

## Original Research

### EVALUASI PELAKSANAAN TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN DI PUSKESMAS LOA KULU KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA

Noer Octaviani<sup>a</sup>, Hilda<sup>b</sup>, Lukman Nulhakim<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Puskesmas Loa Kulu, Kutai Kertanegara, Indonesia

<sup>b</sup>Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur, Samarinda, Indonesia

Korespondensi: hilda\_rahmat@gmail.com

#### Abstrak

Keselamatan pasien di Puskesmas merupakan salah satu prioritas utama dalam memberikan pelayanan kepada pasien salah satunya melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Tujuan penelitian untuk mengevaluasi pelaksanaan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dilaksanakan di Puskesmas Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara pada bulan Januari-Maret 2020. Informan yang terlibat sebanyak lima orang terdiri dari dua orang unsur manajemen yaitu pimpinan Puskesmas dan ketua tim keselamatan pasien dan tiga orang representasi dari koordinator unit pelayanan yaitu poli umum, poli Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan farmasi. Hasil penelitian menggambarkan langkah pertama, budaya keselamatan; dan kedua, manajemen kepemimpinan telah dilaksanakan secara optimal; sedangkan ketiga, pengelolaan risiko; keempat, sistem pelaporan; kelima, berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat; keenam, belajar dan berbagi tentang pembelajaran keselamatan; dan ketujuh, implementasi solusi dalam mencegah cedera belum dilaksanakan secara optimal. Puskesmas dapat meningkatkan staf yang memahami keselamatan pasien dan melakukan kaji banding dengan Puskesmas yang telah menerapkan program keselamatan pasien dengan baik.

**Kata kunci:** evaluasi, tujuh langkah, keselamatan pasien

#### Abstract

In Puskesmas Patient safety was one of the priorities in health services to patients through the implementation the seven - step of patient safety. The purpose of the study was to evaluate the implementation of the seven-step patient safety activities. This study used a qualitative method carried out at the Loa Kulu Health Center in the Kutai Kartanegara district in Januari – March 2020. Informants

leader and coordinator polyclinic, Maternal Child Health (MCH) and pharmacy. The results of the study illustrate first step, safety culture and second step, leadership management have been implemented optimally. But third step, risk management; fourth step, reporting system; fifth step, communicating with patients and the communities; sixth step, learning and sharing safety patient process; and seventh step, implementing solutions to prevent injury has not been implemented optimally. Puskesmas are expected to increase staff who understands the patient safety program and conduct benchmark to Puskesmas that have implemented best patient safety programs.

**Keywords:** Evaluation, Seven Steps, Patient Safety

## PENDAHULUAN

Penerapan keselamatan pasien di Puskesmas merupakan salah satu prioritas utama dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Berdasarkan Permenkes No. 46 Tahun 2015 tentang akreditasi, Puskesmas selain menjalankan fungsinya sebagai pelayanan kesehatan masyarakat juga harus memperhatikan keselamatan pasien.<sup>1</sup> Meningkatkan keselamatan Pasien di layanan primer sangat penting dalam mencapai cakupan kesehatan universal dan berkelanjutan.<sup>2</sup> Permenkes 11 tahun 2017 pasal 5 ayat 1 menegaskan setiap fasilitas kesehatan wajib mengupayakan keselamatan pasien dengan tujuan menyediakan sistem asuhan yang lebih aman yang bercirikan asesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insidens dan dampak tindak lanjutnya, implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera. Pada ayat 2, untuk menyelenggarakan keselamatan pasien perlu dibentuk sistem pelayanan yang menerapkan standar keselamatan pasien, sasaran keselamatan pasien dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien.<sup>3</sup>

Dalam menerapkan keselamatan pasien Puskesmas membentuk Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) yang bertugas untuk menyusun, menggerakkan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program keselamatan pasien. Tim keselamatan pasien yang terdiri dari unsur manajemen dan

unsur praktisi klinis yang akan melakukan analisis bila terjadi insiden yang masuk kategori ekstrim dan tinggi.<sup>1,3</sup>

Setiap fasilitas layanan kesehatan harus selalu menjaga keamanan proses pelayanan kesehatannya guna menghindari terjadinya kesalahan medis (*medical error*) yang bisa berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan.<sup>4</sup> Keselamatan pasien memberikan pengaruh besar terhadap citra, tanggung jawab sosial, moral serta kinerja petugas kesehatan sehingga keselamatan pasien memiliki keterkaitan dengan isu mutu dan citra sebuah pelayanan kesehatan termasuk puskesmas.<sup>5</sup> Puskesmas harus merancang dan memperbaiki proses, memonitor dan mengevaluasi kinerja, menganalisis insiden secara intensif dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Proses perancangan tersebut harus mengacu pada "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien" yaitu membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.<sup>3,6</sup>

Mutu dan keselamatan pasien merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan. Keselamatan pasien merupakan salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien diterapkan di Puskesmas

melalui kebijakan internal, pedoman mutu keselamatan pasien diturunkan dalam bentuk Standar Operasional Prosedur (SOP).

Pada penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa belum semua langkah dalam ‘Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien’ dilakukan oleh RSISA terutama untuk langkah ke lima, yaitu komunikasi terbuka kepada pasien dan keluarga tentang insiden. Di Surabaya menyatakan bahwa pelaksanaan upaya keselamatan pasien di Puskesmas masih terdapat hambatan dan kekurangan sehingga perlu optimalisasi penerapan upaya keselamatan pasien dari seluruh pihak yang terlibat.<sup>8,9</sup>

Survei pendahuluan dengan mewawancarai Ibu D staf pengelola program keselamatan pasien diperoleh informasi Puskesmas Loa Kulu telah membentuk Tim Keselamatan Pasien dengan kegiatan rapat koordinasi antar unit, mengidentifikasi faktor-faktor risiko terjadinya insiden tidak diinginkan, dan melakukan tindakan pencegahan dengan perbaikan dan penambahan fasilitas. Namun, evaluasi tentang pelaksanaan program tersebut belum pernah dilakukan dan pihak Puskesmas wajib melakukan evaluasi secara berkala.

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien di Puskesmas Loa Kulu.

## METODE PENELITIAN

Metode kualitatif digunakan untuk mengevaluasi pelaksanaan tujuh langkah

menuju keselamatan pasien di Puskesmas Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara. Informan dalam penelitian ini terdiri dari informan Manajemen Puskesmas Loa Kulu sebanyak dua orang meliputi Pimpinan Puskesmas dan Ketua Tim Keselamatan Pasien dan informan koordinator Unit di Puskesmas Loa Kulu sebanyak 3 orang yaitu koordinator poli umum, koordinator poli KIA, koordinator farmasi.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari-Maret 2020 di Puskesmas Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara. Variabel penelitian adalah penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Untuk mendapatkan data yang reliabel, teknik penggalan data digunakan dalam penelitian ini adalah melakukan *in-depth interview* (wawancara mendalam). Metode wawancara ini dipilih oleh peneliti untuk mendapatkan jawaban yang lebih mendalam dari sumber data. Dalam melakukan wawancara peneliti menggunakan alat perekam suara yang berfungsi untuk merekam semua percakapan dengan spesifikasi perekam suara digital, kapasitas 8 *gigabyte*, pemutar MP3 dan *eksternal microphone*. Peneliti juga menggunakan catatan lapangan (*field note*) sebagai alat perantara dengan catatan yang sebenarnya. Proses pembuatan catatan lapangan peneliti lakukan setiap kali peneliti selesai melakukan wawancara. Hasil wawancara dicatat dengan teknik pencatatan naratif khususnya teknik pencatatan *anecdotal record*, yaitu sebuah pencatatan yang tidak memerlukan kerangka waktu, pengkodean dan

pengkategorian tertentu serta mencakup apapun yang relevan bagi peneliti. Hal-hal yang diamati peneliti merupakan hal yang dapat merepresentasikan ketujuh variabel.

Teknik analisis data yang digunakan berdasarkan model interaktif dari Miles & Huberman,<sup>10</sup> terdiri dari reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan dan verifikasi, yaitu:

1. Peneliti mengorganisasikan data menyeluruh tentang fenomena
2. Melakukan pengkodean data hingga menemukan dan mengelompokkan makna pernyataan dengan horizontalizing serta menghapus data repetitif
3. Peneliti mengumpulkan pernyataan dalam satu unit
4. Menguraikan bagaimana proses menjadi *textural description*.
5. Peneliti menjelaskan secara naratif mengenai esensi dari fenomena yang diteliti sehingga mendapatkan makna mengenai fenomena.
6. Tahap akhir, temuan ditinjau menggunakan teori pendukung.

Adapun proses analisis data dalam penelitian ini diawali dengan pengolahan data. Data yang telah disusun berupa transkrip data verbatim, dibuat kode dan catatan. Selain itu data non verbal dari partisipan yang telah peneliti catat, disusun sesuai situasi dan kondisi saat proses wawancara berlangsung. Setelah seluruh data tercatat dalam transkrip verbatim baik pernyataan partisipan, catatan non verbal partisipan, serta keterangan-keterangan dari

pernyataan partisipan telah tertulis, kemudian peneliti mengadakan analisa.

Peneliti melakukan triangulasi sumber yang merupakan pengumpulan data dari beberapa sumber. Triangulasi juga dilakukan peneliti dengan melakukan beberapa metode pengumpulan data yang berbeda, yaitu, *in-depth interview* dan teknik observasi. Triangulasi waktu dilakukan peneliti dengan melakukan proses wawancara serta observasi dalam waktu serta situasi yang berbeda.<sup>11</sup> Penelitian ini menggunakan rekaman wawancara sebagai pendukung yang menyatakan bahwa data hasil wawancara dalam bentuk verbatim adalah benar adanya dan berdasarkan dari responden

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Langkah 1: Upaya membangun budaya keselamatan pasien

*“Jika insiden terjadi terkait pasien/keluarga, maka saya selaku pimpinan akan siap memberikan dukungan atau support baik moril maupun materil sesuai hasil investigasi nantinya. Sama saja, terkait staf saya maka saya selaku pimpinan akan siap memberikan dukungan atau support baik moril maupun materiel sesuai hasil investigasi juga. Prinsipnya, saya tidak akan menyalahkan staf atas insiden yang terjadi, namun mengingatkan agar kedepannya insiden dapat dihindari.”*

**(IM1)**

*“Ya, ada Bu, berupa kebijakan, pedoman dan beberapa SPO keselamatan pasien yang dibuat oleh tim keselamatan pasien dalam*

*rangka akreditasi Puskesmas Loa Kulu sekitar 2 tahun lalu. Melakukan investigasi berdasarkan SPO yang kami punya, namun biasanya tergantung tingkat ringan atau beratnya insiden, biasanya pada beberapa kejadian insiden, Alhamdulillah, hanya bersifat ringan jadi tim keselamatan pasien menganjurkan koordinator unit membuat laporan sesuai isian formulirnya dan memberikan ke kami. Kami tim keselamatan pasien memberikan dukungan berupa pengarahan tentang pembuatan laporan insiden dan diskusi kepada koordinator unit terkait solusi yang harus dijalankan agar insiden tidak terjadi lagi” (IM2, IK3)*

*“Menurut saya sudah ada walaupun belum maksimal, karena belum semua staf yang memahami tentang keselamatan pasien. Mengerti tapi tidak secara lengkap, hanya membuat laporan insiden saja” (IK1)*

*“Budaya kerja ada tertulis dijelaskan, namun belum ada evaluasi pelaksanaannya. Ya lumayan, ketika ada insiden, buat laporan” (IK2)*

Hasil observasi peneliti didapatkan bahwa tim keselamatan pasien sudah memiliki kebijakan, pedoman dan beberapa Standar Prosedur Operasional tentang keselamatan pasien dengan salinannya terdapat di tiap-tiap unit kerja. Pernah dilakukan sosialisasi, namun tidak ada laporan sosialisasinya. Laporan insiden tidak banyak, namun ada terjadi dan disimpulkan oleh tim keselamatan pasien sifatnya ringan. Pada langkah pertama ini, peneliti mendapatkan beberapa kendala yang ada terkait membangun budaya keselamatan

pasien, yaitu belum ada jadwal rutin sosialisasi, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien oleh tim keselamatan pasien. Belum ada jadwal rutin sosialisasi budaya kerja.

#### **Langkah 2: Memimpin dan mendukung staf**

*“Sudah bu, kebetulan saya ditunjuk sebagai ketua tim keselamatan pasien dan beberapa staf. Ada pertemuan khusus, namun belum terjadwal dan dilakukan sesuai kebutuhan saja saat menjelang akreditasi dan jika terjadi insiden. Puskesmas belum membuat program pelatihan, karena hanya perlu sosialisasi” (IM1, IM2)*

*“Belum ada penunjukkan, setahu saya, koordinator unit merupakan tim keselamatan pasien, kalau menunjuk staf lagi saya belum tahu itu. Untuk staf saya, pernah saya jelaskan pentingnya keselamatan pasien selama bekerja” (IK1, IK2, IK3)*

Hasil observasi peneliti didapatkan pimpinan puskesmas, ketua Tim Keselamatan pasien dan koordinator unit memiliki pengetahuan tentang keselamatan pasien dan mampu menjelaskan kepada staf tentang keselamatan pasien. Pimpinan puskesmas tampak melakukan kunjungan ke setiap unit untuk melakukan monitoring terkait pengecekan sarana prasarana dan prosedur pelayanan. Namun kunjungan ke setiap unit untuk waktunya tidak sama.

Monitoring dilakukan untuk melihat layanan namun belum ada agenda yang dibuat khusus kunjungan terkait keselamatan pasien.

Dukungan yang baik kepada staf juga sudah dilakukan walaupun hanya sebatas sosialisasi saja, belum ada dukungan berupa membuat program pelatihan keselamatan pasien bagi staf. Pada langkah 2 ini, peneliti mendapatkan kendala yang ada terkait memimpin dan mendukung staf, yaitu belum ada program pelatihan keselamatan pasien bagi staf.

**Langkah 3: Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko**

*“Strukturnya belum ada, tapi prosesnya seharusnya sudah ada, lebih jelasnya ke tim keselamatan pasien ya bu. Proses pengelolaan risiko seharusnya terintegrasi dengan program keselamatan pasien, tapi saya belum tanyakan ke tim KP. Belum ada indikator kinerja untuk sistem manajemen risiko” (IM1)*

*“Puskesmas belum memiliki struktur pengelolaan risiko klinis dan non klinis, namun bisa menggunakan kewenangan dari tim KP, sehingga proses pengelolaan risiko klinis dan*

*non klinis sudah berjalan menggunakan form-form identifikasi risiko yang telah dibuat. Proses pengelolaan risiko sudah mulai dilakukan integrasi dengan program KP, walaupun baru fokus ke yang risiko klinis terkait pelayanan pada pasien. Belum ada indikator kinerja untuk sistem manajemen risiko karena belum dibuat dan belum dilatih manajemen risiko” (IM2)*

*“Belum ada forum diskusi yang rutin. Pernah dilakukan asesmen risiko pasien di poli umum berupa asesmen risiko jatuh dan alergi obat, tapi tidak rutin, hanya pernah dilakukan beberapa kali saja” (IK1)*

*“Belum ada forum diskusi. Ya, pernah dilakukan asesmen risiko jatuh dan alergi obat pada pasien di poli kebidanan, tapi tidak rutin, hanya pernah dilakukan beberapa kali saja” (IK2)*

*“Saya belum tahu ada forum diskusi. Ya, pernah dilakukan asesmen risiko alergi obat pada pasien di farmasi, tapi tidak rutin, hanya pernah dilakukan beberapa kali saja” (IK3)*

Hasil observasi peneliti didapatkan belum ada struktur pengelolaan risiko. Pengisian form asesmen risiko pasien jatuh dan alergi obat bisa dilakukan oleh staf unit tetapi tidak rutin, hanya dilakukan beberapa kali saja. Belum ada indikator kinerja untuk sistem manajemen risiko di Puskesmas. Pada langkah 3 ini, peneliti mendapatkan kendala yang ada terkait mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, yaitu belum ada program pelatihan manajemen risiko bagi Tim Keselamatan Pasien.

**Karakteristik Informan****Tabel 1.** Karakteristik informan pada penelitian di Puskesmas Loa Kulu tahun 2020

No.	Kode Informan	Umur (tahun)	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Masa Kerja Jabatan
1.	IM 1	45	Laki-Laki	S2	Pegawai Negeri	6 bulan
2.	IM 2	48	Perempuan	Diploma IV	Pegawai Negeri	1 tahun
3.	IK 1	43	Perempuan	S1	Pegawai Negeri	10 tahun
4.	IK 2	43	Perempuan	Diploma IV	Pegawai Negeri	10 tahun
5.	IK 3	39	Laki-Laki	S1+Apt.	Honoror	9 tahun

Hasil observasi peneliti didapatkan belum ada kebijakan investigasi insiden dengan *Root Cause Analysis (RCA)*. Ada bukti laporan investigasi insiden dengan *Root Cause Analysis (RCA)* oleh tim keselamatan pasien. Pada langkah 6 ini, peneliti mendapatkan kendala yang ada terkait belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, yaitu tim Keselamatan pasien belum mempunyai bahan atau contoh kebijakan maupun SPO tentang investigasi insiden dengan *Root Cause Analysis (RCA)*.

**Langkah 7: Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien**

*"Masih belum diperlukan bu, jadi belum kami lakukan asesmen risiko perubahan.."* (IM1, IM2)

*"Belum ke arah sana Bu, kami masih menggunakan cara-cara asuhan yang sudah ada karena masih sesuai dan tidak berisiko cedera. Beberapa kali ada feedback dari manajemen namun sifatnya peningkatan kewaspadaan dan kehati-hatian risiko insiden dan pengawasan koordinator unit"* (IK1)

*"Tidak ada bu, soalnya pola pelayanan masih belum disarankan diubah oleh manajemen. Seingat saya ada feedback dari manajemen*

*namun berupa pengawasan lebih ketat terhadap pelayanan oleh koordinator unit"* (IK2)

*"Tidak bu, hal itu tidak kami dilakukan kecuali nanti ada arahan dari pimpinan. Beberapa kali ada feedback agar disuruh lebih waspada, hati-hati dan lebih diawasi kegiatan pelayanan staf..."* (IK3)

Hasil observasi peneliti didapatkan belum ada bukti pelaksanaan asesmen tentang risiko-risiko untuk setiap perubahan-perubahan kondisi dan kebijakan. Ada bukti tertulis proses *feedback* pada setiap *follow up* dalam pelaporan insiden dari tim keselamatan pasien. Pada langkah 7 ini, peneliti mendapatkan kendala yang ada terkait mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien, yaitu tim keselamatan pasien belum membuat agenda yang membahas keselamatan pasien dengan melibatkan seluruh staf di semua unit kerja.

Penyelenggaraan keselamatan pasien dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan standar keselamatan pasien; sasaran Keselamatan Pasien; dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Sistem pelayanan harus menjamin pelaksanaan berupa asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien; pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya; dan 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.<sup>3</sup>

Dalam penelitian ini budaya keselamatan pasien cukup baik dilakukan oleh manajemen Puskesmas dengan telah adanya kebijakan. Koordinator unit dan staf dapat melakukan investigasi dan membuat laporan jika terjadi insiden. Dukungan dari manajemen Puskesmas baik kepada pasien dan keluarga maupun kepada staf.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Islami<sup>12</sup> yang mendapatkan pada langkah 1 ini, masih banyak staf Puskesmas yang belum mengetahui tentang pelaksanaan keselamatan pasien utamanya Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien karena belum terdapat panduan dan pedoman khusus terkait hal tersebut. Sosialisasi mengenai keselamatan

pasien hanya dilakukan sekali menjelang akreditasi Puskesmas.

Pengaturan keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.<sup>3</sup> Peneliti berasumsi terkait budaya keselamatan pasien yang sudah cukup baik dilakukan oleh pihak Puskesmas, disebabkan oleh faktor kemampuan pimpinan Puskesmas dan tim keselamatan pasien dalam memberikan dukungan kepada staf di unit kerja sehingga mereka mampu melakukan investigasi dan membuat laporan jika terjadi insiden.

Di masa lalu sangat sering terjadi reaksi pertama terhadap insiden di Fasilitas pelayanan Kesehatan adalah menyalahkan staf yang terlibat, dan dilakukan tindakan-tindakan hukuman. Hal ini, mengakibatkan staf enggan melapor bila terjadi insiden. Penelitian menunjukkan kadang-kadang staf yang terbaik melakukan kesalahan yang fatal, dan kesalahan ini terulang dalam lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.<sup>3</sup>

Oleh karena itu, diperlukan lingkungan dengan budaya adil dan terbuka sehingga staf berani melapor dan penanganan insiden dilakukan secara sistematis. Dengan budaya adil dan terbuka ini pasien, staf dan Fasilitas Kesehatan akan memperoleh banyak manfaat. Diharapkan pimpinan Puskesmas Loa Kulu dan tim keselamatan pasien membuat jadwal rutin sosialisasi, pengawasan dan evaluasi



pelaksanaan keselamatan pasien, serta jadwal sosialisasi budaya kerja.

Dalam penelitian ini terlihat manajemen kepemimpinan yang cukup kuat dalam membangun keselamatan pasien di Puskesmas baik pimpinan Puskesmas maupun ketua tim keselamatan pasien. Dukungan yang baik kepada staf sudah dilakukan walaupun hanya sebatas sosialisasi saja. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Rivai di Makassar dimana kepemimpinan, komunikasi dan supervisi berperan dalam implementasi keselamatan pasien.<sup>13</sup> Dalam penerapan keselamatan pasien, Islami<sup>12</sup>, menemukan kepala Puskesmas sudah melakukan sedikit upaya untuk memberikan dukungan terkait keselamatan pasien dengan mengingatkan keselamatan pasien pada saat rapat seluruh staf dan melakukan pengecekan kinerja staf walaupun kinerja yang dicek tidak hanya terkait keselamatan pasien.

Peneliti berpendapat gaya kepemimpinan yang partisipatif yang diterapkan pimpinan Puskesmas yang menyebabkan langkah ke 2 ini dapat terlaksana. Unsur pimpinan memiliki pengaruh dalam menciptakan budaya keselamatan pasien. Untuk itu dukungan kepala Puskesmas sangat dibutuhkan untuk meningkatkan keselamatan pasien.<sup>9</sup> Membangun budaya keselamatan sangat tergantung kepada kepemimpinan yang kuat dan kemampuan organisasi dalam mendengarkan pendapat seluruh anggota.<sup>3</sup>

Hasil penelitian menunjukkan Puskesmas baru melaksanakan proses pengelolaan risiko

saja. Struktur pengelolaan risiko belum dimiliki oleh Puskesmas. Proses untuk pengelolaan risiko hanya pada risiko klinis berupa *form asesmen* risiko pasien jatuh dan alergi obat dan ini mulai terintegrasi dengan program keselamatan pasien di Puskesmas. Puskesmas belum membuat indikator-indikator kinerja untuk sistem manajemen risiko. Hal ini dinyatakan oleh kelima informan.

Islami<sup>12</sup>, yang mendapatkan pada langkah 3 ini, Puskesmas belum melaksanakan manajemen risiko dibuktikan dengan pernyataan seluruh informan utama yang kurang mengetahui apa itu manajemen risiko. Puskesmas belum melaksanakan proses manajemen risiko sesuai dengan standar akreditasi Puskesmas. Puskesmas juga belum memiliki SK terkait penerapan manajemen risiko. Peneliti berasumsi terkait langkah ketiga ini baru sebagian kecil dilakukan, hal ini disebabkan karena tim keselamatan pasien belum pernah mengikuti pelatihan manajemen risiko sehingga sebagian besar kegiatan mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko masih belum dapat terlaksana akibat kurangnya pemahaman tentang hal tersebut.<sup>13-15</sup>

Keselamatan pasien merupakan komponen kunci dari manajemen risiko, dan harus diintegrasikan dengan keselamatan staf, manajemen komplain, penanganan litigasi dan klaim serta risiko keuangan dan lingkungan. Sistem manajemen risiko ini harus didukung oleh strategi kesehatan, yang mencakup

program-program asesmen risiko secara proaktif.<sup>3</sup>

Hasil penelitian menunjukkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien masih belum optimal. Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien masih bersifat internal dari staf atau koordinator unit ke tim keselamatan pasien. Hal ini terjadi karena jenis insiden yang sifatnya ringan (tidak fatal). Tim keselamatan pasien belum pernah membuat pelaporan insiden keselamatan pasien eksternal ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP). Temuan ini sejalan dengan Islami<sup>12</sup>, yang mendapatkan pada langkah 4 ini, sistem pelaporan yang dikembangkan di Puskesmas belum optimal. Pelaporan insiden keselamatan di Puskesmas masih diabaikan oleh staf karena insiden yang terjadi tidaklah fatal. Puskesmas perlu melakukan sosialisasi mengenai manfaat dan pentingnya pelaporan insiden.

Tidak optimalnya sistem pelaporan insiden keselamatan pasien disebabkan masih rendahnya motivasi pimpinan Puskesmas kepada Tim Keselamatan tentang pentingnya pelaporan. Dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien di Puskesmas perlu memiliki cukup staf yang memahami konsep keselamatan pasien, membangun lingkungan yang terbuka dan adil terhadap staf yang membantu melaporkan kesalahan secara spontan tanpa rasa takut<sup>(15)</sup>. Sistem pelaporan sangat vital di dalam pengumpulan informasi sebagai dasar analisa dan menyampaikan rekomendasi.<sup>1,3,9</sup>

Hasil penelitian menunjukkan proses kegiatan belajar dan berbagi tentang pembelajaran keselamatan masih belum optimal. Belum ada kebijakan investigasi insiden dengan *Root Cause Analysis (RCA)*. Sudah ada staf terlatih untuk investigasi insiden dengan *Root Cause Analysis (RCA)*. Belajar dan berbagi pengalaman dilakukan dengan menggunakan analisis akar masalah, puskesmas belum secara rutin melaksanakan analisis akar masalah.<sup>16</sup> Pelaksana analisis akar masalah di Puskesmas pun adalah tim Keselamatan Pasien bukanlah staf atau koordinator unit. Hasil dari analisis akar masalah pun belum pernah di informasikan kepada unit-unit terkait. Hal ini dinyatakan oleh kelima informan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Islami,<sup>12</sup> yang mendapatkan pada langkah 6 ini, Puskesmas belum secara rutin melaksanakan analisis akar masalah. Pelaksana analisis akar masalah di Puskesmas pun adalah tim mutu bukanlah staf dari setiap unit. Hasil dari analisis akar masalah pun tidak pernah disebarluaskan kepada unit lain.

Peneliti berasumsi terkait langkah keenam yaitu belajar dan berbagi tentang pembelajaran keselamatan masih belum optimal karena Tim Keselamatan pasien mencari contoh kebijakan maupun SPO tentang investigasi insiden dengan *Root Cause Analysis (RCA)*. Jika terjadi insiden keselamatan pasien, isu yang penting bukan

siapa yang harus disalahkan tetapi bagaimana dan mengapa insiden itu terjadi.

Implementasikan solusi untuk mencegah cedera masih belum dilaksanakan secara optimal disebabkan tim merasa belum diperlukan dan belum ada perubahan besar atas kondisi setelah insiden. Meskipun belum dilakukan monitor atas dampak dari perubahan sudah ada *feedback* pada setiap *follow up* dalam pelaporan insiden dari Tim Keselamatan Pasien. Pelaporan ini dilakukan dalam pembahasan insiden pada saat rapat seluruh staf namun belum terdapat pertemuan khusus yang membahas keselamatan pasien. Pelaksanaan pekerjaan secara tim dapat meningkatkan kinerja secara efektif.<sup>17</sup>

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Islami,<sup>12</sup> yang mendapatkan pada langkah 7 ini, pembelajaran dari insiden keselamatan pasien harus dilakukan secara aktif dan berkelanjutan. Pembelajaran terkait insiden yang pernah terjadi di Puskesmas dilakukan dengan cara adanya pembahasan insiden pada saat rapat seluruh staf namun belum terdapat pertemuan atau agenda khusus.

Peneliti berasumsi implementasikan solusi-solusi untuk mencegah cedera masih belum optimal dikarenakan tim keselamatan pasien belum mempunyai agenda pertemuan khusus yang membahas keselamatan pasien dengan melibatkan seluruh staf di semua unit kerja secara berkala. Penelitian Brahmana di Puskesmas Poned di Bandung

menggambarkan perlu dibuat alat ukur untuk menilai budaya keselamatan pasien di Puskesmas.<sup>14</sup> Memastikan pemberian pelayanan kesehatan yang aman, efektif dan fokus pada pasien harus menjadi prioritas utama bagi pembuat kebijakan dan praktisi. Pengembangan pelayanan kesehatan primer dan rawat jalan yang berbasis keselamatan pasien akan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan individu, keluarga dan masyarakat.<sup>2,18</sup>

## SIMPULAN

Puskesmas Loa Kulu sudah menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Langkah pertama telah terlaksana dengan adanya kebijakan tentang keselamatan pasien. Langkah kedua ditunjukkan dengan manajemen kepemimpinan yang cukup kuat. Langkah ketiga hanya dalam aspek proses pengelolaan risiko. Langkah keempat Puskesmas belum optimal dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien. Langkah kelima puskesmas belum melibatkan dan berkomunikasi secara aktif dengan pasien dan masyarakat jika terjadi insiden. Langkah keenam upaya menjadikan kasus *near miss* sebagai pembelajaran belum optimal dan langkah ketujuh upaya mengimplementasikan solusi-solusi untuk mencegah cedera masih belum dilaksanakan secara baik. Puskesmas diharapkan dapat melakukan kaji banding dengan Puskesmas yang telah melakukan program keselamatan pasien.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Direktur Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur dan Kepala Puskesmas Loa Kulu kabupaten Kutai Kartanegara yang telah memberikan izin penelitian dan informan yang telah memberikan masukan atas penelitian yang telah dilakukan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI b. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas. 2015.
2. Rene Kuriakose, Aggarwal A, Sohi RK, Goel R, Rashmi N, Gambhir RS. Patient safety in primary and outpatient health care. *J Fam Med Prim Care*. 2020; 9(1) 7–11. 2020;9(1):7–11.
3. Kementerian Kesehatan RI c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. 2017.
4. Maghfiroh L, Rochmah TN. Analisis kesiapan puskesmas demangan kota madiun dalam menghadapi akreditasi Readiness Analysis of Demangan Health Care Centre Madiun in Facing Accreditation. *J MKMI*. 2017;13(4):329–36.
5. Pulungan HR. Pentingnya Penerapan Keselamatan Pasien Dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan.
6. National Patient Safety Agency. *Seven steps to patient safety for primary care The full reference guide*. 2006.
7. Suzette Woodward. Seven steps to patient safety. *Rev Calid Asist*. 2005; 20(2):66–70.
8. Rachmawati AR, Wigati PA, Sriatmi A, Masyarakat FK, Diponegoro U. analisis pelaksanaan tujuh langkah menuju keselamatan pasien di rumah sakit ISLAM. *J Kesehat Masy FKM Undip, e-Journal*. 2017;5.
9. Ulumiyah. Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Penerapan Upaya Keselamatan Pasien Di Puskesmas. *J Adm Kesehat Indones*. 2018;6(2).
10. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif. Bandung: Alfabeta. Bandung: Alfabeta; 2012.
11. Yusuf. Metode penelitian: Kuantitatif, Kualitatif dan Penelitian Gabungan. Jakarta: Kencana; 2017.
12. Islami K, Arso S, Lestyanto D. analisis pelaksanaan program keselamatan pasien puskesmas mangkang, kota semarang. *J Kesehat Masy*. 2018;6(4):27–41.
13. Rivai F, Sidin I, Kartika I. Faktor yang Berhubungan dengan Implementasi Keselamatan Pasien Di RSUD Ajjappanngge Soppeng Tahun 2015. *J Kebijak Kesehat Indones*. 2016;5(4).
14. Brahmana RP, Wahyudi K, Hilfi L. Perspektif Tenaga Kesehatan: Budaya Keselamatan Pasien pada Puskesmas PONED di Kota Bandung. *JSK*. 2018;3(3):116–21.
15. Tabrizchi N, Sedaghat M. The first study of patient safety culture in Iranian primary health centers. *Acta Med Iran*. 2012;50(7):505–10.
16. Muhaimin. Model Evaluasi CIPP. 2015.
17. Rahmi Astuti Rohaini, Hidayat N, Sutisna E. Evaluasi Pelatihan Dasar Calon Pegawai Negeri Sipil Dalam Mendukung Terwujudnya Sumber Daya Manusia Profesional Berkarakter. *J Manaj Pendidik*. 2019;7(1).
18. Simone Grativol Marchon, Walter Vieira Mendes Junior. Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cad Saúde Pública, Rio Janeiro*. 2014;30(9):1815–35.

