

**ANALISIS PELAKSANAAN TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN
PASIEN DI PUSKESMAS: LITERATURE REVIEW**

**(ANALYSIS THE IMPLEMENTATION OF SEVEN STEPS TOWARDS PATIENT
SAFETY AT THE PUSKESMAS: LITERATURE REVIEW)**

Fransiska Oktavia Puteri^{1*}, Inge Dhamanti¹²³, Hengky Irawan⁴

^{*1} Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia.

² School of Psychology and Public Health, La Trobe University, Victoria, Australia

³ Pusat Riset Keselamatan Pasien Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia

⁴ STIKes Bhakti Mulia Kediri

Email: fransiska.oktavia.puteri-2019@fkm.unair.ac.id

ABSTRAK

Pendahuluan: Isu keselamatan pasien di puskesmas harus menjadi perhatian khusus mengingat keselamatan pasien menjadi salah satu komponen penting dalam penilaian akreditasi puskesmas. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien merupakan pedoman bagi puskesmas untuk melaksanakan program keselamatan pasien. **Tujuan:** Menganalisis pelaksanaan program keselamatan pasien di puskesmas dilihat dari penerapan terhadap tujuh langkah menuju keselamatan pasien. **Metodologi:** Penelusuran artikel dilakukan melalui database Google Scholar dan GARUDA menggunakan kata kunci “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien” DAN “Pelaksanaan Keselamatan Pasien di Puskesmas”. Total temuan artikel sebanyak 51, tetapi hanya 5 artikel yang sesuai dengan kriteria inklusi, yaitu penelitian kualitatif, *primary source*, topik penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien, dan lokasi penelitian adalah Puskesmas. **Hasil:** Terdapat total studi 5 puskesmas dari 5 artikel yang digunakan dalam penelitian ini dengan lokasi di Provinsi Kalimantan Timur dan Jawa Tengah yang telah melaksanakan penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Apabila ditinjau dari setiap langkahnya, terdapat contoh penerapan pada masing - masing langkah menuju keselamatan pasien. Namun, penerapan tersebut belum dilaksanakan sepenuhnya oleh kelima puskesmas yang menjadi sampel dalam penelitian ini. **Kesimpulan:** Penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien belum dilaksanakan dengan baik dan optimal oleh puskesmas. Langkah yang paling banyak diterapkan oleh puskesmas adalah langkah enam dan langkah tujuh, yaitu melakukan investigasi insiden dengan *Root Cause Analysis* (RCA) dan melaksanakan evaluasi dan pemberian solusi dalam pencegahan insiden serta melaksanakan metode FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*).

Kata Kunci: Keselamatan Pasien, Puskesmas, Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

ABSTRACT

Introduction: The issue of patient safety in puskesmas should be of particular concern considering that patient safety is an important component in the assessment of puskesmas accreditation. Seven Steps to Patient Safety is a guideline for puskesmas to implement patient safety programs. **Aims:** To analyze the implementation of the patient safety

program at the puskesmas in terms of the implementation of the seven steps towards patient safety. **Method:** Article search was conducted through the Google Scholar and GARUDA databases using the keywords "Seven Steps Towards Patient Safety" AND "Implementation of Patient Safety in Health Centers". The total findings of the articles were 51, but only 5 articles met the inclusion criteria, namely qualitative research, primary source, the topic of implementing the seven steps towards patient safety, and the research location was the Community Health Center. **Results:** There are a total of 5 puskesmas studies from 5 articles used in this study with locations in East Kalimantan and Central Java Provinces which have implemented the implementation of the seven steps towards patient safety. When viewed from each step, there are examples of the implementation of each step towards patient safety. However, this implementation has not been fully implemented by the five puskesmas sampled in this study. **Conclusion:** The implementation of the seven steps towards patient safety has not been carried out properly and optimally by the puskesmas. The steps most widely implemented by puskesmas are step six and step seven, namely conducting incident investigations with Root Cause Analysis (RCA) and evaluating and providing solutions in incident prevention and implementing the FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) method.

Keywords: Patient Safety, Puskesmas, Seven Steps Towards Patient Safety

PENDAHULUAN

Organisasi kesehatan dunia (WHO) menerangkan bahwa keselamatan pasien merupakan disiplin perawatan kesehatan yang muncul dengan kompleksitas yang berkembang dalam sistem perawatan kesehatan dan mengakibatkan peningkatan kerugian pasien di fasilitas perawatan kesehatan. Hal ini bertujuan untuk mencegah dan mengurangi risiko, kesalahan dan kerugian yang terjadi pada pasien selama pemberian pelayanan kesehatan (WHO, 2019). Penerapan keselamatan pasien di puskesmas menjadi salah satu prioritas utama dalam memberikan pelayanan kepada pasien (Octaviani, Hilda and Nulhakim, 2020). Puskesmas dianggap sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan bagi masyarakat karena cukup efektif membantu masyarakat dalam memberikan pertolongan pertama dengan standar pelayanan kesehatan (Sanah, 2017). Kebijakan yang mendasari pentingnya keselamatan pasien di puskesmas terdapat pada Permenkes No. 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat

Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi pada bagian lampiran I Standar Akreditasi Puskesmas menyebutkan bahwa agar Puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal perlu dikelola dengan baik mulai dari sumber daya yang digunakan, proses pelayanan hingga kinerja pelayanan sebab masyarakat menghendaki pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, serta dapat menjawab kebutuhan mereka (Ulumiyah, 2018). Kebijakan tersebut menuntut puskesmas untuk melakukan upaya peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat melalui upaya pemberdayaan masyarakat dan swasta. Maka dari itu isu terkait dengan keselamatan pasien di puskesmas harus menjadi perhatian khusus mengingat keselamatan pasien menjadi salah satu komponen penting dalam penilaian akreditasi puskesmas.

Pada tahun 2019 Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyampaikan tingginya angka insiden keselamatan pasien secara global, yaitu sebanyak 4 dari 10 pasien dirugikan dalam pelayanan kesehatan primer dan rawat jalan, hingga

80% dari bahaya dapat dicegah. Kesalahan yang paling merugikan adalah terkait dengan diagnosis, persepsian dan penggunaan obat. Terjadinya efek samping akibat perawatan yang tidak aman kemungkinan merupakan salah satu dari 10 penyebab utama kematian dan kecacatan di dunia. Setiap tahun, 134 juta efek samping terjadi di rumah sakit di negara berpenghasilan rendah dan menengah, karena perawatan yang tidak aman, yang mengakibatkan 2,6 juta kematian (WHO, 2019). Berdasarkan data dari Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan, angka kejadian insiden keselamatan pasien yang dilaporkan di Indonesia sampai Tahun 2019 sudah mencapai 10.570 kasus (Adriansyah, 2021). Di Indonesia data insiden keselamatan pasien di puskesmas masih sangat jarang ditemukan. Data yang paling banyak tersedia adalah data insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Lebdosari Semarang menjelaskan bahwa terdapat kasus insiden keselamatan pasien pada tahun 2019 diantaranya adalah 3 kejadian nyaris cedera (KNC) berupa kesalahan pemberian obat dan 2 kejadian potensial cedera (KPC) berupa kesalahan indentifikasi pasien pada tahun 2020 insiden keselamatan pasien meningkat menjadi 9 kejadian (Nurmandhani R *et al.*, 2022).

Angka insiden keselamatan pasien yang tinggi menjadi dasar pentingnya upaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan (Ulumiyah, 2018). Dampak yang ditimbulkan oleh adanya insiden keselamatan pasien dapat berpengaruh kepada menurunnya kepuasan pasien hingga mengakibatkan mutu dari pelayanan kesehatan dinilai tidak baik. Oleh karena itu, Badan Keselamatan Pasien Nasional (NPSA) mengembangkan pedoman Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien bagi seluruh staf layanan kesehatan,

langkah-langkah ini didasarkan pada tinjauan menyeluruh terhadap literatur dari seluruh dunia terkait keselamatan pasien, tata kelola klinis, manajemen perubahan, manajemen risiko dan pengalaman tentang apa yang berhasil dalam keselamatan pasien (Woodward, 2005). Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien membantu memastikan bahwa perawatan yang diberikan oleh puskesmas sudah seaman mungkin dan apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan dapat segera diberikan tindakan yang sesuai. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien juga membantu puskesmas dalam mencapai tujuan tata kelola klinik, manajemen risiko, dan pengendalian mutu (Putri, F. A. J *et al.*, 2022).

Mengingat keselamatan pasien sudah menjadi tuntutan bagi masyarakat di fasilitas pelayanan kesehatan maka pelaksanaan program keselamatan pasien di puskesmas perlu dilakukan. Berdasarkan permasalahan diatas maka penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan program Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien di Puskesmas.

BAHAN DAN METODE

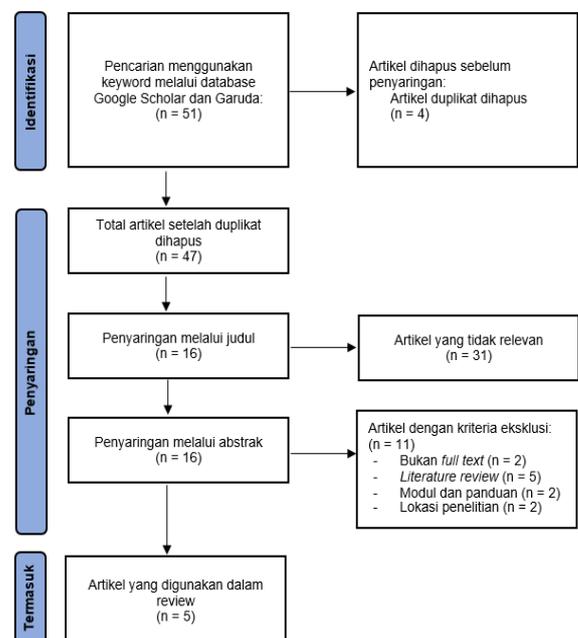
Metode yang digunakan dalam penulisan artikel ini yaitu *literature review*. Penulisan artikel ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan mengelaborasi hasil secara deskriptif. Artikel yang digunakan difokuskan pada artikel *original empirical research* atau artikel penelitian yang berisi hasil dari pengamatan aktual atau eksperimen dimana terdapat abstrak, pendahuluan, metode, hasil, dan diskusi. Strategi pencarian artikel menggunakan database yang tersedia pada Garba Rujukan Digital (GARUDA) dan Google Scholar. Kata kunci yang digunakan dalam penelusuran artikel yaitu: Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien dan

Pelaksanaan Keselamatan Pasien di Puskesmas. Pencarian artikel dibatasi pada artikel terbaru, sehingga tahun publikasi dibatasi dalam 5 tahun terakhir (2017 hingga 2022). Pemilihan artikel didasarkan pada tujuan penulisan yaitu untuk menganalisis pelaksanaan program keselamatan pasien di Puskesmas dilihat dari penerapan terhadap Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien. Studi yang digunakan yaitu artikel yang membahas tentang pelaksanaan tujuh langkah menuju keselamatan pasien di puskesmas. Studi tidak dibatasi pada wilayah atau negara tertentu, akan tetapi desain penelitian dibatasi hanya pada penelitian kualitatif supaya mendapatkan gambaran penerapan program secara lebih jelas.

Data inklusi untuk menentukan kriteria bahan literature review, yaitu: 1) Artikel desain penelitian kualitatif, 2) Artikel asli dari sumber utama (*primary source*), 3) Artikel menjelaskan penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien, 4) Lokasi penelitian dalam artikel adalah Puskesmas. Adapun data eksklusi adalah: 1) Artikel diluar penerapan tujuh langkah dalam melaksanakan program keselamatan pasien di Puskesmas, 2) Artikel diterbitkan diatas 10 tahun terakhir/ sebelum tahun 2017, 3) Artikel *literature review*. 4) Artikel hanya memuat bagian abstrak.

Pencarian artikel menggunakan beberapa sumber dari database yang tersedia, yaitu GARUDA 4 artikel dan Google Scholar 47 artikel. Total artikel yang diperoleh pada awal pencarian sesuai dengan kata kunci yang telah ditetapkan yaitu 51 artikel. Selanjutnya 4 artikel dikeluarkan karena duplikat. Sehingga tersisa 47 artikel. Penelusuran dilanjutkan dengan penyaringan judul yang relevan dengan topik pembahasan dan didapatkan total 16 judul artikel. Keseluruhan artikel yang diperoleh terdapat artikel yang membahas selain penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien, bukan *full text*, lokasi dalam penelitian di Rumah Sakit, artikel berupa modul panduan dan artikel yang menggunakan metode *systematic review* atau *studi literature* yang berjumlah 11 artikel. Sehingga, 11 artikel tersebut masuk dalam kriteria eksklusi. Terdapat 5 artikel yang dianggap layak dan memenuhi kriteria inklusi yaitu artikel yang membahas penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien dengan desain penelitian kualitatif, artikel dalam bentuk *original article*, *full text* dan *open access*, serta artikel yang terbit pada tahun 2017-2022. Ekstraksi dan identifikasi data diuraikan dalam gambar 1.

Gambar 1. Diagram Prisma



HASIL

Berdasarkan hasil penelusuran, terdapat total studi yang dilakukan di 5 puskesmas yang berlokasi di Provinsi Kalimantan Timur (n=1) dan Provinsi Jawa Tengah (n= 4). Artikel yang di publikasi pada tahun 2022 sebesar 40% (n= 2), artikel di publikasi tahun 2021 sebesar 20% (n= 1), artikel di publikasi tahun 2020 sebesar 20% (n= 1) dan artikel di publikasi tahun 2018 sebesar 20% (n=1). Dari 5 artikel terpilih, semua artikel menggunakan metode penelitian kualitatif dengan desain analisis deskriptif (n=4) dan studi kasus (n=1). Sampel terbanyak terdapat pada penelitian Nurmandhani et al (2022) yang dilakukan di Puskesmas Lebdosari Semarang dengan total sampel 11. Sampel terkecil pada penelitian Octaviani et al (2020) yang dilakukan di Puskesmas Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara dengan total sampel 5.

Hasil tinjauan menunjukkan bahwa setiap puskesmas belum melaksanakan setiap langkah dari penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien dengan baik dan optimal karena pada setiap langkahnya masih terdapat kekurangan. Berdasarkan **Tabel 1.** dapat dilihat bahwa pada langkah ketiga dan kelima sebagian besar dari puskesmas belum melaksanakan penerapannya. Hasil penelitian Astriyani et al (2021) dan Islami et al (2018) menyatakan bahwa puskesmas belum

menerapkan langkah ketiga, yaitu mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Kondisi ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu banyak petugas puskesmas kurang mengetahui apa itu manajemen risiko dan belum memiliki kebijakan atau SOP atau Surat Keputusan (SK) terkait penerapan manajemen risiko karena beranggapan bahwa insiden yang terjadi di puskesmas bukanlah insiden yang fatal.

Terlebih lagi pada langkah kelima terkait melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, semua puskesmas belum melaksanakan komunikasi terbuka dengan pasien maupun keluarganya tentang insiden yang dialami oleh pasien. Komunikasi yang terjalin adalah komunikasi yang memang seharusnya dilakukan ketika melakukan pelayanan, hal ini sesuai dengan hasil penelitian Putri et al (2022), Astriyani et al (2021) dan Islami et al (2018) yang menyatakan bahwa komunikasi efektif yang melibatkan pasien terkait komunikasi sebelum melakukan tindakan, peralatan medis yang digunakan, petunjuk konsumsi obat dan hasil laboratorium. Berdasarkan tinjauan lebih lanjut, penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien dapat di kelompokkan berdasarkan setiap langkahnya dari masing – masing puskesmas. Hasil pengelompokkan setiap langkah dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien di puskesmas dapat dilihat pada **Tabel 2.**

Tabel 1. Rangkuman Hasil Penelitian

Judul dan Nama Penulis (Tahun)	Desain Penelitian	Sampel / Populasi Penelitian	Lokasi Penelitian	Penerapan Tujuh langkah	Hasil
Evaluasi Pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien di Puskesmas Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara (Octaviani, <i>et al.</i> , 2020)	Metode Kualitatif dengan pendekatan deskriptif melalui wawancara mendalam (indepth interview)	Lima orang informan: 1. Pimpinan Puskesmas 2. Ketua tim keselamatan pasien 3. Koordinator unit pelayanan poli umum 4. Koordinator unit pelayanan poli Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) 5. Koordinator unit pelayanan farmasi.	Puskesmas Loa Kulu Kabupaten Kutai Kartanegara	<ol style="list-style-type: none"> Adanya kebijakan keselamatan pasien untuk melaksanakan investigasi dan membuat laporan insiden. Sosialisasi dan kunjungan kepala puskesmas ke setiap unit untuk monitoring dan evaluasi. Adanya <i>form asesmen</i> risiko pasien jatuh dan alergi obat. Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien masih bersifat internal. Komunikasi yang melibatkan pasien belum dilaksanakan oleh Puskesmas. Belum adanya kebijakan investigasi insiden dengan RCA meskipun terdapat staf terlatih untuk investigasi insiden dengan <i>Root Cause Analysis (RCA)</i>. Pembahasan insiden pada saat rapat bersama seluruh staf sehingga terdapat <i>feedback</i> pada setiap <i>follow up</i> dalam pelaporan insiden dari Tim Keselamatan Pasien. 	<ol style="list-style-type: none"> Langkah pertama sudah dilaksanakan secara optimal Langkah kedua sudah dilaksanakan secara optimal Langkah ketiga belum dilaksanakan secara optimal karena struktur pengelolaan risiko dan indikator kinerja untuk sistem manajemen risiko belum dimiliki oleh puskesmas Langkah keempat belum dilaksanakan secara optimal karena pelaporan insiden keselamatan masih diabaikan oleh staf karena insiden yang terjadi tidaklah fatal. Langkah kelima belum dilaksanakan secara optimal Langkah keenam belum dilaksanakan secara optimal karena Tim Keselamatan pasien mencari contoh kebijakan/ SPO tentang investigasi insiden dengan <i>Root Cause Analysis (RCA)</i> Langkah ketujuh belum dilaksanakan secara optimal karena belum mempunyai agenda pertemuan khusus yang membahas keselamatan pasien.
Analisis Pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien di Puskesmas Lebdosari Semarang	Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif melalui wawancara, observasi lapangan,	3 informan utama: a. kepala puskesmas b. tim mutu puskesmas c. tim mutu keselamatan pasien. Informan triangulasi terdiri dari koordinator	Puskesmas Lebdosari Semarang	<ol style="list-style-type: none"> Membuat laporan insiden serta menindaklanjuti laporan dan dapat mengambil keputusan sesuai SOP. Kepala puskesmas melakukan monitoring melalui rapat koordinasi secara rutin serta adanya koordinator per poli. Melakukan <i>assesment risiko</i> pada pasien sebelum melakukan tindakan 	<ol style="list-style-type: none"> Langkah pertama sudah dilaksanakan secara optimal Langkah kedua sudah dilaksanakan secara optimal Langkah ketiga sudah dilaksanakan secara optimal Langkah keempat sudah dilaksanakan secara optimal meskipun pelaporan insiden hanya bersifat internal

Judul dan Nama Penulis (Tahun)	Desain Penelitian	Sampel / Populasi Penelitian	Lokasi Penelitian	Penerapan Tujuh langkah	Hasil
(Nurmandhani, <i>et al.</i> , 2022)	dan telaah dokumen	masing-masing unit yang berjumlah 9 orang yaitu: a. koordinator Tata Usaha b. koordinator BP Umum c. Koordinator KIA/KB d. Koordinator Promkes e. Koordinator Poli Gigi f. Koordinator Laboratorium g. Koordinator Epidemiologi h. Koordinator Loket		di setiap poli. 4. Pelaporan insiden masih bersifat internal. 5. Puskesmas Lebdosari belum memiliki kebijakan terkait mengkomunikasikan insiden kepada pasien. 6. Informasi keselamatan pasien rutin disampaikan dalam rapat koordinasi. 7. Rapat koordinasi rutin yang dihadiri seluruh tim membahas evaluasi dan perbaikan terkait pencegahan insiden keselamatan pasien.	5. Langkah kelima belum dilaksanakan secara optimal karena puskesmas belum memiliki kebijakan terkait mengomunikasikan insiden kepada pasien 6. Langkah keenam sudah dilaksanakan secara optimal 7. Langkah ketujuh sudah dilaksanakan secara optimal
Analisis Pelaksanaan Program Keselamatan Pasien Puskesmas Mangkang, Kota Semarang (Islami, <i>et al.</i> , 2018)	Penelitian kualitatif dengan metode deskriptif.	1 staf dari setiap unit klinis yang melaksanakan keselamatan pasien yaitu: a. Ruang loket b. Unit umum (bersama dengan lansia dan UGD) c. unit gigi d. unit KIA beserta MTBS e. unit farmasi f. laboratorium sederhana. Informan triangulasi	Puskesmas Mangkang Kota Semarang	1. Kewajiban melapor apabila terjadi insiden, menerapkan sistem <i>safety first</i> dalam setiap tindakan dan menggunakan alat. 2. Kepala puskesmas melakukan monitoring dan evaluasi, dibentuknya Tim Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien dan menetapkan kebijakan terkait keselamatan pasien. 3. Belum adanya manajemen risiko. 4. Pelaporan insiden hanya bersifat internal. 5. Komunikasi efektif yang melibatkan pasien terkait dengan peralatan medis yang digunakan. 6. Pembahasan insiden serta solusi	1. Langkah pertama belum dilaksanakan secara optimal karena kesadaran petugas dalam melaksanakan keselamatan pasien masih kurang 2. Langkah kedua sudah dilaksanakan secara optimal 3. Langkah ketiga belum dilaksanakan secara optimal karena puskesmas belum melaksanakan proses manajemen risiko. 4. Langkah keempat belum dilaksanakan secara optimal karena pelaporan insiden yang terjadi tidaklah fatal. 5. Langkah kelima belum dilaksanakan secara optimal karena puskesmas belum memiliki kebijakan terkait komunikasi terbuka dengan pasien tentang insiden yang terjadi.

Judul dan Nama Penulis (Tahun)	Desain Penelitian	Sampel / Populasi Penelitian	Lokasi Penelitian	Penerapan Tujuh langkah	Hasil
		yaitu: a. Anggota tim PMKP b. Ketua Tim Mutu Puskesmas Mangkang c. Kepala Puskesmas Mangkang		dijelaskan saat rapat staf dan melaksanakan analisis akar masalah dengan metode RCA (<i>Root Cause Analysis</i>). 7. Melaksanakan metode FMEA (<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>) sebagai pencegahan cedera.	6. Langkah keenam belum dilaksanakan secara optimal karena puskesmas belum melaksanakan RCA (<i>Root Cause Analysis</i>) secara maksimal. 7. Langkah ketujuh sudah dilaksanakan secara optimal
Pelaksanaan Keselamatan Pasien di Puskesmas X Ditinjau dari Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien (Astriyani, <i>et al.</i> , 2021)	Penelitian kualitatif menggunakan pendekatan studi kasus	Informan utama yaitu: a. Penanggungjawab keselamatan pasien b. Penanggungjawab loket pendaftaran. c. Penanggungjawab ruang pemeriksaan umum. d. Penanggungjawab ruang farmasi. e. Penanggungjawab laboratorium. Informan triangulasi yaitu: a. Kepala Puskesmas b. 2 orang pasien	Puskesmas X Kabupaten Temanggung	1. Terciptanya budaya adil dan terbuka dalam pelaporan insiden 2. Monitoring dilakukan oleh Penanggungjawab Keselamatan Pasien yang kemudian disampaikan ke Kepala Puskesmas. 3. Manajemen risiko belum dilakukan di Puskesmas X. 4. Sistem pelaporan insiden terakhir dilakukan pada Agustus 2019 dengan menggunakan <i>form checklist</i> . 5. Komunikasi yang melibatkan pasien ketika akan melakukan tindakan ke pasien sesuai dengan SOP. 6. Sosialisasi dari hasil pelatihan dari petugas yang telah mengikuti pelatihan serta penggunaan RCA dalam mencari akar masalah. 7. Pembahasan terkait insiden disampaikan ketika rapat serta penggunaan metode FMEA (<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>).	1. Langkah pertama belum dilaksanakan optimal karena belum semua insiden yang dilaporkan tercatat secara tertulis. 2. Langkah kedua belum dilaksanakan secara optimal, karena kepala Puskesmas X jarang melakukan monitoring. 3. Langkah ketiga belum dilaksanakan secara optimal karena Puskesmas X belum memiliki kebijakan/SOP terkait manajemen risiko 4. Langkah keempat belum dilaksanakan secara optimal akibat adanya pandemi covid-19. 5. Langkah kelima belum dilaksanakan secara optimal karena belum memiliki kebijakan. 6. Langkah keenam belum dilaksanakan secara optimal karena penggunaan RCA masih belum disosialisasikan ke seluruh petugas. 7. Langkah ketujuh belum dilaksanakan secara optimal karena belum terdapat rapat khusus dan kebijakan /panduan tentang pelaksanaan FMEA.
Pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju	Penelitian kualitatif dengan	Informan utama yaitu petugas puskesmas yang mengetahui	Puskesmas X Kabupaten Demak	1. Terjadi keterlambatan pelaporan insiden. 2. Kepala puskesmas melakukan monitoring dan evaluasi serta selalu	1. Langkah pertama belum dilaksanakan optimal karena petugas lebih berfokus pada penanganan pandemi COVID-19.

Judul dan Nama Penulis (Tahun)	Desain Penelitian	Sampel / Populasi Penelitian	Lokasi Penelitian	Penerapan Tujuh langkah	Hasil
Keselamatan Pasien di Puskesmas X Kabupaten Demak (Putri, <i>et al.</i> , 2022)	pendekatan deskriptif melalui wawancara mendalam serta observasi	tentang keselamatan pasien. Informan triangulasi yaitu: a. Kepala Puskesmas b. Kepala TU c. Penanggung Jawab unit UKM d. pasien.		mengingatkan petugas. 3. Puskesmas X memiliki matrik grading risiko di setiap unit dan formulir pencatatan insiden. 4. Pelaporan insiden masih bersifat internal. 5. Komunikasi yang melibatkan pasien seperti petunjuk konsumsi obat, hasil laboratorium ataupun hasil pelayanan. 6. Peserta yang mewakili pelatihan akan membagikan ilmunya kepada petugas di puskesmas. 7. Puskesmas X telah memberikan solusi - solusi yang harus diterapkan di setiap unit dalam mencegah cedera dan mencegah insiden terulang kembali.	2. Langkah kedua belum dilaksanakan secara optimal karena belum ada agenda khusus untuk keselamatan pasien. 3. Langkah ketiga belum dilaksanakan secara optimal karena belum terdapat SOP. 4. Langkah keempat belum dilaksanakan secara optimal karena masih ada petugas yang lupa mencatat insiden yang terjadi. 5. Langkah kelima belum dilaksanakan secara optimal karena sosialisasi tidak dilakukan secara rutin. 6. Langkah keenam belum dilaksanakan secara optimal karena dalam pelaksanaannya masih ada petugas yang kurang terpapar ilmu keselamatan pasien. 7. Langkah ketujuh belum dilaksanakan secara optimal karena pada langkah ketiga belum terlaksana dengan maksimal.

Tabel 2. Pengelompokan Penerapan dari Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Langkah 1: Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien	Langkah 2: Memimpin dan mendukung staf	Langkah 3: Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko	Langkah 4: Mengembangkan sistem pelaporan	Langkah 5: Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien	Langkah 6: Belajar dan berbagi tentang pembelajaran keselamatan	Langkah 7: Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien
Pelaksanaan investigasi dan laporan insiden	Dukungan kepala puskesmas berupa sosialisasi dan selalu mengingatkan kepada petugas terkait pentingnya	Asesmen risiko pada pasien sebelum melakukan tindakan di masing – masing unit	Pelaporan insiden dilakukan secara internal, yaitu dari staf atau koordinator unit ke tim keselamatan pasien	Komunikasi efektif yang melibatkan pasien sebelum melakukan tindakan, penggunaan peralatan medis, petunjuk	Investigasi insiden dengan <i>Root Cause Analysis (RCA)</i>	Evaluasi dan pemberian solusi dalam pencegahan insiden melalui rapat rutin koordinasi

Langkah 1: Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien	Langkah 2: Memimpin dan mendukung staf	Langkah 3: Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko	Langkah 4: Mengembangkan sistem pelaporan	Langkah 5: Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien	Langkah 6: Belajar dan berbagi tentang pembelajaran keselamatan	Langkah 7: Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien
	keselamatan pasien			konsumsi obat dan hasil laboratorium		
Terdapat kebijakan keselamatan pasien	Monitoring ke setiap unit dan evaluasi saat rapat rutin koordinasi	Terdapat matrik grading risiko di masing – masing unit dan formulir pencatatan insiden	Pengisian <i>form checklist</i> pelaporan insiden		Pembahasan insiden keselamatan pasien disampaikan secara rutin dalam rapat koordinasi	Melaksanakan metode FMEA (<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>) dalam pencegahan cedera
Pengambilan keputusan bila terjadi insiden sesuai dengan SOP yang berlaku	Terdapat koordinator per bagian atau unit dalam membangun budaya keselamatan pasien				Sosialisasi dalam rapat oleh petugas yang telah mengikuti pelatihan	

Tabel 2. Merupakan hasil pengelompokan pada setiap langkah dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien yang sudah diterapkan oleh kelima puskesmas yang digunakan dalam penelitian ini. Apabila ditinjau dari setiap langkahnya, telah terdapat contoh implemenatsi. Namun, implementasi dari setiap langkah tersebut tidak dilakukan oleh kelima puskesmas yang diteliti.

PEMBAHASAN

1. Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien

Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien merupakan langkah pertama untuk menciptakan lingkungan yang terbuka dan tidak menyalahkan (Permenkes, 2017). Lingkungan dengan budaya adil dan terbuka menyebabkan petugas merasa aman dan berani dalam melakukan pelaporan dan penanganan insiden keselamatan pasien. Membangun budaya keselamatan pasien yang adil dan terbuka akan membantu mengurangi biaya perawatan pasien, kecacatan, psikologis trauma dan meningkatkan target nasional pada indikator BOR (*Bed Occupation Rate*) dan ALOS (*Average Length Of Stay*) (Woodward, 2005). Selain itu, dapat membantu mengurangi penurunan laporan insiden akibat adanya *blame* atau *shame culture* yang dikenal sebagai budaya menyalahkan atas perawatan buruk yang dilakukan oleh staf (Kusumapradja, 2017).

Hasil penelitian (Octaviani, et al., 2020) dan (Nurmandhani, et al., 2022) menunjukkan bahwa langkah yang sudah diterapkan oleh puskesmas adalah membangun budaya keselamatan pasien di puskesmas dengan adanya kebijakan keselamatan pasien. Hal ini sesuai dengan Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien menjelaskan bahwa kegiatan yang dilaksanakan pada langkah 1 pada tingkat fasilitas pelayanan kesehatan adalah memastikan ada kebijakan yang menyatakan apa yang harus dilakukan oleh staf apabila terjadi insiden, bagaimana dilakukan investigasi dan dukungan apa yang harus diberikan kepada pasien, keluarga dan staf (Permenkes, 2017).

Langkah lain yang sudah diterapkan oleh puskesmas dalam

membangun budaya keselamatan pasien yang adil dan terbuka di puskesmas adalah petugas atau staf dari masing – masing unit melaksanakan investigasi dan membuat laporan apabila terjadi insiden dibantu dengan tim peningkatan mutu dan tim keselamatan pasien puskesmas. (Suranto et al 2020) menyatakan bahwa tujuan petugas memberikan laporan apabila terjadi insiden adalah untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan sehingga dapat dilakukan investigasi selanjutnya. Hasil penelitian (Dhamanti *et al.*, 2022) juga menyatakan bahwa pelaporan insiden wajib dibuat oleh petugas untuk dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dan tidak terdapat insiden yang dilaporkan sebagai *zero incident*.

Selanjutnya, langkah ketiga yang diterapkan oleh puskesmas adalah petugas puskesmas dapat mengambil keputusan apabila terjadi insiden sesuai dengan SOP yang berlaku juga menjadi langkah dalam membangun budaya keselamatan pasien yang adil dan terbuka di puskesmas. Tingginya kesadaran serta komitmen pelaksanaan pelaporan insiden pada setiap petugas puskesmas dapat membantu dalam pengambilan keputusan apabila terjadi insiden karena dalam Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 disebutkan bahwa didalam kebijakan keselamatan pasien terdapat kejelasan peran individu dan akuntabilitasnya apabila terjadi insiden di fasilitas pelayanan kesehatan. Sehingga langkah pengambilan keputusan sesuai dengan SOP yang telah berlaku dapat menciptakan budaya keselamatan pasien yang terbuka dalam melaporkan insiden meskipun hanya insiden kecil yang terjadi di lingkungan kerja puskesmas.

2. Memimpin dan Mendukung Staf

Langkah kedua dalam tujuh langkah menuju keselamatan pasien untuk membangun budaya keselamatan pasien adalah diperlukan kepemimpinan yang kuat dan kemampuan organisasi mendengarkan pendapat seluruh anggota (Permenkes, 2017). Keberhasilan keselamatan pasien ditentukan dengan kerja tim yang efektif dalam fasilitas pelayanan kesehatan (Woodward, 2005). Sehingga peran pemimpin pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam hal ini adalah kepala puskesmas sangatlah penting dalam pelaksanaan program keselamatan pasien.

Dukungan yang baik kepada petugas puskesmas sangat dibutuhkan untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien. Hasil penelitian (Octaviani, et al., 2020), (Nurmandhani, et al., 2022), (Islami, et al., 2018) menunjukkan bahwa langkah yang sudah diterapkan oleh puskesmas adalah dukungan kepala puskesmas kepada petugas puskesmas dalam membangun keselamatan pasien di puskesmas berupa sosialisasi dan selalu mengingatkan petugas. Kegiatan tersebut sejalan dengan kegiatan yang disampaikan oleh Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien yang menjelaskan bahwa pada langkah kedua dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien adalah memastikan adanya anggota eksekutif yang bertanggung jawab tentang keselamatan pasien untuk fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu jajaran pimpinan organisasi yang dalam hal ini adalah kepala puskesmas.

Dukungan lain yang diberikan oleh kepala puskesmas terhadap pelaksanaan keselamatan pasien adalah kepala puskesmas melakukan monitoring secara langsung ke setiap

unit terkait pengecekan sarana prasarana dan prosedur pelayanan. Selain itu, kepala puskesmas juga melakukan evaluasi melalui rapat rutin koordinasi. Menurut (Ferial et al 2022) dalam pelaksanaan upaya keselamatan pasien memerlukan pemantauan yang berkesinambungan atau monitoring upaya keselamatan pasien yang bertujuan untuk memastikan bahwa pelaksanaan upaya keselamatan pasien telah sesuai dengan standar dan kriteria yang telah disepakati.

Selanjutnya, langkah ketiga yang diterapkan oleh puskesmas adalah terdapat koordinator per bagian atau unit dalam membangun budaya keselamatan pasien, dimana hal ini sesuai dengan Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien yang menerangkan bahwa perlu ditunjuk penggerak atau champion keselamatan pasien di masing – masing unit fasilitas pelayanan kesehatan. Hal tersebut juga diungkapkan oleh (Dewi et al 2019) yang menyatakan bahwa pemilihan champion dari masing – masing unit merupakan bentuk dukungan pimpinan dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien. Hasil penelitian (Dhamanti *et al.*, 2022) juga menyatakan bahwa kepemimpinan keselamatan pasien yang baik di berbagai tingkat sangat penting untuk mendorong perubahan kelembagaan dan meningkatkan keselamatan pasien.

3. Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

Membangun sistem dalam mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan atau insiden merupakan langkah ketiga dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan bagian dari manajemen risiko yang mencakup semua tingkat kegiatan organisasi dari

strategis ke operasional dalam membantu pencapaian tujuan dan sasaran. Mengintegrasikan sistem manajemen risiko dapat membantu fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali (Permenkes, 2017).

Hasil penelitian (Octaviani, et al., 2020), (Nurmandhani, et al., 2022), (Putri, et al., 2022) menunjukkan bahwa langkah yang sudah diterapkan oleh puskesmas adalah asesmen risiko pada pasien sebelum melakukan tindakan di masing – masing unit. Hal ini sesuai dalam praktik manajemen risiko terintegrasi, yaitu pendekatan yang konsisten dalam menyatukan semua asesmen risiko dari semua jenis risiko di setiap tingkatan sehingga organisasi dapat merencanakan secara efektif dan mengembangkan kontrol untuk mengurangi efek dari risiko yang teridentifikasi (Woodward, 2005).

Sesuai Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien dijelaskan bahwa sistem manajemen risiko harus di dukung oleh strategi manajemen risiko fasilitas pelayanan kesehatan yang mencakup program – program asesmen risiko secara pro aktif dan risk register. Hasil penelitian Octaviani et al (2020) dan Nurmadhani et al (2022) puskesmas baru melaksanakan proses pengelolaan risiko klinis berupa *form asesmen risiko* pada pasien sebelum melakukan tindakan di masing – masing unit untuk meminimalisir kesalahan.

Langkah lain dalam mengintegrasikan manajemen risiko adalah adanya matrik grading risiko di masing – masing unit dan formulir pencatatan insiden. Sehingga penanganan risiko dapat dilakukan sesuai insiden yang terjadi. Apabila terjadi insiden darurat maka segera dilakukan penanganan. Sementara itu,

jika terjadi insiden tidak darurat akan dibawa ke dalam rapat. Dara Tristantia (2018) dalam penelitiannya menyatakan bahwa agar program keselamatan pasien berjalan dengan baik terutama pada proses pelaporan insiden keselamatan pasien dibutuhkan koordinasi secara rutin dan komitmen yang kuat dari segala pihak. Hal tersebut didukung oleh Ardiansyah et al (2021) yang menyatakan bahwa beberapa hal yang harus diperhatikan dari pelaporan insiden keselamatan pasien adalah jenis insiden, *grading* insiden dan ketepatan pelaporan insiden.

4. Mengembangkan Sistem Pelaporan

Dalam Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien dijelaskan bahwa langkah keempat dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien adalah membangun sistem pelaporan. Sistem pelaporan digunakan dalam pengumpulan informasi sebagai analisa dan menyampaikan rekomendasi, sehingga dibutuhkan kemampuan staf dalam melaporkan insiden secara internal ke tim keselamatan pasien maupun eksternal ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) (Permenkes, 2017). Oleh karena itu, pelaporan insiden merupakan komponen mendasar dari keselamatan pasien. Maka, agar sistem pelaporan insiden dapat berjalan dengan baik, diperlukan manajemen, tinjauan dan pemahaman insiden yang didasarkan pada keahlian klinis dan pemahaman yang baik tentang lingkungan perawatan kesehatan serta faktor yang berkontribusi pada hasil perawatan yang buruk (Woodward, 2005).

Hasil penelitian Nurmadhani et al (2022); Putri et al (2022); Octaviani et al (2020) dan Islami et al (2018) menyatakan bahwa pelaporan insiden di puskesmas sudah dilakukan, namun hanya secara internal saja. Pelaporan

insiden dilakukan oleh petugas atau koordinator masing – masing unit ke tim keselamatan pasien sesuai dengan panduan yang telah disusun oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien. Insiden yang dilaporkan kepada tim keselamatan pasien segera setelah insiden terjadi atau setelah insiden sudah selesai diinvestigasi beserta penyelesaiannya. Hasil penelitian juga menyebutkan bahwa puskesmas tidak pernah melakukan pelaporan insiden secara eksternal ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) dikarenakan jenis insiden yang terjadi sifatnya ringan (tidak fatal) bukanlah insiden yang besar.

Langkah lain dalam membangun sistem pelaporan insiden di puskesmas adalah petugas atau koordinator masing – masing unit melaksanakan pelaporan dengan melakukan pengisian *form checklist* pelaporan insiden. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Novia et al (2021) yang mengungkapkan bahwa prosedur sistem pelaporan dan analisa insiden untuk keselamatan pasien dilaporkan secara tertulis dengan mengisi formulir yang sudah diberikan sebelum dilakukan pelaporan insiden lanjutan ke tim keselamatan pasien.

5. Melibatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien

Komunikasi terbuka dengan pasien dan keluarganya merupakan langkah kelima dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Bersikap terbuka dapat didefinisikan sebagai diskusi antara petugas dengan pasien dan keluarganya apabila terjadi insiden dan insiden tersebut menyebabkan kerugian (Woodward, 2005). Dalam langkah ini pasien memiliki peran aktif dalam proses asuhannya seperti membantu menegakkan diagnosa yang akurat, memutuskan tindakan pengobatan yang tepat, memilih fasilitas yang aman dan berpengalaman, mengidentifikasi

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan mengambil tindakan yang tepat (Permenkes, 2017).

Hasil penelitian Nurmadhani et al (2022); Putri et al (2022); Astriyani et al (2021); Octaviani et al (2020) dan Islami et al (2018) menyatakan bahwa belum terdapat pelaksanaan komunikasi secara terbuka dengan pasien dan keluarganya terkait insiden keselamatan pasien yang terjadi di puskesmas. Komunikasi yang terjadi antara petugas dengan pasien dan keluarganya adalah komunikasi yang memang seharusnya disampaikan sesuai dengan SOP seperti komunikasi terkait sebelum melakukan tindakan ke pasien, petunjuk konsumsi obat, peralatan medis yang digunakan, hasil laboratorium dan hasil pelayanan. Langkah tersebut belum sesuai dengan Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien yang mengungkapkan bahwa tingkat fasilitas pelayanan kesehatan harus mempunyai kebijakan terkait komunikasi terbuka dengan pasien dan keluarganya apabila terjadi insiden serta mengomunikasikan informasi apabila pasien mengalami cedera sebagai akibat dari insiden yang terjadi.

6. Belajar dan Berbagi tentang Pembelajaran Keselamatan

Mengacu pada Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien pada langkah keenam yaitu belajar dan berbagi tentang pembelajaran keselamatan menjelaskan bahwa apabila terjadi insiden di puskesmas, isu terpenting bukan terkait siapa yang harus disalahkan setelah insiden terjadi akan tetapi bagaimana dan mengapa insiden itu terjadi. Dalam belajar dan berbagi tentang pembelajaran keselamatan dapat menggunakan analisis akar masalah (*Root Cause Analysis (RCA)*) untuk mengetahui bagaimana dan mengapa insiden dapat terjadi.

Pendekatan menggunakan RCA terhadap investigasi insiden dapat memperoleh beberapa manfaat keselamatan pasien seperti menyediakan pendekatan terstruktur dan konsisten untuk investigasi di semua pengaturan perawatan, mengalihkan fokus dari individu ke sistem untuk membantu membangun budaya adil dan terbuka serta meningkatkan kesadaran terkait insiden keselamatan pasien dan menunjukkan manfaat adanya pelaporan insiden (Woodward, 2005).

Dalam melaksanakan belajar dan berbagi pembelajaran terkait keselamatan pasien di puskesmas dilakukan dengan pembahasan insiden keselamatan pasien secara rutin dalam rapat koordinasi. Pembahasan ini disampaikan oleh bagian atau unit yang mengalami insiden keselamatan pasien beserta solusi penyelesaiannya sehingga unit lain dapat melakukan hal yang sama apabila terjadi insiden serupa. Hal ini sejalan dengan penelitian Dara Tristantia (2018) yang menjelaskan bahwa hasil laporan insiden keselamatan pasien digunakan sebagai bahan untuk pengambilan keputusan terutama untuk proses pembelajaran bagi individu maupun organisasi serta peningkatan mutu pelayanan. Selain itu, belajar dan berbagi pembelajaran terkait keselamatan pasien dapat dilakukan melalui sosialisasi hasil dari petugas yang telah melaksanakan pelatihan keselamatan pasien. Sehingga petugas yang mewakili pelatihan mampu membagikan ilmunya kepada petugas puskesmas pada saat rapat koordinasi.

Hasil penelitian Astriyani et al (2021); Octaviani et al (2020) dan Islami et al (2018) juga menyatakan bahwa investigasi insiden dalam mencari akar masalah di puskesmas menggunakan metode *Root Cause Analysis* (RCA) dilakukan oleh tim keselamatan pasien dibantu dengan

petugas atau koordinator dari masing – masing unit. Sehingga belajar dan berbagi pengalaman keselamatan dilaksanakan melalui analisis akar masalah dimana hasil investigasi insiden tersebut akan diinformasikan kepada unit - unit di puskesmas. Hal tersebut selaras dengan penelitian Nurdin et al (2021) yang mengungkapkan bahwa investigasi insiden dapat menggunakan pendekatan sistematis seperti analisis akar masalah agar solusi dapat dikembangkan dan menghasilkan pembelajaran yang berkelanjutan.

7. Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien yang terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan diharapkan dapat dijadikan pembelajaran bagi para petugas puskesmas melalui perubahan – perubahan dalam praktek, proses atau sistem (Permenkes, 2017). Analisis dan investigasi insiden keselamatan pasien harus mengarah pada pengembangan solusi untuk memastikan pembelajaran di seluruh organisasi. Tujuan dari pengembangan solusi adalah memudahkan melakukan hal – hal yang benar dan menghindari melakukan hal – hal yang menyebabkan insiden. Solusi yang dikembangkan untuk meningkatkan keselamatan pasien harus realistis, berkelanjutan dan hemat biaya (Woodward, 2005).

Hasil penelitian (Octaviani, et al., 2020), (Nurmandhani, et al., 2022), (Islami, et al., 2018), (Astriyani, et al., 2021) menunjukkan bahwa implementasi solusi untuk mencegah cedera disampaikan saat rapat koordinasi semua unit dengan memberikan evaluasi dan pemberian solusi – solusi yang harus diterapkan untuk mencegah cedera dan mencegah insiden terulang kembali. Evaluasi pada saat rapat berupa pemberian

feedback pada setiap *follow up* dalam pelaporan insiden ke tim keselamatan pasien. Mengkomunikasikan hasil rencana solusi kepada petugas atau koordinator masing – masing unit akan membantu meningkatkan kepercayaan dalam proses pelaporan insiden keselamatan pasien (Agency N.P.S, 2003)

Langkah lain dalam pencegahan cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien adalah melaksanakan metode *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA). *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) dapat digunakan sebagai salah satu metode dalam pengurangan risiko apabila terjadi insiden untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. FMEA adalah metode sistematis yang bertujuan dalam menunjukkan prioritas terhadap perbaikan proses, memprediksi dan melakukan evaluasi pengaruh dari kegagalan yang ditimbulkan, serta mengidentifikasi dan membangun tindakan perbaikan untuk melakukan pencegahan atau mengurangi terjadinya potensi kegagalan (Sari, Setianto and Dhamanti, 2022).

SIMPULAN

Hasil kajian *literature review* menunjukkan bahwa tiap langkah dari penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien belum dilaksanakan dengan optimal oleh puskesmas. Langkah yang paling banyak diterapkan oleh puskesmas adalah langkah enam dan langkah tujuh. Penerapan dari langkah 6 adalah melakukan investigasi insiden dengan *Root Cause Analysis* (RCA), pembahasan rutin insiden keselamatan pasien dalam rapat koordinasi serta sosialisasi petugas yang telah mengikuti pelatihan. Penerapan dari langkah 7 adalah melaksanakan evaluasi dan pemberian solusi dalam pencegahan insiden serta melaksanakan metode FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) dalam

pencegahan cedera. Sedangkan langkah yang belum diterapkan di semua puskesmas adalah langkah 5 yang berkaitan dengan melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan keluarganya apabila terjadi insiden.

SARAN

Penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien belum dilaksanakan dengan optimal oleh puskesmas. Sehingga dibutuhkan komitmen Kepala Puskesmas untuk lebih fokus terhadap penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien dengan melakukan monitoring dan evaluasi secara langsung di setiap unit. Serta perlu adanya pertemuan khusus yang membahas tentang program keselamatan pasien mulai perencanaan baik dari segi sumber daya manusianya sampai dengan proses evaluasi dan monitoring sebagai wujud dukungan dari pimpinan puskesmas.

KEPUSTAKAAN

Agency, N.P.S. (2003) ‘Seven steps to patient safety A guide for NHS staff’. Available at: www.npsa.nhs.uk.

Adriansyah, A. A., Setianto, B., Sa'adah, N., Arindis, P. A. M., Kurniawan, W. E., & Lestari, I. (2021) ‘Analisis Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Berdasarkan Pendekatan Beban Kerja dan Komunikasi’, *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 9(3), 183-190. Available at: <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jmki/article/view/40403/20721> (Accessed: 26 August 2022).

Astriyani, S., Suryoputro, A., & Budiyantri, R. T. (2021) ‘Pelaksanaan Keselamatan Pasien di Puskesmas X Ditinjau dari Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien’, *ejournal.undip.ac.id* [Preprint]. Available at:

- <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/mkmi/article/view/36816>
(Accessed: 26 August 2022).
- Dara Tristantia, A. (2018) 'The Evaluation of Patient Safety Incident Reporting System at a Hospital', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(2).
- Dewi, A.N., Arso, S.P. and Fatmasari, E.Y. (2019) 'Analisis Pelaksanaan Program Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap RS Wawa Husada Kabupaten Malang', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), pp. 2356–3346. Available at: <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm>.
- Dhamanti, I. *et al.* (2022) 'Factors contributing to under-reporting of patient safety incidents in Indonesia: Leaders' perspectives', *F1000Research*, 10, pp. 1–23. Available at: <https://doi.org/10.12688/f1000research.51912.2>.
- Ferial, L. and Wahyuni, N. (2022) 'Mutu Pelayanan Kesehatan Meningkatkan Dengan Menerapkan Keselamatan Pasien Di Puskesmas', *Journal of Baja Health Science*, 2(01), pp. 36–46. Available at: <https://doi.org/10.47080/joubahs.v2i01.1895>.
- Islami, K. *et al.* (2018) 'Analisis Pelaksanaan Program Keselamatan Pasien Puskesmas Mangkang, Kota Semarang', *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 6(4), pp. 27–41. Available at: <https://doi.org/10.14710/JKM.V6I4.21353>.
- Kusumapradja, R. (2017) 'Analisis Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Daerah Khusus Ibu Kota Jakarta', *Forum Ilmiah*, 14(2), pp. 211–229.
- Novia, V. and Ilmi, B. (2021) 'A Study On Reporting System And Safety Incident Analysis Implementation Of Patients At Regional Public Hospital of Hadji Boejasin Pelaihari', 1(1), pp. 68–73.
- Nurdin Deasy Amelia and Adik, W. (2021) 'Meningkatkan Keselamatan pasien Dalam Masa Pandemi Covid-19: Literature Review', *Jurnal Medika Utama*, 03(01), pp. 1426–1434.
- Nurmandhani, R., Setiawan, R., & Apharel, Z. A. (2022) 'ANALISIS PELAKSANAAN TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN DI PUSKESMAS LEBDOSARI SEMARANG', *VISIKES: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 20(2). Available at: <https://doi.org/10.33633/VISIKES.V20I2SUPP.5896>.
- Octaviani, N., Hilda, H. and Nulhakim, L. (2020) 'EVALUASI PELAKSANAAN TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN DI PUSKESMAS LOA KULU KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA', *Jurnal Kedokteran Mulawarman*, 7(2), p. 30. Available at: <https://doi.org/10.30872/J.KED.MULAWARMAN.V7I2.4255>.
- Permenkes (2017) 'Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien', *Progress in Physical Geography*, 14(7), p. 450. Available at: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01514176>.
- Putri, F. A. J., Arso, S. P., & Budiyanti, R. T. (2022) 'Pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien di Puskesmas X Kabupaten Demak', *MEDIA KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA*,

- 21(1), pp. 1–5. Available at: <https://doi.org/10.14710/MKMI.21.1.1-5>.
- Sanah, N. (2017) ‘Pelaksanaan Fungsi Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Kecamatan Long Kali Kabupaten Paser’, *eJournal Ilmu Pemerintahan*, 5(1), pp. 305–314.
- Sari, R.P.P., Setianto, B. and Dhamanti, I. (2022) ‘Identifikasi Terhadap Insiden Ketidak lengkapan Penulisan Resep dengan Menggunakan Pendekatan Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) di Rumah Sakit Islam Surabaya Ahmad Yani’, *Media Gizi Kesmas*, 11(1), pp. 24–33. Available at: <https://doi.org/10.14710/MKMI.21.1.1-5> safety (Accessed: 26 August 2022).
- Woodward, S. (2005) ‘Seven steps to patient safety’, *Revista de Calidad* <https://doi.org/10.20473/mgk.v11i1.2022.24-33>.
- Suranto, D., Suryawati, C. and Setyaningsih, Y. (2020) ‘Analisis Budaya Keselamatan Pasien pada Berbagai Tenaga Kesehatan di’, *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 8(1), pp. 49–55.
- Ulumiyah, N.H. (2018) ‘Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Penerapan Upaya Keselamatan Pasien Di Puskesmas’, *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), p. 149. Available at: <https://doi.org/10.20473/jaki.v6i2.2018.149-155>.
- WHO. (2019) ‘Patient Safety’. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>, 20(2), pp. 66–70. Available at: [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74725-0](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74725-0).