



PENANGANAN KEDARURATAN BENCANA TAHUN 2022



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl.Simpang Rumbio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudmnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.mnatsir@sumbarprov.go.id

[KOTA SOLOK](#)

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I	PENDAHULUAN	3
	A. LATAR BELAKANG	6
	B. TUJUAN UMUM DAN TUJUAN KHUSUS	8
BAB II	RUANG LINGKUP ,	
A	KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN	9
	1. Menyusun Disaster Plan Rumah Sakit	
	2. Pedoman Penanggulangan Bencana Rumah Sakit, Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi	9
	a. Tugas Pokok	9
	b. Fungsi	
	c. Strktur Organisasi RSUD M. Natsir	
B	KESIAPSIAGAAN	16
	1. Struktur Organisasi Penanganan Bencana	
	2. Uraian Tugas	
C	PENGATURAN LALU LINTAS	29
	a. Bencana External	
	b. Bencana Internal	
D	PERAN INSTANSI JEJARING	30
	1. Dinas Pemadam Kebakaran	
	2. Palang Merah Indonesia	
	3. Kepolisian	
	4. Satkorlak	
	5. PLN	
	6. Telkom	
	7. PDAM	
	8. Dinas Kesehatan	
	9. RS Rujukan	
	10. SAR	
	11. Institusi Pendidikan, Perhotelan dll	

E	PENANGANAN SAAT BENCANA DI RUMAH SAKIT	32
	<ul style="list-style-type: none"> a. Penanganan Korban b. Pengelolaan Barang Milik Korban c. Pengosongan Ruang dan Pemindahan Pasien d. Pengelolaan makanan Korban dan Petugas e. Pengelolaan tenaga Rumah Sakit f. Plolaan Informasi g. Jumpa Pers h. Pengelolaan Mediaendalian Korban Bencana dan Pengunjung i. Koordinasi dengan Instansi Lain j. Pengelolaan Obat dan bahan/ Alat Habis pakai k. Pengelolaan Voluntir(Relawan) l. Pengelolaan Kesehaytan Lingkungan m. Pengelolaan Donasi n. Pengelolaan Listrik, telepon dan Air o. Penanganan Kemanan p. Jumpa Pers q. Pengelolaan Media r. Pengelolaan Rekam Medis s. Identifikasi Korban t. Pengelolaan Tamu dan Pengunjung u. Pengelolaan Jenazah v. Evakuasi Korban keluar Rumah Sakit 	
F	RINCIAN KEGIATAN	42
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tata CaraIdentifikasi Risiko 2. Identifikasi Risiko 	
BAB III		
	TATA LAKSANA	
A	Rincian Kegiatan	42
	<ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi Risiko b. Urutan Prioritas Risiko dengan Mengukur Tingkat Risiko c. IdentifikasiRisiko d. Analisa Risiko e. Evaluasi Risiko 	

	B	Diklat Manajemen Risiko	58
	C	Pelaporan Insiden	60
	D	Cara Melaksanakan Kegiatan	
BAB IV		EVALUASI DAN DOKUMENTASI	63
	A	Jadwal Pelaksanaan Kegiatan	
	B	Pencatatan , Pelaporan dan Evaluasi	
	C	Penutup	

BAB I

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan wilayah yang rawan terhadap bencana baik alam maupun ulah manusia. Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya bencana ini adalah kondisi geografis, iklim, geologis dan faktor – faktor lain seperti keragaman sosial budaya dan politik. Wilayah Indonesia dapat digambarkan sebagai berikut; Secara geografis merupakan Negara kepulauan yang terletak pada pertemuan empat lempeng tektonik lapis bumi. terdapat 130 gunung api aktif dan lebih dari 5.000 sungai besar dan kecil. Propinsi Sumatera Barat tanpa kecuali Kota solok termasuk daerah rawan bencana terutama gempa bumi karena berada digaris lempengan gempa. Selain itu juga sering terjadi bencana banjir dan tanah longsor mangingat kondisi geografis wilayah yang berbukit-bukit.

Disaster (bencana) adalah kejadian yang waktu terjadinya tidak dapat diprediksi dan bersifat sangat merusak. Pengertian ini mengidentifikasikan sebuah kejadian yang memiliki empat faktor utama, yaitu : tiba-tiba, tidak diharapkan, bersifat sangat merusak dan kurang perencanaan. Kerugian yang diakibatkan oleh bencana sangat serius hingga berdampak pada terganggu atau terhentinya aktifitas dilokasi bencana. Bencana terjadi dengan frekuensi yang tidak menentu dan akibat yang ditimbulkannya meningkat bagi mereka yang tidak mempersiapkan diri terhadap kemungkinan-kemungkinan timbulnya bencana. Rencana pencegahan dan perbaikan terhadap bencana dapat membantu melindungi semua aset organisasi, termasuk sumber daya manusia, pekerjaan, data-data penting, dan fasilitas organisasi.

Bencana berkaitan dengan kerentanan komunitas yang berhubungan dengan kondisi lingkungan fisik, lingkungan sosial, dan ekonomi yang tidak aman (unsafe conditions) yang melekat pada instansi. Kondisi tidak aman tersebut terjadi oleh dinamika internal maupun eksternal (dynamics pressures), misalnya institusi kurang berkembang dan ketrampilan tepat guna tidak dimiliki. Dinamika internal tersebut tentu bukan terjadi dengan sendirinya, tetapi karena terdapat akar permasalahan (root causes) yang menyertainya. Akar permasalahan internal umumnya karena instansi/komunitas mempunyai akses sumberdaya, struktur dan kekuasaan yang terbatas; sedang secara eksternal karena sistem politik dan ekonomi yang tidak tepat Dilihat dari waktu terjadinya, ancaman dapat muncul secara tiba-tiba dan tidak terduga (*shocks*); ancaman berangsur, terduga dan dapat dicermati (*trends*); dan ancaman musiman yang datang setiap periode waktu tertentu (*seasonality*). Ancaman

yang muncul secara tiba-tiba cenderung akan menimbulkan bencana tiba-tiba (gempa bumi, banjir bandang, gunung meletus, tsunami, konflik). Demikian pula ancaman yang berangsur dan musiman, cenderung menyebabkan bencana yang berangsur (banjir kiriman, kekeringan, degradasi lingkungan akibat polusi, pestisida dan pupuk kimia) dan musiman (kekeringan, banjir pasang surut, banjir hujan). Status ancaman ini sangat tergantung dari kapasitas individu maupun komunitas dalam **sistem peringatan dini** (*early warning sistem*). Artinya, ancaman yang dimaknai shocks oleh satu individu atau komunitas, merupakan trends untuk individu atau komunitas lain yang mempunyai sistem peringatan dini yang lebih baik.

Salah satu fungsi rumah sakit adalah sebagai fasilitas penanggulangan bencana/*disaster*. Amanat Undang-undang No.4 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bahwa rumah sakit berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan paripurna sesuai kelasnya, Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar.

Sementara Undang-undang No. 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana/*Disaster* serta KMK No.1653/Menkes/SK/XII/2005 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan, mengharuskan rumah sakit untuk senantiasa siaga memberikan pelayanan pra bencana, saat bencana dan pasca bencana.

Selanjutnya, setiap individu, komunitas maupun unit sosial yang lebih besar mengembangkan kapasitas sistem penyesuaian dalam merespon ancaman. Respons itu bersifat jangka pendek yang disebut mekanisme penyesuaian (*coping mechanism*) atau yang lebih jangka panjang yang dikenal sebagai mekanisme adaptasi (*adaptatif mechanism*). Mekanisme dalam menghadapi perubahan dalam jangka pendek terutama bertujuan untuk mengakses kebutuhan hidup dasar : keamanan, sandang, pangan, sedangkan jangka panjang bertujuan untuk memperkuat sumber-sumber kehidupannya.

Manajemen risiko bencana dilakukan dalam suatu spektrum yang terdiri dari : pencegahan, penjinakan/mitigasi, dan kesiap-siagaan, kejadian bencana, penanganan darurat, rehabilitasi dan rekonstruksi (Carter, 1992). Manajemen risiko bencana adalah proses dinamis upaya-upaya penanggulangan bencana yang dilakukan secara terus menerus, baik melalui mekanisme eksternal maupun internal. Mekanisme eksternal merupakan mekanisme penanggulangan yang lebih memobilisasi unsur di luar masyarakat. Penanggulangan bencana dengan mekanisme internal merupakan mekanisme yang menjadikan masyarakat/karyawan sebagai pelaku utama dan sentral. Mekanisme eksternal

dilandasi oleh pemikiran bahwa masyarakat korban masih dapat diberdayakan dan memiliki keberdayaan.

A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir Solok adalah Rumah Sakit yang dapat menjadi tempat rujukan bagi korban bencana masal yang terjadi di Kota Solok dan sekitarnya, khususnya Kabupaten Solok dan Kabupaten Solok Selatan, Kotamadya Sawah Lunto, Kabupaten Sijunjung dan Kabupaten Dharmasraya. Sebagai tempat rujukan maka diperlukan sebuah Pedoman Penanganan Bencana yang mengatur kerja dan koordinasi Rumah Sakit untuk mengoptimalkan pelayanan.

Secara umum Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir Solok telah memiliki tim medis yang siap menangani bencana, tetapi tim medis tidak akan dapat bekerja optimal tanpa dukungan semua unsur di Rumah Sakit. Untuk mengatur kinerja dan koordinasi semua unsur di Rumah Sakit diperlukan sebuah pedoman yang dipahami bersama. Manajemen penanganan bencana di Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir Solok dituangkan dalam buku pedoman yang menjelaskan tentang Struktur Organisasi untuk penanganan bencana baik internal maupun eksternal, alur respon bencana internal dan eksternal, uraian tugas masing – masing unit dan personal petugas, serta prosedur standar, data pendukung dan formulir yang digunakan untuk kelengkapan data dan dokumentasi. Pedoman ini menyediakan framework penanganan bencana internal maupun eksternal yang kemungkinan bisa terjadi baik di internal Rumah Sakit maupun eksternal Rumah Sakit. Penanganannya tergantung dari situasi yang ada.

RSUD M. Natsir Solok merupakan instansi tempat pelayanan kesehatan lanjutan (rujukan regional untuk Sumatera Barat bagian Selatan) dengan pelayanan dokter umum dan spesialis, pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Pelayanan yang diberikan didukung oleh unsur SDM, Sarana prasarana dan manajerial. Kesemua unsur tersebut berjalan sesuai tugas dan fungsinya masing-masing. Kemungkinan risiko bencana/*disaster* selama proses pelaksanaan tugas dan fungsi akan tetap ada bila tidak sesuai standar keselamatan. Unsur sarana prasarana (penunjang) meliputi instalasi listrik, air, gas medis, alat-alat kesehatan (rontgen, fisioterapi dll), obat-obatan dan bahan berbahaya lainnya. Hal-hal tersebut termasuk unsur yang dapat memicu bencana/*disaster* terutama risiko kebakaran.

Bencana adalah suatu peristiwa atau rangkaian peristiwa yg terjadi secara mendadak/tidak terencana atau secara perlahan tetapi berlanjut, yg menimbulkan dampak terhadap pola kehidupan normal atau kerusakan ekosistem, sehingga diperlukan **tindakan darurat & luar biasa** untuk menolong & menyelamatkan korban yaitu manusia beserta lingkungannya (SK Menkes RI No.979/Menkes/ SK/ IX/2001) Keadaan darurat (emergency): adalah keadaan yg merupakan hasil dari beberapa kejadian yg tidak diperkirakan sebelumnya & memerlukan penanganan segera.

Bencana akan menimbulkan dampak langsung (primer) maupun tidak langsung (sekunder), yang akan mengakibatkan perubahan kehidupan dari pola-pola normal, merugikan manusia, merusak struktur sosial, serta munculnya lonjakan kebutuhan. Bencana akan mereduksi kapasitas komunitas dalam menguasai maupun mengakses aset penghidupan (*livelihood assets*). Di beberapa peristiwa bencana seluruh kapasitas dan aset tersebut hilang sama sekali. Reduksi kapasitas itu pula yang memungkinkan bencana cenderung akan hadir berulang di suatu kawasan dan komunitas. Menurut konsep sustainable livelihood ada lima aset penghidupan yang dimiliki oleh setiap individu atau instansi yang lebih tinggi di dalam upayanya mengembangkan kehidupannya yaitu:

1. *Humane capital*, yakni modal yang dimiliki manusia;
2. *Social capital*, adalah kekayaan sosial yang dimiliki komunitas;
3. *Natural capital*: adalah persediaan sumber daya alam;
4. *Physical capital* adalah infrastruktur dasar dan memproduksi barang-barang yang dibutuhkan; serta
5. *Financial capital*, yaitu sumber-sumber keuangan yang digunakan untuk mencapai tujuan-tujuan kehidupannya. (DFID, 1998)

Dari sisi pendekatan cara penanganan bencana dapat dikenal dengan pendekatan akibat dan pendekatan “sebab”. Penanganan bencana dengan pendekatan “akibat” terutama dilakukan dengan tindakan-tindakan gawat darurat. Upaya ini cenderung tidak akan menyelesaikan masalah. Oleh karenanya, kita perlu mempertimbangkan untuk segera melakukan penanganan bencana dengan pendekatan “sebab”, dengan melakukan pengurangan kerentanan. Karena kerentanan komunitas sebagai sarannya, maka manajemen risiko bencana berbasis komunitas merupakan pilihan yang paling tepat.

Pembangunan kemampuan penanganan bencana ditekankan pada peningkatan kemampuan masyarakat/personil, khususnya masyarakat pada kawasan rawan bencana, agar secara dini mampu menekan resiko ancaman tersebut. Umumnya berpangkal pada tindakan penumbuhan kemampuan masyarakat dalam menangani dan menekan akibat bencana. Untuk mencapai kondisi tersebut, lazimnya diperlukan langkah-langkah pelaksanaan kegiatan-kegiatan secara partisipatoris, bersama, oleh dan untuk masyarakat.

B. TUJUAN UMUM DAN KHUSUS

1. Tujuan Umum

Sebagai pedoman dalam menanggulangi bencana yang terjadi, baik dari dalam maupun dari luar rumah sakit yang mengenai pegawai rumah sakit, pasien, pengunjung dan masyarakat sekitar.

2. Tujuan Khusus

- a. Menentukan tanggung jawab dari masing – masing personel dan unit kerja pada saat terjadinya bencana
- b. Sebagai acuan dalam penyusunan standar operasional prosedur dalam penanggulangan kegawatdaruratan
- c. Memberikan pertolongan medis yang optimal dengan waktu yang sesingkat mungkin di rumah sakit
- d. Menyelamatkan jiwa dan mencegah cacat
- e. Menurunkan jumlah kesakitan dan kematian korban akibat bencana
- f. Mencegah penyakit yang mungkin timbul serta mencegah penyebabnya pasca bencana
- g. Menciptakan dan meningkatkan mekanisme kerja sektoral dan lintas program dengan mengikutsertakan peran masyarakat dalam penanggulangan bencana / musibah masal kegawat daruratan sehari – hari

BAB II

RUANG LINGKUP

A. KEGIATAN POKOK

1. Menyusun Disaster Plan rumah sakit

Dalam menghadapi bencana/*disaster* perlu ada suatu sistem yang dapat meorganisasikan penanganan bencana. Maka perlu adanya kesiapan rumah sakit sebelum datang bencana. Pada kondisi prabencana/*disaster* banyak hal-hal yang perlu disiapkan baik secara manajerial maupun operasional. Secara manajerial peran dan fungsi manajerial sangat menentukan kebijakan untuk kesiapan rumah sakit dalam menerima dan menangani bencana/*disaster*.

2. Pedoman Penanggulangan Bencana rumah sakit terdiri atas : Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi

a. Tugas Pokok

Berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) Provinsi Sumatera Barat No.06 tahun 2012 dan Pergub Nomor 33 tahun 2013 tentang Struktur Organisasi dan Pola Tata Kelola RSUD M. Natsir Solok dinyatakan bahwa Tugas Pokok Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir Solok yaitu “ Melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilakukan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan “.

b. Fungsi RSUD M. Natsir Solok

Untuk menyelenggarakan tugas tersebut diatas Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir Solok mempunyai fungsi-fungsi Pelayanan Publik sebagai berikut :

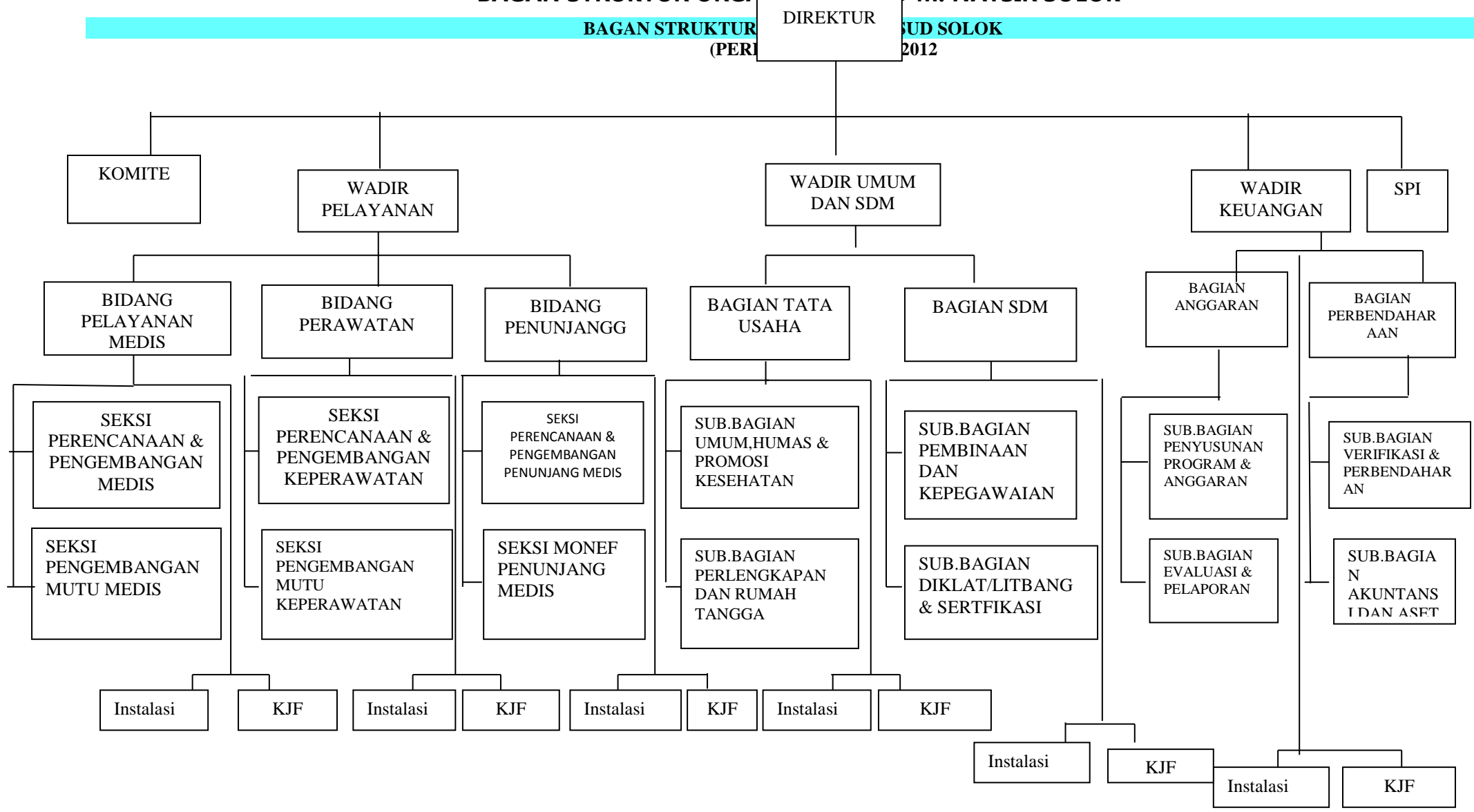
- Penyelenggaraan Pelayanan Medis
- Penyelenggaraan Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis
- Penyelenggaraan Pelayanan dan Asuhan Keperawatan
- Penyelenggaraan Pelayanan Rujukan
- Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan
- Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan
- Penyelenggaraan Administrasi Umum dan Keuangan

c. Struktur Organisasi

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RSUD M. NATSIR SOLOK

BAGAN STRUKTUR
(PERIODE 2012)

DIREKTUR



Sumber Daya Manusia (SDM)

a. Tenaga Dokter

NO	TENAGA DOKTER	JUMLAH
1	Dokter Spesialis Neurologi	3 Orang
2	Dokter Spesialis bedah	2 Orang
3	Dokter Spesialis penyakit dalam	4 Orang
4	Dokter Spesialis anak	2 Orang
5	Dokter Spesialis kandungan	1 Orang
6	Dokter Spesialis Mata	2 Orang
7	Dokter Spesialis THT	1 Orang
8	Dokter Spesialis Anestesi	3 Orang
9	Dokter Spesialis Patologi Klinis	2 Orang
10	Dokter spesialis Patologi Anatomi	1 Orang
11	Dokter Umum	10 Orang
12	Dokter Spesialis Paru	2 Orang
13	Dokter Spesialis Radiologi	1 Orang
14	Dokter Gigi	2 Orang
15	Dokter Bedah Orthopedi	2 orang
16	Dokter Spesialis Bedah Digestif	1 Orang
17	Dokter Spesialis Jiwa	2 Orang
18	Dokter Spesialis Bedah Mulut	1 Orang
19	Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik	1 Orang
20	Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin	1 Orang
21	Dokter Spesialis Jantung	2 Orang
	Jumlah	46 Orang

b. Tenaga Keperawatan

NO	TENAGA KESEHATAN	JUMLAH
1	Sarjana keperawatan	72 Orang
2	DIII Keperawatan	52 Orang
3	DIV Bidan	4 Orang
4	DIII Bidan	18 Orang

5	S1 Keperawatan	8 Orang
	Jumlah	154 Orang

c. Tenaga Kesehatan Non Medis dan Non Keperawatan

NO	TENAGA KESEHATAN	JUMLAH
1	SKM	8 Orang
2	Apoteker	13 Orang
3	DIII Rekam Medik	18 Orang
4	DIV Gizi/ S1 Gizi	4 Orang
5	DIII Gizi	13 Orang
6	DIV Anestesi	5 Orang
7	DIII Fisioterapi	6 Orang
8	DIV Fisioterapi	3 Orang
9	DIII Gigi	2 Orang
10	DIII Analisis	13 Orang
11	DIV Analis	4 orang
11	DIV Radiologi	3 Orang
12	DIII Radiologi	9 Orang
13	DIII Refraksi	2 Orang
14	DIII Farmasi	10 Orang
15	DIII ATEM	7 Orang
16	DIV TEM	2 orang
	Jumlah	122 Orang

d. Tenaga non medis

NO	TENAGA KESEHATAN	JUMLAH
1	S2 Umum	13 Orang
2	S2 kesehatan	11 Orang
3	S1 Umum	18 Orang
4	DIII Umum	8 Orang

5	SMA	40 Orang
6	SMP	1 Orang
	Jumlah	91 Orang

Sarana dan Prasarana

Gedung Poli Klinik I, Gedung Poliklinik II, Instalasi Gawat Darurat, Laboratorium, Administrasi dan Perkantoran, Instalasi Radiologi, Rekam Medik, IPSRS Medis dan IPSRS Non Medis, Kesling, Kamar Operasi, Gedung Ok sentral, Bangsal Kebidanan dan Gynekologi, Bangsal Anak I, II, Bangsal Bedah, Hemodialisa, Penyakit Dalam/Interne Wanita dan Interne Pria, VIP Pusako, ICU, IDT, VIP Serunai, CVCU, Instalasi Gizi, Instalasi Farmasi, Instalasi Rehab Medik, Instalasi Laboratorium PK, Instalasi Laboartorium PA, Arsip, Bangsal Jiwa, TB MDR, Kamar Mayat, Gedung Generator, IPAL, Mushalla, Pos Satpam, Kantin dan Koperasi, CSSD, Areal parkir, Jalan Lingkar, WC.Umum, TPS, Cold Storage , pengelolaan limbah cair/ IPAL. Sarana Air Bersih dari Air PDAM dan Sumur Bor. Sarana penerangan (Listrik) dari Perusahaan Listrik Negara (PLN) dan Genset (Diesel).

Kendaraan Dinas Operasional

N O	JENIS KENDARAAN	NOMOR POLISI	TAHUN PEMBUATAN	KET
1	Ambulance Toyota Kijang	BA 8724 P	1999	Baik
2	Ambulance Toyota Kijang	BA 9095 AK	2003	rusak
3	Ambulance Kijang Kapsul	BA 9118 AK	2004	Baik
4	Ambulance Toyota Kijang	BA 9042 AK	2006	Baik
5	Ambulance KIA Prego	BA 8037 PE	2008	rusak
6	Operasional Kijang Inova	BA 26 PA	2011	Baik
7	Ambulance FORD EVEREST	BA 1851 B	2013	Baik

Jenis Pelayanan di RSUD M. Natsir Solok

Pelayanan Klinik Rawat Jalan

- Poliklinik Bedah
- Poliklinik Penyakit Dalam
- Poliklinik Anak
- Poliklinik Kebidanan
- Poliklinik Kulit Kelamin
- Poliklinik Paru
- Poliklinik THT
- Poliklinik Mata
- Poliklinik Neurologi
- Poliklinik Bedah/ orthopedic
- Poliklinik Jiwa
- Poliklinik Jantung
- Poliklinik Gigi
- Poliklinik Bedah Mulut
- Poliklinik Geriatri
- Poliklinik Bedah Digestif
- Poliklinik Orthopedi

Pelayanan Rawat Inap

- Rawat Inap Bedah/Orthopedi
- Rawat Inap Penyakit Dalam
- Rawat Inap Anak
- Rawat Inap Kebidanan
- Rawat Inap Perinatologi
- Rawat Inap Paru
- Rawat Inap THT/Mata
- Rawat Inap VIP dan VVIP
- Rawat Inap Neurologi
- ICU dan CVCU
- Rawat Inap Jantung
- Rawat Inap Isolasi Covid 19 Serunaiawat Inap Jiwa

Pelayanan Penunjang

- Instalasi Radiologi
- Instalasi Laboratorium
- Instalasi Gizi
- Instalasi Rekam Medik
- Instalasi Fisioterapi

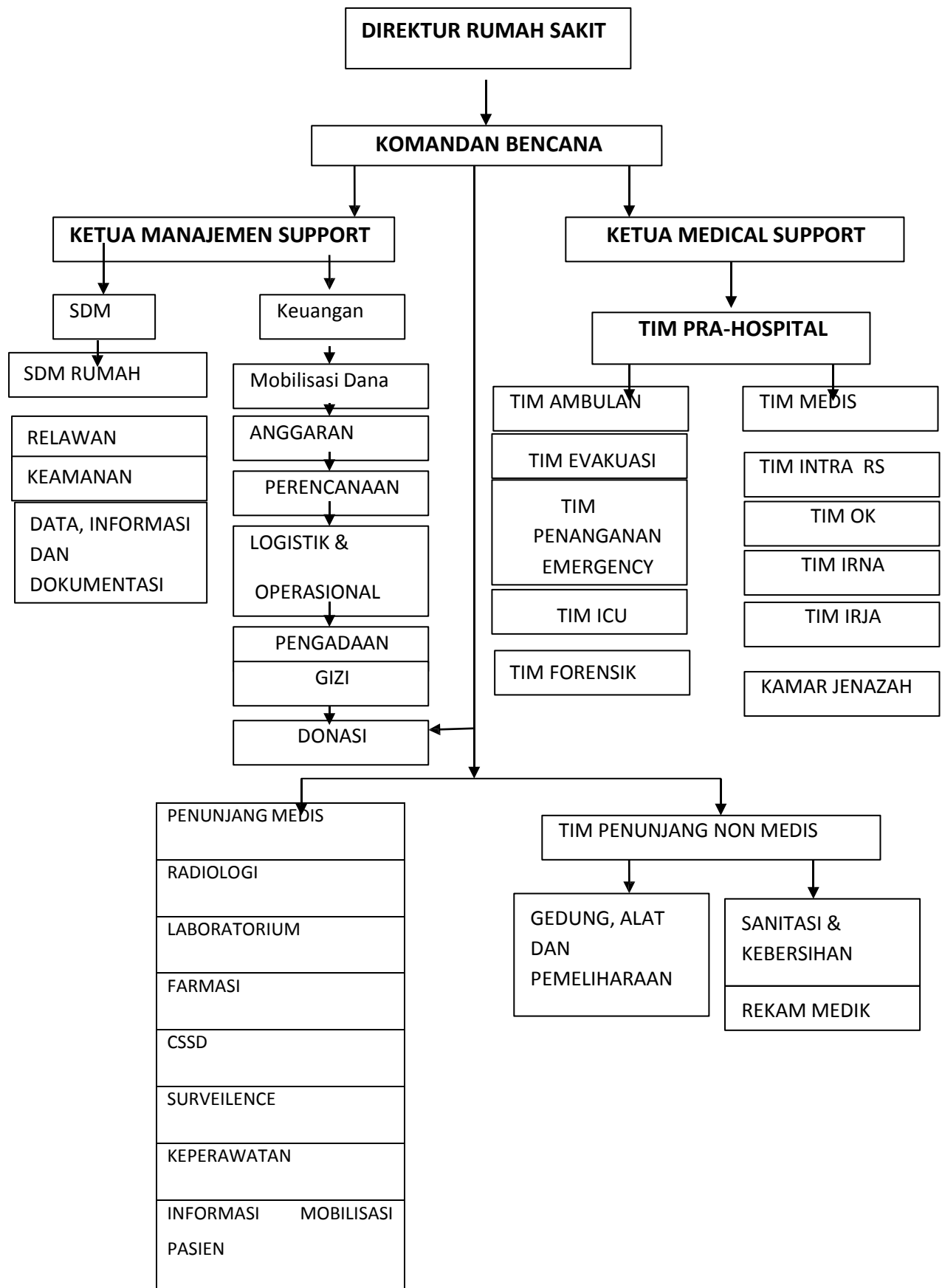
- Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRs) Medis
- Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit Non Medis
- Instalasi Kesehatan Lingkungan
- Instalasi Farmasi
- Pemulasaran Jenazah
- Laundry
- CSSD

B. KESIAPSIAGAAN

Dalam penanganan bencana yang terjadi, Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir Solok siap melakukan penanganan pasien termasuk kesiapan sistem untuk mendukung proses penanganan tersebut. Sistem ini disusun berupa diberlakukannya Struktur Organisasi saat aktivasi sistem penanganan bencana oleh Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir.

Persiapan untuk dibangunnya posko baik berupa tenda maupun pengalihan fungsi beberapa ruangan sebagai posko penanganan bencana, diaktifkannya Posko Komando sebagai sentral aktifitas selama proses penanganan bencana, dan proses komunikasi dengan instansi jejaring untuk proses penanganan korban di Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir Solok.

a. Struktur Organisasi Penanganan Bencana Rumah Sakit



b. Uraian Tugas

Uraian tugas yang dimaksud disini adalah tugas dan tanggung jawab yang dimiliki oleh setiap personal dalam sistem penanganan bencana di Rumah Sakit sesuai dengan struktur yang telah disusun. Struktur ini diaktifkan saat terjadinya situasi bencana baik di dalam Rumah Sakit maupun penanganan korban bencana dari luar Rumah Sakit.

KOMANDAN RUMAH SAKIT

(DIREKTUR)

Bertanggung Jawab kepada : Menteri Kesehatan RI, berkoordinasi dengan Gubernur – Dinas Kesehatan Prop. Sumbar

Bertanggung Jawab untuk : Mengatur pengelolaan penanganan bencana dan korban bencana di Rumah Sakit

TUGAS :

1. Memberi arahan kepada Komandan Bencana untuk pengelolaan penanganan korban
2. Melaporkan proses penanganan bencana kepada pihak Departemen Kesehatan maupun Pemerintah Daerah Propinsi
3. Memberikan briefing kepada Komandan Bencana, ketua medical support dan ketua management support
4. Memberikan informasi terkait proses penanganan bencana kepada pihak lain di luar Rumah Sakit
5. Mendampingi kunjungan tamu pemerintahan (Gubernur, Dinas Kesehatan)
6. Mengkoordinasikan permintaan bantuan
7. Melakukan evaluasi pelaksanaan pelayanan bencana Rumah Sakit

KOMANDAN BENCANA

(Ka.Bag Umum)

Bertanggung Jawab Kepada : Komandan Rumah Sakit Bertanggung Jawab Untuk : Mengkoordinir pelaksanaan pelayanan medical support dan management support

TUGAS :

1. Merencanakan dan mengendalikan pelayanan medical support dan managemen support
2. Memberikan laporan kepada Komandan Rumah Sakit terkait proses tersebut di atas

3. Menindaklanjuti upaya permintaan bantuan oleh Komandan Rumah Sakit
4. Memastikan proses penanganan korban dan sumber pendukungnya terlaksana dan tersedia sesuai kebutuhan
5. Melakukan koordinasi kerja kepada instansi lain dan rumah sakit jejaring

KETUA MANAGEMENT SUPPORT

(WADIR UMUM DAN SDM)

Bertanggung Jawab Kepada : Komandan Bencana

Bertanggung Jawab Untuk : Memastikan ketersediaan sumber pendukung untuk pelaksanaan penanganan korban

TUGAS :

1. Mengkoordinir penyediaan logistik, SDM, keuangan dan penunjang medis
2. Menindaklanjuti koordinasi kerja ke instansi luar yang dilakukan oleh Komandan Bencana sehubungan dengan penyediaan sumber pendukung penanganan medis
3. Melaporkan pelaksanaan proses penyiapan, kesiapan sumber pendukung dan sumber bantuan yang diterima kepada Komandan Bencana

KETUA MEDICAL SUPPORT (Kabid Keperawatan)

Bertanggung Jawab Kepada : Komando Bencana

Bertanggung Jawab Untuk : Pengendalian penanganan korban bencana hidup dan mati

TUGAS :

1. Mengendalikan penanganan korban hidup
2. Mengendalikan penanganan korban mati
3. Mengkoordinasikan pelaksanaan tugas tim medis dan forensik
4. Melaporkan proses penanganan korban hidup dan korban mati kepada Komandan Bencana
5. Mengkoordinir proses evakuasi korban ke luar Rumah Sakit
6. Memberikan briefing kepada tim pra – hospital dan intra – hospital
7. Menyampaikan laporan proses pelaksanaan penanganan korban dan evakuasi korban (data hasil kegiatan) kepada Komandan Bencana

TIM PRA HOSPITAL

Bertanggung Jawab Kepada : Ketua Medical Support

Bertanggung Jawab Untuk : Melakukan pelayanan pra hospital dan evakuasi korban ke Rumah Sakit

TUGAS :

1. Melaksanakan Triage dan RHA (*Rapid Health Assesment*)
2. Menentukan prioritas dan melakukan evakuasi
3. Melaporkan hasil RHA :
 - Jumlah korban
 - Kondisi korban
 - Kondisi lingkungan sekitarKepada Ketua Medical Support

TIM INTRA HOSPITAL

Bertanggung Jawab Kepada : Ketua Medical Support

Bertanggung Jawab Untuk : Melakukan penanganan di dalam Rumah Sakit

TUGAS :

1. Melakukan Triage dan RHA
2. Menentukan prioritas penanganan dan melakukan evakuasi ke Instalasi Gawat Darurat
3. Menentukan jumlah tempat tidur dan ruangan yang diperlukan pasca life saving
4. Melaporkan hasil penanganan kepada ketua medical support

KETUA TIM KEUANGAN

(**KaBag. KEUANGAN**)

Bertanggung Jawab Kepada : Ketua Management Support

Bertanggung Jawab Untuk : Pengelolaan keuangan baik dari sumber Rumah Sakit Dinkes maupun donatur

TUGAS :

1. Merencanakan, memobilisasi dan mengevaluasi pengelolaan keuangan untuk menunjang keperluan penanganan bencana
2. Melakukan koordinasi kerja dengan tim perencanaan, tim pengadaan terkait pengelolaan dana bencana
3. Melaporkan pengelolaan keuangan baik bersumber RS – Dinkes maupun donatur kepada Ketua Management Support dan Komandan Bencana

KETUA TIM SDM

(Kabag. Kepegawaian dan SDM)

Bertanggung Jawab Kepada : Ketua Management Support

Bertanggung Jawab Untuk : Penyediaan SDM dari karyawan RS maupun relawan sesuai kualifikasi yang diperlukan

TUGAS :

1. Mengkoordinir penyediaan SDM di RS
2. Melakukan koordinasi dengan unit eksternal dalam upaya pemenuhan kebutuhan, serta merencanakan penugasannya
3. Mengkoordinir proses seleksi relawan berdasarkan keahlian dan kebutuhan, serta merencanakan penugasannya
4. Mengkoordinir pendokumentasian semua relawan yang bekerja di RS dan mengelola proses penugasannya
5. Melaporkan kesiapan tenaga kepada Ketua Management Support

KETUA TIM LOGISTIK DAN OPERASIONAL

(Kabid PENUNJANG)

Bertanggung Jawab Kepada : Ketua Management Support Bertanggung Jawab Untuk : Penyediaan logistik, penyediaan informasi dan operasional penanganan bencana

TUGAS :

1. Merencanakan dan mengadakan seluruh kebutuhan dalam penanganan bencana
2. Mengkoordinir penyediaan dan pengelolaan logistik
3. Menindaklanjuti bantuan logistik dari instansi terkait dan donatur
4. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan logistik
5. Memastikan penyediaan sarana transportasi (termasuk ambulance), kebersihan lingkungan dan keamanan rumah sakit serta ketertiban lalu lintas
6. Mengkoordinir pengelolaan jenazah di kamar jenazah
7. Memastikan berfungsinya gedung dan alat serta melaksanakan
8. Menyelesaikan urusan administrasi bantuan

KETUA TIM MEDIS DAN PENUNJANG**(KABID PELAYANAN)**

Bertanggung Jawab Kepada : Ketua Management Support

Bertanggung Jawab Untuk : Penyediaan dan pelaksanaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang serta informasi tentang keberadaan korban hidup selama di Rumah Sakit

TUGAS :

1. Mengkoordinir kesiapan tim medis, keperawatan dan penunjang
2. Menjamin kesiapan operasional penunjang dan pendukung pelayanan korban bencana
3. Menyiapkan dukungan konseling dan survailance pasca bencana
4. Melaporkan pelaksanaan pelayanan medis dan penunjang kepada ketua management support

c. Pos Penanganan Bencana

Pengadaan pos penanganan bencana diperlukan untuk mengelola maupun menampung beberapa kegiatan dalam mendukung penanganan korban bencana sehingga penanganan dan pengelolaannya dapat lebih terkoordinasi dan terarah.

PENGALIHAN RUANGAN SEBAGAI POSKO

POS	LOKASI
POS KOMANDO	Ruangan Poliklinik
POS PENGOLAHAN DATA	Ruangan Rekam Medis
POS INFORMASI	Ruangan PKRS
POS LOGISTIK DAN DONASI	Ruangan Logistik/Perlengkapan dan Kantor
POS PENANGANAN JENAZAH	Ruang Jenazah
POS RELAWAN	Ruangan Aula Poliklinik

❖ POS KOMANDO**Tempat :** Ruang Poli Poliklinik**Fungsi :**

1. Pusat koordinasi dan komunikasi baik dengan internal maupun eksternal unit yang dipimpin oleh Komandan Bencana. Area ini merupakan area khusus, dimana hanya petugas tertentu yang boleh masuk.

2. Wadah yang melibatkan semua unsur pimpinan pengambil keputusan dan mengendalikan bencana.
3. Tempat penyimpanan disaster kit, radio komunikasi dan peta – peta yang diperlukan untuk koordinasi maupun pengambilan keputusan.

Lingkup kerja :

1. Pada bencana yang bersifat eksternal tetapi mengakibatkan gangguan infrastruktur (gangguan ekonomi) maka lingkup kerjanya adalah menyelesaikan masalah pelayanan medis dan upaya untuk dapat mengatasi masalah ekonomi dan SDM, dengan melibatkan koordinasi dan kerjasama lintas program dan lintas sektoral.
2. Pada disaster yang bersifat internal disaster dimana bencana terjadi di dalam rumah sakit, maka lingkup kerjanya adalah sebatas menyelesaikan masalah pelayanan medis dan penunjangnya.
3. Pemegang kendali komunikasi medis dan non medis

Fasilitas :

1. Telephone
2. Peta ruangan perawatan pasca emergency
3. Peta instansi pelayanan kesehatan di Solok dan sekitarnya
4. Peta area hazard di Rumah Sakit
5. White Board
6. Radio komunikasi
7. Emergency kit medis dan non medis
8. Peta lokasi area berkumpul saat bencana internal
9. Peta lokasi ruang perawatan pasien pasca emergency
10. Peta institusi pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan
11. Kartu Instruksi Kerja
12. Kartu Identitas
13. Disaster Kit
14. Buku Pedoman

❖ **POS PENGOLAHAN DATA**

Tempat : Ruang Rekam Medis

Fungsi :

Tempat penerimaan dan pengolahan data yang terkait dengan penanganan bencana

Lingkup Kerja

:

1. Mengumpulkan seluruh data yang terkait dengan bencana
2. Melakukan koordinasi dengan pos – pos penanganan bencana lainnya dan unit pelayanan terkait baik internal maupun eksternal
3. Mengolah data menjadi informasi yang terbaru untuk menunjang keputusan komandan bencana
4. Melakukan pengarsipan seluruh data dan informasi dalam bentuk file sehingga sewaktu – waktu bisa dibuka bila diperlukan
5. Mengirimkan data ke pusat informasi dan ke Komandan Rumah Sakit sebagai bahan press conference dan informasi ke pihak eksternal

Fasilitas

:

1. Telephone
2. Komputer, internet
3. Radio komunikasi

❖ POS INFORMASI

Tempat : Ruangan

PKRS Fungsi :

Tempat tersedianya informasi untuk data korban, data kebutuhan relawan, data perencanaan kebutuhan obat, alat medis, non medis, barang habis pakai medis / non medis, perbaikan gedung, data donatur. Informasi yang disiapkan di pos ini didapatkan dari pos pengolahan data.

Lingkup Kerja :

1. Memberikan informasi data korban, data kebutuhan relawan, data perencanaan kebutuhan obat, alat medis, non medis, barang habis pakai medis / non medis, perbaikan gedung, data donatur.
2. Mengekspose hanya data korban saja, baik korban sedang di rawat, korban hilang, korban meninggal, hasil identifikasi jenazah, korban yang telah dievakuasi ke luar Rumah Sakit.

Fasilitas :

1. Telephone (Lokal / SLI)
2. Komputer / internet
3. HT
4. Papan Informasi
5. Paggging
6. Kamera dan recorder
7. Layar Monitor

❖ POS LOGISTIK DAN DONASI**Tempat :, Logistik/Perlengkapan****Fungsi :**

1. Menerima dan mendistribusikan semua bantuan logistik dan lainnya dari pihak luar dalam menunjang operasional penanganan bencana
2. Tempat penyimpanan sementara barang sumbangan, selanjutnya didistribusikan ke bagian yang bertanggung jawab

Lingkup Kerja :

1. Menerima bantuan / sumbangan logistik dan obat untuk menunjang pelayanan medis
2. Mengkoordinasikan kepada kepala instalasi terkait tentang sumbangan yang diterima
3. Membuat laporan penerimaan bantuan dan pendistribusiannya

Fasilitas :

1. Komputer
2. Buku pencatatan dan pelaporan

❖ POS PENANGANAN JENAZAH**Tempat : Ruang Jenazah****Fungsi :**

1. Tempat penampungan, penyimpanan korban meninggal dan atau body part serta proses pengeluarannya
2. Tempat identifikasi jenazah
3. Tempat penyimpanan barang bukti

Lingkup kerja :

1. Pada eksternal disaster penekanan pada korban masuk terutama ketepatan data korban sehingga identifikasi lebih cepat

2. Menunjang pelayanan medis dalam mengungkapkan kejadian sehingga penanganan pelayanan medis lebih tepat (korban bencana mekanikal / biologis)
3. Koordinasi dengan jajaran terkait (Penanggulangan Bencana) terutama dalam identifikasi
4. Menyiapkan segala hal yang terkait dengan evakuasi jenazah
5. Menjaga barang bukti
6. Membangun komunikasi dengan keluarga korban terkait identifikasi
7. Melakukan penyelesaian jenazah yang tidak ada keluarga
8. Menyiapkan tempat penyimpanan jenazah
9. Membuat laporan yang informatif terutama pada kasus internal disaster yang melibatkan korban dari pasien dan petugas

Fasilitas :

1. Komputer, internet
2. Telephone
3. Radio komunikasi
4. Papan informasi

❖ **POS RELAWAN**

Tempat : Aula Lt IV Pusako

Fungsi :

1. Tempat pendaftaran dan pengaturan tenaga relawan, baik orang awam, awam khusus maupun tenaga professional
2. Tempat informasi relawan

Lingkup kerja :

1. Menyiapkan informasi yang dibutuhkan, yang sesuai kompetensinya
2. Mengatur schedule kerja sesuai tempat dan waktu yang diperlukan
3. Menyiapkan ID card relawan
4. Memberikan penjelasan prosedur tetap sesuai keinginan Rumah Sakit

Fasilitas :

1. Komputer, telephone, internet
2. Radio komunikasi
3. Buku pencatatan

d. Pengosongan Ruang

Pada keadaan bencana baik internal maupun eksternal, setelah penanganan emergency korban di triage – IGD maka ruang perawatan untuk melokalisasi korban yang ada diarahkan ke ruangan perawatan

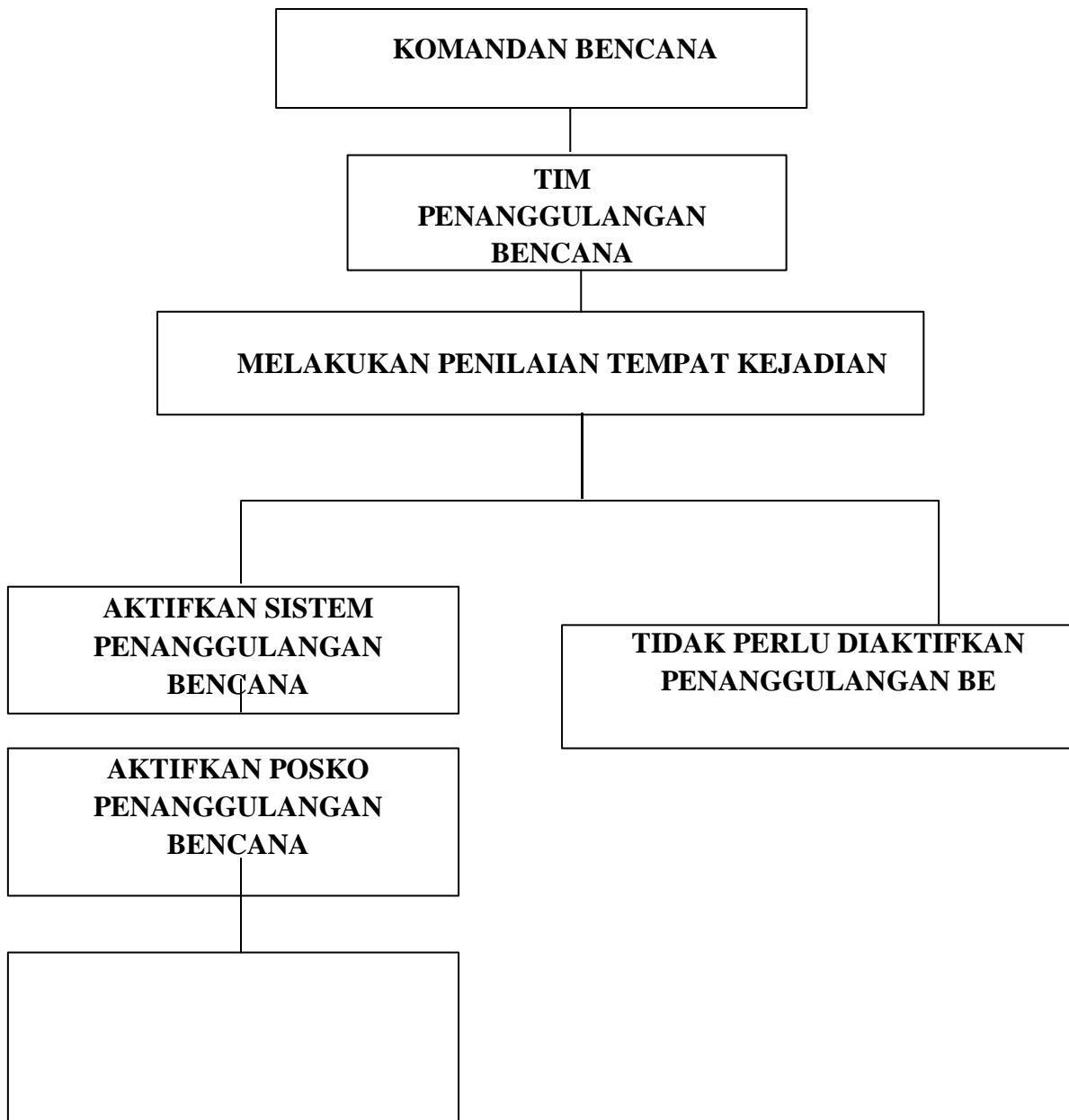
Ruangan yang akan menerima pasien adalah : Rawat Inap Interne, THT dan Bedah

e. Area Dekontaminasi

Area dekontaminasi adalah area / tempat untuk membersihkan korban dari kontaminasi bahan – bahan yang bersifat iritasi. Area ini berlokasi di lingkungan IGD dan diperuntukkan bagi korban terkontaminasi bahan kimia dan atau biologis. Area dekontaminasi yang dimiliki rumah sakit ditujukan untuk melaksanakan dekontaminasi sekunder, sehingga upaya dekontaminasi primer diasumsikan telah dilaksanakan di tempat kejadian.

f. Aktifasi Sistem Bencana

INFORMASI KEADAAN BENCANA



EVALUASI PROSES PENANGGULANGAN YANG SUDAH DILAKUKANg.

Garis Komunikasi

Garis komunikasi yang dilaksanakan pada situasi bencana adalah :

1. Aktivasi Sistem Penanganan Bencana Rumah Sakit
2. Mobilisasi Team Medis
3. Mobilisasi Team Management
4. Aktivasi Pos Komando
5. Penggunaan media komunikasi yang ada, yaitu radio medis, operator Rumah Sakit
6. Peran dan tanggung jawab inti pada kartu instruksi kerja, yang dilaksanakan oleh tiap orang sewaktu – waktu sesuai jabatannya
7. Tetap memberikan informasi yang up to date yang telah disetujui oleh Komando Rumah Sakit

Agar team penanggulangan bencana dikenal oleh unit internal maupun eksternal, maka semua yang terlibat langsung memakai identitas berupa name tag Untuk personal sebagai berikut :

1. Wakil Direktur Pelayanan Medis
2. Kabid Keperawatan
3. Kabid Pelayanan
4. Koordinator IGD
5. Manajer Keuangan
6. Team Medis
7. Ketua Pos
8. Ketua Team di bawah Manajer Keuangan/ manajemen keuangan

C. PENGATURAN LALU – LINTAS

a. Bencana Eksternal

Pengaturan lalu - lintas pada bencana eksternal dilakukan sebagai berikut :

1. Kendaraan korban masuk melalui pintu masuk utama Rumah Sakit
2. Pintu masuk dijaga oleh satpam Rumah Sakit bekerja sama dengan kepolisian, untuk kemudian diarahkan menuju IGD
3. Di lobby triage petugas satpam dan kepolisian mengatur ketertiban dan kelancaran proses penurunan korban dari kendaraan, serta mengarahkan kendaraan untuk keluar Rumah Sakit
4. Korban diterima oleh team medis yang ada di IGD, untuk selanjutnya dilakukan pertolongan korban

5. Kendaraan pengangkut pasien yang bukan korban bencana, diarahkan menuju tempat parkir

b. Bencana internal

Pengaturan lalu – lintas pada bencana internal dilakukan sesuai dengan lokasi bencana. Seluruh kendaraan tidak diijinkan memasuki area Rumah Sakit, kecuali kendaraan PMK, ambulance dan polisi.

D. PERAN INSTANSI JEJARING

Pada situasi bencana suatu Rumah Sakit diharapkan dapat menyelenggarakan pelayanan dan mengatasi semua situasi terkait dengan pertolongan korban baik ketersediaan peralatan medis atau masalah teknis lainnya dalam tempo yang sesingkat – singkatnya sehingga pelayanan dapat diberikan dengan sebaik – baiknya, serta dengan seminimal mungkin adanya korban meninggal. Dalam situasi demikian, maka kemampuan Rumah Sakit diuji untuk mampu mengatasi semua kejadian / korban yang ada. Sangatlah tidak mungkin jika semua hal tersebut dibebankan kepada hanya 1 (satu) Rumah Sakit, dalam hal ini Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir Solok, sehingga sangatlah penting untuk mengembangkan kerjasama dengan instansi dan Rumah Sakit jejaring sebagai upaya memperluas dan meningkatkan peran aktif sektor / instansi lain untuk bersama – sama memberikan bantuan sesuai dengan kemampuan masing – masing.

Instansi jejaring yang diharapkan perannya pada situasi bencana, antara lain :

1. Dinas Pemadam Kebakaran

Bantuan Pemadam Kebakaran diperlukan apabila bencana yang terjadi tidak dapat diatasi dengan hanya memakai APAR (Alat Pemadam Api Ringan) yang ada di Rumah Sakit Umum M. Natsir Daerah Solok. Kepala Satuan Pengamanan Rumah Sakit menghubungi nomor telpon 113 untuk meminta bantuan petugas dari Dinas Pemadam Kebakaran. Selain untuk tujuan memadamkan api, membantu proses evakuasi korban dan melaksanakan dekontaminasi primer

2. Palang Merah Indonesia

PMI diperlukan dalam rangka membantu proses triage dan evakuasi, serta penggunaan fasilitas yang dimilikinya.

3. Kepolisian

Pengaturan keamanan, ketertiban dan lalu – lintas menuju dan keluar Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir Solok, khususnya akses menuju IGD pada saat kejadian bencana.

4. SATKORLAK

Kejadian bencana dikoordinasikan kepada Satkorlak Kota Solok, dan Propinsi Sumatra Barat sebagai upaya antisipasi diperlukannya bantuan logistik, makanan, dsb.

5. PLN

Kejadian bencana memerlukan penambahan daya listrik termasuk penambahan titik sambungan listrik di unit yang diperlukan agar pelayanan yang diberikan tetap optimal.

6. TELKOM

Tambahan sambungan telepon bebas biaya sangat diperlukan pada saat kejadian bencana, terutama untuk membantu korban / keluarga yang ingin berhubungan dengan keluarganya. Sambungan telepon diperlukan juga untuk membuka akses internet guna memberikan informasi tentang bencana yang terjadi.

7. PDAM

Kontinuitas pengadaan air bersih sangat diperlukan untuk operasional penanganan bencana.

8. Dinas Kesehatan

Laporan kepada Dinas Kesehatan Propinsi Sumatra Barat dan Dinas Kesehatan Kota Solok menjadi prioritas pertama pada saat bencana. Hal ini menjadi jembatan bagi diupayakannya mobilisasi bantuan dari pihak / instansi terkait, khususnya Pemda dan instansi kesehatan jejaring lainnya.

9. Rumah Sakit Rujukan

Pada situasi korban yang sangat besar dimana Rumah Sakit Umum M. Natsir Solok tidak mampu menampung untuk penanganannya, maka kerja sama penanganan dengan Rumah Sakit lain sangat diperlukan. Oleh karena itu perlu diinformasikan upaya meminta bantuan kepada Rumah Sakit lain yang menjadi Rumah Sakit rujukan Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir Solok. Rumah sakit yang merupakan Rujukan untuk penanganan bencana adalah rumah sakit yang ada di Ptop Sumbar, khususnya di Padang, baik negeri maupun swasta .

10. SAR : Tim SAR sangat diperlukan untuk membantu proses evakuasi dalam penanganan bencana.

11. Institusi Pendidikan Kesehatan ,Perhotelan dan lainnya :

Pada situasi korban yang sangat besar dimana RSUD M. Natsir Solok tidak mampu menampung untuk penanganannya,maka kerja sama bantuan relawan untuk membantu penanganan bencana sangat diperlukan.

E. PENANGANAN SAAT BENCANA DI RUMAH SAKIT

Pada situasi bencana aspek koordinasi dan kolaborasi diperlukan untuk mengatur proses pelayanan terhadap korban dan mengatur unsure penunjang yang mendukung oroses pelayanan sehingga dapat berjalan sebagaimana mestinya.penanganan bensana di rumah sakit pada sistim penanganan bencana adalah sebagai berikut.

a. Penanganan Korban

Proses penanganan yang diberikan kepada korban dilakukan secepatnya untuk mencegah risiko kecacatan dan atau kematian,dimulai sejak di lokasi kejadian,proses evakuasi dan proses tranportasi ke IGD atau area berkumpul. Kegiatan dimulai sejak korban tiba di IGD.

Penanggung jawab : Ketua Tim Medical support (ka IGD)

Tempat : Triage IGD/lokasi kejadian/area berkumpul/tempat perawatan

Prosedur di lapangan :

- Lakukan triage sesuai dengan berat ringannya kasus (Hijau, Kuning, Merah)
- Menentukan prioritas penanganan
- Evakuasi korban ke tempat yang lebih aman
- Lakukan stabilisasi sesuai kasus yang dialaminya

Tranportasi korban ke IGD Di Rumah Sakit (IGD)

:

- Lakukan triage oleh tim medic
- Penempatan korban sesuai hasil triage
- Lakukan stabilisasi korban
- Berikan tindakan definitif sesuai dengan kegawatan dan situasi yang ada (Merah, Kuning, hijau)
- Perawatan lanjutan sesuai dengan jenis kasusnya (ruang perawatan dan OK)
- Lakukan rujukan bila diperlukan baik karena pertimbangan medis maupun tempat perawatan.

b. Pengelolaan Barang Milik Korban

Barang milik korban hidup baik berupa pakaian, perhiasan, dokumen, dll ditempatkan secara khusus untuk mencegah barang tersebut hilang maupun tertukar. Sedangkan barang ,milik korban meninggal, setelah didokumentasikan oleh koordinator tim forensik selanjutnya diserahkan ke pihak kepolisian yang bertugas di forensik.

Tempat : Ruang Triage IGD

Penanggung jawab : Kepala Ruangan Triage

IGD Prosedur :

- Catat barang yang dilepaskan dari korban atau dibawa oleh korban.
- Bila ada keluarga maka barang tersebut diserahkan kepada keluarga korban dengan menandatangani form catatan.
- Tempatkan barang milik korban pada kantong plastik dan disimpan dilemari/locker terkunci.
- Bila sudah 1 minggu barang milik korban belum diambil baik oleh pasien sendiri maupun keluarganya, maka barang tersebut diserahkan kepada Bagian Umum dengan menandatangani dokumen serah terima , selanjutnya Kasubbag Umum menghubungi pasien maupun keluarganya. Apabila dalam waktu 1 bulan barang belum diambil, maka barang tersebut diserahkan oleh ke Polsek setempat.

c. Pengosongan Ruangan Dan Pindahan Pasien

Pada situasi bencana maka ruang perawatan tertentu harus dikosongkan untuk menampung sejumlah korban dan pasien-pasien diruangan tersebut harus dipindahkan keruangan yang sudah di tentukan.

Tempat : Gedung
Rawatan

Penanggung jawab :
Karu

Prosedur
:

- Ka.Bid Keperawatan mengintruksikan ka ruang yang di maksud untuk mengosongkan ruangan.
- Ka Ruangan berkoordinasi ke kepala ruangan lain untuk memindahkan pasiennya
- Ka.Ruangan dan Wakil serta Perawat menjelaskan pada pasien/keluarganya alasan pengosongan ruangan.

- Ka. Ruangan mencatat ruangan-ruangan tempat tujuan pasien pindah dan menginstuksikan petugas RM
- Ka.Ruangan melaporkan proses pengosongan ruangan kepada Ka.Bidang Keperawatan.

d. Pengelolaan Makanan Korban Dan Petugas

Makanan untuk pasien dan petugas, persiapan dan distribusinya dikoordinir oleh Instalasi Gizi sesuai dengan permintaan tertulis yang disampaikan oleh kepala ruangan maupun penanggung jawab pos. Makanan yang dipersiapkan dengan memperhitungkan sejumlah makanan cadangan untukantisipasi kedatangan korban baru maupun petugas baru/relawan. Tempat : Instalasi gizi dan Posko Donasi (Makanan)

Penanggung jawab : Ka Instalasi Gizi

Prosedur :

1. Instalasi Gizi mengkoorinasikan jumlah korban dan petugas yang ada ke ruangan/posko sebelum mempersiapkan makanan pada setiap waktu makan.
2. Instalasi Gizi mengumpulkan semua permintaan makanan dari ruangan/posko.
3. Instalasi Gizi mengkoordinir persiapan makanan dan berkolaborasi dengan posko donasi makanan untuk mengetahui jumlah donasi makanan yang akan/dapat didistribusikan.

e. Pengelolaan Tenaga Rumah Sakit

Pengaturan jumlah dan kualifikasi tenaga yang di perlukan saat penanganan bencana. Tenaga yang dimaksud adalah SDM rumah sakit yang harus disiagakan serta pengelolaannya saat situasi bencana.

Tempat : Bagian SDM

Penanggung jawab : Wadir Umum dan

SDM Prosedur :

- Wadir SDM menginstuksikan Ka.Bidang/Bagian/Ka.Instalasi yang terkait untuk kesiapan tenaga.
- Koordinasi dengan pihak lain bila diperlukan tenaga tambahan/volunteer dari luar Rumah Sakit.
- Dokumentasikan semua staff yang bertugas untuk setiap shift

f. Pengendalian Korban Bencana Dan Pengunjung

Pada situasi bencana internal maka pengunjung yang saat itu berada di RS ditertibkan dan diarahkan pada tempat berkumpul yang ditenyukan. Demikian pula korban diarahkan untuk dikumpulkan pada ruangan/area tempat berkumpul yang ditentukan.

Tempat/area berkumpul : Lihat pembahasan ruangan dan area berkumpul terbuka

Penanggung jawab : Komandan Satuan pengamanan

Prosedur :

- Umumkan kejadian dan lokasi bencana melalui speaker dan informasikan agar korban dipindahkan dan diarahkan ke area yang ditentukan.
- Perintahkan Ka.Ruangan untuk memindahkan korban.
- Koordinir proses pemindahan dan alur pengunjung ke area dimaksud.

g. Koordinasi dengan instansi lain

Diperlukannya bantuan dari instansi lain untuk menanggulangi bencana maupun efek dari bencana yang ada. Bantuan ini diperlukan sesuai dengan jenis bencana yang terjadi. Instansi terkait yang dimaksud adalah sarkolak, Dinas Kesehatan Propinsi, Kepolisian, Dinas Pemadam Kebakaran, SAR, PDAM, PLN, TELKOM, PMI, RS Rujukan, Institusi pendidikan Kesehatan, dan Perhotelan

Tempat : Pos

Komando Penanggung jawab :

Direktur RS Prosedur :

- Koordinir persiapan rapat koordinasi dan komunikasikan kejadian yang sedang dialami serta bantuan yang diperlukan.
- Hubungi instansi terkait untuk meminta bantuan sesuai kebutuhan.
- Bantuan instansi terkait dapat diminta kepada Pemerintah Propinsi, Kabupaten/Kota dan Pusat, termasuk lembaga/instansi/militer/polisi dan atau organisasi profesi.

h. Pengelolaan Obat Dan Bahan/Alat Habis Pakai

Penyediaan obat dan bahan/alat habis pakai dalam situasi bencana merupakan salah satu unsu penunjang yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan, oleh karena itu diperlukan adanya persediaan obat dan bahan/alat habis pakai sebagai penunjang pelayanan korban.

Tempat : Instalasi Farmasi

Penanggung jawab : Kepala Instalasi farmasi

Prosedur :

- Menyiapkan persediaan obat&bahan/alat habis pakai untuk keperluan penanganan korban bencana.
- Distribusikan jumlah dan jenis obat & bahan/alat habis pakai sesuai dengan permintaan unit pelayanan.
- Membuat permintaan bantuan apabila perkiraan jumlah dan jenis obat & bahan/alat habis pakai tidak mencukupi kepada Dinas Kesehatan Propinsi dan atau Departemen Kesehatan RI.
- Bantuan obat & bahan/alat habis pakai kepada LSM/lembaga donor darah pilihan terakhir, namun apabila ada yang berminat tanpa ada permintaan, buat criteria dan persyaratannya.
- Siapkan tempat penyimpanan yang memadai dan memenuhi persyaratan penyimpanan obat & bahan/alat habis pakai
- Buat pencatatan dan pelaporan harian
- Lakukan pemusnahan/koordinasikan ke pihak terkait apabila telah kadaluarsa dan atau tidak diperlukan sesuai dengan persyaratan

j. Pengelolaan Volunter (Relawan)

Keberadaan relawan sangat diperlukan pada situasi bencana. Individu/kelompok organisasi yang berniat turut memberikan bantuan sebaiknya dicatat dan diregistrasi secara baik oleh bagian SDM, untuk selanjutnya diikutsertakan dalam membantu proses pelayanan sesuai dengan jenis ketenagaan yang dibutuhkan.

Tempat : Pos Relawan

Penanggung jawab : Ka.Bagian

SDM Prosedur :

- Lakukan rapid assessment untuk mengetahui jenis dan jumlah tenaga yang diperlukan.
- Umumkan kualifikasi dan jumlah tenaga yang diperlukan.
- Lakukan seleksi secara ketat terhadap identitas, keahlian dan ketrampilan yang dimiliki dan pastikan bahwa identitas tersebut benar (identitas organisasi profesi)
- Dokumentasikan seluruh data relawan
- Buat tanda pengenal resmi/name tag
- Informasikan tugas dan kewajibannya
- Antarkan dan perkenalkan pada tempat tugasnya
- Pastikan relawan tersebut terdaftar pada daftar jaga ruangan/unit dimaksud
- Buat absensi kehadirannya setiap shift/hari
- Siapkan penghargaan/sertifikat setelah selesai melaksanakan tugas

k. Pengelolaan Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan tetap dijaga pada situasi apapun termasuk situasi bencana untuk mencegah terjadinya pencemaran maupun dampak dari bencana.

Tempat : Lingkungan Rumah

Sakit Penanggung jawab : Ka.Instalasi

Kesling

Prosedur :

- Pastikan system pembuangan dan pemusnahan sampah dan limbah medis dan non medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- Catat dan laporkan pemakaian bahan bakar dan jumlah sampah medis yang dibakar serta kualitas hasilnya
- Kontrol seluruh pipa dan alat yang dipakai untuk pengolahan sampah dan limbah agar tidak terjadi pencemaran lingkungan
- Koordinasikan kebersihan ruangan dan pemisahan sampah medis dan sampah umum dengan petugas ruangan.

l. Pengelolaan donasi

Pada keadaan bencana , rumah sakit membutuhkan bantuan tambahan baik berupa obat,

bahan/alat habis pakai, makanan, alat medis/non medis, maupun

financial. Tempat : Pos Donasi

Penanggung jawab : Ka.Bag.Umum

Prosedure :

- Catat semua asal, jumlah dan jenis donasi yang masuk baik berupa obat, makanan, barang dan uang maupun jasa.
- Catat tanggal kadaluarsa.
- Distribusikan donasi yang ada kepada pos-pos yang bertanggung jawab :
 - Obat dan bahan/alat habis pakai ke Ka.Instalasi Farmasi
 - Makanan/minuman ke Ka.Instalasi Gizi
 - Barang medis/non medis ke Ka.Bidang Penunjang
 - Uang ke Ka.Sub Bagian Mobilisasi Dana
 - Line telpon,sumbangan daya listrik ke IPSRS
- Laporkan rekapitulasi jumlah dan jenis donasi (yang termasuk, yang didistribusikan dan sisanya) kepada Pos Komando

- Sumbangan yang ditujukan langsung kepada korban akan difasilitasi oleh kepala ruangan atas sepengetahuan ketua manajemen support.

m. Pengelolaan Listrik, Telepon Dan Air

Meningkatnya kebutuhan power listrik, instalasi air dan tambahan sambungan telepon saat disaster membutuhkan kesiap siagaan dari tenaga yang melaksanakannya. Persiapan pengadaan maupun sambungannya mulai dilaksanakan saat aktifasi bencana di rumah sakit.

Tempat : IPSRS

Penanggung jawab : Ka.Instalasi IPSRS Non Medis

Prosedur :

- Pastikan system berfungsi dengan baik dan aman.
- Siapkan penambahan dan jaga stabilitas listrik agar layak pakai dan aman.
- Siapkan penambahan line telepon untuk SLI maupun sambungan keluar lainnya
- Jaga kualitas air sesuai dengan syarat kualitas maupun kuantitas air bersih dan hindari kontaminasi sehingga tetap aman untuk digunakan
- Lakukan Koordinasi dengan instansi terkait (PLN, PT TELKOM, PDAM) untuk menambah daya, menambah line dan tetap menjaga ketersediaan listrik, telepon, maupun air.
- Distribusikan kebutuhan listrik, telepon dan air ke area yang membutuhkan
- Berkoordinasi dengan pengguna/ruangan dan penanggung jawab area.
- Lakukan monitoring secara rutin.

n. Penanganan Keamanan

Keamanan diupayakan semaksimal mungkin pada area transportasi korban dari lokasi ke IGD, pengamanan sekitar Triage dan IGD pada umumnya serta pengamanan pada unit perawatan dan pos-pos yang didirikan.

Tempat : Alur masuk ambulance ke IGD, seluruh unit pelayanan dan

pos. Penanggung jawab : Kepala Satuan Pengamanan

Prosedur :

- Atur petugas sesuai dengan wilayah pengamanan
- Lakukan koordinasi dengan instansi terkait seperti kepolisian.
- Atur dan arahkan pengunjung ke lokasi yang ditentukan pada saat bencana internal
- Lakukan kontrol rutin dan teratur

o. Pengelolaan Informasi

Informasi, baik berupa data maupun laporan dibuat sesuai dengan form yang ditentukan sehingga tidak terjadi kesimpang siuran mengenai jumlah korban baik korban hidup, korban meninggal, asal Negara, tempat perawatan korban dan status evakuasi ke luar rumah sakit. Informasi ini meliputi identitas korban, SDM dan fasilitas yang diperlukn untuk penanganan korban.

Tempat : Pos

Informasi Penanggung jawab :

Ka.Bag.Umum

Prosedur :

- Lengkapi semua data korban yang mencakup nama pasien, umur, dan alamat/asal Negara, dari korban rawat jalan, rawat inap dan meninggal serta evakuasi dan lengkapi dengan data tindakan yang telah dilakukan
- Informasi di update setiap 12 jam untuk 2 hari pertama (jam 08,00 dan jam 20.00) dan 24 jam untuk hari-hari berikutnya (jam 08.00)
- Informasi di tulis pada papan informasi dan dipasang di pos informasi.
- Setiap lembar informasi yang keluar di tandatangi oleh komandan bencana dan di serahkan kepada pihak yang membutuhkan oleh penanggung jawab pos informasi.

n. Jumpa Pers

Informasi dari posko data merupakan sumber informasi yang akan digunakan pihak rumah sakit pada saat jumpa pers. Pihak RS yang menghadiri press release adalah Direktur sebagai Komandan RS Komandan Bencana, Ketua Medikal support, dan Ketua manajemen support. Tempat : Aula

Penanggung jawab : Ka.Bag.Umum

Prosedur :

- Jumpa pers dilaksanakan setiap hari jam 11.00 untuk 5 hari pertama, dua hari sekali untuk hari berikutnya dan seterusnya bilamana dipandang perlu.
- Undangan atau pemberitahuan kepada pers akan adanya jumpa pers dilakukan oleh
Ka.Bag.Umum
- Siapkan dan sebelumnya konfirmasikan informasi yang akan disampaikan pada jumpa pers kepada Direktur
- Jumpa pers dipimpin oleh komandan Rumah Sakit

q. Pengelolaan Media

Wartawan dari media cetak dan elektronik akan berada hamper 24 jam disekitar rumah sakit untuk meliput proses pelayanan dan kunjungan tamu ke unit pelayanan, bukan hanya berasal dari media regional, nasional tetapi juga internasional sehingga perlu dikelola dengan baik.

Tempat : Ruangan Umum

Penanggung jawab :

Ka.Sub.Bag.Umum

Prosedur :

- Registrasi dan berikan identitas semua media serta wartawan yang datang
- Sampaikan bahwa semua informasi dapat diperoleh dari pos informasi.
- Koordinasikan dengan petugas pengamanan rumah sakit untuk pengaturannya.
- Peliputan media hanya diijinkan kepada yang sudah memperoleh kartu identitas.
- Peliputan langsung pada korban bencana atas seijin yang bersangkutan.

r. **Pengelolaan rekam medis.**

Semua korban bencana yang memerlukan perawatan dibuatkan rekam medis sesuai dengan prosedur yang berlaku di RS. Pada rekam medis diberikan tanda khusus untuk mengidentifikasi data korban dengan segera.

Tempat :
IGD

Penanggung jawab : Ka.Instalasi Rekam
Medik

Prosedur :

- Diapkan sejumlah form rekam medis korban bencana untuk persiapan kedatangan korban.
- Kontrol dan pastikan semua korban sudah dibuatkan rekam medis.
- Registrasi semua korban pada system billing setelah dilakukan penanganan emergency.

s. **Identifikasi Korban**

Semua korban bencana yang dirawat menggunakan label ID. Label ID yang dipasangkan pada pasien berisi identitas dan hasil triage. Setelah dilakukan tindakan life saving, label ID akan dilepas dan disimpan pada rekam medik yang bersangkutan.

Tempat : Ruang Triage IGD,Kamar

jenazah Penanggung jawab : Ka.Instalasi Rekam

Medik Prosedur :

- Pasangkan label ID pada semua lengan atas kanan korban hidup pada saat masuk ruang triage atau korban meninggal pada saat masuk kamar jenazah, serta dibuatkan rekam mediknya.
- Control semua korban bencana dan pastikan sudah menggunakan label ID.

t. **Pengelolaan Tamu/Kunjungan**

Tamu dan kunjungan ke rumah sakit untuk meninjau pelaksanaan pelayanan terhadap korban dilakukan berupa kunjungan formal/non formal kenegaraan atau oleh institusi, LSM, partai politik maupun perseorangan. Pengelolaannya diatur untuk mencegah terganggunya proses pelayanan dan mengupayakan privacy korban. Tamu kenegaraan dari Negara lain maupun tamu kenegaraan RI dan tamu Gubernur akan didampingi oleh Direktur dan para Wakil Direktur. Tamu dari organisasi partai politik, LSM, institusi, dll diterima dan didampingi Direktur RS.

Tempat : Ruang

Direktur Penanggung jawab :

Ka.Bag.Umum Prosedur :

- Semua rencana kunjungan tercatat pada bagian Umum
- Hubungi Direktur dan para Wakil Direktur, Pejabat Struktural terkait untuk menerima kunjungan sesuai jenis kunjungan atau tamu yang akan hadir.
- Siapkan ruangan rencana transit dan kebutuhan lainnya (makanan/minuman) bila dibutuhkan.
- Siapkan informasi/data korban dan perkembangannya, data kesiapan rumah sakit dan proses pelayanannya.
- Koordinasikan Ka.Bag. RT. Perlengkapan dan Bidang Keperawatan untuk kebersihan unit terkait.
- Siapkan dokumentasi tem dokumentasi RS.

u. Pengelolaan Jenazah

Untuk kejadian bencana, jenazah akan langsung dikirim keruang jenazah untuk sementara selanjutnya akan dikirim ke Keluarga Korban atau Rumah Sakit Rujukan. Pengelolaan jenazah seperti identifikasi, menentukan sebab kematian dan menentukan jenis musibah yang terjadi, penyimpanan dan pengeluaran jenazah dilakukan di RS Rujukan yang ada Dokter Forensik

Tempat : Kamar jenazah

Penanggung jawab : Ka Instalasi Kamar Jenazah/Ka

IGD Proses :

- Registrasi semua jenazah korban bencana yang masuk ke RS melalui kamar jenazah
- Bila diperlukan, dilakukan identifikasi pada korban untuk menentukan sebab kematian, jenazah akan dikirim ke bagian forensic
- Identifikasi sesuai dengan guide line Siapkan surat-surat yang diperlukan, penyerahan ke polisi dari rumah sakit ke bagian forensic
- Buat laporan jumlah dan status jenazah kepada ketua medical support dan pos pengelolaan data.

v. Evakuasi Korban Ke Luar Rumah Sakit

Atas indikasi medis, sosial, politik dan hukum, maupun permintaan Negara yang bersangkutan atau atas permintaan keluarga pasien/korban pindah ataupun keluar dari Rumah Sakit Umum Daerah Solok, untuk dilakukan perawatan di rumah sakit tertentu di luar RS UD Solok. Perpindahan/Evakuasi korban ini dilakukan atas persetujuan tim medis dengan keluarga maupun Negara yang bersangkutan bila korban adalah warga Negara asing. Kelengkapan dokumen medik serta persetujuan keluarga/Negara yang bersangkutan diperlukan untuk melaksanakan proses evakuasi.

Tempat : IGD, Unit Perawatan

Penanggung jawab : Ketua Medical

Sopport Prosedur :

- Pastikan adanya persetujuan medis, maupun persetujuan keluarga/Negara yang bersangkutan sebelum proses evakuasi dilakukan.
- Koordinasikan rencana evakuasi korban kepada pihak/rumah sakit penerima.
- Pastikan pasien dalam keadaan stabil dan siap untuk dievakuasi
- Siapkan ambulance sesuai standar untuk evakuasi pasien
- Bila diperlukan hubungi pihak penerbangan untuk kesiapan tranportasi pasien.
- Pastikan adanya tim medis yang mendampingi selama proses evakuasi.

BAB III TATA LAKSANA

A. RINCIAN KEGIATAN

1. IDENTIFIKASI RISIKO

Identifikasi resiko dilakukan melalui proses pelaporan terhadap suatu resiko ataupun kejadian. Dilakukan oleh semua staf yang melakukan, melihat maupun mendengar suatu resiko atau kejadian. Proses pelaporan tersebut disosialisasikan kepada semua staf baru dalam program orientasi umum. Identifikasi dilakukan melalui kegiatan audit mutu internal, pemantauan indikator mutu, indikator keselamatan pasien, audit medik, *morning report*, diskusi kasus, survei kepuasan pelanggan, *check list system*, *accident investigations*, *accident statistic*, *safety inspection*, *safety riview/audits*, *Job safety analysis*, *Fault tree analysis (FTA)*, *Event tree analysis (ETA)*, *FMEA*, *Qualitatif risk assesment (QRA)*, *risk register*, *Hazops* dan *insiden report*.

Seluruh kegiatan identifikasi resiko selalu ditekankan 3 (tiga) hal yaitu *no blame*, *no name and no shame*, sehingga bukan orangnya yang ditekankan dalam suatu kejadian namun lebih pada sistemnya. Adalah penting menanamkan budaya tidak menyalahkan dan mempermalukan oleh karena setiap manusia memang dapat saja melakukan suatu kesalahan setiap hari. Namun terlebih dari pada itu, adalah penting untuk melihat apakah kesalahan tersebut merupakan kelalaian yang timbul oleh karena kompleksitas sistem yang kurang mendukung. Selain itu dengan mempermalukan dan menyalahkan, pelaporan akan sulit diperoleh karena adanya kekhawatiran dan ketakutan untuk melaporkan sehingga langkah awal dari manajemen resiko tidak dapat dijalankan. Untuk itu, berbagai

pendekatan menggunakan kombinasi metode harus digunakan untuk meningkatkan proses indentifikasi terhadap resiko dan *hazards*.

Risiko bencana (disaster) adalah kemungkinan terjadinya suatu dampak/konsekuensi bahaya dari suatu pekerjaan dan lingkungannya. Adanya risiko perlu di ketahui melalui Identifikasi risiko, yang bertujuan untuk mengetahui kemungkinan potensi terjadinya bencana disuatu gedung. Identifikasi risiko juga untuk mengetahui adanya potensi bahaya dari suatu kegiatan, produksi, material/bahan dan lingkungan kerja. Identifikasi risiko sebagai landasan dari langkah pencegahan kecelakaan yang disebabkan adanya tindakan tidak aman (*unsafe act*) serta kondisi tidak aman (*unsafe condition*). Risiko ini bisa ditimbulkan dari proses kerja, kondisi fisik/material bangunan yang ada. Bencana di rumah sakit bisa disebabkan sarana/prasarana dan kerja yang tidak aman.

a. Tata Cara Identifikasi Risiko

➤ Identifikasi risiko

Proses sistematis dan terstruktur untuk menemukan dan mengenali risiko, kemudian dibuat daftar risiko. Daftar risiko dilengkapi dengan deskripsi risiko termasuk menjelaskan kejadian dan peristiwa yang mungkin terjadi dan dampak yang ditimbulkannya. Identifikasi dilakukan pada: Sumber risiko, area risiko, peristiwa dan penyebabnya dan potensi akibatnya. Metode identifikasi risiko dilakukan dengan proaktif melalui *self assessment*, *incident reporting sistem* dan *clinical audit* dan dilakukan menyeluruh terhadap medis dan non medis.

Secara umum bahaya disaster dapat diklasifikasikan atas:

- Primary hazards, yaitu bencana yang terjadi/akibat dari kondisi fisik, kimia, biologi dan psikososial
- Secondary hazards yaitu bencana yang muncul sebagai akibat adanya interaksi antara komponen-komponen pekerjaan (yang bisa juga bisa berfungsi sebagai primary hazard).

Klasifikasi primary hazards menurut sumber bencana dapat dibagi atas:

- Manusia dengan segala karakteristiknya baik secara badani (fisik tubuh), mental, pengetahuan, keterampilan dan yang lainnya
- Peralatan yang desainnya tidak tepat, kualitasnya mudah rusak ataupun kurang terawat dan lain-lain

- Material/bahan yang secara kimiawi misalnya mempunyai tingkat toksisitas yang tinggi dan lain-lain
- Lingkungan tempat berlangsungnya pekerjaan yang kurang memadai, seperti sempit, kotor, licin dan lain-lain.

➤ **Identifikasi Jenis Bencana**

Bencana internal adalah bencana yang terjadi di dalam Rumah Sakit dan bencana eksternal yang berdampak di dalam rumah sakit. Potensi jenis bencana (Hazard) yang mungkin terjadi di Rumah Sakit Umum Daerah Solok adalah sebagai berikut :

1. Kebakaran gedung
2. Gempa bumi
3. Ledakan peralatan, tabung tekan uap
4. Epidemii dan endemi pasca bencana alam
5. Konsleting listrik
6. Terkontaminasinya makanan/minuman
7. Terkontaminasinya sediaan darah oleh virus Banjir

1. Kebakaran

Sumber kebakaran bisa berasal dari dalam gedung bisa juga terjadi di luar gedung. Kebakaran bisa terjadi disetiap gedung dirumah sakit, karena ledakan peralatan, arus pendek, peralatan tidak aman atau tindakan petugas yang tidak aman. Kebakaran juga bisa disebabkan oleh kebocoran gas.

2. Gempa Bumi

Lokasi kepulauan di Indonesia berada pada area lempengan bumi di bawah laut yang sewaktu

-waktu dapat bergerak dan menghasilkan gempa, dan kepulauan di Indonesia memiliki banyak gunung berapi yang sangat memungkinkan terjadinya gempa bumi. Solok yang termasuk dalam daerah yang rawan gempa (berada didalam daerah Patahan semangka) menjadikan Seluruh Instansi Pemerintahan dan Swasta yang terutama berkecimpung di Bidang Sosial dan Kesehatan, senantiasa harus siap dalam menghadapi kemungkinan yang akan terjadi. Dampak terjadinya gempa ini dapat juga terjadi di Solok dan sekitarnya yang akan merupakan bencana eksternal namun bila dampak gempa pada areal bangunan di Rumah Sakit maka hal ini merupakan situasi bencana yang terjadi di Internal Rumah Sakit. Pada bencana gempa bumi, Kota Solok dan

Kabupaten Solok termasuk zona jalur segmen patahan lempeng Eurasia dengan lempeng Indo-Australia yang berpotensi terjadinya gempa. Di Kota Solok, selain itu gempa juga berasal dari gunung berapi seperti gunung talang dan gunung merapi. Dalam beberapa tahun belakangan gunung berapi disekitar Kota Solok tersebut menjadi sumber gempa.

3. Kebocoran Gas

Kebocoran gas dapat terjadi pada tabung – tabung besar gas maupun central gas Rumah Sakit yang dapat disebabkan karena adanya kecelakaan maupun kerusakan dan sabotase. Dan tabung – tabung gas maupun salurannya itu sendiri merupakan sumber dari kebocoran. Kebocoran gas ini bisa terjadi di tiap ruangan yang menyimpan dan menggunakan gas seperti IGD, rawat inap, IPSRS, kamar operasi dan instalasi gizi. Kebocoran gas ini bisa mengakibatkan keracunan dan memicu terjadinya kebakaran.

4. Ledakan Peralatan

Ledakan dapat dihasilkan dari kebocoran gas maupun karena ledakan bahan berbahaya yang ada di Rumah Sakit. Ledakan ini bisa terjadi di setiap ruangan atau lokasi dimana terdapat gas seperti IGD, rawat inap, IPSRS, kamar operasi dan instalasi gizi dan pada ruangan yang menyimpan bahan berbahaya seperti farmasi dan laboratorium. Ledakan ini dapat menimbulkan kebakaran, kerusakan gedung dan peralatan, keracunan.

5. Penyakit Menular (Epidemi dan endemi)

Penyakit menular yang potensial terjadi adalah hepatitis, HIV Aids, diare, demam berdarah, *covid-19* serta *new emerging disease* (penyakit yang dulu pernah ada muncul kembali seperti flu burung) akibat pembauran peradaban global. Penyakit menular ini bisa disebabkan oleh tindakan yang tidak aman oleh petugas dalam penanganan limbah dan penanganan pasien HIV-Aids, hepatitis. Kebiasaan cuci tangan (*hand hygiene*) pada 5 momen (*five moment*) dalam memberikan pelayanan pasien. Risiko penyakit menular juga bisa berasal dari pengolahan, penyimpanan dan pendistribusian makanan dari instalasi gizi ke pasien. Epidemologi dan endemi biasa terjadi pada kondisi pasca gempa.

6. Kecelakaan oleh karena Zat-Zat Berbahaya

Zat-zat berbahaya adalah sisa suatu usaha/kegiatan yang mengandung bahan berbahaya / beracun yang karena sifat, konsentrasinya dan jumlahnya, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat mencemarkan dan merusakkan lingkungan hidup, kesehatan, kelangsungan hidup manusia serta makhluk hidup lain.

Pengolahan limbah B3 adalah proses untuk mengubah karakteristik dan komposisi limbah B3 untuk menghilangkan dan/atau mengurangi sifat bahaya dan/atau sifat racun.

Penimbunan limbah B3 adalah suatu kegiatan menempatkan limbah B3 pada suatu fasilitas penimbunan dengan maksud tidak membahayakan kesehatan manusia dan lingkungan hidup. Pengelolaan limbah B3 yang tidak sesuai aturan akan menimbulkan pencemaran yang akhirnya berakibat bencana penyakit menular ataupun keracunan.

Penggolongan Limbah B3 adalah :

a. Limbah infeksius.

Limbah yang berkaitan dengan pasien yang memerlukan isolasi penyakit menular (perawatan intensive), Limbah labotarium yang berkaitan dengan pemeriksaan mikrobiologi dari poliklinik dan ruang perawatan / isolasi penyakit menular.

b. Limbah jaringan tubuh

Cairan tubuh, terutama darah dan cairan yang terkontaminasi berat oleh darah, dibuang ke dalam sistem pengolahan air limbah.

c. Limbah sitotoksik

Limbah sitotoksik adalah bahan yang terkontaminasi atau mungkin terkontaminasi dengan obat sitotoksik (mematikan sel) selama peracikan, pengangkutan atau tindakan terapi sitotoksik. Menghapus tumpahan yang tidak sengaja, perlu disediakan absorben yang tepat. Bahan pembersih hendaknya selalu tersedia dalam ruang peracikan terapi sitotoksik, bahan yang cocok untuk itu, antara lain : sawdust, granula absorpsi, atau pembersih lainnya.

d. Limbah farmasi/kimia

Obat-obatan kadaluarsa, obat terkontaminasi dan limbah yang dihasilkan selama produksi obat –obatan. Merkuri banyak digunakan dalam penyerapan restorasi amalgam. Limbah merkuri amalgam kalau dibakar dengan incenerator akan menghasilkan emisi yang beracun. Terlepas dari produksi limbah kimia, prosedur pengamanan yang terpenting (*goodhousekeeping*).

e. Limbah radioaktif

Limbah radioaktif adalah bahan yang terkontaminasi dengan radio isotop yang berasal dari penggunaan medis dan riset radionucleida. Limbah ini berasal dari: tindakan kedokteran nuklir, radioimmunoassay dan bakteriologis (baik cair, padat maupun gas).

7. Kontaminasi Makanan/Minuman

Kontaminasi makanan/minuman dirumah sakit bisa terjadi waktu pengolahan, penyimpanan makanan di instalasi gizi dan pendistribusian makanan/minuman oleh pramusaji ke tiap ruangan oleh virus, bakteri, jamur atau zat berbahaya yang bersifat racun. Bila terjadi kontaminasi pada makanan/minuman, pasien dirumah sakit akan jadi korban

bencana keracunan atau infeksi. Hal ini juga terjadi karena perilaku petugas yang kurang memperhatikan pentingnya hand hygiene pada saat *five moment*.

➤ **BENCANA EKSTERNAL**

Rumah Sakit Umum Daerah Solok sangat memungkinkan untuk menerima korban bencana eksternal, maupun memberikan bantuan terhadap korban bencana keluar Rumah Sakit. Potensi bencana eksternal yang berdampak kepada Rumah Sakit adalah : ledakan / bom, kecelakaan transportasi, gempa bumi, banjir dan kebakaran.

Apabila terjadi bencana eksternal, maka sistem penanggulangan bencana di Rumah Sakit diaktifkan, antara lain :

- Pusat Komando diaktifkan oleh Komandan Bencana
- Korban hidup dimasukkan melalui satu pintu di Instalasi Gawat Darurat, sedangkan korban meninggal langsung ke kamar jenazah
- Semua korban di triage – IGD
- Petugas keamanan bersama dengan kepolisian mengatur alur lalu – lintas di sekitar Rumah Sakit. Alur menuju IGD akan dijaga ketat.
- Pengunjung diarahkan ke pusat informasi dan Umum untuk informasi korban
- Petugas tambahan akan dihubungi oleh masing – masing penanggung jawab
- Tidak seorangpun dari petugas dapat meninggalkan Rumah Sakit pada situasi penanganan korban bencana tanpa izin dari Komandan Bencana
- Semua media / informasi kepada pers hanya melalui Komandan. Ruang pertemuan dipersiapkan untuk jumpa pers
- Form pemeriksaan, form permintaan obat, alat habis pakai dan kebutuhan lainnya menggunakan form yang ada. Gudang dan farmasi dibuka sesuai keperluan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan.
- Pasien non – disaster yang berada di Triage – IGD tetap mendapatkan pelayanan sesuai dengan prosedur yang berlaku
- Komunikasi dan informasi untuk situasi yang terbaru akan disampaikan pada keluarga / yang berkepentingan

Dalam penanganan bencana yang terjadi, Rumah Sakit Umum Daerah Solok siap melakukan penanganan pasien termasuk kesiapan sistem untuk mendukung proses penanganan tersebut. Sistem ini disusun berupa diberlakukannya Struktur Organisasi saat aktivasi sistem penanganan bencana oleh Rumah Sakit Umum Daerah Solok

b. Urutan prioritas risiko dengan mengukur tingkat Risiko.

Pengelolaan risiko diawali dengan menilai konsekuensi yang dapat diakibatkan sebuah insiden dan kemungkinan terjadinya risiko setelah teridentifikasi. Kemudian risiko dievaluasi lalu diberikan skor untuk menentukan bobot dan prioritas risiko yang telah terjadi. Sesuai dengan bobotnya ditentukan tindakan yang akan diberlakukan terhadap masing-masing risiko. Bila bobotnya ringan dan tidak prioritas tindakannya dapat hanya mentoleransi saja dan menjadikannya catatan. Namun bila risiko yang terjadi memiliki bobot besar dan mengganggu pencapaian tujuan RS, maka ditentukan sebagai prioritas utama dan harus diatasi atau ditransfer, atau bahkan menghentikan kegiatan yang meningkatkan terjadinya risiko. Tujuan menentukan prioritas risiko adalah membantu proses pengambilan keputusan berdasarkan hasil analisis risiko.

Untuk menentukan prioritas risiko dapat menggunakan rumus seperti dibawah ini :

$$\text{TINGKAT RISIKO} = \text{Nilai Keparahan} \times \text{Nilai Probabilitas Kejadian}$$

Nilai Keparahan

Nilai	Deskripsi	Definisi
1	Tidak ada kerugian	Tidak diketahui oleh individu yang dilayani dan tidak memengaruhi proses
2	Sedikit kerugian	Dapat berakibat pada individu yang dilayani dan menimbulkan beberapa akibat pada proses
3	Kerugian sedang	Dapat berakibat pada individu yang dilayani dan menimbulkan akibat yang sedang pada proses
4	Kerugian Besar	Akan berakibat besar pada individu yang dilayani dan menimbulkan akibat yang besar pada proses
5	Kerugian sangat besar Mengakibatkan bencana, kerugian terminal, atau kematian	Sangat berbahaya, kegagalan dapat mengakibatkan kematian bagi individu yang dilayani

Probabilitas Kejadian

Nilai	Deskripsi	Probabilitas	Definisi
1	Tidak pernah terjadi	1 dari 10.000	Tidak ada atau sedikit kejadian, kemungkinan suatu kondisi tidak terjadi tinggi

2	Sangat jarang terjadi	1 dari 5.000	Mungkin terjadi, namun tidak ada data yang menunjukkan; suatu kondisi terjadi pada kasus-kasus yang jarang, tapi kemungkinannya rendah
3	Jarang terjadi	1 dari 200	Tercatat, namun tidak sering; suatu kondisi secara rasional mempunyai kemungkinan untuk terjadi
4	Sering terjadi	1 dari 100	Tercatat dan sering; suatu kondisi terjadi secara teratur dan/atau selama jangka waktu yang rasional
5	Sangat sering terjadi	1 dari 20	Tercatat, hampir pasti; tidak dapat dihindarkan akan terjadi selama periode waktu yang lama dan khas untuk suatu langkah tertentu

c. Identifikasi Resiko Bencana di Rumah Sakit

Peralatan medis adalah peralatan yang digunakan untuk keperluan diagnostik, therapy, maupun keperluan riset dalam bidang kesehatan. Bencana yang sering terjadi di rumah sakit adalah kebakaran.

Pada pengoperasian peralatan tidak terlepas pada media-media lain yang terkait seperti pemakaian bahan habis pakai, reagensia, gas-gas medis, bahan bakar, dan lain-lain, oleh karena itu terkecuali peralatan anaesthesia dan beberapa peralatan laboratorium yang tidak memerlukan persyaratan khusus dalam pengoperasiannya :

1. Ruang Rawat Inap dan ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD)
 - Penggunaan regulator, compressed oxygen, pada pemakaian ventilator unit/respirator
 - Terjadinya kegagalan isolasi / korsluiting listrik pada peralatan seperti lampu emergency, monitoring unit, defibrillator, dsb.
2. Kamar Operasi:
 - Pemakaian zat-zat berbahaya dan mudah meledak/terbakar seperti : ether, fluthane, halothane, nitrous oxide
 - Disamping itu juga diperhatikan oksigen bertekanan tinggi yang mudah terbakar
 - Terjadinya percikan/loncatan bunga api terhadap bahan-bahan yang mudah terbakar seperti : ether, alkohol, dll
 - Terjadinya kegagalan isolasi pada alat sterilisator kecil ataupun alat elektromedis lainnya yang ada diruang operasi
3. Ruang Sterilisasi/CSSD
 - Peralatan Sterilisasi seperti steam sterilizer, hot air sterilizer yang perlu diperhatikan adalah uap air panas yang bertekanan tinggi
 - Terjadinya kegagalan isolasi pada alat/ korsluiting listrik pada peralatan
4. Instalasi Radiologi

- Terjadinya gerakan/gesekan mekanis pada alat rontgen sehingga menimbulkan panas/bunga mekanis
 - Terjadinya kegagalan isolasi pada rangkaian listrik dari alat juga pada kabel tegangan tinggi (high tension cable)
5. Ruang Laboratorium
- Untuk keperluan pemeriksaan laboratoris sering dipergunakan asam dan basa
 - Penggunaan bahan-bahan kimia berbahaya dan mudah meledak/terbakar seperti alkohol absolut, reagensia
6. Ruang farmasi
- Didalam ruang farmasi selain obat-obatan, disimpan juga bahan-bahan yang mudah meledak/terbakar , seperti : alkohol dll
7. Ruang Gizi/dapur
- Pada umumnya didapur dipergunakan kerosene atau LPG sebagai bahan bakar untuk memasak, kemungkinan bocor
 - Disamping itu dalam proses memasak dipergunakan minyak goreng dan air panas yang apabila tumpah dapat menimbulkan luka bakar
8. Ruang generator set
- Untuk pembangkit tenaga listrik yang dihasilkan oleh mesin diesel/generator, menggunakan minyak solar sebagai bahan bakarnya, minyak solar ini dapat menimbulkan bahaya kebakaran apabila terkena percikan api/loncatan bunga api dari genset.

9. Ruang Loundri

Ruang loundri adalah tempat pencucian linen dan menyetrika. Otomatis disini terdapat beberapa mesin cuci dan mesin untuk nyetrika/melicinkan linen rumah sakit, mesin-mesin yang menggunakan listrik dan bekerja menggunakan air. Bila ada gangguan alat listrik dan terjadi kontak dengan air ini berisiko terjadi kebakaran. Pengorganisasian linen kotor dilakukan sesuai SOP yang ada, linen yang infeksius dipisahkan dengan linen non infeksius. Ini bertujuan mengurangi kontaminasi dan memudahkan pembersihannya. Pengolahan linen infeksi yang tidak sesuai aturan berisiko juga penularan infeksi ke petugas.

Pada bencana gempa bumi, Kota Solok dan Kabupaten Solok termasuk zona jalur segmen patahan lempeng Aurasia dengan lempeng Indo-Australia yang berpotensi

terjadinya gempa. Selain itu gempa juga berasal dari gunung berapi seperti gunung talang dan gunung merapi. Dalam beberapa tahun belakangan gunung berapi disekitar Kota Solok tersebut menjadi sumber gempa.

2.ANALISA RISIKO

Analisa risiko merupakan cara untuk menentukan besarnya kemungkinan terjadinya bencana dan tingkat keparahannya atau kerugian yang akan ditimbulkan yang terkait dengan manusia,properties dan lingkungannya.Analisa risiko adalah berbicara tentang pengembangan dan pemahaman terhadap risiko. Analisa risiko dibuat dengan mempertimbangkan sumber risiko, akibat positif dan negatif, serta kemungkinan akibat itu terjadi. Besaran risiko dilihat dari interaksi antara bahaya, risiko dan individu. Faktor yang mempengaruhi akibat dan kemungkinan harus diidentifikasi. Risiko dianalisa dengan cara mengkombinasikan akibat dan kemungkinan.

Pada sebagian besar keadaan, pengendalian yang ada saat ini (existing control) perlu mendapatkan perhatian. Analisa risiko dilakukan dengan menentukan tingkatan probabilitas dan konsekuensi yang akan terjadi. Kemudian ditentukan tingkatan risiko yang ada dengan mengalikan kedua variabel tersebut (probabilitas X konsekuensi).

Berikut contoh simulasi analisa risiko terjadinya bencana diruang loundri

Pada ruang loundri semua linen kotor dibersih dan dirapikan untuk siap dipakai/digunakan kembali.

- Sarana: beberapa mesin cuci dan mesin pelicin (nyetrika) linen/pakaian, dari 4 mesin cuci, 3 mesin cuci baru dan terdapat 1 mesin cuci lama harus direnovasi masih di pake dengan kabel ada yang terkelupas. Terdapat 2 mesin setrika dalam keadaan baik. Diloundri tersedia cukup air untuk pembersih dan pembilas pakaian.
- SDM/pegawai bagian loundri memahami dan mengerti akan pekerjaannya. Ada pegawai baru masuk (1minggu) dan tidak diberikan pembekalan/sosialisasi tentang pekerjaan dan lingkungan kerja.
- Tersedia Standar Prosedur Operasional
- Lingkungan, terdapat genangan air dilantai karena ada mesin cuci yang bocor.

Berisiko terjadi bencana kebakaran dari kabel yang terbuka dan terkena genangan air, apalagi petugas baru dan tidak menggunakan alas kaki. Bisa kesentrum juga hingga terjadi luka bakar pada petugas.

TINGKAT RISIKO = Nilai Keparahan x Nilai Probabilitas Kejadian Tingkat Keparahan

Nilai	Deskripsi	Definisi
1	Tidak ada kerugian	Tidak diketahui oleh individu yang dilayani dan tidak memengaruhi proses
2	Sedikit kerugian	Dapat berakibat pada individu yang dilayani dan menimbulkan beberapa akibat pada proses
3	Kerugian sedang	Dapat berakibat pada individu yang dilayani dan menimbulkan akibat yang sedang pada proses
4	Kerugian Besar	Akan berakibat besar pada individu yang dilayani dan menimbulkan akibat yang besar pada proses
5	Kerugian sangat besar Mengakibatkan bencana, kerugian terminal, atau kematian	Sangat berbahaya, kegagalan dapat mengakibatkan kematian bagi individu yang dilayani

Probabilitas Kejadian

Nilai	Deskripsi	Probabilitas	Definisi
1	Tidak pernah terjadi	1 dari 10.000	Tidak ada atau sedikit kejadian, kemungkinan suatu kondisi tidak terjadi tinggi
2	Sangat jarang terjadi	1 dari 5.000	Mungkin terjadi, namun tidak ada data yang menunjukkan; suatu kondisi terjadi pada kasus-kasus yang jarang, tapi kemungkinannya rendah
3	Jarang terjadi	1 dari 200	Tercatat, namun tidak sering; suatu kondisi secara rasional mempunyai kemungkinan untuk terjadi
4	Sering terjadi	1 dari 100	Tercatat dan sering; suatu kondisi terjadi secara teratur dan/atau selama jangka waktu yang rasional
5	Sangat sering terjadi	1 dari 20	Tercatat, hampir pasti; tidak dapat dihindarkan akan terjadi selama periode waktu yang lama dan khas untuk suatu langkah tertentu

TINGKAT RISIKO = Nilai Keparahan x Nilai Probabilitas Kejadian

TINGKAT RISIKO = Nilai Keparahan (5) x Nilai Probabilitas (4)

= 20

Semua risiko yang ada di tiap ruangan/instalasi rumah sakit dilakukan identifikasi dan analisa risiko. Setelah dianalisa diurutkan/grading untuk mengetahui prioritas mana yang perlu penanganan segera/urgen.

Adapun Indikator Nilainya adalah sebagai berikut :

- Low Risk : Perlu aturan/prosedur
- Medium Risk : Perlu tindakan langsung
- Hight Risk : Perlu perhatian dari manajemen

P R O B A B I L I T A S		K E P A R A H A N					
			Tidak ada kerugian	Sedikit kerugian	Kerugian sedang	Kerugian Berat	Sangat Berat
		0	1	2	3	4	5
	Tidak pernah	1	1 Ringan	2 Ringan	3 Ringan	4 Ringan	5 Sedang
	Sangat jarang	2	2 Ringan	4 Ringan	6 Ringan	8 Sedang	10 Sedang
	Jarang terjadi	3	3 Ringan	6 Ringan	9 Sedang	12 Berat	15 Berat
	Sering terjadi	4	4 Ringan	8 Sedang	12 Berat	16 Berat	20 Berat
	Sangat Sering	5	5 Sedang	10 Berat	15 Berat	20 Berat	25 Berat

3. EVALUASI RISIKO

Berdasarkan penilaian risiko, kemudian ditentukan apakah risiko tersebut masih dapat diterima (acceptable risk) atau tidak (unacceptable risk) oleh suatu organisasi. Apabila risiko tersebut tidak dapat diterima maka organisasi harus menetapkan bagaimana risiko tersebut ditangani hingga tingkat dimana risikonya paling minimum / sekecil mungkin. Bila risiko masih dapat diterima / tolerir maka organisasi perlu memastikan bahwa monitoring terus dilakukan terhadap risiko tersebut.

Risiko bencana diruangan loundri dari contoh diatas, berdasarkan analisa risiko termasuk risiko berat dengan skor 20. Risiko ini tidak bisa diterima (unacceprable risk) dan harus ditangani oleh pihak manajemen. Bila tidak ditangani maka akan menimbulkan bencana yang berulang yang menimbulkan cedera pada petugas, pasien ataupun pengunjung dan menimbulkan kerusakan bangunan.

Terdapat 4 (empat) dimensi resiko klinis di pelayanan kesehatan yang perlu diperhatikan yaitu dimensi operasional, dimensi keuangan, dimensi politik dan dimensi legal. Dalam memutuskan resiko dapat diterima atau tidak, kriteria evaluasi yang

dibuat harus mempertimbangkan dari berbagai sisi, selain tingkat dampak maupun kemungkinan yang timbul termasuk toleransi terhadap resiko.

Evaluasi resiko kebakaran bencana dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditentukan oleh rumah sakit. Tingkat resiko atau kejadian yang ditemukan saat analisis menjadi acuan untuk menetapkan prioritas resiko, serta pelaporan yang perlu dilakukan terkait dengan resiko tersebut. Jika resiko tergolong berat, hal ini menjadi sangat prioritas sehingga perlu penanganan dari pihak manajemen. Diterima atau tidaknya suatu resiko, selain dilihat dari konsekuensi, kekerapan maupun tingkatannya, dilihat juga beberapa dimensi yang menjadi dasar pertimbangan. Dengan memperhatikan keselamatan pasien, *image* rumah sakit, serta biaya yang dikeluarkan, Risiko Perioritas ditetapkan oleh direktur rumah sakit dan akan dianalisis secara proaktif.

4. TATA KELOLA RISIKO

Risiko/bahaya yang telah diidentifikasi dan dianalisa perlu dikelola. Tata kelola risiko dilakukan untuk memutus mata rantai terjadi bencana. Tata kelola risiko merupakan usaha pencegahan untuk menurunkan risiko supaya tidak terjadi bencana. Keberhasilan pengelolaan resiko bencana tidak hanya sampai pada kegiatan pengurangan resiko bencana. Bila pengurangan resiko bencana telah dilakukan, tetap sosialisasi, *monitoring* serta audit perlu dilaksanakan agar tidak terjadi peningkatan resiko bencana yang terjadi ataupun pengulangan kejadian bencana di Rumah Sakit. Kunci keberhasilan dari seluruh upaya pengurangan resiko bencana di rumah sakit adalah kepemimpinan dan Respon dari Manajemen Penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Solok. Respon RS ditentukan melalui asesmen risiko atau pengelolaan risiko, yang meliputi

- Identifikasi potensial risiko dan hazard.
- Menelusuri siapa dan apa yang dapat dirugikan akibat bencana, serta bagaimana caranya.
- Evaluasi temuan risiko Kebakaran , analisa apakah pengelolaannya sudah cukup atau perlu diubah untuk mencegah terjadinya insiden.
- Catat temuan lalu buat rencana pengelolaannya.
- Evaluasi pengelolaan secara menyeluruh dan perbaiki bila perlu.

Proses menganalisa risiko bencana yang perlu dipertimbangkan adalah dampak dari risiko tersebut bila benar terjadi. Risiko yang dampaknya besar harus segera ditindaklanjuti dan mendapat perhatian dari pimpinan . Risiko yang dampaknya medium-rendah akan dikelola oleh Komite K3RS dan Satuan Komando Bencana Rumah Sakit, bersama Kepala Unit Kerja/Instalasi untuk membuat rencana tindak lanjut dan pengawasan.

Perlakuan risiko bencana adalah upaya untuk menyeleksi pilihan-pilihan yang dapat mengurangi atau meniadakan dampak serta kemungkinan terjadi risiko. Perlakuan yang dapat dipilih adalah;

- Pengendalian = upaya-upaya untuk mengubah risiko yang merupakan langkah-langkah antisipatif yang direncanakan dan dilakukan secara rutin untuk mengurangi risiko bencana.
- Penanganan = langkah-langkah yang diambil untuk mengurangi risiko bencana jika tindakan pengendalian belum memadai. Dapat juga bermakna langkah-langkah yang telah direncanakan dan akan dilakukan apabila risiko benar-benar terjadi.

Sementara menurut NHS (*National Health System*) pengelolaan risiko adalah:

1. Mengambil kesempatan dengan kondisi yang ada dengan mempertimbangkan keuntungan lebih besar daripada kerugian
2. Mentoleransi risiko
3. Mentransfer risiko pada pihak ke 3 seperti asuransi
4. Menghentikan aktivitas yang menimbulkan risiko

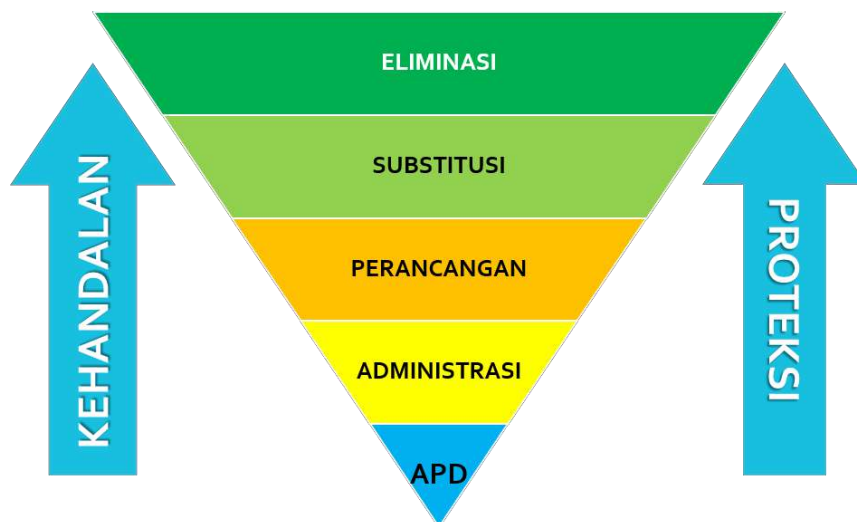
Opsi Perlakuan Risiko :

Klasifikasi	Jenis Pengendalian
Menghindari risiko	Menghentikan kegiatan Tidak melakukan kegiatan
Mengurangi risiko	Membuat Kebijakan Membuat SPO Mengganti atau membeli alat Mengembangkan sistem informasi Melaksanakan prosedur pengadaan, perbaikan dan pemeliharaan

	bangunan dan instrumen yang sesuai dengan persyaratan; pengadaan bahan habis pakai sesuai dengan prosedur dan persyaratan; pembuatan dan pembaruan prosedur, standar dan check-list; pelatihan penyegaran bagi personil, seminar, pembahasan kasus, poster, stiker
Mentransfer risiko	Asuransi
Mengeksploitasi risiko	Mengambil kesempatan dengan kondisi yang ada dengan mempertimbangkan keuntungan lebih besar daripada kerugian
Menerima risiko	Melakukan penanganan dari dampak risiko yang diterima

Dalam hal ini monitoring dan review merupakan hal yang sangat diperlukan. Monitoring adalah pemantauan rutin terhadap kinerja aktual proses manajemen risiko dibandingkan dengan rencana atau harapan yang akan dihasilkan. Review adalah peninjauan atau pengkajian berkala atas kondisi saat ini dan dengan fokus tertentu. Kelola pembiayaan risiko (*Risk Financing*). Biaya yang dikeluarkan untuk pengendalian atau penanganan yang dilakukan.

Ada 5 hirarki pengendalian risiko



Pengendalian Resiko/Bahaya dengan cara eliminasi memiliki tingkat keefektifan, kehandalan dan proteksi tertinggi di antara pengendalian lainnya. Dan pada urutan hierarki setelahnya, tingkat keefektifan, kehandalan dan proteksi menurun seperti diilustrasikan pada gambar di atas. Pengendalian resiko merupakan suatu hierarki (dilakukan berurutan sampai dengan tingkat resiko/bahaya berkurang menuju titik yang aman). Hierarki pengendalian tersebut antara lain ialah eliminasi, substitusi, perancangan, administrasi dan alat pelindung diri (APD).

Hierarki Pengendalian Resiko

Eliminasi	Eliminasi (hilangkan) Sumber Bahaya	
Substitusi	Substitusi Alat/Mesin/Bahan	Tempat Kerja/Pekerjaan
Perancangan	Modifikasi/Perancangan Alat/Mesin/Tempat Kerja yang Lebih Aman	Aman Mengurangi Bahaya
Administrasi	Prosedur, Aturan, Pelatihan, Durasi Kerja, Tanda Bahaya, Rambu, Poster, Label	Tenaga Kerja Aman Mengurangi Paparan

APD Alat Perlindungan Diri Tenaga Kerja

B. DIKLAT MANAJEMEN RISIKO

Maksud dari pelaksanaan dan diadakannya manajemen risiko di RSUD M. Natsir Solok adalah agar ada upaya-upaya yang dilakukan RS yang dirancang untuk mencegah cedera pada pasien, pengunjung dan karyawan dan atau meminimalkan kehilangan finansial. Manajemen risiko bencana/disaster dilakukan dengan mengenali kelemahan dalam sistem pengendalian dan memperbaiki kelemahan dari sistem penanggulangan dan pecegahan bencana tersebut (dilakukan dengan menerapkan *no blame culture*), salah satunya melakukan diklat Manajemen Risiko

a. Tujuan dilakukannya diklat manajemen risiko :

- Terciptanya budaya keselamatan pasien, pengunjung dan Petugas di RSUD M. Natsir Solok
- Mengedukasi semua jajaran RSUD M. Natsir Solok agar mengetahui tentang sistem/manajemen risiko bencana di Rumah Sakit.
- Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD).
- Terlaksananya program-program pencegahan bencana sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkan.
- Meminimalisir risiko bencana yang sangat mungkin terjadi. Dengan adanya antisipasi risiko bencana , apabila terjadi insiden sudah terdapat alternatif penyelesaiannya.
- Melindungi pasien, karyawan, pengunjung dan pemangku kepentingan lainnya.

b. Pelaksana:

- Komite Kesehatan dan Keselamatan Rumah Sakit
- Bagian Diklat RSUDM. Natsir Solok

C. PELAPORAN INSIDEN

Pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan , analisis dan solusi untuk untuk mengatasi masalah. Sistem pelaporan insiden dilakukan secara internal di rumah sakit dan eksternal kepada Komando Bencana dan Tim Penanggulangan bencana Rumah Sakit, serta Komite K3RS.

Laporan Insiden internal adalah pelaporan secara tertulis setiap kondisi potensial cedera dan insiden yang menimpa pasien, keluarga pengunjung, maupun karyawan yang terjadi di rumah sakit akibat kebakaran. Laporan insiden keselamatan pasien eksternal adalah Pelaporan secara anonim dan tertulis ke K3RS untuk setiap Kondisi Potensial cedera dan Insiden Keselamatan Pasien yang terjadi pada pasien akibat bencana, dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya.

Pelaporan insiden bertujuan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien, pengunjung dan karyawan Rumah Sakit Umum Daerah Solok dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*). Setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada K3RS dalam waktu paling lambat 2×24 jam sesuai format laporan.

K3RS melakukan analisis dan memberikan rekomendasi serta solusi atas insiden yang dilaporkan dan melaporkan hasil kegiatannya kepada Direktur Rumah Sakit sebagai Komando Bencana rumah sakit. Rumah sakit harus melaporkan insiden, analisis, rekomendasi dan solusi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) secara tertulis kepada Komite

Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai format

laporan: Empat Prinsip Penting Pelaporan Insiden:

1. Fungsi utama pelaporan Insiden adalah untuk meningkatkan Keselamatan Pasien melalui pembelajaran dari kegagalan/ kesalahan.
2. Pelaporan Insiden harus aman. Staf atau siapapun tidak boleh dihukum karena melapor
3. Pelaporan Insiden hanya akan bermanfaat kalau menghasilkan respons yang konstruktif. Minimal memberi umpan balik ttg data KTD & analisisnya. Idealnya, juga menghasilkan rekomendasi utk perubahan proses/SOP dan sistem.

Analisis yang baik & proses pembelajaran yang berharga memerlukan keahlian/keterampilan. Tim K3RS perlu menyebarkan informasi, rekomendasi perubahan, pengembangan solusi.

Karakteristik laporan:

1. Bersifat tidak menghukum: Pelapor bebas dari rasa takut dan pembalasan dendam atau hukuman sebagai akibat laporannya
2. Rahasia: Identitas pasien, pelapor dan institusi disembunyikan
3. Independen: sistem pelaporan yang independen bagi pelapor dan organisasi dari hukuman.
4. Expert analysis: laporan di evaluasi oleh ahli yang menguasai masalah klinis dan telah terlatih untuk mengenal penyebab system yang utama.
5. Tepat waktu: Laporan dianalisa segera dan rekomendasinya didesiminasikan secepatnya, khususnya bila terjadi bahaya serius.
6. Orientasi sistem: Rekomendasi lebih berfokus kepada perbaikan dalam system, proses, atau produk daripada terhadap individu
7. Responsif: Lembaga atau Unit yang menerima laporan merupakan lembaga yang punya kapasitas memberikan rekomendasi.

D. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Penyelenggaraan penanggulangan bencana/disaster meliputi:

- a. Pra bencana
- b. Saat bencana
- c. Pasca bencana

Kegiatan penanggulangan bencana dirumah sakit lebih dititik berat pada kondisi pra bencana dan saat terjadinya bencana. Kesiapan rumah sakit pada saat pra bencana dan saat bencana akan mengurangi angka korban atau kerusakan akibat bencana.

a. Kegiatan Pra Bencana

Pada kondisi sebelum terjadi bencana/disaster banyak hal-hal yang perlu disiapkan baik secara manajerial maupun operasional. Secara manajerial peran dan fungsi manajerial sangat menentukan kebijakan untuk kesiapan rumah sakit dalam menerima dan menangani bencana/disaster.

b. Kegiatan Saat Bencana

Saat terjadi bencana/disaster tim siaga/kegawatdaruratan bencana bencana harus siap melakukan pertolongan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing. Petugas harus siaga terutama tim gawat darurat. Disamping petugas, kesediaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan juga sangat bermakna. Komunikasi dan kerjasama eksternal rumah sakit harus terkoordinasi dengan baik dalam mengurangi risiko bencana.

c. Kegiatan Pasca Bencana

Ketika pasca bencana kegiatan utama adalah rehabilitasi (sarana prasarana, kesehatan/penyembuhan) serta rekonstruksi (keamanan dan ketertiban, lingkungan).

Cara melaksanakan kegiatan adalah

1. Melaksanakan program Manajemen Risiko Kebakaran
2. Melaksanakan program pengawasan manajemen resiko Kebakaran
3. Melaksanakan koordinasi dengan Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) dalam hal menyusun perencanaan pengelolaan resiko kebakaran:

1. Program Manajemen Risiko kebakaran meliputi Pencegahan, Penanganan, penanggulangan dan evakuasi bencana yang dilakukan RSUD M. Natsir Solok salah satunya adalah melakukan edukasi tentang bencana dengan cara melakukan Pelatihan penanggulangan bencana.

a. Metoda pelatihan yang dilakukan adalah

- Presentasi/ kuliah/ ceramah dan Tanya jawab. Diadakan dalam rangka mengedukasi semua pegawai dan pihak ketiga yang bekerjasama dengan rumah sakit, agar mengetahui tentang kegiatan penanggulan Kebakaran di Rumah Sakit oleh dan Tim Komite K3, dan Instansi lain yang terkait.

- Diskusi kelompok dan curah pendapat

Kegiatan Diskusi kelompok tentang penanggulangan Kebakaran dilakukan disetiap bagian dari kelompok Manajemen sampai kebagian Fungsional di Rumah Sakit.

Sehingga apa yang menjadi kendala dalam Pelaksanaan dilapangan dalam hal kegiatan penanggulangan kebakaran dapat terjawab secara lebih optimal

- Praktek lapangan.

Praktek Lapangan dilakukan secara bertahap, dengan target 100 % pegawai Rumah Sakit terutama mengetahui cara pencegahan dan penanggulangan Bencana Kebakaran di Rumah Sakit.

- Sosialisasi harian (Tim code Red, K3RS, Komando Bencana RSUD M. Natsir Solok)

Melakukan training penggunaan alat pemadam kebakaran dan tatacara pemadaman api secara manual serta bagaimana mengevakuasi pasien pengunjung dan penyelamatan diri sendiri, dilakukan dengan waktu singkat dengan kunjungan ke Ruang dan Instalasi dan bagian dari RS lain.

b. Langkah / proses pelatihan :

➤ Panitia (fasilitator)

Panitia Pelatihan ditanggungjawab oleh Bagian Diklat RSUD M. Natsir Solok dan K3 RS

➤ Panitia / pemateri

Narasumber menyiapkan materi penanggulangan dan pencegahan bencana dan memberi kesempatan kepada peserta untuk diskusi.

Narasumber berasal dari Luar RSUD M. Natsir Solok dan dari dalam.

Narasumber dari Luar RSUD M. Natsir Solok diundang dari BPBD, Damkar, sedangkan narasumber dari RSUD solok adalah Pegawai RSUD M. Natsir Solok yang telah mengikuti Pelatihan Nasional Penanggulangan Kebakaran Peserta

Peserta Pelatihan adalah Jajaran Direksi dan manajemen RS serta seluruh staf RSUD M. Natsir Solok, dan staf pihak ketiga yang bekerjasama secara terus menerus dengan RSUD M. Natsir Solok, seperti Petugas CS dan tenaga Outsourcing lainnya.

2. Melaksanakan program pengawasan manajemen resiko Kebakaran

Program Pengawasan merupakan pemantauan rutin dengan membandingkan kinerja proses manajemen resiko dengan harapan yang ingin dicapai dan meninjau ulang secara berkala kegiatan manajemen resiko kebakaran yang telah dilakukan. Monitoring dan review dapat dilakukan melalui pemantauan indikator mutu yang ditetapkan, peninjauan ulang terhadap penanganan resiko maupun kejadian yang dilaporkan, peninjauan standar pelayanan medik maupun standar operasional, pelatihan, peringatan, dan lain-lain.

Segala sesuatu yang menjadi resiko perlu dipantau secara terus menerus. Monitoring dan review terhadap suatu resiko/ kejadian dilakukan dalam setiap proses manajemen resiko dan pelaksanaan *monitoring* dan *review* terhadap resiko tersebut dapat berjalan dengan baik jika dilaksanakan dengan kedisiplinan. Sedangkan data pencapaian dari pelaporan tersebut dijadikan salah satu indikator terhadap keberhasilan proses *monitoring* dan *review* itu sendiri.

3. Melaksanakan koordinasi dengan Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit

(K3RS) dalam hal menyusun perencanaan pengelolaan resiko kebakaran.

Agar semua kegiatan penanggulangan Bencana Kebakaran dapat terintegrasi secara baik disemua unsur yang ada di Rumah Sakit.

SASARAN

- a. Direktur dan Wakil Direktur
- b. Unsur Manajemen RSUD
M.Natsir Solok
- c. Kepala Instalasi
- d. Kepala Ruangan
- e. Komite K3RS,PPI, SPI
- f. Seluruh Staf Medis dan Non Medis RSUD M. Natsir Solok
- g. Pihak Ketiga yang bekerjasama dengan RSUD M. Natsir Solok :
Cleanning Service, Security, Outsourcing, dll

BAB IV

DOKUMENTASI

JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN EVALUASI DAN DOKUMENTASI

A. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

No	Kegiatan	Tahun 2022											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
1	Melaksanakan program manajemen resiko Bencana												
	- Identifikasi Resiko												
	- Bencana												
	- Menganalisa Risiko Bencana												
	- Menetapkan Prioritas Resiko Bencana												
	- Menetapkan dan melakukan Sosialisasi Tata Kelola Risiko												
	- Pelaporan tentang Resiko Bencana												
	- Melakukan diklat Manajemen Risiko Bencana												
	- Penyelidikan dan Pencatatan KTD												
	2. Pelatihan Pengenalan dan Penanggulangan Bencana												
	Sosialisasi Penggunaan APAR												
	3. Sosialisasi Penggunaan Hydrant												
	4. Sosialisasi pengenalan Alrm Bencana												
5. Pelatihan BHD													
6. Pelatihan Transferring Patient													
7. Simulasi Penanggulangan Bencana													
8. Simulasi Kode Blue													
9. Sosialisasi Penggunaan APD													
10. Sosialisasi evakuasi Pasien ketika Bencana													
11. Pengenalan rambu-rambu bencana dan titik kumpul													
12. Sosialisasi Penanganan Kebakaran akibat Listrik													
13. Sosialisasi Tim Red Code													

14	Simulasi penanggulangan Bencana bekerjasama dengan Damkar, BNPB dan instansi terkait lainnya												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORANNYA

No	Kegiatan	Tahun 2022											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
1	Melaksanakan program manajemen resiko Bencana												
2	- Identifikasi Resiko Bencana												
3	- Menganalisa Risiko Bencana												
4	- Menetapkan Prioritas Resiko Bencana												
5	- Menetapkan dan melakukan Sosialisasi Tata Kelola Risiko												
6	- Pelaporan tentang Resiko Bencana												
7	- Melakukan diklat Manajemen Risiko Bencana												
8	- Penyelidikan dan Pencatatan KTD												
9.	Pelatihan Pengenalan dan Penanggulangan Bencana												
10	Sosialisasi Penggunaan APAR												
11	Soisialisasi Penggunaan Hydrant												
12	Sosialisasi pengenalan Alrm Bencana												
13	Pelatihan BHD												
14	Pelatihan Transferring Patient												
15	Simulasi Penanggulangan Bencana												
16	Simulasi Kode Blue												
17	Sosialisasi Penggunaan APD												
18	Sosialisasi evakuasi Pasien ketika Bencana												
19	Pengenalan rambu-rambu bencana dan titik kumpul												
20	Sosialisasi Penanganan Kebakaran akibat Listrik												
21	Sosialisasi Tim Red Code												

22	Simulasi penanggulangan Bencana bekerjasama dengan Damkar, BNPB dan instansi terkait lainnya													
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

Semua kegiatan akan dicatat dan dilaporkan kepada direksi melalui rapat Panitia K3. Dalam laporan akan dituliskan pencapaian sasaran, penyimpangan-penyimpangan yang terjadi dan langkah-langkah yang akan diambil.

1. Pencatatan dan dokumentasi kegiatan dilaksanakan oleh, K3RS, SPI, dan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
2. Komite Kesehatan dan Keselamatan Rumah Sakit, SPI dan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien melaksanakan monitoring dan koordinasi terhadap hasil laporan.
3. Sekretaris Komite Mutu dan Keselamatan Pasien , K3RS, SPI Rumah Sakit merangkum seluruh kegiatan manajemen resiko kebakaran berupa laporan evaluasi kegiatan yang ditujukan kepada direktur.
4. Laporan Program ditujukan kepada Direktur

Isi Laporan :

Kegiatan sesuai program kerja Kegiatan yang telah dilaksanakan Apakah kegiatan sesuai jadwal Insiden keselamatan pasien rumah sakit yang terjadi, jenis insiden, akibat insiden Hambatan yang menyebabkan program kerja tidak dapat dilaksanakan atau tidak sesuai jadwal. Hal-hal lain yang dianggap perlu untuk dilaporkan. Usulan dan rekomendasi kepada Direktur.

C. Penutup

Pencegahan dan penanggulangan bencana/disaster di Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir Solok dapat mencegah terjadi bencana atau menekan angka kejadian akibat bencana. Penting kesiapan rumah sakit saat prabencana, saat bencana dan pasca bencana. Penanggulangan bencana rumah sakit melibatkan semua pihak, baik warga rumah sakit, pasien dan pengunjung. Partisipasi semua pihak sangat menentukan kesiapsiagaan rumah sakit, sehingga diperlukan kerjasama dan komitmen bersama dari jajaran direksi sampai ke level staf dan pihak terkait.

Disamping itu perlu kegiatan peningkatan kapasitas kerja bagi petugas melalui pelatihan tentang K3 rumah sakit.