

**ANALISIS PELAKSANAAN *EMERGENCY RESPONS PLAN*  
DI RSUD KOTA PRABUMULIH  
TAHUN 2016**



**Oleh**

**JULIUS RAMLI  
12132011220**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
BINA HUSADA  
PALEMBANG  
2016**

**ANALISIS PELAKSANAAN *EMERGENCY RESPONS PLAN*  
DI RSUD KOTA PRABUMULIH  
TAHUN 2016**



Skripsi ini diajukan sebagai salah satu  
Syarat memperoleh gelar  
**SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT**

**Oleh**

**JULIUS RAMLI  
12132011220**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
BINA HUSADA  
PALEMBANG  
2016**

**ABSTRAK**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**BINA HUSADA PALEMBANG**  
**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT**  
**Skripsi, 29 Juli 2016**

**Julius Ramli**

**Analisis pelaksanaan *EMERGENCY RESPONS PLAN* di RSUD Kota Prabumulih Tahun 2016**

(xvi+ 115 halaman + 4 tabel + 7 gambar + 9 lampiran)

Tanggap darurat merupakan elemen penting sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja, untuk menghadapi setiap kemungkinan yang dapat terjadi. Tujuan K3 adalah untuk mencegah kejadian atau kecelakaan yang tidak diinginkan. Dari observasi awal di RSUD Kota Prabumulih, peneliti menemukan bahwa manajemen K3RS baru berjalan satu tahun dan belum ada pelaksanaan yang optimal dan terdapat dampak bahaya terhadap bencana. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan *emergency respons plan* di rumah sakit dan memberikan rekomendasi tentang pelaksanaan *emergency respons plan* agar menjadi terlaksana dengan baik. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif yang mendeskripsikan secara kritis dengan mewawancarai secara mendalam dan dengan pendekatan observasional, penentuan informan dalam penelitian ini yaitu dengan teknik purposive sampling yang berjumlah 5 responden. Lokasi penelitian dilakukan di institusi RSUD Kota Prabumulih yang dilaksanakan pada tanggal 27 juni sampai 27 juli. Penelitian melakukan observasi dan melakukan beberapa wawancara dengan responden dari pihak rumah sakit. Untuk menjamin keabsahan informasi dalam penelitian ini, peneliti mengadakan triangulasi sumber pengumpulan data dan triangulasi metode. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini meliputi pedoman wawancara dan observasi berupa lembar checklist menggunakan bahan referensi yang dirilis oleh NFPA16000. Hasil dari penelitian ini, bahwa pihak rumah sakit sudah melakukan pelaksanaan *emergency respons plans* sehingga memiliki kebijakan atau manajemen terkait penanggulangan bencana dan alat proteksi seperti APAR, *smoke detector*, *fire alarm*, jalur evakuasi, prosedur operasional, pelatihan penanggulangan bencana dan simbol bahaya. Saran untuk pihak rumah sakit, agar melakukan pelaksanaan *emergency respons plan* dengan rutin, pemeliharaan APAR dengan rutin, perbaikan pemasangan sarana dan prasarana, membentuk tim khusus penanggulangan bencana disetiap instansi, menambah sarana penanggulangan seperti sprinkler, detektor panas, dan hydran, serta menjalankan program yang telah terdokumentasi.

**Kata Kunci** :Pelaksanaan, emergency respons plan, Rumah sakit  
**DaftarPustaka** : 24 (2003-2015)

## **ABSTRACT**

**BINA HUSADA COLLEGE OF HEALTH SCIENCES**

**PUBLIC HEALTH STUDY PROGRAM**

**Student Thesis , 29 July 2016**

**Julius Ramli**

### **Emergency Response Plan Analysis Of Implementation In Hospitals Prabumulih Year 2016**

(xvi + 115 pages + 4 tables + 7 picture + 9 attachment)

The emergency response is the essential element of health and safety. The aims of K3 is prevent the occurrences or unwanted accidents. From the first observation at RSUD Prabumulih, the researcher found that the K3RS management just running for a year and hasn't yet optimal implementation and there is the danger effect to the disaster. The aims of this study was to determine, the implementation of emergency response plan at hospital and give recommendation about the implementation emergency response plan in order to running well. This research is a qualitative research that describes critically by interviewing in depth and with the observational approach, the determination of the informants in this research was purposive sampling techniques amounting to 5 respondents. The location study was conducted in hospitals Prabumulih institutions which will be held in 27 June to 27 July. Research made observations and conducted some interviews with respondents from the hospital. To ensure the validity of the information in this study, the researchers conducted a triangulation of data collection and triangulation methods. The instrument used in this study include the guidelines in the form of interviews and observation checklist sheet using reference materials released by NFPA16000. The results of this study, that the hospitals have done the implementation of emergency response plans that have a policy or related to disaster management and protection devices such as fire extinguisher, smoke detector, fire alarm, evacuation routes, operational procedures, training of disaster management and hazard symbol. Suggestions for the hospital, in order to carry out the implementation of the emergency response plan with routine maintenance of portable fire extinguisher with a routine, repair the installation of facilities and infrastructures, establish a disaster response team in every instance, to add a means of prevention like sprinkler, detector heat, and hydrants, as well as the programs that we have documented.

**Keywords : Implementation, Emergency Response Plan, Hospital**  
**Bibliography : 24 (2003-2015)**

## **LEMBAR PENGESAHAN**

Skripsi dengan judul :

### **ANALISIS PELAKSANAAN *EMERGENCY RESPON PLAN* DI RSUD KOTA PRABUMULIH TAHUN 2016**

Oleh:

**JULIUS RAMLI**

**12.13201.12.20**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT**

Telah diperiksa, disetujui, dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi Program  
Studi Kesehatan Masyarakat

Palembang, 29 Juli 2016

**Pembimbing**



**Prof. Tan Malaka, MOH, Dr. PH, Sp. Ok, HIU**

**Ketua PSKM**



**Dian Eka Anggreny SKM, M.Kes**

**PANITIA SIDANG UJIAN SKRIPSI  
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
SEKOLAH TINGGI**



**PALEMBANG**

**Palembang, 29 Juni**

**KETUA**



**Prof. Tan Malaka, MOH, Dr. I**

**Anggota I**



**Dr. dr. H. Chairil Zam**

**Anggota II**



**dr. Rahmayani, M**

**G**

**2016**



**PH, Sp. Ok, HIU**

**an, M.Sc**

**Kes**

## RIWAYAT HIDUP PENULIS

I. Nama : Julius Ramli  
Nomor Pokok Mahasiswa : 12.13201.12.20  
Tempat/Tanggal Lahir : Lahat, 30 Juli 1994  
Agama : Islam  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Anak Ke : 3 (tiga) dari 3(tiga) Bersaudara  
Status : Belum Menikah  
Alamat Rumah : Jln, Harunata Bandar Jaya Blok E No 48  
RT 01 RW 02 Kec. Lahat Kab. Lahat  
Nama Orang Tua : Ayah : Isharmansyah,S.Pd  
Ibu : Irsamini

### II. Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 44 Lahat 2006
2. SMP Negeri 5 Lahat 2009
3. SMA Negeri 2 Lahat 2012
4. STIK BINA HUSADA 2016

## HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

Dengan segala puji dan syukur kepada Tuhan yang Maha Esa dan atas dukungan dan do'a dari orang-orang tercinta, akhirnya skripsi ini dapat dirampungkan dengan baik dan tepat pada waktunya. Oleh karena itu, dengan rasa bangga dan bahagia saya khaturkan rasa syukur dan terima kasih saya kepada:

- ➔ Bapak dan Ibu, (Isharmansyah dan Irsamini) yang telah memberikan dukungan moral maupun materi serta do'a yang tiada henti untuk kesuksesan saya, karena tiada kata seindah lantunan do'a dan tiada do'a yang paling khusuk selain do'a yang terucap dari orang tua. Ucapan terima kasih saja takkan pernah cukup untuk membalas kebaikan orang tua, karena itu terimalah persembahan bakti dan cintaku untuk kalian bapak ibu.
- ➔ Keluarga Ku (Maman Rianko dan Aprinal Putra), sebagai kakakku yang senanti asa memberikan dukungan, semangat, senyum dan do'anya untuk keberhasilan ini, cinta kalian adalah memberikan kobaran semangat yang menggebu, terima kasih dan sayangku untuk kalian.

Terimakasih yang sebesar-besarnya untuk kalian semua, akhir kata saya persembahkan skripsi ini untuk kalian semua, orang-orang yang saya sayangi. Dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat dan berguna untuk kemajuan ilmu pengetahuan di masa yang akan datang, Aamiinnn.

**Motto :**

**“ManjaddaWadjadda”**

**”Barang siapa yang bersungguh-sungguh, pasti akan mendapatkannya”**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Bina Husada.

Dalam penelitian ini penulis menyadari bahwa masih banyak menemukan hambatan, namun atas izin-Nya serta bantuan bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak, semua hambatan dapat diatasi. Oleh karena itu, penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Tan Malaka, MOH, Dr.PH, Sp.Ok, HIU yang telah membimbing dengan baik sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
2. Bapak Dr.dr.H. Chairil Zaman, M.Sc selaku penguji pertama.
3. Ibu dr. Rahmayani, M.Kes selaku penguji kedua.
4. Ibu Dr.Hj. Rusmini, M.Kes selaku direktur Rumah Sakit Umum Prabumulih dan telah mengizinkan untuk penelitian di Rumah Sakit tersebut.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam pembuatan skripsi ini, maka dari itu penulis mengharapkan kritik dan saran kepada tim penguji dan pembaca. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Palembang, 29 Juli 2016

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL DAN SPESIFIKASI.....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>PANITIA SIDANG UJIAN SKRIPSI.....</b>	<b>vi</b>
<b>RIWAYAT HIDUP PENULIS.....</b>	<b>vii</b>
<b>PERSEMBAHAN DAN MOTTO.....</b>	<b>viii</b>
<b>UCAPAN TERIMA KASIH .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	6
1.4 Tujuan Penelitian .....	6
1.4.1 Tujuan Umum .....	6
1.4.2 Tujuan Khusus .....	6
1.5 Manfaat Penelitian .....	7
1.5.1 Bagi Peneliti .....	7
1.5.2 Bagi RSUD Kota Prabumulih .....	7
1.5.3 Bagi STIK Bina Husada .....	7
1.6 Ruang lingkup .....	8
1.6.1 Lokasi.....	8
1.6.2 Waktu.....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Kesehatan Keselamatan Kerja .....	9
2.2 Bahaya Kerja.....	10
2.2.1 Manajemen OHSAS 18001 Identifikasi Bahaya .....	11
2.2.2 Bahaya Rumah Sakit.....	12
2.3 K3 Rumah Sakit.....	12
2.3.1 Standar Pelayanan Kesehatan K3RS .....	13
2.3.2 Standar Pelayanan Keselamatan K3RS .....	18

2.3.3	Barang Berbahaya dan Beracun (B3)	22
2.3.4	Dasar Hukum K3RS	24
2.4	Tanggap Darurat	24
2.4.1	Manajemen Kedaruratan	26
2.4.2	Kelemahan Dalam Sistem Tanggap Darurat	27
2.4.3	Peralatan Darurat	29
2.5	Bencana	30
2.5.1	Faktor-Faktor Penyebab Bencana	31
2.5.2	Penanggulangan Bencana	32
2.5.3	Kerugian Bencana Ditempat Kerja	33
2.5.3.1	Industri	33
2.5.3.2	Manajemen Tanggap Darurat	33
2.5.4	Pasca Bencana	34
2.5.4.1	Rehabilitasi	34
2.5.4.2	Rekonstruksi	35
2.6	Konsep Manajemen Bencana	35
2.6.1	Tahapan Manajemen Bencana	36
2.7	Bencana Kebakaran	37
2.7.1	Pra Kebakaran	37
2.7.2	Saat Kebakaran	39
2.7.3	Pasca Kebakaran	39
2.8	Kebakaran Rumah Sakit	39
2.8.1	Potensi Bahaya Kebakaran	39
2.8.2	Karakteristik Kebakaran	41
2.8.3	Sistem Proteksi Kebakaran	42
2.9	Kerangka Teori	44

### **BAB III METODE PENELITIAN**

3.1	Desain Penelitian	45
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	45
3.3	Sumber Informan	45
3.3.1	Key Informan	45
3.3.2	Informan	46
3.4	Kerangka Pemikiran	47
3.5	Definisi Istilah	48
3.6	Hipotesis	49
3.7	Pengumpulan Data	49
3.7.1	Instrument Pengumpulan Data	49

3.7.2 Teknik Pengumpulan Data.....	50
3.8 Pengolahan Data .....	51
3.9 Analisis Data.....	52
3.10 Keabsahan Informasi .....	53
3.10.1 Triangulasi sumber.....	53
3.10.2 Triangulasi metode.....	53

#### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1 Deskripsi lokasi penelitian.....	54
4.1.1 Gambaran umum D Kota Prabumulih.....	55
4.2 Visi, Misi, Motto dan program RSUD Kota Prabumulih. ....	57
4.2.1 Visi.....	57
4.2.2 Misi.....	57
4.2.3 Motto.....	57
4.2.4 Program RSUD Kota Prabumulih.....	58
4.3 Program kerja K3RS Rumah Sakit .....	58
4.4 Karakteristik key Informan dan Informan .....	61
4.5 Keterbatasan penelitian.....	61
4.6 Hasil wawancara mendalam .....	62
4.6.1 Analisa data.....	63
4.6.2 Matriks hasil wawancara mendalam.....	65
4.6.3 Hasil wawancara mendalam dengan key Informan .....	69
4.7 Hasil observasi .....	79
4.7.1 Hasil observasi sendiri .....	79
4.7.2 Hasil observasi berdasarkan NFPA 16000 .....	81
4.8 Pembahasan.....	93
4.8.1 Administrasi program .....	93
4.8.2 Koordinator program .....	96
4.8.3 Komite penasehat.....	97
4.8.4 Evaluasi program .....	98
4.8.5 Elemen-elemen program ketentuan umum .....	99
4.8.6 Hukum dan otoritas.....	100
4.8.7 Penilaian risiko .....	101
4.8.8 Pencegahan insiden.....	102
4.8.9 Mitigasi .....	102
4.8.10 Manajemen sumber daya dan logistik .....	103
4.8.11 Bantuan kerja sama.....	104
4.8.12 Perencanaan .....	104

4.8.13 Manajemen insiden .....	105
4.8.14 Komunikasi dan peringatan .....	106
4.8.15 Prosedur operasional.....	107
4.8.16 Fasilitas .....	107
4.8.17 Pelatihan.....	108
4.8.18 Latihan, Evaluasi dan tindakan Perbaikan .....	109
4.8.19 Komunikasi krisis dan informasi publik.....	110
4.8.20 Keuangan dan administrasi .....	111

## **BAB V SIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Simpulan .....	112
5.2 Saran.....	113

## **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Urutan Manajemen Serangan Bencana Tiba-tiba.....	27
Gambar 2.2 Konsep Manajemen Bencana .....	36
Gambar 3.1 Kerangka Pikir Penelitian.....	47
Gambar 4.1 Peta Kota Prabumulih .....	54
Gambar 4.2 Tata Letak RSUD Kota Prabumulih.....	55
Gambar 4.3 Denah RSUD Kota Prabumulih .....	56
Gambar 4.4 Struktur Organisasi K3RS Kota Prabumulih .....	60

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Sumber Informasi .....	46
Tabel 3.2	Variabel Yang Diteliti (DT), (DI).....	48
Tabel 4.1	Matriks pelaksanaan ERP RSUD Kota Prabumulih .....	65
Tabel 4.2	Kriteria audit manajemen.....	81

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Pedoman Wawancara dan Lembar Observasi
2. Data Kepegawaian RSUD Kota Prabumulih
3. Foto-foto penelitian
4. SOP RSUD Kota Prabumulih tahun 2015
5. Dokument program K3 RSUD Kota Prabumulih
6. Form pelaporan kecelakaan kerja
7. Surat pengambilan data
8. Surat izin penelitian
9. Surat selesai penelitian

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan kerja menurut WHO/ILO (1995), kesehatan kerja bertujuan untuk peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan fisik, mental dan social yang setinggi-tingginya bagi pekerja disemua jenis pekerjaan, pencegahan terhadap gangguan kesehatan pekerja yang disebabkan oleh kondisi pekerjaannya; perlindungan bagi pekerja dalam pekerjaannya dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan; dan penempatan serta pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang disesuaikan dengan kondisi fisiologi dan psikologisnya. secara ringkas merupakan penyesuaian pekerjaan kepada manusia dan setiap manusia dan setiap manusia kepada pekerjaan atau jabatannya.(Depkes RI,2009)

Di dunia Internasional, Program K3 telah lama diterapkan di berbagai sektor industri ( akhir abad 18), kecuali di sektor kesehatan. Perkembangan K3RS tertinggal dikarenakan focus pada kegiatan kuratif, bukan preventif. Focus pada kualitas pelayanan bagi pasien, tenaga profesi di bidang K3 masih terbatas, organisasi kesehatan yang dianggap pasti telah melindungi diri dalam bekerja (Kemenkes,RI,2010).

Setiap tahun ribuan kecelakaan terjadi ditempat kerja yang menimbulkan korban jiwa, kerusakan materi, dan gangguan produksi. Pada tahun 2007 menurut Jamsostek tercatat 65.474 kecelakaan yang mengakibatkan 1.451 orang meninggal,

5.326 orang cacat tetap dan 58.697 orang cedera. Data kecelakaan tersebut mencakup seluruh perusahaan yang menjadi anggota Jamsostek dengan jumlah peserta sekitar 7 juta orang atau sekitar 10% dari seluruh pekerja di Indonesia. Dengan demikian, angka kecelakaan mencapai 930 kejadian untuk 100.000 pekerja setiap tahun. Oleh karena itu jumlah kecelakaan keseluruhannya diperkirakan jauh lebih besar. Bahkan menurut penelitian *World Economic Forum 2006*, angka kematian akibat kecelakaan di Indonesia mencapai 17-18 untuk setiap 100.000 pekerja. (Ramli, 2010)

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Selain dituntut harus melaksanakan dan mengembangkan program K3 di Rumah Sakit (K3RS) seperti yang tercantum dalam buku Standar Pelayanan Rumah Sakit dan terdapat dalam instrumen akreditasi Rumah Sakit. (Kemenkes, RI, 2010)

Salah satu kunci dari kemajuan dibidang K3 adalah perbaikan lingkungan kerja. Untuk ini dibutuhkan pengelolaan berbagai ancaman bahaya (potensi health hazard) ditempat kerja baik secara kimiawi, fisik, biologik, psikologik, dan ergonomik. Untuk memperbaiki kapasitas kerja dibutuhkan promosi kesehatan para pekerja agar mereka lebih cukup dan mampu bekerja dengan aman, nyaman, dan produktif. (Malaka, 2008)

Tanggap darurat merupakan elemen penting SMK3, untuk menghadapi setiap kemungkinan yang dapat terjadi. Tujuan K3 adalah untuk mencegah kejadian atau kecelakaan yang tidak diinginkan. Namun, demikian, jika sistem pencegahan mengalami kegagalan sehingga terjadi kecelakaan, hendaknya keparahan atau konsekuensi yang ditimbulkan dapat ditekan sekecil mungkin. Untuk itu diperlukan sistem tanggap darurat guna mengantisipasi berbagai kemungkinan seperti kecelakaan, kebakaran, peledakan, bocoran bahan kimia atau pencemaran. (Ramli, 2010)

Berdasarkan penelitian Arif (2015) dari universitas Negeri Semarang menunjukkan bahwa jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan observasional. Peneliti akan melakukan observasi dan melakukan beberapa wawancara dengan responden dari pihak Rumah Sakit. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini meliputi checklist, pedoman wawancara, kamera dan meteran. Hasil dari penelitian ini, bahwa pihak Rumah Sakit sudah memiliki kebijakan atau prosedur manajemen terkait penanggulangan kebakaran seperti, APAR, jalur evakuasi, Prosedur operasional, pendidikan dan pelatihan penanggulangan kebakaran. Saran untuk pihak Rumah Sakit Umum Daerah DR.M. Ashari Pematang, agar menambah jumlah APAR, perbaikan tentang pemasangan sarana dan Prasarana, membentuk tim khusus penanggulangan kebakaran, menambah sarana penanggulangan sprinkler, detector panas, alarm kebakaran dan hydrant.

Berdasarkan hasil penelitian Syaifuddin (2011) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, kerangka pemikiran penelitian adalah rumah sakit sebagai instansi yang tidak terlepas dari bencana yang dapat mengakibatkan keadaan darurat seperti

kebakaran, bencana alam serta terror bom. Oleh karena itu diperlukan sistem tanggap darurat sebagai upaya penanggulangan bencana sehingga dapat dilakukan upaya penyelamatan manusia dan harta untuk meminimalisasi kerugian. Dalam melaksanakan kegiatan tanggap darurat sebagai upaya penanggulangan bencana RSUD Dr. Moewardi menyediakan prosedur menghadapi keadaan darurat yang dilengkapi sarana dan fasilitas penunjang seperti sarana komunikasi. Peralatan pemadam kebakaran, jalur evakuasi dan tempat evakuasi serta tim penanggulangan keadaan darurat. Data yang diperoleh kemudian dibandingkan dengan permenaker No. PER-05/MEN/1996 tentang SMK3 dan Kepmenkes RI No. 432/MENKES/SK/IV/2007 tentang pedoman Manajemen K3 Di Rumah Sakit. Saran yang diberikan adalah supaya penempatan APAR disesuaikan standar, disediakan peta evakuasi dan fasilitas petunjuk arah yang jelas, serta dilakukan pelatihan tanggap darurat secara menyeluruh minimal 1 tahun sekali.

Sesuai dengan ketentuan Menteri PU Rumah Sakit digolongkan risikokebakaran 6, artinya masuk kategori cukup rawan. Beberapa kejadian kebakaran di rumah sakit antara lain: tanggal 10 Juli 2006 terjadi kebakaran di Rumah Sakit Ibu dan Anak Hermina di jalan Jatinegara Barat No 126 Jakarta Timur. Api berasal dari kantin sebelah rumah sakit. Akibat asap tebal sebanyak 58 pasien dievakuasi. Tanggal 29 Juli 2009 terjadi kebakaran di Rumah Sakit Sari Asih, Serang, diduga akibat hubungan pendek arus listrik pada trafo. Sejumlah pasien sempat dievakuasi ke RS terdekat. Dan pada tanggal 21 Desember 2009 terjadi kebakaran di Rumah Sakit

Bersalin ST Hadidjah IV di jalan Cemara Makassar. Api diduga-duga akibat arus pendek listrik.( Ramli, 2010)

K3RS yang bergerak di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Prabumulih yang saat ini baru aktif untuk bergerak dibidang K3 yakni baru 1 (satu) tahun jalan tapi belum memadai fasilitas rumah sakit itu sendiri. Salah satunya pelaksanaan Emergency Respon Plan yang masih sangat minim dilaksanakan atau diterapkan. Keadaan yang sangat memungkinkan apabila hal yang tidak terduga bisa saja terjadi salah satunya bahaya kebakaran, peledakan, gempa bumi bahkan terror bom yang bisa saja menimpa RSUD Kota Prabumulih.

Berdasarkan studi awal yang dilakukan peneliti, yang merupakan salah satu Rumah Sakit bergerak dibidang pelayanan kesehatan yang memiliki sistem K3RS terutama Emergency Respon Plan (ERP) karena dalam manajemenK3RS RSUD kota Prabumulih baru berjalan satu tahun dan belum memadai fasilitas yang lengkap untuk kesehatan keselamatan kerja rumah sakit dan rentan terhadap bahaya yang tidak diinginkan. Sumber-sumber yang dapat dilaksanakan atau analisis ERP atau rencana tanggap darurat pada Team K3 pihak RSUD kota prabumulih, system penanggulangan bahaya,sarana alat proteksi kebakaran aktif, jalur evakuasi,dan titik kumpul atau bagaimana pelaksanaan ERP terhadap bahaya dan antisipasi di RSUD Kota Prabumulih. Maka peneliti mengambil skripsi yang berjudul “Analisis Pelaksanaan Emergency Respon Plan di RSUD Kota Prabumulih tahun 2016”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang dan pembahasan masalah yang dikemukakan diatas, maka masalah yang akan dirumuskan dalam penelitian ini adalah belum diketahuinya pelaksanaan *Emergency Respon Plan* terhadap bahaya dan antisipasi di RSUD Kota Prabumulih tahun 2016.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Dari permasalahan tersebut diatas, maka timbul pertanyaan sebagai berikut: Bagaimana pelaksanaan *Emergency Respon Plan* terhadap bahaya dan antisipasi di RSUD Kota Prabumulih tahun 2016?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Diketahuinya pelaksanaan *Emergency Respons Plan* di RSUD Kota Prabumulih Tahun 2016.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

Tujuan umum tersebut dijabarkan kedalam tujuan khusus seperti berikut ini:

1. Diketahuinya pelaksanaan program sarana proteksi aktif (Detektor, dan Alarm, APAR, Hydrant) di RSUD Kota Prabumulih Tahun 2016.
2. Diketahuinya pelaksanaan program sarana penyelamatan jiwa ( tempat berhimpun) di RSUD Kota Prabumulih Tahun 2016.
3. Diketahuinya pelaksanaan program manajemen penanggulangan keadaan darurat dan antisipasi bahaya ( Organisasi tanggap darurat, Prosedur

Tanggap Darurat, Latihan Tanggap Darurat di RSUD Kota Prabumulih Tahun 2016.

4. Diketuainya simbol rentan bahaya di RSUD Kota Prabumulih Tahun 2016.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Bagi Penelitian**

Sebagai tambahan pengalaman dan pengetahuan bagi peneliti dalam melaksanakan penelitian dan pengembangan wawasan keilmuan tentang rencana tanggap darurat (ERP) di RSUD Kota Prabumulih Tahun 2016.

### **1.5.2 Bagi RSUD Kota Prabumulih**

Diharapkan berguna sebagai informasi sekaligus masukan dalam rangka peningkatan pengetahuan tentang rencana tanggap darurat (ERP) pada Rumah Sakit.

### **1.5.3 Bagi Instansi Pendidikan STIK Bina Husada**

1. Penelitian ini menambah bahan masukan dan referensi untuk mengetahui tentang Rencana Tanggap darurat (ERP) pada Rumah Sakit dan Kesehatan Keselamatan Kerja.
2. Dapat sebagai bahan acuan, masukan, dalam menentukan kebijakan yang terkait tentang Rencana Tanggap Darurat (ERP) pada Rumah Sakit dan Kesehatan Keselamatan Kerja.
3. Menambah kepustakaan dan sebagai bahan pertimbangan penelitian mahasiswa.

## **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kota Prabumulih mulai dari tanggal 27 Juni sampai dengan 27 Juli 2016. Penelitian ini difokuskan Terhadap Antisipasi Bahaya Kebakaran di RSUD Kota Prabumulih dengan K3RS. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang mendeskripsikan secara kritis dengan mewawancarai secara mendalam. Pengumpulan data menggunakan pedoman wawancara dan observasi berupa lembar checklist menggunakan bahan referensi yang dirilis oleh NFPA 16000.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kesehatan Keselamatan Kerja**

Kesehatan keselamatan kerja menurut ILO merupakan disiplin yang mempunyai skope yang luas meliputi: promotion (promosi), prevention (pencegahan), protection (perlindungan), adaptation (penempatan pekerja yang sesuai kapasitas kerja mereka, serta adaptasi pekerjaan terhadap pekerja. (Malaka,2011)

Kesehatan dan keselamatan kerja (k3) adalah upaya untuk memberikan jaminan dan meningkatkan derajat kesehatan pekerja dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja (PAK), pengendalian bahaya ditempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan dan rehabilitasi. (Depkes RI,2009)

Menurut Armanda (2006) Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) difilosofikan sebagai suatu pemikiran dan upaya untuk menjamin keutuhan dan kesempurnaan baik jasmani maupun rohani tenaga kerja pada khususnya dan manusia pada umumnya, hasil karya dan budayanya menuju masyarakat makmur dan sejahtera. Sedangkan pengertian secara keilmuan adalah suatu ilmu pengetahuan dan penerapannya dalam usaha mencegah kemungkinan terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Ramli (2010) menambahkan (Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) tidak dapat dipisahkan dengan proses produksi baik jasa maupun industri. Perkembangan pembangunan setelah Indonesia merdeka

menimbulkan konsekwensi meningkatkan intensitas kerja yang mengakibatkan pula meningkatnya resiko kecelakaan di lingkungan kerja (Kani,dkk,2013).

Yang dimaksud dengan keselamatan kerja adalah keselamatan yang berhubungan dengan peralatan, tempat kerja, lingkungan kerja, serta cara-cara melakukan pekerjaannya. Sekarang ini teknologi sudah lebih maju maka keselamatan kerja menjadi salah satu aspek yang sangat penting, mengingat risiko bahayanya dalam penerapan teknologi. Keselamatan kerja merupakan tugas semua orang yang bekerja dan juga masyarakat pada umumnya. (Daryanto,2003)

Jika lingkungan kerja buruk, maka akan mempengaruhi kesehatan dan keselamatan kerja adapun kesehatan dan pekerjaan itu memiliki hubungan timbale balik yaitu kesehatan mempengaruhi pekerjaan, dan pekerjaan mempengaruhi kesehatan.(Malaka,2011)

Keselamatan kerja merupakan tugas semua orang yang bekerja dan juga masyarakat pada umumnya, tujuannya adalah sebagai berikut:(Daryanto,2003)

- a. Melindungi tenaga kerja atas hak keselamatan dalam melaksanakan pekerjaan.
- b. Menjamin keselamatan setiap orang yang berada ditempat kerja.
- c. Sumber produksi dipelihara dan dipergunakan secara aman dan efisien.

## **2.2 Bahaya Kerja**

Bahaya kerja adalah setiap keadaan dalam lingkungan kerja yang berpotensi untuk terjadinya penyakit atau gangguan kesehatan akibat kerja. Bahaya kerja terdiri dari: (Harrianto,2010)

1. Bahaya kimiawi
2. Bahaya fisik
3. Bahaya biologis
4. Bahaya ergonomis
5. Bahaya psikologis

Manajemen ancaman bahaya kerja adalah suatu proses interaksi yang digunakan oleh organisasi tempat kerja untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan menanggulangi bahaya ditempatnya guna mengurangi risiko akibat bahaya kerja tersebut. Jadi, manajemen bahaya kerja merupakan suatu alat yang bila digunakan dengan benar akan menghasilkan lingkungan kerja yang aman, bebas dari ancaman bahaya tempat kerja. Tahapan manajemen bahaya kerja, antara lain : (Harrianto,2010)

1. Identifikasi bahaya kerja
2. Evaluasi bahaya kerja
3. Penilaian hasil evaluasi bahaya kerja
4. Pengendalian dan pemantauan bahaya kerja ( strategi manajemen bahaya kerja)

### **2.2.1 Manajemen OHSAS 18001 Identifikasi Bahaya**

Sesuai persyaratan OHSAS 18001, organisasi harus menetapkan prosedur mengenai identifikasi bahaya (*Hazard Identification*), penilaian risiko (*Risk Assessment*) dan menentukan pengendaliannya (*Risk Control*) atau disingkat HIRARC. Keseluruhan proses ini disebut juga manajemen risiko (*Risk Management*). HIRARC merupakan elemen pokok dalam sistem manajemen keselamatan dan

kesehatan kerja yang berkaitan langsung dengan upaya pencegahan dan pengendalian bahaya. Disamping itu, HIRARC juga merupakan bagian dari sistem manajemen risiko (*Risk Management*). Menurut OHSAS 18001, HIRARC harus dilakukan diseluruh aktivitas organisasi untuk menentukan kegiatan organisasi yang mengandung potensi bahaya dan menimbulkan dampak serius terhadap keselamatan dan kesehatan kerja.(Ramli,2010)

### **2.2.2 Bahaya Rumah Sakit**

Bahaya-bahaya potensial di Rumah Sakit yang disebabkan oleh faktor biologi (virus,bakteri,jamur,parasit); faktor kimia (antiseptic,reagen,gas, anestesi); faktor ergonomic (lingkungan kerja, cara kerja, dan posisi kerja yang salah); faktor fisik (suhu, cahaya, bising, listrik, getaran dan radiasi); faktor psikososial (kerja bergilir, beban kerja, hubungan sesame pekerja/atasan) dapat mengakibatkan penyakit dan kecelakaan akibat kerja.(Kemenkes RI,2010)

### **2.3 K3 Rumah Sakit**

Rumah sakit merupakan salah satu tempat kerja,yang wajib melaksanakan program K3RS yang bermanfaat baik bagi pekerja, pasien, pengunjung, maupun bagi masyarakat dilingkungan sekitar rumah sakit.(Depkes RI,2009)

Pelayanan K3 di Rumah Sakit sampai saat ini dirasakan belum maksimal. Hal ini dikarenakan masih banyak Rumah Sakit yang belum menerapkan sistem manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (SMK3). (Depkes RI,2009)

Dengan meningkatnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat maka tuntutan pengelolaan program Kesehatan dan Keselamatan Kerja di

rumah sakit (K3RS) semakin tinggi karena sumber daya manusia (SDM) Rumah Sakit, pengunjung/ pengantar pasien, pasien dan masyarakat sekitar Rumah Sakit ingin mendapatkan perlindungan dari gangguan kesehatan dan kecelakaan kerja, baik sebagai dampak proses kegiatan pemberian pelayanan maupun karena kondisi sarana dan prasarana yang ada di Rumah Sakit yang tidak memenuhi standar.(KemenKes,RI,2010)

K3RS merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit, khususnya dalam hal kesehatan dan keselamatan bagi SDM Rumah Sakit, pasien, pengunjung/pengantar pasien, masyarakat sekitar Rumah Sakit. Hal ini secara tegas pasal 40 ayat (1) yakni “dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali”. K3 termasuk sebagai salah satu standar pelayanan yang dinilai di dalam akreditasi Rumah Sakit, disamping standar pelayanan lainnya.(Kemenkes,RI,2010)

### **2.3.1 Standar Pelayanan Kesehatan Kerja Di Rumah Sakit (K3RS)**

Setiap Rumah Sakit wajib melaksanakan pelayanan kesehatan kerja seperti tercantum pada pasal 23 dalam UU Kesehatan No.23 tahun 1992 dan Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI No.03/Men/1982 tentang pelayanan kesehatan kerja. Adapun bentuk pelayanan kesehatan kerja yang perlu dilakukan, sebagai berikut: (Depkes RI,2009)

A. Melakukan pemeriksaan kesehatan sebelum kerja bagi pekerja :

1. Pemeriksaan fisik.

2. Pemeriksaan penunjang dasar (foto thorax, laboratorium rutin, EKG).
  3. Pemeriksaan khusus sesuai dengan jenis pekerjaannya.
- B. Melaksanakan pendidikan dan penyuluhan/ pelatihan tentang kesehatan kerja dan memberikan bantuan kepada pekerja di Rumah Sakit dalam penyesuaian diri baik fisik maupun mental terhadap pekerjaannya. Yang diperlukan antara lain :
1. Informasi umum Rumah Sakit dan fasilitas atau sarana yang terkait dengan K3.
  2. Informasi tentang risiko dan bahaya khusus di tempat kerjanya.
  3. SOP kerja, SOP peralatan, SOP penggunaan alat pelindung diri dan kewajibanya.
  4. Orientasi K3 di tempat kerja.
  5. Melaksanakan pendidikan, pelatihan ataupun promosi/ penyuluhan kesehatan kerja secara berkala dan berkesinambungan sesuai kebutuhan dalam rangka menciptakan budaya K3.
- C. Melakukan pemeriksaan berkala dan pemeriksaan khusus sesuai dengan pajanan di Rumah Sakit :
1. Setiap pekerja Rumah Sakit wajib mendapat pemeriksaan berkala minimal setahun sekali.
  2. Sedangkan untuk pemeriksaan khusus disesuaikan dengan jenis dan besar pajanan serta umur dari pekerja tersebut.

3. Adapun jenis pemeriksaan khusus yang perlu dilakukan antara lain sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan audiometric untuk pekerja yang terpajan bising seperti pekerja IPSRS, operator telephon dan lain-lain.
- b. Pemeriksaan gambaran darah tepi pekerja radiologi.
- c. Melakukan upaya preventif (vaksinasi hepatitis B pada pekerja yang terpajan produk tubuh manusia).
- d. Pemeriksaan HbsAG dan HIV untuk pekerja yang berhubungan dengan darah dan produk tubuh manusia ( dokter, dokter gigi, perawat, laboratorium, petugas kesling dll).
- e. Pemeriksaan fungsi paru untuk pekerja yang terpajan debu seperti petugas incinerator.

D. Meningkatkan kesehatan badan, kondisi mental (rohani) dan kemampuan fisik pekerja :

1. Pemberian makanan tambahan dengan gizi yang mencukupi untuk pekerja dinas malam, petugas radiologi, petugas lab, petugas kesling dll.
2. Olahraga, senam kesehatan dan rekreasi.
3. Pembinaan mental/rohani.

E. Memberikan pengobatan dan perawatan serta rehabilitasi bagi pekerja yang menderita sakit :

1. Memberikan pengobatan dasar secara gratis kepada seluruh pekerja.

2. Memberikan pengobatan dan menanggung biaya pengobatan untuk pekerja yang terkena Penyakit Akibat Kerja (PAK).
  3. Menindak lanjuti hasil pemeriksaan kesehatan berkala dan pemeriksaan kesehatan khusus.
  4. Melakukan upaya rehabilitasi sesuai penyakit terkait.
- F. Melakukan pemeriksaan kesehatan khusus pada pekerja Rumah Sakit yang akan pensiun atau pindah kerja :
1. Pemeriksaan kesehatan fisik.
  2. Pemeriksaan laboratorium lengkap, EKG, Paru (foto torak dan fungsi paru).
- G. Melakukan koordianasi dengan tim Panitia Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mengenai penularan infeksi terhadap pekerja dan pasien :
1. Pertemuan koordinasi.
  2. Pemabahasan khusus.
  3. Penanggulangan kejadian infeksi nosokomial.
- H. Melaksanakan kegiatan surveilans kesehatan kerja :
1. Melakukan *mapping* tempat kerja untuk mengidentifikasi jenis bahaya dan besarnya risiko.
  2. Melakukan identifikasi pekerja berdasarkan jenis pekerjaannya, lama pajanan dan dosis pajanan.
  3. Melakukan analisa hasil pemeriksaan kesehatan berkala dan khusus.

4. Melakukan tindak lanjut analisa pemeriksaan kesehatan berkala dan khusus. (dirujuk ke spesialis terkait, rotasi kerja, merekomendasikan pemberian istirahat kerja).
  5. Melakukan pemantauan perkembangan kesehatan pekerja.
- I. Melaksanakan pemantauan lingkungan kerja dan ergonomi yang berkaitan dengan kesehatan kerja (pemantauan/ pengukuran terhadap faktor fisik, kimia, biologi, psikososial dan ergonomic).
- J. Membuat evaluasi, pencatatan dan pelaporan kegiatan kesehatan kerja yang disampaikan kepada Direktur Rumah Sakit dan Unit teknis terkait di wilayah kerja Rumah Sakit :
1. Data seluruh pekerja Rumah Sakit;
  2. Data pekerja Rumah Sakit yang sakit yang dilayani;
  3. Data pekerja luar Rumah Sakit yang sakit yang dilayani;
  4. Cakupan MCU bagi pekerja di Rumah Sakit;
  5. Angka absensi pekerja Rumah Sakit karena sakit;
  6. Kasus penyakit umum dikalangan pekerja Rumah Sakit;
  7. Kasus penyakit umum dikalangan pekerja luar Rumah Sakit;
  8. Jenis penyakit terbanyak dikalangan pekerja Rumah Sakit;
  9. Jenis penyakit terbanyak dikalangan pekerja luar Rumah Sakit;
  10. Kasus penyakit yang berkaitan dengan pekerjaan (pekerja Rumah Sakit);
  11. Kasus penyakit yang berkaitan dengan pekerjaan (pekerja luar Rumah Sakit);

12. Kasus kecelakaan yang berkaitan dengan pekerjaan (pekerja Rumah Sakit);

13. Kasus Kecelakaan yang berkaitan dengan pekerjaan (pekerja luar Rumah Sakit);

### **2.3.2 Standar Pelayanan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit (K3RS)**

Pada prinsipnya pelayanan keselamatan kerja berkaitan erat dengan sarana, prasarana, dan peralatan kerja. Bentuk pelayanan keselamatan kerja yang dilakukan : (Depkes RI, 2009)

A. Pembinaan dan pengawasan keselamatan/ keamanan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan :

1. Melengkapi perizinan dan sertifikasi sarana dan prasarana serta peralatan kesehatan.
2. Membuat program dan melaksanakan pemeliharaan rutin dan berkala sarana dan prasarana serta peralatan kesehatan.
3. Melakukan peneraan/ kalibrasi peralatan kesehatan.
4. Pembuatan SOP untuk pengoperasian, pemeliharaan, perbaikan dan kalibrasi terhadap peralatan kesehatan.
5. Sertifikasi personil petugas/operator sarana dan prasarana serta peralatan kesehatan.

B. Pembinaan dan pengawasan atau penyesuaian peralatan kerja terhadap pekerja

1. Melakukan identifikasi dan penilaian risiko ergonomi terhadap peralatan kerja dan pekerja.

2. Membuat program, melaksanakan kegiatan, evaluasi dan pengendalian risiko ergonomi.

C. Pembinaan dan pengawasan terhadap lingkungan kerja :

1. Manajemen harus menyediakan dan menyiapkan lingkungan kerja yang memenuhi syarat fisik, kimia, biologi, ergonomic dan psikososial.
2. Pemantauan/ pengukuran terhadap faktor fisik, kimia, biologi, ergonomic, dan psikososial secara rutin dan berkala.
3. Melakukan evaluasi dan memberikan rekomendasi untuk memperbaiki lingkungan kerja.

D. Pembinaan dan pengawasan terhadap sanitair :

Manajemen harus menyediakan, memelihara, mengawasi sarana dan prasarana sanitair, yang memenuhi syarat, meliputi :

1. Penyehatan makanan dan minuman.
2. Penyehatan air.
3. Penyehatan tempat penyucian.
4. Penanganan sampah dan limbah.
5. Pengendalian serangga dan tikus.
6. Sterilisasi/ radiasi.
7. Perlindungan radiasi.
8. Upaya penyuluhan kesehatan lingkungan.

E. Pembinaan dan pengawasan perlengkapan keselamatan kerja :

1. Pembuatan rambu-rambu arah dan tanda-tanda keselamatan.
  2. Penyediaan peralatan keselamatan kerja dan alat pelindung diri (APD).
  3. Membuat SOP peralatan keselamatan kerja dan APD.
  4. Melakukan pembinaan dan pemantauan terhadap kepatuhan penggunaan peralatan keselamatan dan APD.
- F. Pelatihan / penyuluhan keselamatan kerja untuk semua pekerja :
1. Sosialisasi dan penyuluhan keselamatan kerja bagi seluruh pekerja.
  2. Melaksanakan pelatihan dan sertifikasi K3 Rumah Sakit kepada petugas K3 Rumah Sakit.
- G. Member rekomendasi / masukan mengenai perencanaan, pembuatan tempat kerja dan pemilihan alat serta pengadaannya terkait keselamatan / keamanan :
1. Melibatkan petugas K3 Rumah Sakit di dalam perencanaan, pembuatan, pemilihan serta pengadaan sarana, prasarana dan peralatan keselamatan kerja.
  2. Membuat evaluasi dan rekomendasi terhadap kondisi sarana, prasarana dan peralatan kerja.
- H. Membuat sistem pelaporan kejadian dan tindak lanjutnya :
1. Membuat alur pelaporan kejadian nyaris celaka dan celaka.
  2. Membuat SOP pelaporan, penanganan dan tindak lanjut kejadian nyaris celaka (*near miss*) dan celaka.
- I. Pembinaan dan pengawasan Manajemen Sistem Penanggulangan Kebakaran (MSPK).

1. Manajemen penyediaan sarana dan prasarana pencegahan dan penanggulangan kebakaran.
  2. Membentuk tim penanggulangan kebakaran.
  3. Membuat SOP.
  4. Melakukan sosialisasi dan pelatihan pencegahan dan penanggulangan kebakaran.
  5. Melakukan audit internal terhadap sistem pencegahan dan penanggulangan kebakaran.
- J. Membuat evaluasi, pencatatan dan pelaporan kegiatan pelayanan keselamatan kerja yang disampaikan kepada Direktur dan Unit teknis terkait di wilayah kerja Rumah Sakit :
1. Data sarana, prasarana dan peralatan keselamatan kerja;
  2. Data perizinan;
  3. Data kegiatan pemantauan keselamatan kerja;
  4. Data pelatihan dan sertifikasi;
  5. Data petugas kesehatan RS yang berpendidikan formal kesehatan kerja, sudah dilatih kesehatan dan keselamatan kerja dan sudah dilatih tentang Diagnosis PAK;
  6. Data kejadian nyaris celaka (*near miss*) dan celaka;
  7. Data kegiatan pemantauan kesehatan lingkungan kerja.

### 2.3.3 Barang Berbahaya dan Beracun di Rumah Sakit

Barang Berbahaya dan Beracun (B3) adalah bahan yang karena sifat dan atau konsentrasinya dan atau jumlahnya, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat mencemarkan dan atau merusak lingkungan hidup manusia serta makhluk hidup lainnya. (Depkes RI, 2009)

Kategori Barang berbahaya dan Beracun (B3) :

A. Memancarkan Radiasi

Bahan yang memancarkan gelombang elektromagnetik atau partikel radioaktif yang mampu mengionkan secara langsung atau tidak langsung materi bahan yang dilaluinya, misalnya : sinar X, sinar alfa, sinar beta, sinar gamma dll.

B. Mudah meledak

Bahan yang mudah membebaskan panas dengan cepat tanpa disertai pengimbangan kehilangan panas, sehingga kecepatan reaksi, peningkatan suhu dan tekanan meningkat pesat dan padat menimbulkan peledakan. Bahan mudah meledak apabila terkena panas, gesekan atau bantingan dapat menimbulkan ledakan.

C. Mudah menyala atau terbakar

Bahan yang mudah membebaskan panas dengan cepat disertai dengan pengimbangan kehilangan panas, sehingga tercapai kecepatan reaksi yang menimbulkan nyala. Bahan mudah menyala atau terbakar mempunyai titik nyala (*flash point*) rendah (210C).

D. Oksidator

Bahan yang mempunyai sifat aktif mengoksidasikan sehingga terjadi reaksi oksidasi, mengakibatkan reaksi eksotermis (keluar panas).

E. Racun

Bahan yang bersifat beracun bagi manusia atau lingkungan yang dapat menyebabkan kematian atau sakit yang serius apabila masuk kedalam tubuh melalui pernafasan atau kulit dan mulut.

F. Korosif

Bahan yang dapat menyebabkan iritasi pada kulit, menyebabkan proses pengkaratan pada lempeng baja (SAE 1020) dengan laju korosi lebih besar dari 6,35 mm/tahun dengan temperatur uji 550c, mempunyai pH sama atau kurang dari 2 (asam), dan sama atau lebih dari 12,5 (basa).

G. Karsinogenik

Sifat bahan penyebab sel kanker, yakni sel luar yang dapat merusak jaringan tubuh.

H. Iritasi

Bahan yang dapat mengakibatkan peradangan pada kulit dan selaput lender.

I. Teratogenik

Sifat bahan yang dapat mempengaruhi pembentukan dan pertumbuhan embrio.

J. Mutagenik

Sifat bahan yang dapat mengakibatkan perubahan kromosom yang berarti dapat merubah genetika.

K. Arus listrik

### **2.3.4 Dasar Hukum K3RS**

- Peraturan Menteri Tenaga Kerja Nomor 04/MEN/1980 tentang syarat-syarat pemasangan dan pemeliharaan alat pemadam api ringan;
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja Nomor 02/MEN/1983 tentang Instalasi Alarm Kebakaran Automatik;
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja Nomor 5/MEN/1996 tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 472/Menkes/per/V/1996 tentang pengamanan bahan berbahaya bagi kesehatan
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/2003 tentang sistem informasi K3
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 351/Menkes/SK/III/2003 tentang komite K3 Sektor Kesehatan

(Sumber ; Depkes Republik Indonesia tahun 2009)

### **2.4 Tanggap Darurat**

Tanggap darurat bencana (*response*) adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta

benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan pengurusan pengungsian, penyelamatan, serta pemulihan sarana dan prasarana.(Ramli,2010)

Tanggap darurat merupakan elemen penting dalam SMK3, untuk menghadapi setiap kemungkinan yang dapat terjadi. Tujuan K3 tersebut adalah untuk mencegah kejadian atau kecelakaan yang tidak diinginkan. Namun demikian, jika sistem pencegahan mengalami kegagalan sehingga terjadi kecelakaan, hendaknya keparahan atau konskuensi yang ditimbulkan dapat ditekan sekecil mungkin. (Ramli,2010)

Tanggap darurat adalah tindakan segera yang dilakukan untuk mengatasi kejadian bencana misalnya dalam suatu proses kebakaran atau peledakan dilingkungan industri:

- a. Memadamkan kebakaran atau ledakan.
- b. Menyelamatkan manusia dan korban (*resque*).
- c. Menyelamatkan harta benda dan document penting (*salvage*).
- d. Perlindungan masyarakat umum.

Tindakan ini dilakukan oleh tim penanggulangan bencana yang dibentuk dimasing-masing daerah atau organisasi.(Ramli,2010)

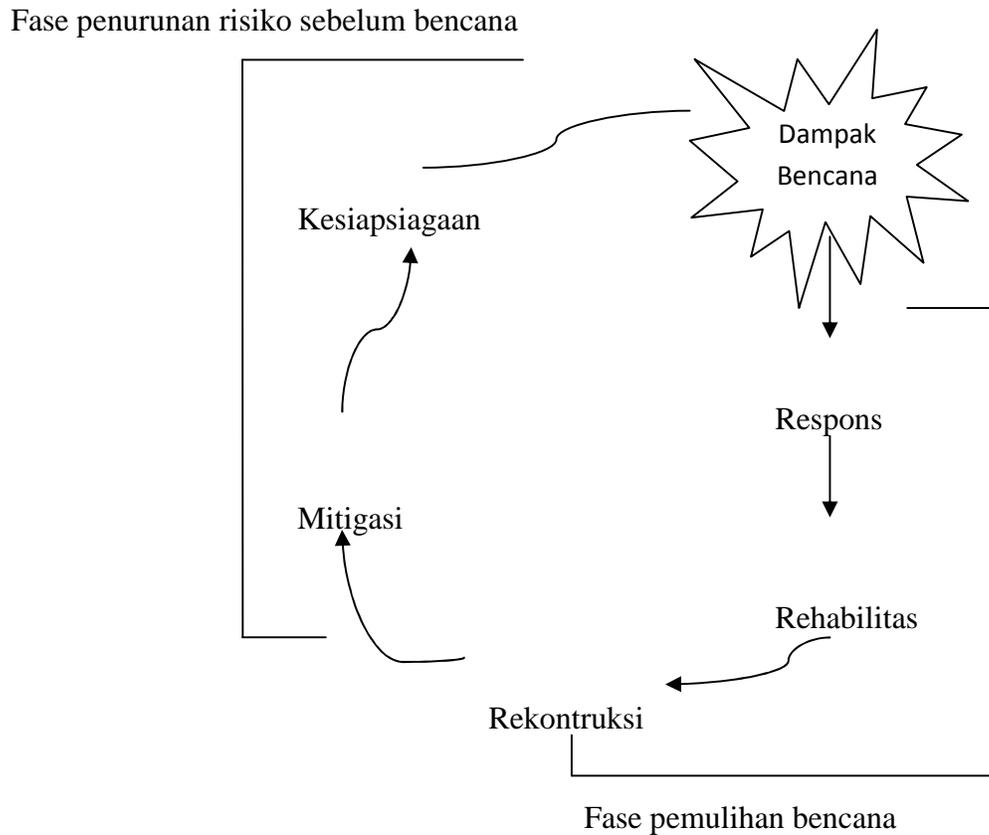
Kesiapsiagaan menghadapi bencana merupakan suatu aktivitas lintas-sektor yang berkelanjutan. Kegiatan itu membentuk suatu bagian yang takterpisahkan dalam sistem nasional yang bertanggung jawab untuk mengembangkan perencanaan dan program pengelolaan bencana (pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, respons, rehabilitas, atau rekontruksi). (Widyastuti, 2006)

### 2.4.1 Manajemen Kedaruratan

Manajemen kedaruratan adalah seluruh kegiatan yang meliputi aspek perencanaan dan penanganan kedaruratan, pada saat menjelang, saat darurat dan sesudah terjadi keadaan darurat, yang mencakup kesiapsiagaan darurat, tanggap darurat dan pemulihan darurat, termasuk didalamnya adalah transisi dari darurat ke pemulihan khususnya pemulihan dini (*early recovery*). Dari pengertian tersebut manajemen kedaruratan mencakup kegiatan-kegiatan pada tahap siaga darurat dan saat terjadi bencana serta pada fase transisi dari darurat ke pemulihan (tidak termasuk kegiatan rehabilitas dan rekontruksi). Lebih jelas lagi, posisi manajemen kedaruratan dalam manajemen bencana adalah dimulai sejak adanya tanda-tanda kemungkinan akan terjadi bencana ( pada tahap kesiapsiagaan darurat) sampai dengan transisi dari kondisi darurat ke pemulihan/ kondisi normal dimana kegiatan social-ekonomi masyarakat sudah mulai berjalan walaupun dalam batas minimal. (Nurjanah,dkk,2012)

Ada tiga aspek mendasar dalam manajemen bencana yang meliputi Respon terhadap bencana, Kesiapsiagaan menghadapi bencana, Minimalisir (mitigasi) efek bencana. Ketiga aspek manajemen bencana tersebut bersesuaian fase-fase dalam apa yang disebut sebagai “siklus bencana. (Widyastuti, 2006: 17)

**Gambar 2.1 Urutan Manajemen Serangan Bencana Tiba-Tiba**



(Sumber : Palupi Widyastuti, 2006 manajemen urutan bencana)

#### **2.4.2 Kelemahan Dalam Sistem Tanggap Darurat**

Menurut penelitian *National Safety council* (Carl Griffith, *National Safety Council utilities Division Manager*) ada beberapa faktor yang menyebabkan kegagalan sistem tanggap darurat yaitu:

1. Kurangnya dukungan manajemen puncak.
2. Kurangnya keterlibatan dan dukungan pekerja.
3. Kurang atau tidak ada perencanaan.

4. Kurangnya pelathan pendidikan.
5. Tidak ada penanggung jawab yang ditunjuk khusus untuk mengkoordinir sistem tanggap darurat.
6. Sistem tanggap darurat tidak dievaluasi atau disempurnakan secara berkala.
7. Sistem komunikasi dan peringatan dini tidak memadai.
8. Tidak terintegrasi dengan prosedur operasi misalnya untuk mematikan mesin atau pabrik.
9. Pekerja tidak dijelaskan mengenai tindakan atau langkah yang dilakukan jika terjadi keadaan darurat.

Seluruh kelemahan di atas dapat teratasi jika seluruh elemen tanggap darurat di atas dijalankan dengan baik dan konsisten.(Ramli,2010)

Jadi dalam klausul ini, organisasi harus mengembangkan *emergency plan*, melakukan identifikasi dan menyediakan peralatan darurat yang sesuai, serta melakukan uji coba secara periodik.

Emergency plan harus disiapkan untuk kondisi darurat yang mungkin terjadi, dan mencakup : (Suardi,2007)

- Identifikasi potensial kecelakaan dan kejadian darurat.
- Identifikasi personel yang melakukan penanggulangan selama kejadian darurat.
- Kewajiban semua personel selama kejadian darurat.

- Tanggung jawab, wewenang dan tugas-tugas personel dengan tanggung jawab khusus selama kejadian darurat (seperti pemadam kebakaran, P3K, dan sebagainya).
- Prosedur evakuasi termasuk denah evakuasi.
- Identifikasi dan lokasi material berbahaya, dan tindakan darurat yang dipersyaratkan.
- Hubungan dengan jasa pihak eksternal terkait dengan kejadian darurat.
- Komunikasi dengan badan pemerintah.
- Komunikasi dengan publik.
- Proteksi rekaman dan peralatan penting.
- Informa yang dibutuhkan selama kejadian darurat seperti gambar denah lokasi, data material berbahaya, prosedur, intruksi kerja dan nomor telepon penting.

### **2.4.3 Peralatan Darurat**

Peralatan darurat sangat berguna untuk penanggulangan jika terjadi kondisi darurat. Karena itu industri harus melakukan identifikasi dan menyediakan peralatan tersebut, dan memastikan jumlahnya memadai. Peralatan ini harus diuji kelayakannya dalam waktu terencana.

Contoh peralatan darurat

- Sistem alarm
- Lampu dan tenaga listrik darurat

- Peralatan pemadam kebakaran
- Fasilitas komunikasi
- Tempat perlindungan
- Hydrant
- Station pencuci mata

## **2.5 Bencana**

Menurut United Nation Development Program (UNDP), bencana adalah suatu kejadian yang ekstrem dalam lingkungan alam atau manusia yang secara merugikan mempengaruhi kehidupan manusia, harta benda atau aktivitas sampai pada tingkat yang menimbulkan bencana.(Ramli,2010)

Istilah bencana biasanya mengacu pada kejadian alami (mis., angin ribut atau gempa bumi, kebakaran) yang dikaitkan dengan efek kerusakan yang ditimbulkan (mis., hilangnya kehidupan atau kerusakan bangunan). (Widyastuti, 2006)

Definisi lain menurut International Strategy for Disaster Reducation (UN-ISDR-2000) bencana adalah suatu kejadian, yang disebabkan oleh alam atau ulah manusia, terjadi secara tiba-tiba atau perlahan-lahan, sehingga menyebabkan hilangnya jiwa manusia, harta benda dan kerusakan lingkungan, kejadian ini terjadi diluar kemampuan masyarakat dengan segala sumber dayanya.(Nurjanah,dkk,2012)

Bencana diklasifikasikan atas 3 jenis sebagai berikut: (Ramli,2010)

1. Bencana alam

Yaitu bencana yang bersumber dari fenomena alam seperti gempa bumi, letusan gunung api, meteor, pemanasan global, banjir, topan, dan tsunami.

2. Bencana non alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa nonalam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit.
3. Bencana social adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat dan teror.

### **2.5.1 Faktor-Faktor Penyebab Bencana**

Menurut MPBI, (2004:5) Secara umum faktor penyebab terjadinya bencana adalah karena adanya interaksi antara ancaman (Hazard) dan kerentanan (vulnerability). Ancaman menurut Undang-undang Nomor 24 Tahun 2007 adalah “suatu kejadian atau peristiwa yang bisa menimbulkan bencana”. Kerentanan terhadap dampak atau risiko bencana adalah “kondisi atau karakteristik biologis, geografis, social, ekonomi, budaya dan teknologi suatu masyarakat di suatu wilayah untuk jangka waktu tertentu yang mengurangi kemampuan masyarakat untuk mencegah, meredam, mencapai kesiapan, dan menanggapi dampak bahaya tertentu”. (Nurjanah, dkk, 2012)

Menurut UNDRO (1992) ada beberapa Faktor yang mempengaruhi timbulnya kerentanan, adalah (1) berada di lokasi berbahaya, (2) kemiskinan, (3) perpindahan penduduk dari desa ke kota, (kerusakan dan penurunan kualitas lingkungan, (5)

pertambahan penduduk yang besar, (6) perubahan budaya, dan (7) kurangnya informasi dan kesadaran.( Nurjanah,dkk,2012)

### **2.5.2 Penanggulangan Bencana**

Selama kegiatan tanggap darurat, upaya yang dilakukan adalah menanggulangi bencana yang terjadi sesuai dengan sifat dan jenisnya. Penanggulangan bencana memerlukan keahlian dan pendekatan khususnya menurut kondisi dan skala kejadian.(Ramli,2010)

Seperti yang dijelaskan, sektor kesehatan membentuk suatu bagian penting dalam sistem lintas-sektoral untuk kesiapsiagaan dan tanggapan darurat terhadap bencana. Mekanisme pengaturan dan responsnya harus memerlukan perencanaan yang sangat teliti. (Widyastuti, 2006)

Sebagai contoh kejadian bencana, kasus lumpur lapindo memerlukan upaya penanggulangan yang tidak mudah untuk dapat menghentikan semburan lumpur. Kebakaran atau tumpahan minyak dalam jumlah besar di laut lepas juga memerlukan upaya penanggulangan yang sangat berat dengan mengarahkan seluruh tim tanggap darurat, bahkan mungkin memerlukan sumberdaya tambahan.

Tim tanggap darurat diharapkan mampu menangani segala bentuk bencana. Oleh karena itu tim tanggap darurat harus diorganisir dan dirancang untuk dapat menangani berbagai jenis bencana.(Ramli,2010)

### **2.5.3 Kerugian Bencana ditempat Kerja**

#### **2.5.3.1 Industri**

UNDRO (1992) mengemukakan, bencana secara serius dapat mengganggu inisiatif-inisiatif pembangunan dalam beberapa cara, termasuk : (Nurjanah dkk,2011)

1. Hilangnya sumber-sumber daya
2. Gangguan terhadap program-program
3. Pengaruh pada iklim investasi
4. Pengaruh pada sector non-formal
5. Destabilisasi politik

#### **2.5.3.2 Manajemen Tanggap Darurat**

Program manajemen tanggap darurat kesehatan nasional harus mempunyai tanggung jawab dari program semacam itu bukan hanya departemen kesehatan saja. Program tersebut harus memainkan peran utama dalam mempromosikan dan mengkoordinirkan upaya pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, respons, dan upaya rehabilitas dini yang terkait dengan kesehatan. (Widyastuti, 2006)

Menurut penelitian *National Safety Council (Carl Griffith, National Safety Council Utilities Division Manager)* ada beberapa faktor yang menyebabkan kegagalan sistem manajemen bencana dalam suatu organisasi yaitu : (Ramli,2010)

1. Kurangnya dukungan manajemen puncak
2. Kurangnya keterlibatan dan dukungan pekerja dan masyarakat
3. Kurang atau tidak ada perencanaan
4. Kurangnya pelatihan dan pendidikan

5. Tidak ada penanggung jawab yang ditunjuk khusus untuk mengkoordinir sistem tanggap darurat
6. Sistem tanggap darurat tidak dievaluasi atau disempurnakan secara berkala
7. Sistem komunikasi dan peringatan dini tidak memadai
8. Pekerja tidak dijelaskan mengenai tindakan atau langkah yang dilakukan jika terjadi keadaan darurat

Seluruh kelemahan di atas dapat teratasi jika seluruh elemen tanggap darurat di atas dijalankan dengan baik dan konsisten.

#### **2.5.4 Pasca Bencana**

Setelah bencana terjadi dan setelah proses tanggap darurat dilewati, maka langkah berikutnya adalah melakukan rehabilitasi dan rekonstruksi.

##### **2.5.4.1 Rehabilitasi**

Rehabilitasi adalah perbaikan dan pemulihan semua aspek pelayanan public atau masyarakat sampai tingkat yang memadai pada wilayah pasca bencana dengan sasaran utama untuk normalisasi atau berjalannya secara wajar semua aspek pemerintah dan kehidupan masyarakat pada wilayah pascabencana.

Di tingkat industri atau perusahaan, fase rehabilitasi dilakukan untuk mengembalikan jalannya operasi perusahaan seperti bencana sebelum bencana terjadi. Upaya rehabilitasi misalnya memperbaiki peralatan yang rusak dan memulihkan jalannya perusahaan seperti semula. (Ramli, 2010)

#### **2.5.4.2 Rekontruksi**

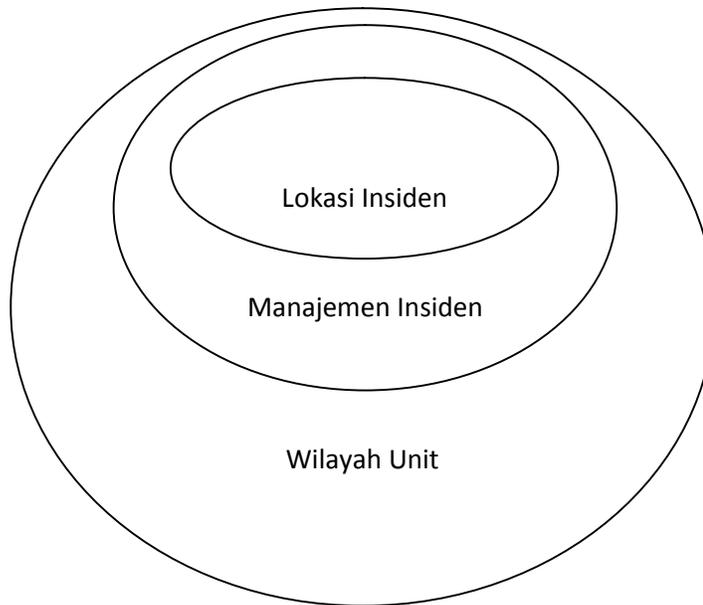
Rekontruksi adalah pembangunan kembali semua prasarana dan sarana, kelembagaan pada wilayah pasca bencana, baik pada tingkat pemerintah maupun masyarakat dengan sasaran utama tumbuh dan berkembangnya kegiatan perekonomian, social dan budaya, tegaknya hokum dan ketertiban, dan bangkitnya peran serta masyarakat dalam segala aspek kehidupan bermasyarakat pada wilayah pascabencana.

Proses rekontruksi tidak mudah dan memerlukan upaya keras dan terencana dan peran serta semua anggota masyarakat. Sebagai contoh, rekontruksi Aceh pasca tsunami memerlukan waktu tidak kurang dari 5 tahun agar kondisi fisik dan mental, lingkungan dan teknis,serta prasarana ekonomi dibangun kembali dan diharapkan akan lebih baik dibanding kondisi sebelum bencana.(Ramli,2010)

### **2.6 Konsep Manajemen Bencana**

Mengelola bencana tidak bisa dilakukan hanya dengan cara dadakan atau insidental, tetapi harus dilakukan secara terencana dengan manajemen yang baik, jauh sebelum suatu bencana terjadi melalui suatu proses yang disebut manajemen bencana.(Ramli,2010)

**Gambar 2.2 Konsep Manajemen Bencana**



Sumber : (Soehatman Ramli, 2010 tentang Manajemen Bencana)

### **2.6.1 Tahapan Manajemen Bencana**

Manajemen bencana merupakan suatu proses terencana yang dilakukan untuk mengelola bencana dengan baik dan aman melalui 3 (tiga) tahapan sebagai berikut :

(Ramli,2010)

1. Pra bencana
  - Kesiagaan
  - Peringatan dini
  - Mitigasi
2. Saat Bencana
  - Tanggap Darurat

### 3. Pasca Bencana

- Rehabilitasi
- Rekontruksi

## **2.7 Bencana Kebakaran**

Kebakaran merupakan salah satu bencana yang sangat sering terjadi khusus di daerah perkotaan padat penduduk. Kebakaran adalah api yang tidak terkendali yang meluas dan menyebabkan kerusakan dan korban jiwa.

Pada dasarnya kebakaran adalah proses kimia yaitu reaksi antara bahan bakar (*fuel*) dengan oksigen dari udara atas bantuan sumber panas (*heat*). Ketiga unsur tersebut sering juga disebut segitiga api (*fire triangle*). Oleh karena itu, bencana kebakaran selalu melibatkan bahan mudah terbakar dalam jumlah yang besar baik berbentuk bahan padat seperti kayu, kertas atau kain, atau bahan cair seperti bahan bakar dan bahan kimia.

Kebakaran dapat mengakibatkan bencana karena akan memusnahkan segala harta benda bahkan dapat menimbulkan korban jiwa dalam jumlah yang besar.

Untuk mencegah bahaya kebakaran, maka upaya yang perlu dilakukan adalah melakukan tahapan pra kebakaran, kebakaran dan pasca kebakaran sebagai berikut.

(Ramli, 2010)

### **2.7.1 Pra kebakaran**

Melakukan upaya pencegahan kebakaran melalui pendekatan teknis, manusia ataupun administrative misalnya: (Ramli,2010)

- Rancang bangun fasilitas dengan mempertimbangkan bahaya kebakaran misalnya jarak aman antar bangunan, penggunaan bahan bangunan yang baik dan tahan kebakaran, pembangunan instalasi atau pabrik yang mengelola bahan mudah terbakar dan meledak dengan persyaratan teknis yang sesuai.
- Pembinaan kesadaran mengenai bahaya kebakaran di tengah masyarakat, seperti tidak merokok disembarang tempat, menjauhkan bahan bakar dari sumber api dan upaya lainnya.
- Penyediaan sarana pemadam kebakaran yang memadai di setiap tempat mengandung risiko kebakaran tinggi, misalnya gedung bertingkat, pabrik dan kilang minyak. Termasuk sarana adalah alat peringatan dini ( *fire detector* ), dan alarm.
- Persyaratan teknis instalasi listrik dan peralatan listrik seperti syarat pemasangan, persyaratan material dan peralatan dan pengawasannya.
- Pengelolaan bahan yang mudah terbakar dengan cara yang aman dan memenuhi persyaratan yang berlaku, misalnya bahan bakar minyak, kayu, kertas dan bahan lainnya.
- Mencegah menjalankan cara kerja yang dapat mengundang bencana kebakaran misalnya peladangan berpindah, pembakaran saat pembersih lahan, pembalakan liar dan lainnya yang bisa memicu terjadinya kebakaran hutan.

### **2.7.2 Saat Kebakaran**

Di saat kebakaran yang perlu disiapkan adalah kemampuan untuk memadamkan kebakaran dan melakukan penyelamatan korban dan harta benda.

Setiap daerah, kawasan atau instalasi harus memiliki sistem pemadam kebakaran dan organisasi kebakaran yang baik. Adanya tim tanggap darurat akan berperan mengurangi dampak kebakaran sebelum petugas kebakaran datang di tempat kejadian.

Di samping itu, penggunaan sarana kebakaran otomatis juga dianjurkan untuk tempat-tempat mengandung risiko kebakaran tinggi. (Ramli, 2010)

### **2.7.3 Pasca Kebakaran**

Setelah kebakaran terjadi, perlu dilakukan pemulihan dan rehabilitasi dan dampak kebakaran. Jika kebakaran mengakibatkan banyak warga masyarakat kehilangan tempat tinggal atau rumahnya, maka diperlukan langkah rehabilitasi dan rekonstruksi pasca kebakaran. (Ramli, 2010)

## **2.8 Kebakaran Rumah Sakit (*Hospital Fire*)**

Rumah sakit merupakan tempat kerja yang juga rawan kebakaran. Banyak terjadi kasus kebakaran di rumah sakit, misalnya yang menimpa rumah sakit umum tangerang, RS ibu dan Anak Hermina dan RS Sari Asih. Oleh karena itu, rumah sakit perlu menerapkan sistem manajemen kebakaran yang baik. ( Ramli, 2010)

### **2.8.1 Potensi Bahaya Kebakaran**

Sesuai dengan ketentuan Menteri PU Rumah Sakit digolongkan risiko kebakaran 6, artinya masuk dalam kategori cukup rawan.

Beberapa kejadian kebakaran di rumah sakit antara lain : (Ramli,2010)

Tanggal	Kejadian kebakaran
10 Juli 2006	Rumah Sakit Ibu dan Anak Hermina di jalan Jatinegara Barat No 126 Jakarta Timur. Api berasal dari kantin sebelah Rumah sakit. Akibat asap tebal sebanyak 58 pasien dievakuasi.
7 Agustus 2007	Rumah Sakit Umum (RSU) Dr Sardjito Yogyakarta. Tidak ada korban jiwa, namun para pasien sempat mengalami kepanikan.
21 September 2008	RSUD Prof WZ Johannes Kupang. Api berasal dari lantai 2 gedung tersebut yang digunakan untuk menyimpan obat-obatan
12 Nopember 2009	RS Kabupaten Klaten mengakibatkan pasien harus dievakuasi. Kebakaran terjadi di gudang obat, diduga api bersumber dari hubungan pendek listrik.
16 Desember 2009	Rumah Sakit Umum Tangerang. Sejumlah pasien yang berada di Instalasi Gawat Darurat (IGD) terpaksa dievakuasi keluar rumah sakit. Api diduga dari pekerjaan pengelasan.
29 Juli 2009	Rumah Sakit Sari Asih Serang diduga

	akibat hubungan pendek arus listrik pada trafo. Sejumlah pasien sempat dievakuasi ke RS terdekat.
21 Desember 2009	Rumah Sakit Bersalin ST hadidjah IV di Jalan Cemara Makassar. Api diduga akibat arus pendek listrik.

(sumber : Soehatman Ramli, 2010)

### 2.8.2 Karakteristik Kebakaran

Kebakaran di Rumah Sakit memiliki karakteristik berbeda dengan tempat lainnya antara lain : ( Ramli, 2010)

- a. **Sifat penghuni beragam**, mulai dari pekerjaan medis, pasien dan pengunjung. Masing-masing memiliki karakteristik berbeda. Pekerja RS relatif terdidik, dapat diatur dan diarahkan dan tertentu. Pasien sangat rawan kebakaran karena berada dalam kondisi tidak mampu secara fisik, sehingga memerlukan bantuan dalam evakuasi.
- b. **Tingkat kepanikan tinggi**, khususnya dikalangan pasien yang sedang sakit. Untuk itu perlu dipertimbangkan dalam merancang sistem alarm agar tidak menimbulkan kepanikan.
- c. **Sifat pekerjaan beragam**, mulai dari kegiatan medis sampai kegiatan yang menggunakan sumber api intensif misalnya bagian dapur, *laundry* atau ruang *incinerator*. Kegiatan juga beraneka mulai dari administratif, perawatan

pasien, operasi, sarana penunjang seperti kantin dan minimarket. Semuanya memiliki karakteristik berbeda.

- d. **Bahan terbakar relatif tinggi**, khususnya untuk jenis api kelas A (bahan padat) dan kelas B (cair dan gas) yang bersumber dari berbagai jenis obat-obatan dan bahan kimia lainnya.
- e. **Bangunan ditempat selama 24 jam**, sehingga kebakaran relatif lebih mudah dan cepat dideteksi dan dipadamkan.

### 2.8.3 Sistem Proteksi Kebakaran

Rumah sakit khususnya yang bertingkat tinggi memerlukan sistem proteksi kebakaran yang baik dan handal sejalan dengan karakteristik dan kelas kebakaran.

Secara umum sistem proteksi yang diperlukan adalah sebagai berikut. (Ramli, 2010)

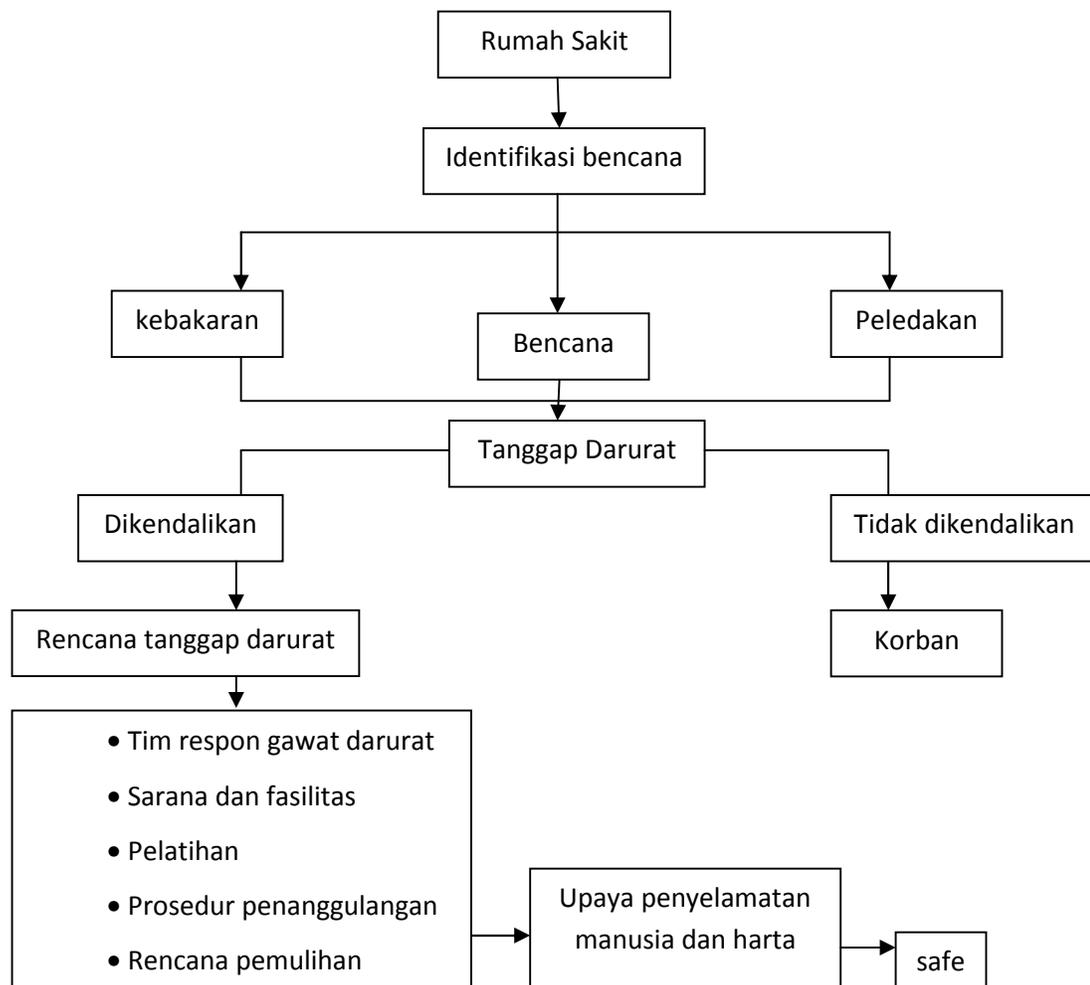
- a. **Sistem Alarm detektor** yang sesuai dengan kondisi penghuni. Alarm sebaiknya tidak ditempatkan di ruangan pasien tetapi di ruang jaga perawat sehingga tidak menimbulkan gangguan dan kepanikan. Jenis alarm juga dipertimbangkan tidak menimbulkan suara yang mengagetkan, misalnya dengan menggunakan sistem lampu atau alarm dengan intensitas suara rendah.
- b. **Sistem air pemadam** seperti penampung air dan jaringan pipa pemadam. Jenis atau bentuknya disesuaikan dengan konstruksi bangunan dan jumlah lantai. Untuk bangunan bertingkat diperlukan sistem pipa tegak dan hidran di setiap lantai.

- c. **Sistem pemadam kebakaran** baik manual atau otomatis. Rumah sakit perlu dilengkapi dengan APAR di setiap lantai dan ruangan yang mengandung risiko kebakaran tinggi. Disamping itu, untuk bangunan bertingkat perlu dilengkapi dengan sistem sprinkler kebakaran yang berfungsi jika kebakaran terjadi.
- d. **Sistem penyelamatan dan evakuasi.** Hal ini penting untuk bangunan rumah sakit karena kondisi pasien yang sedang dirawat. Perlu sarana untuk evakuasi pasien dengan cepat menuju tempat yang aman. Disamping itu, jika kebakaran terjadi dimana lift tidak berfungsi maka operasi penyelamatan pasien akan lebih sulit, khususnya untuk pasien yang dalam kondisi parah. Untuk itu, setiap lantai khususnya lantai ruang perawat dilengkapi dengan ruang evakuasi sementara yang kedap asap dan dilengkapi dengan pintu tahan api (*Fire door*).
- e. **Sistem manajemen kebakaran.** Sesuai dengan kondisi bangunan bertingkat lainnya, di lingkungan RS perlu dibangun dan dikembangkan sistem tanggap darurat yang meliputi organisasi tanggap darurat, sumber daya dan prosedur penanganannya. Untuk itu, perlu dilakukan latihan berkala menghadapi bahaya kebakaran (*Fire drill*) termasuk penyelamatan pasien. Aspek lain yang perlu mendapat perhatian dalam manajemen kebakaran adalah program pencegahan kebakaran secara baik dan konsisten, misalnya dengan melakukan pelatihan bagi penghuni, prosedur operasi yang aman,

identifikasi bahaya kebakaran serta melakukan pemeriksaan, inspeksi dan audit berkala terhadap semua sarana pemadam kebakaran yang tersedia.

## 2.9 Kerangka Teori

Dari pembahasan di atas maka peneliti merangkup kerangka untuk meneliti yakni struktur K3RS, identifikasi bencana, bencana, kebakaran, peledakan dll , pelaksanaan program ERP dan manajemen penanggulangan bahaya.



Sumber : Gambaran pelaksanaan tanggap darurat sebagai upaya penanggulangan bencana (Skripsi Arif, 2015)

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif kualitatif yang mendeskripsikan secara kritis, menggambarkan suatu kejadian untuk mencari dan menemukan makna (meaning) dalam dalam konteks yang sesungguhnya. (Muri Yusuf, 2013) Hasil dalam matriks ringkasan wawancara mendalam dikelompokkan sesuai dengan pertanyaan dan tujuan penelitian. Hal ini ditujukan untuk memberikan informasi mengenai analisis pelaksanaan Emergency Respon Plan di RSUD Kota Prabumulih Tahun 2016.

#### **3.2 Lokasi dan waktu penelitian**

Lokasi penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Prabumulih yang terletak di tengah Kabupaten Muara Enim Kota Prabumulih dan dilaksanakan pada bulan 27Juni-27Juli 2016.

#### **3.3 Sumber Informasi**

##### **3.3.1 Key informan (Meaning)**

Key informan dalam penelitian adalah Kepala K3 Rumah Sakit Umum Kota Prabumulih tahun 2016.

Penentuan informan dalam penelitian ini yaitu dengan teknik purposive sampling yaitu pengambilan sumber informan didasarkan pada maksud yang telah ditetapkan sebelumnya. (Muri Yusuf, 2013) misalnya orang tersebut yang dianggap

paling mengetahui tentang apa yang peneliti harapkan atau sebagai penguasa sehingga memudahkan peneliti mengetahui situasi sosial yang diteliti

### 3.3.2 Informan

Sumber informasi dalam penelitian ini adalah :

1. Pimpinan Rumah Sakit
2. Pegawai RSUD Kota Prabumulih
3. Pegawai staf K3 Rumah Sakit
4. Petugas keamanan (Satpam) di RSUD Kota Prabumulih.

**Tabel 3.1**  
**Sumber informasi**

No	Informan	Informasi yang diinginkan	keterangan
1	Pimpinan K3RS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Metode penanggulangan darurat</li> <li>- Tenaga ahli penanganan keadaan darurat</li> </ul>	Key informan
2	Pimpinan Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Struktur manajemen K3</li> <li>- Organisasi P2K3</li> </ul>	Informan
3	Pegawai staf K3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perhitungan personil</li> <li>- Penentuan rute penyelamatan jiwa</li> <li>- Penentuan tempat berkumpul</li> <li>- Prosedur penanganan korban setelah evakuasi</li> <li>- Peralatan keadaan darurat</li> <li>- Pelatihan khusus pada perawat</li> </ul>	Informan
4	Pegawai rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perhitungan personil</li> <li>- Penentuan rute penyelamatan jiwa</li> <li>- Penentuan tempat berkumpul</li> <li>- Prosedur penanganan korban setelah evakuasi</li> </ul>	Informan

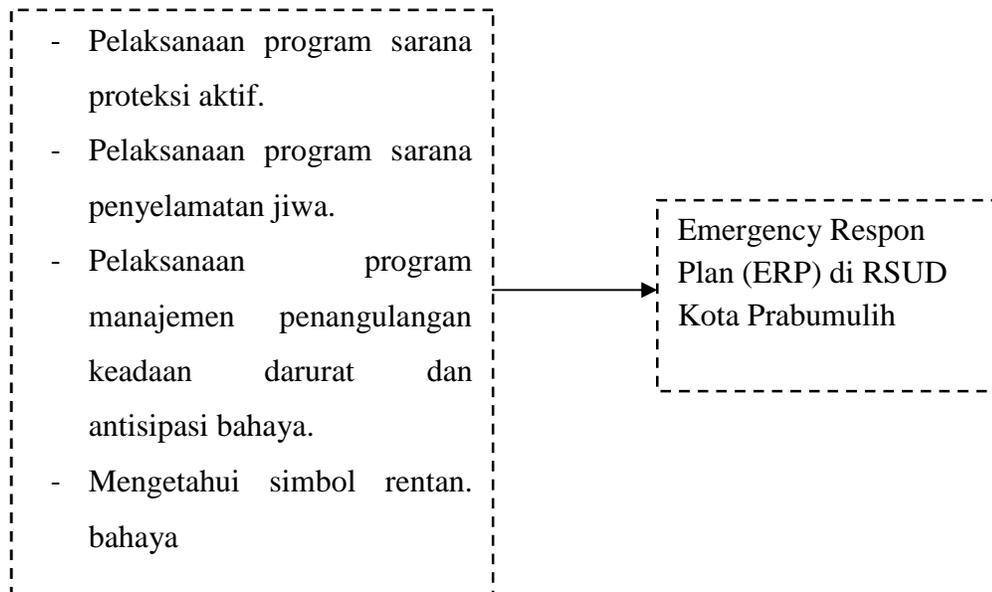
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peralatan keadaan darurat</li> <li>- Pelatihan khusus pada perawat</li> </ul>	
5	Satpam RSUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelatihan khusus secara berkala</li> </ul>	Informan

### 3.4 Kerangka Pemikiran

Berdasarkan landasan teori maka peneliti menyusun kerangka pikir sebagai berikut :

**Gambar 3.1**

#### Kerangka Pikir Penelitian



**Ket :** Diteliti

### 3.5 Definisi Istilah

**Tabel 3.2**  
**Variabel Yang Diteliti, Definisi Teori, Definisi Istilah**

No	Variable yang akan diteliti	Definisi teori	Definisi istilah
1	Sarana proteksi aktif	Yaitu peralatan darurat sangat berguna untuk penanggulangan jika terjadi kondisi darurat, karena itu industri harus melakukan identifikasi dan menyediakan peralatan dan memastikan jumlahnya memadai. (Ramli, 2010)	Peralatan darurat ini harus menggunakan peralatan yang baik dan handal sehingga dapat mencegah adanya bencana
2	Sarana penyelamatan jiwa	Suatu kegiatan untuk melakukan pelatihan khusus mengenai pertolongan pertama dan penyelamatan , institusi kesehatan harus merekrut staf professional yang memiliki kualifikasi dalam bidang pengelolaan bencana untuk disertai kendali atas pogram bencana.(Widyastuti, 2006)	Untuk memasukan pelatihan professional, untuk memasukan topik kesiapsiagaan dan respon terhadap bencana.
3	Program manajemen penanggulangan dan antisipasi bahaya	Suatu program yang harus memainkan peran utama dalam mempromosikan dan mengkoordinasikan upaya pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, respon, dan upaya rehabilitas dini yang berkaitan dengan kesehatan. (Widyastuti, 2006)	Sebagai bagian dari upaya kesiapsiagaan, program bencana kesehatan harus memastikan bahwa rencana untuk bencana telah siap dan sesuai dengan masanya.
4	Simbol rentan bahaya	Suatu lambang yang dapat menunjukan tempat berbahaya dan dijauhi.	Lambang yang dapat dimengerti apabila ditempat ada bahaya.

5	Emergency Respon Plan	Serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan. ( UU RI No. 24 Tahun 2007)	Yang meliputi serangkaian kegiatan penyelamatan jiwa dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, serta pemulihan prasarana dan sarana.
---	-----------------------	--	---

### 3.6 Hipotesis

Belum ada kelengkapan terhadap pelaksanaan Emergency Respon Plan (Rencana Tanggap Darurat) dan sistem tanggap darurat belum terlaksana dengan baik di RSUD Kota Prabumulih.

### 3.7 Pengumpulan Data

#### 3.7.1 Instrument Pengumpulan Data

Dalam penelitian yang menggunakan pendekatan kualitatif peneliti ialah instrument penelitian. Keberhasilan dalam pengumpulan data banyak ditentukan oleh kemampuan peneliti menghayati situasi sosial yang dijadikan fokus penelitian, ia dapat melakukan wawancara dengan subjek yang diteliti, ia harus mampu mengamati situasi sosial, yang terjadi dalam konteks yang sesungguhnya. Instrument penelitian yang digunakan adalah pedoman wawancara dan observasi berupa lembar checklist menggunakan bahan referensi yang dirilis oleh NFPA 16000.

### 3.7.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan melalui wawancara dan observasi lapangan.

#### a. Wawancara (*interview*)

Wawancara adalah metode pengambilan data dengan cara menanyakan sesuatu kepada seseorang yang menjadi informan atau responden. Caranya adalah dengan bercakap-cakap secara tatap muka. Wawancara dapat dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara atau Tanya jawab secara langsung. Menurut Patton, dalam proses wawancara dengan menggunakan pedoman umum wawancara, *interview* dilengkapi dengan pedoman wawancara yang sangat umum,serta mencantumkan isu-isu yang harus diliput tanpa menentukan urutan pertanyaan,bahkan mungkin tidak terbentuk pertanyaan yang eksplisit. (Afifudin & Saebani, 2012)

Wawancara merupakan salah satu teknik yang dapat digunakan untuk mengumpulkan data penelitian. Secara sederhana dapat dikatakan bahwa wawancara (*interview*) adalah suatu kejadian atau suatu proses interaksi antara pewawancara (*interviewer*) dan sumber informasi atau orang yang diwawancarai (*interviewee*) melalui komunikasi langsung. Dapat pula dikatakan bahwa wawancara merupakan percakapan tatap muka (*face to face*) antara pewawancara dengan sumber informasi, di mana pewawancara bertanya tentang suatu objek yang diteliti dan telah dirancang sebelumnya. (Muri Yusuf, 2014)

#### b. Observasi

Di samping wawancara, data dalam penelitian kualitatif dapat dikumpulkan melalui metode observasi. Menurut Nawawi & Martini observasi adalah pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap unsure-unsur yang tampak dalam suatu gejala atau gejala-gejala dalam penelitian. Observasi dibutuhkan untuk memahami proses terjadinya wawancara dan hasil wawancara dapat dipahami dalam konteksnya. Observasi dilakukan terhadap subjek, perilaku subjek selama wawancara, interaksi subjek dengan peneliti, dan hal-hal yang dianggap relevan sehingga dapat memberikan data tambahan terhadap hasil wawancara. . (Afifudin & Saebani , 2012)

Menurut Patton, tujuan observasi adalah mendeskripsikan yang langsung, orang-orang yang terlibat dalam aktivitas, dan makna kejadian dilihat dari perspektif mereka yang terlihat dalam kejadian yang diamati tersebut. (Afifudin & Saebani , 2012)

Kunci keberhasilan observasi sebagai teknik pengumpulan data sangat banyak ditentukan pengamat sendiri, sebab pengamat melihat, mendengar, mencium, atau mendengarkan suatu objek penelitian dan kemudian ia menyimpulkan dari apa yang diamati itu. (Muri Yusuf, 2014)

### **3.8 Pengolahan Data**

Data yang telah diperoleh dari kegiatan observasi dengan mengisi *check list* formulir dengan kesediaan informan dan dilakukan penilaian sesuai petunjuk pedoman wawancara, data berupa pernyataan yang didapatkan dari informan direkam

dengan *tape recorder/handphone (hp)* dan dicatat guna mendapatkan analisis pelaksanaan *emergency respon plan (ERP)* di RSUD Kota Prabumulih.

### **3.9 Analisa Data**

Data dari hasil wawancara mendalam dalam bentuk rekaman dibuat transkrip yang dikelompokkan sesuai dengan pertanyaan dan tujuan penelitian serta disajikan dalam bentuk narasi dan interpretasi dari informan yang akan dibandingkan dengan hubungan teori yang ada (telah dokumen), data tersebut kemudian dianalisis secara manual sedangkan data observasi melalui pengisian check list dilakukan penilaian sesuai dengan petunjuk yang ada dan dibuat kesimpulan dan saran.

Analisis data kualitatif adalah bersifat induktif, yaitu suatu analisis berdasarkan data yang diperoleh, selanjutnya dikembangkan menjadi hipotesis. Berdasarkan hipotesis yang dirumuskan berdasarkan data tersebut, selanjutnya dicari data lagi secara berulang-ulang sehingga dapat disimpulkan apakah hipotesis tersebut diterima atau ditolak berdasarkan data yang terkumpul. Bila berdasarkan data yang dapat dikumpulkan secara berulang-ulang dengan teknik triangulasi, ternyata hipotesis diterima, maka hipotesis tersebut berkembang menjadi teori. (Sugiono, 2014)

### **3.10 Keabsahan Informasi**

Untuk menjamin keabsahan informasi dalam penelitian ini, peneliti mengadakan triangulasi sumber pengumpulan data dan triangulasi metode.

### **3.10.1 Triangulasi Sumber**

Dala penelitian ini diperlukan beberapa sumber untuk memperoleh derajat kepercayaan (keabsahan) informasi yang diperoleh dari : Pimpinan Rumah Sakit, Pimpinan K3RS, Satpam, dan pegawai di RSUD Kota Prabumulih.

### **3.10.2 Triangulasi Metode**

Untuk mendapatkan keabsahan informasi maka dalam penelitian ini digunakan dua metode yaitu lembar observasi dan wawancara mendalam.

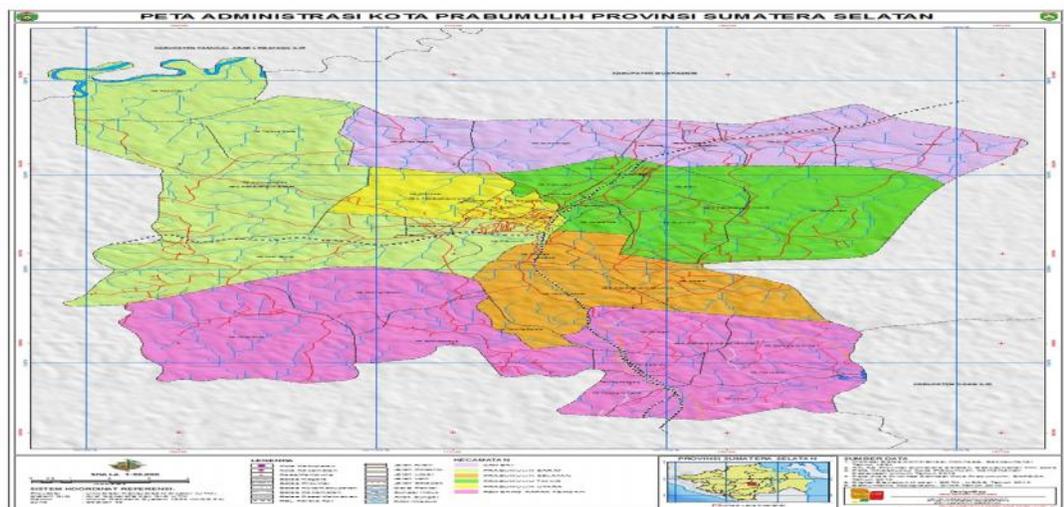
## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Deskripsi Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Institusi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Prabumulih Sumatera Selatan yang berada di Jalan Lingkar, Kelurahan Gunung Ibul, kecamatan Prabumulih Timur dan letak geografisnya tengah Kabupaten Muara Enim pada posisi 104° 04' 10" Lintang Utara sampai 03° 15' 24" Lintang Selatan yang berbatasan dengan:

**Gambar 4.1 Peta Kota Prabumulih**



Utara : Kecamatan Lembak dan kecamatan Tanah Abang Kabupaten Muara Enim

Timur : Kecamatan Lembak dan Kecamatan Gelumbang Kabupaten Muara Enim

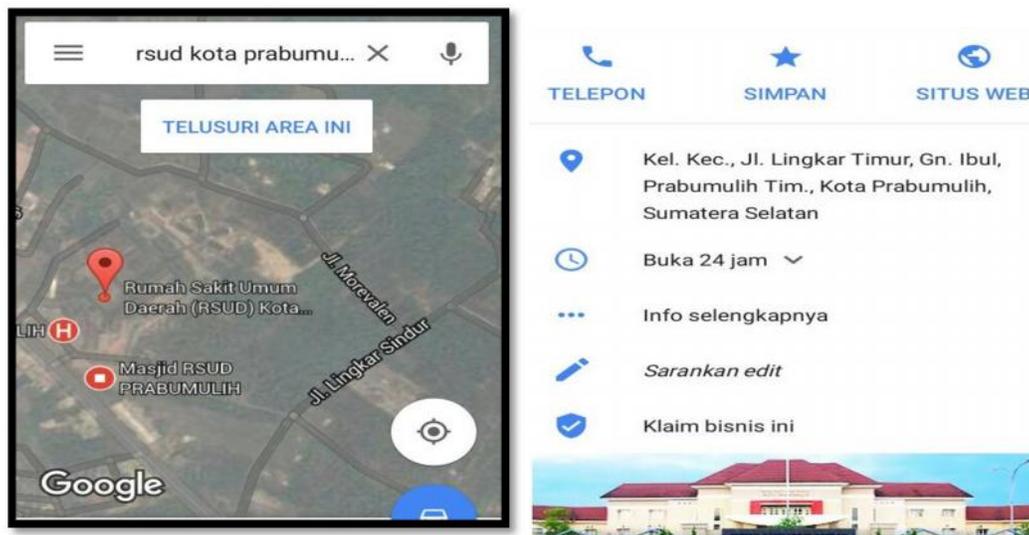
Selatan : Kecamatan Rambang Lubai Kabupaten Muara Enim

Barat : Kecamatan Rambang Dangku Kabupaten Muara Enim

RSUD Kota Prabumulih adalah suatu unit institusi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan secara paripurna kepada segenap lapisan masyarakat meliputi pelayanan paripurna dan terpadu yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative dan merupakan rumah sakit satu-satunya milik Pemda Kota Prabumulih dan sebagai rujukan tingkat pertama. Dengan dikeluarkan Peraturan Pemerintah RI Nomor 23 Tahun 2005 pada tanggal 13 Juni 2005 dan Peraturan RI Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dinyatakan rumah sakit yang merupakan satuan kerja pemerintah dibidang pelayanan kesehatan/ pelayanan public, dapat menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD), dengan adanya Peraturan Pemerintah tersebut maka RSUD Kota Prabumulih mengajukan perubahan status menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) secara bertahap.

#### 4.1.1 Gambaran Umum RSUD Prabumulih

**Gambar 4.2 Tata Letak RSUD Kota Prabumulih**



Gambar 4.3 Denah RSUD Kota Prabumulih



RSUD Kota Prabumulih adalah rumah sakit milik Pemerintah Kota Prabumulih yang mempunyai luas 7 hektar, terdiri dari beberapa gedung sebagai berikut :

1. Gedung utama, terdiri dari bagian tata usaha, keuangan, pelayanan medik, pelayanan administrasi, gawat darurat, poliklinik dan kantin depan
2. Gedung pelayanan laboratorium dan farmasi
3. Gedung sekretariat bidang keperawatan
4. Gedung pelayanan fisioterapi bergabung dengan sekretariat komite medik
5. Gedung instalasi bedah sentral berhadapan dengan instalasi radiologi
6. Gedung oksigen sentral
7. Gedung UTDRS ( Unit Transfusi Darah Rumah Sakit)
8. Gedung pelayanan kebidanan berhadapan dengan neonatus
9. Gedung pelayanan keperawatan pasien umum dan BPJS
10. Gedung VIP-VVIP berdampingan dengan Gedung K3RS
11. Gedung ICU-ICCU dan NICU
12. Gedung instalasi gizi bergabung dengan linen, laundry
13. Gedung material bergabung dengan IPSRS
14. Gedung perawat kelas III jaminan
15. Gedung asrama diklat
16. Gedung pemulasaran jenazah
17. Gedung PMI

18. Masjid
19. Perumahan dokter spesialis
20. Kantin belakang dan pertokohan
21. Insinerator dan IPAL
22. Gudang

## **4.2 Visi, Misi, Motto dan Program RSUD Prabumulih**

### **4.2.1 Visi**

Visi RSUD Kota Prabumulih adalah “menjadi Milik dan Kebanggaan Masyarakat Kota Prabumulih”.

### **4.2.2 Misi**

Misi RSUD Kota Prabumulih adalah :

- a. Meningkatkan pelayanan rumah sakit yang berkualitas dan terjangkau.
- b. Mewujudkan pegawai rumah sakit yang professional, beretika dan berakhlak.
- c. Pengembangan sarana prasarana dan kemitraan pelayanan rumah sakit.

Dengan melihat atau memperhatikan Visi, Misi dan Budaya/ Tata Nilai/ Falsafah organisasi serta maksud dan tujuan, maka Rumah Sakit Umum Daerah Kota Prabumulih Menetapkan Motto.

### **4.2.3 Motto**

Motto RSUD Kota Prabumulih terdiri dari dua, yaitu :

- a. Motto pelayanan

Motto pelayanan RSUD Kota Prabumulih adalah “ Seputih Melati, Secerah Mentari, Sepenuh Hati Melayani Sesama”.

b. Motto manajemen

Motto manajemen RSUD Kota Prabumulih adalah “ Melayani Manusia Agar Mampu Melayani Manusia Menjadi Manusiawi “.

#### **4.2.4 Program RSUD Prabumulih**

Program RSUD Prabumulih adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan SDM melalui pendidikan dan pelatihan
2. Meningkatkan sarana dan prasarana kesehatan yang bermutu
3. Menjadikan pusat rujukan kesehatan Kota Prabumulih dan sekitarnya
4. Meningkatkan dan menjalin kekerabatan pada semua pihak

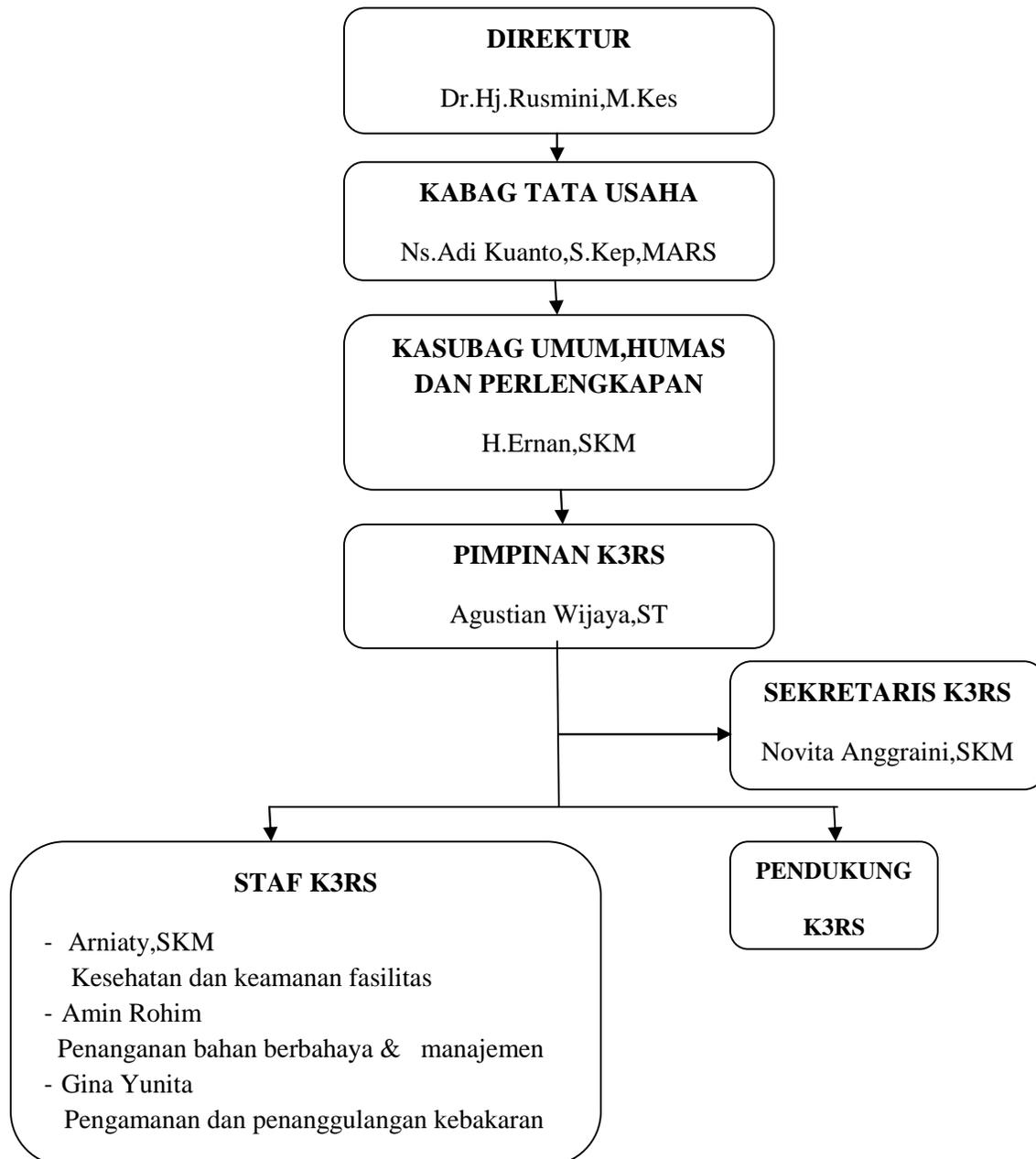
#### **4.3 Program Kerja K3RS Rumah Sakit**

Program kerja K3RS di Rumah Sakit Prabumulih salah satunya untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia agar dapat melayani masyarakat dengan optimal, salah satunya menerapkan *emergency respons plan* di institusi agar menjadikan institusi terhindar dari bencana yang datang secara tiba-tiba. Adapun program yang telah tertulis antara lain:

1. Program pengawasan risiko
2. Program penanggulangan bencana (Disaster)
3. Program penanggulangan kebakaran
4. Program kesehatan kerja

Gambar 4.4

## Struktur organisasi kepanitian K3 RSUD Kota prabumulih



Sumber : Pedoman Kesehatan dan Keselamatan Kerja RSUD Kota Prabumulih Tahun 2016

#### 4.4 Karakteristik Key Informan dan Informan

Dalam penelitian ini melibatkan 1 orang sebagai key informan yaitu ketua K3RS Prabumulih sedangkan informan pada penelitian ini sebanyak 4 orang yaitu, Kabag TU, Kasubag Umum, Staf K3, dan security RSUD Kota Prabumulih melalui teknik wawancara mendalam.

No	Nama	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin	Masa Kerja	Jabatan	Pendidikan Terakhir	Ket
1	“AW”	31	Laki-laki	7	Ketua K3RSUD	ST Elektro	Keyinforman
2	“AK”	44	Laki-laki	24	Kabag TU	S2 MARS	Informan
3	“E”	53	Laki-laki	27	Kasubag Umum	SKM	Informan
4	“NA”	34	Perempuan	8	Staf K3	SKM	Informan
5	“IB”	24	Laki-laki	6	Security	SMA	Informan

#### 4.5 Keterbatasan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian ini, terdapat keterbatasan – keterbatasan yang terjadi sehingga tidak dapat dihindari walaupun telah diupayakan untuk mengatasinya. Peneliti menyadari kurangnya pengetahuan dalam melakukan penelitian tentu hasilnya kurang sempurna dan banyak kekurangan.

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat kualitatif dengan tujuan untuk menjelaskan sedalam-dalamnya melalui pengumpulan data. Riset ini tidak mengutamakan besarnya populasi atau sampling, bahkan populasi atau sampling

sangat berbeda. Disini lebih diletakkan adalah persoalan kedalaman (Kualitas) data bukan banyaknya (Kuantitas). Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan wawancara dan observasi. Penelitian ini bertujuan untuk melihat Pelaksanaan *Emergency Respons Plan* di RSUD Kota Prabumulih Tahun 2016.

Keterbatasan waktu, tenaga dan birokrasi perizinan, ini merupakan hambatan bagi peneliti. Pertanyaan dan jawaban yang tertera belum dapat menampung seluruh pengalaman responden. Karena ada kemungkinan responden dipengaruhi rasa bingung dan takut saat mengemukakan pendapatnya, walaupun peneliti sudah berusaha menjelaskan maksud dan tujuan diadakan penelitian.

#### **4.6 Hasil Wawancara Mendalam**

Diperolehnya informasi yang mendalam tentang Pelaksanaan *Emergency Respons Plan* di RSUD Kota Prabumulih.

Menurut “AW” Pelaksanaan *Emergency Respons Plan* di RSUD Kota Prabumulih sudah lumayan baik karena pembentukan K3RS segera dijalankan sempurna tapi masih ada hambatan-hambatan yang tertentu, dikarenakan K3RS baru dijalankan 1 tahun sehingga belum sepenuhnya terlaksana.

Hasil observasi dilihat bahwa memang benar adanya pelaksanaan K3RS Prabumulih baru dijalankan dan telah dibuat kebijakan secara tertulis dan disahkan oleh pimpinan.

#### 4.6.1 Analisa Data

No	Tujuan khusus	Tema	Kategori	Informan					Deskriptif
				1	2	3	4	5	
1.	Mengetahui pelaksanaan program sarana proteksi aktif	Sarana proteksi aktif	1. Detektor 2. Alarm 3. APAR 4. Hydran						Berdasarkan hasil wawancara mendalam bahwa semua informan menyebutkan program sarana proteksi meliputi detektor, alarm, APAR, hydran
2.	Mengetahui pelaksanaan program sarana penyelamatan jiwa	Sarana penyelamatan jiwa	1. Jalur evakuasi 2. Tempat berhimpun 3. Ambulance						Berdasarkan hasil wawancara mendalam bahwa semua informan menyebutkan sarana penyelamatan jiwa meliputi jalur evakuasi, tempat berhimpun, ambulance
3.	Mengetahui pelaksanaan program manajemen penanggulangan keadaan darurat dan antisipasi bahaya	Manajemen penanggulangan andarurat dan antisipasi bahaya	1. Organisasi tanggap darurat 2. Prosedur tanggap darurat 3. Latihan tanggap darurat						Berdasarkan hasil wawancara mendalam bahwa ada 4 informan yang menyebut program manajemen penanggulangan darurat dan antisipasi bahaya dan satu informan yang tidak menyebutkan program manajemen penanggulangan

									darurat dan antisipasi bahaya
4.	Mengetahui simbol rentan bahaya	Simbol rentan bahaya	1. Bahaya listrik 2. Bahaya radiologi 3. Bahaya bahan kimia 4. Bahaya bahan mudahmeledak		-	-		-	Berdasarkan hasil wawancara mendalam ada 2 informan yang menyebutkan symbol rentan bahaya yakni informan 1 dan 4 sedangkan yang lainnya tidak

#### 4.6.2 Matriks Hasil Wawancara Mendalam di RSUD Kota Prabumulih

**Table 4.1**  
**Matriks Pelaksanaan *Emergency Respons Plan* di RSUD Kota Prabumulih dengan 5 Responden**

No	Tujuan khusus	Tema	Informan				
			AW	AK	E	NA	IB
1.	Mengetahui pelaksanaan program sarana proteksi aktif	Sarana proteksi aktif	Program sarana proteksi aktif di Rumah Sakit Ini meliputi APAR, Alarm, detector kalau untuk hydrant itu belum disediakan	Ada sarana proteksinya kalau tidak salah APAR, Alarm, detector juga ada hydran belum ada	Ada sarananya APAR, detektor , Alarm, nah kalau hydran itu ada nantinya tapi bukan untuk sekarang	Ada programnya tapi belum lengkap kalau APAR, Alarm dan detector itu sudah ada tapi untuk hydran belum ada	Kalau tidak salah ada sarananya APAR, Alarm dan detector kalau hydran belum rasanya
2.	Mengetahui pelaksanaan program sarana penyelamatan jiwa	Sarana penyelamatan jiwa	Program prasarana di Rumah Sakit ini meliputi jalur evakuasi emergency exit, tempat berhimpun dan ambulance itu semua sudah disediakan	Kalau tidak salah ada programnya titik kumpul, jalur evakuasi ambulance sudah adasemua	Program sarana penyelamatan jiwa ada untuk jalur evakuasi titik kumpul dan ambulance semua sudah difasilitasi	Ada programnya disini telah menyediakan jalur evakuasi, titik kumpul emergency exit dan ambulance	Ambulance, jalur evakuasi titik kumpul rasanya itu semua sudah ada
3.	Mengetahui pelaksanaan program manajemen penanggulangan keadaan darurat dan antisipasi	Manajemen penanggulangan darurat dan antisipasi bahaya	Program manajemen penanggulangan darurat di Rumah Sakit ini ada dan telah didokumentasi untuk prosedur, organisasi, dan pelatihan semua	Jelas ada programnya untuk prosedur darurat, organisasi telah dibukukan untuk	Manajemen darurat oh ada programnyadan telah didokumentasikan prosedur, organisasi, dan pelatihan ada	Ada Karena saya yang memegang programnya ini untuk prosedur, organisasi sudah ada, kalau untuk pelatihan saat ini belum dilakukan	-

	haya		telah terlampir	pelatihan ada tapi masih direncanakan	semua di ruang K3RS	tapi tahun kemarin pernah	
4.	Mengetahui symbol rentan bahaya	Simbol rentan bahaya	Sudah dipasang simbolnya bahaya radiologi, listrik, bahan kimia bahkan yang mudah meledak semua sudah disimbolkan	-	-	Ada symbol bahaya di Rumah Sakit ini dan sangat jelas dilihat untuk bahaya radiologi, listrik, bahan kimia dan mudah meledak sudah diterapkan	-

Berdasarkan matriks wawancara mendalam bahwasannya terdapat bahwa RSUD Kota Prabumulih dapat disimpulkan telah melaksanakan pelaksanaan mengenai tanggap darurat bencana dan telah memiliki tingkat kelengkapan yang optimal. Dari informasi yang didapat antara lain :

**a) Mengetahui pelaksanaan program sarana proteksi aktif**

Informasi yang didapatkan dengan 5 responden di RSUD Kota Prabumulih bahwa program sarana proteksi aktif telah memiliki tingkat kesesuaian walaupun masih ada sedikit kelengkapan yang belum disediakan. Sarana yang ada meliputi APAR, Alarm, dan detector. Dan hydran belum disediakan.

Hal ini sesuai dengan penelitian Arif (2015) bahwa rumah sakit sudah memiliki kebijakan atau manajemen penanggulangan kebakaran seperti, APAR, jalur evakuasi, prosedur operasional, pendidikan dan pelatihan penanggulangan kebakaran. Dan dibandingkan dengan Depkes RI tahun 2009 mensyaratkan bahwasannya rumah sakit harus berfokus pada prinsip, program, dan pelaksanaan K3RS.

**b) Mengetahui pelaksanaan program sarana penyelamatan jiwa**

Informasi yang didapatkan dari kelima responden di RSUD Kota Prabumulih telah memiliki sarana penyelamatan jiwa yang meliputi tempat berhimpun, jalur evakuasi, emergency exit dan ambulance.

Hal ini sesuai dengan penelitian Arif (2015) bahwa rumah sakit sudah memiliki kebijakan atau manajemen penanggulangan kebakaran seperti, APAR, jalur evakuasi, prosedur operasional, pendidikan dan pelatihan penanggulangan

kebakaran. Dan dibandingkan dengan Depkes RI tahun 2009 mensyaratkan bahwasannya rumah sakit harus berfokus pada prinsip, program, dan pelaksanaan K3RS.

**c) Mengetahui pelaksanaan program manajemen penanggulangan keadaan darurat**

Informasi yang didapatkan dari kelima responden hanya 4 responden yang menyebutkan program manajemen penanggulangan bencana dan satu responden yang tidak tahu program manajemen.

Hal ini sesuai dengan penelitian Arrazy, dkk (2013) bahwa organisasi telah dibentuk panitia keselamatan kerja dan proses inspeksi dan pemeliharaan telah dilakukan secara rutin. Dan dibandingkan dengan PP No.50 tahun 2012 tentang penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja bahwa dalam perencanaan K3 disusun berdasarkan hasil penelaah awal, identifikasi potensi bahaya, penilaian dan penengendalian risiko, peraturan perundang-undangan dan persyaratan lain dan sumber daya yang dimiliki meliputi sumber daya manusia yang berkompeten, sarana dan prasarana serta dana.

**d) Mengetahui simbol rentan bahaya**

Informasi yang didapatkan ada 2 responden yang menyatakan simbol rentan bahaya dan 3 responden tidak menyebutkan. RSUD Kota Prabumulih telah memiliki simbol rentan bahaya dan memiliki tingkat kesesuaian.

Hal ini sesuai dengan penelitian Arrazy, dkk (2013) bahwa organisasi telah dibentuk panitia keselamatan kerja dan proses inspeksi dan pemeliharaan telah

dilakukan secara rutin. Dn dibandingkan dengan PP No.50 tahun 2012 tentang penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja bahwa dalam perencanaan K3 disusun berdasarkan hasil penelaah awal,identifikasi potensi bahaya, penilaian dan penengendalian risiko, peraturan perundang-undangan dan persyaratan lain dan sumber daya yang dimiliki meliputi sumber daya manusia yang berkompeten, sarana dan prasarana serta dana.

#### **4.6.3 Hasil wawancara mendalam dengan key informan**

Informasi didapatkan dari Key Informan “AW”

##### **A. Pelaksanaan Program Sarana Proteksi Aktif**

Tanya: “Bagaimana kondisi terakhir rangkaian detektor dan alarm kebakaran yang anda ketahui ? Apakah berfungsi dengan baik?”

Jawab : “kalo untuk saat ini dari 2009 sampe sekarang itu kalo untuk unit sih bagus tapi kayaknyo batre alarm itu butuh perbaikan karnokan lah lumayan lamo 2009 eh 2007 belum diganti karnokan untuk eee timnyo Jugokan kemaren itu itu tim akreditasi dari tim akreditasi tu kan kalo misalnya ado akreditasi dio aponamonyo eeee baleke ini masing-masing bagian masing-masing na kalo sekarang ni mulai balike unit ini sudah ado unit bagian K3nyo kan na ini baru fokus yah memang sih baru tebentuk 1 tahun inikan jadi belum terlalu banyak programnyo jadi kito fokusin dulu yang ee yang aponamonyo yang didahulukanlah cak evakuasi segalo macemnyo itu”.

**Terjemahan :**

Jawab : Tahun 2009 untuk saat ini sampai sekarang untuk unit APAR bagus tapi baterai alarm butuh perbaikan dikarenakan sudah lama, jadi belum diganti karena tim akreditasi kembali ke bagian kerja masing-masing untuk saat ini mulai kembali ke bagian K3 dan sekarang berfokus tetapi baru terbentuk tim ini satu tahun jadi belum banyak programnya jadi tim berfokus yang didahulukan seperti jalur evakuasi dan sebagainya

Tanya : “Apakah alarm kebakaran memiliki bunyi yang khusus dan dapat didengar dengan jelas diseluruh lokasi?”

Jawab : “kalo untuk lokasi idak tapi dio untuk peruangan iyah peruangan jadi kalo misalnya kejadian kebakaran itu di ruang VIP bearti di ICU di ruang lain ee ruang rawat inap lain dak dak tedengar jadi kalo misal gedung gedung utama lobby itu kebakaran jadi yang rawat inap idak idak tedengar dio karno dak konek langsung dio peruangan”.

**Terjemahan**

Jawab : kalau untuk lokasi tidak tetapi untuk peruangan ya kalau misalnya terjadi kebakaran diruang VIP, dan ruang lain tidak terdengar jadi dikarenakan tidak ada koneksi langsung

Tanya : “Apakah seluruh instalasi alarm kebakaran otomatis dipelihara dan diuji secara berkala ? siapa yang bertugas melakukan pemeliharaan dan pengujian tersebut?”

Jawab : “na in hehe balik lagi, ini baru belum baru kali kemungkinan tahun inilah, kareno 2007 itu terbentuk tim tadi kan untuk akreditasi na ini jadi baru terbentuk unitnya baru untuk yang digeraki ni untuk pengisian APAR sama jalur evakuasi na kalo kedepannya kemungkinan alarmnya diaktifin lagi, yang pemeliharaan tu sebenarnya memang sih eee balik kalo untuk ini memang ke K3 ya tapi kagekkan di setiap ruangan tu kan ada, ada tim pembentukan dalam artian tim penanggulangan bencana iya kan na kalo bisa dipegang eee seluruhnya ke k3 kan staf k3 kan cuman ado 5 kan kemungkinan dak tepegang jadi harus dibantu oleh ee istilahnyo eee staf ee bencana dibentuk juga”.

### **Terjemahan**

Jawab : kembali lagi, ini baru kemungkinan tahun ini, karena tahun 2007 itu baru terbentuk tim dari akreditasi jadi baru terbentuk unit K3 dan untuk pengisian APAR sama jalur evakuasi baru daktifkan lagi kedepannya kemungkinan alarm juga diaktifkan, yang bertugas memeliharanya kembali ke unit K3 tetapi di setiap ruangan itu akan ada, ada tim pembentukan dalam arti tim penanggulangan bencana, karena staf k3 Cuma ada 5 kemungkinan tidak terkendali jadi harus dibantu oleh staf lainnya

Tanya : “Apakah jenis dan klasifikasi APAR sesuai dengan jenis kebakaran? Apa saja jenis apar yang tersedia?”

Jawab : “kalo disini jenis APARnyo itu serbuk CO2 yee, na memang untuk melengkapi tu rencano nambah duo jenis eee jenis eee form kan, form busa

samo rencana lagi untuk listrik tu jenis apo tu, na tapi untuk yang CO2 ni manfaatno lumayan banyak karno dio biso, ado eee maksudnyo untuk ee di apo untuk penanganan lumayanlah untuk satu jenis ini lumayanlah masi banyaklah masih biso dipakek”.

**Terjemahan**

Jawab : kalau disini jenis aparnya itu serbuk CO2, memang untuk melengkapi baru ada rencana menambah dua jenis foam(Busa) sama rencana lagi untuk listrik jenis apa itu, na tapi untuk CO2 ini manfaatnya banyak karena maksudnya untuk penanganan lumayan untuk satu jenis ini banyak untuk dipergunakan

Tanya : “Apakah APAR ditempatkan pada posisi yang mudah dilihat, dicapai dan diambil?”

Jawab : “iya ya e e”.

**Terjemahan**

Jawab : Iya

Tanya : “Apakah terdapat tanda pemasangan APAR?”

Jawab : “terdapat ada ada ntar foto yah setiap diruangan kan kalo keliling kagek liat be foto cara penggunaan sama ee petunjuk apar itu”.

**Terjemahan**

Jawab : ada, cara penggunaan sama petunjuk APARnya

Tanya : “Apakah terdapat petunjuk cara pemakaian yang dapat dibaca dengan jelas? Dimana letak petunjuk pemakaian APAR?”

Jawab : “ada ada tadi kan”

Tanya : “Apakah APAR dipasang menggantung di dinding atau dalam lemari yang tidak dikunci atau ditempatkan pada sekang beroda?”

Jawab : “kalo ini kito di gantung iyo didinding ee kalo untuk ukuranyo tu se seratus duo puluh kalo dk salah seratus dua lima dari lantai”

### **Terjemahan**

Jawab : kalau itu kita digantung didinding ee kalau untuk ukurannya 125 cm dari lantai

Tanya : “Bagaimana kondisi tabung APAR? Apakah berlubang atau cacat karena karat?”

Jawab : “kalo kondisi baik ee baik ee karno kan rutin juga baru setahun ini di isi ulang”

### **Terjemahan**

Jawab : kalau kondisi baik karena tim rutin juga melakukan isi ulang dalam setahun

Tanya : “Apakah APAR diperiksa dua kali dalam setahun ( dalam jangka 6 bulan atau 12 bulan )? Siapa yang melakukan pemeriksaan tersebut?”

Jawab : “kalo kito ini setahun sekali iya memang rencana kalo dari permendagri yah harus duo kali dalam satu tahun malahan dalam 1 bulan itu ado perawatan ya dalam artian biar dio dak beku dio di koncang na tapi untuk saat ini baru untuk pengisian baru ee setahun satu kali na untuk datanyo agek

data untuk APAR keseluruhan itu ada kagek tinggal mintak be kalo misalnya ini kelengkapan datanyo yah”

**Terjemahan**

Jawab : dalam setahun ini memang ada rencana dari Permen/RI harus 2 kali dalam satu tahun ada 1 bulan itu perawatannya maksudnya kalau APARnya beku itu di koncang tapi untuk saat ini pengisian baru dilakukan setahun sekali, untuk datanya APAR keseluruhan ambil saja yah untuk kelengkapannya

Tanya : “Apakah di Institusi ini terdapat hidran?”

Jawab : “hidran belum ada, iya belum ada planning kedepan karno kan hidran itu kalkulasinyo itu dio bertingkat iya kalo kata kita ini gedungnyo dak bertingkat kan jadi cukup dengan APAR na samo kalo pelatihan dulu itu kerja samo dengan ee apa ee pemadam kebakaran jadi respontimenya itu kagek dihitungnya na itu dilaksanakan ada”.

**Terjemahan**

Jawab : hidran belum ada, iya belum ada rencana kedepannya karena hidran itu kalkulasinya dia bertingkat kalau RS ini gedungnya tidak bertingkat jadi cukup dengan APAR dan pelatihan dulu itu ada kerja sama dengan pemadam kebakaran dilaksanakan dengan cara menghitung respons time-nya

Tanya : “kalau rencana untuk mengadakan hidran?”

Jawab : “hidrannya ada tapi kayaknya sih masih lama itu yah karno masih lamonyo terbentur dengan dana ini be kito untuk masalah APAR bae ni

pengisian ulangnyo agak berat karno be kalkulasinyo baru setahun ini kito adoin perencanaan kan untuk masalah anggaran jadi baru cuman terbekap pengisian APAR tu satu tahun sekali na kan kalo kedepannyo kito mintaknyo dua tahun sekali eeehhh setahun tu duo kali enam bulan memang kalo standarnya enam bulan sekali diisi”.

### **Terjemahan**

Jawab : hidranya baru direncanakan tapi kayaknya masih lama dikarenakan terbentur dengan dana anggaran ini saja kita bermasalah dengan pengisian ulang apar karena kalkulasinya baru setahun ini kita adain rencananya masalah anggaran jadi baru terbentuk pengisian apar satu tahun sekali

Tanya : “jadi tidak ada hidran !”

Jawab : “iya belum ada”

### **B. Pelaksanaan program penyelamatan jiwa**

Tanya : “Apakah ada petunjuk tempat berhimpun yang terlihat dengan jelas?”

Jawab : “ada ya ada ee jalur evakuasi ee”

Tanya : “Apakah luas tempat berhimpun sesuai dengan jumlah pekerja (0,3m<sup>2</sup> per orang)?”

Jawab : “ada ee ada iya malahan lebih luas lagi dan liat foto yah kagek yee foto”

Tanya : “Apakah tempat berhimpun sudah aman dan terhindar dari bahaya kebakaran dan bahaya lainnya?”

Jawab : “iya sudah dari pohon ini segala macem itu sudah itu ee sudah jauh”

C. Pelaksanaan program manajemen penanggulangan keadaan darurat

Tanya : “Apakah terdapat organisasi tanggap darurat ? kalau ada siapa yang koordinatornya?”

Jawab : “kalo untuk tanggap darurat ni baru yee kito tebentuk ni kemungkinan belum belum baru tebentuk karno program kerja ni kan baru bejalan juga kan itu berhubungan dengan ini ee bencana alam itu yaa,, kalo kordinatornyo balek lagi ke k3 iya ntar dibentuk lagi tim kan setiap tim itu di ruangan ada rencana kalo rencananya itu kayak itu kan na tapi ini belum tebentuk”

**Terjemahan**

Jawab : kalau untuk tanggap darurat ini belum terbentuk kemungkinan belum terbentuk program kerjanya dikarenakan baru berjalan juga k3-nya. Kalau untuk koordinatornya kembali lagi k3-nya dan baru dibentuk lagi disetiap ruangan semuanya baru direncanakan

Tanya : “Apakah Anggota organisasi sudah mengetahui tugas masing-masing?”

Jawab : “harus tahu iyah ee dari penggunaan APAR segalo macem harus tahu itu kan jadi dia ngeliat dari rumah sakit lain itu kan ada klarifikasinya itu tebagi 4 jenis e bencananya kan ada yang warna merah kuning hijau atau apa itu kemaren sudah ngeliat juga di Muhammad husein itu na itu belum belum kebentuk itu tapi rencana kedepan harus ada”.

### **Terjemahan**

Jawab : harus tahu dari penggunaan APAR segala macam harus tahu jadi kalau melihat klarifikasi dari rumah sakit lain itu terbagi 4 jenis bencana, ada yang warna merah, kuning, hijau atau apa itu kemarin sudah melihat di RSMuhammad Husein na itu belum ada tapi rencananya kedepan harus ada

Tanya : “Apakah dilakukan peninjauan terhadap organisasi tanggap darurat?”

Jawab : “kalo peninjauan pasti ada evaluasi satu tahun sekali ee”

Tanya : “Apakah terdapat koordinasi dengan pemadam kebakaran setempat ? selain damkar, dengan siapa lagi ada koordinasi?”

Jawab : “kalo kita dengan damkar iya ee na itu rencana dibuat

Tanya : Kalo dengan masyarakat setempat?”

Jawab : “kalo masyarakat belum ada iya belum ada jadi dengan damkar dibuat dibuat kerja sama karna kita kan ngeliat eee apa namanya respon time, respon time kecepatan kan”.

### **Terjemahan**

Jawab : kalau masyarakat belum ada, iya belum ada jadi dengan damkar dibuat kerjasama karena kita melihat, apa namanya respon time kecepatan

Tanya : “Apakah prosedur tanggap darurat ditinjau secara berkala terutama bila terdapat perubahan pada pelatihan , proses atau bahan baku yang digunakan institusi?”

Jawab : “belum belum belum ee belum”

Tanya : “kalau untuk rencana kedepannya?”

Jawab : “kalau rencana ntar liat di ini eee ini ado kk itu nelpon program kerjanya cubo gek diliat disitu yah copy copy be”

Tanya : “Apakah ada rencana untuk seluruh pegawai ?”

Jawab : “kalau rencana idak idak itu cuman diambil kan dipilih iya istilahnya dari peruangan jadi disetiap ruangan tu kan diambil berapo orang it kan na baru dilatih itu kan untuk tanggap darurat ituu na jadi kalo missal ado bencana alam na itu yang koordinasi untuk ruangnya”

Tanya : “bearti kalo untuk pelatihan penanggulangan bencana belum dilakukan?”

Jawab : “kalo untuk penanggulangan belum dilakukan tapi kalo untuk penggunaan apar itu udah iyah dua kali udah dilakukan”

Tanya : “Apakah yang memberi pelatihan orang atau badan yang berkompeten dan berwenang? Siapa?”

Jawab :” iya ee dari perusahaan ataupun eee penyedia pengguna apar yah itu sudah ada sertifikatnya dia ee jadi kemaren tahun kemaren udah sekali na tu setiap yang ikut pelatihan itu dapet sertifikatkan ee untuk penggunaan apar itu”

#### D. Simbol Rentan Bahaya

Tanya : “Apakah terdapat simbol rentan bahaya diinstitusi?”

Jawab : “ada ee ada ntar kalo ngeliat di ini yah kotak sampah sudah itu insulator IPAL itu ada tanda tandanya ee tanda bahayanya kan jadi tanda bahaya radiasi tanda bahaya infeksius segala macem tu ada ntar difoto be”.

Tanya : “Apakah simbol bahaya dimengerti oleh masyarakat?”

Jawab : “kalo untuk itu itu kan dibuat bahasanya dua yah bahasa Indonesia sama bahasa inggris jadi udah jelas iya udah jelas”

Tanya : “Apakah tempat kerentanan bahaya terdapat simbol bahaya?”

Jawab : “kerentanan bahaya iya ada kalo kayak di radiologi kan ada lambing radia aktif kan na itu kan dijelasin kalo jangan terlalu dekat na itu kan ada”.

## **4.7 Hasil observasi**

### **4.7.1 Hasil observasi sendiri**

#### **a. Jumlah APAR**

RSUD Kota Prabumulih memiliki luas sebesar 7 hektar dan terdiri dari 22 gedung. Untuk mengoptimalkan APAR sebagai awal pencegahan apabila terjadi bencana kebakaran maka jumlah APAR di RSUD Kota Prabumulih berjumlah sebanyak 144 unit. RSUD Kota Prabumulih hanya menyediakan 2 titik APAR di dalam dan diluar ruangan. K3RS baru dibentuk dan baru berjalan satu tahun sehingga SOP program baru disusun dan belum di sahkan oleh direktur dari tahun 2015 maka untuk sarana APAR belum ada pelaksanaan yang optimal, perawatan APAR sangat minim sehingga APAR yang berfungsi tinggal sedikit dan banyak yang masuk ke gudang dan belum dilakukan pengisian ulang. Prosedur perencanaan akan dilakukan apabila dana yang dibutuhkan telah mencukupi.

b. Letak Alarm

RSUD Kota Prabumulih memiliki sarana alarm dan berjumlah 8 alarm dan terletak di gedung yang memiliki rentan bahaya tinggi yakni terletak di gedung utama, gedung Instalasi Gizi, ruang komputer, gedung pelayanan laboratorium, gedung oksigen sentral, gedung VIP dan yang paling banyak di gedung utama yang berjumlah 3 titik alarm kebakaran. Bunyi alarm ini tidak memiliki bunyi yang khusus dan tidak terdengar di gedung lain hanya terdengar di ruangan tersebut, hal ini tidak memungkinkan untuk melakukan pencegahan yang optimal karena alarm fungsinya untuk menandakan adanya bahaya yang mengancam maka seharusnya RSUD Kota Prabumulih harus menggunakan alarm yang terdengar sampai ke semua institusi sehingga semua pihak bisa dengan sigap melakukan tindakan.

c. Jumlah SDM yang mengerti mengenai tanggap darurat

RSUD Kota Prabumulih memiliki 650 orang tenaga kerja yang terdiri dari PNS, Kontrak, dan PHL. Jumlah K3RS hanya memiliki 9 orang yang mengerti mengenai tanggap darurat sedangkan yang dilapangan jumlah K3RS berjumlah 5 orang maka dapat disimpulkan minim sekali jumlah tenaga yang mengerti tentang tanggap darurat di RSUD Kota Prabumulih.

d. Sistem penerapan kesiapsiagaan

RSUD Kota Prabumulih telah melakukan penerapan kesiapsiagaan hanya saja K3RS banyak yang belum mengerti tentang pemahaman tanggap darurat, maka penerapan yang dilakukan sudah ditulis jelas dan terprogram di rumah

sakit tetapi belum adanya pelaksanaan yang dilakukan. Contohnya seorang perawat yang tertusuk jarum suntik, mereka mengatasinya langsung dibawa ke IGD.

RSUD Kota Prabumulih telah mengalami 2 kali bencana yakni bencana kebakaran (kebakaran kecil) yang disebabkan karena arus listrik, pada saat bencana memang belum ada unit K3RS maka dari itulah rumah sakit diwajibkan untuk membentuk unit K3RS supaya dapat melakukan pencegahan apabila terjadi hal yang tidak diinginkan.

#### **4.7.2 Hasil observasi berdasarkan NFPA 16.000**

##### **A. Hasil observasi dengan menggunakan ceklist**

Peneliti melakukan observasi yang lebih merinci dengan menggunakan instrument observasi berdasarkan NFPA 16000.

**Tabel 4.2**  
**KRITERIA AUDIT MANAJEMEN**

<b>Klausul</b>	<b>Persyaratan NFPA 16.000</b>	<b>Sesuai</b>	<b>Tidak sesuai</b>
1.1	<b>Administrasi Program</b>		
	Rumah sakit wajib memiliki program terdokumentasi yang meliputi hal-hal berikut:		
1.1.1	Kebijakan eksekutif yang meliputi pernyataan visi, misi, peran dan tanggung jawab, dan otoritas pelaksana		
1.1.2	Tujuan, metode, dan metode evaluasi program		
1.1.3	Rencana dan prosedur program		

1.1.4	Otoritas , legislasi,regulasi,dan/ atau kode praktik industri yang berlaku		
1.1.5	Budget program dan jadwal project, termasuk tahapan pencapaian		
1.1.6	Catatan praktik manajemen darurat		
1.2	<b>Koodinator Program</b>		
	koordinator program wajib ditunjuk oleh organisasi/Rumah sakit dan diberikan otoritas untuk mengelola dan memelihara program yang ada		
1.3	<b>Komite Penasihat</b>		
1.3.1	Suatu komite penasihat wajib dibentuk oleh rumah sakit sesuai dengan kebijakannya		
1.3.2	Komite penasihat wajib memberikan masukan atau membantu koordinasi perencanaan,pelaksanaan,evaluasi,dan revisi program		
1.3.3	Komite penasihat wajib meliputi coordinator program dan yang lainnya yang memiliki keahlian terkait, pengetahuan tentang rumah sakit, dan kemampuan untuk mengidentifikasi sumber daya dari semua area fungsional utama di dalam rumah sakit dan wajib memenuhi permintaan representasi pihak eksternal		
1.4	<b>Evaluasi Program</b>		
1.4.1	Rumah sakit wajib menetapkan sasaran kinerja untuk manajemen program yang tercantum dan elemen-elemen program yang teridentifikasi		
1.4.2	Rumah sakit wajib melakukan evaluasi program secara periodik berdasarkan sasaran kinerja		
2.	Elemen-elemen program		
2.1	<b>Ketentuan Umum</b>		

2.1.1	Program wajib mencakup elemen-elemen yang ada cakupan yang wajib ditentukan oleh dampak bahaya yang mempengaruhi rumah sakit		
2.1.2	Elemen program wajib bersifat applicable, untuk pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, respons, dan pemulihan		
2.2	<b>Hukum Dan Otoritas</b>		
2.2.1	Program wajib memenuhi ketentuan legislasi, kebijakan, persyaratan perundang-undangan dan peraturan yang berlaku		
2.2.2	Rumah sakit wajib melaksanakan strategi untuk memenuhi kebutuhan revisi perubahan terhadap legislasi, regulasi, peraturan, kebijakan, dan kode praktik yang berlaku		
2.3	<b>Penilaian Resiko</b>		
2.3.1	Rumah sakit wajib mengidentifikasi bahaya, monitor bahaya-bahaya tersebut, kemungkinan terjadinya, dan kerentanan orang, property, lingkungan, dan entitas itu sendiri terhadap paparan bahaya-bahaya tersebut		
2.3.2	Bahaya yang di evaluasi wajib meliputi hal-hal berikut: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bahaya alam (bahaya geologi, meteorology, dan biologi)</li> <li>2) Kejadian yang disebabkan oleh manusia (sengaja maupun tidak)</li> <li>3) Kejadian yang disebabkan oleh teknologi</li> </ol>		
2.3.3	Rumah sakit wajib melakukan analisis dampak untuk menentukan dampak potensial yang merugikan bahaya-bahaya tersebut terhadap: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kesehatan dan keselamatan orang-orang di area yang terkena pada saat terjadinya insiden ( cidera dan kematian)</li> <li>2) Kesehatan dan keselamatan orang-orang yang menangani insiden</li> <li>3) Kontinuitas operasional</li> </ol>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) Property, fasilitas, dan infrastruktur</li> <li>5) Pemeberian pelayanan jasa</li> <li>6) Lingkungan</li> <li>7) Kondisi ekonomi dan financial</li> <li>8) Kewajiban kontraktual dan regulasi</li> <li>9) Reputasi atau kepercayaan atas entitas</li> <li>10) Pertimbanga nasional, regional, dan international</li> </ul>		
2.4	<b>Pencegahan Insiden</b>		
2.4.1	Rumah sakit wajib membentuk suatu strategi untuk mencegah suatu insiden yang mengancam orang, property, dan lingkungan		
2.4.2	Strategi pencegahan wajib berdasarkan atas informasi yang didapatkan dan wajib dijaga agar selalu keadaan dengan menggunakan teknik pengumpulan informasi dan intelijen		
2.4.3	Rumah sakit wajib memiliki suatu system untuk memonitor bahaya yang teridentifikasi, dan mengatur tingkat tindak pencegahan suatu dengan risiko		
2.5	<b>Mitigasi</b>		
2.5.1	Rumah sakit wajib membangun dan melaksanakan suatu strategi mitigasi yang meliputi tindakan-tindakan yang diambil untuk membatasi atau mengendalikan konsenkuensi, luasan, atau keparahan suatu insiden yang tidak dapat dicegah		
2.5.2	Strategi mitigasi wajib berdasarkan kepada hasil identifikasi bahaya dan penilaian resiko, analisa dampak, batasan program, pengalaman operasional , dan analisa costbenefit		
2.5.3	Strategi mitigasi wajib meliputi tindakan interin dan jangka panjang untuk mengurangi kerentanan		
2.6	<b>Manajemen Sumber Daya Logistik</b>		
2.6.1	Rumah sakit wajib menetapkan sasaran manajemen sumber daya yang konsisten dengan tujuan program secara keseluruhan dan sasaran yang diidentifikasi.		

	Untuk bahaya teridentifikasi		
2.6.2	Rumah sakit wajib menetapkan prosedur untuk mencari, mendapatkan, menyimpan, membagi, menguji, dan pertanggung jawaban atas jasa, orang, sumber daya, material, dan fasilitas yang dibeli atau disumbangkan bagi program		
2.6.3	<p>Sarana manajemen sumber yang ditetapkan wajib meliputi hal-hal berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Orang, perlengkapan, pelatihan, fasilitas, pembiayaan, pengetahuan keahlian, material, teknologi, informasi, inteligen, dan kerangka waktu yang diperlukan</li> <li>2) Jumlah, waktu tanggap, kemampuan, keterbatasan, biaya, pertanggung jawaban terkait dengan pengguna sumber daya</li> <li>3) Sumber daya dan pengaturan kemitraan yang dibutuhkan bagi program</li> </ol>		
2.6.4	<p>Manajemen sumber daya wajib mengikuti tugas-tugas berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pengetahuan proses pengetahuan, intenterisasi, permintaan, dan pencarian sumber daya</li> <li>2) Pengaktifan proses ini sebelum dan selama terjadinya insiden</li> <li>3) Pengarahan sumber daya sebelum dan selama terjadi insiden</li> <li>4) Penghentian atau penarikan sumber daya selama dan sesudah insiden</li> <li>5) Rencana darurat bila terjadi kekurangan sumber daya</li> </ol>		
2.6.5	Suatu penilaian wajib dilakukan untuk mengidentifikasi keterbatasan sumber daya dan langkah-langkah yang diperlukan untuk mengatasi keterbatasan		
2.6.6	Ketersediaan sumber daya eksternal dan internal yang memadai wajib dipelihara		
2.6.7	Bantuan barang, jasa, orang, dan fasilitas, baik yang diminta atau tidak, dan pengelolaannya wajib		

	dicatat		
2.7	<b>Bantuan Bekerja Sama</b>		
2.7.1	Kebutuhan dan bantuan kerja sama wajib ditentukan		
2.7.2	Jika bantuan kerja sama dibutuhkan maka suatu perjanjian wajib ditetapkan		
2.7.3	Perjanjian bantuan kerja sama wajib merujuk pada rencana program		
2.8	<b>Perencanaan</b>		
2.8.1	<p>Proses perencanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Program wajib mengikuti suatu proses perencanaan yang membangun rencana strategi, pencegahan, mitigasi, operasi atau tanggap darurat, kontinuitas bisnis dan pemulihan</li> <li>2. Rumah sakit wajib menjalankan proses perencanaan secara teratur terjadwal atau ketika terjadi perubahan situasi yang membuat akurasi rencana yang ada dipertanyakan</li> <li>3. Jika kemungkinan, rumah sakit wajib meliputi stakeholder kedalam proses perencanaan</li> </ol>		
2.8.2	<p>Elemen rencana umum</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rencana wajib memiliki sasaran yang tercantum secara jelas</li> <li>2. Rencana wajib membuat identifikasi peran dan tanggung jawab fungsional dari badan, organisasi, dan departemen internal dan eksternal, serta posisinya</li> <li>3. Rencana wajib mengidentifikasi jajaran otoritas untuk badan, organisasi, departemen, dan posisinya</li> <li>4. Rencana wajib mengidentifikasi dukungan logistic dan kebutuhan sumber daya</li> <li>5. Rencana wajib mengidentifikasi proses</li> </ol>		

	<p>untuk mengelola suatu insiden</p> <p>6. Rencana wajib mengidentifikasi proses pengelolaan komunikasi dan alur informasi baik secara internal dan eksternal</p>		
2.8.3	<p>Rencana rencana</p> <p>1. Program wajib meliputi suatu rencana strategis, rencana operasi atau tanggap darurat, suatu rencana pencegahan, suatu rencana mitigasi, suatu rencana pemulihan, dan suatu rencana kontinuitas</p>		
	<p>2. Rencana-rencana yang dibentuk wajib didokumentasikan baik dalam bentuk berdiri sendiri atau integrasi, atau kombinasi keduanya</p>		
	<p>3. Rencana strategi wajib menetapkan visi, misi, tujuan dan sasaran program</p>		
	<p>4. Rencana operasional/ tanggap darurat wajib menentukan tanggung jawab untuk menjalankan tindakan khusus dalam keadaan darurat</p>		
	<p>5. Rencana pencegahan wajib menetapkan tindakan interim dan jangka panjang untuk menghilangkan bahaya yang dimiliki dampak entitas</p>		
	<p>6. Rencana mitigasi wajib menetapkan tindakan interim dan jangka panjang untuk mengurangi dampak bahaya yang tidak dapat dihilangkan</p>		
	<p>7. Rencana pemulihan wajib memuat prioritas jangka pendek dan jangka panjang untuk pemulihan kembalifungsional, jasa pelayanan, sumber daya, fasilitas, program, dan infrastruktur</p>		
	<p>8. Rencana kontinuitas wajib mengidentifikasi stakeholder yang perlu diberitahu, aplikasi kritis dan yang <i>time-sensitive</i>, tempat kerja alternative, catatan penting, daftar kontak, proses dan fungsi yang wajib dipertahankan, demikian juga dengan orang, prosedur, dan sumberdaya yang diperlukan ketika entitas dalam proses pemulihan</p>		

2.9	<b>Manajemen Insiden</b>		
2.9.1	Rumah sakit wajib membangun suatu system manajemen untuk mengarahkan, mengendalikan, dan mengkoordinasikan respons dan operasional pemulihan		
2.9.2	Sistem manajemen wajib menjelaskan peran, nama, dan tanggung jawab yang spesifik dari fungsi manajemen insiden		
2.9.3	Rumah sakit wajib menetapkan kebijakan dan prosedur yang dapat diterapkan untuk koordinasi respons, kontinuitas, dan aktivitas pemulihan dengan stakeholder yang terlibat langsung dalam operasional respons, kontinuitas, dan pemulihan		
2.9.4	Rumah sakit wajib menetapkan kebijakan dan prosedur yang dapat diterapkan untuk koordinasi respons, kontinuitas, dan aktivitas pemulihan dengan otoritas dan sumber daya yang terkait, termasuk aktivasi dan deaktivasi rencana, sambil memastikan pemenuhan dengan peraturan dan perundangundangan yang berlaku		
2.9.5	Operasional / respons kedaruratan wajib dipandu melalui rencana tindakan penanganan atau manajemen kedaruratan melalui sasaran rencananya		
2.10	<b>Komunikasi Dan Peringatan</b>		
2.10.1	System komunikasi wajib ditetapkan dan secara teratur diuji untuk mendukung program		
2.10.2	Prosedur komunikasi wajib ditetapkan oleh Rumah sakit dan secara teratur dilatihkan untuk mendukung program		
2.10.3	Rumah sakit wajib membentuk dan memelihara kemampuan pihak resmi pemberi peringatan dan personel tanggap darurat		
2.10.4	Komunikasi kedaruratan dan protokol, sistem, proses, dan prosedur peringatan wajib dibentuk, secara periodik diuji, dan digunakan untuk memberi		

	peringatan kepada orang-orang yang mungkin secara potensial terkena dampak baik oleh kedaruratan yang nyata maupun yang belum terjadi		
2.10.5	Rumah sakit wajib menentukan kebutuhan komunikasi, menyiapkan kemampuan untuk menjalankan rencana, dan mengkaji ulang dan memfokuskan yang merespons keadaan darurat		
2.11	<b>Prosedur Operasional</b>		
2.11.1	Rumah sakit wajib membentuk, mengkoordinasikan, melaksanakan prosedur pelaksanaan untuk mendukung program dan menjalankan rencananya		
2.11.2	Prosedur wajib ditetapkan dan diimplementasikan untuk merespons dan pemulihan dari konskuensi bahaya-bahaya teridentifikasi dan wajib menekankan kepada kesehatan dan keselamatan, stabilitasi insiden stabilitasi		
2.11.3	Prosedur, termasuk keselamatan jiwa, stabilitasi insiden kontinuitas, bisnis atau operasional, dan konservasi properti, merespons, dan pemulihan dari bahaya-bahaya yang teridentifikasi		
2.11.4	Prosedur wajib tersedia untuk menjalankan analisa situasi yang memerlukan penilaian kebutuhan, kerusakan, dan identifikasi sumber daya yang diperlukan untuk mendukung operasional respons dan pemulihan		
2.11.5	Prosedur wajib memadukan aktifitas pemulihan dan mitigasi selama respons tanggap darurat		
2.11.6	Prosedur wajib ditetapkan untuk keberhasilan manajemen atau pengaturan sebagai mana diperlukan		
<b>2.12</b>	<b>Fasilitas</b>		
2.12.1	Rumah sakit wajib menetapkan suatu pusat operasional tanggap darurat utama dan alternatif, secara fisik dan virtual, yang mampu mengelola		

	operasional kontinuitas, respons, dan pemulihan		
2.12.2	Fasilitas yang mampu mendukung operasional kontinuitas, respons, dan pemulihan		
2.13	<b>Pelatihan</b>		
2.13.1	Rumah sakit wajib membentuk dan melaksanakan suatu kurikulum pelatihan atau pendidikan untuk mendukung program		
2.13.2	Sasaran pelatihan wajib disusun untuk membentuk kesadaran dan meningkatkan keterampilan yang diperlukan untuk membentuk, menerapkan, memelihara, dan menjalankan program		
2.13.3	Frekuensi dan cakupan wajib diidentifikasi		
2.13.4	Personal wajib dilatih dalam sistem manajemen insiden rumah sakit		
2.13.5	Catatan pelatihan wajib dipelihara		
2.13.6	Kurikulum pelatihan dan edukasi wajib sesuai dengan persyaratan peraturan dan perundangundangan yang berlaku		
2.14	<b>Latihan, Evaluasi, Dan Tindakan Perbaikan</b>		
2.14.1	Rumah sakit wajib mengevaluasi rencana program, prosedur, dan kemampuan melalui penilaian ulang, ujian, dan latihan periodik		
2.14.2	Suatu penilaian wajib berdasarkan pada analisa dan laporan pasca insiden, pelajaran yang diambil, dan evaluasi kinerja		
2.14.3	Pelatihan wajib dirancang untuk menguji elemen-elemen dasar individu, elemen terkait, atau keseluruhan rencana		
2.14.4	Prosedur wajib ditetapkan untuk mengambil tindakan perbaikan atau setiap kekurangan yang terindikasi		

2.15	<b>Komunikasi Krisis Dan Informasi Publik</b>		
2.15.1	Rumah sakit wajib membentuk prosedur untuk menyebarkan dan menanggapi untuk permintaan informasi pre insiden, insiden, dan pasca insiden, sebagaimana penyediaan informasi kepada pihak internal dan eksternal termasuk media dan menanggapi pertanyaan-pertanyaan dari mereka		
2.15.2	Rumah sakit wajib menetapkan dan memelihara suatu kemampuan penyediaan informasi publik tentang kedaruratan hal-hal berikut : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suatu fasilitas pusat kontak untuk media</li> <li>2. Suatu system untuk mengumpulkan, memonitor, dan menyebarkan informasi kedaruratan</li> <li>3. Bulletin informasi yang dipersiapkan</li> <li>4. Suatu metode untuk mengkoordinasikan dan menjelaskan informasi yang dikeluarkan</li> <li>5. Kemampuan untuk berkomunikasi dengan kelompok-kelompok yang memerlukan kebutuhan tertentu</li> <li>6. Rekomendasi untuk petunjuk tindakan perlindungan (contoh : tempat perlindungan atau evakuasi)</li> </ol>		
2.15.3	Jika ada publik secara potensial dapat terkena dampak oleh suatu bahaya, satu program kesadaran publik wajib dilaksanakan		
2.15.4	Rumah sakit wajib membentuk prosedur untuk memberikan petunjuk dan nasehat bagi publik, melalui suatu badan yang berwenang, atas adanya ancaman terhadap orang, properti dan lingkungan		
2.16	<b>Keuangan Dan Administrasi</b>		
2.16.1	Rumah sakit wajib membentuk prosedur financial dan administrative untuk mendukung program sebelum, selama, dan sesudah kedaruratan dan bencana		
Jumlah		45	33

### B. Hasil Perhitungan dari ceklist observasi berdasarkan NFPA 16000

No	Item	Jumlah item	Sesuai	Tidak sesuai	Persen (%)
1	Administrasi program	6	4	2	66
2	Kodinator program	1	0	1	0
3	Komite penasihat	3	0	3	0
4	Evaluasi program	2	1	1	50
5	Elemen-elemen program ketentuan umum	2	2	0	100
6	Hukum dan otoritas	2	2	0	100
7	Penilaian resiko	3	3	0	100
8	Pencegahan insiden	3	3	0	100
9	Mitigasi	3	3	0	100
10	Manajemen sumber daya logistic	7	3	4	42
11	Bantuan bekerja sama	3	3	0	100
12	Perencanaan	10	10	0	100
13	Manajemen insiden	5	2	3	40
14	Komunikasi dan peringatan	5	1	4	20
15	Prosedur operasional	6	5	1	83
16	Fasilitas	2	0	2	0
17	Pelatihan	6	6	0	100
18	Latihan, evaluasi, dan tindakan perbaikan	4	1	3	25
19	Komunikasi krisis dan informasi publik	4	1	3	25
20	Keuangan dan administrasi	1	0	1	0
Jumlah		78	50	28	

Berdasarkan hasil observasi dengan menggunakan lembar observasi didapatkan data – data yang mengoptimalkan peneliti untuk membahas pelaksanaan *Emergency respons plan* di RSUD Kota Prabumulih. Dari observasi yang dilakukan ternyata ada kekurangan dari audit yang belum memenuhi persyaratan dan ada juga yang telah terpenuhi. Dari 5 responden menjelaskan bahwa pendapat yang mereka kemukakan belum sepenuhnya melakukan inspeksi audit dikarenakan baru membentuk tim K3RS

tetapi bertahap untuk mengoptimalkan tentang pelaksanaan tanggap darurat di RSUD Kota Prabumulih.

#### **4.8 Pembahasan**

Dalam pembahasan ini akan dibahas secara berurutan tentang pelaksanaan *Emergency respons plan* di RSUD Kota Prabumulih.

##### 4.8.1 Administrasi Program

Dari jawaban yang diberikan oleh informan yang benar-benar mengetahui tentang Administrasi program kerja RSUD didapatkan informasi untuk administrasi program tanggap darurat di RSUD Kota Prabumulih telah dibuat dalam bentuk tertulis tetapi belum sepenuhnya terencana semua karena SDM Staf K3 belum mengoptimalkan tentang kebijakan dari pimpinan Rumah sakit.

Dalam Departemen Kesehatan RI tahun 2009 tentang prinsip, kebijakan pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit mensyaratkan bahwasannya rumah sakit harus berfokus pada prinsip K3RS, Program K3RS dan pelaksanaan K3RS, yang dibagi dalam tiga bagian yakni :

1. Prinsip kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit

Agar kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit dapat dipahami secara utuh perlu diketahuinya pengertian 3 komponen yang saling berinteraksi, yaitu : A. kapasitas kerja adalah status kesehatan kerja dan gizi kerja yang baik serta kemampuan fisik yang prima setiap pekerja agar dapat melakukan pekerjaannya dengan baik. B. beban kerja adalah bagian fisik dan mental yang harus ditanggung

oleh pekerja dalam melaksanakan tugasnya, contoh : pekerja yang bekerja melebihi waktu kerja maksimum.: C. lingkungan kerja adalah lingkungan terdekat dari seseorang pekerja, contoh : seorang bekerja di instansi radiologi, maka lingkungan kerjanya adalah ruangan- ruangan yang berkaitan dengan proses pekerjaannya di instansi radiologi (kamar X ray, kamar gelap, kedokteran nuklir dll)

## 2. Program kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit (K3RS)

Program K3 di Rumah Sakit bertujuan untuk melindungi keselamatan dan kesehatan serta meningkatkan produktifitas pekerja, melindungi keselamatan pasien, pengunjung dan masyarakat serta lingkungan sekitar rumah sakit. Kinerja setiap petugas kesehatan dan non kesehatan merupakan resultante dari komponen yaitu kapasitas kerja, beban kerja, dan lingkungan kerja.

Berikut program K3 yang harus diterapkan adalah:

- a. Pengembangan kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit
- b. Pembudayaan perilaku kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit
- c. Pengembangan sumber daya manusia (SDM) K3RS
- d. Pengembangan pedoman dan standard operational procedure (SOP) K3RS
- e. Pemantauan dan evaluasi kesehatan lingkungan tempat kerja
- f. Pelayanan kesehatan kerja
- g. Pelayanan keselamatan kerja
- h. Pengembangan program pemeliharaan pengelolaan limbah padat, cair dan gas
- i. Pengelolaan jasa, bahan beracun berbahaya dan barang berbahaya

j. Pengembangan manajemen tanggap darurat yang meliputi menyusun rencana tanggap darurat (Survey bahaya, membentuk tim tanggap darurat, menetapkan prosedur pengendalian, pelatihan dll), membentuk organisasi / tim kewaspadaan bencana, pelatihan dan uji coba terhadap kesiapan petugas tanggap darurat, inventarisasi tempat-tempat yang berisiko dan membuat denahnya (laboratorium, rontgen, farmasi, CSSD, kamar operasi, genset, kamar isolasi penyakit menular, dll), menyiapkan sarana dan prasarana tanggap darurat/bencana.

k. pengumpulan, pengolahan, dokumentasi data dan pelaporan kegiatan K3

l. Review program tahunan

3. Kebijakan pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit (K3RS)

Agar penerapan kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit (K3RS) dapat dilaksanakan sesuai peraturan yang berlaku, maka perlu disusun hal-hal berikut ini :

- a. Kebijakan pelaksanaan K3 Rumah Sakit
- b. Tujuan kebijakan pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit (K3RS)
- c. Langkah dan strategi pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit (K3RS)

Semua Rumah sakit harus memenuhi program yang telah dibuat karena itu sangat berpengaruh terhadap kualitas rumah sakit itu sendiri dan yang lebih

difokuskan terhadap keselamatan kerja baik itu pegawai pengunjung bahkan yang ada disekitar rumah sakit

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi administrasi program di RSUD Kota Prabumulih telah dibuat dan tertulis dalam bentuk dokumentasi (66%) .Hal ini sesuai dengan ketetapan dan kebijakan rumah sakit melalui Peraturan DepKes RI tahun 2009.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Arrazy,dkk (2013), bahwa kebijakan manajemen telah disosialisasikan kepada seluruh karyawan melalui pelatihan. Tapi belum dilaksanakan secara periodik.

#### 4.8.2 Koordinator program

Dari jawaban yang diberikan informan menginformasikan bahwa RSUD Kota Prabumulih belum ada yang mengkoordinir program tetapi rencana dari rumah sakit menunjuk koordiantor program K3RS yakni Kabag Tata usaha Rumah Sakit dan yang menjalankan program adalah Tim K3RS.

Dalam Peraturan Pemerintah No 50 Tahun 2012 tentang penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja menyatakan bahwa hasil identifikasi digunakan sebagai dasar penentuan program yang harus dilakukan, dan menjadi dasar pertimbangan, seleksi dan penilaian kinerja.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi bahwa koordinator program kerja K3 Rumah Sakit telah terpenuhi hal ini sesuai dengan Peraturan Pemerintah No 50 Tahun 2012.

#### 4.8.3 Komite Penasihat

Dari jawaban yang diberikan oleh informan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih tidak ada komite penasihatnya karena unit K3RSnya baru dibentuk dan belum disahkan oleh direktur rumah sakit

Berdasarkan Depkes RI Tahun 2009 mengenai Standarisasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja sebagaimana disebutkan di dalam Undang- Undang No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 23, bahwa upaya kesehatan kerja harus diselenggarakan disemua tempat kerja. Khususnya tempat kerja yang mempunyai risiko bahaya kesehatan, mudah terjangkit penyakit atau mempunyai pekerja paling sedikit 10 orang. Rumah sakit adalah suatu tempat kerja dengan kondisi seperti tersebut diatas sehingga harus menerapkan upaya kesehatan kerja disamping keselamatan kerja. Rumah sakit merupakan suatu industri jasa yang padat karya, padat pakar, padat modal dan padat teknologi, sehingga risiko terjadinya penyakit akibat kerja (PAK) dan kecelakaan akibat kerja (KAK) sangat tinggi, oleh karena itu upaya k3 sudah menjadi keharusan.

Selain dituntut mampu memberikan pelayanan dan pengobatan yang bermutu, rumah sakit harus menjadi patient & provider safety (Hospital Safety) sehingga mampu melindungi pasien, pengunjung, pekerja dan masyarakat sekitar rumah sakit dari berbagai potensi bahaya di rumah sakit. Untuk menunjang hal tersebut, rumah sakit harus melaksanakan dan mengembangkan program k3 dirumah sakit (K3RS) seperti tercantum dalam buku standar pelayanan rumah sakit dan terdapat dalam instrument akreditasi rumah sakit. Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk

melaksanakan upaya kesehatan dan keselamatan kerja (K3) yang dilaksanakan secara terintegrasi dan menyeluruh.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi bahwa RSUD Kota Prabumulih masih belum mengoptimalkan upaya Kesehatan Keselamatan Kerja (K3) karena mengalaskan baru membentuk tim K3RS jadi program kerjanya masih kurang untuk melakukan kebijakan pelaksanaan K3.

Penelitian ini tidak sejalan dengan Arif (2015) bahwa rumah sakit sudah memiliki kebijakan atau manajemen penanggulangan kebakaran seperti, APAR, jalur evakuasi, prosedur operasional, pendidikan dan pelatihan penanggulangan kebakaran.

#### 4.8.4 Evaluasi program

Dari jawaban yang diberikan oleh informan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota prabumulih telah membentuk program evaluasi tetapi belum dilaksanakan baru membuat prosedur dalam bentuk dokumen (50%).

Menurut Depkes RI Tahun 2009 mengatakan bahwa perlunya pelaksanaan K3 dirumah sakit (K3RS) dan menjelaskan yakni:

1. Kebijakan pemerintah tentang rumah sakit di Indonesia: meningkatkan akses, keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan yang aman di rumah sakit.
2. Perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi K3 rumah sakit serta tindak lanjut, yang merujuk pada SK Menkes No 43/ Menkes/SK/IV/2007

tentang pedoman Manajemen K3 di rumah sakit dan OHSAS 18001 tentang standar sistem K3.

3. Sistem manajemen K3 rumah sakit adalah bagian dari sistem manajemen rumah sakit.
4. Rumah sakit kompetitif di era global; tuntutan pengelolaan program K3 di rumah sakit (K3RS) semakin tinggi karena pekerja, pengunjung, pasien dan masyarakat sekitar rumah sakit ingin mendapatkan perlindungan dari gangguan kesehatan dan kecelakaan kerja baik sebagai dampak proses kegiatan pemberian pelayanan maupun karena kondisi sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit yang tidak memenuhi standar.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi peneliti melihat bahwa RSUD Kota Prabumulih telah memiliki evaluasi program tertulis dan secara periodic tapi belum dilaksanakan hal ini sesuai dengan ketentuan Depkes RI tahun 2009 dan telah memenuhi standar persyaratan kesehatan keselamatan kerja.

Penelitian ini tidak sejalan dengan Arrazy,dkk (2013) bahwa organisasi telah dibentuk panitia keselamatan kerja dan proses inspeksi dan pemeliharaan telah dilakukan secara rutin.

#### 4.8.5 Elemen-elemen program ketentuan umum

Dari jawaban oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih memiliki ketentuan umum dan telah dibuat dan didokumentasikan tapi hanya pelaksanaannya yang kurang karena keterbatasan SDM K3RS.

Berdasarkan Depkes RI Tahun 2009 mengenai Standar Kesehatan Keselamatan Kerja bahwa bahaya potensial di rumah sakit yang disebabkan oleh faktor biologi (Virus, bakteri dan jamur dll); faktor kimia (antiseptic, gas anestesi dll); faktor ergonomi (cara kerja yang salah dll) faktor psikososial ( kerja bergilir, hubungan sesama pekerja/ atasan dll) dapat mengakibatkan penyakit dan kecelakaan akibat kerja. Sumber bahaya yang ada di rumah sakit harus diidentifikasi dan dinilai untuk menentukan tingkat risiko yang merupakan tolak ukur kemungkinan terjadinya kecelakaan dan PAK.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi bahwa RSUD Kota Prabumulih memang benar adanya mengenai ketentuan umum yang mewajibkan program K3 untuk cakupan bahaya dan semua telah teridentifikasi hal ini sesuai dengan Depkes RI tahun 2009.

#### 4.8.6 Hukum dan Otoritas

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih memiliki Hukum dan Otoritas dan telah didokumentasikan.

Menurut Depkes RI Tahun 2009 mengenai Standar Kesehatan Keselamatan Kerja bahwa setiap rumah sakit wajib melaksanakan pelayanan kesehatan kerja seperti tercantum pada pasal 23 dal UU Kesehatan No 23 Tahun 1992 dan Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI No 03/ Men/1982 Tentang Pelayanan kesehatan kerja.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi bahwa RSUD Kota Prabumulih memiliki Hukum dan Otoritas dan telah didokumentasikan pada Pemerintah Setempat hal ini sesuai dengan standar kesehatan dan keselamatan kerja Depkes RI Tahun 2009.

#### 4.8.7 Penilaian Risiko

Dari jawaban yang diberikan oleh informan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih telah melakukan penilaian risiko dan telah diidentifikasi bahaya dan dampak bahayanya tapi belum pernah melakukan uji coba.

Sumber bahaya yang ada di rumah sakit harus diidentifikasi dan dinilai untuk menentukan tingkat risiko yang merupakan tolak ukur kemungkinan terjadinya kecelakaan dan PAK berdasarkan Depkes RI tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja Tahun 2009.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi bahwa RSUD Kota Prabumulih telah melakukan Penilaian risiko bahaya yang ada dan telah dibuat prosedur penanganan yang baik hal ini sesuai dengan ketentuan dari Depkes RI Tahun 2009.

Penelitian ini tidak sejalan dengan Kani,dkk (2013) bahwa masih banyak tenaga kerja yang tidak mengetahui tentang k3. Bagaimana penerpan k3 ini menunjukkan bahwa masih kurangnya perhatian ataupun komitmen dari perusahaan kontraktor untuk melaksanakan program k3 dengan baik.

#### 4.8.8 Pencegahan Insiden

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih telah membentuk strategi untuk pencegahan tetapi tidak dilaksanakan.

Menurut Depkes RI Tahun 2009 bahwa pencatatan dan pelaporan adalah pendokumentasian kegiatan K3 secara tertulis dari masing-masing unit kerja Rumah Sakit dan kegiatan K3RS secara keseluruhan yang dilakukan oleh organisasi K3RS, yang dikumpulkan dan dilaporkan/ diinformasikan oleh organisasi K3RS, ke direktur Rumah Sakit dan unit teknis terkait di wilayah Rumah Sakit (Dinas Kesehatan setempat, cq. Penanggung jawab/ pengelola program kesehatan kerja).

Hasil wawancara dan observasi peneliti membenarkan bahwa RSUD Kota Prabumulih telah melaksanakan strategi pencegahan insiden berdasarkan informasi yang tepat dan intelijen hal ini sesuai dengan Depkes RI tahun 2009.

Penelitian ini tidak sejalan dengan Arrazy,dkk (2014) bahwa identifikasi sumber bahaya telah didokumentasikan dengan baik dan program pencegahan dan pengendalian telah dijalankan.

#### 4.8.9 Mitigasi

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih telah melaksanakan suatu strategi Mitigasi tapi hanya didokumentasi saja belum dijalankan.

Menurut Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 mengemukakan bahwa mitigasi adalah serangkaian upaya untuk mengurangi risiko bencana, baik melalui pembangunan fisik maupun penyadaran dan peningkatan kemampuan menghadapi ancaman bencana.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi bahwa RSUD Kota Prabumulih telah melakukan mitigasi terhadap institusi dengan strategi yang akurat dan telah mengoptimalkan bahaya yang telah diidentifikasi hal ini sesuai dengan UU RI No.24 Tahun 2007.

#### 4.8.10 Manajemen Sumber Daya dan Logistik

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan bahwa RSUD Kota Prabumulih telah melakukan manajemen dan logistik tapi hanya dalam bentuk dokumentasi dan laporan tapi programnya tidak dijalankan karena SDM K3RS masih kurang (42%).

Program pengembangan sumber daya manusia (SDM) K3 di rumah sakit merupakan hal pokok yang tidak bisa dikesampingkan. Direksi memegang peranan penting dalam membangun kepedulian dan memotivasi pekerja dengan menjelaskan nilai-nilai organisasi dan komunikasikan pada kebijakanyang telah dibuat. Selanjutnya, transformasi sistem manajemen K3 dari prosedur tertulis menjadi proses yang efektif merupakan komitmen bersama. hal ini sesuai dari Depkes RI Tahun 2009

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi bahwa RSUD Kota Prabumulih masih banyak yang belum mengetahui tentang Safety dikarenakan ahli K3RS

SDMnya kurang memadai bilamana Cuma ada 9 orang yang paham mengenai K3 dan belum mengoptimalkan pelaksanaan tanggap darurat karena banyak pekerjaan tetapi telah merencanakan untuk mengoptimalkan program kerja K3 dikedepannya.

#### 4.8.11 Bantuan Kerjasama

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih telah melakukan kerja samaantar staf peruangan tetapi belum membentuk tim penanggulangan bencana hanya rencana dari program K3 dan belum disahkan oleh direktur.

Dalam Peraturan Pemerintah No 50 Tahun 2012 tentang penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja menyatakan bahwa perusahaan ataupun instansi wajib melakukan investigasi dan pelaporan secara teratur, investigasi dilakukan oleh petugas yang berkompeten, adanya prosedur pelaporan bahaya, dan terdapat penanggungjawab untuk tindakan perbaikan atas investigasi dan pelaporan

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi untuk bantuan kerjasama didapatkan bahwa RSUD Kota Prabumulih memang telah melakukan bantuan kepada pihak penanggulangan bencana bila itu dibutuhkan bilamana keadaannya sudah memang mengalami keadaan yang darurat hal ini sesuai dengan Peraturan Pemerintah No 50 Tahun 2012

#### 4.8.12 Perencanaan

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih telah membuat suatu program perencanaan khusus untuk

tanggap darurat hanya saja unit terbentuknya K3RS baru, maka perencanaan belum dijalankan.

Dalam Peraturan Pemerintah No 50 Tahun 2012 tentang penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja menyatakan bahwa dalam perencanaan K3 disusun berdasarkan hasil penelaah awal, identifikasi potensi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko, peraturan perundang-undangan dan persyaratan lain dan sumber daya yang dimiliki meliputi sumber daya manusia yang berkompeten, sarana dan prasarana serta dana.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi perencanaan mengenai pelaksanaan tanggap darurat di RSUD Kota Prabumulih cukup memiliki pemenuhan hal ini sesuai dengan Peraturan Pemerintah No 50 Tahun 2012.

#### 4.8.13 Manajemen Insiden

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih telah mendokumentasikan manajemen insiden tapi prosedur operasionalnya belum dijalankan (40%)

Dalam Peraturan Pemerintah No 50 Tahun 2012 tentang penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja menyatakan bahwa hasil identifikasi digunakan sebagai dasar penentuan program yang harus dilakukan, dan menjadi dasar pertimbangan, seleksi dan penilaian.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi manajemen insiden didapatkan bahwa RSUD Kota Prabumulih telah melakukan tingkat pemenuhan hal ini sesuai dengan Peraturan Pemerintah No 50 Tahun 2012.

#### 4.8.14 Komunikasi dan peringatan

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih telah menetapkan program komunikasi tetapi hanya sarana yang dilengkapi untuk program diuji secara periodik tidak dilaksanakan secara berkala (20%).

Dalam Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Bina Kesehatan kerja tahun 2010 tentang standar kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit menyatakan bahwa komunikasi keadaan darurat yaitu dengan tersedianya saluran telepon internal dan eksternal, tersedianya saluran telepon khusus untuk keadaan darurat, tersedianya komunikasi (HT, paging sistem dan alarm), tersedianya sistem panggilan perawat, tersedianya sistem tata suara pusat, serta tersedianya pemantauan keamanan closed circuit television (CCTV).

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi komunikasi dan peringatan didapatkan bahwa RSUD Kota Prabumulih telah memiliki tingkat pemenuhan yang cukup optimal karena didapatkan 2 komunikasi yakni HT dan telepon konek langsung keruangan hal ini sesuai dengan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Bina Kesehatan Kerja Tahun 2010.

Penelitian ini tidak sejalan dengan Lestari (2010) bahwa pentingnya koordinasi dan komunikasi antarpihak terkait manajemen komunikasi bencana. Beberapa persoalan yang ditemukan mendorong perlunya penerapan sistem manajemen komunikasi bencana khususnya dalam keadaan tanggap darurat untuk dapat mengurangi resiko bencana.

#### 4.8.15 Prosedur Operasional

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih telah mendokumentasikan prosedur operasional dan telah sedikit dijalankan tapi belum sepenuhnya dijalankan dikarenakan unit k3 baru dibentuk (83%).

Dalam Depkes Tahun 2009 tentang standar kesehatan dan keselamatan kerja di rumah Sakit (K3RS) sasaran kegiatan pencatatan dan pelaporan kegiatan k3 adalah mencatat dan melaporkan pelaksanaan seluruh kegiatan K3. Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan untuk masing-masing Aspek k3, dilaksanakan dengan membuat atau menggunakan formulir- formulir yang telah ada atau ditetapkan (Terlampir).

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi prosedur operasional mengenai pelaksanaan tanggap darurat di RSUD Kota Prabumulih telah melakukan tingkat pemenuhan yang cukup optimal hal ini sesuai dengan Depkes RI Tahun 2009.

Penelitian ini sejalan dengan Syaifuddin (2011) mengemukakan menyediakan prosedur menghadapi keadaan darurat yang dilengkapi sarana dan fasilitas penunjang seperti sarana komunikasi, peralatan pemadam kebakaran, jalur evakuasi dan tempat evakuasi serta tim penanggulangan bencana.

#### 4.8.16 Fasilitas

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih belum memiliki fasilitas yang cukup dan memang telah dibuat oleh staf k3 untuk melengkapi tetapi tidak ada respons dari direktur.

Dalam Depkes Tahun 2009 tentang standar kesehatan dan keselamatan kerja di Rumah sakit (K3RS) mengatakan bahwa rumah sakit Selain dituntut mampu memberikan pelayanan dan pengobatan yang bermutu, rumah sakit harus menjadi patient & provider safety (Hospital Safety) sehingga mampu melindungi pasien, pengunjung, pekerja dan masyarakat sekitar rumah sakit dari berbagai potensi bahaya di rumah sakit. Untuk menunjang hal tersebut, rumah sakit harus melaksanakan dan mengembangkan program k3 dirumah sakit (K3RS) seperti tercantum dalam buku standar pelayanan rumah sakit dan terdapat dalam instrument akreditasi rumah sakit. Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk melaksanakan upaya kesehatan dan keselamatan kerja (K3) yang dilaksanakan secara terintegrasi dan menyeluruh.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi fasilitas mengenai RSUD Kota Prabumulih telah cukup memiliki tingkat pemenuhan hal ini sesuai Dengan Depkes RI standar kesehatan dan keselamatan Kerja di rumah sakit tahun 2009.

#### 4.8.17 Pelatihan

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih belum melaksanakan program pelatihan secara rutin tapi telah dibuat prosedurnya hanya saja belum terlaksana karena koordinatornya tidak ada.

Dalam Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Bina Kesehatan Kerja Tahun 2010 tentang standar kesehatan dan keselamatan kerja dirumah sakit menyatakan bahwa penanggulangan keadaan darurat tidak akan berhasil jika tidak ditangani oleh petugas atau sumber daya manusia yang berkompeten. Pelatihan

keselamatan kerja untuk semua sumber daya manusia rumah sakit antara lain dengan melaksanakan pelatihan dan sertifikasi K3 rumah sakit kepada petugas K3 rumah sakit, melaksanakan pendidikan, pelatihan kesehatan kerja secara berkala dan berkesinambungan sesuai kebutuhan dalam rangka menciptakan budaya K3.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi mengenai pelatihan di RSUD Kota Prabumulih tidak memiliki pemenuhan karena belum diadakan pelatihan lagi selama ini karena baru pembentukan K3RSnya baru dibentuk hal ini sesuai dengan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Bina Kesehatan Kerja Tahun 2010.

Penelitian ini tidak sejalan dengan Harahap (2009) bahwa mempertahankan tingkat pengetahuan dan sikap tim K3 yang sudah baik dan lebih meningkatkan pelatihan yang berkelanjutan tentang upaya keselamatan kerja, kebakaran dan kewaspadaan bencana.

#### 4.8.18 Latihan, Evaluasi dan Tindakan Perbaikan

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih telah membentuk program latihan, evaluasi dan tindakan perbaikan tetapi belum dijalankan tapi belum pernah dilaksanakan (25%).

Dalam Departemen Kesehatan tentang Standar Kesehatan dan Keselamatann Kerja di Rumah Sakit (K3RS) tahun 2009 mengatakan bahwa rumah sakit harus melaksanakan pelatihan / penyuluhan keselamatan kerja untuk semua pekerja:

1. Sosialisasi dan penyuluhan keselamatan kerja bagi seluruh pekerja

2. Melaksanakan pelatihan dan sertifikasi K3 Rumah Sakit kepada petugas  
K3 Rumah Sakit

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi latihan, evaluasi dan tindakan perbaikan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih belum memiliki tingkat pemenuhan hal ini sesuai dengan Departemen Kesehatan tentang standar kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit tahun 2009.

4.8.19 Komunikasi krisis dan informasi publik

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih memiliki komunikasi dan telah memiliki prosedur dan dokumentasi ditulis di SOP Rumah Sakit, tapi belum pernah dilaksanakan (25%).

Dalam Departemen Kesehatan tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit (K3RS) tahun 2009 mengatakan bahwa system komunikasi terdiri dari :

- a. Tersedia saluran telepon internal dan eksternal dan berfungsi dengan baik.
- b. Tersedia saluran telepon khusus untuk keadaan darurat ( untuk UGD, sentra telepon dan posko tanggap darurat).
- c. Instalasi kabel telah terpasang rapi aman dan berfungsi dengan baik.
- d. Tersedia komunikasi lain (HT, paging system dan alarm) untuk mendukung komunikasi tanggap darurat.
- e. Tersedia *nurse call* yang terpasang dan berfungsi dengan baik.
- f. Tersedia sistem tata suara (*sentral sound system*)

g. Tersedia peralatan pemantau keamanan /CCTV ( *Close circuit television*)

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi untuk bagian komunikasi krisis di RSUD Kota Prabumulih telah menyediakan sarana komunikasi tetapi belum berfungsi dengan baik bahkan ada alat yang rusak dan belum diperbaiki. Hal ini sesuai dengan Departemen Kesehatan tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit (K3RS) tahun 2009

#### 4.8.20 Keuangan dan Administrasi

Dari jawaban yang diberikan oleh informan dan didapatkan informasi bahwa RSUD Kota Prabumulih tidak ada program keuangan dan administrasi karena anggaran dari pemerintah setempat tidak ada di program K3

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi untuk bagian keuangan dan administrasi di RSUD Kota Prabumulih belum memiliki tingkat pemenuhan karena anggaran susah untuk dicairkan hal ini sesuai dengan sumber informasi dari kepala K3 Rumah Sakit.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian tentang Analisis Pelaksanaan *Emergency Respon Plan* di RSUD Kota Prabumulih Tahun 2016, dari hasil wawancara mendalam dengan satu key informan yaitu ketua K3RS dan 4 informan Yaitu Direktur, Subag TU, Staf K3 dan Security. Hasil penelitian tentang Analisis Pelaksanaan *Emergency Respon Plan* di RSUD Kota Prabumulih Tahun 2016 dapat disimpulkan:

1. RSUD Kota Prabumulih telah mendokumentasikan program perencanaan untuk pelaksanaan tanggap darurat hanya saja belum terlaksanakan dengan baik.
2. RSUD Kota Prabumulih telah menyediakan sarana dan prasarana tanggap darurat bencana yakni alat proteksi aktif (APAR, Alarm Fire, Smoke detector dan APD) dan prasarana (Jalur evakuasi, Ambulance, tempat berhimpun) semua telah terprogram dan terlaksana
3. RSUD Kota Prabumulih telah merencanakan program pelatihan serta evaluasi kepada pegawai rumah sakit dan antisipasi bahaya apabila terjadi peledakan dan kecelakaan kerja serta tim penanggulangan bencana antar ruangan akan terkoordinir

4. RSUD Kota Prabumulih telah menyediakan simbol bahaya dan telah mengidentifikasi bahaya serta penanganan untuk pemulihan yang tanggap dan bekerja sama kepada unit IGD untuk pertolongan pertama bila terjadi kecelakaan kerja
5. Program komunikasi dan sistem informasi telah terkoordinir dan alat yang digunakan menggunakan telepon internal ruangan masuk keruang informasi apabila terjadi bencana yang fatal bantuan kerjasama telah siap untuk mengantisipasi bahaya
6. Prosedur tanggap darurat telah didokumentasikan dan telah terprogram dalam bentuk dokumen dan difokuskan terhadap penyelamatan pasien, pengunjung dan pegawai rumah sakit
7. RSUD Kota Prabumulih telah melakukan identifikasi bahaya dan dampak bahaya serta mitigasi dan rekontruksi semua telah terprogram di K3RS prabumulih dan telah didokumentasikan hanya saja pelaksanaan belum dilakukan.

Secara umum bahwa dapat disimpulkan untuk pelaksanaan *Emergency Respon Plan* di RSUD Kota Prabumulih masih sangat lemah.

## **5.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, penulis mengajukan saran kepada RSUD Kota Prabumulih agar pelaksanaan Tanggap Darurat (ERP) dan menerapkan secara

menyeluruh dan maksimal yang dimulai dengan adanya bukti nyata dari dukungan rumah sakit.

Beberapa saran untuk program pelaksanaan yang harus dilakukan oleh pihak RSUD Kota Prabumulih sebagai berikut:

1. Meningkatkan program yang telah didokumentasi serta pelaksanaan segera dilakukan guna untuk kenyamanan pasien, pengunjung serta pegawai.
2. Sarana dan prasarana harus segera diprogramkan dan terlaksana serta menambah alat proteksi seperti Hidran, sprinkler dan alat komunikasi sedangkan prasarana pelatihan serta evaluasi harus terkoordinir dan terprogram
3. Menambahkan simbol bahaya apabila teridentifikasi kerentanan bahaya sehingga dimengerti oleh pengunjung dan pasien
4. Menambahkan program penanggulangan bencana antar ruangan agar ancaman bahaya terjadi dapat segera diatasi dengan segera.
5. Meningkatkan pengetahuan, pelatihan tentang K3 agar K3RS berjalan dengan baik
6. Melakukan mitigasi serta rekontruksi yang terkoordinir oleh pengurus K3.
7. Memaksimalkan identifikasi keadaan darurat, identifikasi akan lebih baik apabila petugas yang berkompeten

8. Membuat prosedur tanggap darurat dalam bentuk tertulis baik prosedur kebakaran, gempa bumi serta penanggulangannya dan prosedur harus segera dipahami oleh seluruh pegawai rumah sakit dan masyarakat umum.
9. Membuat struktur organisasi panitia Pembina keselamatan dan kesehatan kerja (P2K3) serta pembentukan tim khusus untuk penanganan keadaan darurat.
10. Melakukan pelatihan secara rutin setahun maksimal 1 kali pelatihan disetiap pegawai yang memiliki keahlian terutama untuk di instalasi gizi, IGD, ruang komputer, dan laboratorium.
11. Melakukan investigasi dan pelaporan tanggap darurat serta pemulihan yang harus segera diatasi secepat mungkin.
12. Melakukan inspeksi dan audit baik internal maupun eksternal secara rutin dan terjadwal.

## DAFTAR PUSTAKA

Afifudin & Saebani, 2012.

Metodologi penelitian kualitatif. CV.pustaka Setia, Bandung

Arif, S, 2015

Analisis Penanggulangan Kebakaran Di Rsud Dr. M. Ashari Pematang.

<http://lib.unnes.ac.id/> ( Diakses 06 April 2016)

Daryanto. 2003.

*Keselamatan dan kesehatan kerja bengkel.* PT RINEKA CIPTA, Jakarta

Depkes RI, 2009.

Standar kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit (K3RS)

Fauziah & widyastuti, 2006.

Bencana alam perlindungan kesehatan masyarakat. Buku kedokteran EGC,

Jakarta

Harrianto, R. 2010.

Buku ajar kesehatan kerja. Buku kedokteran EGC, Jakarta

Kani Dkk, 2013.

Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Pada Pelaksanaan Proyek Konstruksi

(Studi Kasus: Proyek Pt. Trakindo Utama). Jurnal Sipil Statik Vol.1 No.6,

Mei 2013

<https://journal.unsrat.ac.id/> (Diakses 06 April 2016)

Kemenkes RI, 2010.

Standar kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit.

<http://www.kesjaor.kemkes.go.id/> (Diakses 12 April 2016)

Nurjanah dkk, 2012.

*Manajemen bencana*. Alfabeta, Bandung

Malaka, T, 2011

Jurnal Kesehatan Masyarakat STIK Bina Husada, *Penilaian risiko kesehatan kerja di Pabrik Karet PT. HT Palembang Tahun 2013*. Bahan ajar di STIK Bina Husada Palembang.(volume 9 No. 1)

Malaka, T, 2008.

Jurnal Kesehatan Masyarakat STIK Bina Husada.*Kesehatan Kerja Dan Industrial Di Negara Berkembang Pengalaman Indonesia Dalam Proteksi Dan Promosi Kesehatan Tenaga Kerja*.(volume 10 No. 1)

Ramli, S, 2010.

*pedoman praktis manajemen bencana*. Dian Rakyat, Jakarta

Ramli, S, 2010.

*Sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja OHSAS 18001*. Dian Rakyat, Jakarta

Ramli, S, 2010.

*Petunjuk praktis manajemen kebakaran*. Dian rakya, Jakarta

Syaifuddin, 2011.

*Gambaran pelaksanaan tanggap darurat sebagai upaya penanggulangan bencana di RSUD. Dr Moewardi Surakarta.*

<https://eprints.uns.ac.id/> ( diakses pada 06 April 2016)

Suardi, R. 2007.

*Sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja.* PPM, Jakarta

Sugiyono, 2014.

Memahami penelitian kualitatif. CV. Alfabeta, Bandung

UU RI Nomor 24, 2007.

Penanggulangan bencana

Yusuf, M, 2014.

Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan penelitian gabungan. KENCANA,  
Jakarta