

## Implementasi Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar

**Nur Syarianingsih Syam**

Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta, Indonesia  
Corresponding author, e-mail: nur.syam@ikm.uad.ac.id

Received: 30/08/2017; published: 28/08/2017

### Abstract

**Background:** The incidence of medication errors to patients on hospital have been reported in some cases. Indonesia was launched "Patient Safety Movement in Hospital" to reduce incidence of medication errors. This movement was launched on 2005 ago, but until now its implementation has not been comprehensive. **Method:** This research used quantitative descriptive design using questionnaire as a measuring tool. This research could provide an overview of the implementation of patient safety culture in Ibnu Sina Hospital Makassar. Service that is. The data were processed by using univariate analysis with SPSS program. **Results:** The results of this study showed a positive response on the position of supervisor/manager expectations and patient safety promotion actions (82.3%) and the negative response was non-punitive response dimension (51.8%). The highest positive response was the inpatient installation (43.26%). **Conclusion:** The conclusion of this research is the impelentation of patient safety culture at the hospital of Ibnu Sina Makassar showed a positive response.

**Keywords:** hospital; Makassar; patient safety culture

Copyright © 2017 Universitas Ahmad Dahlan. All rights reserved.

### 1. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan tempat pelayanan kesehatan yang sangat kompleks dan padat risiko. Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus-menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik bisa saja menyebabkan kejadian tidak diharapkan (KTD) dan kejadian nyaris cedera (KNC).<sup>(1)</sup> respon tidak menghukum. Selanjutnya di tahun 2008 *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) melaporkan sejak 1999 terjadi 42 juta kasus kematian akibat kesalahan pelayanan. Morse melaporkan 2,2-7 kejadian pasien jatuh/1000 tempat tidur per hari di ruang perawatan akut per tahun, 29-48% pasien mengalami luka, dan 7,5% dengan luka-luka serius.<sup>(2)</sup> Di Indonesia, data KTD masih sulit didapatkan. Menurut laporan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, di beberapa provinsi di Indonesia pada Januari 2010 sampai April 2011, insiden keselamatan pasien yang dilaporkan sebanyak 137 insiden. Provinsi Jawa Timur menempati urutan tertinggi yaitu 27% diantara sebelas provinsi lainnya. Berdasarkan jenis kejadian, dari 137 insiden, 55,47% merupakan KTD, 40,15% KNC, dan 4,38% lainnya. 8,76% mengakibatkan kematian, 2,19% cedera *irreversible* (permanen), 21,17% cedera *reversible* (sementara), dan 19,71% cedera ringan.<sup>(3)</sup>

Data tentang KTD belum mewakili kejadian yang sebenarnya di Indonesia. Data tentang KTD dikategorikan masih langka untuk ditemukan, namun masalah malpraktik mulai banyak terungkap di media informasi. Hal ini terjadi karena standar pelayanan kesehatan di Indonesia masih kurang optimal jika dibandingkan dengan negara maju seperti Amerika dan Inggris. Hughes menyatakan bahwa langkah awal untuk memperbaiki pelayanan yang berkualitas adalah keselamatan, sedangkan kunci dari pelayanan yang

bermutu dan aman adalah membangun budaya keselamatan pasien.<sup>(4)</sup> Di Indonesia sendiri upaya untuk menurunkan angka KTD dan KNC adalah dengan mencanangkan “Gerakan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit”. Gerakan ini baru dicanangkan pada tahun 2005 silam, namun hingga kini penerapannya belum komprehensif.

Di rumah sakit salah satu tenaga yang berperan dalam meningkatkan keselamatan pasien adalah perawat. Keselamatan pasien bagi perawat tidak hanya merupakan pedoman tentang apa yang seharusnya dilakukan, namun keselamatan pasien merupakan komitmen yang tertuang dalam kode etik perawat dalam memberikan pelayanan yang aman, sesuai kompetensi, dan berlandaskan kode etik bagi pasien.<sup>(5)</sup> Luasnya peran perawat memungkinkannya untuk menemukan dan mengalami risiko kesalahan pelayanan. Temuan kesalahan pelayanan hanya akan dilaporkan jika si perawat merasa aman dan mendapat pelakuan terbuka dan adil.<sup>(6)</sup>

Tantangan terbesar yang perlu dilakukan dalam menciptakan budaya keselamatan pasien yang terbuka adalah mendirikan dan mempertahankan budaya positif tentang keselamatan pasien pada organisasi pelayanan kesehatan.<sup>(5)</sup> Karakteristik budaya positif tentang keselamatan pasien di antaranya adalah persepsi yang diinformasikan tentang pentingnya keselamatan pasien, dan komitmen pemimpin serta tanggung jawab pembuat kebijakan. Scott menyatakan bahwa pengembangan budaya positif keselamatan pasien dapat meningkatkan kinerja karyawan dalam menerapkan program keselamatan pasien.<sup>(7)</sup>

Salah satu tenaga yang berperan dalam usaha peningkatan budaya keselamatan pasien adalah perawat. Perawat melaksanakan tugas 24 jam dalam tujuh hari pelayanan langsung kepada pasien. Pelayanan yang diberikan berupa perawatan langsung dan pemeriksaan keadaan klinis pasien. Selain hal tersebut perawat juga melakukan koordinasi dan integrasi layanan perawatan lintas profesi dan unit.<sup>(8)</sup>

RS Ibnu Sina Makassar adalah rumah sakit swasta dan merupakan rumah sakit pendidikan di wilayah Kotamadya Makassar dan merupakan rumah sakit kelas B dengan status akreditasi paripurna. Karena statusnya sebagai rumah sakit pendidikan maka rumah sakit inipun padat akan tenaga kesehatan termasuk perawat, baik perawat tetap, perawat kontrak dan perawat magang atau praktikum. Ditemukan beberapa KTD dalam masalah keselamatan pasien di rawat inap dan Instalasi Rawat Darurat (IRD) Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar. Menurut hasil wawancara pada tahun 2013 terjadi kasus plafon ruang perawatan runtuh, namun tidak terdokumentasi dikarenakan kejadian ini cepat ditanggapi dan tidak menyebabkan korban jiwa. Selain hal tersebut kasus *phlebitis* dan infeksi luka bekas operasi pun masih terjadi. RS tersebut juga belum pernah melakukan survei budaya keselamatan pasien guna mengetahui tingkat pemahaman dan persepsi staf terkait keselamatan pasien itu sendiri. Informasi tersebut memberikan gambaran masih adanya masalah keselamatan pasien yang perlu menjadi perhatian mengingat insidensi kejadian tidak diharapkan di rumah sakit diharapkan pada nilai *zerro defect* (tingkat insidensi 0%).

## 2. Metode

Metode penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan studi kasus dengan rancangan deskriptif. Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober-Desember 2015 di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran implemmentasi budaya keselamatan pasien oleh perawat. Penelitian ini menggunakan total sampling dikarenakan mengambil semua perawat pelaksana yang bekerja di RS Ibnu Sina Makassar yang berjumlah 141 perawat, dengan kriteria bersedia menjadi responden, dan tidak sedang cuti.

Sumber data dalam penelitian ini berupa data primer dan sekunder. Data primer diperoleh dari jawaban kuesioner yang disebar kepada seluruh responden. Sedangkan data sekunder diperoleh langsung dari telaah dokumen di rumah sakit. Menggunakan panduan kuesioner sitasi dari Sorra dan Nieva (AHRQ *Questionnaire*) yang memuat 12 items budaya dimensi keselamatan pasien, yakni keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi tentang *error*, frekuensi pelaporan kejadian pergantian *shift* (*handoffs*) dan transisi/perpindahan, posisi dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien, respon *non-punitive* (tidak menghukum) terhadap *error*, pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan, keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien, *staffing*, ekspektasi supervisor/manajer dan tindakan promosi keselamatan pasien, kerjasama antar unit, kerjasama dalam unit dengan jumlah pertanyaan sebanyak 46. Penelitian ini

menggunakan analisis univariat guna melihat sebaran persentase variabel tunggal yang termasuk karakteristik umum responden yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

### 3. Hasil dan Pembahasan

#### 3.1. Hasil

Dari hasil penelitian diperoleh informasi mayoritas responden berasal dari Instalasi Rawat Inap (49,6%), 82,3% responden berjenis kelamin perempuan, dimana sebagian besar berada pada kelompok usia 26-30 tahun, yakni 44,68%. Sebanyak 47,5% responden beralatar belakang pendidikan D3 Keperawatan dan mayoritas atau sebesar 39% merupakan pegawai tetap di RS tersebut. Dari hasil penelitian diperoleh informasi 90,8% responden telah mendapatkan sosialisasi dan pelatihan keselamatan pasien. Karakteristik responden secara lebih rinci dapat dilihat pada Tabel 1.

**Tabel 1.** Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di RS Ibnu Sina Makassar

Karakteristik Responden	N	%
<b>Umur Responden</b>		
<= 25 tahun	25	17,73
26-30 tahun	63	44,68
31-35 tahun	33	23,40
>= 36 tahun	20	14,18
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-Laki	24	17,0
Perempuan	117	83,0
<b>Tingkat pendidikan</b>		
SPK	2	1,4
D1 Perawat	2	1,4
D3 Perawat	67	47,5
S1 Perawat	64	45,4
Ners	6	4,3
<b>Lama Bekerja</b>		
1-5 Tahun	90	63,8
6-10 Tahun	39	27,6
>10 Tahun	12	8,6
<b>Status Kepegawaian</b>		
Tetap	55	39,0
Calon Pegawai Tetap	46	32,6
Honoror	23	16,3
Pegawai Harian Lepas	17	12,1
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>100</b>

Berdasarkan jawaban dan hasil analisis data, respon perawat pada 12 dimensi pembentuk budaya keselamatan pasien tergolong positif (87,9%). Dimensi yang memiliki rata-rata respon positif dengan presentasi tertinggi yakni dimensi ekspektasi supervisor/manajer dan tindakan promosi keselamatan pasien (82,3%). Unit atau instalasi yang menunjukkan respon positif tertinggi pada dimensi ini adalah unit perinatologi dan endoskopi (100%). Sedangkan dimensi dengan rata-rata respon negatif tertinggi adalah dimensi *respon non punitive* (respon tidak menghukum) (51,8%).

**Tabel 2.** Distribusi Kategorisasi Budaya Keselamatan Pasien Berdasarkan Dimensi di RS Ibnu Sina Makassar

Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	Kategori Respon Responden				Total	
	Positif		Negatif			
	n	%	n	%	n	%
Keterbukaan komunikasi	111	78,7	30	21,3	141	100
Umpan balik dan komunikasi tentang <i>error</i>	93	66,0	48	34,0	141	100
Frekuensi pelaporan kejadian	91	64,5	50	35,5	141	100
Pergantian <i>shift (handoffs)</i> dan transisi/ perpindahan posisi	105	74,5	36	25,5	141	100
Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien	96	68,1	45	31,9	141	100
Respon <i>non-punitive</i> (tidak menghukum) terhadap <i>error</i>	68	48,2	73	51,8	141	100
Pembelajaran organisasi dan perbaikan berkelanjutan	98	69,5	43	30,5	141	100
Keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien	115	81,6	26	18,4	141	100
<i>Staffing</i>	107	75,9	34	24,1	141	100
Ekspektasi supervisor/ manajer dan tindakan promosi keselamatan pasien	116	82,3	25	17,7	141	100
Kerjasama antar unit	114	80,9	27	19,9	141	100
Kerjasama dalam unit	111	78,7	30	21,3	141	100

Dari hasil analisis univariat diperoleh gambaran budaya keselamatan pasien jika dilihat per Instalasi RS Ibnu Sina Makassar juga tergolong positif. Instalasi rawat inap yang merupakan unit kerja mayoritas responden menunjukkan 43,26% respon positif terhadap budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien di RS Ibnu Sina tergolong positif yakni sebanyak 87,94% sesuai jawaban responden.

**Tabel 3.** Distribusi Budaya Keselamatan Pasien pada Setiap Instalasi di RS Ibnu Sina Makassar

Instalasi	Kategori Jawaban Responden				Total	
	Positif		Negatif			
	n	%	n	%	n	%
Instalasi Rawat Inap	61	43,26	9	6,38	70	
Instalasi Rawat Jalan	12	8,51	1	0,71	13	
Instalasi Rawat Darurat	17	12,60	4	2,84	21	
Instalasi Bedah Sentral	16	11,35	1	0,71	17	
ICU	13	9,22	1	0,71	14	
Perinatologi	3	2,13	1	0,71	4	
Endoskopi	2	1,42	0	0	2	
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>87,94</b>	<b>17</b>	<b>12,06</b>	<b>141</b>	<b>100</b>

### 3.2. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas perawat di RS Ibnu Sina Makassar berasal dari instalasi rawat inap. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 340 tahun 2010 tentang klasifikasi rumah sakit pasal 11 ayat delapan menyebutkan bahwa perbandingan tenaga keperawatan dengan tempat tidur adalah 1:1 untuk rumah sakit umum kelas B. Dengan demikian banyaknya jumlah tempat tidur yang tersedia pada bagian instalasi rawat inap RS Ibnu Sina Makassar harus sesuai dengan jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan, hal ini pun kedepannya akan berdampak pada proses perawatan dan keselamatan pasien. Untuk kelompok usia, mayoritas responden berada pada kelompok rentang usia 26-30 tahun. Umur berkaitan dengan tingkat kedewasaan atau maturitas, dalam arti semakin meningkat umur seseorang akan meningkat pula kedewasaan secara teknik, begitupula dengan aspek psikologis dalam melaksanakan tugas.<sup>(9)</sup>

Sebagian besar perawat di RS Ibnu Sina Makassar berjenis kelamin perempuan. Menurut Riyadi dan Kusnanto, dunia keperawatan lebih identik dengan ibu/wanita yang lebih dikenal dengan *Mother Instinc*.<sup>(10)</sup> Perawat di RS Ibnu Sina sebagian besar berasal dari latar belakang D3. Pendidikan pada hakekatnya merupakan usaha sadar manusia untuk mengembangkan kepribadian dan meningkatkan kemampuan di dalam dan di luar sekolah yang berlangsung seumur hidup. Berkaitan dengan pendidikan yang diterima perawat saat masih menjadi siswa keperawatan, topik keselamatan pasien, tidak diajarkan kepada siswa secara khusus. Oleh karena itu setelah lulus, siswa keperawatan tidak cukup akrab dengan fenomena keselamatan pasien dan kurangnya peran perawat dalam meningkatkan keamanan pelayanan, sehingga kesalahan praktik perawatan dianggap sebagai bagian normal dari sebuah proses kerja.<sup>(11)</sup>

Dari hasil penelitian diketahui dari ke 12 dimensi penyusun budaya keselamatan pasien, dimensi respon non *punitive* mendapatkan hasil negatif tertinggi (51,8%). Respon non *punitive* menunjukkan sejauh mana pengakuan tentang kesalahan pelayanan yang terjadi tidak ditanggapi dengan hukuman melainkan dengan mengidentifikasi masalah yang terjadi dan penyebabnya. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan *Canadian Nurse Association* yang menyatakan respon tidak menghukum terhadap kesalahan masih menjadi faktor yang menghambat pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan yang aman bagi pasien.<sup>(5)</sup> Kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara tunggal, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit, yang mengakibatkan rantai-rantai dalam sistem terputus.<sup>(5)</sup> Hal ini sejalan pula dengan AHRQ dengan survei rumah sakit tentang pelaksanaan budaya keselamatan pasien yang menyatakan respon tidak menghukum terhadap kesalahan merupakan komponen yang masih rendah penerapannya yaitu sebesar 44%.<sup>(12)</sup>

Menurut Rahmawaty, faktor individu atau petugas sangat berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien ialah perasaan takut disalahkan. Adanya budaya menyalahkan di lingkungan rumah sakit mengakibatkan petugas cenderung tidak melaporkan kejadian kesalahan pelayanan karena takut dimarahi, tidak mau temannya

dimarahi, dan karena sungkan terhadap rekan kerja yang lebih senior.<sup>(13)</sup> Sementara itu menurut Juliet, respon tidak menghukum merupakan dimensi penting yang dapat dilaksanakan ketika menghindari sikap menyalahkan orang lain, mulai membuka komunikasi dan mengembangkan sistem pemberian penghargaan untuk pelaporan praktik yang tidak aman.<sup>(14)</sup>

Berdasarkan hasil penelitian dimensi yang paling tinggi respon positifnya dari 12 dimensi penyusun budaya keselamatan pasien adalah ekspektasi supervisor/manajer dan tindakan promosi keselamatan pasien menunjukkan sejauh mana supervisor/manajer mempromosikan serta mendukung keselamatan pasien. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Chen dan Hui Li yang menyatakan 83% responden di Taiwan memberikan respon positif pada dimensi ini, yakni 83% lebih tinggi di atas rata-rata nilai respon yang dilakukan oleh AHRQ dengan skor respon positif 74%.<sup>(15)</sup> Namun, hasil penelitian berbeda dengan penelitian yang dilakukan Minuzzi, yang mendapatkan hasil respon dimensi ini masih berada 51,72%, perawat mengatakan bahwa meski manajemen memperhitungkan saran tim dan tidak memberikan tekanan pada petugas dalam situasi dimana pekerjaan menjadi sangat padat, namun pihak manajemen pun tidak memberikan pujian atau *reward* atas upaya petugas dalam fokus keselamatan pasien.<sup>(16)</sup> Menurut Gozlu, merupakan dimensi yang perlu diperhatikan guna meningkatkan keselamatan pasien, manajemen hendaknya menghargai perawat saat mereka melakukan proses perawatan sesuai prosedur keselamatan pasien yang telah ditetapkan dan mempertimbangkan saran atau masukan dari perawat guna meningkatkan budaya keselamatan pasien.<sup>(17)</sup>

Dari hasil penelitian diketahui budaya keselamatan pasien di RS Ibnu Sina Makassar mendapatkan respon positif dan Instalasi rawat inap merupakan instalasi dengan respon positif mayoritas untuk budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan menurut Pronovost, adalah karakteristik budaya keselamatan pasien yang proaktif, meliputi komitmen dari pimpinan untuk mendiskusikan dan belajar dari kesalahan, mendorong dan mempraktikkan kerja sama tim, membuat sistem pelaporan terkait KTD, KNC dan sentinel serta memberikan penghargaan bagi staf yang menjalankan program keselamatan pasien dengan baik.<sup>(18)</sup> Budaya keselamatan pasien positif meliputi komunikasi yang didasarkan pada kepercayaan dan terbuka, proses dan alur informasi yang baik, persepsi bersama tentang arti penting keselamatan pasien, perhatian pada pengenalan pentingnya kesalahan. Budaya keselamatan lainnya yakni adanya alat ukur yang meyakinkan tentang keselamatan pasien, identifikasi proaktif terhadap ancaman laten keselamatan pasien, pembelajaran organisasi, komitmen pemimpin dan para staf serta pendekatan tidak menyalahkan terhadap pelaporan kejadian.<sup>(6)</sup>

Budaya keselamatan pasien negatif meliputi tingkat karir yang curam antar staf medis dengan staf lain, hubungan tim kerja yang renggang, dan keengganan mengakui kesalahan. Gibson menyatakan budaya keselamatan pasien positif akan meningkatkan produktivitas, sedangkan budaya keselamatan pasien negatif akan merusak keefektifan dari suatu tim dan menimbulkan efek desain organisasi yang tidak baik.<sup>(19)</sup> Dalam budaya keselamatan pasien baik pemimpin organisasi, pihak manajemen dan staf perlu belajar secara terus menerus guna meningkatkan kinerja organisasi dan menunjukkan keberhasilan upaya dalam peningkatan dan perbaikan budaya keselamatan pasien.<sup>(20)</sup>

#### 4. Simpulan

Budaya keselamatan pasien RS Ibnu Sina Makassar tergolong positif. Berdasarkan dimensinya, rata-rata keseluruhan tingkat respon positif dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien di RS Ibnu Sina Makassar adalah sebesar 87,94%. Dimensi yang memiliki persentase respon positif tertinggi adalah ekspektasi supervisor/manajer dan tindakan promosi keselamatan pasien dan dimensi yang memiliki persentase respon positif terendah adalah respon non *punitive*/respon tidak menghukum. Instalasi yang memiliki budaya keselamatan pasien dengan respon positif tertinggi adalah instalasi rawat inap.

Saran kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan budaya keselamatan pasien terutama dimensi budaya keselamatan pasien yang memiliki persentase respon positif rendah dengan cara memberikan pelatihan intensif mengenai keselamatan pasien kepada seluruh staf. Mengembangkan budaya non *punitive*/tidak menghukum dengan cara aktif

dalam melakukan diskusi keperawatan sebagai upaya mencegah kejadian tidak diharapkan dan sebagai upaya mengetahui penyebab manajemen jika terjadi KTD. Membentuk sistem dan alur pelaporan (tulisan dan lisan) kejadian menyangkut keselamatan pasien. Menciptakan lingkungan yang membantu staf melaporkan kesalahan secara spontan. Menciptakan suasana komunikasi yang terbuka untuk melaporkan efek samping. Mensosialisasikan mengenai hal-hal terkait keselamatan pasien di setiap instalasi. Melakukan monitoring dan evaluasi pencapaian dimensi dalam budaya keselamatan pasien.

#### Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2008.
2. Sorra JS, Nieva VF. *National Healthcare Quality Report 2008*. AHRQ Publication No. 09-0001. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2009.
3. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS). *Laporan Insiden Keselamatan Pasien*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
4. Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. (Advances in Patient Safety).
5. Canadian Nurse Association. *Nurses and patient safety: Discussion paper*. Canadian Nurse Association and University of Toronto Faculty of Nursing; 2004.
6. Walshe K, Boaden R. *Patient safety: Research into practice*. New York: Open University Press; 2006.
7. Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M. The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments. *Health Serv Res*. 2003 Jun;38(3):923–45.
8. Twigg D, Attree M. Patient safety: Committing to learn and acting to improve. *Nurse Educ Today*. 2014 Feb 1;34(2):159–61.
9. Sukasih S, Suharyanto T. Analisis Faktor-Faktor yang Berkontribusi terhadap Pasien Safety di Kamar Operasi Rumah Sakit Premier Bintaro. *J Health Qual*. 2012;2(4):234–45.
10. Riyadi S, Kusnanto H. *Motivasi Kerja dan Karakteristik Individu Perawat di RSD Dr. H. Moh Anwar Sumenep Madura*. Working Paper Series No. 18; 2007.
11. Vaismoradi M. Nursing education curriculum for improving patient safety. *J Nurs Educ Pract*. 2011 Dec 8;2(1):101.
12. Sorra J, Famolaro T, Yount ND, Smith SA, Wilson S, Liu H. *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2014.
13. Rachmawaty E. Model Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien di RS Muhammadiyah 'Aisyiyah [Tesis]. Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka; 2011.
14. Battard J. Nonpunitive response to errors fosters a just culture. *Nurs Manag*. 2017 Jan;48(1):53–5.
15. Chen I-C, Li H-H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res*. 2010 Jun 7;10:152.
16. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH, Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Assessment of Patient Safety Culture in Intensive Care From the Health Team's Perspective. *Texto Amp Contexto - Enferm*. 2016;25(2).
17. Gozlu K, Kaya S. Patient Safety Culture as Perceived by Nurses in a Joint Commission International Accredited Hospital in Turkey and its Comparison with Agency for Healthcare Research and Quality Data. *J Patient Saf Qual Improv*. 2016 Oct 1;4(4):441–9.
18. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*. 2005 Aug;14(4):231–3.
19. Gibson JL, Ivancevich JM, Jr JHD, Konopaske R. *Organizations Behavior Structure Processes 12th Edition 2006*. New York: Mcgraw Hill; 2006.
20. Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care*. 2003 Dec;12(6):405–10.