



**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR FASILITAS FISIK
PELAYANAN KESEHATAN YANG MEMPENGARUHI
PATIENT SAFETY DI PUSAT LAYANAN KESEHATAN
(PUSLAKES) UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Mei Nur Hidayah
NIM. 6411412060

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2019**

ABSTRAK

Mei Nur Hidayah

Analisis Faktor-Faktor Fasilitas Fisik Pelayanan Kesehatan yang Mempengaruhi *Patient Safety* di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang

xv + 66 halaman + 3 tabel + 3 gambar + 5 lampiran

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

Tujuan penelitian ini yaitu mengetahui faktor-faktor fasilitas fisik pelayanan kesehatan yang mempengaruhi *patient safety* di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Negeri Semarang. Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan jumlah informan sebanyak 5 orang. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi, pedoman wawancara, dan dokumentasi.

Hasil penelitian pada analisis faktor faktor fasilitas fisik yang mempengaruhi *patient safety* adalah sebagai berikut: lokasi pusat layanan kesehatan sesuai dengan kriteria perundang-undangan, kondisi bangunan belum memenuhi kriteria perundang-undangan karena masih di temukan serangga, kondisi lantai belum memenuhi kriteria perundang-undangan karena lantai kamar mandi terbuat dari bahan yang tidak rata, kondisi ventilasi sudah memenuhi kriteria perundang-undangan, kondisi sanitasi sudah memenuhi kriteria perundang-undangan, kondisi air bersih belum memenuhi kriteria perundang-undangan karena belum dilakukan pengujian fisik, kimia dan biologi secara berkala 6 bulan sekali.

Disimpulkan bahwa dari 6 faktor fisik yang mempengaruhi *patient safety* di pusat layanan kesehatan universitas negeri semarang baru 3 faktor yang memenuhi kriteria perundang-undangan. Tiga poin belum memenuhi kriteria perundang-undangan.

Kata Kunci: fasilitas fisik, *patient safety*

Kepustakaan: 23 (1994-2018)

Public Health Science Department
Faculty of Sport Science
Universitas Negeri Semarang
August 2019

ABSTRACT

Mei Nur Hidayah

Analysis of Physical Facilities Factors in Health Services that Influence Patient Safety in Health Care Center Universitas Negeri Semarang

xv + 66 pages + 3 tables + 3 pictures + 5 attachments

Health Care Facility is a tool and / or premises used to organize health care efforts, both promotive, preventive, curative and rehabilitative undertaken by the Government, Local Government, and / or community.

The purpose of this study is to determine the factors of physical health facilities that affect patient safety at the Health Service Center of Semarang State University. This type of research is a qualitative descriptive study with 5 informants. The instruments used were observation sheets, interview guidelines, and documentation.

The results of the research on the factor analysis of physical facility factors that affect patient safety are as follows: the location of the health service center is in accordance with the statutory criteria, the condition of the building does not meet the statutory criteria because insects are still found, the floor conditions do not meet the statutory criteria because the bathroom floor is made of uneven material, ventilation conditions have met the statutory criteria, sanitary conditions have met the statutory criteria, clean water conditions have not met the statutory criteria because physical testing, chemical and biological testing has not been done regularly once a month.

It was concluded that out of the 6 physical factors that influence patient safety at the health center of the state university of Semarang only 3 factors meet the criteria of the law. Three factors do not meet the statutory criteria.

Keywords: *physical facilities, patient safety*

Literature: *23 (1994-2018)*

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang sepengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain. Kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Semarang, 18 Agustus 2019

Penulis,



Mei Nur Hidayah
NIM 6411412060

PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul “Analisis Faktor-Faktor Fasilitas Fisik Pelayanan Kesehatan yang Mempengaruhi *Patient Safety* di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang” yang disusun oleh Mei Nur Hidayah, NIM 6411412060 telah di setujui untuk di ujikan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Semarang, 19 Agustus 2019

Pembimbing,



Evi Widowati, S.K.M., M.Kes.

NIP. 198302062008122003

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Analisis Faktor-Faktor Fasilitas Fisik Pelayanan Kesehatan yang Mempengaruhi *Patient Safety* di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang” yang disusun oleh Mei Nur Hidayah, NIM 6411412060 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

Hari, tanggal : Selasa, 20 Agustus 2019

Tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM B

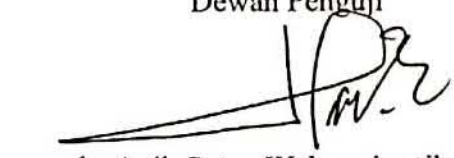
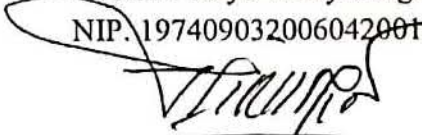

Panitia Ujian



Prof. Dr. Fandiyo Rahayu, M.Pd
NIP. 196103201984032001

Sekretaris,

Muhammad Azinar, S.K.M., M.Kes.
NIP. 198205182012121002

	Dewan Penguji	Tanggal
Penguji I	 dr. Anik Setyo Wahyuningsih, M.Kes. NIP. 197409032006042001	21 / 19 / 8
Penguji II	 Drs. Herry Koesyanto, M.S. NIP. 195801221986011001	21 / 19 / 8
Penguji III	 Evi Widowati, S.K.M., M.Kes. NIP. 198302062008122003	21 / 19 / 8

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

“Boleh jadi kamu membenci sesuatu, padahal ia amat baik bagimu, dan boleh jadi (pula) kamu menyukai sesuatu, padahal ia amat buruk bagimu; Allah mengetahui sedangkan kamu tidak mengetahui.” (QS Al Baqarah:216)

Persembahan:

Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Orangtua tercinta (Bapak Bokiran dan Ibu Sugiyah)
2. Adik-adik (Isna dan Nia) serta orang-orang yang saya sayangi
3. Almamater UNNES

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan atas kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Analisis Faktor-Faktor Fasilitas Fisik Pelayanan Kesehatan yang Mempengaruhi *Patient Safety* di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang**”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang.

Penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari partisipasi dan bantuan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, atas pemberian izin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono, S.KM., M.Kes (Epid), atas persetujuan penelitian.
3. Dosen wali sekaligus penguji I ujian skripsi, Ibu dr. Anik Setyo Wahyuningsih, M.Kes., yang telah memberikan motivasi, bimbingan serta arahnya kepada penulis selama kuliah
4. Pembimbing, Ibu Evi Widowati, S.K.M., M.Kes atas arahan dan bimbingannya dalam penyelesaian skripsi ini.
5. Penguji II ujian skripsi, Bapak Drs. Herry Koesyanto, M.S. atas bimbingan, arahan dan masukannya.

6. Bapak dan Ibu dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama di bangku kuliah.
7. Pusat Layanan Kesehatan Universitas Negeri Semarang, atas izin, arahan dalam bimbingan dan selama penelitian.
8. Keluargaku, Bapak (Bapak Bokiran), Ibu (Ibu Sugiyah) dan Adik-adikku (Isna Nur Widyaningsih dan Khurnia Rica Hapsari) tercinta, atas perhatian, kasih sayang, doa serta pengorbanan, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
9. Teman-teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2012, atas bantuan serta motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang telah membantu kelancaran penelitian dan penyusunan skripsi ini.

Semoga amal baik mereka mendapat balasan yang berlipat ganda dari Allah SWT. Penulis pun menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan, sehingga masukan dan kritik yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi sempurnanya skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan bagi penulis pada khususnya.

Semarang, Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN	iv
PERSETUJUAN	v
PENGESAHAN	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 RUMUSAN MASALAH.....	4
1.3 TUJUAN PENELITIAN.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 MANFAAT HASIL PENELITIAN	5
1.4.1 Bagi Pelayanan kesehatan.....	5
1.4.2 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	5
1.4.3 Bagi Peneliti	5
1.5 KEASLIAN PENELITIAN	6
1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN	9
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat	9
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu.....	9
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 LANDASAN TEORI.....	10
2.1.1 Fasilitas Pelayanan Kesehatan	10
2.1.2 Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja.....	10

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Kecelakaan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	11
2.1.4 Fasilitas Fisik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	13
2.1.5 Standar Keselamatan Pasien Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	16
2.1.6 Sasaran Keselamatan Pasien.....	23
2.1.7 Kejadian yang Berpotensi pada Insiden Keselamatan Pasien	33
2.2 KERANGKA TEORI	34
BAB III METODE PENELITIAN.....	35
3.1 ALUR PIKIR	35
3.2 FOKUS PENELITIAN	35
3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN.....	35
3.4 SUMBER INFORMASI	36
3.4.1 Data Primer.....	37
3.4.2 Data Sekunder.....	37
3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA	38
3.5.1 Instrumen Penelitian	38
3.5.2 Teknik Pengambilan Data.....	39
3.6 PROSEDUR PENELITIAN	40
3.6.1 Tahap Persiapan Penelitian.....	40
3.6.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian.....	40
3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA	41
3.8 TEKNIK ANALISIS DATA	42
BAB IV HASIL PENELITIAN	45
4.1 GAMBARAN UMUM PUSAT LAYANAN KESEHATAN	45
4.2 HASIL PENELITIAN	46
4.2.1 Karakteristik Informan.....	46
4.2.2 Faktor-Faktor Fasilitas Fisik yang Mempengaruhi <i>Patient Safety</i>	47
4.2.3 Hasil Observasi Puskas	54
BAB V PEMBAHASAN	58
5.1 PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN	58
5.1.1 Lokasi	58
5.1.2 Bangunan	58

5.1.3 Lantai	60
5.1.4 Ventilasi.....	61
5.1.5 Sanitasi.....	61
5.1.6 Air Bersih	62
5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN	62
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	63
6.1 SIMPULAN	63
6.2 SARAN	64
DAFTAR PUSTAKA	65

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	6
Tabel 4.1 Karakteristik Informan.....	46
Tabel 4.2 Hasil Observasi Puskas54	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	34
Gambar 3.1 Alur Pikir.....	35
Gambar 4.1 Struktur organisasi Pusat Layanan Kesehatan UNNES	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing.....	68
Lampiran 2. Surat izin penelitian dari fakultas	69
Lampiran 3. Lembar observasi.....	70
Lampiran 4. Pedoman wawancara	73
Lampiran 5. Dokumentasi penelitian	75

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat (PMK/52/2018/Keselamatan Dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan).

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (PMK/11/2017/Keselamatan Pasien).

Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi sumber daya manusia fasilitas pelayanan kesehatan, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun masyarakat di sekitar lingkungan Fasilitas Pelayanan Kesehatan agar sehat, selamat, dan bebas dari gangguan kesehatan dan pengaruh buruk yang diakibatkan dari pekerjaan, lingkungan, dan aktivitas kerja

(PMK/52/2018/Keselamatan Dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan).

Fasilitas adalah segala sesuatu hal yang menyangkut sarana, prasarana maupun alat (baik alat medik maupun alat non medik) yang dibutuhkan oleh pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya bagi pasien (PMK/340/2010/Klasifikasi Rumah Sakit).

Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi, Kondisi Potensial Cidera (KPC) yaitu kondisi yang sangat berpotensi menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) yaitu terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Kejadian Tidak Cedera (KTC) yaitu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yaitu insiden yang menyebabkan cedera pada pasien (PMK/11/2017/Keselamatan Pasien).

Berdasarkan data dari WHO tahun 2014, keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang serius. Di Eropa mengalami pasien dengan resiko infeksi 83,5% dan bukti kesalahan medis menunjukkan 50-72,3%. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di berbagai Negara, ditemukan KTD dengan rentang 3 –16%. Kecelakaan pasien yang terjadi di Inggris pada bulan Juli-September 2014 terdapat sekitar 56.260 pasien. Untuk kecelakaan pasien akut terjadi sekitar 115.958 pasien.

Berdasarkan penelitian Matthew Austin pada tahun 2013, menunjukkan bahwa terdapat 26 pengukuran yang termasuk dalam penilaian. Skor rata-rata gabungan dari 2.652 pelayanan akut umum pelayanan kesehatan di U.S. mencapai

2,97 (berdasarkan ukuran pelayanan kesehatan 0,46-3,94). Angka keselamatan sedikit lebih rendah untuk pelayanan kesehatan milik pemerintah, berlokasi di pedalaman, atau yang mempunyai persentase lebih besar untuk pasien dengan *Medicaid* sebagai asuransi utamanya.

Data keselamatan pasien berdasarkan propinsi pada tahun 2007 di Indonesia ditemukan tertinggi di propinsi DKI Jakarta yaitu 37,9%, disusul Jawa Tengah 15,9%, D.I. Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Aceh 10,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,7%. Bidang spesialisasi unit kerja ditemukan paling banyak pada unit penyakit dalam, bedah, dan anak yaitu sebesar 56,7% dibandingkan unit kerja yang lain, sedangkan untuk pelaporan KNC lebih banyak dilaporkan sebesar 47,6% dibandingkan KTD sebesar 46,2% (KKP-RS, 2008)

Berdasarkan laporan pada tahun 2010 pada bulan Januari sampai dengan bulan April, Provinsi Jawa Barat menempati urutan pertama mengenai KTD sebesar 33,33%, Banten dan Jawa Tengah 20%, DKI Jakarta 16,67%, Bali 6,67%, dan Jawa Timur 3,33%. Berdasarkan penyebab kejadian lebih dari 70% diakibatkan oleh tiga hal yaitu masalah prosedur, dokumentasi dan medikasi (KKP-RS, 2010).

Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang merupakan klinik pratama milik instansi yang bangunan gedungnya tergabung dengan Gedung Kewirausahaan Universitas Negeri Semarang. Sehingga karakteristik pengunjungnya terdiri dari berbagai usia dan pekerjaan. Fasilitas

fisik yang disediakan juga digunakan oleh banyak orang, tidak hanya digunakan oleh pengunjung Pusat Layanan Kesehatan Universitas Negeri Semarang.

Berdasarkan penelitian Trisna Dewi dan Richa Noprianty pada tahun 2018, didapatkan 4 tema yang mempengaruhi kejadian pasien jatuh yaitu pengetahuan, sumber daya manusia, lingkungan dan sarana prasarana. Hal ini karena pelaksanaan pencegahan pasien jatuh belum sesuai standar prosedur operasional, perbandingan jumlah perawat dan pasien yang tidak seimbang (1 perawat : 6-7 pasien) sedangkan banyak tindakan yang tidak bisa dilakukan oleh 1 orang perawat, lantai licin, tidak terpasang *bed side rel* dan belum ada bel pasien (Trisna Dewi dan Richa Noprianty, 2018).

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk mengadakan penelitian mengenai “*Analisis Faktor-Faktor Fasilitas Fisik Pelayanan Kesehatan yang Mempengaruhi Patient Safety di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes)*”

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana analisis faktor-faktor fasilitas fisik pelayanan kesehatan yang mempengaruhi *patient safety* di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Sesuai dengan rumusan masalah di atas, tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor fasilitas fisik pelayanan kesehatan yang mempengaruhi

patient safety di Pelayanan Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan berbagai fasilitas fisik pelayanan kesehatan yang terdapat di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang.
2. Mendiskripsikan berbagai faktor yang mempengaruhi *patient safety* di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang.
3. Mengetahui seberapa besar dampak dari fasilitas fisik pelayanan kesehatan yang kurang sesuai di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang.
4. Menganalisis fasilitas fisik runah sakit yang mempengaruhi *patient safety* di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang.

1.4 MANFAAT HASIL PENELITIAN

1.4.1 Bagi Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan dapat mengetahui fasilitas apa saja yang mempengaruhi *patient safety* sehingga dapat menjadi acuan dalam perbaikan yang akan datang.

1.4.2 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Didapatnya data dan informasi sebagai bahan pustaka yang digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan di Ilmu Kesehatan Masyarakat.

1.4.3 Bagi Peneliti

Meningkatkan pengetahuan peneliti mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi *patient safety* di pelayanan kesehatan.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian penelitian

No.	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Suparna (suparna, 2015)	Evaluasi Penerapan <i>Patient Safety</i> Risiko Jatuh Unit Gawat Darurat di Pelayanan kesehatan Panti Rini Sleman Tahun 2015	Penelitian kualitatif deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Pengkajian risiko jatuh, penulisan pada dokumentasi, pemasangan tanda risiko jatuh.	Penerapan <i>patient safety</i> risiko jatuh berdasarkan SOP aspek yang dilaksanakan yaitu 100% penulisan pada dokumentasi, sedangkan 50% pengkajian risiko jatuh, aspek pada pemasangan tanda risiko jatuh, didapat keterlaksanaannya hanya 51%.
2.	Iswati (iswati, 2013)	Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di	Penelitian kualitatif deskriptif.	Identifikasi pasien; komunikasi efektif;	Penerapan sasaran keselamatan pasien di dua

		Pelayanan kesehatan Tahun 2013		keamanan obat cair; ketepatan lokasi, prosedur, pasien operasi; pencegahan risiko infeksi; pengurangan risiko jatuh.	Ruang Inap Pelayanan kesehatan Adi Husada Surabaya termasuk dalam kategori baik.
3.	Alfira Septianti (Septianti, 2017)	Gambaran Penerapan Kebijakan <i>Patient Safety</i> Di Pelayanan kesehatan Panti Wilasa Citarum Tahun 2017	Penelitian kualitatif deskriptif dengan studi evaluasi	Faktor manusia, kepemimpinan, lingkungan kerja.	ketepatan identifikasi pasien dengan benar 4 poin (80%) telah sesuai dan 1 poin (20%) belum sesuai, peningkatan komunikasi yang efektif 3 poin (75%) telah sesuai dan 1 poin (25%) belum

sesuai,
peningkatan
keamanan
obat yang
perlu
diwaspadai 4
poin (100%)
telah sesuai,
kepastian
tepat lokasi,
tepat
prosedur, dan
tepat pasien
operasi 4
poin (100%)
telah sesuai,
pengurangan
resiko infeksi
2 poin
(66,67%)
telah sesuai
dan 1 poin
(33,34%)
belum sesuai,
pengurangan
resiko jatuh 3
poin (75%)
telah sesuai
dan 1 poin
(25%) belum
sesuai.

Hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah lokasi dan waktu penelitian berbeda dengan penelitian sebelumnya, penelitian dengan judul yang sama belum pernah dilakukan di klinik pratama.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang yang terletak di Sekaran, Gunungpati, Semarang.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian skripsi ini dilaksanakan pada bulan Agustus 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini berjudul “analisis faktor-faktor fasilitas fisik pelayanan kesehatan yang mempengaruhi *patient safety* di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang.” sehingga ruang lingkup materi yang digunakan dalam penelitian ini adalah bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) yang membatasi materi pada aspek *patient safety* di Pelayanan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia/47/2016/Fasilitas Pelayanan Kesehatan).

2.1.2 Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja adalah bagian dari sistem manajemen fasilitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan aktivitas proses kerja di fasilitas pelayanan kesehatan guna terciptanya lingkungan kerja yang sehat, selamat, aman dan nyaman. Sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja di fasilitas pelayanan kesehatan meliputi:

2.1.2.1 Penetapan Kebijakan K3 di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Penetapan kebijakan K3 di fasilitas pelayanan kesehatan yaitu keputusan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan di sosialisasikan keseluruh sumber daya manusia fasilitas pelayanan kesehatan.

2.1.2.2 Perencanaan K3 di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Perencanaan K3 di fasilitas pelayanan kesehatan dibuat berdasarkan manajemen risiko K3, peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lainnya.

2.1.2.3 Pelaksanaan Rencana K3 di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pelaksanaan rencana K3 di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan standar K3 fasilitas pelayanan kesehatan dan di dukung oleh sumber daya yang memadai.

2.1.2.4 Pemantauan dan Evaluasi Kinerja K3 di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pemantauan dan evaluasi kinerja K3 fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan/atau audit internal sistem manajemen K3 di fasilitas pelayanan kesehatan.

2.1.2.5 Peninjauan dan Peningkatan Kinerja K3 di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Peninjauan dan peningkatan kinerja K3 di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan terhadap penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana, dan pemantauan dan evaluasi.

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Kecelakaan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecelakaan di pelayanan kesehatan yaitu:

2.1.3.1 Faktor Manusia

Menurut Suma'mur (2009:405), faktor penyebab kecelakaan ada 2 yaitu faktor manusia yang mana tindakan berbahaya yang dilakukan oleh tenaga kerja dilatarbelakangi oleh perbuatan yang mendatangkan kecelakaan. Faktor yang kedua yaitu mekanik dan lingkungan. Faktor penyebab kecelakaan yang diakibatkan karena manusia merupakan salah satu faktor terbesar penyebab kecelakaan kerja.

Sumber Daya Manusia (SDM) pelayanan kesehatan adalah orang yang bekerja di pelayanan kesehatan yang meliputi tenaga tetap yakni tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen pelayanan kesehatan, dan tenaga nonkesehatan serta tenaga tidak tetap dan konsultan.

2.1.3.1.1 Pekerja

Setiap pekerjaan yang melibatkan pihak manusia atau pekerja berarti pekerjaan tersebut memiliki potensi bahaya kerja, yang ditimbulkan dari kelalaian manusia atau sering disebut dengan *human error*. Potensi manusia atau pekerja melakukan *human error* akan terjadi apabila manusia dalam melakukan pekerjaan tidak pada kondisi fisik dan psikis yang baik (Budiono S., 2003: 306).

2.1.3.1.2 Pengelola

Peran pengelola dalam melaksanakan kebijakan K3RS merupakan faktor penting yang harus dilakukan dalam menekan angka kecelakaan di pelayanan kesehatan. Apabila pihak pengelola tidak menetapkan aturan atau prosedur kerja yang jelas dalam setiap pekerjaan yang dilakukan, maka tidak ada tanggungjawab yang dibebankan pada setiap pekerja terhadap keselamatan dalam bekerja. *Unsafe action* terjadi karena adanya pelanggaran aturan yang ditetapkan pengelola kepada pekerja (Soehatman Ramli, 2010).

2.1.3.2 Faktor Kepemimpinan

Kepemimpinan memiliki peran penting didalam implementasi sistem manajemen mutu di ruangan karena kepala ruangan mempunyai tanggung jawab dalam mengelola, merencanakan, dan mengendalikan kinerja stafnya dalam

manajemen keperawatan. Sehingga untuk mengatasi masalah dalam implementasi sistem manajemen mutu, dapat diatasi dengan kepemimpinan mutu kepala ruangan yang berorientasi pada mutu pelayanan (Kiswanto, 2005 dalam Parahita,2010).

2.1.3.3 Faktor Lingkungan

Lingkungan pelayanan kesehatan juga mempengaruhi tingkat kecelakaan, apabila cuaca sedang musim hujan maka akan mempengaruhi kondisi fasilitas pelayanan kesehatan. Bahaya potensial di rumah sakit dapat mengakibatkan penyakit dan kecelakaan akibat kerja. Yaitu disebabkan oleh faktor biologi (virus, bakteri dan jamur); faktor kimia (antiseptik dan gas anestesi); faktor ergonomi (cara kerja yang salah); faktor fisika (suhu, cahaya, bising, listrik, getaran, dan radiasi); faktor psikososial (kerja bergilir, hubungan sesama karyawan /atasan).

2.1.4 Fasilitas Fisik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

2.1.4.1 Lokasi dan Bangunan

Secara umum lokasi pelayanan kesehatan hendaknya mudah dijangkau oleh masyarakat, bebas dari pencemaran, banjir dan tidak berdekatan dengan rel kereta api, tempat bongkar muat barang, tempat bermain anak, pabrik industri dan limbah pabrik. Ketentuan mengenai persebaran Klinik tidak berlaku untuk Klinik perusahaan atau Klinik instansi pemerintah tertentu yang hanya melayani karyawan perusahaan, warga binaan, atau pegawai instansi tersebut.

2.1.4.2 Bangunan

Bangunan Ruangan di fasilitas pelayanan kesehatan memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Bangunan klinik harus bersifat permanen dan tidak bergabung fisik bangunannya dengan tempat tinggal perorangan (tidak termasuk apartemen, rumah toko, rumah kantor, rumah susun, dan bangunan yang sejenis).
2. Bangunan klinik harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan keselamatan dan kesehatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak dan orang lanjut usia.
3. Ruang periksa minimal $3 \times 3 \text{ m}^2$.
4. Ruang tindakan minimal $3 \times 4 \text{ m}^2$.
5. Ruang tunggu minimal $6 \times 6 \text{ m}^2$.
6. Bebas serangga dan tikus.
7. Tidak berbau.
8. Suhu $26\text{-}27^\circ\text{C}$ (dengan AC) atau suhu kamar (tanpa AC) dengan sirkulasi udara yang baik.
9. Kelembaban $40\text{-}50\%$ (dengan AC) kelembaban *ambient* (tanpa AC)
10. Kebisingan ,45 dBA

2.1.4.3 Lantai

Kondisi lantai di fasilitas pelayanan kesehatan harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Lantai ruangan dari bahan yang kuat, kedap air, rata, tidak licin dan mudah dibersihkan dan berwarna terang.

2. Lantai kamar mandi/WC dari bahan yang kuat, kedap air, rata, tidak licin dan mudah dibersihkan mempunyai kemiringan yang cukup dan tidak ada genangan air.

2.1.4.4 Ventilasi

Pemasangan ventilasi di fasilitas pelayanan kesehatan memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Pemasangan ventilasi alamiah dapat memberikan sirkulasi udara yang cukup, luas minimum 15% dari luas lantai.
2. Ventilasi mekanik disesuaikan dengan peruntukkan ruangan, untuk ruang operasi kombinasi antara fan, *exhauser* dan AC harus dapat memberikan sirkulasi udara dengan tekanan positif.
3. Ventilasi AC dilengkapi dengan filter bakteri.

2.1.4.5 Sanitasi

Kondisi sanitasi di fasilitas pelayanan kesehatan harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. *Closet*, *urinoar*, wastafel dan bak mandi dari bahan kualitas baik, utuh dan tidak cacat dan mudah di bersihkan.
2. *Urinoar* dipasang/ditempel pada dinding, kuat, berfungsi dengan baik.
3. Wastafel dipasang rata, tegak lurus pada dinding, kuat, tidak menimbulkan bau, dilengkapi disinfektan dan dilengkapi tisu yang dapat dibuang (*disposable tissue*)

2.1.4.6 Air Bersih

Kondisi air bersih di fasilitas pelayanan kesehatan harus memenuhi kriteria sebagai berikut

1. Air untuk keperluan sanitasi seperti mandi, cuci, uniroar, wastafel, closet, keluar dengan lancar dan jumlahnya cukup.
2. Air bersih dilakukan pemeriksaan fisik, kimia, biologi setiap 6 bulan sekali.

2.1.5 Standar Keselamatan Pasien Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien fasilitas pelayanan kesehatan yang merupakan acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya.

Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi.

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

2.1.4.1 Standar I. Hak pasien

Standar:

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Kriteria:

- 1.1 Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- 1.2 Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- 1.3 Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil

pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

2.1.4.2 Standar II. Mendidik pasien dan keluarga

Standar:

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriteria:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di fasilitas pelayanan kesehatan harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

1. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
2. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
3. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
4. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
5. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan fasilitas pelayanan kesehatan.
6. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
7. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

2.1.4.3 Standar III. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Standar:

Fasilitas pelayanan kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam kesinambunga pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria:

- 3.1 Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.
 - 3.2 Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
 - 3.3 Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
 - 3.4 Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.
- 2.1.4.4 Standar IV. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Standar:

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria:

- 4.1 Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan fasilitas pelayanan kesehatan, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
 - 4.2 Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
 - 4.3 Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
 - 4.4 Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
- 2.1.4.5 Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standar:

1. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
2. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.

3. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
4. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien.
5. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

Kriteria:

- 5.1 Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- 5.2 Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.

Insiden meliputi Kondisi Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Selain Insiden diatas, terdapat KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien yang dikenal dengan kejadian sentinel.

- 5.3 Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari pelayanan kesehatan terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.

- 5.4 Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- 5.5 Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near miss*) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- 5.6 Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (*Sentinel Event*) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.
- 5.7 Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam fasilitas pelayanan kesehatan dengan pendekatan antar disiplin.
- 5.8 Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- 5.9 Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

2.1.4.6 Standar VI. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standar:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
2. Fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

Kriteria:

- 6.1 Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- 6.2 Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service* training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- 6.3 Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

2.1.4.7 Standar VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staff untuk mencapai keselamatan pasien

Standar:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria:

- 7.1 Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal hal terkait dengan keselamatan pasien.
- 7.2 Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada

2.1.6 Sasaran Keselamatan Pasien

Tujuan SKP adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Sasaran sasaran dalam SKP menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar. Dengan mempertimbangkan bahwa untuk menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik, sasaran biasanya sedapat mungkin berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem.

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan, diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari :

2.1.6.1 SKP.1 Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

Fasilitas pelayanan Kesehatan menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien

Maksud dan Tujuan

Kesalahan karena keliru-pasien sebenarnya terjadi di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya error/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, adalah pasien yang dalam keadaan

terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain. Tujuan ganda dari sasaran ini adalah : pertama, untuk dengan cara yang dapat dipercaya/reliable mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan dua nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan *bar-code*, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di fasilitas pelayanan kesehatan, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.

Kegiatan yang Dilaksanakan:

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur.
4. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2.1.6.2 SKP.2 Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

Fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan agar komunikasi di antara para petugas pemberi perawatan semakin efektif.

Maksud dan Tujuan

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon, bila diperbolehkan peraturan perundangan. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera /cito. Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh

penerima informasi; penerima membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. Untuk obat-obat yang termasuk obat NORUM/LASA dilakukan eja ulang. Kebijakan dan/atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (*read back*) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/emergensi di IGD atau ICU.

Kegiatan yang Dilaksanakan:

1. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
2. Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut
4. Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

2.1.6.3 SKP.3 Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai

Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.

Maksud dan Tujuan

Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat

yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/error dan/atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look-Alike Sound-Alike/ LASA*). Daftar obat-obatan yang sangat perlu diwaspadai tersedia di WHO. Yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat]), kalium/potasium fosfat [(sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml)], natrium/sodium klorida [lebih pekat dari 0.9%], dan magnesium sulfat [sama dengan 50% atau lebih pekat]. Kesalahan ini bisa terjadi bila staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien, bila perawat kontrak tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan gawat darurat/emergensi. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan datanya sendiri. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat secara klinis sebagaimana ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian

rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati.

Kegiatan yang Dilaksanakan:

1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai
2. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
3. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan.
4. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

2.1.6.4 SKP.4 Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar

Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi.

Maksud dan Tujuan

Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim

bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi. Fasilitas pelayanan kesehatan perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati penyakit dan kelainan/disorder pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di fasilitas pelayanan kesehatan dimana prosedur ini dijalankan. Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist dari WHO Patient Safety (2009)*, juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan; dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar; jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang). Maksud dari proses verifikasi praoperatif adalah untuk :

1. Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
2. Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*images*), dan hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang;

3. Memverifikasi keberadaan peralatan khusus dan/atau implant-implant yang dibutuhkan.

Tahap “Sebelum insisi”/*Time out* memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpang-siuran dibereskan. Time out dilakukan di tempat tindakan akan dilakukan, tepat sebelum dilakukan tindakan.

Kegiatan yang Dilaksanakan:

Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan/pemberi tanda.

1. Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
2. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
3. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

2.1.6.5 SKP.5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di Fasilitas pelayanan Kesehatan.

Kegiatan yang Dilaksanakan:

Fasilitas pelayanan Kesehatan mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima

1. Fasilitas pelayanan Kesehatan mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO *Patient Safety*).
2. Fasilitas pelayanan Kesehatan menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.

3. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

2.1.6.6 SKP.6 Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Maksud dan Tujuan

Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya/cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program ini memonitor baik konsekuensi yang dimaksudkan atau yang tidak sengaja terhadap langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan yang tidak benar dari alat penghalang atau pembatasan asupan cairan bisa menyebabkan cedera, sirkulasi yang terganggu, atau integrasi kulit yang menurun. Program tersebut harus diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Kegiatan yang Dilaksanakan:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.

2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko.

2.1.7 Kejadian yang Berpotensi pada Insiden Keselamatan Pasien

2.1.7.1 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah. contohnya: kesalahan pengobatan yang signifikan, cedera pasien jatuh ringan, infeksi yang disebabkan oleh pelayanan kesehatan.

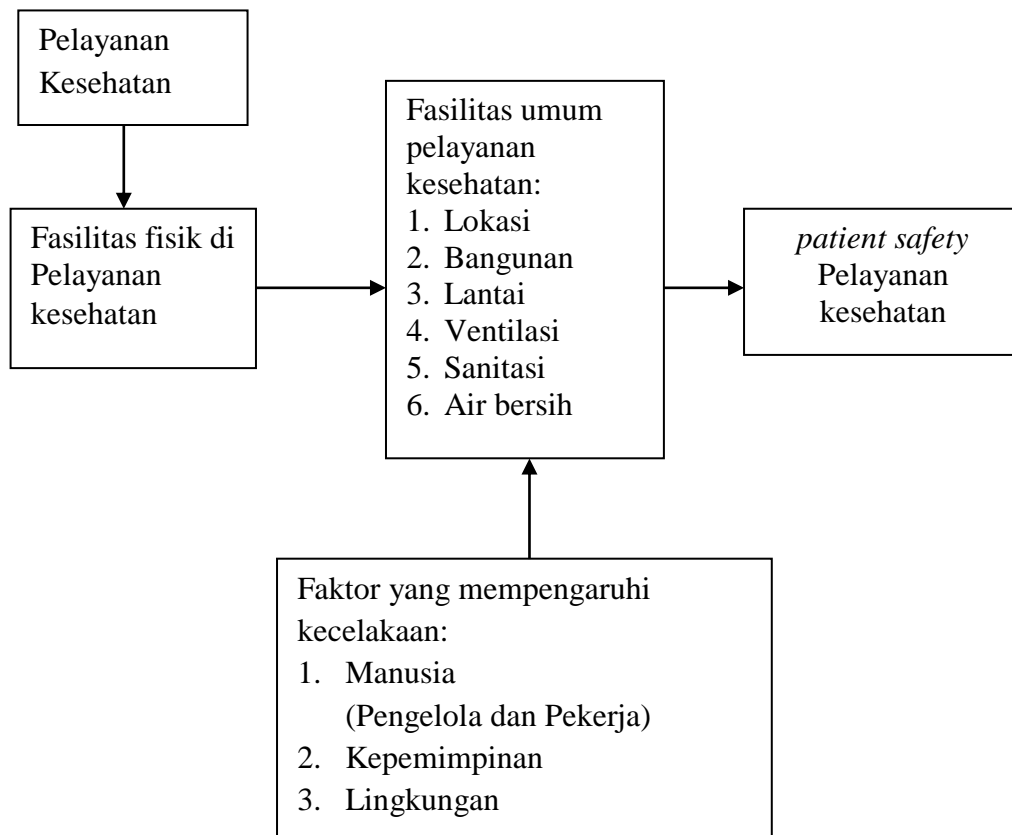
2.1.7.2 Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. contohnya: pasien jatuh yang tidak menimbulkan cedera, dan salah menuliskan nama pasien, tidak memberi tanda setelah pemberian obat.

2.1.7.3 Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera pada pasien. Contohnya: salah nama obat, salah menuliskan nama.

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 kerangka teori (KMK RI NO 1087/MENKES/SK/VIII/2010, 2010)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 ALUR PIKIR



Gambar 3.1 alur pikir (KMK RI NO 1087/MENKES/SK/VIII/2010, 2010)

3.2 FOKUS PENELITIAN

Penentuan fokus lebih didasarkan pada tingkat kebaruan informasi yang akan diperoleh dari situasi sosial atau lapangan (Sugiyono, 2009: 209). Dalam penelitian kualitatif yaitu mengetahui faktor-faktor fisik yang mempengaruhi *patient safety* di pelayanan kesehatan di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Negeri Semarang. Dengan standart acuan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Pelayanan kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 tahun 2014 tentang Klinik dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1087 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.

3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan menggunakan penelitian studi kasus untuk mengetahui faktor-

faktor fisik pelayanan kesehatan yang mempengaruhi *patient safety* di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) UNNES, dengan cara mengumpulkan data primer, melakukan wawancara mendalam, observasi langsung di Pelayanan kesehatan (Puslakes) UNNES.

Penelitian deskriptif didefinisikan sebagai suatu penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi di masyarakat (Soekidjo Notoatmodjo, 2010: 35-36). Dalam metode deskriptif peneliti dapat menilai suatu program yang sedang atau sudah dilakukan disebut dengan studi evaluasi. Penelitian Evaluasi ini dilakukan untuk melakukan penilaian terhadap suatu pelaksanaan kegiatan atau program yang sedang dilakukan dalam rangka mencari umpan balik yang akan dijadikan dasar untuk memperbaiki suatu program atau sistem (Soekidjo Notoatmodjo, 2010: 30).

3.4 SUMBER INFORMASI

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh dari data primer dan sekunder yang selanjutnya akan diolah menjadi informasi sesuai yang dibutuhkan. Sumber informasi disini ada 2 yaitu :

1. Dokumentasi Puslakes tentang perawatan fasilitas dan data inventaris Puslakes tentang fasilitas yang dimiliki.
2. Manajemen Pusat Layanan kesehatan (Puslakes) UNNES sebanyak 1 orang.
Dokter Pusat Layanan kesehatan (Puslakes) UNNES sebanyak 1 orang.
Perawat Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) UNNES sebanyak 1 orang.
Tenaga Administrasi Pusat Layanan Kesehatan UNNES sebanyak 1 orang.
Bagian Rumah Tangga UNNES sebanyak 1 orang.

Pemilihan narasumber dilakukan secara *simple random sampling* pada staff di Pusat Layanan Kesehatan Universitas Negeri Semarang dan Kepala Rumah Tangga. Berdasarkan kriteria pemilihan narasumber utama diatas maka jumlah narasumber utama adalah 5 orang.

3.4.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari sumber yang diamati dan dicatat pertama kalinya. Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari proses observasi yang menggunakan lembar observasi dan proses wawancara dengan menggunakan pedoman wawancara kepada informan yang dilakukan oleh peneliti. Sumber data atau informan dalam penelitian ini dipilih dengan teknik *simple random sampling*. *Simple random sampling* adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Sumber datanya adalah orang mengetahui atau ahli tentang keselamatan pasien (Sugiyono, 2010:193). Penentuan sampel sumber data atau informan pada tahap awal masih bersifat sementara, dan akan berkembang kemudian setelah peneliti dilapangan (Sugiyono, 2010:193).

Data primer diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pekerja pelayanan kesehatan, pasien dan pengunjung pelayanan kesehatan. Selain wawancara mendalam, data primer juga diperoleh dari hasil observasi yaitu mengamati secara langsung lingkungan sekitar Pusat Layanan Kesehatan.

3.4.2 Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen (Sugiyono, 2010;193). Data sekunder yang dikumpulkan berupa sumber

data tertulis tentang kondisi fasilitas, perawatan fasilitas dan data inventaris fasilitas yang dimiliki Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) UNNES.

3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan untuk menunjang wawancara mendalam adalah pedoman wawancara dan lembar observasi. Wawancara dilakukan dengan bantuan alat perekam. Untuk observasi yang dilakukan meliputi fasilitas yang ada di pelayanan kesehatan, perilaku pekerja dalam perawatan fasilitas pelayanan kesehatan, dan kondisi lingkungan.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti melakukan uji coba pedoman pertanyaan yang bertujuan untuk menguji pertanyaan apakah pertanyaan yang diberikan mudah dimengerti oleh informan, kesesuaian alur pertanyaan, kedalaman pertanyaan dan untuk memperkirakan waktu yang dibutuhkan dalam wawancara mendalam.

Menurut Sugiyono (2010:328), supaya hasil wawancara dapat terlaksana dengan baik maka peneliti memiliki bukti telah melakukan wawancara kepada informan atau sumber data, maka diperlukan bantuan alat-alat diantaranya yaitu:

1. Lembar catatan: berfungsi untuk mencatat semua percakapan hasil wawancara dengan sumber data.
2. Alat Perekam: berfungsi sebagai alat bantu pada saat wawancara agar peneliti dapat berkonsentrasi pada saat proses pengambilan data tanpa harus berhenti untuk mencatat jawaban-jawaban dari subjek.

3. Kamera: berfungsi untuk memotret ketika peneliti sedang melakukan pembicaraan dengan informan sehingga dapat meningkatkan keabsahan penelitian karena peneliti betul-betul melakukan pengumpulan data.

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

Metode pengumpulan data merupakan salah satu aspek yang berperan dalam kelancaran dan keberhasilan dalam suatu penelitian. Dalam penelitian ini metode pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara.

Penelitian ini menggunakan metode pengambilan data melalui wawancara. Peneliti menggunakan metode wawancara ini agar dapat mengetahui secara mendalam mengenai *patient safety* di Pelayanan kesehatan (Puslakes) UNNES. Wawancara sebagai metode pengumpulan data dengan cara tanya jawab antara pewawancara dengan responden atau orang yang diwawancarai. Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini sifatnya tidak terstruktur. Metode wawancara ini berbeda dari wawancara terstruktur dalam hal waktu bertanya dan cara memberikan respons, yaitu jenis ini jauh lebih bebas iramanya. Wawancara tidak terstruktur memberi kesempatan pada subjek untuk mengeluarkan buah pikiran, pandangan dan perasaannya dengan bebas (Moleong, 2009).

Jenis wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam (*in-depth interview*). Banister (1994) menjelaskan bahwa wawancara mendalam adalah wawancara yang tetap menggunakan pedoman wawancara, namun penggunaannya tidak sekedar wawancara terstruktur. Pedoman wawancara berisi “*open-ended question*” yang bertujuan agar arah wawancara tetap sesuai.

3.6 PROSEDUR PENELITIAN

3.6.1 Tahap Persiapan Penelitian

Pada tahap persiapan penelitian, peneliti melakukan sejumlah hal yang diperlukan untuk melakukan penelitian.

1. Mengumpulkan data

Peneliti mengumpulkan berbagai informasi dan teori-teori yang berhubungan dengan *patient safety* di pelayanan kesehatan.

2. Menyusun pertanyaan untuk wawancara

Menyusun butir-butir pertanyaan berdasarkan kerangka teori yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi *patient safety*.

3. Persiapan untuk mengumpulkan data

Peneliti mengumpulkan informasi tentang calon subjek penelitian. Setelah mendapatkannya, lalu peneliti menghubungi calon subjek untuk menjelaskan tentang penelitian yang dilakukan dan menanyakan kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian.

3.6.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian

Setelah tahap persiapan penelitian dilakukan, maka peneliti memasuki beberapa tahap pelaksanaan penelitian, antara lain:

1. Mengkonfirmasi ulang kepada responden untuk menentukan waktu dan tempat.

Sebelum wawancara dilakukan, peneliti mengkonfirmasi ulang waktu dan tempat yang sebelumnya telah disepakati bersama dengan responden. Konfirmasi ulang ini dilakukan sehari sebelum jadwal wawancara dilakukan dengan tujuan

agar memastikan responden dalam keadaan sehat dan tidak berhalangan dalam melakukan wawancara.

2. Melakukan pengambilan data dengan wawancara

Sebelum melakukan wawancara, peneliti bertanya pada responden responden apakah bersedia menjawab pertanyaan yang diajukan serta memahami bahwa hasil peneliti ini adalah rahasia dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Setelah itu, peneliti mulai melakukan wawancara dengan daftar pertanyaan yang telah dibuat sebelumnya.

3. Melakukan analisa data

Peneliti melakukan analisa data sesuai data yang telah diperoleh dari responden.

4. Menarik simpulan, membuat diskusi dan saran

Setelah analisa data selesai, peneliti menarik kesimpulan untuk menjawab rumusan permasalahan. Setelah itu, peneliti memberikan saran-saran sesuai dengan kesimpulan, diskusi dan data hasil penelitian.

3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA

Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi beberapa pengujian. Peneliti menggunakan uji *credibility* (validitas interbal) atau uji kepercayaan terhadap hasil penelitian. Uji keabsahan data ini diperlukan untuk menentukan valid atau tidaknya suatu temuan atau data yang dilaporkan peneliti dengan apa yang terjadi sesungguhnya di lapangan. Uji Kredibilitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan cara melakukan triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan

sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembandingan terhadap data tersebut.

Dalam penelitian ini menggunakan teknik perpanjangan pengamatan dan peningkatan pengamatan. Untuk perpanjangan pengamatan yaitu peneliti terjun ke lapangan dan menentukan bahwa sampel yang diambil adalah di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) UNNES. Yang selanjutnya yaitu peningkatan ketekunan, peneliti melakukan penelitian ini secara cermat dan berkesinambungan.

3.8 TEKNIK ANALISIS DATA

Suatu kegiatan yang mengacu pada penelaahan atau pengujian yang sistematis mengenai suatu hal dalam rangka mengetahui bagian-bagian, hubungan diantara bagian, dan hubungan bagian dengan keseluruhan. Tahap awal dalam penelitian ini adalah pengumpulan data. Setelah wawancara mendalam selesai dilakukan, kemudian langkah selanjutnya data hasil wawancara dikumpulkan untuk memudahkan dalam melakukan tahap berikutnya.

Setelah data terkumpul maka dianalisis dengan menggunakan pendekatan induktif (*Inductive data analysis*). Cara ini dilakukan agar dapat digambarkan secara diskriptif, kaya data dan bersifat kontekstual. Sebagai mana dikemukakan pula oleh Moleong (2009) pendekatan ini, digunakan supaya lebih dapat menguraikan latar secara penuh dan dapat membuat keputusan-keputusan tentang dapat tidaknya pengalihan kepada suatu latar yang lainnya.

Analisis data kualitatif adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensistensikannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting

dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain (Moleong, 2009)

Analisis data kualitatif (Seiddel, 1998) prosesnya berjalan sebagai berikut: mencatat yang menghasilkan catatan lapangan; mengumpulkan, memilah-milah, mengklasifikasikan, mensistesisikan, membuat ihtisar, dan membuat indeksinya; berfikir dengan jalan membuat agar kategori data itu mempunyai makna, mencari dan menemukan pola, hubungan-hubungan dan temuan-temuan umum.

Langkah-langkah yang ditempuh dalam analisa data adalah sebagai berikut:

1. Tahap Reduksi Data

Reduksi data, yaitu pemilihan, pemusatan perhatian pada penyerderhanaan, dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan lapangan dengan langkah mengurangi atau membuang yang tidak perlu seperti membuang data wawancara yang sama antar informan, menyederhanakan data yang bertele-tele, memfokuskan data yang diperoleh dari observasi, dan dokumentasi.

2. Tahap Penyajian Data

Tahap ini peneliti melakukan penyajian dalam bentuk teks naratif. Penyajian data yang lebih baik merupakan cara yang utama bagi analisis kualitatif yang valid. Penyajian data dirancang dalam rangka menggabungkan informasi yang tersusun dalam suatu bentuk yang padu dan diraih, sehingga seorang peneliti dapat menarik kesimpulan secara benar.

3. Tahap Kesimpulan

Kesimpulan dalam penelitian kualitatif adalah merupakan temuan baru yang belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu objek yang sebelumnya masih remang-remang atau gelap sehingga setelah diteliti menjadi jelas, dapat berupa hubungan kausal, hipotesis atau teori (Sugiyono, 2008).

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang tentang faktor-faktor fasilitas fisik yang mempengaruhi *patient safety* terdapat 6 faktor yang diteliti, yaitu: lokasi, bangunan, lantai, ventilasi, sanitasi dan air bersih.

1. Lokasi Puslakes sudah sesuai dengan kriteria Permenkes Nomor 9 tahun 2014 tentang Klinik dengan pencapaian 100%.
2. Bangunan Puslakes sudah sesuai dengan kriteria Permenkes No. 9 tahun 2014 tentang Klinik dan KMK Nomor 1087 tentang Standar K3 rumah sakit dengan pencapaian 95%.
3. Lantai ruangan Puslakes sudah sesuai dengan kriteria KMK Nomor 1087 tentang Standar K3 rumah sakit dengan presentase pencapaian 100%. Tetapi lantai kamar mandi belum sesuai karena terbuat dari bahan yang tidak rata dan tidak berwarna terang dengan presentase pencapaian 60%.
4. Ventilasi Puslakes sudah memenuhi kriteria KMK Nomor 1087 tentang Standar K3 rumah sakit. Tetapi untuk AC ruang tunggu masih belum menggunakan filter bakteri sehingga belum sesuai dengan persyaratan pemasangan AC pada ruangan klinik dengan pencapaian 95%.

5. Sanitasi sudah memenuhi kriteria KMK Nomor 1087 tentang Standar K3 rumah sakit dengan presentase pencapaian 60%. Meskipun sekarang ada *closet* yang penutupnya patah dan *urinoar* yang rusak.
6. Air Bersih sudah memenuhi kriteria KMK Nomor 1087 tentang Standar K3 rumah sakit. Meskipun belum dilakukan pemeriksaan berkala, sehingga diperoleh hasil dengan presentase pencapaian 40%.

6.2 SARAN

1. Diharapkan Bagian Rumah Tangga UNNES melakukan pengecekan berkala terhadap fasilitas umum seperti kamar mandi,
2. Diharapkan Bagian Rumah Tangga UNNES memasang poster ajakan menjaga kebersihan di kamar mandi umum. Sehingga semua pengguna kamar mandi dapat bersama-sama menjaga kebersihan.
3. Diharapkan Bagian Rumah Tangga UNNES memperbaiki fasilitas yang rusak seperti *closet* dan *urinoar* agar tidak menyebabkan kecelakaan.
4. Air bersih sebaiknya dilakukan pemeriksaan secara berkala untuk mengetahui kualitas air bersih.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmita, Wiku. 2012. *Audit Lingkungan Rumah Sakit Cetakan Kedua*. Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.
- Aditama, Tjandra Yoga. Tri Hastuti. 2002. *Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Jakarta: UI-Press.
- Austin, J.M.. Guy D'Andrea. John D.B.. et al. 2013. *Safety in Numbers: The Development of Laepfrog's Composite Patient Safety Score for U.S. Hospital*.
- Budiono, S. 2003. *Bunga Rampai Hiperkes dan Kesehatan Kerja*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Banister, P. 1994. *Qualitative Methods in Psychology a Research Guide*. *Bukingham*: Open University Press.
- Depkes RI. 2006. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI (<http://www.inapatsafety-persi.or.id>).
- Dewi, Trisniawati. Richa Nopriyanti. 2018. *Phenomenologi Study: Risk Factor Related To Faal Incidence In Hospitaliced Pediatric Patient With Theory Faye G. Abdellah*. Volume 03, No.2, Nopember 2018, hlm. 81-88
- <http://www.pdpersi.co.id>
- Kemenkes RI. 2011. *Standar Akreditasi Pelayanan kesehatan, Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komisi Akreditasi Pelayanan kesehatan (KARS)*, Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonsia Nomor 1087/MENKES/SK/VIII/2010, *Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit*.
- Moleong, Lexy J. 2009. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Mudayana, AA. 2015. *Pelaksanaan Patient Safety Oleh Perawat Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Jurnal Kesehatan "Samodra Ilmu"*, Volume 06, No. 02, Juli 2015, hlm. 145-149
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

- Parahita, 2010. *Analisis Kinerja Kepala Ruang Setelah Mendapat Pelatihan Manajemen Keperawatan Menurut Persepsi Staf Keperawatan Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Surakarta*.
<https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/123456789/3705/IVANA%20KUSUMA%20ARUM%20PRATIWI%20fix%20BGT.pdf?sequence=2>. Tanggal 10 Maret 2019.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014. *Klinik*
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011, *Keselamatan Pasien*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010, *Klasifikasi Rumah Sakit*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015. *Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi*
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018. *Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 tahun 2014, *Sistem Informasi Kesehatan*.
- Seiddel, J. V. 1998. *Qualitative Data Analysis*
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Suparna. 2015. *Evaluasi Penerapan Patient Safety Risiko Jatuh Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Panti Rini Kalasan Sleman*. Skripsi, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.