



## PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT APPLICATION OF PATIENTS' SAFETY CULTURE BY NURSES

Ernawati Siagian<sup>1</sup>, William Sovinic Tanjung<sup>2</sup>

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Advent Indonesia

[ernawatisiagian@unai.edu](mailto:ernawatisiagian@unai.edu)

### ABSTRAK

*Budaya Keselamatan pasien merupakan hal yang mendasar di dalam pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit. Perawat bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien yang maksimal. Penelitian bertujuan untuk mengetahui bagaimana penerapan budaya keselamatan pasien pada perawat di Rumah Sakit Swasta di Bandar Lampung. Metode penelitian adalah descriptive-comparative, cross-sectional design dilakukan kepada 83 responden perawat rawat inap. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara menggunakan teknik Accidental Sampling dengan menggunakan instrument Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPSC) yang terdiri dari 12 dimensi. Pengukuran penerapan terhadap masing masing dimensi dilakukan untuk mengetahui dimensi mana yang masih perlu ditingkatkan. Data dianalisis dengan uji statistik Mann Whitney. Hasil yang didapati dari 12 dimensi rata-rata Kepala ruangan (80,8%) kategori baik, Staff pelaksana (76,1%) kategori baik, Head Nurse (73,4%) kategori baik, Incharge (72,7%) kategori cukup. Dimensi yang masih harus ditingkatkan adalah dimensi respon tidak menghukum terhadap kesalahan staff pelaksana (45,2%), incharge (52,4%), head nurse (31,8%) dan kepala ruangan (66,7%). Ada perbedaan yang signifikan antara staff pelaksana, incharge, head nurse dan kepalaruangan sebesar 0.000 dengan nilai  $p > 0.05$ . Meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien diharapkan perawat memberikan perawatan yang komprehensif, berbasis evidence dan berpusat pada kebutuhan pasien.*

**KATA KUNCI:** Budaya keselamatan pasien, perawat, penerapan, HSOPSC

### ABSTRACT

*Patient safety culture is fundamental in the implementation of patient safety in the hospital. Nurses are responsible for providing maximum patient health and safety services. The research aims to find out how to apply the safety culture of patients to nurses in private hospitals in Bandar Lampung. The research method is descriptive-comparative, cross-sectional Design has done to 83 respondents in-patient sampling of the study conducted by using the Accidental Sampling technique base on the instrument Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPSC) consisting of 12 dimensions. The implementation measurement of each dimension is performed to determine which dimension should still be improved. Data were analyzed by Mann Whitney statistical tests. Results were found from the average 12 dimensions implementing Staff (76.1%), the category is good. In charge (72.7%) Enough categories. Head Nurse (73.4%) Good category. Head of room (80.8%) Good category. The dimensions that still need to be improved are the response dimensions not punishing against the execution staff fault (45.2%), in charge (52.4%), head nurse (31.8%), and head of the room (66.7%). There is a significant difference between the nurses, in charge, head nurse and head of the room by 0.000 with the value  $p > 0.05$ . To improve the application of patient safety culture, it is expected that nurses provide comprehensive, patient-based and patient-centered care.*



**KEY WORDS:** *HSOPSC, Implementation, Nurses, Patient safety culture.*

## PENDAHULUAN

Keselamatan pasien merupakan upaya pencegahan terjadinya kesalahan dalam memberikan tindakan pelayanan kesehatan yang dapat membahayakan pasien. Setiap tenaga kesehatan memiliki risiko untuk melakukan kesalahan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang dapat mengancam keselamatan dan merugikan pasien (WHO, 2015). Keselamatan pasien di rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi resiko assessment, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien pelaporan dan analisis insiden. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan pencegahan terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Depkes RI, 2011).

Menurut hasil survei WHO dalam penelitian Novelni (2011) bahwa di 55 rumah sakit di 14 negara di 4 kawasan (Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik Barat) menunjukkan rata-rata 8,7 % dari pasien rumah sakit mengalami infeksi nosokomial serta lebih dari 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita komplikasi infeksi tersebut yang diperoleh dari rumah sakit. National Health and Medical Research Council (2010) menyebutkan bahwa terdapat sekitar 200.000 HAIs di Australia yang didapatkan dari fasilitas kesehatan perawatan akut dalam tiap tahun.

Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit (Depkes RI, 2011) 1). Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit. 2). Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat. 3). Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit. 4). Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (KTD). Kejadian Tidak Diharapkan

(KTD) / adverse event adalah suatu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Kejadian Sentinel adalah KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera serius. (Permenkes R.I no 1691/Menkes/Per/VIII/2001).

Ada 12 dimensi yang terkandung didalam budaya keselamatan pasien yakni: 1). Frekuensi pelaporan insiden. 2). Persepsi tentang keselamatan pasien secara menyeluruh. 3). Harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien. 4). Pembelajaran organisasi-perbaikan berkelanjutan. 5). Kerjasama tim dalam unit. 6). Komunikasi terbuka. 7). Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan. 8). Respon tidak menghukum terhadap kesalahan. 9). Staffing 10). Dukungan manajemen rumah sakit terhadap program keselamatan pasien. 11). Kerjasama tim antar unit. 12). Overan dan transisi (Sorra & Nieva, 2003).

Rumah sakit yang menjadi lokasi penelitian ini merupakan salah satu rumah sakit swasta yang telah menerapkan program keselamatan pasien dan telah memiliki sistem pelaporan insiden keselamatan pasien sejak tahun 2018. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi penerapan budaya keselamatan pasien khususnya pada perawat rawat inap yang ada di rumah sakit tersebut. Hasil dari penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi pihak manajemen rumah sakit dalam meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien yang lebih baik lagi sehingga mampu mendukung program keselamatan pasien.



**METODE PENELITIAN**

Metode yang digunakan adalah metode *kuantitatif descriptive-comparative, cross-sectional design*. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran tentang perbedaan penerapan budaya keselamatan pasien antara posisi staf pelaksana, incharge, head nurse dan kepala ruangan. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di instalasi rawat inap di rumah sakit Advent di Bandar Lampung.

Jumlah sampel adalah 83 perawat dengan menggunakan error tolerance 0,05. Metode yang digunakan untuk menentukan jumlah sampel adalah dengan menggunakan rumus *Slovin*. Pemilihan sampel menggunakan metode *accidental sampling*. Kriteria sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu subjek adalah perawat yang aktif bekerja, mempunyai riwayat pengalaman bekerja minimal 1 tahun dan sukarela melakukan penelitian ini.

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada instrument yang telah dikembangkan oleh *Agency for Healthcare Research Quality* yaitu *Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPC)* (Sorra & Nieva, 2003). Instrument yang terdiri dari 12 dimensi dapat mengukur budaya keselamatan pasien baik di tingkat unit maupun di tingkat rumah sakit. Nilai reliability dengan menggunakan Cronbach's Coefficient alpha dengan rentangnya antara 0,63 dan 0,84 (Sorra & Dyer, 2010, Sorra & Nieva, 2004). Uji validitas dilakukan dengan menguji konten, dengan langkah *back translation method*.

**HASIL**

Penelitian dilakukan terhadap 83 responden untuk mengukur penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat didapatkan data sebaran responden seperti yang tertera didalam tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Responden

Variabel	Sub variabel	Frekuensi	Presentase
<b>Posisi</b>	Staff Pelaksana	42	50.6
	Incharge	14	16.8
	Head Nurse	22	26.6
	Kepala Ruangan	5	6.0
<b>Jumlah Responden</b>		83	100

Perbedaan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat berdasarkan posisi yaitu antara kelompok staff pelaksana, Incharge, Head Nurse dan Kepala Ruangan dapat dilihat dalam tabel 2 berikut ini.

Tabel 2. Penerapan Budaya Keselamatan Berdasarkan Posisi

No	Dimensi	Posisi			
		Staff Pelaksana	Incharge	Head Nurse	Kepala Ruangan
1	Frekuensi pelaporan insiden	81.8%	6.9%	81.8%	80%
2	Persepsi tentang keselamatan pasien secara menyeluruh	65.1%	64.3%	71.2%	73.3%
3	Harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien	77.4%	58.9%	65.9%	75%
4	Pembelajaran organisasi perbaikan berkelanjutan	96.8%	88.1%	92.4%	100%
5	Kerjasama tim dalam unit	83.9%	92.9%	89.8%	95%
6	Komunikasi terbuka	84.9%	71.4%	74.2%	73.3%



7	Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan	84.1%	78.6 %	78.8%	100%	<b>Incharge</b>	10.2 3	2.948	2 - 14 (12)	9.28 -
8	Respon tidak menghukum terhadap kesalahan	45.2%	52.4 %	31.8%	66.7%	<b>Head Nurse</b>	16.2 0	5.090	4 - 22 (18)	14.5 7 - 17.8 3
9	Staffing	63.3%	76.2 %	77.3%	80%	<b>Kepala Ruangan</b>	4.05	1.260	1 - 5 (4)	3.65 - 4
10	Dukungan manajemen RS terhadap program keselamatan pasien	69.8%	73.8 %	69.7%	66.7%					
11	Kerjasama tim antar unit	79.8%	76.8 %	75%	85%					
12	Oferan dan transisi	76.2%	76.8 %	72.7%	75%					
	<b>RATA-RATA</b>	76.1%	72.2 %	73.4%	80.8%					

**TOTAL RATA-RATA 4 Posisi= 75.75%**

Kategori: Baik  $\geq 75\%$ ; Cukup  $\geq 50\% \leq 75\%$ ; Kurang  $\leq 50\%$

Untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan penerapan budaya keselamatan pasien berdasarkan posisi dapat dilihat dalam tabel 3 berikut ini. Hasil yang diperoleh terdapat perbedaan yang signifikan dalam penerapan budaya keselamatan pasien antara posisistaf pelaksana, incharge, head nurse dan kepala ruangan Hal ini berdasarkan pada nilai *p value* sebesar 0.000 ( $p > 0.05$ ).

Tabel 3. Perbedaan Penerapan Berdasarkan Posisi

Posisi	Mea n	Std. Devia si	Rang e	95% Ci	P. Valu e
<b>Staff Pelaksana</b>	32.1	8.796	3 - 42 (39)	29.2 9 - 34.9 1	0.00 0

**PEMBAHASAN**

Analisa pada tabel 2 secara keseluruhan penerapan budaya keselamatan pasien dirumah sakit Advent Bandar Lampung masuk dalam kategori yang baik yaitu rata-rata keseluruhan yang terdiri dari staff pelaksana, incharge, head nurse dan kepala ruangan adalah (75,75 %). Hasil yang didapati dari 12 dimensi rata-rata Staff pelaksana (76,1%), kategori baik. Incharge (72,7%) kategori cukup. Head Nurse (73,4%) kategori baik. Kepala ruangan (80,8%) kategori baik. Posisi kepala ruangan memiliki presentase paling tinggi (80,8%) masuk dalam kategori baik dan juga faktor lainnya juga kepala ruangan memiliki pengalaman yang cukup banyak dalam penerapan budaya keselamatan pasien dibandingkan dengan posisi staff pelaksana, incharge dan Head Nurse. Dimensi yang masih harus ditingkatkan adalah dimensi respon tidak menghukum terhadap kesalahan staff pelaksana (45,2%), incharge (52,4%), head nurse (31,8%) dan kepala ruangan (66,7%).

Pelaporan adalah komponen yang penting dari keselamatan pasien. Organisasi belajar dari setiap pengalaman-pengalaman sebelumnya serta mempunyai daya ungkit dalam mengidentifikasi faktor-faktor risiko terjadinya insiden sehingga dapat mencegah atau mengurangi insiden yang terjadi. Menurut penelitian Beginda (2012) Hambatan dapat terjadi pada pelaporan diantaranya: perasaan takut akan disalahkan, perasaan kegagalan, takut akan hukuman, kebingungan dalam bentuk pelaporan, kurang kepercayaan dari organisasi, kurang menyadari keuntungan dari pelaporan. Perawat akan



membuat pelaporan jika merasa aman apabila membuat laporan tidak akan menerima hukuman. Perawat yang terlibat merasa bebas untuk menceritakan atau terbuka terhadap kejadian yang terjadi. Perlakuan yang adil terhadap perawat, tidak menyalahkan secara individu tetapi organisasi lebih fokus terhadap sistem yang berjalan akan meningkatkan budaya pelaporan (NPSA, 2004). Menjadikan sistem pelaporan ini sebagai salah satu sumber informasi dalam proses pembelajaran, memerlukan sedikitnya dua hal yang harus dapat dipersiapkan oleh suatu rumah sakit tertentu. Tersedianya SDM yang mampu melakukan analisis secara kritis terhadap insiden yang terjadi dan adanya suatu kebijakan yang dikembangkan oleh pihak rumah sakit dalam rangka menjabarkan kriteria analisa pelaksanaan akar masalah dan analisa kegagalan (Kemenkes, 2011).

Kepala ruang adalah seorang perawat dimana mempunyai tugas dan tanggung jawab mengatur dan mengendalikan kegiatan perawat di ruang rawat dalam meyakinkan perawatan yang aman bagi pasien (Gilies, 2006). Menurut penelitian Thomas, Sexton, Neilands, Frankel & Helmreich, (2005) menyatakan bahwa manajer perlu melakukan executive walkround yaitu mengunjungi unit unit pelayanan secara rutin untuk mencari tahu permasalahan yang ada di unit unit tersebut sambil mendengar masukan dari bawahan. Hal ini akan mempengaruhi budaya keselamatan pasien. Manajer mempertimbangkan saran dari petugas untuk memperbaiki keselamatan pasien, memberikan pujian petugas kesehatan yang mengikuti prosedur keselamatan pasien, dan tidak mengabaikan masalah keamanan pasien (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017). Menurut penelitian Najihah (2018) pelaporan insiden keselamatan pasien dapat meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien sehingga insiden keselamatan pasien dapat dihindari. Masih banyak petugas kesehatan yang mengabaikan pelaporan insiden tersebut karena merasa insiden tersebut dapat ditangani sendiri dan hanya melaporkan apabila sudah terjadi cedera.

Menurut penelitian Mahajan (2011) Umpan balik dan komunikasi terhadap suatu

kesalahan merupakan hal yang sangat penting setelah dilakukannya pelaporan dari setiap insiden terhadap keselamatan pasien. Petugas kesehatan diberitahu tentang kesalahan yang terjadi, diberi umpan balik tentang perubahan yang diterapkan, dan mendiskusikan cara mencegahnya (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).

Budaya keselamatan memberikan implikasi kualitas pelayanan untuk kepemimpinan rumah sakit. Ketika para pemimpin memprioritaskan budaya keselamatan, resiko terhadap pasien mungkin telah diperbaiki dengan pergantian staf dan peningkatan produktivitas. Hal ini dapat dijadikan investasi dalam sistem keselamatan pasien untuk memberikan perawatan andal dan aman (Brown & Wolosin, 2013)

Ketika terjadi insiden, selayaknya tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Budaya tidak menyalahkan kepada perawat perlu dikembangkan dalam menumbuhkan budaya keselamatan pasien. Perawat akan membuat laporan kejadian jika yakin bahwa laporan tersebut tidak akan mendapatkan hukuman atas kesalahan yang terjadi. Lingkungan terbuka dan adil akan membantu membuat pelaporan yang dapat menjadi pelajaran dalam keselamatan pasien (Nurmalia, 2012). Fokus pada kesalahan yang diperbuat perawat akan mempengaruhi psikologis perawat. Kesalahan yang dilakukan perawat akan berdampak secara psikologis yang akan menurunkan kinerja (Yahya, 2006). Menurut Reason (2000) dalam Hamdani (2007) kesalahan yang terjadi lebih banyak disebabkan kesalahan sistem, jadi fokus apa yang diperbuat, hambatan yang mengakibatkan kesalahan serta risiko lain yang dapat terjadi dapat dijadikan pembelajaran dari pada hanya terfokus pada siapa yang melakukan.

Menurut Rachmawati (2011) faktor individu atau petugas sangat berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien adalah perasaan takut disalahkan. Adanya budaya menyalahkan di lingkungan rumah sakit menyebabkan petugas cenderung tidak melaporkan insiden keselamatan pasien karena



takut dimarahi atau karena takut temannya dalam masalah. Organisasi kesehatan harus mampu menciptakan lingkungan yang non punitive yang tujuannya adalah supaya setiap elemen staf tidak takut untuk melaporkan kejadian. Ketika sistem punishment dijalankan, maka staf akan enggan melaporkan insiden. Kejadian yang tidak dilaporkan membuat organisasi tidak belajar dari kesalahan dan kurang peduli terhadap pelayanan (Hamdani, 2007). Koreksi terhadap kesalahan yang dilakukan oleh petugas kesehatan, bukan sebagai alat untuk mencari kesalahan. (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).

Dalam budaya yang adil, akuntabilitas untuk keselamatan pasien juga dibagikan di antara para klinisi kepemimpinan. gerakan untuk menciptakan budaya yang adil memberdayakan dokter untuk melaporkan eror nyaris hilang secara terbuka dan transparan dengan manajer. ini bukan untuk mengatakan bahwa ketika kesalahan terjadi dokter tidak bersalah dan tidak bertanggung jawab. melainkan, penyebab kesalahan diselidiki dengan pertanyaan "bagaimana ini terjadi?" bukan "siapa yang melakukannya?" metode kueri ini memaksa para pemimpin untuk menganalisis proses dalam sistem untuk mencari penyebab yang terkait dengan kesalahan (Tocco & Blum, 2013). Merangkul budaya yang adil dan mewujudkan semangat "lakukan hal yang benar" adalah karakteristik yang dapat digunakan CNL untuk mempromosikan lingkungan profesional. ia harus mendorong anggota staf untuk melaporkan kejadian yang buruk yang dilakukan mereka sendiri atau nyaris celaka. Selain itu, CNL mampu secara aktif melibatkan dan mendidik perawat tentang cara mencegah kesalahan lebih lanjut dan berbagi pengalaman mereka dengan rekan kerja lainnya. akhirnya, CNL dapat berkolaborasi dengan manajer perawat dan berbagi pengetahuan perihal tentang keselamatan dengan dewan dalam praktik keperawatan berkualitas (Tocco & Blum, 2013).

Hasil yang diperoleh dalam penelitian ini adalah terdapat perbedaan yang signifikan dalam penerapan budaya keselamatan pasien antara posistaf pelaksana, incharge, head nurse dan kepala ruangan Hal ini berdasarkan pada nilai *p value* sebesar 0.000 ( $p > 0.05$ ). menunjukkan

bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antar posisi staff pelaksana, incharge, head nurse dan kepala ruangan dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Hasil penelitian ini hampir sama dengan hasil penelitian diberbagai dirumah sakit di Indonesia seperti penelitian yang dilakukan oleh Essy Mandriani, Hardisman dan Husna Yetti, (2018) di RSUD Padang yang hasil Dukungan manajemen RS terhadap program keselamatan pasien masih kategori cukup. Penelitian yang dilakukan Yeni Yarnita dan Maswarni (2019) di RSUD profinsi riau, penelitian yang dilakukan Yennike Tri Herawati (2015) Rumah Sakit X Kabupaten Jember. Hasil penelitian ini hampir sama dengan hasil penelitian di rumah sakit yang ada di luar negeri seperti penelitian yang dilakukan Danielsson, Marita, MScNilsen, Rutberg, Hans; Arestedt, Kristofer, (2019) di rumah sakit swedia. Gambaran dan hasil penelitian Siagian E (2018) di rumah sakit Advent Bandar Lampung tahun 2016 menunjukkan hasil Dimensi harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan keselamatan pasien dalam kategori kurang (28,9%), respon tidak menghukum terhadap kesalahan (39,0%) dalam kategori kurang.

## KESIMPULAN

Secara keseluruhan penerapan budaya keselamatan pasien dirumah sakit Advent Bandar Lampung masuk dalam ketegori yang baik yaitu rata-rata keseluruhan yang terdiri dari staff pelaksana, incharge, head nurse dan kepala ruangan adalah (75,75%). Terdapat perbedaan yang signifikan pada penerapan budaya keselamatan pasien antar posisi staf pelaksana, incharge, head nurse dan kepala ruangan. Pentingnya penerapan budaya keselamatan pasien serta bertanggungjawab memberikan pelayanan yang aman dan berkualitas, dalam melakukan setiap prosedur dan intervensi kepada pasien sesuai dengan standar keamanan yang berlaku menjadi prioritas perawat.



## DAFTAR PUSTAKA

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.
- Beginta, Romi. (2012). *Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien, Gaya Kepemimpinan, Tim Kerja, Terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi Tahun 2011*. Tesis. FKM Universitas Indonesia.
- Center for Advanced Human Resource Studies. (2011). *Strategically deploy HR practices to increase worker commitment and reduce turnover* (CAHRS ResearchLink No. 16). Ithaca, NY: Cornell University, ILRSchool.
- Danielsson. M., Nilsen. P., Rutberg.H., Arestedt.k., (2019). *A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden*. Patient Safe • Volume 15, Number 4, December 2019.
- Departement kesehatan RI. (2011). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI.
- Gillies, D. A. (2006). *Manajemen Keperawatan Suatu Pendekatan Sistem. Edisi Kedua*. Terjemahan Illiois W. B. Saunders Company.
- Joint Comission International. (2013). *Hospital Patient Safety Goals. 4th Edition. Oarkbrook Terrace-Illinois: Department of Publication Joint Comission Resources*.
- Komite Keselamatan Rumah Sakit (KKP-RS) PERSI. (2008). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. Jakarta.
- Mahajan, RP. (2011). *Clinical incident reporting and learning. Britisg of Journal Anaesthesia.*, 105:69  
75.
- Mandriani. E, Hardisman, Yetti. H. (2018). *Analisis Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Oleh Petugas Kesehatan di RSUD dr Rasidin Padang Tahun 2018*. Jurnal Kesehatan Andalas.
- National Patient Safety Agency (NPSA). (2003). *Seven Step to Patient Safety's. An Overview Guide from NHS Staff*.
- National Health and Medical Research Council (2010). *Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Health care, Part A : basic of infection prevention and Control*. Australian goverment. NHMRC—ICG Project Team, Canberra.
- Nieva, V. & J. Sorra. (2003). *Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations. Quality and Safety in Health Care*, 12: p. 7-23
- Nordin, A., theander, Kersti, Wilde-Larsson, BH., Nordstrom. (2013). *Healthjcare Staff's Perception of Patient Safety Culture in Hospital Settings and Factors of Importance for This. Open Journal of Nursing*, 2013,3,28  
40.<http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2013>  
Permenkes R.I no  
1691/Menkes/Per/VIII/2001. (n.d). *Tentang Keselamatan pasien Rumah Sakit*.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurmalia, Devi. (2012). *Pengaruh Program Mentoring Keperawatan terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RS Sultan Agung Semarang*. Tesis. FKM UI.
- Peraturan Menteri kesehatan Nomor 1691. (2011). *Tentang Keselamatan pasien rumah sakit*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11. (2017). *Tentang Keselamatan Pasien* Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Rachmawati E. (2011). *Model pengukuran budaya keselamatan pasien di RS Muhammadiyah-., Aisyiyah tahun 2011*. Pros Penelit Bid Ilmu Eksakta. ;11–34.



- Reason, JT. (2000). *Understanding adverse events: human factors*. In Vincent CA, ed. *Clinical risk Management*. 1995. London: BMJ Publication.
- Siagian, E., (2018), *Persepsi Perawat dan Dokter Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Advent Bandar Lampung*, Jurnal Skolastik Keperawatan Bandung: UNAI
- Sorra, JS & Nieva, VF. (2004). *Survey on Patient Safety Culture*. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 2004.
- Sorra, J., Gray, L., & Streagle, S. (2016). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*. In *AHRQ Publication* (Vol. 9). <https://doi.org/10.1007/s10763-009-9174-y>.
- Thomas, E., Sexton, J., neilands, T., Frankel, A., & Helmreich, R. (2005). *The effect of Executive Walk Rounds on Nurse Safety Climate Attitude: A randomized Trial of Clinical Units*. BMC Health Serv Res
- Tocco, S., & Blum, A. (2013). *Just Culture Promotes a Partnership for Patient Safety*. *American Nurse Today*, 8(5), 16-17, Retireved from <http://www.americannursetoday.com/archive/may-2013.vol-8-no-5>.
- WHO Collaborating Centre. (2015). *Patient safety solutions preamble*. WHO Publisher.
- World Health Organization. (2007). *The nine Patient Safety Solutions: Preamble. Communication*, (May).