

**Sri Suparti, Elsy Maria Rosa,
Yuni Permatasari I**

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
suparti2464@yahoo.com

*Action Research: Pelaporan Insiden
Keselamatan Pasien di IBS RSUP
Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten*

ABSTRACT

Background: Reporting of patient safety incidents are the basis for building a system of patient care safer, more awareness in implementing patient safety reporting culture will require knowledge, awareness to change attitudes and behaviors become habits. Efforts to improve the knowledge, attitudes and behaviors with training demonstrations.

Objective: The study is aimed to determine the risk of an incident, determine the level of knowledge, attitudes and behavior as well as provide recommendations to improve patient safety reporting culture in IBS RSST Klaten.

Methods: action research, with purposive sampling, the population is nurses IBS RSST Klaten, validity triangulation, with content analysis.

Results: Cycle I know the level of knowledge and ideology. Change of attitude: cognitive, all participants have no intention to make a report. Affective changes seen from the discussion/reflection, participants begin to understand these the type of incidents and how to create reports using the internal incident report form. Cycle II increased knowledge on the application and analysis, report formats charging 88.94 value. Change of attitude: cognitive, each participant had the courage to report the incident and presented 1, reporting the presence of behavioral change: of five incident. Cycle III: The level of knowledge on the application, analysis and synthesis, charging value increased to 93.09 report format. Attitude: cognitive, affective, conative. According to the intensity at the level of respect and respondents reported (dare report all incidents). Changes in the number of reports the existence of 17 incidents. (22 reporting in 3 cycles). Data obtained KTD types of incidents: 7, KPC: 8, KNC: 4, and KTC: 3

Conclusion: Action research with three cycles of training demonstrations, an increase in knowledge, change attitudes and behavior of all participants. There is a plan to follow-up and reporting of patient safety culture recommendations and unknown risk grading matrix.

Keywords: Cultural Reporting, Patient Safety, Demonstration Training

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dalam membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden. Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien yaitu KTD, KNC, KTC, KPC. KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien, KTC adalah insiden yang sudah terpapar tapi tidak cedera, KPC adalah kondisi potensial cedera (Permenkes RI No 1691, 2011).

KTD tahun 2000 menurut penelitian di RS Utah dan Colorado: 2,9%, yang meninggal: 6,6%. Di New York: 3,7%, angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD/*Adverse event* rawat inap diseluruh Amerika serikat 33,6 juta/tahun: 44.000-98.000/tahun. WHO pada tahun 2004 mengumpulkan angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara: Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2-16,6 %, dengan data tersebut akhirnya berbagai negara mengembangkan sistem keselamatan pasien (Depkes RI, 2008). Laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia berdasarkan Propinsi menemukan dari 145 insiden yang dilaporkan sebanyak 55 kasus (37,9%) di wilayah DKI Jakarta. Berdasarkan jenisnya dari 145 insiden yang dilaporkan tersebut didapatkan KNC: 69 kasus (47,6%), KTD: 67 kasus (46,2%) dan lain-lain: 9 kasus (6,2%) (Lumenta, 2008).

Tujuh langkah dalam program keselamatan pasien, langkah yang ke 4: kembangkan sistem pelaporan, pastikan staf anda agar dengan mudah dapat melaporkan insiden, serta RS mengatur pelaporan kepada KKP-RS4. Pelaporan merupakan dasar untuk mendeteksi masalah keselamatan pasien, sumber informasi lain yang dapat digunakan oleh pelayanan kesehatan dan nasional (WHO, 2005).

Pelaporan IKP merupakan dasar untuk membangun suatu sistem asuhan pasien yg lebih aman, 3 kegiatan penting adalah: 1) Mendorong seluruh staf untuk melaporkan masalah keselamatan pasien, khususnya kelompok yg tingkat pelaporannya rendah. Tingkatan pelaporan yg tinggi biasanya ada pada suatu rumah sakit yg lebih aman, 2) Pelaporan agar disalurkan ke tingkat nasional yaitu KKPRS untuk proses pembelajaran bersama, 3) Upaya kurangi tingkat keparahan insiden: manajer risiko harus melihat semua laporan dari kematian pada KTD sebelum dikirim ke KKPRS. Pimpinan RS harus menerima laporan & rencana kegiatan dari semua kematian yg secara langsung berhubungan dgn IKP (Lumenta, 2008).

Pelaporan yang baik dapat meningkatkan mutu keselamatan pasien, apabila terdokumentasi dengan baik, dan semua menerapkan budaya pelaporan setiap ada IKP. Budaya merupakan suatu kebiasaan yang bisa dilakukan oleh seseorang tanpa menunggu perintah, agar budaya bisa diterapkan dengan baik, maka seseorang harus mempunyai pengetahuan, kesadaran, untuk merubah sikap dan perilaku menjadi suatu kebiasaan. Mutu merupakan gambaran total sifat dari suatu jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan. Mutu dalam pelayanan di rumah sakit berguna untuk mengurangi tingkat kecacatan atau kesalahan (Wijono, 1999).

Upaya yang dilakukan untuk membudayakan pelaporan IKP perlu dilakukan peningkatan pengetahuan, pemahaman tentang manfaat

pelaporan bagi mutu pelayanan rumah sakit maupun keselamatan pasien, perlu diberikan pelatihan tentang konsep patient safety, jenis insiden, cara pengisian format pelaporan insiden internal, dan alur pelaporannya. Tujuannya adalah agar perawat memahami, dan mengetahui manfaat dari pelaporan jika terjadi KTD/KNC/KTC/KPC (Ariyani, 2008).

Pelatihan adalah proses membantu orang lain dalam memperoleh skill dan pengetahuan (Marzuki, 1992). Pelatihan adalah proses memberikan bantuan para pekerja untuk menguasai ketrampilan khusus, membantu memperbaiki kekurangannya dalam melaksanakan pekerjaan (Notoadmojo, 2003). Metode pelatihan demonstrasi menguraikan dan memperagakan melalui contoh-contoh, dan sangat efektif, karena lebih mudah menunjukkan cara mengerjakan suatu tugas, karena dikombinasikan dengan alat bantu belajar: gambar, teks materi, ceramah, diskusi (Wibawa, 2007). Metode demonstrasi lebih efektif dibandingkan video untuk meningkatkan sikap dan pengetahuan (Wibawa, 2007).

Di RSST telah dibentuk tim *Patient Safety* sejak tahun 2007, kemudian dilakukan revisi tim patient safety pada tahun 2011, sudah ada program kegiatan tim patient safety namun belum dilaksanakan secara optimal terutama dokumentasi pelaporannya. Pengisian format laporan insiden internal belum disosialisasikan secara optimal keseluruh unit pelayanan terutama di IBS, sehingga perawat di IBS belum memahami cara pelaporan menggunakan format tersebut, selama ini setiap ada insiden atau beberapa hari setelah ada insiden, mereka melaporkan secara lisan, baik dari ruangan, tim medis, perawat supervisor, karyawan lain, atau komplain dari keluarga. Insiden yang terjadi tersebut oleh ruangan melaporkan kepada atasannya/kepala ruang, kemudian kepala ruang menulis kronologis kejadian secara singkat dibuku permasalahan ruangan, dan dilanjutkan melaporkan kepada ke

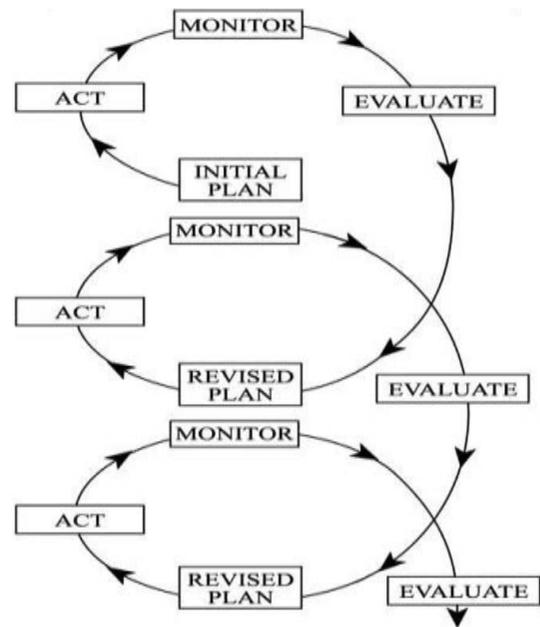
tim patient safety, kemudian tim patient safety melacak, dan melakukan klarifikasi keruangan yang terjadi insiden kemudian membuat laporan dengan menggunakan format insiden internal RS dan dilakukan pembahasan/audit medik maupun keperawatan untuk mengetahui kronologis terjadinya insiden, kemudian ada pembahasan dan tindak lanjut berupa pembuatan SOP, tapi belum dilakukan RCA (Bidang Pelayanan Keperawatan, 2013)

Jumlah pelaporan insiden pada tahun 2013: 3. di IBS pada bulan Januari – Agustus 2013: 31 insiden dengan nol laporan. Menurut hasil wawancara dari beberapa perawat di RSST ada beberapa insiden yang tidak dilaporkan antara lain: keliru obat tapi diketahui kekeliruannya ketika diruang pelayanan dilakukan pengecekan obat dan obat belum sampai diberikan kepada pasien, pasien jatuh, salah menyebutkan identitas kelamin, operasi salah sisi, salah pasien saat mengantar pasien akan dilakukan tindakan penunjang. Belum semua perawat berani melaporkan insiden kepada tim patient safety, berdasarkan wawancara kepada beberapa perawat terhadap permasalahan tersebut karena perasaan takut disalahkan, kurang faham manfaat dari pelaporan tersebut, tidak tahu cara melaporkan.

Dari studi pendahuluan yang peneliti lakukan didapatkan data pelaporan insiden belum optimal dilakukan oleh perawat, sehingga peneliti ingin melakukan action research pelaporan keselamatan pasien dengan metode pelatihan demonstrasi di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian Kualitatif dengan desain *Action Research*. *Action Research*, adalah proses spiral tiga siklus yang terdiri dari perencanaan, aksi, observasi, dan refleksi¹⁰. Setiap siklus terdiri dari 4 tahap, tahap 1 adalah plan, tahap ke 2 Action, tahap ke 3 observation, tahap ke 4 Reflection.



Source: Kemmis (1983)

Gambar 3.1. A cycle of action research (adapted from Kemmis & McTaggart.1992)

Tabel 4.2. Karakteristik Responden di IBS RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan September s.d November 2013

No.	Karakteristik	Jumlah
1	Jenis Kelamin	
	Laki-Laki	5
	Perempuan	0
	Total	5
2	Usia	
	40-50 Tahun	4
	51-60 Tahun	1
	Total	5
3	Tingkat Pendidikan	
	D3 Keperawatan	4
	D4 Keperawatan	1
	Total	5
4	Lama Kerja	
	20-25 Tahun	2
	26-30 Tahun	3
	Total	5
5	Jabatan	
	Kepala Ruang	1
	Koordinator Kamar Operasi	4
	Total	5

Sumber Data Primer, September 2013

Dari tabel 4.2 diatas dapat diketahui bahwa berdasarkan jenis kelamin, semua partisipan adalah laki-laki, usianya sebagian besar 40 sampai 50 tahun: 4 orang. Pendidikan sebagian besar D.III Keperawatan: 4 orang, lama kerja sebagian besar 26 sampai 30 tahun, jabatan sebagian besar partisipan sebagai koordinator: 4 orang.

HASIL PENELITIAN

Siklus I (Pertama) Perencanaan siklus 1, narasumber berasal dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, dengan materi tentang root causes of sentinel events, wrong site surgeries, jenis insiden patient safety, konsep patient safety, multi causal teory, type insiden, 6 sasaran patient safety, safe surgery, bundles of care in surgical site infection, pentingnya pelaporan insiden, organisational incident model, identifikasi risiko, blaming. Siapa yang bertanggung jawab dalam pelaporan insiden, apa yang boleh dan tidak boleh dilaporkan, contoh - contoh kasus. Model pelatihnannya adalah ceramah, diskusi dan tanya jawab. Narasumber yang kedua adalah peneliti sendiri dengan materi pengisian format laporan insiden internal di rumah sakit serta alur pelaporan jika terjadi insiden keselamatan pasien, metode ceramah, diskusi dan demonstrasi.

Action/Pelaksanaan, penjelasan materi pelatihan sesuai dengan perencanaan, model pelatihnannya ceramah, diskusi tanya jawab, demonstrasi. Lama pelatihan 120 menit, di ruang rapat Direktur Medik dan Keperawatan RSST, pada hari Rabu tanggal 25 September 2013 pukul 12.30- 14.30 wib, yang diikuti oleh 5 partisipan dari IBS. Materi pelatihan pada siklus 1 dijelaskan sesuai perencanaan.

Monitoring/observasi proses pelaksanaan pelatihan, dilakukan oleh peneliti bersamaan dengan pemberian materi pelatihan, selama pelatihan dari awal sampai selesai penyampaian materi, semua partisipan terdiam karena belum tahu tentang patient Safety dan bagaimana cara membuat laporan jika terjadi insiden, sambil

sekali sekali merubah posisi duduknya serta memperhatikan dengan serius. Dari 5 partisipan, ada 4 partisipan yang aktif bertanya, dan mulai mengerti, dilihat dari evaluasi/pengamatan selama berlangsungnya pelatihan.

Refleksi/Evaluasi, setelah diberikan materi pelatihan dengan metode demonstrasi tersebut, semua partisipan awalnya belum tahu tentang Patient Safety, jenis insiden, cara pelaporan dengan format laporan insiden internal rumah sakit serta alur pelaporannya, maka setelah mengikuti pelatihan sekitar 120 menit, semua partisipan memperhatikan dengan serius, dan aktif diskusi.

Siklus II (Kedua), rencana dijelaskan kembali yang terkait dengan insiden keselamatan pasien (KTD, KNC, KTC, KPC), cara pengisian format laporan insiden internal. Action/Pelaksanaan menjelaskan kembali tentang cara pengisian format laporan insiden internal, jenis insiden tentang KNC, KTC, KTD dan KPC.

Masing-masing partisipan memaparkan hasil pengisian format laporan insiden internal. Monitoring/Observasi.

Tabel. 4.3. Hasil Skor Penilaian Format Insiden Internal di IBS RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Pada Siklus II Tahun 2013

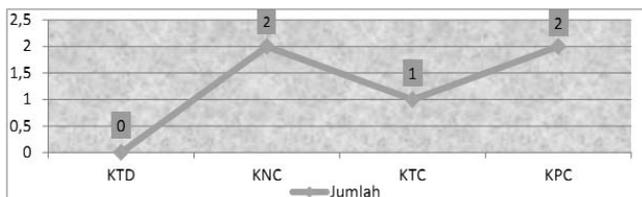
No	Siklus II	Jumlah	Skor	Nilai
1	Partisipan I	1	20	82.75
2	Partisipan II	1	20	89.65
3	Partisipan III	1	20	96.55
4	Partisipan IV	1	20	93.00
5	Partisipan V	1	20	82.75
Jumlah Rata-Rata		5		88.94

Berdasarkan tabel 4.3 diatas dapat diketahui bahwa hasil skor pelaksanaan laporan pada insiden keselamatan pasien di IBS pada siklus kedua adalah masing-masing partisipan memaparkan 1 insiden dengan skor 20, penilaian pengisian format laporan insiden internal yang paling tinggi adalah partisipan 3 yaitu 96.55.

Tabel 4.4. Data Insiden di IBS pada Siklus II Tahun 2013

No	Jenis Insiden	Jumlah	Ket
1	Rencana Operasi tertunda karena persediaan darah belum ada/belum diambil.	1	KPC
2	Operasi ditunda karena pasien panas 39°C.	1	KPC
3	Tindakan operasi dibatalkan karena tensi tinggi 200/110 mmhg.	1	KNC
4	Salah menulis rencana tindakan operasi rencana orif fr. acetabulum tetapi ditulis orif fraktur Clavicula.	1	KNC
5	Insiden memasukkan antibiotik tidak di skin test terlebih dahulu (tidak sesuai prosedur).	1	KTC
Jumlah		5	

Grafik. 4.1. Jumlah Insiden di IBS RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Pada Siklus II Tahun 2013



Dari hasil penilaian format laporan insiden internal tersebut diketahui bahwa jenis insidennya adalah: KPC, KTC, dan KNC, yang paling banyak adalah KPC dan KNC, masing-masing 2 insiden.

Diskusi Refleksi. Setelah dijelaskan ulang tentang pengisian format pelaporan insiden internal dan jenis insiden serta pemaparan insiden tersebut, ke 5 partisipan mulai memahami cara pengisian format laporan tersebut, tetapi masih ada beberapa yang belum faham yaitu: tindakan yang dilakukan apabila kejadian yang semula telah terjadi pada unit lain, unit terkait, penyamaan persepsi tentang lokasi insiden (pra, intra dan pasca operasi).

Siklus III (Tiga). Rencana tindak lanjut untuk semua partisipan untuk memaparkan insiden tahap ke 2. Action/pelaksanaan masing - masing partisipan memaparkan hasil pengisian format laporan insiden internal. Monitor/evaluasi

dengan mencocokkan kesesuaian pengisian format laporan insiden internal dari masing-masing partisipan dengan standar/juknis yang telah ditentukan, hasil skor penilaiannya adalah tertera pada tabel berikut ini:

Tabel. 4.5. Hasil Skor Penilaian Format Insiden Internal di IBS RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Pada Siklus III Tahun 2013

No	Siklus III	Jumlah	Skor	Nilai
1	Partisipan I	2	11.76	89.65
2	Partisipan II	4	23.52	95.17
3	Partisipan III	5	29.41	94.48
4	Partisipan IV	2	11.76	94.82
5	Partisipan V	4	23.52	91.37
Jumlah Rata-Rata		17		93.09

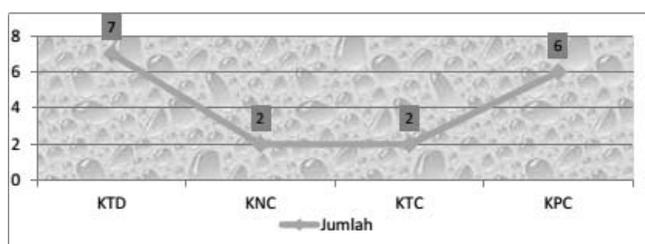
Berdasarkan tabel 4.5 diatas dapat diketahui bahwa hasil skor pelaksanaan laporan pada insiden keselamatan pasien di IBS pada siklus ketiga ini, hasil paling tinggi yang dibuat pelaporan ada: 5 insiden yang dilaporkan oleh partisipan 3 dengan skor 29.41 dengan penilaian format laporan insiden internal: 94.48, sedangkan hasil penilaian format laporan insiden internal yang paling tinggi dilakukan oleh partisipan 2 dengan jumlah insiden yang dilaporkan 4 dengan skor 23.52 dan total nilai format laporan insiden internal adalah: 95.17.

Tabel 4.6. Data Insiden di IBS Pada Siklus III Tahun 2013

No	Jenis Insiden	Jumlah	Ket
1	Pengambilan darah PRP tidak kena, berulang lasi, pembuluh darah pecah	1	KTD
2	Rencana operasi tertunda karena darah tinggi (210/120 mmhg)	1	KNC
3	SPO (Surat Persetujuan Operasi) belum ada	1	KPC
4	Penggunaan Instrumen yang kurang	1	KPC
5	Pasien terjadi prolong karena operator belum siap tetapi anestesi sudah melakukan pembiusan	1	KTD

No	Jenis Insiden	Jumlah	Ket
6	Saturasi turun setelah pemasangan ET (30)	1	KTD
7	Saat di RR perdarahan dan stosel dari hidung sekitar 25 cc.	1	KTD
8	Desaturasi sampai SPO ² -nya 0% selama 5 menit teratasi	1	KTD
9	HBSAG (+) tidak dioperkan	1	KPC
10	Kekeliruaan penulisan blangko pengiriman frozen dengan nama pasien, CM dan DX medis yang sama dengan pasien yang pertama.	1	KTD
11	Memasang Laringeal Mask Airway (LMA) lebih dari 1x gagal.	1	KTC
12	Penderita dengan HBSAG (+) tanpa pemberitahuan ke IBS.	1	KPC
13	Tidak ada tanda pada lokasi operasi.	1	KPC
14	Terjadi trauma pada usus deodenum.	1	KTD
15	Pasien ditunda operasinya karena Tekanan Darah rendah (TD 80/40 mmhg)	1	KNC
16	Penderita ortho tidak bisa dipasang DC.	1	KTC
17	Pasien rencana operasi laparatomi ditunda karena mengalami penurunan saturasi hingga 45 menit.	1	KPC
Jumlah		17	

Grafik. 4.2. Jumlah Insiden di IBS RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Pada Siklus III Tahun 2013



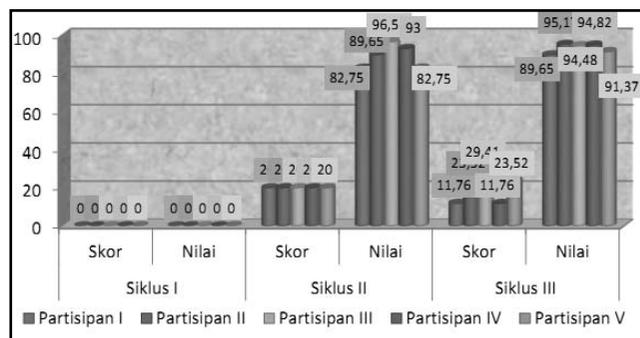
Berdasarkan jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang dilakukan oleh 5 partisipan pada siklus 3 ini ada: 17 laporan insiden dengan jenis insiden terbanyak adalah KTD: 7, KPC: 6.

Refleksi pada siklus III, semua partisipan sudah mulai memahami cara pengisian format insiden internal tersebut, tapi untuk menentukan jenis insiden masih agak bingung (dilihat dari ekspresi wajah kelima partisipan ketika

melakukan refleksi/diskusi), dalam penentuan jenis insiden masih menjadi perdebatan saat partisipan 1 presentasi kasus temuannya, maka partisipan 5 menanggapi pemaparan yang disampaikan oleh partisipan 1 terkait kekeliruan dalam menulis nama, no RM serta diagnose pada format pemeriksaan PA.

Evaluasi dengan observasi keberhasilan pengisian format laporan insiden internal yang dilakuka selama tindakan serta jumlah kejadian insiden keselamatan pasien yang terjadi dan jumlah pelaporan yang di buat oleh responden selama tiga siklus adalah lihat grafik berikut.

Grafik. 4. Hasil Penilaian Format Insiden Pada Siklus I,II,III Di IBS RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan September s.d November 2013



Dari hasil pelaporan yang dilakukan oleh partisipan selama tiga siklus didapatkan data peningkatan skor pelaporan yang signifikan yaitu dari 0 menjadi 20 dan pada siklus 3 menjadi 23.52. Peningkatan nilai pengisian format laporan insiden internal dari semua partisipan dari siklus 1: 0, siklus 2: 88,04 dan siklus 3: 29.41.

Berdasarkan jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang dilakukan oleh 5 partisipan pada siklus 1 sampai 3 ini terdapat 22 laporan insiden dengan jenis insiden terbanyak adalah KPC: 8, KTD: 7, adapun insiden tersebut paling banyak ditemui pada fase Intra operasi yaitu ada 14 dari 22 insiden, baik itu KTD, KNC, KTC maupun KPC. seperti pada grafik dibawah

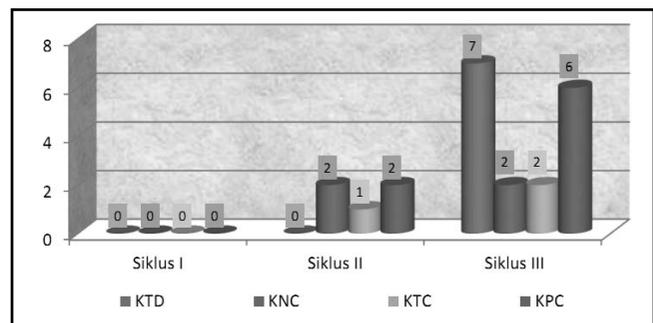
ini:

Tabel. 4.7. Data Insiden pada Siklus I,II,III di IBS RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan September s.d November 2013

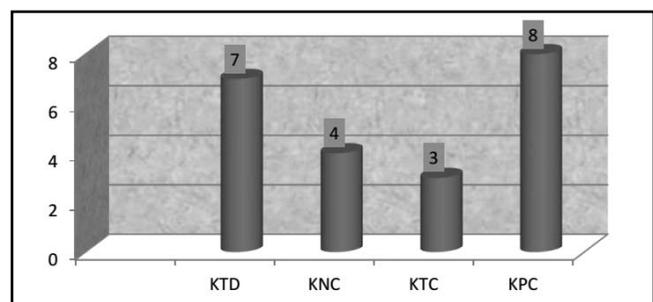
No	Jenis Insiden	Jumlah	Ket
A. PRA			
1	Rencana operasi tertunda karena persediaan darah belum ada/ belum diambil	1	KPC
2	Operasi ditunda karena pasien panas 39.8C	1	KPC
3	Rencana operasi tertunda karena tekanan darah tinggi (210/120 mmhg)	1	KNC
4	Penderita dengan HBSAG (+) tanpa pemberitahuan ke IBS	1	KPC
5	Salah menulis rencana tindakan operasi rencana ORIF Clavicula, tapi pasiennya fr. acetabulum	1	KNC
6	SPO (Surat Persetujuan Operasi) belum ada	1	KPC
7	Tidak ada tanda pada lokasi operasi	1	KPC
B. INTRA			
8	Insiden memasukkan antibiotik tidak di skin test terlebih dahulu oleh tim sirkulasi (tidak sesuai prosedur)	1	KTC
9	Pengambilan darah PRP (Platclct Rich Plasma) tidak kena/berulang kali, terjadi pembuluh darah pecah	1	KTD
10	Penggunaan instrumen yang kurang	1	KPC
11	Tindakan operasi dibatalkan karena tensi tinggi 200/110 mmhg, setelah dipasang monitor	1	KNC
12	Pasien terjadi prolong karena operator belum siap tetapi anestesi sudah melakukan pembiusan	1	KTD
13	Saturasi turun setelah pemasangan ET (30)	1	KTD
14	Terjadi desaturasi, SPO2 menjadi nol	1	KTD*
15	HBSAG (+) tidak dioperkan, diketahui setelah masuk di OK VII	1	KPC
16	Kekeliruan penulisan blangko pengiriman frozen (nama pasien, CM, diagnosa medis) sama dengan pasien yang pertama	1	KTD
17	Terjadi trauma pada usus deodenum	1	KTD*

No	Jenis Insiden	Jumlah	Ket
18	Pasien ditunda operasinya karena TD rendah (TD 80/40 mmhg)	1	KNC
19	Pasien rencana operasi laparatomi ditunda karena mengalami penurunan saturasi hingga 45 menit	1	KPC
20	Memasang Laringeal Mask Airway (LMA) > 1x gagal	1	KTC
21	Penderita ortho tidak bisa dipasang DC	1	KTC
C. POST			
22	Saat di RR perdarahan dan stosel dari hidung sekitar 25 cc	1	KTD*
Jumlah		22	

Sumber Data Primer: Pelaporan Perawat IBS Tanda * dilakukan audit medik oleh Tim *Patient Safety* RS

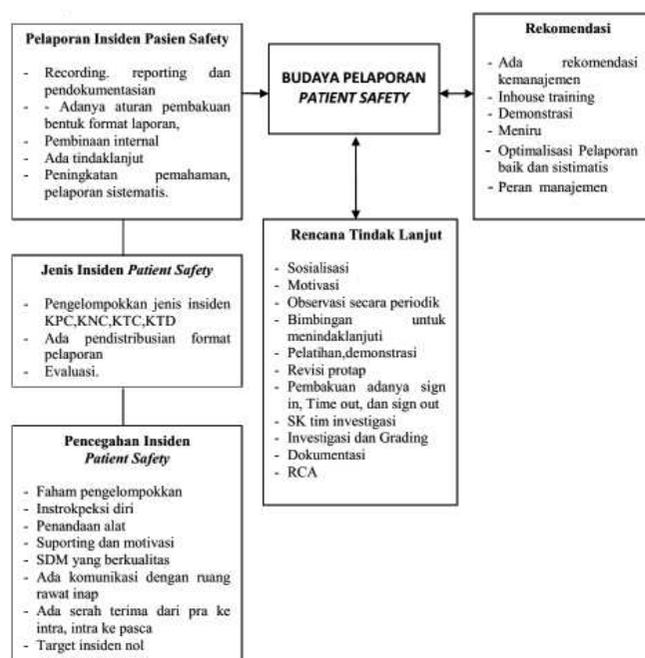


Grafik. 4.4. Jumlah Jenis Insiden Pada Siklus I,II,III di IBS RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan September s.d November 2013.



Grafik. 4.5. Jumlah Jenis Insiden Pada Tiga Siklus di IBS RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Bulan September s.d November 2013.

Setelah Action Research tiga siklus wawancara dengan kepala ruang dan ketua tim patient safety.



Gambar 4.6 Hasil Wawancara Mendalam Tentang Budaya Pelaporan Patient Safety dengan Kepala Ruang IBS dan Ketua Patient Safety RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

DISKUSI

Setelah dilakukan pelatihan 3 siklus kepada 5 partisipan, dengan melihat peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku, dapat dilihat pada pembahasan berikut:

1. Peningkatan pengetahuan Siklus I, Partisipan 1 baru pada tingkat tahu (Knowledge Level), partisipan 2, 3, 4, 5 sudah mengalami peningkatan pengetahuan pada tingkat memahami (comprehension Level), partisipan 3, peningkatan pengetahuan pada tingkat memahami (comprehension Level). Siklus II: Partisipan 1 pada tingkat Menggunakan/application, partisipan 2, 3, 4, dan 5 pada tingkat Menguraikan (analysis). Penilaian format pelaporan insiden partisipan 1: 82,75. masuk kategori baik, partisipan 2: 89,65. masuk kategori baik, partisipan 3: 96,55.

masuk kategori baik, partisipan 4: 93,00. masuk kategori baik, partisipan 5: 82,75. masuk kategori baik. Siklus III, partisipan 1, pada tingkat Menggunakan/aplication, partisipan 2 dan 5 berada pada tingkat menyimpulkan/sintesis, partisipan 3 dan 4, mampu menguraikan/analisis. Penilaian format pelaporan insiden partisipan 1: 88,65. masuk kategori baik, partisipan 2: 95,17. masuk kategori baik, partisipan 3: 94,48. masuk kategori baik, partisipan 4: 94,82. masuk kategori baik, partisipan 5: 91,37. masuk kategori baik. Ariyani (2009), tentang Analisis pengetahuan dan motivasi perawat yang mempengaruhi sikap mendukung penerapan Program patient safety Sikap mendukung tinggi (76,3%), pengetahuan perawat baik (76,3%) motivasi perawat baik (71,1%). Wibawa (2007), dalam Perbedaan Efektifitas Metode Demonstrasi dengan Pemutaran Video terhadap Peningkatan Pengetahuan, Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan antara metode demonstrasi dan metode video dalam meningkatkan pengetahuan yang menunjukkan peningkatan pengetahuan 58,97% lebih tinggi pada kelompok perlakuan demonstrasi (Wibawa, 2007). Kalau penelitian yang dilakukan oleh peneliti, partisipan setelah diberikan pelatihan menggunakan metode demonstrasi dengan action research, pada 3 siklus mengalami peningkatan pengetahuan, 1 partisipan pada level aplikasi, 2 partisipan pada level analisis, dan 2 partisipan pada level sintesis. Penilaian tingkat pengetahuan dilihat pada hasil penilaian format laporan insiden internal, semua nilai dari 5 partisipan masuk kategori baik, siklus 1: 0, siklus II: 88,94 dan siklus III: 93,09. Jadi pada penelitian ini terjadi peningkatan pengetahuan partisipan yang signifikan dalam membuat penggunaan format laporan insiden internal rumah sakit, dari 0 menjadi 93,09. Menurut Bloom Kognitif manusia ada 6 tingkatan: knowledge,

comprehension, application, analytical, synthesis level, valuation. Sesuai dengan penelitian ini bahwa setelah dilakukan pelatihan pada 5 partisipan, masing-masing partisipan terjadi peningkatan pengetahuan pada level aplikasi sampai sintesis, hasil penelitian ini dengan pendapat para peneliti maupun referensi yang peneliti dapatkan hampir sama, bahwa penelitian demonstrasi sangat berpengaruh untuk peningkatan pengetahuan baik dilihat dari level maupun penilaian format laporan insiden internal yang dilakukan oleh semua partisipan.

2. Perubahan sikap pada siklus I. Kognitif: semua partisipan ada niat untuk membuat pelaporan, afektif dilihat dari diskusi/refleksi, dalam diskusi sudah mulai faham jenis insiden dan cara membuat laporan menggunakan format laporan insiden internal. Siklus II, Kognitif: semua partisipan sudah berani melaporkan insiden masing-masing melaporkan 1 insiden dan dipresentasikan. Didalam diskusi refleksi saling mendiskusikan tentang jenis insiden, lokasi kejadian yang menurut partisipan hal tersebut diyakini benar pemahamannya. Konatif mempunyai kecenderungan berperilaku untuk membuat laporan insiden yang terjadi di kamar operasi. Dilihat dari tingkatan sikap, partisipan 1, pada tingkat menanggapi, partisipan 3, dan 4, sikapnya sudah pada tingkat menanggapi, partisipan 2 dan 5 sudah sampai pada tingkat menghargai. Siklus III, sikap kognitif, semua partisipan sudah berani melaporkan insiden dari masing-masing partisipan yaitu partisipan 1: 2, partisipan 2: 4, partisipan 3: 5, partisipan 4: 2 dan partisipan 5: 4 insiden. Pada siklus 3 ini perubahan sikap dari partisipan menurut intensitasnya pada tingkat menghargai dan bertanggungjawab. Sesuai James A (2004), dalam penelitiannya, Perawat secara signifikan melaporkan > 80% dari medical error. Alasan tidak dilaporkan termasuk kurangnya kepastian tentang apa

yang dianggap sebagai kesalahan pada tabel 3 (40,7%) dan kekhawatiran tentang orang lain berimplikasi (37%). Intervensi yang akan mengarah pada peningkatan pelaporan termasuk pendidikan tentang kesalahan yang harus dilaporkan pada tabel 4 (65,4%), umpan balik secara teratur tentang error dilaporkan (63,8%) dan tentang peristiwa individu (51,2%), bukti-bukti perubahan sistem karena laporan kesalahan (55,4%), dan format elektronik untuk laporan (44,9%). José D Jansma (2011), dalam penelitiannya yang mengikuti pelatihan 2 x hasilnya: 25 orang (57%) mengalami perubahan positif dalam pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang ditemukan setelah pelatihan. Pelatihan keselamatan pasien memiliki efek positif jangka panjang pada pengetahuan, ketrampilan dan sikap, dan mempengaruhi perilaku pelaporan responden. Menurut Robbins (2001) ada tiga komponen struktur sikap yang penting dan saling menunjang yaitu komponen :kognitif, afektif, konatif. Sikap mempunyai tingkatan berdasarkan intensitasnya yaitu: menerima, menanggapi. Menghargai (Robins, 2001). Hampir sama dengan hasil penelitian ini, bahwa dengan pelatihan ternyata dapat merubah sikap dari semua partisipan, yang awalnya sebelum dilakukan pelatihan semua partisipan takut untuk untuk melaporkan, takut disalahkan, tidak tahu bagaimana cara melaporkan, tidak tahu manfaat pelaporan insiden, setelah dilakukan pelatihan tiga siklus dari tanggal 25 September sampai 15 November 2013, ternyata semua partisipan sudah berani melaporkan insiden yang terjadi di IBS sejumlah 22 insiden. Sesuai dengan penelitian ini untuk perubahan sikap dilihat dari intensitasnya bahwa semua responden sudah terjadi perubahan sikap dilihat dari kognitif, afektif serta intensitasnya. Partisipan 1 pada tingkat menanggapi, partisipan 2 dan 5 pada tingkat menghargai, partisipan 3 dan 4,

pada tingkat menanggapi.

3. Perubahan Perilaku. Pada siklus I, belum ada perubahan perilaku, sebelum pelatihan ada 31 insiden dengan nol pelaporan. Siklus II, perubahan perilaku dari masing-masing partisipan melaporkan 1 insiden, total pelaporan adalah 5 insiden. Dilihat dari factor predisposisi, pemungkin dan penguat ke 5 partisipan. Siklus III Perubahan perilaku, semua partisipan sudah mempunyai kesadaran untuk melaporkan setiap ada insiden, pada siklus 3: 17 laporan insiden, total pelaporan selama 3 siklus: ada 22 laporan dari 22 insiden yang dilakukan oleh 5 partisipan, hal ini telah membuktikan bahwa setelah dilakukan tindakan pelatihan dengan metode demonstrasi ternyata sudah ada peningkatan/perubahan perilaku. Dilihat dari faktor predisposisi, pemungkin dan penguat, sangat baik sekali pengaruh pelatihan terhadap perubahan perilaku partisipan dalam penelitian ini. Faktor predisposisi adalah adanya kepercayaan responden untuk membuat pelaporan, faktor pemungkin yaitu responden melakukan pelaporan insiden dengan menggunakan format insiden internal yang telah disediakan, faktor penguat yaitu semua responden telah membuat pelaporan setiap ada insiden sesuai aturan yaitu menggunakan format laporan dan dilaporkan dalam waktu 2x24 jam sesuai dengan aturan yang ada di RSST. Perubahan perilaku pada semua partisipan setelah dilakukan pelatihan menggunakan metode demonstrasi ini ternyata mengalami perubahan yang lebih baik, yang awalnya sebelum diberikan pelatihan, belum ada perilaku partisipan untuk melaporkan setiap ada kejadian, tetapi setelah dilakukan pelatihan terjadi peningkatan yang luar biasa dari 0 menjadi 22 pelaporan selama tiga siklus. Pelatihan akan meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku sehingga akan terjadi peningkatan budaya pelaporan patient safety,

sesuai dengan pendapat para peneliti dan teori, dengan action research dengan tiga siklus didapatkan peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku serta berdasarkan dari hasil wawancara dengan kepala ruang maupun ketua tim patient safety bahwa budaya pelaporan patient safety perlu adanya pelatihan, demonstrasi dan campurtangan manajemen/pimpinan. Sesuai penelitian Fadi El-Jardali (2011), Pelaporan Advest Event, komunikasi, kepemimpinan keselamatan pasien dan manajemen, staf, dan akreditasi diidentifikasi sebagai prediktor utama budaya keselamatan pasien. Natasha J Verbakel (2013), dengan cluster acak, dengan 3 uji control trial, yang dilakukan di 30 praktek umum di Nederland. Hasil mencakup jumlah insiden yang dilaporkan dan indikator beberapa kualitas dan budaya keselamatan pasien. serta wawancara dilakukan tindak lanjut untuk mengevaluasi proses pelaksanaan intervensi. Hasil penelitian ini akan memberikan wawasan dalam efek pemberian kuesioner budaya atau kuesioner dengan lokakarya yang saling melengkapi.

4. Dalam penelitian ini partisipan yang peneliti teliti adalah perawat, karena perawat yang cenderung berkontribusi lebih besar mengetahui adanya kejadian/insiden di kamar operasi, sehingga perawat cenderung berkontribusi untuk lebih besar melaporkan insiden, seuai peneliti James A (2004), Perawat signifikan melaporkan > 80% dari MR, Alasan tidak dilaporkan pd tb 3 (40,7% R),khawatir tentang orang lain berimplikasi (37%). Intervensi yang mengarah pada peningkatan pelaporan/pendidikan tentang kesalahan yang harus dilaporkan pada tb 4 (65,4% R). Agar partisipan tahu dan akan merubah sikap dan perilaku maka perlu dilakukan pelatihan-pelatihan tentang patient safety, seperti peneliti José D Jansma (2011), pelatihan sangat mempengaruhi pengetahuan, ketrampilan dan

sikap seseorang untuk penanganan insiden Patient Safety, trampil untuk memperhatikan dan menganalisa insiden, mampu menilai jenis insiden yg layak dilaporkan, menyadari pentingnya pelaporan insiden & memiliki niat untuk melaporkan, memiliki efek positif pada pelaporan insiden. Pelatihan Patient Safety memiliki efek positif jangka panjang pada pengetahuan, ketrampilan dan sikap, dan mempengaruhi perilaku pelaporan.

- Persamaan dengan penelitian ini setelah dilakukan pelatihan tiga siklus juga dilakukan wawancara dengan kepala ruang maupun tim patient safety untuk rencana tindak lanjut dan rekomendasi terhadap manajemen/

pimpinan rumah sakit untuk optimalisasi budaya pelaporan patient safety. Kalau dibandingkan dengan peneliti sebelumnya yaitu Joel S, (2008), wawancara dilakukan oleh dokter secara langsung dan parallel kepada pasien sehinggadidapatkan hasil: Dari 998 studi pasien, 23% memiliki 1 adverse events terdeteksi oleh wawancara dan 11% memiliki 1 adverse events yang teridentifikasi oleh medical record. Grading, berdasarkan hasil penelitian dengan action research, didapatkan jenis insiden KTD yang tidak terjadi cedera ada: 3, mengalami cedera ringan ada: 2, dan cedera sedang ada: 2. Berikut hasil grading matrixnya dilihat pada setiap insiden KTD.

Frekwensi	Dampak	Potensial Konsekwensi	Tindakan
Sangat sering terjadi (Tiap mgg/bln) 2x sebulan	Tidak cedera (Tidak signifikan)	Moderat (risiko sedang) 1. Salah menulis blangko pemeriksaan PA 2. Pendarahan di RR, setelah post operasi 3. Saturasi turun setelah pasang ET	1. Dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. 2. Manajer/pimpinan klinis menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko.
Sangat sering terjadi (Tiap mgg/bln) 2x sebulan	Cedera ringan (Minor)	Moderat (risiko sedang) 1. Pengambilan darah PRP > 1 kali, pembuluh darah pecah 2. Disaturasi	1. Dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. 2. Manajer/pimpinan klinis menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko.
Sangat sering terjadi (Tiap mgg/bln) 2x sebulan	Cedera sedang (Moderat)	High (risiko tinggi) 1. Trauma usus duodenum 2. Prolong karena operator masih mengerjakan pasien lain, pasien sudah dibius	1. Dilakukan RCA paling lama 45 hari. 2. Kaji dengan detail dan perlu tindakan segera. 3. Membutuhkan perhatian top manajer.

Gambar 4.8. Risk Grading Matrix pada setiap Insiden dan Tindakan yang dilakukan

Pada gambar diatas dapat dilihat grading maupun tindakan yang seharusnya dilakukan oleh tim patient safety, Grading dilaksanakan pada awal sebelum terjadi KTD, sehingga tahu apa yang akan dilakukan oleh rumah sakit. Dari 7 insiden tersebut, yang masuk dalam potesial konsekuensi moderat adalah 5 insiden, dan yang masuk dalam potesial konsekuensi high risk ada 2 insiden. Tindakan pada high risiko dilakukan tindakan pembahasan kasus dengan RCA dalam waktu 45 hari dan di lakukan identifikasi secara

mendetail serta perlu untuk segera ada tindakan dari top manajer.

Kekuatan dan Kelemahan Penelitian

- Kekuatan
 - Sudah adanya program dari Tim Pasien safety.
 - Metode action research sehingga insiden yang selama ini tidak dilaporkan bisa digali permasalahannya/alasannya

- c. Sampelnya dengan menggunakan perawat coordinator kamar operasi dan penanggung jawab IBS sudah sesuai
 - d. Instrumen pelaporan insiden internal rumah sakit sesuai standar Depkes
 - e. Materi pelatihan yang digunakan sudah baku.
2. Kelemahan
- a. Metode penelitian action research harus dilakukan beberapa kali tindakan sehingga membutuhkan kejelian.
 - b. Sampelnya 5 responden sehingga tidak bisa digeneralisir untuk satu rumah sakit, hanya sesuai untuk IBS saja.
 - c. Ujivaliditas transferability tidak bisa digunakan untuk ruang lain selain IBS.
 - d. Instrumen untuk wawancara belum standard karena berdasarkan hasil dari penilaian action research (siklus I,II,III).
- d. Penilaian Format laporan insiden internal mengalami peningkatan, dari siklus I: 0, siklus II: 88,94 dan siklus III: 93,09.
3. Perubahan Sikap pada Siklus I sampai siklus III
- a. Siklus I: perubahan sikap kognitif ada niat untuk membuat pelaporan insiden. Perubahan afektif mulai faham tentang jenis insiden dan cara membuat laporan menggunakan format laporan insiden internal.
 - b. Siklus II, sikap kognitif, semua partisipan sudah berani melaporkan insiden pasien safety dari 0 menjadi 5 laporan. Sikap Afektif semua partisipan memahami jenis insiden, lokasi. Konatif mempunyai kecenderungan berperilaku untuk membuat laporan insiden. Dilihat dari tingkatan sikap: pada tingkat menanggapi, dan menghargai.
 - c. Siklus III sudah berani melaporkan insiden pasien safety sebanyak 17 pelaporan. Tingkat perubahan sikap pada tingkat Konatif yaitu cenderung berperilaku untuk melaporkan insiden sesuai sikap yang dimiliki oleh partisipan yang berkaitan dengan adanya insiden di IBS. Sikap dilihat dari intensitasnya pada tingkat menghargai dan bertanggungjawab untuk berani melaporkan semua insiden untuk membenahi sistem di kamar operasi.
4. Perubahan perilaku dengan adanya kesadaran melakukan pelaporan selama tiga siklus ada 22 pelaporan dari 22 insiden. Perubahan perilaku baik dilihat dari faktor predisposisi yaitu adanya kepercayaan responden untuk melaporkan insiden, pemungkin yaitu responden melakukan pelaporan insiden dengan menggunakan format insiden internal yang telah disediakan, penguat yaitu adanya pelaporan yang dilakukan oleh partisipan sesuai dengan aturan yang ada di RSST tersebut.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dengan action research dengan tiga siklus serta pembahasan maka bisa diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penilaian grading risiko pada jenis insiden KTD yang tidak ada cedera dan yang cedera ringan, pada matrik grading risiko moderat/warna hijau, dengan risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana. KTD dengan cedera sedang, matrik grading risiko masuk moderat/warna kuning, risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari, kaji dengan detail dan perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajer
2. Pengetahuan partisipan meningkat dari siklus I sampai dengan siklus III.
 - a. Pada siklus I terjadi peningkatan pengetahuan pada Knowledge level and comprehension level.
 - b. Siklus II terjadi peningkatan pengetahuan pada application and Analysis Level.
 - c. Siklus III terjadi peningkatan pengetahuan Analysis and Syntesis level.

5. Adanya rencana tindak lanjut dan optimalisasi pelaporan insiden patient safety: sosialisasi, motivasi, observasi secara periodic, bimbingan untuk menindaklanjuti, pelatihan, demonstrasi, revisi protap, pembakuan adanya sign in, Time out, dan sign out, SK tim investigasi, investigasi dan Grading, dokumentasi, RCA.
6. Ada rekomendasi dari ketua tim patient safety kepada manajemen: inhouse training, demonstrasi dengan meniru, optimalisasi pelaporan yang baik sistematis dan ada peran manajemen.
7. Didapatkan data insiden sebanyak 22 insiden, dan jenis insidennya KTD: 7, KPC: 8, KNC: 4, dan KTC: 3
8. Adanya rencana tindak lanjut dan optimalisasi pelaporan insiden patient safety: sosialisasi, motivasi, observasi secara periodic, bimbingan untuk menindaklanjuti, pelatihan, demonstrasi, revisi protap, pembakuan adanya sign in, Time out, dan sign out, SK tim investigasi, investigasi dan Grading, dokumentasi, RCA.
9. Ada rekomendasi dari ketua tim patient safety kepada manajemen: inhouse training, demonstrasi dengan meniru, optimalisasi pelaporan yang baik sistematis dan ada peran manajemen.
10. Perlu dilakukan investigasi yang mendalam dan melakukan RCA untuk kasus High lanjutnya.
11. Perlu ada revisi protap terkait dengan pelayanan, fasilitas dan sarana prasarana.
12. Perlu ada Tim Patient Safety melakukan evaluasi pelaporan Insiden Patient Safety untuk semua pemberi pelayanan.
13. Untuk peneliti selanjutnya perlu dilakukan penilaian kepatuhan melaksanakan safe surgery ceklist secara rutin.

SARAN

1. Merealisisasi Program Tim Patient Safety secara optimal dan kejadian-kejadian yang mengakomodasi semua unit di rumah sakit.
2. Perlunya dilakukan inhouse training di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten untuk peningkatan pengetahuan dengan metode pelatihan demonstrasi.
3. Perlunya Recording, reporting, pendokumentasian, setiap ada Insiden Patient Safety.
4. Perlunya semua perawat memahami tentang jenis Insiden Patient Safety dan cara pencegahan Insiden Patient Safety.
5. Perlunya sosialisasi dan motivasi serta pemberian reward dalam implementasi pembuatan laporan.
6. Ada evaluasi pencatatan dan observasi secara periodik terhadap Insiden Patient Safety.
7. Perlunya Pembakuan/adanya SOP tentang pelaksanaan sign in, Time out, dan sign out di IBS oleh manajemen rumah sakit.
8. Perlunya ada SK Tim Investigasi Patient Safety.
9. Perlunya Tim Patient Safety melakukan Investigasi dan Grading serta RCA setiap ada Insiden Patient Safety yang berat dan tindak lanjutnya.
10. Perlu ada revisi protap terkait dengan pelayanan, fasilitas dan sarana prasarana.
11. Perlu ada Tim Patient Safety melakukan evaluasi pelaporan Insiden Patient Safety untuk semua pemberi pelayanan.
12. Untuk peneliti selanjutnya perlu dilakukan penilaian kepatuhan melaksanakan safe surgery ceklist secara rutin.
13. Perlu dilakukan investigasi yang mendalam dan melakukan RCA untuk kasus High lanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariyani, 2008, *Analisis Pengetahuan dan Motivasi Perawat yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan Program Patient Safety di Instalasi Perawatan Intensif RSUD DR Moewardi Surakarta*, diakses 20 Mei 2012, dari <http://www.search-results.com/web>
- Bidang Pelayanan Keperawatan, 2013, *Data RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten*
- Bloom B, 1956, *Taxonomy of Educational Objectives. Handbook I: Cognitive Domain*, diterbitkan oleh McKey New York. Diunduh 17 Desember 2013 <http://penelitian.tindakankelas.com/2013/04/pembagian-ranah-domain-kognitif-Bloom.html>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008, *Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Patient Safety*, Edisi 2, Jakarta. Hal 7
- Fadi El et al., 2011, *Predictors and Outcomes of Patient Safety Culture in hospitals*. BMC Health Services Research, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/45>
- James A. Taylor, MD, 2004, *Use of Incident Reports by Physicians and Nurses to Document Medical Errors in Pediatric Patients*, From the Developmental Center for Evaluation and Research in Pediatric Patient Safety and †Department of Pediatrics, University of Washington and Children's Hospital

- and Regional Medical Center, Seattle, Washington; §University of Washington School of Nursing, Seattle, Washington; and _Children's Hospital and Regional Medical Center, Seattle, Washington. Accepted for publication Apr 26, 2004.
- Joel S. Weissman, phd; Eric C. Schneider, MD, msc, etall, 2008, *Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not*. Ann Intern Med. 2008;149:100-108. Downloaded From: <http://annals.org/> by a Radboud Universiteit Nijmegen User on 12/04/2013
- José D Jansma, Cordula Wagner, 2011, Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study, BMC Health Services Research
- Kaufman G, 2013, dalam *The effect of organisational culture on patient safety*, Nursing Standard. 27, 43, 50-56. Date of submission: December 1 2012; date of acceptance: March 11 2013.
- Kemmis, S. & McTaggart, R., 1992. *The action research planner* 3rd edition,. Victoria: Deakin University Press.
- Lumenta, A, 2008, *Pedoman Pelaporan Iinsiden Keselamatan Pasien IKP, Patient Safety Incident Report*, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit KKP-RS, Edisi 2, Hal;9-11, Jakarta
- Marzuki, M.S, 1992, *Strategi dan Model Pelatihan*, Malang : IKIP Malang.
- Natasha J Verbakel, 2013, *Cluster randomized, controlled trial on patient safety improvement in general practice: a study protocol*. Verbakel et al. BMC Family Practice 2013, 14:127 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/127>
- Nawawi, H, 1997,. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Yogyakarta, Gajah Mada Universitas
- Notoatmodjo.S. 1990, *Pengantar Perilaku Kesehatan*. Jurusan PKIP. FKM UI. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011, *Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*, Bab I, Ps. 1, Ayat;1,2,3,4,5,6,7,8
- Robbins Stephen P. 2001, *Perilaku Organisasi*, PT. Prenhallindo, Jakarta
- WHO Draf Guide lines for Adverse event reporting and learning, 2005. Hal.3
- Wijono, D. 1999,. *Manajemen mutu pelayanan kesehatan. teori, strategi dan aplikasi*. Volume 1 dan 2. Airlangga University Press. Surabaya.
- Wibawa, C, 2007, *Perbedaan efektifitas metode demonstrasi dengan pemutaran video Tentang pemberantasan dbd terhadap peningkatan pengetahuan dan Sikap anak sd di kecamatan wedarijaksa kabupaten pati*, Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol. 2 / No. 2 / Agustus 2007