



---

**EVALUASI IMPLEMENTASI MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN DI RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB MENGGUNAKAN PENDEKATAN PDSA (PLAN-DO-STUDY-ACT) TAHUN 2023**

**Halid Haryandi<sup>1\*</sup>, Menap<sup>2</sup>, & Karjono<sup>3</sup>**

<sup>1&2</sup>Program Studi Magister Administrasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Qamarul Huda Badaruddin, Jalan H. Badaruddin, Lombok Tengah, Nusa Tenggara Barat 83371, Indonesia

<sup>3</sup>Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan dan Kesehatan Masyarakat, Universitas Pendidikan Mandalika, Jalan Pemuda Nomor 59A, Mataram, Nusa Tenggara Barat 83125, Indonesia

\*Email: [halidharyandi@gmail.com](mailto:halidharyandi@gmail.com)

Submit: 18-01-2024; Revised: 17-02-2024; Accepted: 27-03-2024; Published: 30-06-2024

**ABSTRAK:** Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi implementasi Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Mutiara Sukma. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Informan penelitian ini adalah pelaksana MFK, yaitu komite/instalasi K3, manajemen, pejabat struktural, dan pengunjung. Pengumpulan data dilakukan dengan *indepth interview* (wawancara mendalam). Pemeriksaan *trustworthiness* data dalam penelitian ini meliputi kredibilitas (*credibility*) dan dependabilitas. Analisis data menggunakan model analisis tematik. Hasil penelitian ini adalah evaluasi implemementasi MFK di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Mutiara Sukma kurang aktif melibatkan instalasi K3 dalam proses perencanaan sampai dengan evaluasi. Implementasi Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) dapat berjalan baik jika terdapat skala prioritas yang jelas dan hasil yang bisa diukur sesuai dengan target. Perlu ditingkatkan pelaksanaan dan sosialisasi program, seperti *Hospital Disaster Plan*, *Contractor Safety Management*, dan sistem proteksi kebakaran perlu diidentifikasi dan evaluasi berkala untuk keamanan dan keselamatan semua yang berada di lingkungan Rumah Sakit. Keempat fase dalam siklus PDSA belum berjalan maksimal. Peningkatan kapasitas SDM, komitmen manajerial, struktur K3, dan kejelasan sumber dana masih menjadi kendala. Perlu kolaborasi antara instalasi K3 dan pemangku kebijakan untuk merumuskan kembali perbaikan implementasi Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK).

**Kata Kunci:** Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK), PDSA (*Plan-Do-Study-Act*).

**ABSTRACT:** This research aims to evaluate the implementation of Facility and Safety Management (MFK) at the Mutiara Sukma Mental Hospital (RSJ). This type of research is qualitative research with a descriptive approach. The informants for this research are MFK implementers, namely the K3 committee/installation, management, structural officials and visitors. Data collection was carried out using *in-depth interviews*. Examination of the *trustworthiness* of the data in this research includes *credibility* and *dependability*. Data analysis uses the thematic analysis model. The result of this research is that the evaluation of MFK implementation at the Mutiara Sukma Mental Hospital (RSJ) is less active in involving K3 installations in the planning process up to the evaluation. Implementation of Facilities and Safety Management (MFK) can run well if there is a clear priority scale and results that can be measured according to targets. It is necessary to improve the implementation and socialization of programs, such as the *Hospital Disaster Plan*, *Contractor Safety Management*, and fire protection systems that need to be identified and periodically evaluated for the security and safety of all those in the hospital environment. The four phases in the PDSA cycle have not run optimally. Increasing human resource capacity, managerial commitment, K3 structure and clarity of funding sources are still obstacles. Collaboration between K3 installations and policy makers is needed to reformulate improvements to the implementation of Facility and Safety Management (MFK).

**Keywords:** Facility Management and Safety (MFK), PDSA (*Plan-Do-Study-Act*).

Uniform Resource Locator: <https://e-journal.undikma.ac.id/index.php/bioscientist>



**How to Cite:** Haryandi, H., Menap, M., & Karjono, K. (2024). Evaluasi Implementasi Manajemen Fasilitas dan Keselamatan di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB Menggunakan Pendekatan PDSA (*Plan-Do-Study-Act*) Tahun 2023. *Bioscientist : Jurnal Ilmiah Biologi*, 12(1), 469-481. <https://doi.org/10.33394/bioscientist.v12i1.10592>



**Bioscientist : Jurnal Ilmiah Biologi** is Licensed Under a [CC BY-SA Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

## PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu di Rumah Sakit telah menjadi harapan dan tujuan utama dari masyarakat/pasien, petugas kesehatan, pengelola, dan pemilik, serta regulator. Berbagai upaya telah dikembangkan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tersebut. Salah satunya adalah dilakukan melalui program akreditasi Rumah Sakit. Akreditasi merupakan strategi utama peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit yang telah diinisiasi sejak tahun 1995 oleh KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit).

Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan terhadap Rumah Sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, setelah dinilai bahwa Rumah Sakit tersebut memenuhi standar pelayanan Rumah Sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit secara berkesinambungan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2012). Hasil penelitian di Arab Saudi menunjukkan bahwa akreditasi memberikan kontribusi dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan akses pasien dalam mendapatkan tempat tidur di Rumah Sakit. Penelitian pada 311 Rumah Sakit di Australia menyimpulkan bahwa akreditasi adalah pendorong eksternal yang memfasilitasi keberlanjutan kualitas pelayanan dan pelaksanaan program-program yang ada di Rumah Sakit.

Di Indonesia, upaya-upaya untuk peningkatan mutu pelayanan dapat ditelusuri sejak tahun 1980-an, bahkan sebelumnya. Penelusuran historikal upaya mutu sebelum masa tersebut mungkin lebih merupakan faktor tantangan administratif dalam menemukan dokumen yang relevan. Saat ini, meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas adalah satu dari 12 strategi pembangunan kesehatan 2015-2019 (Sutoto & Utarini, 2019).

Studi tentang dampak akreditasi di salah satu Rumah Sakit di Wonosobo menunjukkan bahwa perawat memiliki persepsi positif terhadap pelaksanaan akreditasi. Dampak positif dari pelaksanaan akreditasi bagi pelayanan keperawatan adalah meningkatnya usaha keselamatan pasien yang dilakukan oleh perawat. Selain itu, akreditasi juga memberikan dampak pada perbaikan fasilitas dan lingkungan kerja (Mandawati *et al.*, 2018). Penelitian tentang *sustainability* implementasi standar akreditasi di salah satu Rumah Sakit di Kabupaten Tapanuli Tengah menyimpulkan bahwa investasi dalam dukungan pimpinan, komunikasi dari puncak organisasi dan pengintegrasian evaluasi program untuk adaptasi dan perencanaan strategis, serta fleksibilitas pendanaan dapat meningkatkan keberlanjutan pelaksanaan standar akreditasi Rumah Sakit (Tampubolon, 2018).

Penelitian tentang status akreditasi Rumah Sakit memberikan perbedaan pemberian obat yang benar atau tidak, dan keselamatan pasien menunjukkan



justru Rumah Sakit dengan predikat kelulusan perdana memiliki implementasi pemberian obat yang benar sedikit lebih baik dibandingkan dengan Rumah Sakit yang lulus paripurna (Agustini *et al.*, 2018). Penelitian di salah satu Rumah Sakit di Semarang tentang penerapan budaya K3 pasca akreditasi menyimpulkan bahwa budaya K3 belum berjalan dengan baik, meskipun manajemen sudah melakukan berbagai upaya, namun mereka belum konsisten dalam pelaksanaannya (Fadhila *et al.*, 2017).

Penelitian tentang evaluasi waktu tunggu dan kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium pasca survei akreditasi di Rumah Sakit mendapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna pada pencapaian indikator mutu ketidaktepatan waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium di Rumah Sakit antara sebelum dan sesudah survei akreditasi, sedangkan indikator mutu kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium setelah survei akreditasi lebih rendah secara bermakna dibandingkan dengan sebelum survei (Ratmasari *et al.*, 2020).

Mengacu kepada indikator yang digunakan oleh Kementerian Kesehatan, Rumah Sakit perlu menerapkan manajemen kualitas pelayanan yang berkelanjutan agar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat tetap terjaga kualitasnya. Siklus PDSA secara luas digunakan dalam manajemen kualitas di berbagai bidang, termasuk pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Kualitas pelayanan kesehatan dapat dinilai berdasarkan pelayanannya secara langsung dalam menangani pasien maupun sistem yang diterapkan. Penggunaan siklus PDSA dalam upaya meningkatkan manajemen CAP di Rumah Sakit menemukan ada peningkatan dalam pencatatan kriteria CURB65 dari 45% hingga 80% melalui 4 siklus PDSA (Berman *et al.*, 2018). *Review* 10 artikel *Plan-Do-Check-Act* (PDCA) dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit menyimpulkan bahwa siklus PDCA merupakan intervensi yang efektif untuk dilakukan, sehingga dapat diperoleh suatu perbaikan secara terus-menerus dalam suatu organisasi. Selain siklusnya yang sederhana, keunggulan lainnya dari siklus PDCA adalah fungsinya untuk menyelidiki masalah, menganalisis alasan serta membuat perubahan untuk meningkatkan kualitas medis di berbagai bidang (Aninten *et al.*, 2023; Fauza & Kautsar, 2018; Wu *et al.*, 2015).

Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Mutiara Sukma baru saja merampungkan akreditasi SNARS edisi 1 pada bulan Maret tahun 2023 dengan hasil paripurna. Akreditasi kali ini adalah survei verifikasi kedua setelah survei simulasi pada tahun 2022. Survei ini seharusnya dilaksanakan pada bulan Agustus tahun 2021, tetapi karena adanya bencana gempa dan Covid-19 yang melanda Pulau Lombok dan dunia, survei akreditasi kedua diundur tahun 2023. Standar manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) sendiri mendapatkan capaian 85,5% dengan beberapa catatan rekomendasi yang harus dilaksanakan dan diperbaiki. Beberapa rekomendasi yang terkait dengan penelitian ini adalah, program manajemen penanggulangan bencana, simulasi evakuasi penanganan kebakaran untuk semua staf Rumah Sakit, *debriefing* terhadap semua karyawan, ujicoba simulasi, serta tindak lanjut hasil asesmen resiko kebakaran.

Survei pendahuluan dan wawancara yang peneliti lakukan kepada ketua dan salah seorang anggota Komite K3 RSJ Mutiara Sukma pada bulan April 2023 menyebutkan bahwa beberapa hal yang masih menjadi pekerjaan rumah di



antaranya adalah manajemen bencana, yaitu belum dilakukannya pengukuran tingkat kesiapan Rumah Sakit dengan menggunakan *Hospital Safety Index*, sistem alarm kebakaran aktif yang belum ada, kurangnya pipa hidran di beberapa titik, serta pembangunan dan renovasi gedung yang tidak memperhatikan jalur evakuasi dan sistem perpipaan yang ada di Rumah Sakit.

Keselamatan fasilitas, termasuk di dalamnya sistem alarm kebakaran dan manajemen risiko fasilitas, merupakan sesuatu yang penting, karena jika tidak dikelola dengan baik dapat menimbulkan potensi bahaya, seperti infeksi nosokomial, kecelakaan kerja, kebakaran, radiasi, dan juga pencemaran lingkungan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Penelitian sebelumnya tentang pelaksanaan program K3RS dengan standar SNARS di RSUD Sleman mendapatkan bahwa program K3 sudah berjalan, hanya saja belum optimal terutama terkait dengan kebijakan dan visi misi program K3 (Rahmayanti *et al.*, 2019). Di RSJ Mutiara Sukma hingga tahun 2023 baru ada 4 asesor internal, tetapi hanya 1 asesor yang aktif menjalankan tugasnya. Selain itu, konsistensi dari para pemangku kebijakan yang ada di Rumah Sakit dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan juga masih kurang. Merujuk pada hal tersebut, peneliti merasa perlu melakukan penelitian tentang faktor determinan implementasi MFK di RSJ Mutiara Sukma. Untuk membantu RSJ Mutiara Sukma secara khusus dan Rumah Sakit secara umum dalam rangka mengetahui kesinambungan program MFK dan terintegrasi atau tidaknya dengan pelaksana program, yaitu Komite K3RS, intalasi penunjang, bidang perencanaan, dan lainnya.

## METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif menggunakan rancangan studi kasus eksploratoris dengan desain kasus tunggal holistik dengan tujuan membantu mengevaluasi implementasi standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma menggunakan pendekatan PDSA. Untuk memperoleh data pada penelitian kualitatif adalah telaah dokumen, observasi, *Focus Group Discussion* (FGD), dan wawancara mendalam (*indepth interview*) (Yin, 2015). Pemilihan informan pada penelitian kualitatif sepenuhnya ditentukan oleh peneliti, sehingga sering disebut dengan *purposive sampling*, yaitu memilih kasus yang informatif (*information-rich cases*) berdasarkan strategi dan tujuan yang telah ditetapkan peneliti yang jumlahnya tergantung pada tujuan dan sumber daya studi (Heryana, 2018).

Total informan dalam penelitian ini adalah sejumlah 26 orang, ialah ketua K3RS, kepala IPSRS, pejabat struktural, tim bencana, *Security*, penyewa lahan, penunggu pasien, pasien poliklinik, staf, *cleaning services*, dan kepala ruangan. Data dan informasi yang dikumpulkan, dianalisis secara terus menerus dari awal hingga akhir pelaksanaan penelitian. Caranya data hasil transkrip verbatim dari rekaman wawancara, hasil FGD, catatan *sampling* dan catatan lapangan atas hasil observasi terlebih dahulu dilakukan penyaringan dengan mengklarifikasi berdasarkan ciri dan jenisnya. Kemudian dilakukan reduksi dan *display* data hingga titik jenuh. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Mutiara Sukma. Dilaksanakan pada bulan Juni-Desember tahun 2023.



---

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Perencanaan (*Plan*)

Perencanaan yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah identifikasi bahaya di tempat kerja serta membuat kebijakan, panduan, Standar Operasional Prosedur (SOP) atau program kerja terkait dengan MFK berdasarkan identifikasi tersebut. Secara umum, perencanaan di RSJ Mutiara Sukma dijalankan dengan metode tambal sulam. Meskipun di awal tahun perencanaan sudah dibuat, hal tersebut bisa saja berubah sesuai dengan instruksi dari Direktur sebagai pimpinan tertinggi Rumah Sakit. Hampir semua informan yang bersangkutan dengan perencanaan, seperti kepala instalasi K3RS, kabag umum dan kasubag perencanaan menyampaikan hal serupa tentang ketidakjelasan model perencanaan yang ada di RSJ Mutiara Sukma. Belum ada alur yang jelas tentang seharusnya perencanaan dibuat, sehingga meskipun setiap tahun instalasi dan unit yang ada di RS menyerahkan program kerja yang sudah dibuat, tidak ada kejelasan tentang tindak lanjut dari proram kerja tersebut.

Berbeda dengan yang terjadi pada level Rumah Sakit, perencanaan yang ada di level unit sudah cukup baik walaupun masih ada kekurangan di beberapa tempat. Perencanaan MFK yang ada di RSJ Mutiara Sukma meliputi pembuatan peraturan berupa panduan/pedoman, kebijakan, dan SOP, identifikasi bahaya potensial, dan risiko kerja, serta pembuatan program kerja. Dalam pembuatan program kerja instalasi K3RS sudah didahului dengan pengumpulan data untuk manajemen risiko, serta melihat hasil evaluasi tahun sebelumnya, akan tetapi tidak ada laporan capaian secara spesifik, baik jangka panjang maupun jangka pendek, keberhasilan sebuah program hanya dilihat ketika program tersebut terlaksana atau tidak.

Identifikasi *hazard* atau bahaya potensial dilaksanakan melalui ronde secara periodik oleh anggota K3 yang ada di unit-unit, hal ini sekaligus sebagai bentuk monitoring fasilitas. Sementara identifikasi risiko kerja dibuat bersama antara K3RS dengan kepala unit yang ada di Rumah Sakit. Setiap bulannya K3 mengundang tiap kepala unit secara bergiliran untuk mengisi *risk register* mereka masing-masing dengan dibantu oleh admin K3. Kebijakan MFK sudah dibuat dengan baik, kebijakan ini terdapat dalam beberapa bentuk, seperti panduan atau pedoman K3RS, surat keputusan maupun Standar Operasional Prosedur (SOP) berbagai hal terkait dengan MFK. Pembuatan panduan/pedoman, kebijakan dan SOP disesuaikan dengan kebutuhan akreditasi Rumah Sakit, sehingga dalam proses pembuatannya pun hanya dilakukan tim akreditasi MFK, dalam hal ini lebih banyak dibuat oleh kepala instalasi K3RS. Setiap tahunnya pedoman, surat keputusan, dan SOP tersebut akan diperbaharui terutama menjelang reakreditasi.

### Pelaksanaan (*Do*)

#### *Keselamatan dan Keamanan*

Keselamatan dan keamanan dalam penelitian ini meliputi beberapa hal yang terkait dengan standar yang ada di akreditasi SNARS edisi 1, meliputi PCRA (*Pra Construction Risk Assessment*), risiko kerja dan cara penanganannya, *Medical Checkup*, serta penggunaan kartu identitas dan keamanan. PCRA memiliki standarnya sendiri di akreditasi, mengingat pentingnya hal tersebut terkait dengan keselamatan dan kenyamanan semua orang yang ada di



lingkungan Rumah Sakit, baik pasien, pengunjung, maupun karyawan Rumah Sakit. PCRA dibuat oleh instalasi K3RS sebelum sebuah proyek konstruksi, baik yang bersifat baru ataupun renovasi dilaksanakan. Selama ini yang sudah berjalan di RSJ Mutiara Sukma hanya sebatas pemasangan rambu-rambu, pemasangan *barrier* untuk area konstruksi, dan pemakaian APD tenaga proyek, sedangkan untuk pengukuran udara sebelum dan sesudah konstruksi sejauh ini belum pernah dilaksanakan.

Reduksi kebisingan, getaran dan debu juga belum maksimal dilakukan, sehingga beberapa kepala ruangan melaporkan adanya keluhan kebisingan dari pasien mereka. Pengetahuan informan tentang risiko kerja sudah cukup baik, dari 8 orang yang penulis wawancara, semua memberikan jawaban yang baik. Observasi menunjukkan bahwa budaya yang baik terkait dengan penanganan risiko kerja, bahkan di salah satu unit yang penulis observasi, informan membeli sendiri beberapa prasarana keselamatan, seperti *blower* dan Alat Pelindung Diri (APD). Alasan informan membeli sendiri masker dan *blower* karena pihak manajemen Rumah Sakit sangat sulit untuk memenuhi permintaan mereka. Kalaupun dipenuhi, biasanya lama dan bersifat sementara tanpa memperhatikan standar yang harus dipenuhi.

Pelaksanaan *Medical Check Up* (MCU) sudah berjalan walaupun masih ada hambatan seperti adanya karyawan yang tidak mau mengikuti MCU dan kuota karyawan yang masih dibatasi karena belum adanya anggaran khusus terkait dengan MCU. Selama ini, dana untuk pelaksanaan MCU selalu diambilkan dari dana akreditasi karena MCU merupakan salah satu elemen penilaian yang ada di akreditasi.

Penggunaan kartu identitas, baik pada karyawan maupun pengunjung masih kurang. Alasan tidak menggunakan identitas pada karyawan adalah karena mereka tidak memberikan pelayanan langsung kepada pasien, sedangkan pada penunggu pasien karena mereka memang tidak diberi kartu penunggu pasien oleh pihak Rumah Sakit karena kepala ruangan menganggap penggunaannya tidak efektif.

Alasan lainnya mengapa penggunaan kartu penunggu dirasa tidak efektif adalah terlalu banyak akses masuk ke Rumah Sakit serta tidak maksimalnya jam berkunjung sehingga menyulitkan, baik perawat maupun *security* untuk melakukan pengawasan. Jam kunjung yang tidak maksimal memunculkan masalah baru di Rumah Sakit, yaitu seringnya terjadi pencurian, baik pada pasien maupun karyawan. Yang menarik pencurian banyak terjadi pada saat-saat krusial seperti pukul 4 subuh, dimana pada waktu tersebut pekerjaan perawat sedang banyak serta awal waktu subuh, sehingga banyak dimanfaatkan oleh pencuri untuk melakukan aksinya. Penambahan jumlah CCTV di berbagai titik rawan, penambahan jumlah *security* yang melakukan patroli, serta pembuatan pagar dan pintu di sisi selatan menjadi beberapa solusi yang coba diterapkan Rumah Sakit sehingga saat ini kasus pencurian jauh berkurang.

### **Manajemen Penanggulangan Bencana**

Manajemen penanggulangan bencana yang dimaksudkan dalam penelitian ini mencakup kebijakan penanggulangan bencana berupa *Hospital Disaster Plan* (Hosdip), asesmen risiko bencana berupa *Hazard Vulnebiryty Assasment* (HVA),



simulasi bencana, *Hospital Safety Index*, serta kendala yang dihadapi dalam implementasi manajemen penanggulangan bencana. Pelaksanaan manajemen penanggulangan bencana di RSJ Mutiara Sukma belum dilakukan secara optimal, meskipun Pulau Lombok secara umum baru saja mengalami kejadian gempa bumi yang menelan banyak korban jiwa dan menimbulkan kerusakan, termasuk di RSJ Mutiara Sukma. Salah satu gedungnya, yaitu gedung manajemen pada saat penelitian ini dilakukan pada bulan Januari hingga Maret baru beroperasi sekitar 3 bulan menunggu selesai renovasi pasca kerusakan akibat gempa.

RSJ Mutiara Sukma sudah memiliki *Hospital Disaster Plan* (Hosdip), hanya saja belum disosialisasikan kepada semua karyawan, terutama jajaran direksi sehingga sebagian besar informan tidak tahu dan tidak pernah mendengar. Begitupun dengan keberadaan tim bencana Rumah Sakit, lebih banyak informan yang belum tahu atau tidak pernah mendengar tentang tim bencana. Tak jauh beda dengan Hosdip dan HVA, simulasi bencana juga masih belum maksimal dilaksanakan. Hanya simulasi APAR dan kebakaran yang rutin dilakukan setiap tahunnya karena tuntutan akreditasi, sedangkan pelatihan evakuasi pasien sifatnya masih skala unit, hanya latihan cara mengangkat dan melewati tangga darurat.

Pada saat penulis melakukan wawancara maupun FGD dan bertanya tentang manajemen bencana di Rumah Sakit, semua informan (100%) mulai dari level staf hingga Direktur menyatakan masih lemahnya manajemen bencana yang ada di RSJ Mutiara Sukma, bahkan ada 2 orang informan (kepala ISPRS dan *security*) yang hanya geleng-geleng tidak bersedia menjawab ketika ditanya tentang bencana.

*Hospital Safety Index* (HSI) yang sudah dikerjakan oleh instalasi K3 baru sebatas HSI untuk beberapa gedung yang dianggap rawan untuk digunakan setelah kejadian gempa Lombok tahun 2018, sedangkan penghitungan HSI untuk keseluruhan Rumah Sakit belum pernah dilakukan. Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan manajemen bencana menurut beberapa informan adalah kurangnya komitmen manajemen Rumah Sakit, direksi sebagai *stakeholder* lebih banyak fokus dengan standar akreditasi yang sifatnya mudah dilaksanakan dan tidak berbiaya besar, seperti cuci tangan atau sasaran keselamatan pasien.

### **Sistem Proteksi Kebakaran**

Dalam penelitian ini akan penulis fokuskan pada 3 hal, yaitu sistem alarm aktif berupa detektor asap, detektor panas dan *sprinkle*, hidran serta kawasan tanpa rokok. Penulis memfokuskan pada 3 hal tersebut karena hasil temuan di lapangan menunjukkan ketiganya adalah masalah yang paling *urgent* untuk segera diselesaikan. Sistem proteksi kebakaran yang ada di RSJ Mutiara Sukma sebagian besar tidak aktif, baik itu sistem alarm aktif maupun pasif. Sistem deteksi dini dan alarm kebakaran serta *sprinkle* gedung ada tapi kebanyakan tidak aktif, walaupun aktif tidak memenuhi standar baku. Bahkan ada beberapa gedung yang tidak memiliki detektor, seperti gedung hemodialisa, sementara di gedung rehabilitasi medis detektornya ada tetapi sensor tidak berfungsi, sehingga fungsinya tidak lebih sebagai hiasan belaka. Observasi yang penulis lakukan mengkonfirmasi apa yang dikatakan oleh para informan, penulis mencoba mencatat dan mengecek jumlah detektor, apar, dan hidran yang ada. Khusus untuk detektor, Rumah Sakit belum memiliki catatannya, yang tersedia di instalasi K3RS dan IPSRS hanya



jumlah dan kondisi APAR dan hidran.

Berdasarkan data dari informan yang telah direduksi, bahwa sebagian besar detektor yang ada di RSJ Mutiara Sukma tidak berfungsi, walaupun ada tidak memenuhi syarat. Kondisi detektor yang tidak berfungsi tersebut sebenarnya sudah diketahui oleh hampir semua informan Rumah Sakit kecuali direksi. Kepala IPSRS sebagai penanggung jawab dan juga kepala instalasi K3RS menyebutkan bahwa kondisi tersebut sudah lama terjadi dan sebenarnya sudah diketahui oleh direksi, terutama ketua pokja MFK yang merupakan kebag umum, namun hingga sekarang belum ada rencana perbaikan. Ketika penulis mengkonfirmasi hal tersebut kepada kabag umum dan Direktur, mereka menyebutkan bahwa belum ada laporan secara detail kepada mereka tentang hal tersebut walaupun secara tersirat mereka tahu kondisi tersebut.

Sistem proteksi kebakaran lainnya, seperti hidran tidak lebih baik dari detektor asap. Secara fisik, hidran bisa kita temukan di beberapa titik di RSJ Mutiara Sukma, hanya saja lebih banyak dari hidran tersebut yang tidak berfungsi. Observasi yang penulis lakukan terhadap sistem proteksi kebakaran yang ada di RSJ Mutiara Sukma menemukan hal serupa dengan yang diungkapkan oleh para informan. Hidran yang masih utuh hanya ada di Gedung Manajemen Mentaram, sementara di titik-titik lain, banyak dari hidran tersebut yang penutupnya hilang atau selangnya sudah tidak ada lagi, bahkan ada hidran di IGD yang letaknya di belakang meja pendaftaran, padahal hal tersebut secara aturan tidak diperbolehkan. Sementara sistem alarm kebakaran seperti detektor asap dan detektor panas banyak yang sudah rusak atau posisinya ditutupi oleh tembok semi permanen hasil renovasi Rumah Sakit.

Pengetahuan informan tentang pengendalian kebakaran di RSJ Mutiara Sukma sudah cukup baik. Semua informan yang berasal dari Rumah Sakit pada penelitian ini mampu menjelaskan dengan baik cara penggunaan APAR maupun alur pelaporan bila terjadi kebakaran. Berdasarkan data dan wawancara yang penulis lakukan, diketahui bahwa pernah terjadi 6 kali kebakaran di RSJ Mutiara Sukma yang tercatat selama kurun waktu 10 tahun. 3 dari 6 kebakaran tersebut disebabkan oleh puntung rokok. Pelaksanaan KTR (Kawasan Tanpa Rokok) di Rumah Sakit sudah cukup baik, kesadaran pengunjung dan karyawan sudah mulai meningkat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya.

Hanya saja di beberapa tempat yang tersembunyi masih ada karyawan, petugas *cleaning service* maupun pengunjung yang merokok. Mereka kebanyakan merokok pada *shift* sore atau malam ketika tidak terlalu banyak orang yang memperhatikan. Bahkan masih ada pengunjung yang merokok di depan spanduk larangan merokok meskipun sudah dilarang. Tidak adanya sanksi yang jelas menjadi salah satu alasan yang diungkapkan oleh *security* dalam hal ini. Meskipun peraturan Gubernur sudah mencantumkan sanksi, tetapi dalam pelaksanaannya hal tersebut sulit untuk diterapkan.

### **Monitoring (Study)**

Monitoring dilaksanakan melalui koordinasi antar instalasi dan unit setiap bulannya, adanya *whatsapp group* dalam berbagai lini juga memudahkan melakukan koordinasi dan pengawasan program kerja. Hanya saja karena sifatnya rapat koordinasi, tidak membahas semua permasalahan yang ada di K3RS.



Sementara, rapat internal K3 sendiri hanya dilakukan 2 kali dalam setahun, selebihnya dilakukan melalui *whatsapp group* dan koordinasi individu melalui hubungan pertemanan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 menyebutkan bahwa salah satu unsur monitoring dan pengawasan adalah pemeriksaan berkala, terutama pada sistem-sistem kunci seperti air, listrik, sistem ventilasi, dan sistem proteksi kebakaran. Setiap bulannya K3 sudah melakukan inspeksi fasilitas seperti plafon bocor, lantai pecah, dan juga keamanan, sedangkan pemeriksaan berkala sistem proteksi dilakukan oleh IPSRS, hanya saja hal ini belum rutin dilakukan kecuali menjelang akreditasi. Untuk uji coba sistem deteksi dini dan alarm kebakaran serta *sprinkle* terakhir dilaksanakan 2 tahun yang lalu, sedangkan di dokumen berita acara terakhir pada tahun 2015, setelahnya belum pernah dilakukan uji coba kecuali APAR dan hidran gedung yang dilaksanakan menjelang akreditasi Rumah Sakit.

Konfirmasi yang penulis lakukan terkait alasan tidak adanya pemeriksaan berkala fasilitas secara rutin ada 2 hal, yaitu ketiadaan dana yang disebutkan oleh kepala instalasi K3RS, sementara kepala IPSRS menyebutkan alasan bahwa tidak ada gunanya sistem tersebut diperiksa karena sebagian besarnya tidak aktif dan berumur tua, serta tidak pernah diganti. Sedangkan dari jajaran direksi menyebutkan bahwa mereka tidak tahu dan tidak pernah mendapatkan usulan untuk pemeriksaan dan penggantian sistem proteksi kebakaran.

Pencatatan, pelaporan, dan analisis belum dilakukan secara maksimal. Pelaporan masih terpisah-pisah per kegiatan dan lebih berorientasi pada pemenuhan persyaratan akreditasi, sehingga belum mencakup semua kegiatan. Penelusuran dokumen yang penulis lakukan hanya menemukan laporan hasil inspeksi, laporan kecelakaan, dan laporan *medical check up*, sedangkan laporan atau rekomendasi terkait dengan manajemen penanggulangan bencana dan sistem proteksi kebakaran belum ada.

Pada tingkat manajerial (direksi Rumah Sakit), koordinasi dan pengawasan masih lemah. Salah satu temuan yang penulis dapatkan terkait hal ini adalah pada tahun 2019 ada 3 unit yang melaksanakan *Medical Check Up* (MCU), padahal secara aturan MCU adalah kegiatan rutin K3RS yang dikerjakan oleh kepegawaian. Menurut infoman utama dari K3RS, hal ini terjadi karena tidak adanya koordinasi antara keuangan sebagai pemegang anggaran dengan kepegawaian maupun K3RS sebagai pelaksana kegiatan.

Penulis juga mengkonfirmasi lemahnya sistem pengawasan Rumah Sakit pada saat wawancara dengan Direktur RSJ Mutiara Sukma. Beliau menyadari bahwa salah satu kelemahan direksi adalah komunikasi efektif. Peran SPI (Satuan Pengawas Internal) belum maksimal dalam melakukan fungsinya sebagai pengawas internal Rumah Sakit, mereka lebih banyak berperan pada saat pengawas eksternal seperti inspektorat, BPATK atau BPK datang inspeksi ke Rumah Sakit. Fungsi awalnya sebagai pemberi masukan dan rekomendasi bagi Direktur berubah menjadi tameng Direktur, pada akhirnya tidak ada proses pembelajaranyang terjadi di Rumah Sakit.

### **Tindak Lanjut (Act)**

Masalah terkait tindak lanjut rekomendasi atau hasil evaluasi dari kegiatan



MFK yang ada di Rumah Sakit sebagian besar ada di bagian umum. Bagian umum yang menjadi pelaksana dari perbaikan fasilitas, masalah keamanan, isi ulang APAR, pengadaan sistem alarm aktif dan juga hidran, begitupun upaya mitigasi bencana, diarahkan ke bagian umum oleh Direktur. Setelah adanya akreditasi Rumah Sakit, sebenarnya ada peningkatan upaya pelaksanaan tindak lanjut dari pihak manajemen. Akan tetapi tindak lanjut tersebut akan marak dilaksanakan apabila mendekati masa penilaian akreditasi atau reakreditasi. Ketika masa penilaian berlalu, maka tindak lanjut juga berlalu menunggu masa penilaian berikutnya.

Salah satu yang menjadi kendala pelaksanaan tindak lanjut maupun perbaikan MFK adalah kurangnya dana, beberapa informan yang diwawancarai seperti kepala ruangan dan kepala instalasi K3RS menyebutkan hal tersebut. Akan tetapi ketika kami mengkonfirmasi dengan kepala bagian umum RSJ Mutiara Sukma, dana tidak menjadi masalah, selama hal tersebut memang *urgent* untuk dilakukan atau merupakan standar akreditasi yang harus dilakukan. Inilah yang kemudian menjadi alasan instalasi K3RS dan unit terkait untuk selalu membawa atribut akreditasi pada setiap kegiatan, agar lebih mudah dieksekusi. Mereka yang awalnya bekerja dengan kesungguhan untuk menjadikan setiap standar akreditasi menjadi budaya, pada akhirnya kecewa dan memilih mengikuti aturan main manajemen Rumah Sakit yang selalu menjadikan akreditasi sebagai alasan pemenuhan kebutuhan, itu pun harus menunggu *moment* akreditasi atau reakreditasi.

Sistem anggaran yang sifatnya fleksibel dan gelondongan menjadi sebuah kelebihan sekaligus kekurangan bagi Rumah Sakit. Menjadi kelebihan karena bisa mengakomodir banyak program kerja yang ada disana. Hanya saja karena tidak adanya rincian, dananya bisa saja digunakan untuk hal yang kurang prioritas atau digunakan untuk kegiatan sama yang berulang, sehingga dalam hal ini tidak ada efisiensi anggaran. Seperti kasus MCU yang dilaksanakan oleh 3 unit yang berbeda.

Kurangnya komitmen manajemen Rumah Sakit juga dikeluhkan oleh informan. Pengadaan dan perbaikan sarana keselamatan lebih ditekankan pada “ada dulu” tanpa mempertimbangkan standar yang ada maupun masa pakai. Selain itu, keterlibatan direksi di MFK lebih sebatas tanggung jawab sebagai bagian dari pokja MFK di akreditasi, bukan bersumber dari kesadaran akan pentingnya K3 dalam keseharian Rumah Sakit.

## **SIMPULAN**

Pada Fase Perencanaan (*Plan*), sudah dibuat rutin setiap tahunnya. Rencana kerja yang ada belum menetapkan indikator dan sasaran yang tepat karena tidak adanya skala prioritas dan adaptasi terhadap rencana strategis. Fase Pelaksanaan (*Do*) belum berjalan optimal, karena terkendala koordinasi antar unit dan alokasi anggaran yang kurang tepat. Pelaksanaan idealnya dilakukan oleh instalasi K3RS yang berada di bagian penunjang dan mendapat arahan langsung dari Direktur RSJ Mutiara Sukma. Fase Monitoring dan evaluasi (*Study*) dilaksanakan melalui *whatsapp group*, inspeksi bulanan, pertemuan, dan pemeriksaan berkala fasilitas. Idealnya dilaksanakan oleh bagian umum,



pelayanan, dan penunjang, tetapi masih berjalan optimal. Belum ada analisa lebih lanjut terhadap hasil monitoring dan evaluasi. Pemeriksaan berkala masih menjadi pekerjaan rumah karena kurangnya komunikasi antara pelaksana kegiatan dan manajemen Rumah Sakit. Data dan dokumen yang ada masih membutuhkan sistem pengelolaan yang lebih baik dan rapi serta terintegrasi dengan unit terkait. Fase tindak lanjut (*Act*), sebagian besar tindak lanjut terkait MFK dilaksanakan oleh bagian umum. Kendala pada fase ini, yaitu pengelolaan anggaran yang kurang efisien dan masih kurangnya komitmen manajemen dalam merealisasikan rekomendasi dari hasil monitoring dan evaluasi pada fase sebelumnya. Belum ada pengintegrasian evaluasi program untuk adaptasi dan perencanaan strategis. Dampak dari tindak lanjut, perencanaan, dan penganggaran hanya pada satu bagian adalah tidak efektifnya pelaksanaan program dan akan terjadi konflik kepentingan.

## **SARAN**

Direktur dan manajemen RSJ Mutiara Sukma dapat melakukan perencanaan dibuat sesuai skala prioritas menurut arahan dari manajemen dan tentunya Direktur Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma sebagai pimpinan tertinggi mendapat pelaporan dan perencanaan yang komprehensif sesuai rencana program MFK. Memperjelas tugas pokok dan fungsi di masing-masing bagian dan bidang yang terkait dengan program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK). Perencanaan dan pelaporan supaya melibatkan secara aktif instalasi K3 dalam perencanaan pembangunan dan pengadaan sarana dan prasarana Rumah Sakit dan yang berkaitan dengan program MFK.

Sementara itu, bagi instalasi K3 dapat menyusun perencanaan detail terkait kegiatan-kegiatan program MFK berikut dengan estimasi anggarannya, dan juga mengusulkan tenaga fungsional pembimbing kesehatan kerja yang secara penuh bisa melaksanakan program K3RS di RSJ Mutiara Sukma. Peningkatan sosialisasi program pada manajemen Rumah Sakit dan semua unit yang terutama agar pelaksanaan standar K3 bisa terus berlanjut. *Hospital disaster plan* perlu dibuat ulang dan disimulasikan dengan melibatkan semua unsur yang terlibat. Sistem proteksi kebakaran perlu dilakukan identifikasi ulang ketersediaan dan keandalannya.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Terima kasih penulis sampaikan kepada Direktur dan manajemen RSJ Mutiara Sukma, bagi instalasi K3, dan pihak-pihak yang membantu pelaksanaan penelitian ini sehingga menjadi sebuah karya ilmiah.

## **DAFTAR RUJUKAN**

- Agustini, F., Putra, A., & Dumenta, S. (2018). Pengaruh Lingkungan Kerja Fisik dan Budaya Organisasi terhadap Kepuasan Kerja Karyawan di PT. Bank Tabungan Negara Cabang Medan. *Niagawan*, 7(1), 30-36. <https://doi.org/10.24114/niaga.v7i1.9352>
- Aninten, A., Safnowandi, S., & Dewi, I. N. (2023). Penerapan LKS Berbasis Etnosains untuk Melatih Keterampilan Penyelesaian Masalah Siswa Kelas



- VII. In *Proceeding of National Conference of Biology Education* (pp. 167-178). Mataram, Indonesia: Program Studi Pendidikan Biologi, Fakultas Sains, Teknik, dan Terapan, Universitas Pendidikan Mandalika.
- Berman, L., Raval, M. V., & Goldin, A. (2018). Process Improvement Strategies: Designing and Implementing Quality Improvement Research. *Seminars in Pediatric Surgery*, 27(6), 379-385. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2018.10.006>
- Brubakk, K., Vist, G. E., Bukholm, G., Barach, P., & Tjomsland, O. (2015). A Systematic Review of Hospital Accreditation: The Challenges of Measuring Complex Intervention Effects. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0933-x>
- Coury, J., Schneider, J. L., Rivelli, J. S., Petrik, A. F., Seibel, E., Brieshon D'Agostini, B., Taplin, S. H., Green, B. B., & Coronado, G. D. (2017). Applying the Plan-Do-Study-Act (PDSA) Approach to a Large Pragmatic Study Involving Safety Net Clinics. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2364-3>
- Fadhila, N., Sudiro, S., & Denny, H. M. (2017). Analisis Upaya Manajemen Rumah Sakit dalam Penerapan Budaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) Pasca Akreditasi pada Sebuah RSUD di Kabupaten Semarang. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 5(1), 55-61. <https://doi.org/10.14710/jmki.5.1.2017.55-61>
- Fauza, Q., & Kautsar, A. P. (2018). *Plan-Do-Check-Action* (PDCA) dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. *Farmaka*, 16(3), 234-243. <https://doi.org/10.24198/jf.v16i3.17729.g8986>
- Heryana, A. (2018). *Informan dan Pemilihan Informan dalam Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Mandawati, M., Fu'adi, M. J., & Jaelan. (2018). Dampak Akreditasi Rumah Sakit: Studi Kualitatif terhadap Perawat di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo. *Nurscope : Jurnal Penelitian dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, 4(4), 23-29.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit*. 2012. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*. 2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Rahmayanti, E. I., Kadar, K. S., & Saleh, A. (2019). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kesiapan Perawat dalam Melaksanakan *Evidence-Based Practice* (EBP): A Literature Review. *Jurnal Keperawatan*, 10(1), 23-32. <https://doi.org/10.22219/jk.v10i1.6383>
- Ratmasari, D., Lestari, T., & Mulyono, B. (2020). Evaluasi Waktu Tunggu dan Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pascasurvei Akreditasi Tahun 2015 di Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. *The Journal of Hospital Accreditation*, 2(1), 3-8. <https://doi.org/10.35727/jha.v2i1.55>



**Bioscientist : Jurnal Ilmiah Biologi**

E-ISSN 2654-4571; P-ISSN 2338-5006

Volume 12, Issue 1, June 2024; Page, 469-481

Email: [bioscientist@undikma.ac.id](mailto:bioscientist@undikma.ac.id)

- 
- Sutoto., & Utarini, A. (2019). Mendorong Riset dan Berbagi Pengalaman untuk Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. *Journal of Hospital Accreditation*, 1(1), 1-2. <https://doi.org/10.35727/jha.v1i1.18>
- Tampubolon. M. P. (2018). *Manajemen Operasi dan Rantai Pemasok*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Wu, S. W., Chen, T., Xuan, Y., Xu, X. W., Pan, Q., Wei, L. Y., Li, C., & Wang, Q. (2015). Using Plan-Do-Check-Act Circulation to Improve the Management of Panic Value in the Hospital. *Chinese Medical Journal*, 128(18), 2535-2538. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.164984>
- Yin, R. K. (2015). *Studi Kasus, Desain dan Metode (Ed.1-Cet.1)*. Jakarta: Rajawali Press.