semua komponen dalam kegiatan pengukuran dan Kontrol rumah sakit dengan pendekatan yang sistematis. Kebaruan penelitian ini karena meneliti tentang Evaluasi Implementasi Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien Berdasarkan Penilaian Akreditasi Versi 2012 Diruang Rawat Inap Rumah Sakit Awal Bros Tangerang Banten. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi hasil Implementasi PMKP diruang Rawat Inap di Rumah Sakit swasta Awal Bros Tangerang berdasarkan penilaian akreditasi versi 2012. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif yaitu dengan observasi, wawancara mendalam dan penelaahan dokumen. Adapun alasan menggunakan metode kualitatif ini adalah peneliti akan memperoleh data atau berdasarkan apa yang terjadi dilapangan, yang dialami, dirasakan, dan di fikirkan oleh partisipan/sumber data. Melalui wawancara maka dapat 35 menggali informasi guna memahami pandangan, pengalaman, pengetahuan informan mengenai suatu hal secara utuh dengan cara langsung bertatap muka dengan informan dan melihat apa yang terjadi dilapangan. Data yang diperoleh selain dari observasi dan wawancara juga didapat dari penelaahan dokumen sebagai bukti adanya pendokumentasian dari hasil kegiatan yang sudah dilakukan. Hasil telaah dokumen dan wawancara sasaran keselamatan pasien di 6 ruang rawat inap rs. awal bros tangerang banten, bahwa data yang didapat di 6 ruang rawat inap Rs. Awal Bros Tangerang Banten yaitu Ruang Emerald, Ruang Topaz, Ruang Sapphire, Ruang ICU dan Ruang Perina NICU sudah melaksanakan komponen standar keselamatan pasien yaitu standar I sampai dengan standar 6, yang sesuai dengan Panduan standar Akreditasi khususnya PMKP. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah hasil Implementasi dengan Self Assesment yang dilakukan oleh komite mutu Rumah Sakit khususnya pada 6 standar sasaran keselamatan pasien di ruang rawat inap masih belum mencapai target maksimal (100%).

Kata kunci : Evaluasi; Implementasi; Peningkatan Mutu; Keselamatan Pasien.

Abstrack

The Quality and Patient Safety improvement program is a program that discusses the hospital system, the role of system design and its redesign in improving patient quality and safety. In addition, the program also discusses coordination between all components in hospital measurement and control activities with a systematic approach. The novelty in this study is the Evaluation of the Implementation of Quality Improvement and Patient Safety Based on the 2012 Version of the Accreditation Assessment in the Inpatient Room of Awal Bros Tangerang Hospital, Banten. The purpose of this study was to evaluate the results of pmkp implementation in the inpatient room at the awal bros tangerang private hospital based on the 2012 version of the accreditation assessment. The research method used is qualitative, namely by observation, in-depth interviews and document review. The reason for using this qualitative method is that researchers will obtain data or based on what happens in the field, which is experienced, felt, and thought by participants / data sources. Through interviews, 35 can dig up information to understand the views, experiences, knowledge of informants about something as a whole by directly meeting face to face with informants and seeing what is happening in the field. The data obtained apart from observations and interviews were also obtained from the review of documents as evidence

of document documentation of the results of activities that have been carried out. The results of the review of documents and interviews of patient safety targets in 6 hospital inpatient rooms. awal bros tangerang banten, that the data obtained in 6 inpatient rooms of Awal Bros Hospital Tangerang Banten, namely the Emerald Room, Topaz Room, Sapphire Room, ICU Room and NICU Perina Room have implemented the components of patient safety standards, namely standard 1 to standard 6, which is in accordance with the Accreditation standard Guidelines, especially PMKP. The conclusion in this study is based on the results of implementation with Self-Assessment conducted by the Hospital quality committee, especially on the 6 target standards for patient safety in the inpatient room still have not reached the maximum target (100%).

Keywords : *Evaluation; Implementation; Quality Improvement; Patient Safety.*

Received: May 29th, 2021; 1st Revised July 13th, 2022; 2nd Revised July 29th, 2022;
Accepted for Publication : July 29th, 2022

© 2022 Yusnita Yusfik, Achirman
Under the license CC BY-SA 4.0

1. PENDAHULUAN

Dalam upaya untuk mencapai pelayanan yang bermutu, rumah sakit menerapkan program peningkatan mutu yang berkesinambungan melalui upaya upaya yang konkrit dan kerjasama antar sektor sehingga mampu untuk memberikan mutu pelayanan yang sesuai dengan ketentuan dasar dan dapat dipertanggung jawabkan (1)(2).

Pendekatan untuk melakukan perbaikan mutu pelayanan kesehatan menurut Berwick¹ perlu ditinjau dari empat aspek, yaitu pasien dan masyarakat yang menjadi tujuan pelayanan, sistem mikro yang merupakan sistem kerja yang langsung berhadapan dengan pasien, organisasi yang merupakan sistem manajemen terhadap sistem-sistem kerja yang ada dan lingkungan yang antara lain berupa regulasi, legislasi dan akreditasi (3)(4).

Program peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan program yang membahas sistem rumah sakit, peran desain sistem dan desain ulangnya dalam memperbaiki mutu dan keselamatan pasien. Selain itu juga program tersebut membahas

koordinasi antar semua komponen dalam kegiatan pengukuran dan Kontrol rumah sakit dengan pendekatan yang sistematis(5).

Rumah Sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan memiliki kewajiban untuk menjaga keselamatan pasien dengan mengutamakan kepentingan pasien (6), seperti 1 Berwick DM.,Crosssing the quality chasm:health care for the zist century1 st Asia pacific Forum On Quality Improvement In Health Care ,Sydney,2001. 2 yang tertera didalam Undang-Undang No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit yaitu pasal 29 tentang kewajiban Rumah Sakit, diantaranya adalah memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien dengan standar pelayanan Rumah Sakit.2

Dalam Undang-Undang Nomor 40 ayat (1) disebutkan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali.Akreditasi adalah suatu pengakuan yang diberikan pemerintah kepada Rumah Sakit karena telah memenuhi

standar yang ditetapkan. Rumah Sakit yang telah terakreditasi mendapat pengakuan dari pemerintah bahwa semua hal yang ada didalamnya sudah sesuai dengan standar.

Pelayanan yang berkualitas merupakan cerminan dari sebuah proses yang berkesinambungan dan berorientasi pada hasil yang memuaskan. Dalam perkembangan masyarakat yang semakin kritis, mutu pelayanan rumah sakit tidak hanya disorot dari aspek klinis medisnya saja namun juga dari aspek keselamatan pasien dan aspek pemberian pelayanannya, karena muara dari pelayanan rumah sakit adalah pelayanan (7).

Kementerian Kesehatan RI khususnya Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan memilih dan menetapkan sistem akreditasi Rumah Sakit yang mengacu kepada Joint Commission International (JCI) (8). Akreditasi ini bertujuan untuk meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit yang bersangkutan karena berorientasi pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien.³

Berdasarkan standar akreditasi versi 2007, terdapat tiga tahapan dalam pelaksanaan akreditasi yaitu akreditasi tingkat dasar, akreditasi tingkat lanjut serta akreditasi tingkat lengkap. Manfaat implementasi standar akreditasi versi 2007 ini terutama ditujukan bagi penerima layanan kesehatan pasien, bermanfaat bagi petugas kesehatan dirumah sakit, bagi rumah sakit itu sendiri, bagi pemilik rumah sakit dan bagi perusahaan asuransi. Dalam penerapannya standar akreditasi versi 2007 memiliki banyak kekurangan karena lebih berfokus pada

penyedia layanan kesehatan (rumah sakit), kuat pada input dan dokumen, namun lemah dalam implementasi dan dalam proses akreditasi kurang melibatkan petugas.⁴

Data yang didapat dari beberapa keluhan pasien sehubungan dengan kualitas pelayanan yang diterima terhadap penyelenggaraan pelayanan yang ada dirumah sakit adalah terjadinya insiden yang mengakibatkan cedera atau kematian pada pasien yang diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis yang tidak dapat dicegah. kemudian adanya sikap tenaga medis yang kurang baik dan kurang informatif terhadap pasien, pendokumentasian dan komunikasi tenaga medis yang kurang komunikatif. Sehingga apa yang diharapkan oleh pasien atau konsumen tidak sesuai dengan pelayanan yang diterima.

RS Awal Bros Tangerang adalah rumah sakit swasta kelas B dan berdiri pada tanggal 21 Agustus 2006 dan sudah lulus akreditasi Internasional tahun 2014 dengan lulus paripurna. Rumah sakit ini mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspecialis terbatas. Rumah sakit ini juga menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten. Mudah dijangkau karena lokasinya yang strategis di dekat pintu tol Tangerang, RS Awal Bros Tangerang memiliki layanan unggulan (Center of Excellence) yang memberi solusi untuk pelayanan kesehatan. Rumah Sakit ini mempunyai 108 tempat tidur inap, lebih banyak dibanding setiap rumah sakit di Banten yang tersedia rata-rata 63 tempat tidur inap. Jumlah Dokter tersedia banyak dengan 39 dokter. Pelayanan rawat inap

termasuk kelas tinggi, 10 dari 108 tempat tidur di rumah sakit ini berkelas VIP keatas.

2. METODE

Pada penelitian ini penulis menggunakan metode kualitatif yaitu dengan observasi, wawancara mendalam dan penelaahan dokumen (9)(10). Adapun alasan menggunakan metode kualitatif ini adalah peneliti akan memperoleh data atau berdasarkan apa yang terjadi dilapangan, yang dialami, dirasakan, dan di fikirkan oleh partisipan/sumber data. Melalui wawancara maka dapat 35 menggali informasi guna memahami pandangan, pengalaman, pengetahuan informan mengenai suatu hal secara utuh dengan cara langsung bertatap muka dengan informan dan melihat apa yang terjadi dilapangan. Data yang diperoleh selain dari observasi dan wawancara juga didapat dari penelaahan dokumen sebagai bukti adanya pendokumentasian dari hasil kegiatan yang

sudah dilakukan.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

Hasil Telaah Dokumen dan Wawancara Sasaran Keselamatan Pasien di 6 Ruang Rawat Inap Rs. Awal Bros Tangerang Banten.

Bahwa data yang didapat di 6 ruang rawat inap Rs. Awal Bros Tangerang Banten yaitu Ruang Emerald, Ruang Topaz, Ruang Sapphire, Ruang ICU dan Ruang Perina NICU sudah melaksanakan komponen standar keselamatan pasien yaitu standar I sampai dengan standar 6, yang sesuai dengan Panduan standar Akreditasi khususnya PMKP.

Adapun hasil yang telah didapat berdasarkan wawancara kepada masing-masing koordinator / penanggung jawab ruangan masing masing rawat inap adalah sebagai berikut :

Tabel 1 Dokumen Dan Bukti Sasaran Keselamatan Pasien

Standar	Dokumen dan Bukti	Ya	Tdk	Ket
STD SKP 1	Regulasi RS.:			
	a. Kebijakan/panduan identifikasi pasien	√		Setiap ruang rawat inap mempunyai panduan identifikasi pasien.
	b. SPO pemasangan gelang identifikasi	√		Setiap ruang rawat inap sudah mempunyai SPO untuk gelang identifikasi
	c. SPO identifikasi sebelum memberikan obat, darah/produk darah, mengambil darah /specimen lainnya, pemberian pengobatan dan tindakan /prosedur	√		

Standar	Dokumen dan Bukti	Ya	Tdk	Ket
STD SKP II	Regulasi Rs.:			
	a. Kebijakan/Panduan Komunikasi pemberian informasi dan edukasi yang efektif	√		
	b. SPO komunikasi lisan /lisan via telp	√		Berdasar observasi di ruang rawat inap utk komunikasi lisan via telp. sudah dilakukan sesuai SPO yg ada.
STD SKP III	Regulasi Rs:			
	Kebijakan / panduan /prosedur mengenai obat obat yang high alert minimal mencakupi identifikasi, lokasi, pelabelan, dan penyimpanan obat high alert	√		Setiap ruang rawat inap mempunyai prosedur tentang obat obat high alert.
	Dokumentasi Implementasi :			
	a. Daftar obat-obatan High Alert	√		Khusus untuk obat High Alert di Farmasi
	b. Daftar Obat LASA/NORUM	√		
	c. Daftar Elektrolit Konsentrat	√		
STD SKP IV	Regulasi Rs:			
	a. Kebijakan / panduan / SPO pelayanan bedah untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi /dental	√		
	b. SPO penandaan lokasi operasi	√		
	Dokumentasi Implementasi:			
	Dokumen ; surgery safety check list dilaksanakan dan dicatat di rekam medis pasien operasi	√		

Standar	Dokumen dan Bukti	Ya	Tdk	Ket
STD SKP V	Regulasi Rs :			
	a.Kebijakan / Panduan Hand Hygiene	√		Panduan Hand Hygiene lengkap untuk 6 R. rawat Inap
	b.SPO Cuci tangan	√		SPO cuci tangan lengkap di ruang rawat inap
	c.SPO Lima Moment Cuci tangan	√		Masih ada perawat yg belum melakukan dgn benar.
	Dokumentasi Implementasi :			
	a. Indikator Infeksi yang terkait pelayanan kesehatan	√		Ruang rawat inap mempunyai pelaporan pemasangan alat invasive
	b. Bukti sosialisasi kebijakan prosedur cuci tangan	√		
STD SKP VI	Regulasi Rs			
	a. Kebijakan /panduan/ SPO asesmen dan asesmen ulang resiko pasien jatuh	√		Secara observasi di ruang rawat inap telah dilakukan penjelasan kpd keluarga pasien. Untuk SPO /pencegahan
				pasien jatuh serta mempunyai lembar penilaian resiko jatuh pada pasien anak dan dewasa
	b. Kebijakan langkah-langkah pencegahan resiko pasien jatuh	√		
	c. SPO pemasangan gelang resiko jatuh	√		Secara observasi Pemasangan gelang resiko jatuh pada pasien sudah dilaksanakan dgn baik di setiap ruang rawat inap
	Dokumentasi Implementasi :			
	Form Monitoring dan Evaluasi hasil pengurangan cedera akibat jatuh	√		

Hasil Monitoring pelaksanaan PMKP di Ruang Rawat inap Rs. Awal Bros Tangerang Banten

a. Budaya Keselamatan Pasien

1) Pelatihan dan Pendidikan

Pelaksanaan untuk pelatihan dan pendidikan untuk peningkatan SDM secara berkesinambungan sudah dilaksanakan dengan baik dan dilakukan evaluasi serta tindak lanjut.

2) Lingkungan Kerja

Dalam unit rawat inap berdasarkan observasi saling mendukung dan menghargai satu dengan yang lainnya. Terdapat rapat koordinasi multi disiplin secara rutin membahas kasus kasus sulit yang terjadi di ruang rawat inap. Selain itu juga Rumah sakit mempunyai sistem dan prosedur untuk memperbaiki keselamatan pasien.

3) Kepemimpinan Atasan/Manajer

Pimpinan melakukan penancangan program keselamatan pasien serta melakukan rapat koordinasi secara berkala untuk menilai perkembangan program keselamatan pasien.

4) Komunikasi

Tim / panitia Keselamatan pasien melakukan sosialisasi tentang program keselamatan pasien. Berdasarkan hasil analisis insiden maka diberikan feedback tentang perubahan yang perlu dilakukan.

5) Frekuensi Pelaporan

Di rumah Sakit terdapat sistem pelaporan insiden dan pelaporan tersebut dikelola oleh Tim/Panitia Keselamatan Pasien, semua insiden yang terjadi di laporkan dan dicatat dan dianalisis. Laporan tersebut secara rutin di kirim ke KKPRS-PERSI.

6) Team Work

Manajemen Rs. Memberikan lingkungan kerja yang sesuai dengan standar keselamatan pasien. Unit-unit di Rs. Bekerjasama dengan baik untuk memberikan pelayanan keehatan terbaik untuk pasien.

b. Sasaran Keselamatan Pasien Internasional

1) Identifikasi pasien

Di Rs. terdapat kebijakan dan prosedur yang mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2) Meningkatkan Komunikasi Efektif

Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten. Di rumah sakit juga tersedia SPO komunikasi efektif.

3) Peningkatan keamanan Obat yang perlu di waspadi

Terdapat kebijakan atau prosedur yang dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label,

dan penyimpanan elektrolit konsentrat. dan juga mempunyai kebijakan/prosedur pemberian obat dengan benar.

- 4) Kepastian Tepat-Lokasi, tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi/Tindakan

Rumah sakit mempunyai kebijakan dan prosedur yang dikembangkan guna mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan.

- 5) Pengurangan resiko Infeksi terkait pelayanan kesehatan

Rumah sakit menerapkan program hand hygiene yang efektif serta mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (WHO Patient Safety).

- 6) Mengurangi Resiko pasien Cedera akibat jatuh

Rumah sakit menerapkan proses assesmen awal resiko pasien jatuh dan melakukan assesmen ulang bila di indikasikan terjadi peubahan kondisiatau pengobatan dll.

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkelanjutan, melalui pemeriksaan internal dengan menggunakan form pemantauan, laporan insiden, kuesioner maupun dari data rekam medis.pelaporan indikator mutu dilakukan setiap

tanggal 5 setiap bulannya dan di presentasikan dalam rapat koordinasi.

Laporan indikator mutu dan evaluasi kegiatan akan dibuat oleh Komite mutu dan akan dilaporkan setiap bulannya kepada Direktur. Dan Direktur akan melaporkan setiap 3 Bulan kepada Direktur corporate. Pencapaian Indikator mutu akan disampaikan kepada staf RS. Dalam rapat unit dalam masing masing unit.

Jadwal pelaksanaan kegiatan akan di evaluasi setiap tahun dan akan dilakukan oleh komite Mutu.

c. Pencatatan dan Pelaporan

- 1) Laporan hasil pemantauan kepatuhan sasaran keselamatan pasien yang dilakukan oleh champion pada unit masing-masing diserahkan kepada sekretaris Komite KPRS pada akhir bulan
- 2) Laporan hasil pemantauan kepatuhan sasaran keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien setiap bulan dilakukan rekap dan diserahkan kepada komite mutu
- 3) Laporan indikator keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien diberikan setiap bulan dan dilakukan analisa setiap bulan kepada Direktur.

3.2 Pembahasan

Dari hasil pemantauan secara observasi dan pengumpulan data tersebut diatas maka pelaksanaan peningkatan mutu keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh Rs.Awal Bros

Tangerang telah sesuai dengan PMKP Versi 2012.

Struktur yang digunakan sebagai pengukuran tidak langsung dari kualitas pelayanan seperti sumber daya manusia yang sudah dipersiapkan dengan baik oleh pihak rumah sakit Awal Bros dan sesuai dengan profesi dan keahlian masing masing dibidangnya. Selain itu juga yang lebih penting dalam peningkatan mutu keselamatan pasien maka pihak rumah sakit khusus membentuk Organisasi Komite. Dalam hal ini untuk menunjang pelaksanaan PMKP di Rs. Awal Bros maka pendanaan kegiatan pelayanan tersebut bersumber dari Rumah Sakit itu sendiri termasuk penyediaan obat obatan, fasilitas rawat inap dan rawat jalan, peralatan kesehatan dan lainnya.

Kebijakan dan Prosedur sudah sangat dipersiapkan dengan baik oleh pihak manajemen yang terkait dengan Komite Mutu. Kesimpulan secara umum bahwa input atau struktur mempunyai hubungan dengan mutu dalam perencanaan dan penggerakan pelaksanaan pelayanan kesehatan.

Dalam Proses Pelaksanaan PMKP oleh Komite Mutu Rumah Sakit mengacu pada PMKP 1 sampai dengan PMKP 11 yang sesuai pada Akreditasi Versi 2012. Pelaksanaan tersebut dilakukan sesuai standar yang sudah ditetapkan. Khusus pelaksanaan PMKP yang sudah dilaksanakan di 6 ruang rawat inap sudah sesuai dengan prosedur yang ada.

Output yang dihasilkan dengan menjalankan proses peningkatan mutu keselamatan pasien yang sudah sesuai dengan

standar akreditasi Versi 2012 adalah bahwa Rumah Sakit khususnya setiap ruang rawat inap sudah lengkap mempunyai kebijakan / identifikasi pasien, mempunyai SPO, berdasarkan observasi di ruang rawat inap komunikasi via lisan / lisan via telepon sudah sesuai dengan SPO yang ada, sudah mempunyai prosedur obat-obat high alert, sudah mempunyai panduan lengkap SPO pelayanan bedah, Panduan Hand Hygiene, SPO Cuci Tangan, sudah mempunyai panduan pelaporan lengkap pemasangan alat invasif serta sudah mempunyai SPO asesmen ulang resiko pasien jatuh, kebijakan lengkap pencegahan resiko pasien jatuh.

4. KESIMPULAN

Hasil Implementasi dengan Self Assesment yang dilakukan oleh Komite Mutu Rumah Sakit khususnya pada 6 standar sasaran keselamatan pasien di ruang rawat inap masih belum mencapai target maksimal (100%), Pemantauan pelaksanaan 6 sasaran keselamatan pasien sudah dilakukan menggunakan metode dengan target unit pemantauan yang dilakukan meliputi seluruh unit, dan target dan observasi yaitu pemantauan dapat dilakukan dengan cara tracer langsung pada petugas kesehatan dan observasi tanpa sepengetahuan petugas tersebut.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada pihak – pihak yang telah membantu penelitian ini, sehingga penelitian ini terlaksana dengan baik dan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

1. Tene NJ. Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia. 2003;4(3).
2. Irwan I, Nakoe MR. Kesiapsiagaan Bencana Berbasis Masyarakat Melalui Pendekatan Partisipatif. JPKM J Pengabdian Kesehatan Masyarakat [Internet]. 2021 May 22;2(1):73–83. Available from: <https://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jpk/article/view/10312>
3. Lee K, Wan TTH. Health Services Management Research. 2002;15(4).
4. Kau STA, Dulahu WY, Hiola DS. Description Of Nurses Quality Of Work Life In RSUD Dr. M.M. Dunda Limboto. Jambura J Heal Sci Res [Internet]. 2021 Dec 21;4(1):416–25. Available from: <https://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jjhsr/article/view/11964>
5. Wiyono. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Surabaya Airlangga Univ Press. 2000;
6. Adimuntja NP. Determinan Aktivitas Self-Care Pada Pasien Diabetes Tipe 2 Di RSUD Labuang Baji. J Heal Sci Gorontalo J Heal Sci Community [Internet]. 2020 Mar 25;4(1):8–17. Available from: <https://ejurnal.ung.ac.id/index.php/gojhes/article/view/4483>
7. Supranto. Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan. Jakarta: Rineka Cipta; 2011.
8. Kementerian Kesehatan RI. Standar Akreditasi Rumah Sakit Jakarta. 2011.
9. Moleong. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung: Remaja Rosdakarya; 2006.
10. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R & D. Bandung: Alfabeta;