BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari pembangunan nasional mempunyai tujuan untuk meningkatkan kemauan dan kemampuan serta kesadaran hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Pasal 5 Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.

Keselamatan Pasien merupakan hak dari setiap pasien. Mengingat pentingnya pelaksanaan keselamatan pasien, penyelenggaraan keselamatan pasien sudah kewajiban bagi seluruh pelayanan kesehatan, baik pelayanan kesehatan primer, sekunder, tersier sesuai dengan Pasal 5 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien yang menyebutkan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan keselamatan pasien

Sarana pelayanan kesehatan merupakan tempat yang dikategorikan tidak aman, sekitar 10% pasien yang dirawat di sarana kesehatan di negara maju dan lebih dari 10% di negara berkembang mengalami kejadian tidak diharapkan (KTD). KTD mungkin saja dialami oleh pasien atau pengunjung

sarana pelayanan kesehatan baik akibat kondisi sarana, prasarana, dan peralatan yang ada, maupun akibat pelayanan yang diberikan.[1]

Secara umum dapat dikatakan bahwa kejadian yang tidak diharapkan dalam pelayanan kesehatan semakin meningkat. KTD atau dalam literarur berbahasa Inggris dikenal dengan istilah *adverse event* adalah kondisi akibat pelayanan yang menimbulkan rasa tidak nyaman, tidak sembuh, kecacatan bahkan kematian. Masyarakat umum seringkali salah menyatakannya sebagai malpraktik medis.[2] KTD lebih banyak terjadi karena rumitnya pelayanan kesehatan. Banyak faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya KTD, seperti tidak tersedianya sumber daya manusia yang kompeten, kondisi fasilitas, maupun ketersediaan obat dan peralatan kesehatan yang tidak memenuhi standar.

Pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien bukan berarti pasien mendapatkan semua yang diminta, melainkan pasien bekerja sama dengan petugas penyedia pelayanan kesehatan untuk berusaha mencapai tujuan kesehatan yang realistis dan dapat dicapai dengan mudah.[3] Salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan adalah Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disingkat Puskesmas

---

[1] Taufik KM dkk, 2018, *Pedoman Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP),* Jakarta, Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Subdit Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Primer, hlm. 1

[2] Sukhmeet S.Paneesar dkk, 2017, *At a Glance Keselamatan Pasien dan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan*, Jakarta: Erlangga, hlm 2.

[3] Rosenbaum, S, 2010, *Law and the Public's Health*: *The patient protection and affordable care* act. Public Health Reports, hlm.130

sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memiliki peranan sangat penting dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

Pasal 1 Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas menjelaskan, bahwa dalam menjalankan fungsinya, puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Pasien, pengunjung, dan masyarakat dapat mengalami cedera atau kejadian tidak diharapkan terkait dengan infeksi, kesalahan pemberian obat, pembedahan yang tidak aman, alih pasien yang tidak dilakukan dengan tepat, kesalahan identifikasi, kondisi fasilitas pelayanan yang tidak aman, maupun akibat penyelenggaraan kegiatan pada upaya kesehatan masyarakat yang tidak memperhatikan aspek keselamatan.[4]

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) tetap harus mengedepankan peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat tanpa mengabaikan upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) bagi seluruh pekerja, pasien, dan pengunjung Puskesmas. Kasus terjadinya kecelakaan kerja yang fatal pada Fasyankes pernah beberapa kali terjadi seperti kasus tersengat listrik, kebakaran, terjadinya banjir, dan bangunan runtuh akibat gempa bumi

[4]Tutik Sri Haryati dkk, 2019. *Manajemen Risiko(Bagi Manajer Keperawatan dalam Meningkatkan Mutu dan Keselamatan Pasien*. Depok: Rajagrafindo Persada, hlm.3

KTD pada dasarnya adalah resiko yang melekat dari tindakan pelayanan kesehatan. Hal ini mengingat bahwa pelayanan kesehatan termasuk perikatan upaya yang dilakukan *(inspaning verbentenis)*, sehingga yang diukur adalah upaya yang dilakukan bukan perikatan hasil ***(****resultaat verbintenis)*.[5] KTD baru dikatakan malpraktik medis apabila terbukti upaya yang dilakukan tersebut memang salah. KTD tidak dapat dikatakan malpraktik medis apabila terbukti upaya yang dilakukan sudah benar walaupun kenyataannya hasil pelayanan tersebut bisa saja menyebabkan KTD.[6]

Pasal 17 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan No.75 Tahun 2014 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa Tenaga Kesehatan di Puskesmas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, etika profesi, menghormati hak pasien, serta mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien dengan memperhatikan keselamatan dan kesehatan dirinya dalam bekerja. Pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan merupakan pemenuhan kebutuhan dan tuntutan dari pemakai jasa pelayanan (pasien). Pasien mengharapkan penyembuhan dan pemulihan yang berkualitas dan penyediaan pelayanan kesehatan yang nyaman dan aman.Pelayanan tidak lagi hanya berfokus pada kepuasan pasien tetapi lebih penting lagi adalah keselamatan pasien, sehingga pelayanan profesional yang bermutu tinggi yang berfokus pada keselamatan dan kepuasan pasien dapat terlaksana.

---

[5] Suganda Wahyudin Munandar, 2017, *Hukum Kedokteran*. Bandung:Alfabeta, hlm. 55
[6] J. Guwandi, 2008. *Hukum dan Dokter*, Jakarta: FKUI, hlm 53

Manajemen Risiko dalam Pelayanan Kesehatan merupakan upaya untuk mereduksi KTD, terlepas dari KTD tersebut karena resiko yang melekat ataupun memang setelah dianalisis karena adanya *error* atau kelalaian (*negligence*) dalam pelayanan. Apabila KTD sudah terjadi, beban pelayanan tidak hanya pada sisi finansial semata, namun beban psikologis dan sosial kadang-kadang terasa lebih berat. Beberapa pendekatan dapat dilakukan pada sumber penyebab itu sendiri, baik pada faktor manusianya (pasien dan tenaga kesehatannya), maupun dari sisi organisasinya, untuk mencegah KTD dan menempatkan risiko KTD secara proporsional.

Manajemen risiko melalui konsep pengelolaan pada sistem pelayanan kesehatan merupakan metode yang banyak dikembangkan. Risiko-risiko yang mungkin terjadi dalam pelayanan kesehatan perlu diidentifikasi dan dikelola dengan baik untuk mengupayakan keselamatan pasien, pengunjung, dan masyarakat yang dilayani.[7] Fasilitas kesehatan yang menerapkan prinsip keselamatan pasien berkewajiban untuk mengidentifikasi dan mengendalikan seluruh risiko strategis dan operasional yang penting. Hal ini mencakup seluruh area baik manajerial maupun fungsional, termasuk area pelayanan, tempat pelayanan, juga area klinis.

Fasilitas kesehatan perlu menjamin berjalannya sistem untuk mengendalikan dan mengurangi risiko. Manajemen risiko berhubungan erat dengan pelaksanaan keselamatan pasien dan berdampak kepada pencapaian sasaran mutu Puskesmas. Keselamatan pasien menjadi aspek penting dalam

[7] Kholifatun Islami, septo Pawelas Arso, Daru Lestantyo, 2018, "Analisis Pelaksanaan ProgramKeselamatan Pasien Puskesmas Mangkang Kota Semarang", *Jurnal kesehatan Masyarakat (e-Journal)* Volume 6, hlm 39.

setiap tindakan medis baik tindakan medis ringan maupun tindakan medis berat. Keselamatan pasien memberikan pengaruh besar terhadap citra, tanggung jawab sosial, moral serta kinerja petugas kesehatan sehingga keselamatan pasien memiliki keterkaitan dengan isu mutu dan citra sebuah pelayanan kesehatan termasuk Puskesmas.[8]

Permenkes No. 46 Tahun 2015 menyebutkan bahwa Puskesmas agar 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. Oleh karena itu upaya peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien perlu diterapkan dalam pengelolaan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat melalui upaya pemberdayaan masyarakat dan swasta. Pendekatan yang dipakai dalam akreditasi Puskesmas adalah keselamatan dan hak pasien dan keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas. Prinsip ini ditegakkan sebagai upaya meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan.

Pasal 2 Permenkes No 11 Tahun 2017 juga menyebutkan pengaturan keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Pasal 2 Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa, Praktik kedokteran dilaksanakan berasaskan Pancasila

[8] Maghfiroh, L. dan Rochmah, T. N, 2017, *Analisis Kesiapan Puskesmas Demangan Kota Madiun Dalam Menghadapi Akreditasi,* 'Bul. Penelit. Kesehat', Vol 13, No. 4, hlm.329

dan didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, serta perlindungan dan keselamatan pasien. Hal ini di perjelas lagi di bagian penjelasan Pasal 2 Undang-Undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran bahwa perlindungan dan keselamatan pasien adalah bahwa penyelenggaraan praktik kedokteran tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan semata, tetapi harus mampu memberikan peningkatan derajat kesehatan dengan tetap memperhatikan perlindungan dan keselamatan pasien.

Hasil penilaian dari 26 Puskesmas yang telah mengikuti akreditasi di Kabupaten Pekalongan, belum ada yang mendapat status terakreditasi paripurna, dua Puskesmas yang mendapat status terakreditasi Utama yaitu Puskesmas Tirto I dan Puskesmas Kedungwuni. Lima Puskesmas mendapat status terakreditasi Dasar dan sisanya mendapat status terakreditasi Madya. Puskesmas yang sudah teraktreditasi seharusnya menerapkan manajemen risiko, namun dengan berbagai macam masalah yang terjadi di masing-masing puskesmas, bisa saja setelah akreditasi puskesmas tidak menerapkan manajemen risiko. Peneliti ingin meneliti pelaksanaan manajemen risiko di puskesmas untuk menjamin pelindungan hukum bagi pasien karena yang paling berisiko mengalami kerugian adalah pasien, batas *error* untuk tindakan medis sangat kecil dan ilmu kedokteran penuh dengan ketidakpastian. Sebagian puskesmas mungkin sudah mempunyai peraturan internal tentang manajemen risiko, akan tetapi pelaksanaannya belum tentu sudah sesuai dengan peraturan internal tersebut.

Penelitian ini penting karena perkembangan tentang isu keselamatan pasien di Puskesmas tidak sedinamis seperti di tingkat Rumah Sakit, padahal jumlah Rumah Sakit di Indonesia pada tahun 2018 berjumlah 2.813. Jumlah Rumah Sakit ini tidak sebanding dengan jumlah Puskesmas yang ada di Indonesia pada tahun 2018 sebanyak 9.993.[9]

Penelitian mengenai pelaksanaan manajemen risiko pada Puskesmas di Indonesia masih sedikit. Peneliti belum menemukan thesis mengenai pelaksanaan manajemen risiko pada Puskesmas terakreditasi di Indonesia, sehingga diharapkan Penelitian yang akan dilakukan dapat mengisi kekosongan/mengatasi kesejangan yang ada.

Berdasarkan permasalahan di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Pelaksanaan Manajemen Risiko Pelayanan Klinis Dalam Menjamin Pelindungan Hukum Pasien Pada Pusat Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Pekalongan".

B. RumusanMasalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Bagaimana ketentuan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan manajemen resiko pelayanan klinis dalam menjamin pelindungan hukum kepada pasien?

[9] Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2019, *Data dan InformasiProfil Kesehatan Indonesia2018*:Jakarta,hlm.50.Diakseshttps://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan indonesia/PROFIL_KESEHATAN_2018_1.pdf. pada tanggal 22 Juni 2020

2. Bagaimana implementasi manajemen risiko pelayanan klinis dalam menjamin pelindungan hukum pasien pada puskesmas di Kabupaten Pekalongan ?

C. Tujuan

Tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengetahui dan menganalisis ketentuan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan manajemen risiko pelayanan klinis dalam menjamin pelindungan hukum kepada pasien.
2. Mengetahui dan menganalisis implementasi manajemen risiko pelayanan klinis dalam menjamin pelindungan hukum pasien pada puskesmas di Kabupaten Pekalongan.

D. Manfaat

Manfaat penelitian dibedakan atas manfaat praktis dan manfaat teoritis.

1. Manfaat teoritis

   Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang ilmu hukum terutama hukum kesehatan yang terkait dengan pelaksanaan manajemen risiko pelayanan klinis dalam menjamin pelindungan hukum pasien pada Puskesmas

2. Manfaat Praktis

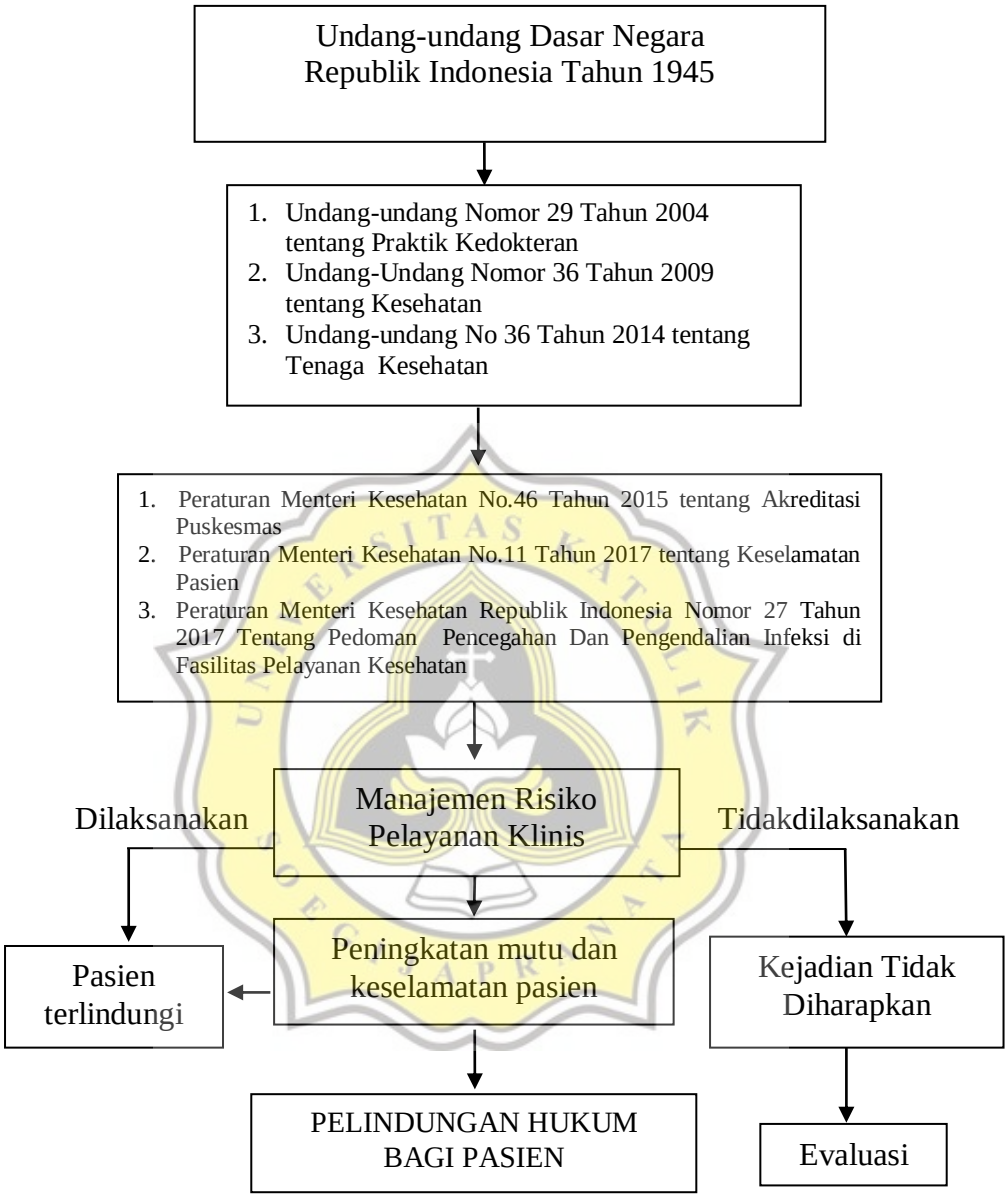
a. Bagi peneliti, bahwa penelitian ini sebagai syarat untuk kelulusan dan untuk menambah wawasan tentang pelaksanaan manajemen risiko dalam pelayanan klinis untuk menjamin pelindungan hukum pasien pada Puskesmas di Kabupaten Pekalongan

b. Bagi pemerintah daerah, penelitian ini dapat memberikan masukan dalam pembuatan kebijakan pemerintah daerah khususnya bagi penyusun kebijakan di puskesmas tentang pelaksanaan manajemen risiko dalam pelayanan klinis untuk menjamin pelindungan hukum pasien pada Puskesmas di Kabupaten Pekalongan

c. Bagi puskesmas, hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi puskesmas di kabupaten Pekalongan dalam penyusunan peraturan internal di puskesmas dan pelaksanaannya terutama sistem manajemen risiko pelayanan klinis puskesmas di Kabupaten Pekalongan.

d. Bagi masyarakat dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang pelaksanaan manajemen risiko dalam pelayanan klinis untuk menjamin pelindungan hukum pasien pada Puskesmas di Kabupaten Pekalongan.

E. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

F. Metode Penelitian

1. Metode Pendekatan

Pelindungan hukum adalah memberikan pengayoman kepada hak asasi manusia yang dirugikan orang lain. Pelindungan tersebut diberikan kepada masyarakat agar mereka dapat menikmati semua hak-hak yang diberikan oleh hukum.

Penelitian ini menggunakan metode pendekatan yuridis sosiologis, yang merupakan pendekatan kenyataan hukum dalam masyarakat. Langkah-langkahnya adalah dengan wawancara dan analisis data yang bersifat empiris, sehingga desain dan langkah-langkah teknik penelitian ini akan mengikuti pola penelitian ilmu sosial (*sosio-legal reserch*), yang dimulai dari perumusan masalah, penetapan responden dan narasumber, serta pengumpulan data, selanjutnya membuat desain analisis, dan di akhiri dengan kesimpulan.[10] Sosio-legal study melihat hubungan timbal balik antara hukum dan masyarakat, yang di satu sisi pengaruh hukum terhadap masyarakat, dan di sisi lain pengaruh masyarakat terhadap hukum.[11]

Penelitian ini dimaksudkan untuk dapat menjawab permasalahan mengenai bentuk pelaksanaan manajemen risiko untuk menjamin pelindungan hukum bagi pasien pada pusat kesehatan masyarakat di Kabupaten Pekalongan. Pendekatan ini diharapkan dapat menggumpulkan

---

[10] Bahder Johan Nasution, 2008, *Metode Penelitian Ilmu Hukum*, Bandung: Mandar Maju, hlm 125

[11] Mukti Fajar dan Yulianto Achmad, 2015, Dualisme Penelitian Hukum Normatif & Empiris, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, Cetakan ke-3, hlm.51

dan menyajikan data dengan mengunakan konsep-konsep dan teori-teori serta peraturan-peraturan yang berkaitan dengan pokok permasalahan penelitian tesis ini.

Lokasi penelitian akan dilaksanakan di Puskesmas Kabupaten Pekalongan, karena Puskesmas di kabupaten Pekalongan sudah terakreditasi semua dan kemudahan akses baik akses tempat maupun akses informasi.

2. Spesifikasi Penelitian

Spesifikasi penelitian yang digunakan untuk mencapai tujuan penelitian ini bersifat deskriptif analitik, yang dapat menggambarkan kondisi hukum yang ada di lapangan. Spesifikasi ini menggambarkan frekuensi terjadinya gejala hukum atau peristiwa hukum atau karakteristik gejala hukum atau frekuensi adanya hubungan atau kaitan antara gejala hukum atau peristiwa hukum yang satu dengan yang lain.[12]

Spesifikasi penelitian tersebut juga dapat memberikan gambaran secara keseluruhan tentang bentuk pelaksanaan manajemen risiko untuk menjamin pelindungan hukum bagi pasien pada pusat kesehatan masyarakat, dan mencari keterkaitan dengan permasalahan yang terjadi.

3. Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder.[13] Data primer adalah data yang didapatkan langsung

[12] AgnesWidanti, dkk, 2015, *Petunjuk Penulisan Usulan Penelitian dan Tesis*, Semarang. Program Studi Magister Ilmu Hukum, Unika Soegijapranata, hlm.8

[13] Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji, 2014, *Penelitian Hukum Normatif*, Jakarta: Rajawali Pers, hal. 14

dari sumbernya oleh peneliti sendiri dalam rangka menjawab permasalahan dan tujuan penelitian yang diajukan, sedangkan data sekunder meliputi bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier. Bahan hukum primer yaitu bahan-bahan hukum yang mengikat, terdapat dalam norma dasar, peraturan perundang-undangan, hukum adat, yuris prudensi, traktat, dan berbagai bahan hukum yang masih berlaku.[14]

a. Bahan hukum primer dalam penelitian ini meliputi:

1) Merupakan bahan hukum yang bersifat memiliki kekuasaan atau otoritas yang Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3) Undang-UndangRepublik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
4) Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
5) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
6) Peraturan Menteri KesehatanRepublik Indonesia No.46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas;

[14] Abdulkadir Muhammad,2004, *Hukum dan Penelitian Hukum*, Bandung: Citra Aditya Bakti, hlm 67.

7) Peraturan Menteri Kesehatan No.11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;

8) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesi Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

b) Bahan hukum sekunder

Bahan hukum sekunder yaitu bahan hukum yang diperoleh baik dari buku, teks, jurnal, kasus-kasus hukum, maupun pendapat para pakar. Berupa buku-buku tentang manajemen risiko di fasilitas kesehatan, buku tentang hokum kesehatan, buku tentang metodologi penelitian hukum, tesis, jurnal, dan bahan pustakalainnya yang memiliki relevansi dengan penelitian.

c) Bahan hukum tersier

Bahan-bahan yang memberikan informasi tentang bahan hukum primer dan sekunder atau disebut dengan bahan non hukum yang dapat memperluas wawasan atau memperkaya sudut pandang peneliti. Bahan hukum tersier berupa kamus bahasa Indonesia, kamus hukum, kamus terminologi hukum, artikel, dan data valid yang bersumber dari internet sesuai dengan penelitian ini.

4. Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan beberapa metode pengumpulan data dengan penjelasan sebagai berikut.

a. Penelitian Lapangan

Penelitian lapangan ini digunakan untuk mengumpulkan data primer. Adapun metode yang digunakan, yaitu wawancara dan observasi.

1) Wawancara

Wawancara merupakan salah satu metode pengumpulan data dengan jalan komunikasi, yaitu melalui kontak atau hubungan pribadi antara pengumpul data (pewawancara) dengan sumber data (responden). Dalam hal ini dilakukan dengan tanya jawab secara langsung dengan menggunakan pedoman wawancara secara terbuka dan terstruktur sesuai dengan pedoman yang ada.[15] Wawancara dalam penelitian ini dilaksanakan secara terstruktur menggunakan panduan pertanyaan yang telah disesuaikan dengan tujuan penelitian yaitu mengetahui dan menganalisis ketentuan peraturan perundang-undangan serta mengetahui dan menganalisis implementasi manajemen risiko pelayanan klinis dalam menjamin pelindungan hukum pasien pada Puskesmas di Kabupaten Pekalongan dan berdasarkan teori yang berkaitan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan implementasi manajemen risiko pelayanan klinis dalam menjamin pelindungan hukum pasien pada Puskesmas di Kabupaten Pekalongan. Populasi adalah seluruh obyek atau seluruh individu atau seluruh gejala atau seluruh kejadian aatau seluruh unit yang akan diteliti, sedangkan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi disebut

[15] Soerjono Soekanto, 2008, *Pengantar Penelitian Hukum*, Jakarta: Universitas Indonesia, hal. 228

sampel penelitian.[16] Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Puskesmas di Kabupaten Pekalongan. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan Purposive sampling yaitu peneliti menentukan pengambilan sampel dengan cara menetapkan ciri-ciri yang sesuai dengan tujuan penelitian sehingga diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian tersebut.[17] Pada penelitian ini, peneliti menetapkan lokasi penelitian sesuai dengan kebutuhan peneliti. Dari 27 Puskesmas yang terdapat di Kabupaten Pekalongan, peneliti memilih empat Puskesmas dengan kriteria sebagai berikut:

a) Puskesmas sudah terakreditasi (dasar, madya, utama, paripurna)
b) Puskesmas rawat inap dan non rawat inap
c) Puskesmas perkotaan dan pedesaan

Berdasarkan kriteria tersebut diperoleh sampel lokasi:

a) Puskesmas Wiradesa (Puskesmas perkotaan, non rawat inap, dengan status akreditasi madya dan reakreditasi paripurna;
b) Puskesmas Siwalan (Puskesmas pedesaan, non rawat inap akreditasi madya dan reakreditasi utama;
c) Puskesmas Bojong I (Puskesmas pedesaan, non rawat inap dengan status akreditasi madya dan reakreditasi madya;

[16] Soekidjo Notoatmodjo, 2018, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta, hal. 115
[17] Ronny Hanitijo Soemitro, 1990, Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri, Jakarta :Grahlmia, hlm. 51

d) Puskesmas Sragi I (Puskesmas pedesaan , rawat inap dengan status akreditasi dasar.

Selanjutnya, sebagai sumber informasi dalam penelitian ini yaitu:

a) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan;
b) Kepala Puskesmas dari empat Puskesmas yang diteliti;
c) Dokter/dokter gigi dari empat Puskesmas yang diteliti, dengan kriteria sebagai ketua mutu atau ketua tim PMKP
d) perawat/bidan dari empat Puskesmas yang diteliti, dengan kriteria sebagai ketua atau anggota tim PMKP
e) Pasien, masing-masing 5 orang untuk tiap Puskesmas, dengan kriteria pasien rawat jalan.

2) Observasi

Pengumpulan data melalui observasi dilaksanakan dengan mengamati kinerja pelaksana pelayanan dan manajemen risiko dalam memberikan pelayanan kesehatan perseorangan kepada masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan terkait.

b. Penelitian Kepustakaan

Data kepustakaan yang diperoleh melalui penelitian kepustakaan yang bersumber dari peraturan perundang-undangan, buku-buku, dokumen resmi, publikasi, dan hasil penelitian. Pada penelitian ini menggunakan buku-buku milik pribadi dan perpustakaan, jurnal, artikel, serta peraturan perundang-undangan yang terkait dengan

ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur pelaksanaan manajemen risiko dalam memberikan pelayanan klinis di Puskesmas.

5. Metode Analisis Data

Metode analisis yang digunakan adalah analisis kualitatif yaitu mendefinisikan suatu pendekatan atau penelusuran untuk mengeksplorasi dan memahami suatu gejala sentral atau terpusat.[18] Dengan kata lain, data yang telah terkumpul akan disusun secara sistematis dan dianalisis secara kualitatif terhadap data primer dan data sekunder untuk mendapatkan kejelasan dari topik penelitian, disebut sistematis karena mengikuti sistem atau kaidah yang berlaku dalam kegiatan penelitian sehingga tidak ada tahap yang terlewati.

Untuk mengetahui gejala sentral tersebut peneliti melakukan wawancara dengan responden dan narasumber sesuai dengan pedoman wawancara yang telah dibuat sebelumnya. Data informasi yang telah didapat dari responden dan narasumber kemudian dikumpulkan dan diolah dalam bentuk tabel hasil wawancara. Data yang berupa kalimat dalam bentuk tabel tersebut kemudian dianalisis menggunakan peraturan perundang-undangan yang sebelumnya sudah diseleksi dalam bentuk matriks perundang-undangan. Kemudian diuraikan secara narasi dengan memberikan penjelasan tentang gejala yang terjadi sesuai hasil penelitian. Setelah data diuraikan dan disajikan dalam bentuk kalimat, selanjutnya

[18] Soerjono Soekanto dan Sri Mamudji, *Op Cit.*, hlm.87

menarik kesimpulan mengenai pelaksanaan manajemen risiko untuk menjamin pelindungan hukum pasien pada pusat kesehatan masyarakat.

G. RencanaPenyajianTesis

Rencana penyajian tesis memuat rancangan sistematika penulisan tesis secara naratif sehingga dapat tergambarkan apa yang akan dilakukan pada saat penelitian. Pada penelitian ini disajikan dalam empat bab, yaitu sebagai berikut.

Bab I: Pendahuluan, berisi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, kerangka konsep, metode penelitian, dan penyajian tesis yang membuat sistematika penulisan tesis.

Bab II: Tinjauan Pustaka, berisi uraian sistematis tentang kata –kata kunci yang dikumpulkan dari perpustakaan yang ada hubungannya dengan judul dan perumusan masalah untuk mencapai tujuan penelitian. Tinjauan pustaka dalam tesis ini adalah manajemen risiko di puskesmas, teori hukum, pelindungan hukum terhadap pasien dan teori puskesmas.

Bab III: Hasil Penelitian dan Pembahasan, berisi hasil dari wawancara terarah dengan responden dan narasumber menggunakan pedoman wawancara yang telah disiapkan dan hasil penelitian disajikan secara narasi. Berisi tentang hasil penelitian dan pembahasan peraturan yang mengatur manajemen risiko untuk menjamin pelindungan hukum pasien dalam pelayanan klinis di puskesmas dan implementasi peraturan yang mengatur

manajemen risiko untuk menjamin pelindungan hukum pasien dalam pelayanan klinis di puskesmas

Bab IV: Penutup, berisi kesimpulan yang merupakan jawaban dari perumusan masalah yang diangkat dalam penelitian.

UNIVERSITAS KATOLIK SOEGIJAPRANATA