

**NASKAH PUBLIKASI**

**ANALISIS BUDAYA *PATIENT SAFETY*  
RUMAH SAKIT QUEEN LATIFA YOGYAKARTA**

**Disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai derajat  
Pasca Sarjana  
Program Studi Manajemen Rumah Sakit**



**Disusun Oleh :  
Dedi Prasetya  
20101030006**

**PROGRAM STUDI MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
PASCASARJANA  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA  
2016**

## ABSTRAK

### ANALISIS BUDAYA PATIENT SAFETY RUMAH SAKIT QUEEN LATIFA YOGYAKARTA

### PATIENT SAFETY CULTURE ANALYSIS OF QUEEN LATIFA HOSPITAL YOGYAKARTA

Dedi Prasetya

Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

**Latar belakang:** Data insidensi Keselamatan Kerja RS Queen Latifa tahun 2014 terdapat total 15 Insidensi dengan ketepatan waktu pelaporan 20,5 x 24 jam, dan meningkat kejadiannya pada tahun 2015 dengan total insidensi 66 dengan ketepatan waktu pelaporan 12,5 x 24 jam. *Patient safety* dipengaruhi oleh bagaimana budaya individu dan sistem yang berjalan di dalam organisasi tersebut. Sehingga perlu dikaji bagaimana budaya patient safety di RS Queen Latifa.

**Metode:** Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif *cross sectional*, mendeskripsikan budaya keselamatan pasien di RS Queen Latifa Yogyakarta, kemudian dilakukan analisis antara Profesi, Intensitas kerja dan Lama Kerja dengan 12 Dimensi Budaya Patient safety di RS Queen Latifa. Pengukuran budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner AHRQ (Agency For Healthcare Research and Quality) tahun 2004. Pengukuran dilakukan pada tanggal 22-26 Desember 2015.

**Hasil dan Pembahasan:** Dari 12 dimensi Budaya *Patient Safety* RS Queen Latifa yang masuk dalam kategori Baik adalah dimensi Timbal Balik Kesalahan, Kerjasama Intrabagian, Pembelajaran Organisasi, dan Kerjasama antar bagian. Sedangkan 8 Dimensi yang lainnya masuk dalam kategori cukup. Namun skor prosentase terkecil didapatkan pada 2 dimensi yaitu Staff/pegawai (52%) dan sangsi kesalahan (56%), dan nilai ini terjadi pada semua kategori kelompok pegawai baik kategori profesi, intensitas kerja maupun lama kerja.

**Simpulan dan Saran:** Budaya *patient safety* di RS Queen Latifa mayoritas dalam kategori cukup sehingga masih perlu ditingkatkan lagi, terutama pada dimensi Staff/pegawai dan Sangsi kesalahan.

**Kata Kunci:** Budaya *patient safety*, RS Queen Latifa Yogyakarta

## **ABSTRACT**

### **PATIENT SAFETY CULTURE ANALYSIS OF QUEEN LATIFA HOSPITAL YOGYAKARTA**

Dedi Prasetya  
Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit  
Muhammadiyah University of Yogyakarta

**Background:** The incidence of patient Safety Data Queen Latifa Hospital in 2014 there were a total of 15 Incidences with the accuracy of reporting in 20.5 x 24 hours, and increased in 2015 with a total 66 incidences with the accuracy of reporting in 12.5 x 24 hours. Patient safety is influenced by personal manner and system that runs inside the organization. So it is necessary to study patient safety practices in Queen Latifa hospitals.

**Methods:** This is quantitative descriptive cross sectional study. This study describe the patient safety practice at Queen Latifa Hospital Yogyakarta, analysis was then performed between the professions, work intensity and Duration of work with 12 Dimensions of Patient safety practice in Queen Latifa Hospital. To measure patient safety practice, we use questionnaire of AHRQ (Agency For Healthcare Research and Quality) in 2004. Measurements were made on 22-26 December 2015.

**Results and Discussion:** From the 12 dimensions of Patient Safety Practice in Queen Latifa hospital who fall into the category Good are the dimension of Reciprocal Errors, Cooperation intra department, Organizational Learning, and cooperation between departments. While eight other dimensions are included in the category enough. However, the smallest percentage score obtained in two dimensions, Staff / employees (52%) and the sanction of errors (56%), and this value occurred in all categories of employee groups, both profession category, work intensity and duration of work.

**Conclusions and Recommendations:** The Majority of patient safety practice in Queen Latifa hospital is in enough categories, so there is still need for improvement, especially on the dimensions of Staff / employee and sanctions fault.

**Keywords:** Patient safety practice, Queen Latifa Hospital Yogyakarta

## **PENDAHULUAN**

Mutu pelayanan yang ada sekarang bukan lagi hanya dinilai dari tingkat kepuasan pasien dan pengadaan fasilitas rumah sakit belaka tetapi lebih berfokus pada keselamatan pasien. Perihal keselamatan pasien sangat erat hubungannya dengan istilah kejadian tidak diharapkan (KTD). Semua tindakan medis sangat beresiko tinggi menimbulkan KTD. KTD dapat menyebabkan cedera, kecacatan, penurunan kualitas hidup bahkan kematian. KTD juga dapat memperpanjang waktu perawatan di rumah sakit sehingga biaya yang dikeluarkanpun menjadi lebih banyak.

Di Indonesia angka mengenai KTD masih terus meningkat , hal ini berkaitan dengan terapi pada ICU mencapai 96% meliputi terapi obat-obatan tidak sesuai indikasi, tidak sesuai dosis, polifarmaka tidak logis,dll. Angka kesalahan pemberian obat-obatan yang terjadi di puskesmas juga mencapai 80%. (Dwiprahasto,2002)

Data insidensi Keselamatan Kerja RS Queen Latifa tahun 2014 terdapat total 15 Insidensi (KTD 7, KNC 6, KTC 2) dengan ketepatan waktu pelaporan 20,5 x 24 jam, dan meningkat kejadiannya pada tahun 2015 dengan total insidensi 66 (KTD 12, KNC 10, KTC 16 , KPC 28) dengan ketepatan waktu pelaporan 12,5 x 24 jam. (SPI RS Queen Latifa, 2015)

*Patient safety* dipengaruhi oleh bagaimana budaya individu dan sistem yang berjalan di dalam organisasi tersebut. Untuk itu perlu dilakukan telaah bagaimana budaya patient safety di RS Queen Latifa. Dengan tujuan untuk

Mendeskripsikan dan menganalisis tentang budaya *patient safety* di RS Queen Latifa Yogyakarta

## LANDASAN TEORI

Kata "budaya" (*culture*) berasal dari bahasa Latin "colere" yang berarti mendiami, mengerjakan, menghormati. Budaya diambil dari kata budi dan daya. Budi merupakan aspek dalam diri manusia sedangkan daya merupakan aspek lahiriah manusia. Maka budaya diartikan sebagai cara hidup manusia yang berasal dari gerak, perasaan dan akal pikiran manusia. "Safety" culture atau budaya "Keselamatan" adalah misi yang prioritas dan utama suatu organisasi pelayanan kesehatan. Dimana mengutamakan sumpah Hipokrates "First do no harm" dalam identitas terdalamnya dan menerapkannya di seluruh lingkup organisasi. Misi ini dikemukakan secara jelas dalam pernyataan formal misi organisai, dijadikan petunjuk organisasi sehari-hari yang menggambarkan anggota, sistem dan kinerja organisasi (*Health System Patient Safety Toolkit* University of Michigan, 2007).

AHRQ (2004) melalui instrumen HSOPSC mengemukakan *patient safety* terdiri atas 12 dimensi yaitu persepsi, supervisi, frekuensi pelaporan, pembelajaran organisasi, kerjasama intra bagian, keterbukaan komunikasi, timbal balik kesalahan, sangsi kesalahan, staf, dukungan manajemen RS, kerjasama antara bagian dan pemindahan pergantian.

Reason (1995) mengemukakan terjadinya *adverse event* dapat dilakukan melalui 2 pendekatan, yaitu (1) Pendekatan dari faktor manusia (*human factor approach*); dan (2) Pendekatan dari sisi sistem (*system factor approach*). Budaya keselamatan pasien pada dasarnya tidak dapat dipisahkan dengan faktor-faktor penyebab *medical error*. Reason (1995) juga menyimpulkan ada Terdapat 6 faktor yang berpengaruh dalam terjadinya *medical error* di rumah sakit. Keenam faktor tersebut adalah organisasi dan manajemen, lingkungan pekerjaan, tim, individu, penugasan, dan karakteristik pasien. Organisasi sangat dipengaruhi individu-individu yang berada didalamnya. Budaya dari individu di bidang kesehatan dipengaruhi banyak oleh Jenis profesi, Intensitas kerja, dan lamanya kerja. ( Prahasto, 2003)

## **METODOLOGI PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* ,mendeskripsikan budaya keselamatan pasien di RS Queen Latifa Yogyakarta, Kemudian dilakukan analisis antara Profesi, Intensitas kerja dan Lama Kerja dengan 12 Dimensi Budaya Patient safety di RS Queen Latifa. Pengukuran dilakukan satu kali secara bersamaan selama lima hari pada tanggal 22-26 Desember2015. Dengan menggunakan kuesioner AHRQ 2004 tentang *Patient safety*, dikelompokkan dan dikaji nilai prosentasedari tiap dimensi. Klasifikasi rata-rata jumlah persentase skor

adalah baik pada persentase 76-100%, cukup 51-75% dan kurang pada persentase 0-50%. (AHRQ, 2004)

Penelitian ini meliputi petugas kesehatan yang langsung berhubungan dengan pasien yaitu dokter, perawat, bidan, farmasi, laboratorium, radiologi, fisioterapi, customer service dan rekam medik serta pramusaji/Gizi. Sehingga jumlah populasi sebanyak 94 orang.

Kriteria inklusi adalah sebagai berikut:

- a. Bekerja berhubungan langsung dengan pasien
- b. Bekerja reguler sedikitnya dua puluh jam per minggu.
- c. Bertugas minimal tiga hari dalam seminggu.
- d. Untuk dokter adalah mereka yang merawat rata-rata sedikitnya tigapasien setiap minggu
- e. Telah bertugas minimal selama enam minggu di RS Queen Latifa

Kriteria Eksklusi adalah sebagai berikut

- a. Data kuesioner yang tidak lengkap
- b. tidak bersedia menjadi koresponden penelitian

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Penelitian dilakukan di RS Queen Latifa Yogyakarta. Respon *rate* dalam penelitian ini sebesar 74,46%. Dimana dari 94 buah kuesioner yang disebarkan kepada petugas kesehatan di RS Queen Latifa yang memenuhi

kriteria inklusi, terdapat 24 buah (25,54%) kuesioner tidak kembali terdiri dari. 8 buah (8,5%) kuesioner dikeluarkan karena tidak lengkap. 4 dokter (1,4%) tidak dapat ditemui, karena sudah jarang praktek di RS Queen Latifa. Total kuesioner yang akan dianalisa 70 buah.

### 1. Gambaran budaya *Patient safety* di RS Queen Latifa

Gambaran 12 dimensi budaya *patient safety* di RS Queen Latifa terlihat pada tabel 4.2. Budaya *Patient Safety* RS Queen Latifa ada 4 dimensi masuk dalam kategori Baik. Dimensi yang lainnya masuk dalam kategori cukup. Namun skor prosentase terkecil didapatkan pada 2 dimensi yaitu Staff/pegawai (52%) dan sangsi kesalahan (56%).

Tabel 4.2. Tabel 12 Dimensi Patient Safety RS Queen Latifa.

No	Dimensi	%	Kategori
1	Persepsi	73%	Cukup
2	Frekuensi Pelaporan	62%	Cukup
3	Supervisi	69%	Cukup
4	Pembelajaran Organisasi	83%	Baik
5	Kerjasama Intrabagian	81%	Baik
6	Keterbukaan dan Komunikasi	74%	Cukup
7	Timbal Balik Kesalahan	81%	Baik
8	Sangsi Kesalahan	56%	Cukup
9	Staf/Pegawai	52%	Cukup
10	Dukungan Manajemen	73%	Cukup
11	Kerjasama antarbagian	76%	Baik
12	Pemindahan & Pergantian	68%	Cukup

### 2. Gambaran 12 Dimensi budaya *patient safety* berdasarkan Profesi

Gambaran budaya *patient safety* di RS Queen Latifa berdasarkan latar belakang profesi dokter , paramedis dan non medis secara keseluruhan



mayoritas yang terlihat pada Tabel 4.3 termasuk dalam kategori cukup. Namun dari ketiga profesi tersebut hampir semuanya mempunyai prosentasi nilai terendah pada 2 Dimensi yaitu Staff/pegawai dan sangsi kesalahan.

Tabel 4.3. Tabel 12 Dimensi budaya Patient safety berdasarkan Kriteria Profesi

No	Dimensi	Profesi		
		Dokter	Paramedis	Non Medis
1	Persepsi	70%	72%	76%
2	Frekuensi Pelaporan	64%	61%	63%
3	Supervisi	66%	70%	69%
4	Pembelajaran Organisasi	76%	84%	85%
5	Kerjasama Intrabagian	82%	83%	76%
6	Keterbukaan dan Komunikasi	68%	76%	72%
7	Timbal Balik Kesalahan	74%	83%	83%
8	Sangsi Kesalahan	57%	53%	60%
9	Staf/Pegawai	46%	48%	64%
10	Dukungan Manajemen	70%	74%	73%
11	Kerjasama antarbagian	71%	77%	75%
12	Pemindahan & Pergantian	61%	71%	67%

### 3. Gambaran 12 Dimensi budaya patient safety berdasarkan kriteria Intensitas Kerja

Tabel 4.4 menggambarkan budaya *patient safety* secara keseluruhan petugas dengan intensitas kerja kurang 20 jam perminggu, 20-40 jam perminggu dan lebih 40 jam perminggu di RS Queen Latifa dimana keseluruhannya masuk dalam kategori cukup dan secara praktis tidak ada perbedaan diantara ketiganya.

Tabel 4.4. Tabel 12 Dimensi budaya Patient safety berdasarkan Kriteria Intensitas kerja

No	Dimensi	Intensitas Kerja (jam/minggu)		
		< 20 jam	20-40 jam	>40 jam
1	Persepsi	67%	72%	73%
2	Frekuensi Pelaporan	69%	67%	60%
3	Supervisi	60%	69%	70%
4	Pembelajaran Organisasi	71%	84%	84%
5	Kerjasama Intrabagian	78%	83%	80%
6	Keterbukaan dan Komunikasi	58%	68%	76%
7	Timbal Balik Kesalahan	67%	82%	82%
8	Sangsi Kesalahan	60%	59%	54%
9	Staf/Pegawai	57%	57%	50%
10	Dukungan Manajemen	64%	70%	75%
11	Kerjasama antarbagian	70%	75%	76%
12	Pemindahan & Pergantian	65%	64%	70%

#### 4. Gambaran 12 Dimensi budaya patient safety berdasarkan kriteria Lamanya Kerja

Tabel 4.5. Tabel 12 Dimensi budaya Patient safety berdasarkan Kriteria Lama Kerja

No	Dimensi	Lamanya Kerja (tahun)		
		<1 th	1-5 th	> 6 th
1	Persepsi	73%	73%	67%
2	Frekuensi Pelaporan	65%	62%	49%
3	Supervisi	70%	68%	73%
4	Pembelajaran Organisasi	84%	83%	80%
5	Kerjasama Intrabagian	82%	80%	80%
6	Keterbukaan dan Komunikasi	75%	73%	78%
7	Timbal Balik Kesalahan	81%	81%	82%
8	Sangsi Kesalahan	53%	57%	56%
9	Staf/Pegawai	52%	52%	42%
10	Dukungan Manajemen	73%	73%	78%
11	Kerjasama antarbagian	75%	76%	73%
12	Pemindahan & Pergantian	70%	68%	65%

Pada kategori lamanya kerja juga secara keseluruhan mempunyai nilai prosentase yang rendah pada dimensi Staff/pegawai dan sangsi kesalahan.

Dari 12 dimensi budaya patient safety di RS Queen Latifa, terdapat 2 dimensi yang mempunyai skor prosentase yang paling rendah yaitu dimensi Sangsi kesalahan dan staff/pegawai. Di RS Queen Latifa sangsi kesalahan berupa kondite yang berkaitan dengan jenjang kenaikan pangkat. Umumnya petugas menyatakan kesalahan yang terjadi seringnya dilimpahkan pada individu sehingga para petugas takut melaporkan apabila terjadi suatu kasus atau kesalahan karena takut untuk disalahkan. Bagaimana sistem sangsi dan penghargaan yang diterapkan di RS ini perlu ditinjau kembali. Dengan tidak adanya pelaporan kasus dan takutnya para petugas melaporkan akan berdampak pada tidak adanya data awal dan evaluasi guna perbaikan di masa yang akan datang. Penghargaan berupa hadiah akan diberikan kepada petugas yang melakukan pelaporan kesalahan atau kasus. Diharapkan para petugas tidak lagi takut melakukan pelaporan kesalahan. Sulit untuk mengubah budaya yang telah ada sejak lama dan sampai saat ini belum ada pelaporan kasus yang masuk. Diasumsikan para petugas masih takut melakukan pelaporan kesalahan karena takut akan disalahkan, takut terlihat kinerjanya buruk dan takut akan sangsi yang mungkin akan diberikan. Hal ini sesuai dengan penelitian Singer (2003) dimana 33% responden mengatakan tidak menerima penghargaan ketika menginformasikan dan mengambil langkah ketika kesalahan serius terjadi, 28% yakin mereka akan dihukum jika kesalahan yang mereka lakukan diketahui. Tidaklah sepenuhnya salah jika suatu kesalahan dilimpahkan pada petugas atau individu karena menurut

Reason (1995) selain faktor sistem dan organisasi juga terdapat faktor individu yang dipengaruhi kemampuan dan ketrampilan, motivasi serta kesehatan mental dan fisik yang memungkinkan terjadinya kesalahan. Namun *To Err is Human, Building a Safer Health System* (2000) menyebutkan bahwa kesalahan yang terjadi sebagian besar atau hampir seluruhnya disebabkan karena kesalahan sistem, sehingga dibutuhkan pendekatan sistem yang komprehensif untuk menanganinya. Kesalahan yang ada perlu ditelaah lebih lanjut dimana letak kesalahan tersebut untuk menghindari bias yang menyebabkan kesalahan penilaian.

## **SIMPULAN**

Budaya *patient safety* di RS Queen Latifa yang masuk kedalam kategori Baik ada 4 Dimensi yaitu pada dimensi pembelajaran organisasi, kerjasama intrabagian, timbal balik kesalahan dan Kerjasama antarbagian. Sedangkan 8 Dimensi yang lain masuk kedalam kategori cukup . Dari ketiga kelompok individu Yaitu Profesi, Intensitas kerja dan lamanya kerja semuanya mempunyai nilai prosentase terendah pada Dimensi Staff/pegawai dan Sangsi kesalahan.

Dari gambaran tersebut maka masih perlu dilakukan peningkatan budaya *patient safety* di RS Queen Latifa.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ade Dwi L (2008) *Penilaian Budaya Patient Safety Departemen Bedah Dan Non Bedah Rumah Sakit X Jakarta*. Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada Yogyakarta.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2001) *Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices*. University of California at San Francisco (UCSF)-Stanford University Evidencebased Practice Center under contract no. 290-97-0013.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2003). *The Effect of Health care Working Conditions on Patient Safety*. [www.ahrq.gov/clinic/epcsums/worksum.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/worksum.htm).
- Agency for Healthcare Research and Quality (2004) *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Aiken H. Linda (2005) *Improving Patient Safety: The Link Between Nursing and Quality of Care*. A National Program of The Robert Wood Johnson Foundation.
- Bann S, A Darzi A (2004) Protocol for the reduction of surgical Errors. *Qual Saf Health*;13:162–163.
- Battles JB, Lilford RJ (2003) Organizing patient safety research to identify risks and hazards. *Qual Saf Health Care* 12(Suppl II):ii1-ii7.
- Beth Ulrich, & Kear, T. (2014). *Patient safety and patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery*. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 447-456, 505.
- Castle Nicholas G (2006) Nurse Aides' ratings of the resident safety culture in nursing homes. Department of Health Policy and Management, University of Pittsburgh.
- Classen DC, Pestonik SL, Evans RS, Burke JP (2001) Computerized surveillance of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA*;266:2847-51
- Colla J B, Bracken A C, Kinney L M and Weeks W B (2005) Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual. Saf. Health Care* 14;364-366.
- Cozens J Firth, Cording H (2004) What matters more in patient care? Giving doctors shorter hours of work or a good night's sleep? *Qual Saf Health Care* 13:165–166.
- Diandra Azalea, et.al. 2014. *Gambaran budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit Tenggarong*, Manajemen Rumah Sakit FKM UNHAS.

- Departemen Kesehatan RI (2006). Buku paduan keselamatan pasien/*patientsafety*.
- Donchin Y, Copher D, Olin M, et al (1995). A look into the nature of human error in the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 23:294–300.
- Dwiprahasto, Iwan (2006a) Manajemen Risiko Klinik. *Clinical Epidemiology & Biostatistics Unit/MMR Fakultas Kedokteran-UGM*.
- Dwiprahasto, Iwan (2006b) *Clinical Governance*. *Clinical Epidemiology & Biostatistics Unit/MMR Fakultas Kedokteran-UGM*.
- Ferlie, E. B., and S. M. Shortell (2001) Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *Milbank Quarterly* 79: 281-315.
- Higgins. WK. WHO (2005) *On Governance of Patient safety*. Eighth FuturesForum. Erpfendorf. Austria.
- Institute of Medicine (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (2001) *Crossing the quality chiasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. [www.iom.edu/report.asp/16173](http://www.iom.edu/report.asp/16173).
- Kho, M E., J M Carbone, J Lucas and D J Coe (2005) Safety Climate Survey: reliability of results from a Multicenter ICU survey. *Quality Safety Health Care* 14: 273-278.
- Khuri (2007) Patient Safety in Surgery Study. *Journal of the American College of Surgeons* 204: 1089–1102.
- Kuperman, G. J., J. M. Teich, T. K. Gandhi, and D. W. Bates (2001) Patient Safety And Computerized Medication Ordering And Brigham and Women's Hospital. *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 27(10): 509-21.
- Leape, L. L (2005) Five Years After To Err Is Human. *Journal of the American Medical Association* 293: 2384-2390.
- Lundberg, George. (2013) *Medscape Internal Medicine : Will medicine ever become safer?*. <http://www.medscape.com/viewarticle/814699>
- Martin A. Makary et al (2006) *Patient safety culture surgery AND nonsurgery*. Departments of Surgery and Anesthesiology and Critical Care, John Hopkins University School of Medicine. *Journal Anesthesiology and Surgery* May 243(5): 628–635.

- Muchlas, M (2005) *Perilaku Organisasi*, Magister manajemen Rumah Sakit UGM, Jogjakarta.
- Nieva VF, Sorra J (2003) *Safety Culture Assessment: A Tool For Improving Patient Safety In Healthcare Organizations*. *Qual Saf Health Care* 12:ii17-ii23.
- Pronovost, P.J, B Weast, C G Holzmueller, B J Rosenstein, R P Kidwell, KB.Haller, E R Feroli, J B Sexton, H R Rubin (2003). Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care*;12:405–410.
- Reason JT. (1995) *Understanding Adverse Events: Human Factors*. In: Vincent CA, ed. *Clinical risk management.*, London: BMJ 31-54.
- Reason JT. (1997) *Managing The Risks Of Organisational Accidents*. Aldershot, UK: Ashgate.
- Reason JT (2000) Human Error: Models And Management. *BMJ*;320:768–70.
- Robbins, Stephen P (1996) (alih bahasa: Hadyana Pujaatmaka). *Perilaku Organisasi Konsep-Kontroversi-Aplikasi*. Yogyakarta: PT. Prenhalindo.
- Roshental Jill, Riley Trish (2001) *Patient Safety And Medical Error : A Road Map To State Action*. Agency For Healthcare Research And Quality.
- Sabila Dena R, (2014) *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien pada Perawat Unit Rawat Inap kelas III RSUD Pasar Rebo Bulan Juni 2014*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Selbst SM, Fein JA, Osterhoudt K, et al (1999). Medication Errors In A Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*.;15:1–4.
- Shojania KG (2002) Safe But Sound, Patient Safety Meets Evidence-Based Medicine. *JAMA* 288:508-13
- Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ et al (2003) The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual. Saf. Health Care*;12;112-118.
- Theodosios Stavrianopoulos (2012) *The Development of Patient Safety Culture*, Health Science Journal Vol 6 :201-11
- University of Michigan Health System Patient Safety Toolkit (2007). *Improving Patient Safety in Hospitals: Ideas into Action*. University of Michigan.
- Wilson RM, Cunciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD (1995) The Quality in Australian health care study. *Med J Aust*;163:458-71.

World Health Organization (2006) World Alliance for Patient Safety  
Forward Programme 2006-2007.