

HUBUNGAN JAM KERJA DAN KARAKTERISTIK PERAWAT PELAKSANA DENGAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN PADA RUMAH SAKIT DI KOTA PADANG

Yessi Fadriyanti, Yosi Suryarinilsih
E-mail: fadri1975@gmail.com

ABSTRACT

Patient safety is now a global issue which is now being reported to the demands of patients on medical errors that occur in patients. Patient safety goals is a requirement to be implemented in all hospitals accredited by the Commission on Accreditation of Hospitals. Patient safety goals is expected to prevent or reduce injury and improve patient safety pasien. Menurut report from IOM (Institute of Medicine) in 1999 Amerika openly stated that at least 44,000 and even 98,000 patients died in the hospital within one year as a result of medical errors (medical errors) which previously could have been prevented, this has resulted in lawsuits experienced increased hospital. This study aims to determine the relationship of nurses working hours with the application of patient safety goals. This type of research is a quantitative study, using cross-sectional study with a sample of 93 people. Ways sampling with proportional random sampling. The results showed no significant relationship between hours of work, length of work and knowledge of nurses with the application of patient safety goals. Variables related to the implementation of patient safety goals are age and education. The results of this study can be considered for admission to the hospital on new nurses need to consider the age factor in early adulthood, lists the nursing staff who will participate in continuing education and supervision to nurses related to patient safety.

Keywords: patient safety, patient safety incidents

References: 56 (1995-2013)

PENDAHULUAN

Perubahan tingkat pendidikan dan status sosial masyarakat pada saat ini meningkatkan kesadaran mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak saja bermutu namun juga aman. Salah satu indikator mutu yang sangat penting adalah keselamatan pasien. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemenkes, 2011). Insiden keselamatan pasien merupakan bagian dari keselamatan pasien yang merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Potensial Cedera (KPC) (Permenkes, 2011).

Menurut laporan dari IOM (*Institute of Medicine*) di Amerika tahun 1999 secara terbuka menyatakan bahwa paling sedikit 44.000 bahkan 98.000 pasien meninggal di rumah sakit dalam satu tahun akibat dari kesalahan medis (*medical errors*) yang sebelumnya bisa dicegah, keadaan ini menyebabkan tuntutan hukum yang dialami rumah sakit semakin meningkat. Di Utah dan Colorado ditemukan KTD sebanyak 2,9%, 6,6% diantaranya menyebabkan kematian, sementara di New York ditemukan KTD sebesar 3,7 % dengan angka kematian mencapai 13.6%. Foster et (2006) menyatakan di ruang penyakit dalam di berapa rumah sakit pendidikan terdapat KTD sebanyak 23% dan sebanyak 72% dari KTD tersebut karena obat. Hal serupa juga ditemukan pada Amerika, Australia, Denmark, New Zealand, Canada dan Perancis dari tahun 1975 sampai tahun 2002 yang menemukan rata-rata KTD sebanyak 38,2% (Emslie, 2005). Selanjutnya Holloway et (2007) menemukan 72 kasus (41%) pasien stroke mengalami jatuh di bagian neurologi *University Rochester Medical Center*. 145 insiden keselamatan pasien terdiri dari KTD 46%, KNC 48% dan lain-lain 6% (Kongres PERSI, 2007).

Keselamatan pasien melibatkan peran organisasi kesehatan dan peran pemberi pelayanan kesehatan termasuk perawat. Perawat merupakan petugas kesehatan yang mempunyai peranan sangat penting dalam menentukan mutu pelayanan kesehatan dimana perawat memiliki peran utama dalam meningkatkan dan mempertahankan kesehatan klien dengan mendorong klien untuk lebih proaktif jika membutuhkan pelayanan selama menjalani perawatan. Keperawatan menduduki posisi yang sangat penting dan mayoritas yaitu 40%-60% dari pelayanan kesehatan yang lainnya untuk memberikan asuhan keperawatan secara keseluruhan (Gillies, 1994, Nurrachman, 2001, Kepmendagri, 2002, Huber, 2006). *The Institute of Medicine* (IOM) pada tahun 2000 mengemukakan dua peran perawat dalam keselamatan pasien yaitu memelihara keselamatan melalui transformasi lingkungan keperawatan yang lebih mendukung keselamatan pasien dan peran perawat dalam keselamatan pasien melalui penerapan standar keperawatan terkini.

Penyebab keselamatan pasien merupakan hal yang sangat kompleks dan dipengaruhi oleh banyak faktor yang berkontribusi. Faktor berkontribusi terhadap hal ini menurut Henriksen (2008) menjelaskan KTD dipengaruhi oleh faktor karakteristik individu meliputi pengetahuan, tingkat pendidikan, usia dan pengalaman kerja dan faktor sifat dasar pekerjaan meliputi alur atau cara kerja, beban kerja/jam kerja, kerja sama tim, kompleksitas pekerjaan, kemampuan kognitif. Faktor pengetahuan sangat mempengaruhi kemampuan individu tersebut dalam melakukan tindakan yang tidak menimbulkan resiko terhadap keselamatan pasien. Menurut Cahyono (2008) bahwa pengetahuan sumber daya manusia termasuk perawat merupakan hal berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien. Faktor tingkat pendidikan diyakini bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan (Siagian, 1997).

Faktor usia perawat juga menjadi alasan terjadinya resiko ataupun kesalahan. Robbins (2003) berpendapat bahwa kinerja dan produktivitas menurun dengan semakin meningkatnya usia. Faktor pengalaman kerja perawat merupakan hal berpontensi menimbulkan cedera. Menurut Robbins (2003) bahwa ada hubungan positif antara senioritas dengan produktivitas pekerjaan. Faktor beban kerja bisa bersifat kuantitatif bila yang dihitung berdasarkan banyaknya/jumlah tindakan keperawatan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Beban kerja bersifat kualitatif berhubungan dengan jam kerja (*work hours*) yaitu jumlah peningkatan pekerjaan yang dilakukan perawat sesuai dengan peningkatan jumlah jam kerja. Menurut undang-undang No.13 tahun 2003 tentang keternagaan kerja pada pasal 77 dengan tegas menyebutkan jam kerja atau waktu kerja karyawan 7 jam 1 (satu) hari dan 40 jam/minggu untuk 6 hari kerja dalam 1 minggu atau 8 jam 1 hari dan 40 jam/minggu untuk 5 hari kerja dalam 1 minggu.

Perawat yang jam kerjanya diperpanjang dilaporkan lebih sering melakukan kesalahan dan mengalami kejadian pasien jatuh pada saat mereka berdinas (Sochalski, 2004). Carayon & Gurses (2005) mengatakan bila beban kerja yang terlalu tinggi akan menyebabkan komunikasi buruk antara perawat dan pasien, kegagalan kolaborasi perawat dengan dokter, tingginya *drop out* perawat perawat/*turn over* dan rasa ketidak puasan kerja perawat. Scott (2006) menemukan bahwa perawat ICU memiliki kecenderungan untuk bekerja lebih lama dari jadwal kerjanya. Dari 502 perawat, sebanyak 86% dari 6017 jadwal kerja perawat menggambarkan adanya perpanjangan waktu kerja, 56,5% perawat yang bekerja lebih lebih 40jam/minggu melakukan kesalahan daripada perawat yang berkerja kurang dari 40jam/minggu. Kesalahan pemberian obat (28,2%), kesalahan prosedural (19,6%) dan dokumentasi (0,8%). Hal ini diperkuat oleh Rogers (2004) menyatakan jumlah jam kerja lebih 40 jam/minggu dan lebih 50 jam/minggu meningkatkan resiko membuat kesalahan. 14,8% perawat melakukan kesalahan jam kerjanya lebih banyak dari pada jam kerjanya kurang 8,6% melakukan kesalahan.

Berdasarkan tersebut dapat dilihat jam kerja yang berlebihan dapat berdampak terhadap insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Hal ini dapat menyebabkan menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Rendahnya kualitas atau mutu asuhan yang diberikan, karena keselamatan pasien merupakan bagian dari mutu (Fynn, 2002 dalam Cahyono, 2008). Oleh karena itu peneliti tertarik melihat “ Hubungan Jam Kerja Perawat Pelaksana dengan Insiden Keselamatan Pasien Pada Rumah Sakit di Kota Padang .”

METODE

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Dalam penelitian ini populasinya adalah keseluruhan perawat pelaksana

pada rumah sakit di Kota Padang yaitu sebanyak 122 orang. Pengambilan sampel yang digunakan adalah *proporsional random sampling* yaitu sebanyak 93 orang.

HASIL

Karakteristik Perawat Pelaksana

Tabel 5.1
Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Umur, Pendidikan dan Pengetahuan Pada Rumah Sakit di Kota Padang Tahun 2014

Karakteristik	Frekuensi	%
Umur		
a. Remaja akhir	21	22,6
b. Dewasa awal	72	77,4
Pendidikan		
a. D3 Kep	86	92,5
b. S1Ners Kep	7	7,5
Pengetahuan		
a. Tinggi	87	93,5
b. Rendah	6	6,5

Berdasarkan pada tabel 5.2 didapatkan bahwa sebagian besar umur perawat pelaksana pada rumah sakit di Kota Padang pada usia dewasa awal adalah 77,4%, pada umumnya perawat pelaksana pada rumah sakit di Kota Padang berpendidikan D3 adalah 92,5% dan pada umumnya perawat pelaksana memiliki pengetahuan tinggi tentang keselamatan pasien adalah 93,5%.

5.1.1 Lama Kerja

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan maka diperoleh informasi tentang karakteristik perawat pelaksana berdasarkan masa kerja dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut ini:

Tabel 5.2
Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Masa Kerja Pada Rumah Sakit di Kota Padang Tahun 2014

Karakteristik	Rata-rata	SD
Lama Kerja (Tahun)	5,57	3,84

Berdasarkan hasil pada tabel 5.1 dapat dilihat bahwa rata-rata lama kerja perawat pelaksana pada rumah sakit di Kota Padang adalah $5,57 \pm 3,84$ tahun.

5.2 Jam Kerja Perawat Pelaksana

Tabel 5.3
Jam Kerja Perawat Pelaksana Pada Rumah Sakit di Kota Padang Tahun 2014

Jam Kerja	Frekuensi	%
a. Sesuai dengan standar	23	24,7
b. Tidak sesuai dengan standar	70	75,3
Total	93	100

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar jam kerja perawat pelaksana tidak sesuai dengan standar yaitu 75,3 %.

5.3 Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien

Hasil analisis menggambarkan penerapan keselamatan pasien perawat pelaksana pada rumah sakit di Kota Padang adalah sebagaimana yang tergambar dalam Tabel 5.4

Tabel 5.4
Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Pada Rumah Sakit

di Kota Padang Tahun 2014		
Penerapan	Frekuensi	%
a. Kurang	70	75,3
b. Baik	23	24,7
Total	93	100

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar penerapan sasaran keselamatan pasien yang kurang yaitu 75,3%.

5.4 Hubungan jam kerja perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien

Tabel 5.5

Hubungan Jam kerja Perawat Pelaksana Dengan Penerapan Keselamatan Pasien Pada Rumah Sakit

Jam Kerja	Penerapan				p
	Kurang		Baik		
	f	%	f	%	
a. Sesuai dengan standar	14	60,9	9	39,1	
b. Tidak sesuai dengan standar	56	80,0	14	20	0,117

Berdasarkan tabel 5.5 bahwa presentase penerapan sasaran keselamatan pasien yang kurang lebih tinggi pada perawat pelaksana dengan jam kerja tidak sesuai standar dibandingkan dengan jam kerja sesuai standar (80% : 60,9%). Secara statistik perbedaan tersebut tidak bermakna ($p > 0,05$).

5.5 Hubungan Karakteristik individu perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien

Tabel 5.6

Hubungan Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Umur Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Pada Rumah Sakit di Kota Padang Tahun 2014

Umur	Penerapan				p
	Kurang		Baik		
	F	%	f	%	
a. Remaja Akhir	21	100	0	0	0,007
b. Dewasa Awal	49	68,1	23	31,9	

Berdasarkan tabel 5.6 bahwa presentase penerapan sasaran keselamatan pasien yang kurang lebih tinggi pada umur remaja akhir dibandingkan dengan umur dewasa awal (100% : 68,1%). Secara statistik perbedaan tersebut bermakna ($p < 0,05$).

Tabel 5.7

Hubungan Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Pendidikan Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Pada Rumah Sakit di Kota Padang Tahun 2014

Pendidikan	Penerapan				p
	Kurang		Baik		
	f	%	f	%	
c. D3 keperawatan	68	80,2	17	19,8	0,001

d. S1 Ners	1	14,3	6	85,7
------------	---	------	---	------

Berdasarkan tabel 5.7 bahwa presentase penerapan sasaran keselamatan pasien yang kurang lebih tinggi pada pendidikan DIII Keperawatan dibandingkan dengan pendidikan S1 Ners (80,2% : 14,3%). Secara statistik perbedaan tersebut bermakna ($p < 0,05$)

Tabel 5.8

Hubungan Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Masa Kerja Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Pada Rumah Sakit di Kota Padang Tahun 2014

Karakteristik	Penerapan				p
	Kurang		Baik		
	Rata-rata	SD	Rata-rata	SD	
Lama Kerja	5,31	3,98	6,34	3,33	0,265

Berdasarkan tabel 5.8 bahwa penerapan sasaran keselamatan pasien yang kurang pada masa kerja rata-rata $5,31 \pm 3,98$ tahun sedangkan baik pada masa kerja rata-rata $6,34 \pm 3,33$ tahun . Secara statistik perbedaan tersebut tidak bermakna ($p > 0,05$).

Tabel 5.9

Hubungan Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Pengetahuan Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Pada Rumah Sakit di Kota Padang Tahun 2014

Pengetahuan	Penerapan				p
	Kurang		Baik		
	f	%	f	%	
a. Tinggi	64	73,6	23	26,4	0,330
b. Rendah	6	100	0	0	

Berdasarkan tabel 5.9 bahwa presentase penerapan sasaran keselamatan pasien yang kurang lebih tinggi pada pengetahuan rendah dibandingkan pada pengetahuan tinggi (100% : 73,6%). Secara statistik perbedaan tersebut tidak bermakna ($p > 0,05$).

PEMBAHASAN

Hubungan Jam Kerja Perawat Pelaksana Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien.

Berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa presentase penerapan sasaran keselamatan pasien yang kurang lebih tinggi pada perawat pelaksana dengan jam kerja tidak sesuai standar dibandingkan dengan jam kerja sesuai standar (80% : 60,9%) . Secara statistik perbedaan tersebut tidak bermakna ($p > 0,05$).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Aprilia (2011) yang menyatakan terdapat sebanyak 36% perawat yang jam kerja kurang dari 40 jam seminggu yang memiliki penerapan *Internasional patient safety goal* rendah dan perawat yang jam kerjanya lebih dari 40 jam seminggu terdapat 48% perawat yang memiliki penerapan *Internasional patient safety goal* rendah. Secara statistik tidak hubungan jam kerja perawat dengan penerapan *Internasional patient safety goal*.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Sochalski (2004) yang menyatakan perawat yang jam kerjanya diperpanjang dilaporkan lebih sering melakukan kesalahan dan mengalami kejadian pasien jatuh pada saat mereka berdinas. Scott (2006) menemukan bahwa perawat ICU memiliki kecenderungan untuk bekerja lebih lama dari jadwal kerjanya. Presentase perawat yang bekerja lebih dari 40 jam/minggu lebih tinggi melakukan kesalahan dibandingkan perawat pekerja kurang dari 40 jam/minggu (56,5%:43,5%). Hal ini diperkuat oleh Rogers (2004) menyatakan jumlah jam kerja lebih 40 jam/minggu resiko membuat kesalahan. Menurut Trinkoff (2008) pengaturan dinas dapat menimbulkan gangguan tidur pada perawat. Tidur yang tidak adekuat menyebabkan perawat

mengalami mengantuk saat bekerja, menurunnya kemampuan bekerja dengan efisien, aman dan menurunnya tingkat kewaspadaan. Hal ini sangat beresiko menimbulkan insiden keselamatan pasien.

Analisis peneliti bawah adanya faktor-faktor yang lain yang mempengaruhi penerapan sasaran keselamatan pasien dan kenyataan dilapangan perawat pelaksana kurang melakukan penerapan sasaran keselamatan pasien biarpun jam kerja kurang atau lebih.

Namun dari hasil penelitian terlihat jam kerja perawat yang tidak sesuai standar pada jam kerjanya 51,4 jam/minggu melakukan penerapan sasaran keselamatan pasien secara kurang sedangkan jam kerja perawat 39,5 jam/minggu melakukan penerapan sasaran keselamatan pasien secara baik. Ini akan terlihat bahwa jam kerja yang diperpanjang menimbulkan kelelahan, stress yang akibatnya menurunnya kewaspadaan dan secara tak langsung akan berakibat terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien. Diharapkan para manejer untuk memperhatikan penyusunan jadwal dinas sesuai dengan standar yang telah diterapkan di rumah sakit.

6.1.5 Hubungan karakteristik perawat pelaksana dengan penerapan sasaran keselamatan pasien pada rumah sakit di kota Padang.

a. Umur dengan penerapan sasaran keselamatan pasien

Hasil penelitian menunjukkan bahwa presentase penerapan sasaran keselamatan pasien yang kurang lebih tinggi pada umur remaja akhir dibandingkan dengan umur dewasa awal (100% : 68,1%). Secara statistik perbedaan tersebut bermakna ($p < 0,05$).

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Anugrahini (2010) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman pasien *safety*. Rata-rata usia perawat patuh dalam menerapkan pedoman pasien *safety* 40,38 tahun dan perawat yang kurang patuh mempunyai rata-rata usia 34,42 tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Robbins (2003) yang menyatakan bahwa usia dapat mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab seseorang. Hendrisen (2008), mengatakan umur merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya KTD. Berbeda dengan penelitian Roger (2004), mengatakan umur tidak mempengaruhi terhadap kesalahan.

Lama kerja dengan penerapan sasaran keselamatan pasien

Hasil penelitian menunjukkan penerapan sasaran keselamatan pasien yang kurang pada masa kerja rata-rata $5,31 \pm 3,98$ tahun sedangkan baik pada masa kerja rata-rata $6,34 \pm 3,33$ tahun . Secara statistik perbedaan tersebut tidak bermakna ini berarti tidak terdapat hubungan bermakna antara lama kerja dengan penerapan sasaran keselamatan pasien.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Yully (2011) yang menyatakan semakin baru perawat bekerja maka kecendrungan melakukan KTD semakin besar atau semakin lama perawat bekerja maka kecendrungan melakukan KTD semakin kecil. Dan hasil penelitian ini sama dengan penelitian Choundhry (2005) menyatakan bahwa senioritas dan pengalaman berpraktek tidak berkorelasi positif dengan penampilan klinis. Pendapat Robbins (2003) bahwa senioritas bukanlah merupakan peramal yang baik untuk produktifitas kerja dengan pernyataan lain tidak ada jaminan bahwa seseorang yang sudah bekerja lama akan bekerja lebih produktif dibandingkan dengan orang yang baru bekerja.

Tingkat pendidikan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien.

Hasil penelitian menunjukkan presentase penerapan sasaran keselamatan pasien yang kurang lebih tinggi pada pendidikan DIII Keperawatan dibandingkan dengan pendidikan S1 Ners (68,6% : 14,3%). Secara statistik perbedaan tersebut bermakna ($p < 0,05$).

Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Anugraini (2010) mengungkapkan ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman keselamatan pasien. Hal ini diperkuat oleh Hughes (2008) yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu karakteristik individu yang dapat meningkatkan pengetahuan perawat untuk dapat menerapkan pedoman keselamatan pasien, sehingga dapat menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan (KTD). Pendidikan tinggi perawat dapat mempengaruhi daya nalar perawat dalam penyelesaian masalah yang dihadapi (Tappen, 1995).

REKOMENDASI

1. Bagi Manajer Rumah Sakit

1. Penerimaan perawat baru perlu mempertimbangkan faktor umur pada usia dewasa awal (26 – 35 tahun).

2. Membuat daftar urutan tenaga keperawatan yang akan mengikuti pendidikan berkelanjutan.
3. Melakukan supervisi kepada perawat pelaksana terkait dengan keselamatan pasien.
4. Melakukan sosialisasi secara rutin diruangan mengenai standar keselamatan pasien.
5. Memberikan motivasi dalam bentuk *reward* kepada perawat pelaksana dalam penerapan sasaran keselamatan pasien.
6. Memberikan *punishment* yang sesuai kepada perawat pelaksana yang tidak melakukan sasaran keselamatan pasien dengan benar

2. Bagi Perawat Pelaksana

1. Perawat pelaksana hendaknya menambah pengetahuan dengan pendidikan berkelanjutan.
2. Melakukan tindakan terhadap keselamatan pasien sesuai dengan standar keselamatan pasien yang sudah disosialisasikan.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi sebagai acuan dan data awal untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan mengukur variabel lain yang belum diteliti. Penelitian dapat dilakukan dengan metode wawancara mendalam agar faktor yang berhubungan dapat digali, karena penerapan sasaran keselamatan pasien merupakan hal yang sangat kompleks yang tidak cukup dengan dilihat dari penilaian kuesioner dan observasi saja.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Aiken, L.H., Clarke. et al. (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. *JAMA*. 23-30 Oktober. 288(16):1987-1993. 3 Maret 2014. <http://jama.jamanetwork>
- Ballard, K.A. (2003). *Patient safety: A Share Responsibility*. Online Journal of issues in nursing. Volume 8 – 2003 No 3. 6 April 2014. <http://www.nursingorl.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/OJIN>
- Bishop, A & Scudder (2001). *Nursing ethisc: Holistic caring practive*. (2 ed). Boston: Jones and Bartlett Publisher.
- Cahyono, J.B (2008). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius
- Carayon, P & Gurses, A.P (2005). A Human factor engineering conceptual framework of nursing workload and patien safety in intensive care units.. *Intensive Crit Care Nurs*. 21(5):284-301. 8 Maret 2014. <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed>
- Carayon, P. & Alvaro, C.(2007). *Workload and Patient Safety among critical care nurses*. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 19(2):121-9. 8 Maret 2014. <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed>
- Carayon, P & Gurses, A.P (2008). *Nursing workload and patient safety: a human factors engineering perspectives*, dalam Hughes R.D (ed), *Patient Safety and quality: an evidence-based handbook for nuseses*. 30: 1-14. 8 Maret 2014. <http://www.ahrg.gov/qual/nursesfdbk/pdf>
- Canadian Nurses Association. (2009). Position statement patient safety. Ottawa The Author. 8 Maret. <http://www.cna-aiic.ca/documents/pdf/publication>
- Choundhry N.K (2005). *Systematic:the Relationship Between Clinical Experience and Quality of Healthcare*. *Ann Intern Med*.140:260-273
- Depkes & KKP-RS. (2008a). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. (Edisi 2). Jakarta : The Auhor.
- Depkes. (2008). *Pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan*. Jakarta: The Author
- Depkes & KKP-RS. (2008b). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP)*. (Edisi2). Jakarta: The Auhor.
- Depkes & KKP-RS.(2011) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*. No.1691/Menkes/Per/VIII/2011, tentang keselamatan pasien.
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan (2008). *Pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan.
- Emlise, J.R & Hartley, C.L (2005). *International Perspectives on patient safety audit office*. Maret 2014. <http://www.nao.org.uk/idoc.ashx>

- Fleming, M. (2006). *Patient Safety culture measurement and improvement: a how to" guide*. *Heald Care Quarter*, 8(1), 14-19. April 2014. <http://www.chsf.ca>
- Foster, A.J. (2006). *Adverse events following an emergency departement visit*. *Journal of Quality and safety in health Care*, 16 (1), 17-22. April 2014. <http://qshc.bjm.com/content>
- Gillies, D.A (1994). *Nursing manajemen: a sistem approach*. (3 ed) Phyladelphia:WB. Saunders Company.
- Gurses (2005). *Performance obstacles of intensive care nurses*, 56(3):185-94. 4 April 2014. <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed>
- Henriksen, K.,et. Al (2008). Understanding Adverse Events: a human factor framework. dalam Hughes R.D (ed), *Patient Safety and quality: an evidence-based handbook for nuseses..* 5: 1-67 8 Maret 2014. <http://www.ahrg.gov/qual/nursesbdbk/pdf>
- Hamid, A.Y.S (2007). *Riset Keperawatan: Konsep, etika dan instrumentasi*. Jakarta.EGC
- Huber, D.L. (2006). *Leadership and nursing care manajemen*. (3ed ed). Philadelphia:Saunders Elsevier.
- Hughes, R.G (2008). *Patient Safety and Quality: an evidence base handbook for nurses*.Rochville MD: Agency for Healthcare Reseach and Quality Publication. Maret 2014. <http://www.ahrg.gov/qual/nursesbdbk/pdf>
- Holloway RG, Tuttle (2007). *The safety of hospital stroke care*. *Neurologi*.68:550-55
- Joint Commission International, *Standar Akreditasi Rumah Sakit, Enam Sasaran Keselamatan Pasien*. Edisi ke-4. Januari 2011
- Kepmen No.233. Tahun 2003 tentang jenis dan Sifat Pekerjaan yang dijalankan secara terus menerus.
- Kurniadi A (2013). *Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya*, Jakarta. FKUI
- Marquis, B.L & Huston, C.J (2001). *Leadership roles and manajemen fuctiontions in nursing: theory and application* (3rd ed). Philadelpia: Lippincott Wiliams & wilks.
- Notoatmojo, S. Prof. Dr (2010) *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Ed. Rev. – Jakarta: Rineka Cipta
- Nurachmah, E (2001). *Asuhan Keperawatan bermutu di rumah sakit*. Perhimpunan rumah sakit seluruh Indonesia (PERSI). 2014. <http://www.pdpersi.co.id/artikel>
- Padilha, K.G, Cardoso, et al. (2007). Nursing activities score in the intensive care unit: analysis of the related factors. *Intesive Crit Care Nurs*. 5 April 2014. <http://www.elsevierhealth.com/journals/iccn>
- Reason J (2000). *Human Error: modes and management*. *BJM*.2000 March 18:320 (7237):768-770
- Robbins, SP (2003). *Prilaku organisasi*, (Edisi ke-10). Jakarta:PT. Indeks Gramedia.
- Rogers, A (2004). *The working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety*. *Health Affairs*. 3 Maret 2014. <http://content.healthaffairs.org/subscriptions/online.stml>
- Sochalksi, J. (2004). *Is more better? The relationship between hospital staffing and the quality of nursing care in hospital*. *Med care*, 42(2suppl): 1167-1173
- Scott D, (2006). Effects of Critical Care Nurses'Work Haours on Vigilance and Patients Safety. *American Journal of Critical Care*. 15:30-37. 8 Maret 2014. <http://ajcc.aacnjournals.org/subscriptions>
- Tappen, R.M. (1995). *Nursing leadership and manajemen: Concepts and practice*. Thrid edition. Philadelphia:F.A.Davis Company.
- Trinkoff, A.M, Geiger-Brown, J.M, et al. (2008). Personal Safety for nurses. dalam Hughes R.D (ed), *Patient Safety and quality: an evidence-based handbook for nuseses..* 39: 1-8. 8 Maret 2014. <http://www.ahrg.gov/qual/nursesbdbk/pdf>
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan
- Vincent, C (2003). Understanding and Responding to Adverse Events. *The New England Journal of Medicine*. 341;11. 5 April 2014. <http://www.NEJM.ORG>
- Vahey, D.C., Aiken, L.H., et al (2004). *Nurse Burnout and Patient Satisfaction*.NIH Public Access. *Med Care*. 5 April 2014. <http://www.massnurses.org/safe-staffing>
- WHO. (2004). *World Alliance for Patient Safety, Format Program*. Jauari 03. 2014. <http://www.who.int>
- WHO (2007). *Nine life saving patient solution*. Januari 03. 2014. <http://www.who.int>
- WHO (2008). *Patient Safety Workshop: Learning From Error*. Mei 17. 2014. <http://www.who.int>

