

# **BUDAYA KESELAMATAN PASIEN (STUDI KASUS) PADA RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH BANTUL**

PATIENT SAFETY CULTURE (STUDY CASE) AT PKU MUHAMMADIYAH BANTUL HOSPITAL

**Ajeng Titi Probo Rahayanti. Arlina Dewi**

Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Program Pascasarjana, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

## **INTISARI**

Latar Belakang : Konsep keselamatan pasien harus mampu dilaksanakan secara menyeluruh dan mengurangi kesalahan medis, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) akan sering terjadi dan selanjutnya akan terjadi kematian pada pasien. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan mengeksplorasi budaya keselamatan pasien dan menilai level maturitas terendah pada rumah sakit PKU MUHAMMADIYAH BANTUL.

Metode: Dasar dari penelitian ini adalah analisis secara deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* dan dilihat dari 10 variabel budaya keselamatan pasien menurut MAPSaF (*Manchester Patient Safety Framework*), dengan instrumen penelitian berupa *Questioner*. Teknik pengambilan sampelnya adalah dengan *Convenience Sample*, Objek penelitian adalah 67 perawat pada pelayanan rawat inap di PKU Muhammadiyah Bantul.

Hasil dan Pembahasan: : Dari 10 dimensi budaya keselamatan pasien yang dinilai menggunakan MAPSaF, terdapat 5 level maturitas yang dapat menggambarkan tingkat budaya keselamatan pasien, yaitu level patologis, reaktif, kalkulatif, proaktif dan generatif. Penelitian pada PKU Muhammadiyah Bantul Terdapat 10 dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan kuesioner MaPSaF berada di tingkat proaktif dan level maturitas terendah adalah level kalkulatif, yaitu dimensi komunikasi tentang isu keselamatan pasien.

Kesimpulan: Secara keseluruhan hasil penelitian menggunakan kuesioner 10 dimensi MAPSaF dominan menunjukkan 10 dimensi berada di tingkat proaktif dimana Rumah Sakit PKU MUHAMMADIYAH BANTUL telah bersifat komprehensif terhadap budaya keselamatan pasien dan telah mengimplementasikannya sesuai dengan *evidence-based* dan harus meningkatkan proses komunikasi efektif antar staf dan petugas kesehatan .

**Kata Kunci:** Budaya Keselamatan Pasien, MaPSaF

Keselamatan pasien (*patient safety*) dapat diartikan sebagai upaya untuk mencegah suatu bahaya yang akan terjadi pada pasien. Konsep keselamatan pasien harus mampu dilaksanakan secara menyeluruh dan terpadu. Menurut *The American Hospital Association* (AHA) 1999 keselamatan dan keamanan pasien (*patient safety*), keutamaan strategik. *Patient safety*, sebuah sistem yang mampu memberikan rasa aman kepada pasien. Sistem pada *Patient safety* yang disebabkan oleh kesalahan dalam pengambilan tindakan dapat memperingankan cedera yang akan terjadi. Keselamatan pasien menurut Sunaryo (2009) adalah ada tidak adanya kesalahan atau bebas dari cedera karena kecelakaan.

Patient safety mulai dicanangkan di Australia pada tahun 2000 oleh Ministry of Health (MOH) Australia. Di Indonesia sendiri dibentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPR) pada tahun 2005 oleh Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI). Di Indonesia PERSI yang pertama kali membentuk dan menginisiasi Gerakan keselamatan pasien rumah

sakit, yang diresmikan / dicanangkan oleh Menteri Kesehatan pada Pembukaan Seminar Nasional PERSI tanggal 21 Agustus 2005. Dasar hukum tersebut juga diperkuat dengan adanya Permenkes RI Nomor 11 /2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang mengatur tentang standar keselamatan pasien, 7 langkah menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit, dan di dalamnya juga menetapkan sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Rumah sakit merupakan sebuah miniatur masyarakat, dikarenakan rumah sakit merupakan organisasi yang bergerak dalam bidang jasa, yang mempunyai ciri-ciri antara lain, padat karya, padat modal, padat teknologi (Poerwani dan Sopacua, 2006). Oleh karena itu, pelayanan di rumah sakit menjadi lebih kompleks dengan karakteristik yang sangat khas dan banyaknya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) akan sering terjadi dan selanjutnya akan terjadi kematian pada pasien. Kesalahan terhadap rasa aman paling sering

disebabkan oleh kesalahan manusia terkait dengan risiko dalam hal keselamatan, dan hal ini disebabkan oleh kegagalan sistem di mana individu tersebut bekerja (Reason, 2009).

Penyebab utama terjadinya kesalahan adalah manusia atau human error, namun dalam menyelesaikan persoalan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dengan hanya mengintervensi individu yang melakukan kesalahan, tidak akan menyelesaikan persoalan. Kejadian kecelakaan di suatu rumah sakit akan dapat merugikan pihak yang terlibat dalam organisasi rumah sakit seperti para staf dan juga pasien. Efek yang terjadi adalah menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan menurut Flynn (2002) dalam (Cahyono, 2008).

Hasil penelitian Puguh Danu (2017) berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, RS Pupuk Kaltim telah melakukan keputusan pada kecelakaan yang disebabkan jatuh, hal ini dibuktikan dengan surat keputusan direktur tahun 2014 tentang kebijakan pengurangan risiko pasien

jatuh. Hambatan dalam penerapan pencegahan pasien risiko jatuh di RS Pupuk Kaltim antara lain: belum dilaksanakannya penilaian awal pasien rawat inap dari UGD, belum dilakukan secara rutin penilaian harian pasien rawat inap, perlu dilakukan SOP, masih terdapat empat tidur tidak aman sebanyak 26 buah, brankar tidak aman/berpagar sebanyak tiga buah, pasien perawatan kelas tiga tidak mendapatkan alas kaki anti licin, gelang penanda pasien risiko jatuh sering kosong. Mutu pelayanan kesehatan RS Pupuk Kaltim terus diupayakan dan ditingkatkan mulai dari mencari solusi alternatif dari hambatan, monitoring dan evaluasi dari penerapan pencegahan pasien risiko jatuh dalam rangka keselamatan pasien di RS.

RSU PKU Muhammadiyah Bantul adalah sebuah Rumah Sakit yang mempunyai kewajiban melaksanakan Keselamatan dalam memberikan pelayanan. Standar akreditasi baru pada rumah sakit Muhammadiyah Bantul mulai diterapkan tahun 2012.

Akreditasi telah sesuai dengan Undang-Undang No.

44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang mana setiap rumah sakit harus mampu melaksanakan akreditasi. Adapun akreditasi bertujuan untuk meningkatkan keamanan pasien. Jadi akreditasi mampu meningkatkan budaya dan mutu rumah sakit PKU Muhammadiyah Bantul. 4 kelompok standar akreditasi Rumah sakit yang baru merupakan keselamatan pasien.

RSU PKU Muhammadiyah Bantul UNIT I sejak tahun 2006-2016 sudah melaksanakan Keselamatan pasien dan memberikan hasil bahwa pelaksanaan keselamatan pasien di RSU Muhammadiyah Bantul. UNIT I tergolong kurang memuaskan yaitu ada beberapa kasus KTD di RSU PKU Muhammadiyah Bantul UNIT I

Dari latar belakang tersebut diatas, peneliti dapat merumuskan masalah dari penelitian yang dilakukan yaitu : “Bagaimana Gambaran Budaya Keselamatan Pasien RS PKU Bantul Unit I”

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan kuantitatif *cross sectional* karena peneliti ingin mengukur semua variabel pada waktu yang bersamaan. Populasi adalah seluruh perawat di bagian poliklinik RS PKU Muhammadiyah Bantul Unit I. Sampel diambil dengan *purposive sampling* sejumlah 67 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Teknik analisa data yang digunakan adalah distribusi frekuensi

### Hasil Dan Diskusi

#### A. Deskripsi Profil Responden

Tabel 4.1 Profil Responden

No	Karakteristik Responden	Jumlah	precentage
1	Usia		
	- 20-25 th	11	17%
	- 26-30 th	27	40%
	- ≥31 th	29	43%
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>
2	Jenis kelamin		

	- Perempuan	62	93%
	- laki-laki	5	7%
	<b>Total</b>	67	100%
3	Masa kerja		
	- ≤5 th	17	25%
	- ≥6-10 th	39	58%
	- ≥11 <sup>t</sup> <sub>h</sub>	11	17%
	<b>Total</b>	67	100%
4	Tingkat Pendidikan		
	- D3	34	51%
	- D4	9	36%
	- S1	24	13%
	<b>Total</b>	67	100%
5	Sosialisasi patient safety		
	- Sudah	21	31%
	- Belum	19	29%
	- Tidak diketahui	27	40%
	<b>Total</b>	67	100%

No	Dimensi	Persen
1	Komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan	11,98%
2	Prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien	12,08%
3	Kesalahan sistem dan tanggung jawab individu	8.40%
4	Perekaman insiden dan best practices	8.26%
5	Evaluasi insiden dan best practices	12.54%
6	Pembelajaran dan perubahan efektif	8.62%
7	Komunikasi tentang isu keselamatan pasien	12.60%
8	Manajemen kepegawaian dan isu keselamatan	4.27%
9	Pendidikan dan pelatihan staf	8.36%
10	Kerjasama tim	12.86%

Sumber data diolah tahun 2018

B. Deskripsi Hasil Penelitian 10 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Tabel 4.2. Tabel 10 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dimensi budaya keselamatan pasien dengan persentase terbanyak adalah kerjasama tim (12.86%). Sedangkan persentase terendah adalah manajemen keperawatan dan isu keselamatan (4.27%)

Tabel 4.3 SOP & Kebijakan

No	Aspek SOP & Kebijakan	Frekuensi	Persentase (%)
1	Petugas menyadari akan setiap kemungkinan atau risiko yang akan terjadi sehingga justru mengurangi jumlah SOP karena keselamatan pasien sudah dipahami setiap orang. Pasien dan keluarga terlibat dalam memberikan saran	18	26.9
2	SOP, protokol dan kebijakan dibahas dan dilaksanakan sebagai dasar pelayanan. Pasien dan keluarga diajak	49	73.1

	terlibat dalam membuat keputusan pelayanan.		
--	---	--	--

Sumber data diolah tahun 2018

Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden memiliki aspek komitmen untuk perbaikan, pada pilihan SOP, protokol dan kebijakan dibahas dan dilaksanakan sebagai dasar pelayanan (73.1%). Menurut peneliti, bahwa pada aspek komitmen untuk perbaikan, maka lebih diutamakan pada . Pasien dan keluarga diajak terlibat dalam membuat keputusan pelayanan.

Tabel 4.4 Sistem manajemen resiko

No	Aspek Sistem manajemen resiko	Frekuensi	Persentase (%)
1	Seluruh staf konsisten dalam melaksanakan sistem manajemen resiko & peningkatan mutu berkelanjutan	18	26.9
2	Sistem	48	71.6

	manajemen resiko sudah tersosialisasi lebih luas pada organisasi RS & masyarakat		
3	Sistem manajemen resiko belum tersosialisasi secara luas.	1	1.5

Sumber data diolah tahun 2018

Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden memiliki aspek Sistem manajemen resiko sudah tersosialisasi lebih luas pada organisasi RS & masyarakat (71.6 %). Menurut peneliti, bahwa pada Sistem manajemen resiko, maka lebih diutamakan pada sudah tersosialisasi lebih luas pada organisasi RS & masyarakat

Tabel 4.5 Budaya keselamatan pasein

No	Aspek Budaya keselamatan pasein	Frekuensi	Persentase (%)
1	RS memiliki budaya yang	9	13.4

	terbuka & adil, petugas merasakan atmosfer budaya yang baik.		
2	Staff merasa aman untuk melaporkan insiden	56	82.1
3	Budaya terbuka dan adil, namun petugas belum merasakannya	3	4.5

Sumber data diolah tahun 2018

Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden memiliki aspek .Staff merasa aman untuk melaporkan insiden (82.1 %). Menurut peneliti, bahwa pada Staff merasa aman untuk melaporkan insiden, maka lebih diutamakan pada tingkat pelaporan insiden

Tabel 4.6 Sistem pelaporan dan kegunaannya

No	Aspek Sistem pelaporan dan	Frekuensi	Persentase (%)
----	----------------------------	-----------	----------------

	kegunaannya		
1	Insiden KP selalu dilaporkan dalam sistem yang benar	9	13.4
2	Proses pelaporan mudah dilakukan dan bersifat ramah	56	82.1
3	RS tidak rutin memakai laporan petugas tetapi laporan didapat dari sumber lain seperti audit dan form komplain pasien	2	3.0

Sumber data diolah tahun 2018

Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden memiliki aspek . Proses pelaporan mudah dilakukan dan bersifat ramah (82.1 %). Menurut peneliti, bahwa pada Proses pelaporan mudah dilakukan, maka lebih diutamakan bersifat ramah

Tabel 4.7 Fokus investigasi

No	Aspek Analisis data	Frekuensi	Persentase (%)
1	Investigasi insiden KP melibatkan investigator internal & eksternal organisasi	9	13.4
2	Insiden KP dan <i>near miss</i> fokus pada perbaikan, selain itu juga melibatkan pasien	49	73.1
3	Investigasi insiden KP dan <i>near miss</i> berfokus pada perorangan dan lingkungan di sekitar kejadian saja	9	13.4

Sumber data diolah tahun 2018



Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden memiliki aspek . Insiden KP dan *near miss* fokus pada perbaikan, selain itu juga melibatkan pasien. (73.1 %). Menurut peneliti, bahwa Insiden KP dan *near miss* fokus pada perbaikan maka lebih diutamakan untuk melibatkan pasien.

Tabel 4.8 Siapa yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden

No	Aspek Siapa yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden	Frekuensi	Persentase (%)
1	Insiden KP dibicarakan terbuka dan mendiskusikannya bersama petugas guna menghasilkan suatu perubahan.	10	14.9
2	Petugas turut aktif dalam memutuskan perubahan setelah suatu insiden KP dan berkomitmen	52	77.6

	melaksanakannya		
3	Komite Keselamatan Pasien dan manajer memutuskan perubahan tetapi kurang melibatkan peran serta petugas.	5	7.5

Sumber data diolah tahun 2018

Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden memiliki aspek Petugas turut aktif dalam memutuskan perubahan setelah suatu insiden KP dan berkomitmen melaksanakannya (77.6 %). Menurut peneliti, bahwa Petugas turut aktif dalam memutuskan perubahan setelah suatu insiden KP maka lebih diutamakan untuk berkomitmen melaksanakannya

Tabel 4.9 Membagi informasi

No	Aspek Membagi informasi	Frekuensi	Persentase (%)
1	Ide inovatif yang menyangkut KP dikomunikasikan dan	13	19.4

	jalur komunikasi disediakan,		
2	Infomasi tentang KP dibagikan pada sesi briefing sudah diagendakan oleh petugas.	46	68.7
3	Banyak informasi tentang KP tetapi hanya sedikit yang dimengerti oleh petugas.	8	11.9

Sumber data diolah tahun 2018

Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden memiliki aspek Infomasi tentang KP dibagikan pada sesi briefing sudah diagendakan oleh petugas. (68.7 %). Menurut peneliti, bahwa Infomasi tentang KP dibagikan pada sesi briefing maka lebih diutamakan untuk diagendakan oleh petugas.

Tabel 4.10 Apakah petugas merasa didukung?

No	Apakah petugas merasa	Frekuensi	Persentase (%)
----	-----------------------	-----------	----------------

	didukung?		
1	Manajemen kepegawaian melakukan refleksi dan pembahasan tentang kompetensi petugas,. Melakukan supervisi dan mentoring. Kesehatan petugas diperhatikan.	11	16.4
2	Manajemen merancang dukungan terhadap kebutuhan petugas. Kesehatan petugas diperhatikan.	48	71.6
3	Prosedur manajemen kepegawaian merupakan cara untuk mengontrol petugas.	8	11.9

Sumber data diolah tahun 2018

Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden memiliki aspek Manajemen merancang dukungan terhadap kebutuhan petugas kesehatan petugas kesehatan diperhatikan. (71.6 %). Menurut peneliti, bahwa Manajemen merancang dukungan terhadap kebutuhan petugas kesehatan maka lebih diutamakan untuk diperhatikan petugas kesehatan

Tabel 4.11 Kebutuhan pelatihan

No	Kebutuhan pelatihan	Frekuensi	Persentase (%)
1	Petugas diberikan kesempatan untuk mengambil pelatihan sesuai kebutuhan mereka..	13	19.4
2	Ada upaya untuk mengidentifikasi pelatihan apa yang dibutuhkan petugas dan menyelaraskan dengan kebutuhan RS.	51	76.1

3	Pelatihan diadakan untuk memenuhi kebutuhan RS.	3	4.5
---	---	---	-----

Sumber data diolah tahun 2018

Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden memiliki aspek Ada upaya untuk mengidentifikasi pelatihan apa yang dibutuhkan petugas dan menyelaraskan dengan kebutuhan RS. (76.1 %). Menurut peneliti, bahwa Ada upaya untuk mengidentifikasi pelatihan apa yang dibutuhkan petugas maka lebih diutamakan untuk menyelaraskan dengan kebutuhan RS

Tabel 4.12 Seperti apa menjadi anggota tim

No	Seperti apa menjadi anggota tim	Frekuensi	Persentase (%)
1	Kerjasama tim terlihat memiliki kesamaan dalam pemahaman dan visi.	12	17.9
2	Kolaborasi antar anggota tim berjalan	49	73.1

	dengan baik.		
3	Anggota tim terdiri dari unsur multidisiplin tetapi tidak memiliki komitmen terhadap tim.	6	9.0

Sumber data diolah tahun 2018

Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden memiliki aspek Kolaborasi antar anggota tim berjalan dengan baik. (73.1%). Menurut peneliti, bahwa Kolaborasi antar anggota tim maka lebih diutamakan berjalan dengan baik

#### Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka kesimpulan yang didapatkan adalah sebagai berikut:

A. Terdapat 7 dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan kuesioner MaPSaF berada di tingkat proaktif yaitu Komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan, Prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien, Evaluasi insiden dan best

practices, Pembelajaran dan perubahan efektif, Manajemen kepegawaian dan isu keselamatan. Pendidikan dan pelatihan staf, Kerjasama tim

B. Terdapat 2 dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan kuesioner MaPSaF berada di tingkat generatif yaitu Kesalahan sistem dan tanggung jawab individu dan Perekaman insiden dan best practices

C. Terdapat 1 dimensi budaya keselamatan pasien berdasarkan kuesioner MaPSaF berada di tingkat kalkulatif yaitu Komunikasi tentang isu keselamatan pasien

#### DAFTAR PUSTAKA

Agustina Pujilestari (2014) dengan judul “Budaya keselamatan pasien di instlasi rawat inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo kota Makassar.”

Ashcroft, D.M., et al., *Safety culture assessment in community pharmacy: development, face, validity, and feasibility of the manchester patient safety assessment framework.* Quality and Safety in Health Care, 2005. 14(6): p. 417-21.

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

Budihardjo, Andreas. 2008. *Pentingnya Safety Culture di Rumah Sakit Upaya Meminimalkan Adverse Events.* Prasetya Mulya Bussiness School. Jakarta

Cahyono, J.B. Suharjo B. 2008. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran.* (Yogyakarta : Kanisius)

Carthey, J.& Clarke, J. (2010). *Implementing human factor in healthcare: How to guide.* London: Patient Safety First Cottingham,

Canadian Nurse Association. 2004 *Nurses and patient safety: Discussion paper.* Canadian Nurse Association and University of Toronto Faculty of Nursing;

Departemen Kesehatan (Depkes) RI, 2006. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit Utamakan Keselamatan Pasien Edisi 2.* Jakarta: Depkes

Departemen Kesehatan (Depkes) RI, 2008. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien*

*Rumah Sakit Utamakan Keselamatan Pasien Edisi 2.* Jakarta: Depkes.

Depkes, 2006, *Keselamatan Sakit, Depkes. Panduan Nasional Pasien Rumah*

Dwi Helynarti Syurandhari (2016) *Hubungan Patient Safety dengan Mutu Pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD DR. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto*

Fleming, M. (2006). *Patient safety culture: sharing & learning from each other*

Hamdani, Siva. 2007. *Analisis Budaya Keselamatan Pasien (Patient safety Culture) Di Rumah Sakit Islam Jakarta Tahun 2007.* Tesis. FKM UI

Hasibuan, M. S. P. (2008). *Organisasi & motivasi dasar peningkatan produktivitas.* Jakarta: PT. Bumi Aksara.

Hellings, J., Ward, S., Klazinga, N. S., & Vleugels, A. (2010). *Improving patient safety culture.* International Journal of Health Care Quality Assurance, 23(5), 489-506.

Hudson, P. (2009). *Safety culture-theory and practice*

Jianhong, A. (2009). *Safety culture in surgical*

residency program across Virginia.

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS). *Laporan Insiden Keselamatan Pasien*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011

Kaufman, G., & McCaughan, D. (2013). The effect of organisational culture on patient safety. *Nursing Standard*, 27(43), 50-56.

Lumenta. 2008. State of the art patient safety. Disampaikan pada workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Klinis RSAB Harapan Kita pada tanggal 1-3 April 2008. Jakarta

National Patient Safety Agency, 2004, Seven step to patient safety, the full reference guide,. 2nd, London.

NPSA (National Patient Safety Agency). 2006. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). Manchester: University of Manchester

Notoadmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Nur Syarianingsih Syam (2017) *Implementasi Budaya*

*Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar.*

Parker D., Lawrie D., Carthey J. & Coultous M.. 2008. The Manchester Patient Safety Framework: sharing the learning. *Clinical Risk* 14(4): 140-142, 1-3.

Permenkes RI Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang mengatur tentang standar keselamatan pasien

Poerwani, S.K. & Sopacua, E., 2006. Akreditasi Sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 9, pp.125-133.

Puguh Danu Sanjaya (2017) *Evaluasi Penerapan Pencegahan Pasien Berisiko Jatuh di Rumah Sakit: Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit*, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia

Putri, 2010. *Penerapan Budaya Patient Safety di RS PKU Muhammadiyah, Bantul. UMY*

Reason. 2009. *Managing The Risk of Organizational Accidents*. Ashgade: Publishing Ltd. Aldershot Hants

Setiowati, Dwi. 2010  
*Hubungan Kepemimpinan  
Efektif Head Nurse dengan  
Penerapan Budaya  
Keselamatan Pasien oleh  
Perawat Pelaksana di  
RSUPN Dr. Cipto  
Mangunkusumo Jakarta*  
[Tesis]. Depok: Universitas  
Indonesia

Singer, B. 2003 *Ironies  
of the human condition: well-  
being and health.*

Sorra J, Famolaro T,  
Yount ND, Smith SA, Wilson  
S, Liu H. 2014 *Hospital  
Survey on Patient Safety  
Culture: 2014 User  
Comparative Database  
Report.* Rockville (MD):  
Agency for Healthcare  
Research and Quality

Sunaryo. 2009.  
*Manajemen Pendidikan  
Inklusif.pdf.* Jakarta : Jurusan  
PLB FIP UPI

Tio Dora Ultaria S  
(2017) *Gambaran Budaya  
Keselamatan Pasien di RS  
Roemani Muhammadiyah  
Semarang*

Walshe, K & Boaden,  
R.,2006, *Patient safety:  
Research into practice.*New  
York:

World Health  
Organization. 2004.  
*International Statistical  
Classification of Disease and  
Related Health Problems  
Tenth Revision Volume 2*

second edition. Geneva:  
World Health Organization

Undang-Undang RI  
Nomor 44 Tahun 2009  
tentang Rumah Sakit.