

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit adalah salah satu pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk melayani masyarakat Indonesia. Berdasarkan Undang Undang Republik Indonesia, nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pasal 1 menyatakan bahwa “Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 (2009) tentang Rumah Sakit bab III pasal 5, rumah sakit mempunyai fungsi, diantaranya adalah:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi Rumah Sakit Bab III, menjelaskan bahwa rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi:

1. Rumah Sakit Kelas A
Rumah Sakit Umum Kelas A merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 (dua ratus lima puluh) buah
2. Rumah Sakit Kelas B
Rumah Sakit Umum Kelas B merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 (dua ratus) buah
3. Rumah Sakit Kelas C
Rumah Sakit Umum Kelas C merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah
4. Rumah Sakit Kelas D
Rumah Sakit Umum Kelas D merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 (lima puluh) buah

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis menyatakan bahwa, “Rekam medis adalah suatu lembaran kertas yang berisikan keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa, pemeriksaan fisik dan segala pelayanan tindakan medis”.

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pelayanan Medik (1997) , bahwa: “Tujuan rekam medis adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Tujuan rekam medis menurut Rustiyanto (2009:6) dalam buku yang berjudul Etika Profesi, menyatakan bahwa “Tujuan dibuatnya rekam medis adalah

untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis baik dan benar tertib administrasi rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan”. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Revisi II (2006) tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, menyatakan bahwa kegunaan rekam medis secara umum, antara lain:

1. Aspek Administrasi, suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan perawat dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan
2. Aspek Medis, catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan terapi pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada pasien
3. Aspek Hukum, menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan
4. Aspek Keuangan, isi rekam medis dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan pada fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) tanpa adanya bukti catatan tindakan/pelayanan, maka untuk pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan
5. Aspek Penelitian, berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian
6. Aspek Pendidikan, berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang kronologis dari pelayanan medik yang diberikan pada pasien harus
7. Aspek Dokumentasi, isi rekam medis menjadi sumber

ingatan yang didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan

2.3 Unit Rawat Jalan

2.3.1 Pengertian Unit Rawat Jalan

Unit rawat jalan merupakan tempat pelayanan yang digunakan sebagai sarana konsultasi, penyelidikan, pemeriksaan, dan pengobatan pasien oleh dokter ahli di bidang masing-masing yang disediakan untuk pasien yang membutuhkan waktu singkat dalam penyembuhan atau tidak memerlukan pelayanan perawatan.

2.3.2 Tugas Pokok Unit Rawat Jalan

Menurut Sudra (2014) adalah mencatat data hasil pelayanan klinis ke dalam formulir rekam medis rawat jalan meliputi:

1. Anamnesa
2. Pemeriksaan Fisik
3. Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium, Rontgen, dan lain-lain).
4. Terapi
5. Tindakan (bila ada)
6. Hasil akhir pelayanan. Selain itu, mencatat pula hasil-hasil kegiatan
7. Pelayanan rawat jalan.

2.4 Sistem Penyimpanan Rekam Medis (*Filing System*)

Menurut Sarake (2017), dalam Buku Ajar Rekam Medis, kegiatan menyimpan rekam medis merupakan usaha melindungi rekam medis dari kerusakan fisik dan isi dari rekam medis itu sendiri. Rekam medis harus disimpan dan dirawat dengan baik karena rekam medis merupakan harta benda rumah sakit yang sangat berharga.

Rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaan oleh dokter, dokter gigi dan pimpinan sarana kesehatan. Tugas pokok dari unit *filig*, yakni :

1. Menyimpan dokumen rekam medis dengan metode tertentu sesuai dengan kebijakan penyimpanan dokumen rekam medis
2. Mengambil kembali (*retriev*) dokumen rekam medis untuk berbagai keperluan
3. Menyusutkan (meretensi) dokumen rekam medis sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan sarana pelayanan kesehatan
4. Memisahkan penyimpanan dokumen rekam medis aktif dan in-aktif
5. Membantu dalam penilaian nilai guna rekam medis
6. Menyimpan dokumen rekam medis yang diabadikan, dan
7. Dalam pelaksanaan pemusnahan formulir rekam medis

2.5 Manajemen Risiko

Manajemen risiko adalah suatu sistem pengelolaan risiko yang dihadapi oleh organisasi secara komprehensif untuk tujuan meningkatkan nilai perusahaan. Program manajemen risiko yang berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera serta mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf. Dalam mengelola unit rekam medis, seorang perekam medis dan informasi kesehatan berperan penting dalam mengurangi terjadinya risiko-risiko yang dapat merugikan dirinya sendiri maupun orang lain.

1. Pengelolaan Manajemen Risiko

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit ((KKPRS):2015) menyatakan bahwa, pengelolaan manajemen risiko berkelanjutan digunakan

untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera serta mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf. Pengertian lain dari manajemen risiko menurut *Australian Standard/New Zealand Standard (AS/NZS) 4360:2004* merupakan aplikasi sistem kebijakan manajemen, prosedur dan praktik terhadap komunikasi tugas, penetapan konteks, identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, monitoring dan peninjauan ulang risiko. Proses manajemen risiko yang kompenennya meliputi identifikasi, pelaporan risiko tinggi lainnya karena kegagalan proses tersebut dapat menyebabkan kejadian sentinel.

Menurut AS/NZS 4360:2004, analisis semi kuantitatif mempertimbangkan kemungkinan untuk menggabungkan 2 elemen, yaitu probabilitas (*Likelihood*) dan paparan (*Exposure*) sebagai frekuensi. Terdapat hubungan yang kuat antara frekuensi dari paparan dengan probabilitas terjadinya risiko. Dalam metode analisis semi kuantitatif terdapat 3 unsur yang dijadikan pertimbangan, yaitu :

2. Kemungkinan (*Likelihood*)

Kemungkinan adalah nilai yang menggambarkan kecenderungan terjadinya konsekuensi dari sumber risiko pada setiap tahapan pekerjaan. Kemungkinan tersebut akan ditentukan ke dalam kategori tingkat kemungkinan yang mempunyai nilai rating yang berbeda, yaitu: *Almost Certain, Likely, Unusual but possible, Remotely Possible, Conceivable, dan Practically Impossible*.

Tabel 2. 1 Tingkat *Likelihood* Metode Analisis Semi Kuantitatif

Faktor	Kategori	Deskripsi	Rating
Kemungkinan (<i>Likelihood</i>)	<i>Almost Certain</i>	Kejadian yang paling sering terjadi	10
	<i>Likely</i>	Kemungkinan terjadi 50% - 50%	6
	<i>Unusually but possible</i>	Mungkin saja terjadi tetapi jarang	3
	<i>Remotely Possible</i>	Kejadian yang sangat kecil kemungkinannya untuk terjadi	1
	<i>Conceivable</i>	Mungkin saja terjadi, tetapi tidak pernah terjadi meskipun dengan paparan yang bertahun-tahun	0,5
	<i>Practically Impossible</i>	Tidak mungkin terjadi atau sangat tidak mungkin terjadi	0,1

Sumber: *Risk Management AS/NZS 4360* (2004)

3. Paparan (*Exposure*)

Paparan menggambarkan tingkat frekuensi interaksi antara sumber risiko yang terdapat di tempat kerja dengan pekerja dan menggambarkan kesempatan yang terjadi ketika sumber risiko ada yang akan diikuti oleh dampak atau konsekuensi yang akan ditimbulkan. Tingkat frekuensi tersebut akan ditentukan kedalam kategori tingkat paparan yang mempunyai nilai rating yang berbeda, yaitu *Continuously, Frequently, Occasionally, Infrequent, Rare, dan Very Rare*.

Tabel 2. 2 Tingkat *Exposure* Metode Analisis Semi Kuantitatif

Faktor	Kategori	Deskripsi	Rating
Paparan (<i>Exposure</i>)	<i>Continuously</i>	Terjadi secara terus-menerus setiap hari	10
	<i>Frequently</i>	Terjadi sekali setiap hari	6
	<i>Occasionally</i>	Terjadi sekali seminggu sampai dengan sekali sebulan	3
	<i>Infrequent</i>	Terjadi sekali sebulan sampai dengan sekali setahun	2
	<i>Rare</i>	Pernah terjadi tetapi jarang, diketahui kapan terjadinya	1
	<i>Very Rare</i>	Sangat jarang, tidak diketahui kapan terjadinya	0,5

Sumber: *Risk Management AS/NZS 4360 (2004)*

4. Konsekuensi (*Consequences*)

Konsekuensi adalah nilai yang menggambarkan suatu keparahan dari efek yang ditimbulkan oleh sumber risiko pada setiap tahapan pekerjaan. Analisis konsekuensi ini sangat berguna untuk memperoleh suatu informasi mengenai cara mencegah dan meminimalkan dampak terjadinya kecelakaan akibat suatu proses pekerjaan. Tingkat konsekuensi metode analisis semi kuantitatif dibagi ke dalam beberapa kategori, yaitu: *Catastropic, Disaster, Very Serious, Serious, Important*, dan *Noticeable* (AS/NZS 4360:2004).

Tabel 2. 3 Tingkat *Consequences* Metode Analisis Semi Kuantitatif

Faktor	Kategori	Deskripsi	Rating
Konsekuensi (<i>Consequences</i>)	<i>Catastropic</i>	Kerusakan yang fatal dan sangat parah, terhentinya aktifitas, dan terjadi kerusakan lingkungan yang sangat parah	100
	<i>Disaster</i>	Kejadian yang berhubungan dengan kematian, serta kerusakan permanen yang kecil terhadap lingkungan	50
	<i>Very Serious</i>	Cacat atau penyakit yang permanen dan kerusakan sementara terhadap lingkungan	25
	<i>Serious</i>	Cidera yang serius tapi bukan penyakit parah yang permanen dan sedikit berakibat buruk bagi lingkungan	15
	<i>Important</i>	Cidera yang membutuhkan penanganan medis, terjadi emisi buangan, di luar lokasi tetapi tidak menimbulkan kerusakan	5
	<i>Noticeable</i>	Cidera atau penyakit ringan, memar bagian tubuh, kerusakan kecil, kerusakan ringan dan terhentinya proses kerja sementara waktu tetapi tidak menyebabkan pencemaran di luar lokasi	1

Sumber: *Risk Management AS/NZS 4360* (2004)

5. Tingkat Risiko

Tingkat risiko pada analisis semi kuantitatif merupakan hasil perkalian nilai variabel kemungkinan, paparan, dan konsekuensi dari risiko-risiko keselamatan kerja yang terdapat pada setiap tahapan pekerjaan. Tingkat risiko metode analisis semi kuantitatif dibagi ke dalam beberapa kategori, yaitu: *Very High*, *Priority 1*, *Substansial*, *Priority 3*, dan *Acceptable*.

Tabel 2. 4 Tingkat Risiko Metode Analisis Semi Kuantitatif

Tingkat Risiko	Kategori	Tindakan
>350	<i>Very High</i>	Aktifitas dihentikan sampai risiko bisa dikurangi hingga mencapai batas yang diperbolehkan atau diterima
180 – 350	<i>Priority 1</i>	Perlu pengendalian sesegera mungkin
70 – 180	<i>Substansial</i>	Mengharuskan adanya perbaikan secara teknis
20 – 70	<i>Priority 3</i>	Perlu diawasi dan diperhatikan secara berkesinambungan
<20	<i>Acceptable</i>	Intensitas yang menimbulkan risiko dikurangi seminimal mungkin

Sumber: *Risk Management AS/NZS 4360 (2004)*

6. Faktor Risiko dan Pengendalian

a. Faktor Fisik

1) Sesak nafas dan alergi

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)

Edisi 1 pada standar Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

(PPI) elemen penilaian 9 dan 9.1 dengan maksud “Kebersihan tangan, menggunakan alat pelindung diri, serta disinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi. Oleh karena itu, harus tersedia di setiap tempat asuhan pasien yang membutuhkan barang ini. Rumah sakit menetapkan ketentuan tentang tempat di mana alat pelindung diri ini harus tersedia dan dilakukan pelatihan cara memakainya. Sabun, disinfektan, handuk/tisu, serta alat lainnya untuk mengeringkan ditempatkan di lokasi tempat cuci tangan dan prosedur disinfeksi tangan dilakukan..” Kebersihan tangan dengan menggunakan sabun dan disinfektan merupakan sarana yang efektif untuk pengendalian dan pencegahan perkembangan dari infeksi akibat kerja.

2) Tergores jepretan staples

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan nomor 2 bahwa “Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang di pakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius.” Sarung tangan dipakai untuk melindungi perekam medis sewaktu melakukan pekerjaan rutin, seperti saat mengambil dokumen rekam medis di rak.

3) Dokumen Rekam Medis rapuh

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)

Edisi 1 pada standar Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM) 11, menyatakan bahwa “Berkas rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan yang tidak berhak”. Dokumen rekam medis sangat dijaga kerahasiaannya. Rekam medis pasien dan data serta informasi lain terkait pasien harus dijaga dan dilindungi sepanjang waktu. Sebagai contoh, rekam medis pasien yang aktif disimpan di area yang hanya tenaga kesehatan mempunyai otorisasi untuk akses.

Dokumen disimpan di lokasi yang terhindar dari air, api, panas, dan kerusakan lainnya. Di rumah sakit yang menyimpan rekam medis secara elektronik terdapat regulasi untuk mencegah akses mempergunakan rekam medis tanpa izin dan melaksanakan proses pencegahan penggunaan yang tidak berhak.

b. Faktor Kimia

1) Tinta Dokumen Rekam Medis

“Rekam kesehatan hanya menggunakan tinta warna biru atau hitam dalam penulisan. Khusus grafik boleh menggunakan warna merah atau hijau” (Hatta, 2017).

2) Bau-bauan

“Bau-bauan yang ada di sekitar tempat kerja dapat dianggap sebagai sebuah pencemaran, karena dapat mengganggu konsentrasi bekerja dan bau-bauan yang terjadi secara terus menerus dapat mempengaruhi kepekaan terhadap penciuman” (Sedarmayanti, 2011).

c. Faktor Biologi

1) Virus

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 pada standar Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi elemen penilaian 9 dan 9.1 dengan maksud “Kebersihan tangan, menggunakan alat pelindung diri, serta disinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi. Oleh karena itu, harus tersedia di setiap tempat asuhan pasien yang membutuhkan barang ini. Rumah sakit menetapkan ketentuan tentang tempat di mana alat pelindung diri ini harus tersedia dan dilakukan pelatihan cara memakainya. Sabun, disinfektan, handuk/tisu, serta alat lainnya untuk mengeringkan ditempatkan di lokasi tempat cuci tangan dan prosedur disinfeksi tangan dilakukan.” Dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2017 nomor 27 pasal 1 ayat 1 menyatakan bahwa “Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya penyebaran virus dan menjadi infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan”.

2) Serangan rayap dan serangga

Dokumen disimpan di lokasi yang terhindar dari air, api, panas, dan kerusakan lainnya. Rak dokumen rekam medis merupakan tempat favorit bagi persembunyian serangga dan rayap, sudah seharusnya suhu dan kelembapan diatur dengan baik.

d. Faktor Penyimpanan Dokumen Rekam Medis

1) *Miss File*

Miss file atau yang biasa disebut dengan berkas hilang (hanya sementara) merupakan “salah letak dan keterlambatan dalam pelacakan dokumen rekam medis di TPPRJ”. (Rustiyanto dan Rahayu, 2011).

2) Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2008) dinyatakan bahwa: “Waktu tunggu pasien terhadap pelayanan rekam medis di pendaftaran rawat jalan merupakan salah satu hal penting yang akan menentukan citra awal pelayanan rumah sakit. Waktu tunggu pasien merupakan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan pasien. Pasien akan menganggap pelayanan kesehatan berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Standar waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan adalah ≤ 10 menit”.

7. Risiko Operasional

Penelitian ini termasuk penelitian yang menganalisis tentang faktor-faktor risiko pada bagian operasional atau yang berkaitan langsung dengan kegiatan pekerjaan di suatu perusahaan atau instansi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Risiko operasional sendiri memiliki pengertian yakni suatu risiko yang berhubungan dengan kegiatan-kegiatan untuk menjalankan suatu bisnis. Risiko kegiatan operasional mengakibatkan tidak berjalan lancar akan

suatu kegiatan dan mengakibatkan kerugian: kegagalan sistem, *human error*, pengendalian dan prosedur yang kurang. Risiko operasional juga terjadi di Unit Filing Rekam Medis dengan munculnya berbagai faktor risiko yang bisa mengakibatkan terhambatnya bahkan menimbulkan risiko terhadap perekam medis ketika melakukan pekerjaan di Unit Filing Rekam Medis karena tidak ada prosedur atau manajemen risiko sebagai sarana untuk mengatur, mengontrol dan meminimalisir risiko.

2.6 *Focus Group Discussion* (FGD)

2.6.1 Definisi *Focus Group Discussion* (FGD)

Menurut asal usul katanya *Focus Group Discussion* (FGD) merupakan akronim dalam bahasa Inggris yang kepanjangannya adalah *focus group discussion*, jika diterjemahkan secara bebas ke dalam bahasa Indonesia berarti: diskusi kelompok terarah.

FGD biasa juga disebut sebagai metode dan teknik pengumpulan data kualitatif dengan cara melakukan wawancara kelompok. Guna memperoleh pengertian yang lebih seksama FGD dapat didefinisikan sebagai metode dan teknik dalam mengumpulkan data kualitatif dimana sekelompok orang berdiskusi tentang suatu masalah atau topik tertentu dipandu oleh seorang fasilitator atau moderator.

FGD secara sederhana dapat didefinisikan sebagai suatu diskusi yang dilakukan secara sistematis dan terarah mengenai suatu isu atau masalah tertentu. Irwanto (2006: 1-2) mendefinisikan FGD adalah suatu proses pengumpulan data dan informasi yang sistematis mengenai suatu permasalahan tertentu yang sangat

spesifik melalui diskusi kelompok. Pengertian *Focus Group Discussion* mengandung tiga kata kunci, yakni:

1. Diskusi (bukan wawancara atau obrolan)
2. Kelompok (bukan individual)
3. Terfokus/Terarah (bukan bebas)

Artinya, walaupun hakikatnya adalah sebuah diskusi, FGD tidak sama dengan wawancara, rapat, atau obrolan beberapa orang di kafe-kafe. FGD bukan pula sekedar kumpul-kumpul beberapa orang untuk membicarakan suatu hal. Banyak orang berpendapat bahwa FGD dilakukan untuk mencari solusi atau menyelesaikan masalah. Artinya, diskusi yang dilakukan ditujukan untuk mencapai kesepakatan tertentu mengenai suatu permasalahan yang dihadapi oleh para peserta, padahal aktivitas tersebut bukanlah FGD, melainkan rapat biasa. FGD berbeda dengan arena yang semata-mata digelar untuk mencari konsensus.

2.6.2 Kegunaan *Focus Group Discussion* (FGD)

Menurut Koentjoro (2005:7), kegunaan FGD di samping sebagai alat pengumpul data adalah sebagai alat untuk meyakinkan pengumpul data (peneliti) sekaligus alat konfirmasi terhadap berbagai keterangan/informasi yang didapat melalui berbagai metode penelitian yang digunakan atau keterangan yang diperoleh sebelumnya, baik keterangan yang sejenis maupun yang bertentangan. Dari berbagai keterangan di atas, dapat disimpulkan dalam kaitannya dengan penelitian, FGD berguna untuk:

1. Memperoleh informasi yang banyak secara cepat
2. Mengidentifikasi dan menggali informasi mengenai kepercayaan, sikap

dan perilaku kelompok tertentu,

3. Menghasilkan ide-ide untuk penelitian lebih mendalam, dan
4. *Cross-check* data dari sumber lain atau dengan metode lain.

2.6.3 Persiapan dan Desain Rancangan FGD

Sebagai sebuah metode penelitian, pelaksanaan FGD memerlukan perencanaan matang dan tidak asal-asalan. Untuk diperlukan beberapa persiapan sebagai berikut:

1. Membentuk tim
2. Memilih dan mengatur tempat
3. Menyiapkan logistik
4. Menentukan jumlah peserta
5. Rekrutmen peserta

2.6.4 Langkah-Langkah Pelaksanaan FGD

Sebagai sebuah metode penelitian, pelaksanaan FGD memerlukan perencanaan matang dan tidak asal-asalan. Untuk diperlukan beberapa persiapan sebagai berikut:

1. Membentuk Tim

Tim FGD umum mencakup, sebagai berikut :

- a. Moderator, yaitu fasilitator diskusi yang terlatih dan memahami masalah yang dibahas serta tujuan penelitian yang hendak dicapai (keterampilan, serta terampil mengelola diskusi (keterampilan proses).
- b. Asisten Moderator/*Co-fasilitator*, yaitu orang yang intensif mengamati jalannya FGD, dan ia membantu moderator mengenai: waktu, diskusi

(apakah tetap terarah atau keluar jalur), apakah masih ada pertanyaan penelitian yang belum terjawab, apakah ada peserta FGD yang terlalu pasif sehingga belum memperoleh kesempatan berpendapat.

c. Pencatat Proses/Notulen, yaitu orang bertugas mencatat inti permasalahan yang didiskusikan serta dinamika kelompoknya. Umumnya dibantu dengan alat pencatatan berupa satu unit atau laptop yang lebih fleksibel.

d. Penghubung Peserta, yaitu orang yang mengenal (person, medan), menghubungi, dan memastikan partisipasi peserta. Biasanya disebut mitra kerja di daerah penelitian.

e. Penyedia Logistik, yaitu orang-orang yang membantu kelancaran FGD berkaitan dengan penyediaan transportasi, kebutuhan rehat, konsumsi, akomodasi (jika diperlukan), insentif (bisa uang atau barang/cinderamata), alat dokumentasi, dll.

f. Dokumentasi, yaitu orang yang mendokumentasikan kegiatan dan dokumen FGD: memotret, merekam (audio/video), dan menjamin berjalannya alat-alat dokumentasi, terutama perekam selama dan sesudah FGD berlangsung.

2. Memilih dan Mengatur Tempat

Pada prinsipnya, FGD dapat dilakukan di mana saja, namun sebaiknya tempat FGD yang dipilih hendaknya merupakan tempat yang netral, nyaman, aman, tidak bising, berventilasi cukup, dan bebas dari gangguan yang diperkirakan bisa muncul (preman, pengamen, anak kecil, dsb).

Selain itu tempat FGD juga harus memiliki ruang dan tempat duduk yang memadai (bisa lantai atau kursi). Posisi duduk peserta harus setengah atau tiga perempat lingkaran dengan posisi moderator sebagai fokusnya. Jika FGD dilakukan di sebuah ruang yang terdapat pintu masuk yang depannya ramai dilalui orang, maka hanya moderator yang boleh menghadap pintu tersebut, sehingga peserta tidak akan terganggu oleh berbagai “pemandangan” yang dapat dilihat diluar rumah.

3. Jumlah Peserta

Dalam FGD, jumlah peserta menjadi faktor penting yang harus dipertimbangkan. Menurut beberapa literatur tentang FGD (lihat misalnya Sawson, Manderson & Tallo, 1993; Irwanto, 2006; dan Morgan D.L, 1998) jumlah yang ideal adalah 7 -11 orang, namun ada juga yang menyarankan jumlah peserta FGD lebih kecil, yaitu 4-7 orang (Koentjoro, 2005: 7) atau 6-8 orang (Krueger & Casey, 2000: 4). Terlalu sedikit tidak memberikan variasi yang menarik, dan terlalu banyak akan mengurangi kesempatan masing-masing peserta untuk memberikan sumbangan pikiran yang mendalam. Jumlah peserta dapat dikurangi atau ditambah tergantung dari tujuan penelitian dan fasilitas yang ada.

2.6.5 Analisis Data dan Penyusunan Laporan FGD

Analisis Data dan Penulisan Laporan FGD adalah tahap akhir dari kerja keras peneliti. Langkah-langkahnya dapat ditempuh sebagai berikut:

1. Mendengarkan atau melihat kembali rekaman dari FGD
2. Tulis kembali hasil rekaman secara utuh (membuat transkrip)

3. Baca kembali hasil transkrip
4. Cari mana masalah-masalah (topik-topik) yang menonjol dan berulang-ulang muncul dalam transkrip, lalu kelompokkan menurut masalah atau topik. Kegiatan ini sebaiknya dilakukan oleh dua orang yang berbeda untuk mengurangi “bias” dan “subjektifitas”. Pengkategorian bisa juga dilakukan dengan mengikuti topik-topik dan subtopik dalam panduan diskusi. Jangan lupa merujuk catatan yang dibuat selama proses FGD berlangsung.
5. Karena berhubungan dengan kelompok, data-data yang muncul dalam FGD biasanya mencakup:
 - a. Konsensus
 - b. Perbedaan pendapat
 - c. Pengalaman yang berbeda ide-ide inovatif yang muncul, dan sebagainya.

2.7 Job Safety Analysis (JSA)

Job Safety Analysis merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan untuk menanggulangi kondisi bahaya sebelum kontak. JSA atau biasanya disebut Analisa Keselamatan Pekerjaan adalah salah satu sistem penilaian risiko dan identifikasi bahaya yang dalam pelaksanaan ditekankan pada identifikasi bahaya yang muncul pada tiap-tiap tahapan pekerjaan/tugas yang dilakukan tenaga kerja dan/atau analisa keselamatan pekerjaan merupakan suatu cara/metode yang digunakan untuk memeriksa dan menemukan bahaya-bahaya sebelumnya diabaikan dalam merancang tempat kerja, fasilitas/alat kerja, mesin yang digunakan dan proses kerja (Lintas Solusi Prima:2008).

Job Safety Analysis merupakan salah satu usaha dalam menganalisa tugas dan prosedur yang ada di suatu industri. JSA didefinisikan sebagai metode mempelajari suatu pekerjaan untuk mengidentifikasi bahaya dan potensi insiden yang berhubungan dengan setiap langkah, mengembangkan solusi yang dapat menghilangkan dan mengontrol bahaya serta insiden.