

TKA 59/06
ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga
HC 59/06

TESIS

**PENGEMBANGAN *TRAUMA CENTER* SEBAGAI PROGRAM UNGGULAN
RUMAH SAKIT PELABUHAN SURABAYA**

**(Analisis Kebutuhan Pasar terhadap keberadaan Trauma Center
di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya)**

TKA 59/06

Har
P



GAFAR HARTATIYANTO

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2005**

**MILIE
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

**PENGEMBANGAN *TRAUMA CENTER* SEBAGAI PROGRAM UNGGULAN
RUMAH SAKIT PELABUHAN SURABAYA
(Analisis Kebutuhan Pasar terhadap keberadaan Trauma Center
di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya)**

TESIS

Untuk memperoleh gelar magister
Dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Pada Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga

Oleh:

Gafar Hartatiyanto
NIM 090210427L

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
30 Agustus 2005

LEMBAR PENGESAHAN

TESIS INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL OKTOBER 2005

Oleh

Pembimbing Ketua

Prof. Dr. Stefanus Supriyanto., dr., MS
NIP. 130 675 544

Pembimbing

Dr. Windhu Purnomo, dr., MS
NIP. 131 290 052

Mengetahui,

Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS
NIP. 131 871 470

Telah diuji pada

Tanggal 30 Agustus 2005

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : drg. Setya Haksama.,M.Kes

Anggota : 1. Prof. Dr. Stefanus Supriyanto.,dr.,MS
2. Dr. Windhu Purnomo, dr., MS
3. Maria Ichsan Chamim.,dr.,MARS
4. Agung Prasmono.,dr.,Sp.BTKV.,MARS
5. Hartono Tanto.,dr.,MARS

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Allah yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang atas segala nikmat dan karunia yang diberikan sehingga tesis ini dapat diselesaikan dengan baik. Salam serta shalawat semoga tercurah kepada Nabi Muhammad SAW rasul Allah yang membawa agama Islam sehingga menjadi dikenal dan diamankan oleh umat manusia.

Terima kasih yang tulus serta penghargaan yang setinggi-tingginya saya haturkan kepada Prof.Dr.Stefanus Supriyanto.,dr.,MS, pembimbing ketua sekaligus bapak yang selalu memperhatikan, memberi semangat, membimbing dan selalu mengingatkan akan kebaikan. Saya juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Dr.Windhu Purnomo.,dr.,MS, pembimbing yang selalu membimbing dan memberi saran yang sangat berharga. Semoga kebaikan Bapak berdua mendapat balasan dari Allah dan dicatat sebagai amal kebaikan, amin.

Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada Bapak Widodo J.P.,dr.,MS.MPH,Dr.PH yang banyak membuka wawasan saya tentang rumah sakit. Saya juga mengucapkan terima kasih kepada seluruh dosen MARS, yang telah dengan ikhlas membagi ilmu kepada saya.

Terima kasih saya ucapkan kepada Prof Dr.Med. H. Puruhito, dr, SpBTKV, Rektor Universitas Airlangga yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan program magister. Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Prof.Dr. H. Muhammad Amin, dr.,Sp P, Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga yang telah memberi kesempatan kepada saya untuk mengikuti program pendidikan magister. Terima kasih yang tak terhingga saya sampaikan kepada Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg.,MS, selaku Ketua Program

Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, yang telah memberi berbagai fasilitas sekaligus ilmu kepada saya.

Terima kasih saya ucapkan kepada Widorini Soenarjo.,dr.,MARS, Direktur Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya beserta staf dan seluruh pegawai, yang telah memberi ijin, masukan, dorongan dan kesempatan kepada saya untuk menjadikan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sebagai tempat penelitian. Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Direktur Rumah Sakit dr. Soetomo, Direktur Rumah Sakit Darmo, Direktur Rumah Sakit Bunder Gresik, Direktur Rumah Sakit Al Irsyad, Direktur Rumah Sakit Karang Tembok dan Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah, yang telah mengizinkan saya mengambil data untuk melengkapi tesis ini.

Terima kasih saya sampaikan kepada Kasatlantas Polres Surabaya Utara, Kepala Instansi Jasa Marga wilayah I, Kepala Dinas Perhubungan Pemerintah Kota Surabaya, dan Kepala Biro Pusat Statistik Surabaya, yang telah mengizinkan saya mengambil data untuk melengkapi tesis ini.

Untuk keluargaku, saya berterima kasih atas dukungan dan pengorbanan yang diberikan. Untuk semua yang tidak bisa saya sebut satu persatu, saya mengucapkan terima kasih atas segala bantuan yang diberikan.

**PENGEMBANGAN *TRAUMA CENTER* SEBAGAI PROGRAM
UNGGULAN**

RUMAH SAKIT PELABUHAN SURABAYA

(Analisis Kebutuhan Pasar akan keberadaan Trauma Center di
Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya)

Penanganan terhadap pasien yang terluka telah ditemukan pada praktek pengobatan sejak dahulu kala. Kata "trauma" berasal dari bahasa Yunani "*iatro*" yang berarti "luka pada bagian tubuh". *Trauma Center* yang pertama digunakan pada penanganan tentara-tentara dari pasukan Napoleon yang terluka.

Insiden trauma saat ini meningkat karena adanya industrialisasi, urbanisasi, peningkatan transportasi dan jumlah kendaraan bermotor, kekerasan yang terjadi di masyarakat, konflik sosial dan perbuatan manusia yang menyebabkan timbulnya bencana alam.

Trauma adalah pembunuh nomer 1 untuk usia dibawah 40 tahun dan menempati urutan teratas angka kesakitan, kematian, kecacatan yang menyebabkan kerugian ekonomi terhadap suatu negara.

Trauma Center saat ini didefinisikan sebagai sebuah fasilitas RS yang khusus menyediakan kebutuhan akan adanya dokter bedah spesialis, dokter spesialis ahli anestesi, perawat dan peralatan "*life support*" secara cepat, selama 24 jam untuk menangani pasien yang terluka berat atau pasien terluka yang beresiko lukanya bertambah gawat

Trauma Center merupakan program yang dicanangkan oleh Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada tahun 2003 sebagai program unggulan. Pemilihan program unggulan tersebut dibuat berdasarkan pertimbangan: lokasi RSPS yang dekat dengan jalan raya dan Pelabuhan Tanjung Perak, angka kecelakaan lalu lintas dan angka kecelakaan kerja yang meningkat, merupakan pintu gerbang Surabaya utara, serta dikelilingi oleh beberapa perusahaan besar. RSPS berharap untuk dapat melayani pasien kecelakaan lalu lintas darat maupun laut serta kecelakaan kerja.

Trauma Center merupakan satu kesatuan dari beberapa unit kegiatan yang saling mendukung dalam terlaksananya pelayanan penanganan terhadap trauma. *Trauma Center* meliputi unit: Instalasi Gawat Darurat (IGD), ambulans, laboratorium, radiologi, kamar operasi, *Intensive Care Unit* (ICU), rehabilitasi medik, dan apotek. Untuk pengembangan program unggulan *Trauma Center* dibutuhkan kerja sama antar unit yang baik, dengan Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan pemasaran sebagai ujung tombak.

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari kondisi aspek *technical* dan *operational Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, yang akan menentukan kategori level *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dan menilai kebutuhan pasar terhadap adanya *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Hasil yang didapatkan dari penelitian ini dapat dipakai sebagai masukan bagi rumah sakit dalam pengembangan *Trauma Center* sebagai program unggulan.

Aspek *technical* dan *operational Trauma Center* dinilai dengan membandingkan dengan nilai standar normatif yang didapatkan dari berbagai sumber. Kebutuhan pasar terhadap keberadaan *Trauma Center* berdasarkan jurnal *Region Designations*, yaitu dilihat dari jarak geografis dari pelayanan trauma yang sudah ada, faktor transportasinya, lokasi populasi dan kepadatannya, perkiraan jumlah pasien trauma, pola rujukan pasien, RS atau pelayanan trauma lain dan rujukan yang ada di daerah tersebut.

Aspek *technical Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, yaitu jenis pelayanan dan kelengkapan alat masuk dalam kategori sangat lengkap. Aspek *operational Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, untuk jumlah sumber daya manusia masuk dalam kategori cukup dan untuk kompetensi SDM masuk dalam kategori kompeten. Kebutuhan pasar terhadap keberadaan *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, masuk dalam kategori tinggi, karena hampir semua syarat pengadaan *Trauma Center* terpenuhi.

SUMMARY

Trauma Center Development as a Main Program Of Surabaya Port Health Center (Market Demand Analysis of Trauma Center Existence at Surabaya Port Health Center)

Care of the injured patient has been fundamental to the practice of medicine since recorded history. The word 'trauma' is derived from the Greek meaning 'bodily injury'. The first trauma centres were used to care for wounded soldiers in Napoleon's armies. Incidence of trauma is on the rise globally due to industrialisation, urbanisation, increase in mechanised transport, urban violence, social conflicts, and man-made as well as natural disasters.

Trauma is a number one killer below 40 years leading to high morbidity, mortality, disability and economic loss to the country. Trauma centre is defined as a specialised hospital facility distinguished by the immediate availability of specialised surgeons, physician specialists, anaesthesiologists, nurses, and resuscitation and life support equipment on a 24-hour basis to care for severely injured patients or those at risk for severe injury.

Trauma Center is a program launched in 2003 by the Surabaya Port Health Center (PHC) intended to be a PHC main program. The selected main program was based on several considerations, namely: PHC is situated on Tanjung Perak Seaport and located on broad street; high traffic accident rate and increased employment accident rate; gate of North Surabaya point-of-entry, and surrounded by numerous big companies. PHC expects to serve ground traffic accidents, sea accidents and workplace accidents patients.

Trauma Center is a unity of several activity units intersupporting in managing trauma implementation. Trauma Center consists of Emergency, ambulance, laboratory, radiology, Operating Theatres, Intensive Care Unit, Medical Rehabilitation, and Pharmacy. To develop this Trauma Center, good interunits work cooperation is prerequisite supported by the Emergency and Marketing Units as the front liners.

The purpose of this research was to study PHC Trauma Center technical and operational aspects, which will determine the Trauma Center level category and to evaluate the market demand for the existence of Trauma Center at Surabaya Port Health Center. The outcome of this research can be utilized for inputs in developing PHC Trauma Center.

The Trauma Center technical and operational aspects were evaluated by comparing normative standard values from several sources. Based on Region Designations Journal, Trauma Center market demand was viewed from geographical density, forecasting trauma patient, patient's referral pattern, other hospitals or Trauma Centers and other referral centers located in the same area.

PHC Trauma Center technical aspect is very complete both in variety of services and equipment-wise. The operational aspect of PHC Trauma Center in human resource is in moderate category, while for human competence is in high competence category. In conclusion, the market demand for PHC Trauma Center

is in high category due to all satisfactory compulsory requirements of Trauma Center.



ABSTRACT

**Trauma Center Development as a Main Program
Of Surabaya Port Health Center
(Market Demand Analysis of Trauma Center Existence
at Surabaya Port Health Center)**

Trauma Center is a program launched in 2003 by the Surabaya Port Health Center (PHC) intended to be a PHC main program. The selected main program was based on several considerations, namely: PHC is situated on Tanjung Perak Seaport and located on broad street; high traffic accident rate and increased employment accident rate; gate of North Surabaya point-of-entry, and surrounded by numerous big companies. PHC expects to serve ground traffic accidents, sea accidents and workplace accidents patients.

Trauma Center is a unity of several activity units intersupporting in managing trauma implementation. Trauma Center consists of Emergency, ambulance, laboratory, radiology, Operating Theatres, Intensive Care Unit, Medical Rehabilitation, and Pharmacy. To develop this Trauma Center, good interunits work cooperation is prerequisite supported by the Emergency and Marketing Units as the front liners.

The purpose of this research was to study PHC Trauma Center technical and operational aspects, which will determine the Trauma Center level category and to evaluate the market demand for the existence of Trauma Center at Surabaya Port Health Center. The outcome of this research can be utilized for inputs in developing PHC Trauma Center.

The Trauma Center technical and operational aspects were evaluated by comparing normative standard values from several sources. Based on Region Designations Journal, Trauma Center market demand was viewed from geographical density, forecasting trauma patient, patient's referral pattern, other hospitals or Trauma Centers and other referral centers located in the same area.

PHC Trauma Center technical aspect is very complete both in variety of services and equipment-wise. The operational aspect of PHC Trauma Center in human resource is in moderate category, while for human competence is in high competence category. In conclusion, the market demand for PHC Trauma Center is in high category due to all satisfactory compulsory requirements of Trauma Center.

Key words: Trauma Center development, market demand

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Dalam	i
Prasyarat Gelar	ii
Lembar Pengesahan	iii
Penetapan Panitia	iv
Ucapan Terima Kasih	v
Ringkasan	vii
<i>Summary</i>	ix
Abstrak	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah	7
1.3 Batasan Masalah	8
1.4 Rumusan Masalah	8
1.5 Tujuan Penelitian	9
1.6 Manfaat Penelitian	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Rumah Sakit	11
2.2 <i>Trauma Center</i>	13
2.2.1 Instalasi Gawat Darurat (IGD)	16
2.2.2 Ambulans	20
2.2.3 Laboratorium	22
2.2.4 Radiologi	23
2.2.5 Kamar Operasi	25
2.2.6 <i>Intensive Care Unit (ICU)</i>	27
2.2.7 Rehabilitasi Medik	28
2.2.8 Farmasi dan Apotek	29
2.3 <i>Focus Group Discussion (FGD)</i>	33
2.3.1 Pengertian FGD	33
2.3.2 Karakteristik FGD	34
2.3.3 Tempat FGD	35
2.3.4 Penggunaan FGD	35
2.3.5 Persiapan FGD	35
2.3.6 Pelaksanaan FGD	38
2.4 Matrik Ansoff	41
2.4.1 Persiapan	41
2.4.2 Audit	42
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	44

BAB 4 METODE PENELITIAN	46
4.1 Jenis dan Rancang Bangun Penelitian	46
4.2 Populasi Penelitian	46
4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	46
4.4 Kerangka Operasional	47
4.5 Teknik Pengumpulan Data	48
4.6 Variabel Penelitian	48
4.7 Definisi Operasional Variabel	49
4.8 Instrumen Penelitian	58
4.9 Metode Pengumpulan Data	58
4.10 Analisis Penelitian	58
 BAB 5 HASIL PENELITIAN	 59
5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian	59
5.2 Gambaran Umum Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	60
5.2.1 Lokasi	60
5.2.2 Visi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	61
5.2.3 Misi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	61
5.2.4 Motto Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	62
5.2.5 Tujuan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	62
5.2.6 Sasaran Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	62
5.2.7 Fasilitas pelayanan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	62
5.2.8 Ketenagaan di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	65
5.2.9 Struktur organisasi	66
5.3 Gambaran Umum <i>Trauma Center</i> Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya ..	68
5.3.1 Instalasi Gawat Darurat (IGD)	70
5.3.2 Ambulans	74
5.3.3 Laboratorium	74
5.3.4 Radiologi	74
5.3.5 Kamar Operasi	75
5.3.6 <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	76
5.3.7 Rehabilitasi Medik	77
5.3.8 Farmasi dan Apotek	78
5.4 Analisis Sumber Daya Manusia Berdasarkan Standar Pelayanan Medis	78
5.4.1 Penilaian tenaga medis Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	78
5.4.2 Penilaian tenaga paramedis Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	80
5.5 Analisis <i>Trauma Center</i> sebagai produk unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	82
5.5.1 Penilaian jenis pelayanan	82
5.5.2 Penilaian kelengkapan alat	84
5.5.3 Penilaian sumber daya manusia	86
5.5.4 Penilaian kompetensi sumber daya manusia	89
5.5.5 Penilaian level <i>Trauma Center</i> Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya ...	89
5.6 Analisis Kebutuhan Pasar terhadap adanya <i>Trauma Center</i> di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	92
5.6.1 Jarak geografis dari pelayanan <i>Trauma Center</i> yang sudah ada	93
5.6.2 Faktor transportasi menuju ke Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya ...	93
5.6.3 Lokasi dan kepadatan populasi	95

5.6.4 Perkiraan jumlah pasien trauma	96
5.6.5 Pola rujukan kasus trauma di wilayah Surabaya Utara	97
5.7 Analisis Matrik Ansoff terhadap komponen yang berhubungan dengan produk	102
5.8 Analisis Matrik Ansoff terhadap komponen yang berhubungan dengan pasar	103
5.9 Penerapan dari Matrik Ansoff	105
5.10 Isu strategis	107
5.11 Hasil <i>Focus Group Discussion</i>	107
 BAB 6 PEMBAHASAN	 109
 BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	 113
7.1 Kesimpulan	113
7.2 Saran	113
 Daftar Pustaka	 115
Lampiran	118

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1.1	: Data kontribusi pendapatan unit-unit yang termasuk <i>Trauma Center</i>	4
Tabel 1.2	: Data kunjungan IGD RSPS selama tahun 2002-2004	4
Tabel 1.3	: Data kategori diagnosa trauma di IGD RSPS berdasarkan ICD selama tahun 2002-2004	5
Tabel 4.1	: Definisi operasional variabel, cara pengukuran, kriteria hasil dan skala data	50
Tabel 5.1	: Jenis sarana kesehatan di kecamatan Pabean Cantian tahun 2004 ..	59
Tabel 5.2	: Jenis perusahaan di kecamatan Pabean Cantian tahun 2004	60
Tabel 5.3	: Jumlah tenaga Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya berdasarkan pendidikan	65
Tabel 5.4	: Jumlah Tenaga di unit-unit yang termasuk <i>Trauma Center</i> Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya berdasarkan pendidikan	69
Tabel 5.5	: Penilaian jumlah tenaga medis RS Pelabuhan tahun 2005	80
Tabel 5.6	: Penilaian kebutuhan tenaga perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya tahun 2005	81
Tabel 5.7	: Penilaian jenis pelayanan unit-unit yang termasuk <i>Trauma Center</i> di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	82
Tabel 5.8	: Penilaian kelengkapan alat di unit-unit yang termasuk <i>Trauma Center</i> di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	84
Tabel 5.9	: Penilaian sumber daya manusia di unit-unit yang termasuk <i>Trauma Center</i> di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	86
Tabel 5.10	: Jumlah paramedis (minimal pendidikan D3) di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	88
Tabel 5.11	: Penilaian kompetensi sumber daya manusia yang ada di unit – unit yang termasuk <i>Trauma Center</i> di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	89
Tabel 5.12	: Data derajat kejenuhan jalan dan angka rata-rata kecepatan kendaraan bermotor (mobil) di wilayah Surabaya Utara	94
Tabel 5.13	: Data kategori kecelakaan lalu lintas untuk wilayah Surabaya Utara tahun 2002-2004	96
Tabel 5.14	: Data kategori kecelakaan tol di wilayah Jasa Marga I (jalan tol Perak-Waru) tahun 2002-2004	97
Tabel 5.15	: Tabel kunjungan kasus trauma di RS wilayah Surabaya Utara ...	98
Tabel 5.16	: Data kategori pasien kasus trauma dari IGD Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya yang dirujuk tahun 2004	98
Tabel 5.17	: Data rujukan kecelakaan tol di wilayah Jasa Marga I (jalan tol Perak-Waru) tahun 2002-2004	100
Tabel 5.18	: Data angka kejadian trauma dari wilayah Surabaya Utara yang masuk ke IGD Rumah Sakit dr. Soetomo tahun 2002-2004	101
Tabel 5.19	: Data angka kejadian trauma dari wilayah Surabaya Utara, Gresik dan Madura yang masuk ke IGD Rumah Sakit dr. Soetomo tahun 2002-2004	101
Tabel 5.20	: Penilaian <i>Trauma Center</i> sebagai produk unggulan RSPS	102

Tabel 5.21	: Penilaian hasil kebutuhan pasar terhadap keberadaan <i>Trauma Center</i> di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	104
Tabel 5.22	: Isu strategis pengembangan <i>Trauma Center</i> di RSPS.....	107
Tabel 5.23	: Hasil FGD Rekomendasi Pengembangan <i>Trauma Center</i> sebagai program unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	108



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 : Faktor yang mempengaruhi keberhasilan <i>Trauma Center</i> sebagai program unggulan RSPS	7
Gambar 2.1 : <i>Flowchart</i> IGD	20
Gambar 2.2 : Skema jaringan komunikasi kesehatan	33
Gambar 2.3 : Bagan Matrik Ansoff	43
Gambar 3.1 : Kerangka konseptual penelitian.....	44
Gambar 4.1 : Kerangka operasional penelitian	47
Gambar 5.1 : Struktur organisasi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	67
Gambar 5.2 : Alur IGD di RSPS	73
Gambar 6.1 : Matrik Ansoff	105

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Data perusahaan <i>captive market</i> RSPS	119
Lampiran 2 : Penilaian kompetensi karyawan RSPS	121
Lampiran 3 : Kategori TC menurut AcoS	124
Lampiran 4 : Pelaksanaan <i>Focus Group Discussion</i>	127
Lampiran 5 : Daftar hadir peserta FGD	133

DAFTAR SINGKATAN



RS	: Rumah Sakit
RSPS	: Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya
PHC	: <i>Port Health Centre</i>
Jamsostek	: Jaminan Sosial Tenaga Kerja
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
ICD	: <i>International Classification of Disease</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
USG	: <i>Ultra Sonografi</i>
DC	: <i>Direct Current</i>
EKG	: Elektro Kardiografi
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
TT	: Tempat Tidur
Obsgyn	: <i>Obstetric and Gynaecology</i>
ATLS	: <i>Advanced Trauma Life Support</i>
PPGD	: Penanganan Penderita Gawat Darurat
BLS	: <i>Basic Life Support</i>
RSDS	: Rumah Sakit Dr. Soetomo

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perkembangan sejarah rumah sakit (RS) berjalan seiring dengan perkembangan peradaban manusia. Pengelolaan RS pada awalnya hanya didasarkan pada rasa sukarela (*voluntary*) dan kedermawanan (*charity*), tetapi memasuki abad 20 pengelolaan RS telah berubah demikian kompleks dan kompetitif. Bahkan saat ini RS telah menjadi industri jasa yang padat karya, padat modal, dan padat teknologi. Padat karya karena rumah sakit membutuhkan SDM dengan jumlah kategori yang cukup banyak. Padat modal karena biaya investasi dan pengelolaan yang besar. Serta padat teknologi karena untuk mengelola pelayanan kesehatan yang bermutu, diperlukan tersedianya berbagai peralatan kedokteran dan laboratorium yang canggih (Azwar, 1990). Kemajuan arus informasi dan teknologi menuntut perubahan pelayanan, baik dalam bidang produk maupun jasa. Agar dapat tetap eksis di era globalisasi ini, RS harus dikelola secara profesional oleh manajer yang siap menghadapi tantangan. Salah satu strategi untuk menang dalam persaingan tersebut adalah dengan melakukan diferensiasi, sehingga mempunyai perbedaan dengan pesaing. Bidang atau program yang dijadikan fokus tersebut dapat dijadikan program unggulan.

Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (RSPS) adalah rumah sakit tipe C yang terletak di Jalan Kalianget No. 1 – 2, Kelurahan Perak Utara, Kecamatan Pabean Cantian, Kotamadya Surabaya. RSPS berdiri pada tahun 1970 dengan nama *Port Health Centre (PHC)* di Jalan Perak Timur No. 480 A Surabaya. Pada tahun 1976 RS PHC berganti nama menjadi RS Pelabuhan Tanjung Perak dengan lokasi yang sama.



dan berstatus sebagai salah satu cabang usaha dari PT Pelabuhan Indonesia III. Pada tanggal 1 September 1999, RS ini berubah status dari salah satu unit cabang usaha PT Pelabuhan Indonesia III menjadi anak perusahaan dari PT Pelabuhan Indonesia III, dengan nama PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Perubahan status RSPS ini berdampak pada perubahan dalam pengelolaan RS, yaitu RS ini harus mampu menyelenggarakan operasional RS secara mandiri, dan mampu memberikan kontribusi keuntungan bagi pemiliknya. Oleh karena itu, RS ini harus berusaha secara terus menerus untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Salah satu program unggulan RSPS adalah menjadi "*Traumatologi, pain and rehabilitation center*". Pemilihan program unggulan tersebut dibuat berdasarkan pertimbangan sebagai berikut: lokasi RSPS yang dekat dengan jalan raya dan Pelabuhan Tanjung Perak, angka kecelakaan lalu lintas dan angka kecelakaan kerja yang meningkat, merupakan pintu gerbang Surabaya utara, serta dikelilingi oleh beberapa perusahaan besar. RSPS berharap untuk dapat melayani pasien kecelakaan lalu lintas darat maupun laut serta kecelakaan kerja.

Di Indonesia, jumlah yang meninggal dunia akibat kecelakaan lalu lintas pada tahun 2002 adalah 10.696 orang. Jadi setiap hari rata-rata yang meninggal adalah 29,3 orang atau satu orang lebih meninggal karena kecelakaan lalu lintas dalam setiap jam. Bahkan kalau ditinjau dari umur korban yang meninggal, sebanyak 70% adalah mereka yang masih usia produktif. Terdiri dari 42 % korban yang berumur 22-30 tahun dan 28% korban berumur 31-40 tahun.

Angka kecelakaan kerja di Indonesia tergolong tinggi, jika mengacu pada data Jamsostek. Pada tahun 2002 terdata 433 kasus kecelakaan kerja setiap hari. Kecelakaan tersebut menyebabkan delapan orang meninggal, 43 orang cacat, dan dua

orang mengalami cacat tetap. Korban penyandang cacat tetap biasanya hanya bisa menerima nasib mengalami pensiun dini.

Diperkirakan, angka sebenarnya lebih tinggi karena data di atas hanya mencakup pekerja peserta Jamsostek. Tingginya angka kecelakaan kerja merupakan indikasi bahwa penanggulangan kecelakaan kerja belum ditangani secara serius oleh pemerintah.

Trauma Center merupakan satu kesatuan dari beberapa unit kegiatan yang saling mendukung dalam terlaksananya pelayanan penanganan terhadap trauma (jurnal *Region Designation*). *Trauma Center* meliputi unit sebagai berikut :

1. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
2. Ambulans
3. Laboratorium
4. Radiologi
5. Kamar Operasi
6. *Intensive Care Unit* (ICU)
7. Rehabilitasi Medik
8. Farmasi & Apotek

Untuk pengembangan program unggulan *Trauma Center* dibutuhkan kerja sama antar unit yang baik, dengan Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan pemasaran sebagai ujung tombak.

Dari survei awal yang dilakukan, didapatkan data kontribusi pendapatan unit-unit yang termasuk *Trauma Center* terhadap total pendapatan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya selama tahun 2002-2004, data jumlah kunjungan Instalasi Gawat Darurat (IGD) selama tahun 2002-2004 dan data kasus trauma berdasarkan kategori menurut

ICD selama tahun 2002-2004 di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Data kontribusi pendapatan unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya selama tahun 2002-2004 dapat dilihat pada tabel 1.1

Tabel 1.1 Data kontribusi pendapatan unit-unit yang termasuk *Trauma Center*

No	Unit	2002	%	% kum	2003	%	% kum	2004	%	% kum
1.	IGD	813.733.146	2,4	2,4	927.757.248	2,1	2,1	1.213.775.742	2,5	2,5
2.	Ambulans	75.090.000	0,2	2,6	96.714.900	0,2	2,3	91.543.959	0,2	2,7
3.	Laboratorium	2.052.755.530	6,0	8,6	2.159.821.563	4,9	7,2	2.827.422.687	5,8	8,5
4.	Radiologi	653.007.620	1,9	10,5	722.971.043	1,7	8,9	822.430.739	1,7	10,2
5.	OK	2.495.026.578	7,3	17,8	4.955.188.357	11,3	20,2	6.105.734.663	12,5	22,7
6.	ICU	599.431.779	1,8	19,6	522.265.828	1,2	21,4	891.262.572	1,8	24,5
7.	Rehab Medik	101.102.850	0,3	19,9	276.689.480	0,6	22	831.947.161	1,7	26,2
8.	Apotek	17.321.470.260	50,9	70,8	19.810.301.850	45,3	67,3	20.457.781.876	42,0	68,2
	Unit lain	9.900.364.750	29,2	100	14.252.090.912	32,7	100	15.477.080.728	31,8	100
	Pendapatan total RS	34.011.982.513	100	100	43.723.801.181	100	100	48.718.980.127	100	100

Sumber: Rekam Medis Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Dari tabel 1.1 dapat dilihat, bahwa unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya memberikan kontribusi yang sangat besar bagi pendapatan Rumah Sakit selama tahun 2002-2004, yaitu sebesar 70,8 % untuk tahun 2002, 67,3% untuk tahun 2003 dan 68,2% untuk tahun 2004.

IGD sebagai ujung tombak *Trauma Center* juga diharapkan dapat memberikan kontribusi yang berharga bagi Rumah Sakit. Data kunjungan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya tahun 2002-2004 dapat dilihat dari tabel 1.2

Tabel 1.2 Data kunjungan IGD RSPS selama tahun 2002-2004

Tahun	2002	2003	2004
Jumlah kunjungan	17365	14303	13631

Sumber: Rekam Medis Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Meskipun pada tabel 1.2 terlihat adanya penurunan jumlah kunjungan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya selama tahun 2002-2004, namun untuk kasus trauma sendiri mengalami peningkatan.

Untuk data kategori diagnosis trauma yang ada di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya selama tahun 2002-2004 dapat dilihat pada tabel 1.3 :

Tabel 1.3 Data kategori diagnosis trauma di IGD RSPS berdasarkan ICD selama tahun 2002-2004

No.	Keterangan	Kode	2002	2003	2004
1.	Cedera pada kepala	S00-S09	311	417	404
2.	Cedera pada leher	S10-S19	6	7	3
3.	Cedera pada toraks	S20-S29	7	9	22
4.	Cedera pada abdomen, punggung bawah, spinal lumbar dan pelvic	S30-S39	4	16	17
5.	Cedera pada bahu dan lengan atas	S40-S49	5	21	15
6.	Cedera pada siku dan lengan bawah	S50-S59	4	25	41
7.	Cedera pada pergelangan tangan dan tangan	S60-S69	45	377	363
8.	Cedera pada pinggul dan paha	S70-S79	8	11	12
9.	Cedera pada lutut dan kaki bagian bawah	S80-S89	5	33	41
10.	Cedera pada pergelangan dan telapak kaki	S90-S99	68	239	259
11.	Cedera multiple yang mengenai beberapa bagian tubuh	T00-T07	114	705	776
12.	Cedera yang tidak spesifik pada bagian bagian dari batang tubuh, anggota gerak atau bagian tubuh	T08-T14	514	742	844
13.	Luka bakar dan kerusakan jaringan	T20-T32	34	90	107
14.	Akibat-akibat penyebab luar lain yang tidak spesifik	T66-T78	9	17	15
JUMLAH			1134	2709	2909

Sumber: Rekam Medis Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Pada tabel 1.3 di atas dapat dilihat adanya peningkatan jumlah pasien untuk kategori trauma di IGD Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Penetapan *Trauma Center* sebagai program unggulan di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya tepat karena jumlah pasien trauma yang ditangani di IGD Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya meningkat. Juga karena lokasi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya yang merupakan pintu gerbang

Surabaya Utara. Sehingga manajemen RS melihat adanya suatu peluang untuk menjadikan *Trauma Center* sebagai program unggulan di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

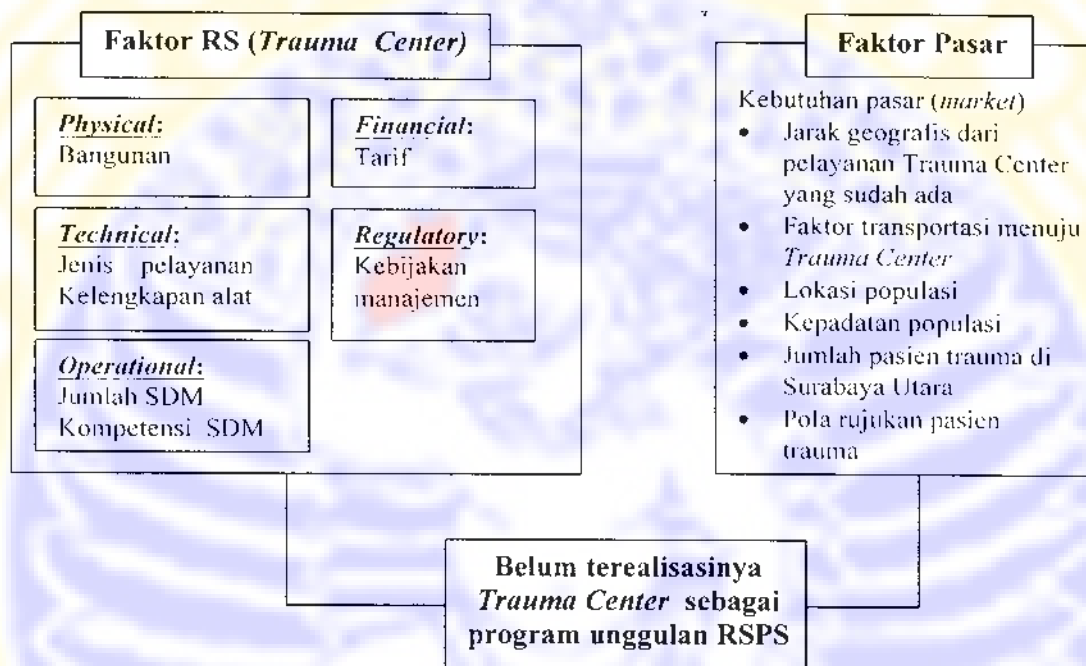
Pada residensi juga dilakukan survei pelanggan *captive market*. Ada 9 perusahaan, yang terdiri dari lima pelanggan internal (kantor pusat dan anak perusahaan PT Pelindo III) dan empat pelanggan eksternal (perusahaan lain di luar Pelindo III). Pelanggan internal adalah Kantor Pusat Pelindo III, Kantor Pelindo III Cabang Surabaya, PT Portek, PT BJTI, dan PT TPS. Sedangkan pelanggan eksternal adalah PT Merratus, PT Bogasari, PT Kayu Ramin, dan TKBM. Survei dilakukan dengan pengisian kuesioner dan wawancara *in-depth* terhadap staf personalia perusahaan pelanggan yang mengurus kesejahteraan dan kesehatan karyawan.

Dari wawancara *in-depth* didapatkan masih adanya 6 perusahaan yang masih kurang percaya bahwa RSPS sudah dapat menangani kasus trauma berat dan mengirimkan pasien ke RS Dr Sutomo.

Sehingga yang menjadi masalah disini adalah belum terealisasinya *Trauma Center* sebagai program unggulan RSPS

1.2 Kajian Masalah

Ada berbagai faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan *Trauma Center* sebagai program unggulan RSPS, sehingga penting bagi RSPS untuk mengetahui berbagai faktor yang mempengaruhi keberhasilan *Trauma Center* sebagai program unggulan RSPS. Gambar 1.1 menerangkan mengenai hal tersebut.



Gambar 1.1 Faktor yang mempengaruhi keberhasilan Trauma Center sebagai program unggulan RSPS

Faktor yang dapat mempengaruhi realisasi *Trauma Center* sebagai program unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah faktor rumah sakit (*Trauma Center*) itu sendiri dan faktor pasar. Faktor rumah sakit terdiri dari faktor *physical*, *technical*, *operational*, *financial* dan *regulatory*. Faktor *physical* terdiri dari bangunan unit *Trauma Center*.

Faktor *technical* terdiri dari jenis pelayanan dan kelengkapan alat. Faktor *operational* terdiri dari jumlah SDM dan kompetensi SDM. Faktor *financial* meliputi tarif. Faktor *regulatory* meliputi kebijakan manajemen rumah sakit.

Faktor *market* atau pasar yang dilihat adalah kebutuhan pasar akan adanya *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, yang meliputi jarak geografis dari pelayanan trauma yang sudah ada, faktor transportasi menuju *Trauma Center*, lokasi populasi dan kepadatan populasi, jumlah pasien trauma di wilayah Surabaya Utara, pola rujukan pasien trauma yang ada di wilayah Surabaya Utara.

Demikianlah telah diidentifikasi beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan *Trauma Center* sebagai program unggulan RSPS.

1.3 Batasan Masalah

Ada banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan *Trauma Center* sebagai program unggulan RSPS. Pada penelitian ini akan dibatasi untuk melihat kesiapan RSPS dalam hal *technical*, *operational* dan *market* untuk mendukung realisasi *Trauma Center* sebagai program unggulan RSPS.

1.4 Rumusan Masalah

1. Bagaimana kondisi aspek *technical* dan *operational Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya
2. Bagaimana kategori level *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya?
3. Bagaimana kebutuhan pasar terhadap adanya *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan umum

Analisis kebutuhan pasar untuk *Trauma Center* sebagai program unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

1.5.2 Tujuan khusus

- 1) Menilai kondisi aspek *technical* dan *operational Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya
- 2) Menilai kategori level *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya?
- 3) Menilai kebutuhan pasar terhadap adanya *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya?

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat bagi peneliti

- 1) Untuk memperdalam pengetahuan peneliti tentang analisis kebutuhan pasar khususnya untuk program unggulan atau program yang baru dikeluarkan.
- 2) Untuk menerapkan ilmu pengetahuan tentang analisis kebutuhan pasar

1.5.2 Manfaat bagi rumah sakit

Dapat dipakai sebagai masukan bagi rumah sakit dalam pengembangan *Trauma Center* sebagai program unggulan Rumah Sakit.

1.5.3 Manfaat bagi pihak lain

- 1) Dapat digunakan sebagai informasi mengenai analisis kebutuhan pasar untuk *Trauma Center* sebagai program unggulan RSPS.

- 2) Bagi institusi pendidikan, untuk mengetahui sampai sejauh mana penerapan ilmu pengetahuan yang telah diberikan kepada mahasiswa.



TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Bisnis perumaha-sakitan merupakan bisnis yang sedang berkembang sekarang ini. Banyaknya RS yang bermunculan, akan menimbulkan suatu persaingan pasar. Untuk dapat ikut dalam persaingan tersebut, suatu RS harus mempunyai *image* atau citra yang baik, sehingga pelanggan akan datang ke RS tersebut.

RS dapat menciptakan nilai tambah dengan menawarkan sesuatu yang lebih baik, lebih baru, lebih cepat, atau lebih terjangkau. Sedangkan menurut Reacy dan Wiersema, ada juga perusahaan yang dapat unggul dengan beroperasi lebih baik, mengenal pelanggannya lebih baik atau menghasilkan produk yang lebih baik dengan konsisten.

Agar produk yang ada di Rumah Sakit dapat dikenal oleh pelanggannya, diperlukan adanya strategi dalam memasarkan produk tersebut. Dalam mengembangkan strategi pemasaran, perusahaan harus menemukan cara khusus untuk mendapatkan keunggulan yang kompetitif. (Kotler dan Amstrong, 1997)

Kegiatan pemasaran harus didasari filosofi yang matang untuk pemasaran yang efisien, efektif dan bertanggung jawab. Ada lima konsep pemasaran yang mendasari cara organisasi melakukan kegiatan pemasarannya (Kotler dan Susanto, 2000):

1. Konsep berwawasan produksi

Konsep ini berpendapat bahwa konsumen akan memilih produk yang mudah didapat dan murah harganya.

2. Konsep berwawasan produk

Konsep ini berpendapat bahwa konsumen akan memilih produk yang menawarkan mutu, kinerja terbaik, atau hal – hal inovatif lainnya.

3. Konsep berwawasan menjual

Konsep ini berpendapat bahwa kalau konsumen dibiarkan saja, konsumen tidak akan membeli produk organisasi dalam jumlah cukup. Organisasi harus melakukan usaha penjualan dan promosi yang agresif

4. Konsep berwawasan pemasaran

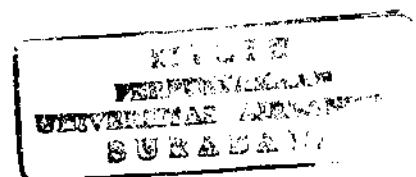
Konsep ini berpendapat bahwa kunci untuk mencapai tujuan organisasi terdiri dari penentuan kebutuhan dan keinginan pasar sasaran serta memberikan kepuasan yang diinginkan secara lebih efektif dan efisien daripada saingannya

5. Konsep berwawasan pemasaran bermasyarakat

Konsep ini beranggapan bahwa tugas perusahaan adalah menentukan kebutuhan, keinginan dan kepentingan pasar sasaran. Dan memenuhinya dengan lebih efektif serta lebih efisien daripada saingannya dengan cara mempertahankan atau meningkatkan kesejahteraan konsumen dan masyarakat.

Hal yang harus diperhatikan adalah :

1. *Administrative feasibility*, yaitu kemampuan yang dimiliki oleh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi.
2. Prioritas program



2.2 Trauma Center

Penanganan terhadap pasien yang terluka telah ditemukan pada praktek pengobatan sejak dahulu kala. Kata "trauma" berasal dari bahasa Yunani "*iatros*" yang berarti "luka pada bagian tubuh". *Trauma Center* yang pertama digunakan pada penanganan tentara-tentara dari pasukan Napoleon yang terluka.

Insiden trauma saat ini meningkat karena adanya industrialisasi, urbanisasi, peningkatan transportasi dan jumlah kendaraan bermotor, kekerasan yang terjadi di masyarakat, konflik sosial dan perbuatan manusia yang menyebabkan timbulnya bencana alam.

Peningkatan kemakmuran dan industrialisasi juga mengubah pola penyakit infeksi menjadi penyakit degenerasi, usia lanjut. Kegawatdaruratan berubah dari kegawatan infeksi menjadi kegawatan degenerasi, kecelakaan lalulintas, kebakaran, bom, huru hara, kardiovaskuler dan stroke. Kejadiannya dapat mengenai, "Siapa saja, kapan saja dan dimana saja".

Angka kematian dan kecacatan akibat kegawatdaruratan medik ditentukan oleh tingkat kecepatan, kecermatan dan ketepatan pertolongan. Doktrin pertolongan kegawatdaruratan yang berkembang adalah "*Time Saving is Life Saving and Limb*" dengan indikator proses adalah "*Respon Time*" atau waktu tanggap dan indikator mutu adalah "*Survival Rate*" (angka kehidupan)

Trauma adalah pembunuh nomer 1 untuk usia dibawah 40 tahun dan menempati urutan teratas angka kesakitan, kematian, kecacatan yang menyebabkan kerugian ekonomi terhadap suatu negara.

Trauma Center saat ini didefinisikan sebagai sebuah fasilitas RS yang khusus menyediakan kebutuhan akan adanya dokter bedah spesialis, dokter spesialis, ahli anestesi, perawat dan peralatan "*life support*" secara cepat, selama 24 jam untuk

menangani pasien yang terdapat luka berat atau pasien trauma yang beresiko lukanya bertambah gawat

Sebagai program unggulan, *Trauma Center* menjadi prioritas PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Selain itu, program *Trauma Center* ini dapat dijadikan sebagai program unggulan karena memang memenuhi syarat yang harus ada dalam pengadaan suatu *Trauma Center*.

Dalam pengadaan suatu *Trauma Center*, harus dipikirkan kebutuhan pasar akan adanya *Trauma Center*, yaitu berupa jarak geografis dari pelayanan trauma yang sudah ada, faktor transportasinya, lokasi populasi dan kepadatannya, perkiraan jumlah pasien trauma, pola rujukan pasien, RS atau pelayanan trauma lain dan rujukan yang ada di daerah tersebut. (Jurnal *Region Designations*)

Menurut *American College of Surgeons Committee on Trauma*, ada 5 level *Trauma Center* (Jurnal *American College of Surgeons Committee on Trauma Classification System of Trauma Center*), yaitu :

1. Level I

Menyediakan pelayanan trauma yang menyeluruh, sebagai sumber daya daerah, sebagai sarana pendidikan, penelitian, dan perencanaan sistem. Level ini dibutuhkan untuk melayani ketersediaan ahli bedah trauma, ahli anestesi, dokter spesialis, perawat, dan perlengkapan resusitasi.

2. Level II

Menyediakan pelayanan trauma menyeluruh dan sebagai pendukung *Trauma Center* level I pada daerah perkotaan yang besar atau sebagai rumah sakit utama pada daerah dengan kepadatan penduduk yang tinggi.

3. Level III ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

Menyediakan pelayanan resusitasi, bedah emergensi, dan stabilisasi dengan rujukan ke level I dan level II. Secara khusus, tipe ini melayani masyarakat yang tidak mempunyai akses segera ke *Trauma center* level I atau level II.

4. Level IV dan V

Menyediakan dukungan bantuan hidup lanjutan untuk pasien pada daerah yang tidak mempunyai pelayanan trauma yang lebih tinggi. Peran kunci level IV adalah dalam resusitasi dan stabilisasi pasien dan mengatur rujukan mereka ke *Trauma Center* yang terdekat dan yang lebih memadai.

Trauma Center level V secara khusus tidak ditandai oleh *American College of Surgeons*, tapi level ini digunakan oleh beberapa daerah yang jauh dari RS yang dikategorikan sebagai pendukung bantuan hidup.

Trauma Center merupakan satu kesatuan dari beberapa unit kegiatan yang saling mendukung dalam terlaksananya pelayanan penanganan terhadap trauma. (*jurnal Region Designation*)

Trauma Center meliputi unit sebagai berikut :

1. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
2. Ambulans
3. Laboratorium
4. Radiologi
5. Kamar Operasi
6. *Intensive Care Unit* (ICU)

Untuk perawatan lanjutan pasien trauma diperlukan unit pendukung lain seperti poliklinik bedah dan sebagainya.

2.2.1 Instalasi Gawat Darurat (IGD) :

Menurut Protap Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS Dr. Soetomo tahun 1997, pengertian tentang Instalasi Gawat Darurat adalah :

Instalasi Gawat Darurat :

Adalah tempat pelayanan kasus gawat darurat yang bekerja selama 24 jam per hari yang dilengkapi dengan tenaga, sarana dan fasilitas penunjang untuk tindakan diagnostik dan pengobatan definitif apabila diperlukan .

Kasus Gawat Darurat :

Adalah kasus mendadak berada dalam kondisi gawat, bila tidak dilakukan tindakan medik tertentu akan berakibat kecacatan atau kematian dalam waktu singkat.

Pelayanan Gawat Darurat :

Adalah pelayanan yang diberikan pada kasus gawat darurat dengan segera guna mencegah terjadinya kecacatan atau kematian yang seharusnya dapat dihindari (*preventable*)

Tujuan:

- 1) Melayani penderita gawat darurat secara efektif, efisien dengan cepat, tepat dan cermat .
- 2) Dapat menanggulangi kasus gawat darurat yang terjadi sehari – hari agar dapat mencegah terjadinya kecacatan dan kematian.

1) Berhubungan dengan unit lain di dalam Rumah Sakit jika IGD tidak dapat menangani sendiri seperti :

- a. Fasilitas Kamar Operasi
- b. Fasilitas Laboratorium
- c. Fasilitas Radiologi
- d. Fasilitas Ruang Perawatan

2) Rujukan dengan RS lain:

- a. Menerima rujukan dari RS lain
- b. Merujuk penderita ke RS yang lebih lengkap

Penyelenggaraan Pelayanan

Pelayanan yang dilakukan meliputi urutan sebagai berikut :

- 1) *Triage* (seleksi)
- 2) Resusitasi dan stabilisasi
- 3) Diagnostik
- 4) Pengobatan definitif

Dilaksanakan secara integratif dengan unit lain di lingkungan RS dan dilaksanakan di bawah satu atap.

Tempat Penyelenggaraan Pelayanan

Penyelenggaraan pelayanan dilakukan di gedung yang mempunyai pintu masuk yang terpisah dengan pintu utama RS dan dapat dicapai dengan mudah, baik menggunakan kendaraan ataupun berjalan kaki.

Memiliki peralatan diagnostik dan pengobatan definitif yang bekerja 24 jam / hari.

Kegiatan Pelayanan

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga.
Diutamakan pada penderita yang berada dalam keadaan kritis. Penanganan penderita kritis dilakukan melalui urutan sebagai berikut :

1) *Triage*

Pasien yang datang ke IGD dikelompokkan dan dikategorikan dalam 4 kelompok perawatan, yaitu:

1. Kondisi mengancam jiwa : level Biru
2. Kondisi gawat : level Merah
3. Kondisi gawat tidak darurat : level Kuning
4. Kondisi tidak gawat tidak darurat : level Hijau

Triage memiliki ruangan tersendiri dengan dokter *triage* yang ditunjuk oleh pimpinan IGD atau RS. Memiliki 2 macam penanganan :

- a. level hijau dan kuning
- b. level biru dan merah

Memiliki tempat tidur sedikitnya 2 buah. Untuk level kuning dan hijau ditangani di ruangan dekat *triage*. Penderita dengan level Biru langsung masuk ke dalam ruangan resusitasi.

2) Resusitasi

Disediakan bagi penderita berlabel biru untuk dilakukan resusitasi dan stabilisasi. Beberapa tindakan penyelamatan jiwa misalnya trakeostomi darurat, pemasangan *Chest tube*. Beberapa tindakan diagnostik seperti foto toraks, vertebra, pelvis. USG, Abdomen, CT Scan.

Ruangan resusitasi dilengkapi dengan alat resusitasi, seperti :

- a. O₂
- b. Alat – alat intubasi / *ambue bag*

c. Peralatan (instrumen untuk *tracheostomy*)

c. Peralatan (instrument untuk pemasangan *chest tube*)

d. DC Shock

e. Tensimeter

f. Monitor

g. Monitor oksigen (oximeter)

II. Penunjang Diagnostik

1. Laboratorium

2. Radiologi

3. USG

III. Tindakan definitif di OK Kecil

1. Bedah minor tanpa pembiusan umum :

a. *tendo repair*

b. reposisi tulang

c. laringoskopi

d. bronkoskopi

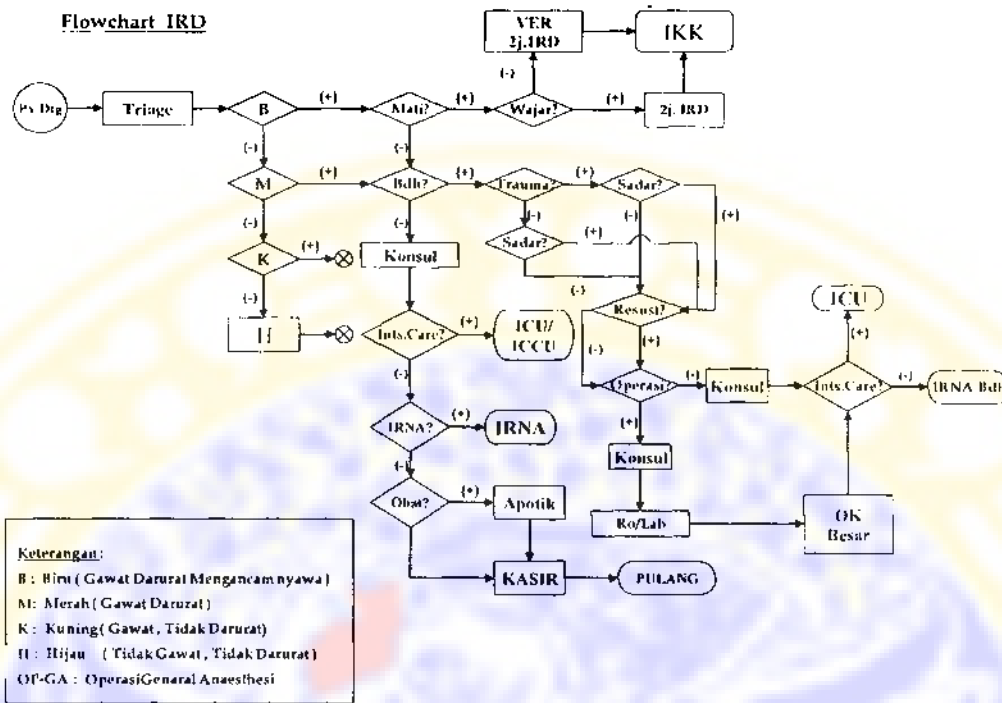
e. pengambilan benda asing

2. Tindakan minor dengan pembiusan umum.

IV. Pelayanan Obsgyn dan Intensif Neonatus

V. Ruang Observasi Intensif

VI. Kamar Operasi



Gambar 2.1 Flowchart IGD (Catatan kuliah MARS mata kuliah Sistem Informasi Manajemen Program Pascasarjana Universitas Airlangga).

2.2.2. Ambulans

Menurut Pedoman Pelayanan Gawat Darurat Departemen Kesehatan tahun 1995, fungsi ambulans secara umum adalah :

- Alat untuk transportasi penderita (200 km)
- Sebagai sarana kesehatan untuk menanggulangi penderita gawat darurat di tempat kejadian
- Sebagai rumah sakit lapangan pada penanggulangan penderita gawat darurat dalam keadaan bencana

Klasifikasi ambulans sesuai fungsinya sebagai berikut :

- ambulans transportasi
- ambulans gawat darurat

3. ambulans rumah sakit lapangan
4. ambulans pelayanan medik lapangan
5. kereta jenazah

Ambulans Gawat Darurat

Tujuan penggunaan :

- a. Pertolongan PPGD Pra Rumah Sakit
- b. Pengangkutan penderita gawat darurat yang sudah distabilkan ke tempat tindakan definitif / distabilkan Rumah Sakit.

Persyaratan Teknis :

A. Teknis

1. Kendaraan roda empat atau lebih dengan suspensi lunak
2. Ruang penderita tidak dipisahkan dengan ruang pengemudi
3. Tempat duduk yang dapat diatur atau dilipat lagi bagi petugas di ruang penderita
4. Dilengkapi sabuk pengaman
5. Ruang penderita cukup luas untuk sekurang – kurangnya dua tandu
6. Ruang penderita cukup tinggi sehingga petugas dapat berdiri tegak untuk melakukan tindakan
7. Gantungan infus terletak sekurang – kurangnya 90 cm di atas tempat penderita
8. Stop kontak khusus untuk 12 v DC di ruang penderita
9. Lampu ruangan secukupnya dan lampu sorot bergerak untuk menerangi penderita yang dapat dilipat
10. Meja yang dapat dilipat
11. Lemari untuk obat dan peralatan

12. Air bersih 20 liter, wastafel dan penampungan air limbah
13. Sirine dengan dua nada
14. Lampu rotator warna merah dan biru
15. Radio komunikasi
16. Buku petunjuk pemeliharaan semua alat berbahasa Indonesia
17. Peralatan penyelamatan (*rescue*)
18. Tanda pengenal dari bahan yang memantulkan cahaya.

B. Medis

1. Tabung oksigen dengan peralatan untuk dua orang
2. Peralatan medis P3K
3. Peralatan resusitasi lengkap bagi orang dewasa dan anak atau bayi
4. *Suction pump* manual dan listrik 12 v DC
5. Peralatan EKG dan monitoring lainnya
6. *Minor surgery set*
7. Obat – obatan gawat darurat dan cairan infus secukupnya

C. Petugas

1. Satu supir atau perawat gawat darurat dengan kemampuan mengemudi dan komunikasi
2. Satu perawat gawat darurat
3. Satu dokter gawat darurat (tergantung keadaan)

2.2.3 Laboratorium

Pelayanan laboratorium yang cepat, tepat, dan akurat, untuk membantu para klinisi bertindak cepat dengan diagnosa yang tepat. Kegiatan 24 jam

Standar peralatan untuk unit laboratorium adalah:

1. *Auto analyzer*
2. Alat untuk pemeriksaan kimia klinik
3. Alat untuk pemeriksaan hematologi
4. *Centrifuge*
5. Fotometer
6. Alat untuk pemeriksaan urine
7. *Coagulator*
8. *Rotator*
9. *Roller mixer*

Personalia laboratorium:

1. Tenaga medis 1 atau 2 orang (dokter Spesialis Patologi Klinik)
2. Analis medis (jumlah disesuaikan dengan besar unit)
3. Petugas pembantu.

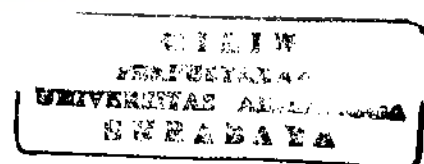
2.2.4 Radiologi

Unit radiologi merupakan unit yang berperan besar dalam pengadaan *Trauma Center*. 75% kasus trauma membutuhkan diagnosis radiologi. Karena adanya peranan tersebut, maka unit ini harus beroperasi 24 jam.

Standar pelayanan medik unit radiologi adalah:

1. Peralatan
 - a. 1 unit *Tilting Table*, 1 *under table tube* dengan *spot filming device* (seri photo)
 - b. 1 *stationery bucky table* dengan *overhead tube*

Kedua unit diatas (a dan b) mempunyai 1 generator dengan kekuatan 125 kV dan 500 mA



- c. 1 mobile unit dengan kekuatan minimal 100 mA dan 100 kV
- d. 1 alat ultrasonografi (USG)
2. Sumber Daya Manusia (SDM)
 - a. dokter spesialis Radiologi
 - b. Radiografer
 - c. Administrasi
3. Ruang
 - a. Ruang untuk foto X-Ray
 - b. Ruang untuk USG
 - c. Ruang untuk foto CT Scan
4. Pelayanan Radio Diagnostik
 - a. Non Kontras
 - Tulang-tulang
 - Toraks
 - Jaringan lunak
 - Abdomen
 - b. Dengan kontras
 - IVP
 - Cholecistografi
 - Fistulografi
 - Histero Salfingografi
 - Esofagografi
 - Maag Duodenografi
 - *Colon inloop* (Barium enema)

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga

3. Pola kebiasaan melakukan cuci tangan dengan menggunakan antiseptic untuk seluruh petugas.

Peralatan dan perlengkapan yang disediakan dalam Unit Kamar Operasi tergantung dari besar kecilnya unit tersebut. Peralatan dan perlengkapan yang harus tersedia diantaranya adalah meja operasi, meja anestesi, lampu operasi (juga disediakan untuk kondisi darurat), unit anestesi, X – ray, tempat tidur, pengamanan, gaun, *trolley*, instrumen pembedahan, *suction*, *diathermi*, dan lain – lain.

Fasilitas fisik yang harus tersedia tergantung jumlah dan jenis operasi. Biasanya fasilitas fisik yang tersedia adalah: ruang tindakan pembedahan, ruang anestesi, ruang cuci tangan, ruang pemulihan, ruang penyimpanan alat, fasilitas umum pekerja, ruang sekretariat, dan ruang profesional.

Jumlah tenaga yang diperlukan dalam Unit Kamar Operasi tergantung pada jumlah tindakan pembedahan yang dilakukan, tipe tindakan pembedahannya, jumlah jam yang diperlukan untuk tindakan pembedahan, dan tingkat ketergantungan pasien di ruang pemulihan. Rumusan ketenagaan tersebut khususnya diperuntukkan untuk tenaga keperawatan. Jumlah tenaga lain dapat disesuaikan dengan jumlah dan jenis tindakan pembedahan serta kegiatan operasional yang dilaksanakan

Standar tenaga perawat di dalam kegiatan suatu operasi :

- a. 2 perawat instrument (*scrub nurse*)
- b. 1 perawat Bantu (*circulating nurse*)
- c. 1 petugas *cleaning service*

Unit kamar Operasi harus melayani semua pembedahan baik gawat maupun elektif di RS. Dengan tenaga pelaksana:

1. Dokter
2. Paramedik

3. Administrasi

4. Pegawai pos

2.2.6 *Intensive Care Unit (ICU)*

Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu tempat atau unit tersendiri di dalam rumah sakit, memiliki staf khusus, dan peralatan khusus, untuk menanggulangi pasien gawat karena penyakit, trauma atau komplikasi.

Staf khusus adalah dokter dan perawat yang terlatih atau berpengalaman dalam "*intensive care (perawatan)*" yang mampu memberikan pelayanan 24 jam; dokter ahli laboratorium diagnostik; teknisi alat monitor, alat untuk menopang fungsi vital, dan alat untuk prosedur diagnostik.

Sebuah ICU hendaknya memiliki kemampuan minimal sebagai berikut :

- a. Resusitasi jantung paru
- b. Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan penggunaan ventilator
- c. Terapi oksigen
- d. Pemantauan EKG terus menerus
- e. Pemasangan alat pacu jantung dalam keadaan gawat
- f. Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
- g. Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
- h. Pemakaian pompa infus atau semprit untuk terapi secara titrasi
- i. Kemampuan melakukan teknik khusus sesuai dengan keadaan pasien
- j. Memberikan bantuan fungsi vital dengan alat *portable* selama transportasi pasien gawat

Klasifikasi pelayanan ICU untuk Rumah Sakit Umum kelas B1 dan C adalah pelayanan ICU primer (standar minimal), yaitu:

Mampu melakukan resusitasi dan memberikan bantuan ventilasi kurang dari 24 jam serta mampu melakukan pemantauan jantung

Kekhususan yang harus dimiliki :

1. Ruang tersendiri: letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruangan perawatan lain
2. Memiliki kebijaksanaan atau kriteria penderita yang masuk, keluar serta rujukan
3. Memiliki seorang dokter spesialis anesthesiologi sebagai kepala
4. Ada dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru (A, B, C, D, E, F)
5. Konsulen yang membantu harus selalu siap dipanggil
6. Memiliki jumlah perawat yang cukup dan sebagian besar telah terlatih
7. Mampu melayani pemeriksaan laboratorium, roentgen, kemudahan diagnostik dan fisioterapi

2.2.7 Rehabilitasi Medik

Sejarah perkembangan rehabilitasi di bidang kelainan fisik di Indonesia dimulai oleh Prof. Dr. Soeharso ketika menangani korban perang fisik dalam merebut kemerdekaan.

Perkembangan rehabilitasi medik semakin berkembang setelah WHO mencanangkan "*Health for All by the Year of 2000*". Program ini menekankan pentingnya *Primary Health Care* dan pencegahan dini terhadap kemungkinan timbulnya kecacatan.

Pelayanan rehabilitasi medik saat ini dilakukan bersamaan dengan upaya promotif, preventif dan kuratif. Dengan demikian tenaga kesehatan mampu

meminimalisasi dampak kecacatan akibat penyakit yang diderita pasien. Ini merupakan paradigma baru dibidang pelayanan rehabilitasi medik.

Dimasa mendatang pelayanan rehabilitasi medik akan semakin dibutuhkan. Karena masalah kecacatan dimasa mendatang akan semakin meningkat. Ini akibat dampak dari keberhasilan pembangunan, serta meningkatnya angka kecelakaan kerja dan lalu lintas.

Standar pelayanan medik unit rehabilitasi medik adalah:

1. Peralatan

Terapi panas (infra merah, *Ultra Sound Diathermi*, terapi dingin (menggunakan es), traksi, elektro stimuli.

2. SDM

Terdiri dari dokter spesialis Rehabilitasi Medik, fisioterapis, *orthostic protesic*, administrasi

3. Ruangan

Terdiri dari Ruang perawatan dan ruang latihan (*gymnasium*).

4. Pelayanan

Fisioterapi (panas, dingin, traksi, Elektro Stimuli, Latihan-latihan (*Stroke, Low Back pain, Cerebral Palsy, Senam Hamil*), *Speech terapi* (terapi wicara), *Orthesa prothesa, Occupational therapy*.

2.2.8 Farmasi dan Apotek

Perbekalan Farmasi di IGD dibagi dalam 3 kelompok yaitu :

- a. Perbekalan Farmasi prioritas 1: harus selalu tersedia dalam unit pelayanan fungsional. Bila tidak tersedia dapat berakibat kematian atau kecacatan seumur hidup.

- b. Perbekalan Farmasi prioritas 2: juga dibutuhkan, tetapi masih memiliki toleransi waktu. Keterlambatan tidak menghambat pelayanan penderita.
- c. Perbekalan Farmasi prioritas 3 : Suplai hanya menunjang perawatan penderita.

Tugas pokok :

1. Menyusun daftar perbekalan farmasi yang diperlukan di IGD dengan pengelompokan
2. Meminta perbekalan farmasi di Instalasi Farmasi sesuai kebutuhan di IGD
3. Memantau jumlah perbekalan farmasi yang diperlukan di IGD
4. Membuat rencana tahunan

Pelayanan Anestesi :

Merupakan spesialisasi penunjang semua tindakan di IGD yang memerlukan tindakan operasi, yaitu :

- a. Mengelola pasien yang dalam keadaan sadar dan tidak sadar (meliputi penilaian dan pengobatan pada periode pra bedah, dalam waktu pembedahan, pasca bedah)
- b. Melindungi fungsi – fungsi vital (otak, jantung, paru, ginjal, hati)
- c. Mengelola masalah – masalah nyeri
- d. Mengelola resusitasi jantung, paru, otak
- e. Mengelola masalah – masalah menyangkut gangguan pernafasan
- f. Mengelola pasien gawat darurat di unit – unit khusus (ICU, ICCU)
- g. Mengelola gangguan cairan, elektrolit dan metabolisme

Tanggung jawab :

1. Evaluasi dan perawatan pra bedah
2. Pengelolaan medik pasien dan prosedur anesthesiologi

3. Evaluasi dan perawatan pasca bedah

Kualitas penanganan anestesi harus sama bagi semua pasien.

1. 24 jam per hari atau 7 hari dalam seminggu
2. Untuk pasien darurat dan terencana
3. Pasien bersalin atau pembedahan

Tim anestesi terdiri dari :

1. 1 dokter spesialis anestesi
2. 1 orang penata anestesi
3. 1 orang perawat anestesi
4. 1 orang perawat terlatih
5. 1 personil penunjang

Upaya pelayanan komunikasi medik untuk penanggulangan penderita gawat darurat (Pedoman Pelayanan Gawat Darurat, Depkes, 1995) :

Pada dasarnya pelayanan komunikasi di sektor kesehatan terdiri dari :

1. Komunikasi kesehatan

Sistem komunikasi ini digunakan untuk menunjang pelayanan kesehatan di bidang administratif

2. Komunikasi medis

Sistem komunikasi ini digunakan untuk menunjang pelayanan kesehatan di bidang teknis medis

- a. Tujuan

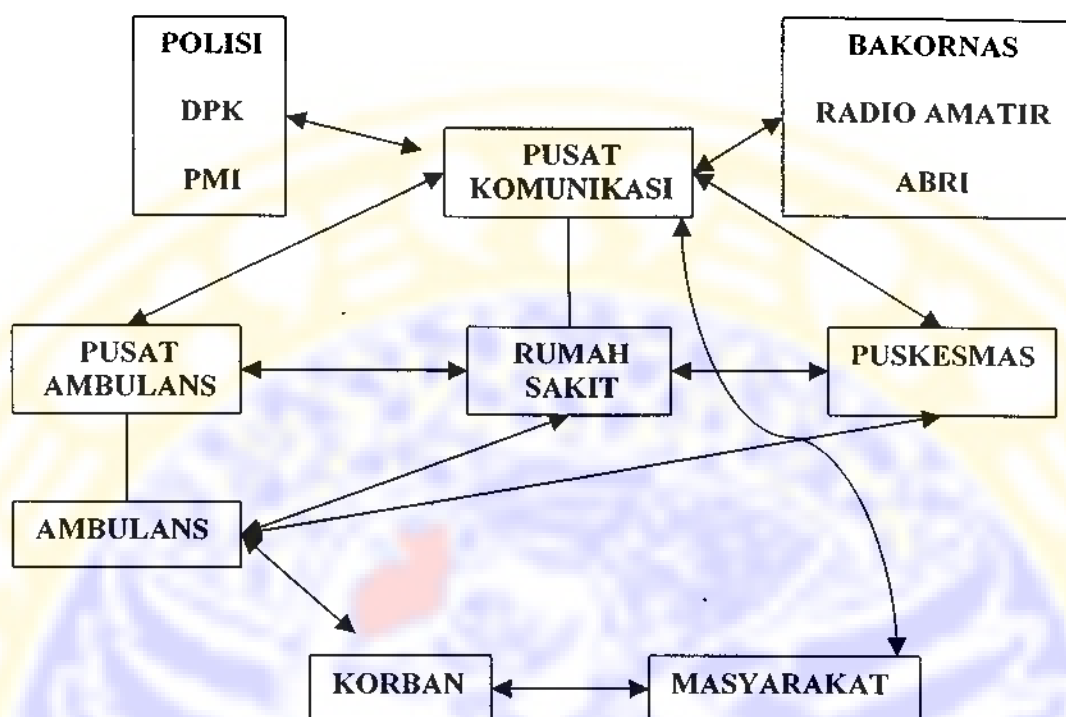
Untuk mempermudah dan mempercepat penyampaian dan penerimaan informasi dalam menanggulangi penderita gawat darurat

b. Fungsi komunikasi medis dalam penanggulangan penderita gawat darurat adalah :

1. Untuk memudahkan masyarakat dalam meminta pertolongan ke sarana kesehatan (akses ke dalam sistem gawat darurat)
2. Untuk mengatur dan membimbing pertolongan medis yang diberikan di tempat kejadian dan selama perjalanan ke sarana kesehatan yang lebih memadai
3. Untuk mengatur dan memonitor rujukan penderita gawat darurat dari puskesmas ke rumah sakit atau antar rumah sakit
4. Untuk mengkoordinir penanggulangan medik korban bencana

Syarat sentral komunikasi :

1. Harus mempunyai nomor telpon khusus (sebaiknya 3 digit)
2. Mudah dihubungi dan memberikan layanan 24 jam sehari
3. Dilayani oleh tenaga medis atau paramedis perawatan yang terampil dan berpengalaman.

Jaringan komunikasi :

Gambar 2.3 Skema jaringan komunikasi kesehatan (Pedoman Pelayanan Gawat Darurat, 1995)

2.3 Focus Group Discussion (FGD)

2.3.1 Pengertian FGD

FGD merupakan salah satu teknik dalam mengumpulkan data kualitatif. Dalam forum tersebut sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahannya dari seorang moderator atau fasilitator mengenai suatu topik (Qomarudin, 1998)

2.3.2 Karakteristik FGD

FGD mempunyai beberapa karakteristik, antara lain (Qomarudin, 1998):

1. Peserta terdiri dari 6-12 orang

Kelompok tersebut harus cukup kecil sehingga memungkinkan setiap individu untuk mendapat kesempatan mengeluarkan pendapatnya tetapi juga cukup

memperoleh pandangan anggota kelompok yang bervariasi. Apabila kelompok lebih dari 12 orang, timbul kecenderungan peserta diskusi ingin mengeluarkan pendapatnya tetapi tidak mendapat kesempatan. Sebaliknya kelompok yang dihadiri oleh 4-6 orang memberi kesempatan yang lebih banyak bagi peserta untuk berdiskusi tetapi ide-ide yang diperoleh lebih terbatas.

2. Peserta tidak saling mengenal

Pada umumnya FGD dilakukan terhadap responden yang homogen, yaitu yang memiliki variabel yang relevan yang sama (tergantung tujuan penelitian). Beberapa variabel yang sering kali digunakan adalah status sosial, tingkat kehidupan, status pengguna, tingkat pengalaman/keahlian, umur, status perkawinan, perbedaan budaya dan jenis kelamin.

3. FGD adalah suatu proses pengumpulan data

FGD bertujuan mengumpulkan data mengenai persepsi peserta terhadap sesuatu, misalnya pelayanan, dan tidak mencari kesepakatan ataupun keputusan mengenai tindakan yang harus diambil. Sedangkan teknik *Delphi method*, *brain storming* dan *nominal group* biasanya bertujuan untuk memecahkan masalah, atau mengidentifikasi kesepakatan yang disetujui semua pihak.

4. FGD mengumpulkan data kualitatif

FGD mengumpulkan data kualitatif yang memberikan data yang mendalam mengenai persepsi, pandangan peserta. Oleh karena itu dalam FGD digunakan pertanyaan yang terbuka yang memungkinkan peserta untuk memberikan jawaban disertai dengan penjelasan-penjelasan. Moderator disini berfungsi sebagai pengarah, pendengar, pengamat dan menganalisis data dengan menggunakan proses induktif.

5. FGD menggunakan diskusi yang terfokus

Topik diskusi ditentukan terlebih dahulu dan diatur secara berurutan. Pertanyaan diatur sedemikian rupa sehingga dimengerti oleh peserta diskusi. Moderator atau fasilitator menggunakan pertanyaan yang terbuka.

2.3.3 Tempat FGD

Pada prinsipnya FGD sebaiknya dilaksanakan di suatu tempat dimana peserta dapat secara bebas dan tidak merasa takut untuk mengeluarkan pendapatnya.

Beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan:

- Tempat harus menimbulkan rasa privasi bagi partisipan.
- Tempat harus memadai sehingga semua yang berbicara dapat didengar dengan baik.
- Tempat harus nyaman.
- Tempat tidak menimbulkan rasa tidak aman.
- Tempat harus mudah dijangkau oleh semua responden.
- Bila mungkin, tempat diskusi dapat diamati oleh peneliti tanpa menimbulkan rasa tidak nyaman bagi partisipan.

2.3.4 Penggunaan FGD

- Merancang studi kuantitatif (*before*)
- Mengkonfirmasi temuan dan mendapatkan informasi yang dalam dan luas (*during*)
- Memberikan insight tentang arti dan interpretasi suatu data (*after*)
- Memberikan data eksplorasi (*only*)

2.3.5 Persiapan FGD

Ada tiga hal yang perlu dipersiapkan, yaitu undangan, fasilitator, dan pencatat.

Mempersiapkan undangan

- 1) Pada waktu mengundang peserta FGD ada beberapa hal yang perlu diperhatikan:
- 2) Jelaskan kepada calon peserta mengenai lembaga yang mengadakan studi dan tujuannya. Jelaskan rencana FGD dan meminta calon peserta untuk berpartisipasi dalam FGD. Sebutkan juga mereka yang sudah bersedia ikut serta dalam FGD untuk mendorong calon peserta lain ikut berpartisipasi.
- 3) Beritahukan tanggal, waktu, tempat dan lamanya pertemuan.
- 4) Jika seseorang tidak mau atau tidak dapat datang, maka tekankan pentingnya kontribusi orang tersebut dan jika tetap menolak maka ucapkan terima kasih.
- 5) Jika orang tersebut mau datang maka beritahukan kembali tentang hari, jam, tempat dan pentingnya berpartisipasi dalam FGD.

Mempersiapkan Fasilitator/Moderator

Beberapa persiapan yang perlu dilakukan adalah:

- 1) Fasilitator menggunakan petunjuk diskusi agar supaya diskusi terfokus. Petunjuk diskusi ini berupa pertanyaan yang *open ended* atau terbuka.
- 2) Peranan fasilitator adalah sebagai berikut:
 - Menjelaskan tentang topik diskusi
Seorang fasilitator tidak perlu seorang yang ahli yang berkaitan dengan topik diskusi untuk dapat menguasai pertanyaannya. Disamping itu mampu melakukan pendekatan kepada peserta FGD sehingga mereka terdorong untuk mengeluarkan pendapat-pendapatnya. Fasilitator yang mempunyai rasa humor akan lebih berhasil dalam FGD tersebut.
 - Mengarahkan kelompok, bukan diarahkan oleh kelompok.
Fasilitator bertugas mengajukan pertanyaan dan harus netral terhadap jawaban peserta. Tekankan bahwa tidak ada jawaban yang benar atau

salah. Tidak boleh memberikan persetujuan atau tidak setuju terhadap jawaban yang akan mempengaruhi pendapat peserta.

- Amati peserta dan tanggap terhadap reaksi mereka.
Mendorong semua peserta untuk berpartisipasi dan jangan biarkan sejumlah individu memonopoli diskusi.
- Ciptakan hubungan baik dengan peserta sehingga dapat menggali jawaban dan komentar yang lebih dalam
- Fleksibel dan terbuka terhadap saran-saran, perubahan-perubahan dan lain-lain.
 - Amati komunikasi non verbal antar peserta dan tanggap terhadap hal tersebut.
- Hati-hati terhadap nada suara dalam mengajukan pertanyaan. Peserta akan merasa tidak senang apabila nada fasilitator memperlihatkan ketidaksabaran dan tidak bersahabat.

Mempersiapkan Pencatat

Pencatat berlaku sebagai pengamat selama FGD berlangsung dan bertugas mencatat hasil diskusi. Yang perlu dicatat adalah sebagai berikut:

- a. Tanggal pertemuan FGD dan waktu mulai dan selesai.
- b. Nama masyarakat dan catat secara singkat mengenai masyarakat tersebut serta informasi lainnya yang mungkin dapat mempengaruhi aktivitas peserta. Misalnya jarak dari desa ke kota dan sebagainya.
- c. Tempat pertemuan FGD, catat ringkas mengenai tempat dan sejauh mana tempat tersebut mempengaruhi peserta. Misalnya apakah tempatnya cukup luas, menyenangkan peserta dan lain-lain.

- d. Jumlah peserta dan beberapa uraiannya yang meliputi: jenis kelamin, umur, pendidikan dan lain-lain.
- e. Deskripsi umum mengenai dinamika kelompok misalnya derajat partisipasi peserta, apakah ada peserta yang dominan, peserta yang merasa bosan, peserta yang selalu diam dan lain-lain.
- f. Pencatat harus menuliskan kata-kata yang diucapkan dalam bahasa lokal oleh peserta.
- g. Pencatat memperingatkan kepada fasilitator kalau ada pertanyaan yang terlupakan atau juga mengusulkan pertanyaan yang baru.
- h. Pencatat dapat meminta peserta untuk mengulangi lagi komentarnya kalau fasilitator tidak mendengarkan komentar peserta tersebut karena sedang mendengarkan komentar peserta lain.

2.3.6 Pelaksanaan FGD

Pelaksanaan FGD dibagi menjadi 3 tahap yaitu:

1. Tahap persiapan dan pembukaan
2. Tahap isi
3. Tahap penutup

1. Tahap Persiapan dan Pembukaan

Fasilitator dan pencatat harus datang tepat pada waktunya sebelum peserta diskusi datang. Mereka sebaiknya bercakap-cakap secara informal dengan peserta. Ambililah kesempatan ini untuk mengenal nama peserta dan hal-hal yang menjadi perhatian mereka.

Fasilitator harus mempersiapkan tempat duduk peserta sedemikian rupa sehingga para peserta terdorong untuk mau berbicara. Sebaiknya peserta duduk dalam satu lingkaran

bersama-sama dengan fasilitator. Pencatat biasanya duduk di luar lingkaran tersebut. Fasilitator harus mengusahakan tidak ada interupsi dari luar pada waktu FGD berjalan. Semua perlengkapan FGD harus disiapkan misalnya: kaset, baterai dan petunjuk diskusi.

Pada waktu membuka diskusi, fasilitator perlu memperhatikan hal-hal sbb:

- a. Jelaskan tujuan diadakan FGD serta perkenalkan nama fasilitator serta pencatat dan peranannya masing-masing.
- b. Minta peserta memperkenalkan diri dan fasilitator harus cepat mengingat nama peserta dan menggunakannya pada waktu berbicara dengan peserta.
- c. Jelaskan bahwa pertemuan tersebut tidak bertujuan untuk memberikan ceramah tetapi untuk mengumpulkan pendapat dari peserta. Tekankan bahwa fasilitator ingin belajar dari para peserta.
- d. Tekankan bahwa pendapat dari semua peserta sangat penting sehingga diharapkan semua peserta bebas mengeluarkan pendapat.
- e. Jelaskan bahwa pada waktu fasilitator mengajukan pertanyaan jangan berebutan menjawabnya pada waktu yang sama.
- f. Mulailah pertemuan dengan mengajukan pertanyaan yang sifatnya umum yang tidak berkaitan dengan topik diskusi.
- g. Mendorong beda pendapat. Responden harus diberi tahu bahwa didalam kelompok tidak ada jawaban salah atau benar sehingga dibenarkan untuk memiliki perasaan /pendapat yang berlainan dengan anggota lain. Mereka didorong untuk bebas mengemukakan pendapatnya secara terus terang dan jujur.
- h. Moderator harus bersikap netral. Moderator harus meyakinkan responden bahwa dia tidak berkaitan dengan kepentingan isi dan hasil diskusi sehingga apapun yang dikatakan responden tidak akan membuat dia merasa enak/tidak enak.

i. Aturan kelompok diberikan. Responden diminta berbicara bergantian dan berinteraksi dengan yang lain tapi tidak saling memotong pembicaraan.

2. Tahap Isi

Pada bagian ini kelompok mulai menyentuh topik-topik yang khusus. Biasanya ada perubahan topik dari topik kongkrit menuju isu yang abstrak; dari diskusi fakta menuju diskusi mengenai sikap, perasaan dan kepercayaan yang dalam beberapa hal mungkin sensitif. Moderator perlu memancing beberapa konsep atau isu khusus kepada kelompok untuk mendapatkan respon yang khusus.

Tujuan tahap ini adalah mendapatkan pemahaman mengenai suatu topik, menggali dinamika sikap yang berkaitan dengan perilaku dan mengamati bahasa dan emosi responden terhadap suatu topik. Moderator harus memiliki ketrampilan berikut:

- a. Memakai teknik probing untuk menjelaskan dan memahami respon yang diberikan oleh kelompok.
- b. Sensitivitas moderator terhadap tingkat penerimaan responden sangatlah penting. Moderator yang baik akan tahu kapan harus berpindah dari topik yang umum ke topik yang khusus.
- c. Mengkilas balik informasi yang diberikan responden pada awal diskusi pada permulaan diskusi inti. Seringkali responden memberikan komentar kritik pada permulaan diskusi. Moderator cukup membiarkan responden menyelesaikan komentarnya, dan pada saat yang tepat mintalah responden tersebut untuk memberikan komentar lanjutannya. Teknik ini selain menunjukkan perhatian moderator terhadap yang dikatakan responden juga merupakan transisi ke dalam topik yang baru sehingga diskusi nampak merupakan aliran yang berkelanjutan dan tidak terputus-putus.

- d. Terus-menerus menghubungkan komentar-komentar yang diberikan oleh responden sehingga memiliki arti yang kohesif bagi kelompok.
- e. Keluwesan dalam mendiskusikan isu-isu relevan yang mungkin tidak terdapat dalam pedoman diskusi. Oleh karena itu moderator harus memahami topik yang didiskusikan dan tujuan studi tersebut agar dapat menyaring mana informasi yang diperlukan dan mana yang tidak diperlukan.
- f. Mengatasi masalah-masalah khusus yang sering kali timbul dalam diskusi kelompok seperti konflik antar responden atau hilangnya antusias dalam kelompok.
- g. Memakai taktik dan pendekatan yang bervariasi.

2.4 Matrik Ansoff

Metode manajemen strategi adalah prosedur atau sistematika langkah yang berurutan, terencana untuk mencapai tujuan. Metode manajemen strategi pada setiap organisasi adalah sama. Teknik manajemen strategi adalah suatu ketrampilan profesional dalam mewujudkan tujuan dengan berbasis mutu (puas bagi manajemen, puas staf dan puas bagi pelanggan). Isi sebuah teknik adalah alat, instrumen pengukuran, cara analisis dan penarikan keputusan, yang membantu dalam penyusunan strategi dan taktik. Hasil dari analisis suatu pengukuran umumnya dinyatakan dalam sebuah matrik keputusan. Ada beberapa teknik yang bisa digunakan dalam menyusun strategi usaha seperti Analisis SWOT, Matrik BCG (*Boston Consulting Group*), Matrik Ansoff, Analisis Medan Kekuatan (*Force Field Analysis*). Dalam penelitian ini yang digunakan adalah matrik Ansoff.

2.4.1 Persiapan

- a. Tinjauan ulang Visi, Misi dan Strategi organisasi.

- b. Kumpulkan informasi tentang faktor produksi (*man, money, technology, financial*, sarana dan prasarana) baik kuantitas informasi, kualitas, waktu dan tempat.
- c. Kumpulkan indikator dan standar normatif. Bisa dengan standar dari peraturan, pedoman yang ada atau dengan mempelajari standar dari organisasi yang berhasil (*benchmark*) atau anda tentukan sendiri.
- d. Persiapkan secara fisik dan mental pengetahuan serta ketrampilan untuk melakukan sumbang saran, teknik “scoring”, dan teknik lain pengambilan keputusan.

2.4.2 Audit

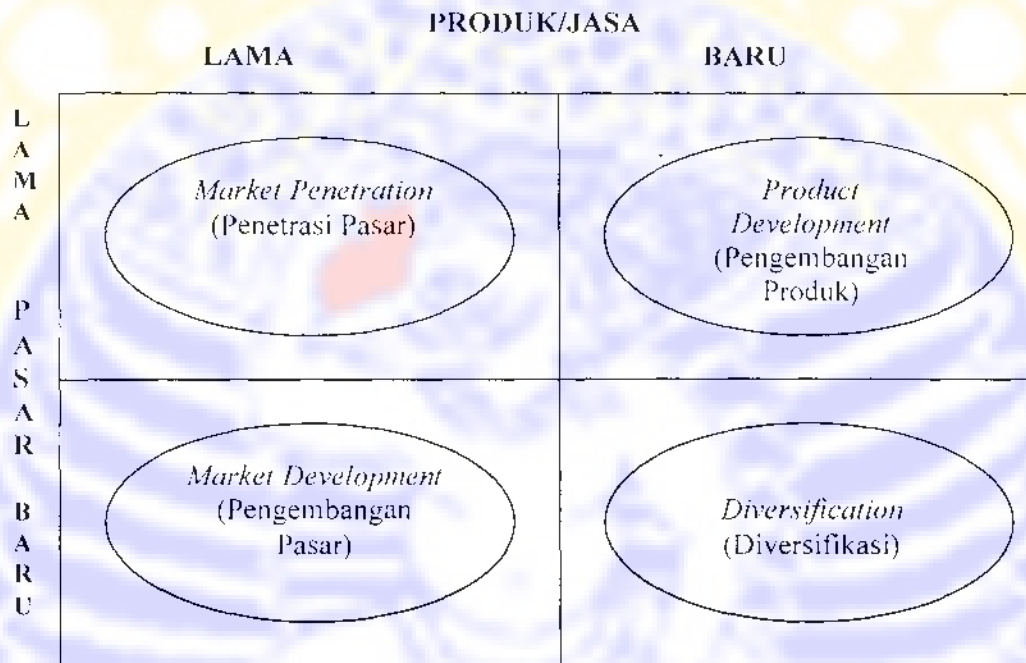
Audit pemasaran adalah suatu tinjauan formal dan sistematis pada strategi dan rencana pemasaran yang diambil. Audit menjawab pertanyaan “dimana posisi rumah sakit pada saat ini”. Audit dapat dilakukan secara eksternal dan internal.

Audit eksternal berkaitan dengan lingkungan, pasar dan persaingan. Variabel ini dikelompokkan sebagai variabel tidak dapat dikontrol. Audit internal berkaitan dengan variabel yang dapat dikontrol dan disebut juga sebagai variabel operasional.

Hasil audit dapat dijabarkan dalam hasil analisis portofolio matriks SWOT, *Balanced Score Card*, matrik Ansoff dan lain-lain. Dibawah ini menjelaskan matrik Ansoff yang merupakan *Grand Strategy*, dimana matrik tersebut terdapat empat strategi untuk mencapai tujuan pemasaran yaitu (dua faktor kunci = faktor produk (jasa) dan faktor pasar).

Sasaran pemasaran hanya berkaitan dengan produk dan pasar saja atau apa yang dijual dan kepada siapa produk tersebut dijual. Matrik Ansoff dapat digunakan sebagai sarana pembantu dalam menetapkan sasaran pemasaran. Ansoff menetapkan empat alternatif tindakan yang mungkin bagi perusahaan dalam penetapan sasaran:

- Menjual produk yang ada ke pasar yang ada (Strategi penetrasi pasar)
- Memperpanjang (memperluas) produk yang ada ke pasar baru (Strategi pengembangan pasar)
- Mengembangkan produk baru untuk pasar yang ada (Strategi pengembangan Produk)
- Mengembangkan produk baru untuk pasar baru (Strategi diversifikasi)



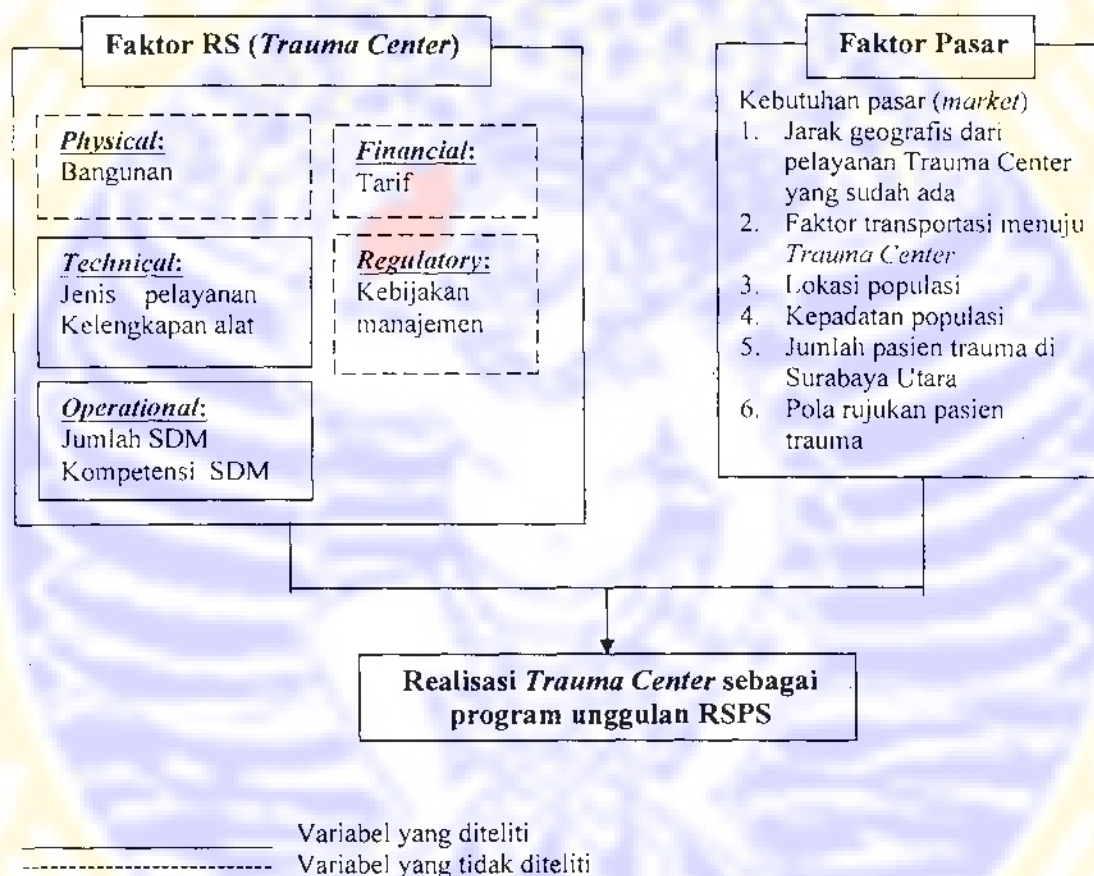
Gambar 2.3 Bagan Matrik Ansoff

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Dari bab pendahuluan dan tinjauan pustaka akhirnya didapatkan kerangka konseptual sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian

Faktor yang dapat mempengaruhi realisasi *Trauma Center* sebagai program unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah faktor rumah sakit (*Trauma Center*) itu sendiri dan faktor pasar. Faktor rumah sakit terdiri dari faktor *physical*,

technical, operational, financial dan regulatory. Faktor *physical* terdiri dari bangunan unit *Trauma Center*.

Faktor *technical* terdiri dari jenis pelayanan dan kelengkapan alat. Faktor *operational* terdiri dari jumlah SDM dan kompetensi SDM. Faktor *financial* meliputi tarif. Faktor *regulatory* meliputi kebijakan manajemen rumah sakit.

Faktor *market* atau pasar yang dilihat adalah kebutuhan pasar akan adanya *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, yang meliputi jarak geografis dari pelayanan trauma yang sudah ada, faktor transportasi menuju *Trauma Center*, lokasi populasi dan kepadatan populasi, jumlah pasien trauma di wilayah Surabaya Utara, pola rujukan pasien trauma yang ada di wilayah Surabaya Utara.

Faktor yang akan diteliti disini adalah faktor *technical* dan faktor *operational*. Faktor ini diteliti karena akan menentukan di level trauma yang mana, *Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya akan berada.

Setelah ditentukan ada di level *Trauma Center* tertentu dan disesuaikan dengan kebutuhan pasar akan adanya *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, maka akan dapat dilihat isu strategis yang muncul, yang akan menentukan rekomendasi pengembangan *Trauma Center* sebagai program unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Rancang Bangun Penelitian

Penelitian ini merupakan sebuah penelitian audit pemasaran dalam lingkup pengembangan produk. Berdasarkan waktunya, penelitian ini adalah penelitian *Cross Sectional*. Berdasarkan cara penelitiannya, penelitian ini termasuk penelitian observasional.

4.2 Unit Analisis Penelitian dan Informan Penelitian

Unit analisis dalam penelitian ini adalah semua unit yang terkait dengan *Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dalam hal ini unit IGD, ambulans, laboratorium, radiologi, kamar operasi, ICU, rehabilitasi medik dan apotek.

Informan untuk penelitian ini adalah manajer unit IGD dan ICU, manajer unit penunjang medik (ambulans, laboratorium dan radiologi), manajer kamar operasi, manajer instalasi rawat jalan yang membawahi unit rehabilitasi medik dan manajer instalasi farmasi., Kasatlantas Polres Surabaya Utara, Kepala Instansi Jasa Marga I, Kepala Dinas Perhubungan Pemerintah Kota Surabaya, Kepala Biro Pusat Statistik Surabaya, Kepala Rekam Medik Rumah Sakit dr. Soetomo, Kepala Rekam Medik RS Al Irsyad, Kepala Rekam Medik RS Muhammadiyah, Kepala Rekam Medik RS Bunder.

4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

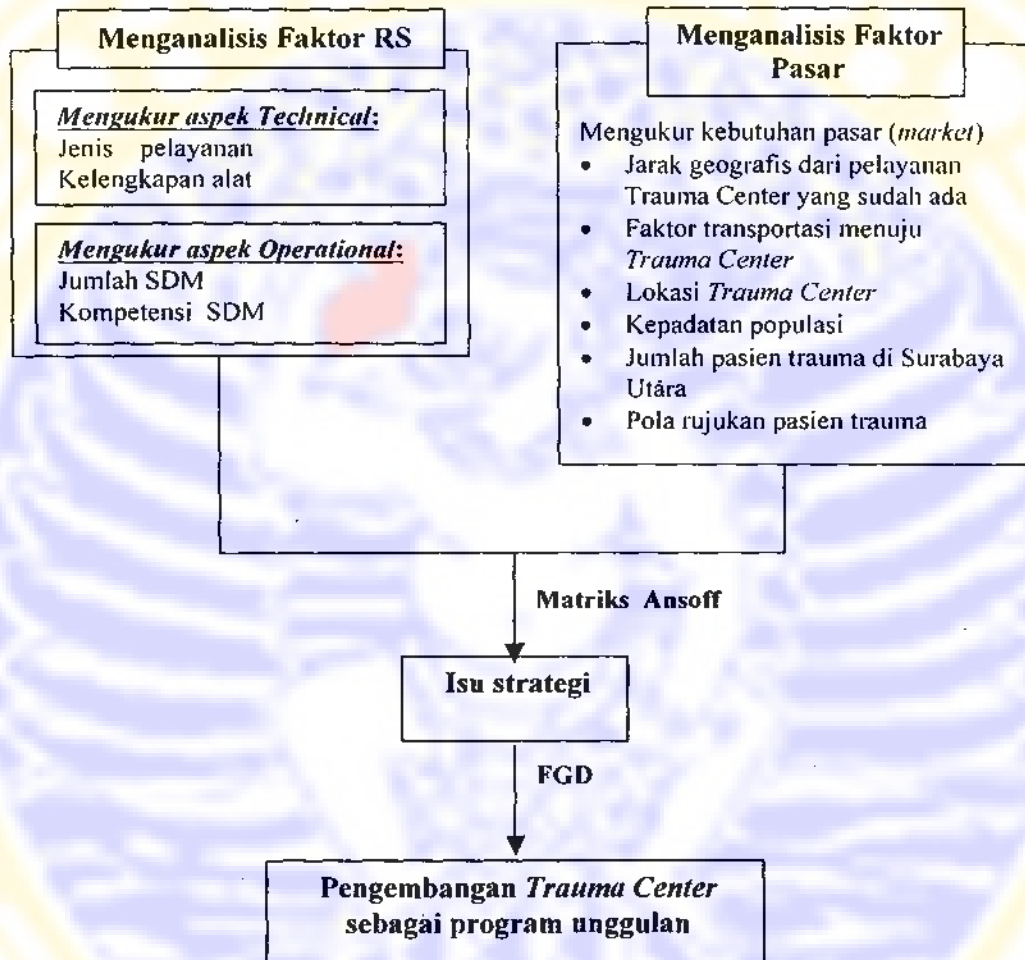
4.3.1 Lokasi penelitian

Lokasi penelitian ini adalah Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

4.3.2 Waktu penelitian

Waktu penelitian adalah selama bulan Oktober 2004 – Mei 2005

4.4 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian

Faktor yang akan diteliti disini adalah faktor *technical* dan faktor *operational*. Faktor ini diteliti karena akan menentukan di level trauma yang mana, *Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya akan berada.

Setelah ditentukan dan disesuaikan dengan kebutuhan pasar akan adanya *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, maka akan dapat dilihat isu strategis yang muncul, yang akan menentukan rekomendasi pengembangan *Trauma Center* sebagai program unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

4.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan:

1. Data Primer

Diperoleh dari hasil pengamatan dengan menggunakan daftar tilik (*check list*) terhadap unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Juga dari hasil penelusuran standar normatif *Trauma Center* dari internet dan standar normatif data-data pendukung.

2. Data Sekunder

Data tentang kompetensi karyawan unit-unit *Trauma Center* RSPS, data angka kejadian trauma yang didapatkan dari Polres Surabaya Utara, Instansi Jasa Marga I, dan Rekam Medik Rumah Sakit dr. Soetomo, data daerah kemacetan di wilayah Surabaya Utara yang didapatkan dari Polres Surabaya Utara dan Dinas Perhubungan Pemerintah Kota Surabaya.

4.6 Data Penelitian

1. Jenis pelayanan
2. Kelengkapan alat
3. Jumlah SDM
4. Kompetensi SDM

5. *Trauma Center*
6. Kebutuhan pasar (*market*)
7. Jarak geografis dari pelayanan *Trauma Center* yang sudah ada (RS dr Soetomo)
8. Faktor transportasi menuju *Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.
9. Lokasi *Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya
10. Kepadatan populasi yang ada di sekitar *Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (Kecamatan Pabean Cantian)
11. Jumlah pasien trauma di wilayah Surabaya Utara.
12. Pola rujukan pasien trauma di wilayah Surabaya Utara
13. Komponen pasar dari Matriks Ansoff
14. Komponen produk dari Matriks Ansoff

4.7 Definisi Operasional

Definisi operasional data, cara pengukuran, dan kriteria hasil ditunjukkan dalam tabel 4.1

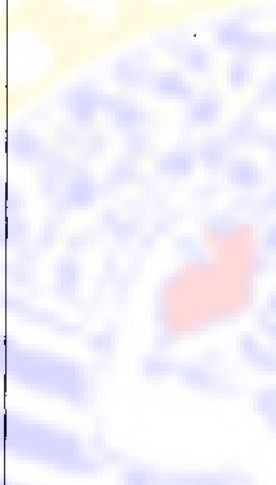
Tabel 4.1 Definisi operasional data , cara pengukuran, dan kriteria hasil

No	Data	Definisi Operasional	Cara Penilaian	Kriteria Hasil
1.	Jenis pelayanan	Jenis pelayanan adalah macam pelayanan yang ada di unit-unit <i>Trauma Center</i> ..	Dengan pengamatan dan wawancara dengan kepala unit terkait menggunakan alat ukur daftar tilik (<i>check list</i>) yang diambil dari standar normatif jenis pelayanan minimal yang harus ada di unit-unit <i>Trauma Center</i> . Kemudian hasil yang didapat dibandingkan dengan standar normatif sehingga didapatkan nilai persentasenya.	Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat lengkap, yaitu bila nilai 95%-100% 2. Lengkap, yaitu bila nilai antara 75% sampai 95% 3. Kurang lengkap, yaitu bila nilai antara 50% sampai 75% 4. Tidak lengkap, yaitu bila nilai kurang dari 50%
2.	Kelengkapan alat	Kelengkapan alat adalah kelengkapan macam alat yang tersedia di unit-unit <i>Trauma Center</i> .	Dengan pengamatan dan wawancara dengan kepala unit terkait menggunakan alat ukur daftar tilik (<i>check list</i>) yang diambil dari standar normatif jenis alat minimal yang harus ada di unit-unit <i>Trauma Center</i> . Kemudian hasil yang didapat dibandingkan dengan standar normatif sehingga didapatkan nilai persentasenya.	Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat lengkap, yaitu bila nilai 95%-100% 2. Lengkap, yaitu bila nilai antara 75% sampai 95% 3. Kurang lengkap, yaitu bila nilai antara 50% sampai 75% 4. Tidak lengkap, yaitu bila nilai kurang dari 50%
3.	Jumlah SDM	Jumlah SDM adalah jumlah paramedis (minimal berpendidikan D3)	Dengan melihat dari data sekunder yang ada di bagian Kepegawaian Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Kemudian dibandingkan dengan	Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lebih dari cukup, yaitu bila perbandingan jumlah paramedis

		yang ada di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	seluruh karyawan di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	<p>yang ada dengan seluruh karyawan di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya >50%</p> <p>2. Cukup, yaitu bila perbandingan jumlah paramedis yang ada dengan seluruh karyawan di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sebesar 25-50%</p> <p>3. Kurang, yaitu bila perbandingan jumlah paramedis yang ada dengan seluruh karyawan di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya <25%</p>
4.	Kompetensi SDM	Kompetensi SDM adalah kriteria karyawan yang ada di unit-unit <i>Trauma Center</i> berdasarkan kemampuan atau kecakapan yang dimiliki	<p>Dengan alat ukur kuisioner yang berisi pendidikan formal atau sertifikat formal yang dimiliki dan kursus atau pelatihan yang pernah diikuti. Untuk pendidikan formal dibawah SLTA nilai 0, setingkat SLTA skor 40, Sarjana 50, dokter 60 dan dokter spesialis 70. sedang untuk setiap pelatihan yang pernah diikuti'diberi skor 10.</p> <p>Hasil kemudian dijumlahkan sehingga didapatkan nilai untuk menilai kompetensi (American College of Surgeons)</p>	<p>Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut:</p> <p>1. Sangat kompeten, yaitu bila nilai >80</p> <p>2. Kompeten, yaitu apabila nilai antara 50-80</p> <p>3. Tidak kompeten, yaitu bila nilai < 50</p>
5	<i>Trauma Center</i>	<i>Trauma Center</i> adalah pusat penanganan cedera	Dengan pengamatan menggunakan alat ukur daftar tilik (<i>check list</i>) yang diambil dari standar normatif	<p>Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut:</p> <p>1. Termasuk level I <i>Trauma Center</i>.</p>

		<p>di rumah sakit yang harus memenuhi syarat tertentu. Dalam penelitian ini, kriteria trauma lebih diarahkan ke cedera fisik.</p>	<p>persyaratan untuk pusat pelayanan dapat disebut sebagai <i>Trauma Center</i>, berdasar <i>American College of Surgeons Committee on Trauma</i>. Kemudian hasil yang didapat dibandingkan dengan standar normatif sehingga didapatkan nilai persentasenya.</p>	<p>yaitu bila syarat umum <i>Trauma Center</i> dan syarat normatif <i>Trauma Center</i> level I terpenuhi semua</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Termasuk level II <i>Trauma Center</i>, yaitu bila syarat umum <i>Trauma Center</i> dan syarat normatif <i>Trauma Center</i> level II terpenuhi semua 3. Termasuk level III <i>Trauma Center</i>, yaitu bila syarat umum <i>Trauma Center</i> dan syarat normatif <i>Trauma Center</i> level III terpenuhi semua 4. Termasuk level IV <i>Trauma Center</i>, yaitu bila syarat umum <i>Trauma Center</i> terpenuhi 5. Termasuk level V <i>Trauma Center</i>, yaitu bila syarat umum <i>Trauma Center</i> terpenuhi < 75%
6	Kebutuhan pasar	<p>Kebutuhan pasar (<i>market</i>) adalah kebutuhan akan adanya <i>Trauma Center</i> di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya</p>	<p>Dengan melihat syarat-syarat pengadaan <i>Trauma Center</i> (Jarak geografis, faktor transportasi, lokasi, kepadatan populasi, jumlah pasien trauma dan pola rujukan pasien trauma). Setiap syarat nilainya sama sehingga dapat dihitung persentase setelah dibandingkan dengan standar normatifnya.</p>	<p>Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan pasar akan adanya <i>Trauma Center</i> di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya tinggi, yaitu bila >75% syarat pengadaan <i>Trauma Center</i> terpenuhi. 2. Kebutuhan pasar akan adanya <i>Trauma Center</i> di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sedang, yaitu bila 50%-75% syarat pengadaan

				<p><i>Trauma Center</i> terpenuhi.</p> <p>3. Kebutuhan pasar akan adanya <i>Trauma Center</i> di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya rendah, yaitu bila <50% syarat pengadaan <i>Trauma Center</i> terpenuhi.</p>
7.	Jarak geografis	Jarak geografis dari pelayanan <i>Trauma Center</i> yang sudah ada adalah jarak dari Rumah Sakit Pelabuhan ke Rumah Sakit dr. Soetomo	Dengan mengukur jarak dari Rumah Sakit Pelabuhan ke Rumah Sakit dr. Soetomo menggunakan data dari Dinas Perhubungan Surabaya	<p>Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dekat, yaitu bila jarak geografis dari pelayanan <i>Trauma Center</i> yang sudah ada kurang dari 5 km 2. Sedang, yaitu bila jarak geografis dari pelayanan <i>Trauma Center</i> yang sudah ada antara 5 km sampai 10 km. 3. Jauh, yaitu bila jarak geografis dari pelayanan <i>Trauma Center</i> yang sudah ada lebih dari 10 km.
8.	Faktor transportasi	Faktor transportasi adalah akses transportasi menuju <i>Trauma Center</i> Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	Dengan membandingkan data daerah menuju Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan standar yang didapatkan dari Polres Surabaya Utara dan Dinas Perhubungan Pemerintahan Kota Surabaya	<p>Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akses mudah, yaitu bila untuk menuju Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya melewati jalan dengan tingkat kemacetan lalu lintas rendah (rata-rata kecepatan >45 km/jam dan atau dengan batas derajat kejenuhan jalan <0,45) 2. Akses sedang, yaitu bila untuk

				<p>menuju Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya melewati jalan dengan tingkat kemacetan lalu lintas rendah (rata-rata kecepatan antara 33-45 km/jam dan atau dengan batas derajat kejenuhan jalan antara 0,45-0,85).</p> <p>3. Akses sulit , yaitu bila untuk menuju Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya melewati jalan dengan tingkat kemacetan lalu lintas tinggi (rata-rata kecepatan <33 km/jam dan atau dengan batas derajat kejenuhan jalan >0,85)</p>
9.	Lokasi	Lokasi adalah tempat dimana <i>Trauma Center</i> Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya berada	Dengan membandingkan data angka kepadatan penduduk kecamatan Pabean Cantian dengan angka standar normatif yang didapat dari Biro Pusat Statistik Jawa Timur	<p>Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lokasi strategis, yaitu bila lokasi <i>Trauma Center</i> Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya terletak di wilayah dengan kepadatan penduduk yang tinggi 2. Lokasi kurang strategis, yaitu bila lokasi <i>Trauma Center</i> Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya terletak di wilayah dengan kepadatan penduduk sedang. 3. Lokasi tidak strategis, yaitu bila lokasi <i>Trauma Center</i> Rumah Sakit

				Pelabuhan Surabaya terletak di wilayah dengan kepadatan penduduk rendah.
10.	Kepadatan populasi	Kepadatan populasi adalah angka kepadatan penduduk yang ada di sekitar <i>Trauma Center</i> Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, yaitu kecamatan Pabean Cantian	Dengan membandingkan data angka kepadatan penduduk kecamatan Pabean Cantian dengan angka standar normatif yang didapat dari Biro Pusat Statistik Jawa Timur	Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepadatan populasi rendah, yaitu bila angka kepadatan penduduk kecamatan Pabean Cantian < 8.000 jiwa/km² 2. Kepadatan populasi sedang, yaitu bila angka kepadatan penduduk kecamatan Pabean Cantian antara 8.000 jiwa/km sampai 12.000 jiwa/km² 3. Kepadatan populasi tinggi, yaitu bila angka kepadatan penduduk kecamatan Pabean Cantian > 12.000 jiwa/km²
11.	Jumlah pasien trauma	Jumlah pasien trauma adalah jumlah pasien kasus trauma di wilayah Surabaya Utara	Dengan melihat data kasus trauma selama tahun 2002-2004 yang didapatkan dari Rekam Medik Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dan data angka kecelakaan yang didapatkan dari Jasa Marga wilayah I dan Polres Surabaya Utara Kemudian dibandingkan dengan tahun sebelumnya sehingga didapatkan persentasenya.	Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah pasien trauma tinggi, yaitu bila angka kejadian trauma dari tahun 2002-2004 meningkat > 50% setiap tahunnya 2. Jumlah pasien trauma sedang, yaitu bila angka kejadian trauma dari tahun 2002-2004 meningkat antara 25-50% setiap tahunnya

				3. Jumlah pasien trauma rendah, yaitu bila angka kejadian trauma dari tahun 2002-2004 meningkat < 25% atau malah menurun
12.	Pola rujukan pasien trauma	Pola rujukan pasien trauma adalah jumlah pasien kasus trauma di wilayah Surabaya Utara, Gresik dan Madura yang dirujuk ke Rumah Sakit atau <i>Trauma Center</i> dengan tingkatan yang lebih tinggi (RS dr. Soetomo)	Dengan membandingkan data kasus trauma dari wilayah Surabaya Utara, Gresik dan Madura yang masuk ke IGD RS dr. Soetomo dengan data kasus trauma yang ada di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan, sehingga didapatkan persentasenya.	<p>Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pola rujukan pasien trauma tinggi, yaitu bila perbandingan jumlah kasus trauma yang dirujuk dari wilayah Surabaya Utara, Gresik dan Madura yang masuk ke IGD RS dr. Soetomo dengan kasus trauma yang ada di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya >50% 2. Pola rujukan pasien trauma sedang, yaitu bila perbandingan jumlah kasus trauma yang dirujuk dari wilayah Surabaya Utara, Gresik dan Madura yang masuk ke IGD RS dr. Soetomo dengan kasus trauma yang ada di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sebesar 25%-50% 3. Pola rujukan pasien trauma rendah, yaitu bila perbandingan jumlah kasus trauma yang dirujuk dari wilayah Surabaya Utara, Gresik dan Madura yang masuk ke IGD RS dr. Soetomo dengan kasus trauma yang

				ada di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya < 25%
13.	Komponen pasar dari Matriks Ansoff	Komponen pasar dari Matriks Ansoff adalah komponen untuk menentukan kategori pasar	Dengan melihat data dari unit pemasaran Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasar lama, yaitu bila segmen pasar yang ada sekarang ini masih tetap sama dengan segmen pasar yang ada pada tahun 2003 2. Pasar baru, yaitu bila segmen pasar yang ada sekarang ini tidak sama dengan segmen pasar tahun 2003
14.	Komponen produk dari Matriks Ansoff	Komponen produk dari Matriks Ansoff adalah komponen untuk menentukan kategori produk	Dengan melihat data dari unit pemasaran Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	Hasil penilaian dilakukan kategorisasi sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Produk lama, yaitu bila produk yang ada sekarang ini tetap sama dengan produk yang ada pada tahun 2003 2. Produk baru, yaitu bila produk yang ada sekarang ini tidak sama dengan tahun 2003

4.8 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan adalah daftar tilik (*check list*) untuk membandingkan kondisi *technical Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (jenis pelayanan dan kelengkapan alat) dengan syarat normatif.

4.9 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dengan melakukan pengamatan dan *indepth interview* di unit yang terkait dengan *Trauma Center* yaitu unit IGD, ambulans, laboratorium, radiologi, kamar operasi, ICU, rehabilitasi medik dan apotek dan dengan menggunakan *Focus Group Discussion* (FGD)

4.10 Analisis Data

Dengan menggunakan Matriks Ansoff

BAB 5**HASIL PENELITIAN****5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian**

Kecamatan Pabean Cantian mempunyai luas wilayah 442,5 Ha, dengan jumlah penduduk pada tahun 2004 sebesar: 87.181 jiwa yaitu terdiri dari 44.328 laki-laki dan 42.853 wanita. Jumlah kepala keluarga sebesar 23.039. Kepadatan penduduk adalah 20.250 jiwa/km².

Distribusi jenis sarana kesehatan yang terdapat di kecamatan Pabean Cantian tahun 2004 dapat dilihat pada tabel 5.1 di bawah ini:

Tabel 5.1 Jenis sarana kesehatan di kecamatan Pabean Cantian tahun 2004

SARANA KESEHATAN	JUMLAH	%
RS Umum Pemerintah	3	4,8
RS Umum Swasta	4	6,5
Rumah Bersalin/BKIA	4	6,5
Poliklinik/Balai Pengobatan	10	16,1
Puskesmas	1	1,6
Puskesmas pembantu	4	6,5
Praktek Dokter Swasta	18	29
Apotek	18	29
TOTAL	62	100

Sumber: Data Monografi Kecamatan tahun 2004

Dari data sekunder didapatkan 7 Rumah Sakit (11,3 %) yang ada di wilayah kecamatan Pabean Cantian.

Jenis perusahaan yang terdapat di kecamatan Pabean Cantian tahun 2004 dapat dilihat pada tabel 5.2 di bawah ini:

Tabel 5.2 Jenis perusahaan di kecamatan Pabean Cantian tahun 2004

JENIS PERUSAHAAN	JUMLAH	JUMLAH TENAGA KERJA
Industri Besar/Sedang	27	6.741
Industri Kecil	87	762
Industri Rumah Tangga	141	356
TOTAL	255	7.859

Sumber: Data Monografi Kecamatan tahun 2004

Perusahaan yang terdapat di sekitar Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya terdiri dari industri besar atau sedang sebanyak 27 buah, industri kecil sebanyak 87 buah dan industri rumah tangga sebanyak 141 buah, dengan jumlah tenaga kerja keseluruhan sebesar 7.859 orang (9,01% dari jumlah penduduk)

5.2 Gambaran Umum Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

5.2.1 Lokasi

Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (RSPS) adalah rumah sakit tipe C yang terletak di Jl. Kalianget No. 1 – 2 Kelurahan Perak Utara, Kecamatan Pabean Cantian, Kotamadya Surabaya. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya berdiri pada tahun 1970 dengan nama *Port Health Centre* (PHC) di jalan Perak Timur 480 A. Sejak tahun 1976 Rumah Sakit berganti nama menjadi Rumah Sakit Pelabuhan Tanjung Perak dengan lokasi yang sama. Kemudian sejak bulan September tahun 1995, RS Pelabuhan Tanjung Perak menempati lokasi baru di jalan Kalianget sampai saat ini. Pada tanggal 1 September 1999, RS ini berubah status dari salah satu unit cabang usaha PT Pelabuhan Indonesia III menjadi anak perusahaan dari PT Pelabuhan Indonesia III, dengan nama PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

Lokasi RS Pelabuhan Surabaya sangat strategis untuk wilayah Surabaya Utara, karena merupakan satu-satunya RS yang terletak di pintu masuk kota Surabaya dari arah laut (Utara). Perkembangan daerah ini yang menonjol adalah sebagai kawasan perkantoran dan sentra ekonomi di tengah pemukiman penduduk. Selain itu lokasinya juga di dekat jalur tol yang menghubungkan Jawa Timur bagian Timur dan Selatan dengan Jawa Timur bagian Utara dan Barat.

5.2.2 Visi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Visi dari Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah: *“To be a first class hospital in health services”*.

5.2.3 Misi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Misi dari Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya yang terbaru (SK tanggal 1 Februari 2005) adalah:

1. Memberikan pelayanan kesehatan bermutu tinggi.
2. Menerapkan budaya kerja yang berorientasi kepada pelanggan.
3. Meningkatkan kinerja profitabilitas perusahaan.

5.2.4 Motto Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Motto Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah: *FACE with Smile (Fast, Accurate, Convenient, Effective Efficient, with Smile).*

5.2.5 Tujuan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Tujuan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah: "Terciptanya derajat kesehatan yang setinggi – tingginya bagi masyarakat maritim dan masyarakat umum lainnya dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang meliputi upaya penyembuhan, pemulihan dan pencegahan kesehatan".

5.2.6 Sasaran Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk semua pengguna rumah sakit baik kalangan atas, menengah maupun kurang mampu dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. RSPS melayani masyarakat umum, karyawan PT Pelabuhan Indonesia III, karyawan RSPS, dan karyawan perusahaan lain yang mempunyai perjanjian kerjasama dengan RSPS. Sampai bulan Juni 2005 ada 80 perusahaan yang menjadi pelanggan RSPS.

5.2.7 Fasilitas Pelayanan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Rumah Sakit ini dilengkapi dengan berbagai fasilitas antara lain Unit Rawat Inap, Kamar Bersalin, Kamar Bedah, Unit Rawat Jalan, Klinik Spesialis.

Instalasi Gawat darurat, Unit Penunjang Medis. Selain itu disediakan pula berbagai sarana tambahan seperti kantin, wartel, toserba, mushola.

Ruang rawat inap terletak di lantai II yang terdiri dari Kamar kelas VIP A, VIP B, I A, IB, II A, II B, III A, III B, ICU dan ruang Hemodialisa. Unit Rawat Inap ini terbagi dalam 4 ruang perawatan (Ruang Perawatan I sampai IV) dengan jumlah total tempat tidur sebanyak 105 buah (data per 1 Juni 2005). Dengan perincian sebagai berikut:

- a. Ruang Perawatan I (29 TT): untuk kasus bedah dan non bedah dewasa
- b. Ruang Perawatan II (22 TT): untuk kasus bedah dan non bedah dewasa
- c. Ruang Perawatan III (38 TT): untuk kasus *obsgyn* dan bedah
- d. Ruang Perawatan IV (16 TT): untuk anak-anak

Jenis pelayanan yang tersedia :

1. Rawat Inap
2. Rawat Jalan, terdiri dari :
 - a. Klinik umum
 - b. Klinik gigi
 - c. Klinik bedah
 - d. Klinik psikologi
 - e. Klinik KIA
 - f. Klinik Alergi
 - g. Klinik spesialis jantung
 - h. Klinik spesialis kandungan
 - i. Klinik spesialis mata

h. Klinik spesialis kandungan

i. Klinik spesialis mata

j. Klinik THT

k. Klinik Kulit Kelamin

l. Klinik Paru

m. Klinik Bedah

n. Klinik Saraf

o. Klinik Jiwa

p. Klinik Anak

q. Klinik Rehabilitasi Medik

r. Klinik Penyakit Dalam

s. Klinik Spesialis Gigi

t. Klinik Fisioterapi

u. Klinik Check Up

3. Pelayanan Penunjang Medis, terdiri dari :

a. ESWL

b. Laboratorium dan radiologi

c. USG dan ECG

d. Treadmil

e. Spirometer dan audiometer

f. CT Scan

g. Ambulans

i. Kamar jenazah

4. Instalasi Farmasi

5. Pelayanan IGD

5.2.8 Ketenagaan di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Jumlah sumber daya manusia yang dimiliki oleh Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, dapat dilihat pada tabel 5.3 dibawah ini:

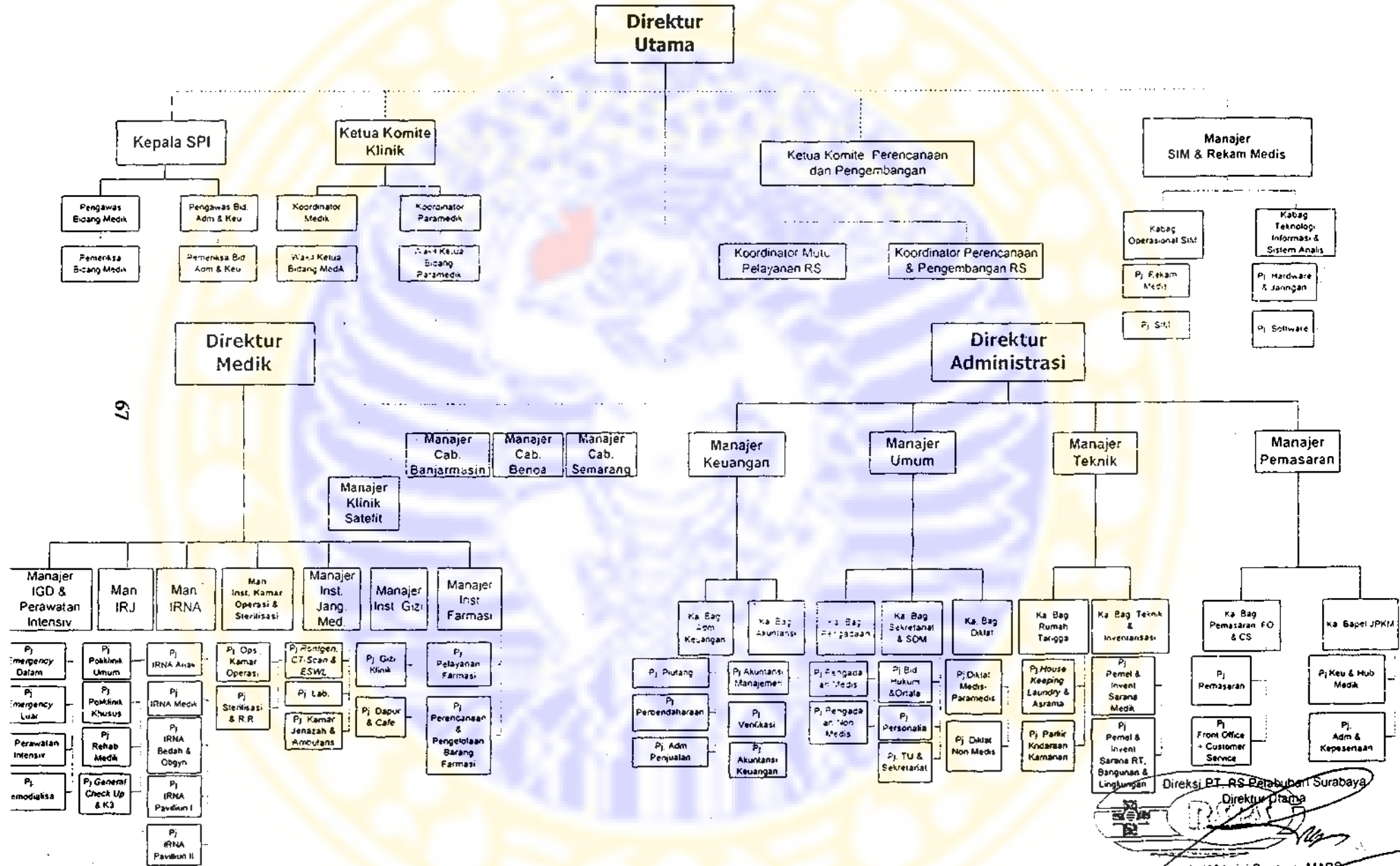
Tabel 5.3 Jumlah Tenaga Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya berdasarkan pendidikan

Jenis tenaga berdasarkan pendidikan	Jumlah
MEDIS	
1. Dokter Spesialis	7
2. Dokter Umum	9
3. Dokter Gigi	2
PARAMEDIS PERAWATAN	
1. S1 Keperawatan	1
2. D3 Keperawatan	116
3. D3 Bidan	4
4. Sekolah Perawat Kesehatan	3
5. Bidan	7
6. Penjenang Kesehatan	6
PARAMEDIS NON PERAWATAN	
1. S1 Farmasi/Apoteker	5
2. D3 Analis	9
3. D3 radiologi	8
4. D3 Fisioterapi	6
5. D3 Gizi	1
6. D3 Tehnik Kesehatan Gizi	2
7. D3 Elektro Medik	1
8. Analis Kesehatan	2
9. Perawat Gigi	1
10. SMF/SAA	30
NON MEDIS	
1. S2	7
2. S1	27
3. D3/Sarjana Muda	24
4. D1	12
5. SLTA	39
6. SLTP	6
7. SD	6
TOTAL	340

Sumber: Personalia Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (data per Mei 2005)

5.2.9 Struktur Organisasi

Struktur organisasi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dapat dilihat pada gambar 5.1. Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan *Intensive Care Unit* (ICU) berada di bawah Manajer Instalasi Gawat Darurat dan Perawatan Intensif. Kamar Operasi dan CSSD berada di bawah Manajer Instalasi Kamar Operasi dan Sterilisasi. Gudang farmasi berada di bawah Manajer Instalasi Farmasi. Laboratorium, ambulans, radiologi, dan apotek berada di bawah Manajer Instalasi Penunjang Medik. Semua instalasi tersebut berada di bawah Manajer Medik. Sedangkan Manajer Pemasaran berada di bawah Direktur Administrasi. Untuk pengembangan program unggulan *Trauma Center* dibutuhkan kerja sama antar unit yang baik, dengan IGD dan pemasaran sebagai ujung tombak.



67

Direksi PT. RS Pelabuhan Surabaya
 Direktur Utama

 dr. Widorini Sunaryo MARS

5.3 Gambaran Umum Trauma Center Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Penelitian telah dilakukan di unit-unit yang termasuk unit pendukung *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya. Unit-unit tersebut meliputi unit IGD, ambulans, laboratorium, radiologi, OK, ICU, rehabilitasi medik, dan apotek.

Trauma Center merupakan program unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya yang dicanangkan sejak tahun 2003. Pemilihan program unggulan tersebut berdasarkan pertimbangan sebagai berikut: lokasi RSPS yang dekat dengan jalan raya dan Pelabuhan Tanjung Perak, merupakan pintu gerbang Surabaya utara, dikelilingi oleh beberapa perusahaan besar serta angka kecelakaan lalu lintas dan angka kecelakaan kerja yang meningkat, Manajemen RSPS melihat hal ini sebagai suatu peluang untuk dapat melayani pasien kecelakaan lalu lintas darat, laut serta kecelakaan kerja.

Untuk mewujudkan *Trauma Center* sebagai program unggulan, diperlukan sistem dalam penanganan pasien-pasien gawat darurat. Salah satu sistem yang sudah diterapkan adalah *Code Blue*. *Blue Team* adalah suatu organisasi penanggulangan gawat darurat sehari-hari *intra hospital* yang dilaksanakan oleh tim khusus dengan tujuan untuk memberikan pertolongan secara cepat, cermat dan tepat pada kasus-kasus *emergency*.

Jumlah sumber daya manusia yang dimiliki oleh unit-unit yang termasuk *Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, dapat dilihat pada tabel 5.4 dibawah ini:

Tabel 5.4 Jumlah Tenaga Organik di unit-unit yang termasuk *Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya berdasarkan pendidikan

Jenis tenaga organik berdasarkan pendidikan	Jumlah
Instalasi Gawat Darurat (IGD)	
1. Dokter spesialis	0
2. Dokter umum	3
3. D3 Keperawatan	13
4. Sekolah Perawat Kesehatan	0
5. Penjenjang Kesehatan	2
Unit Penunjang Medik (Ambulans, Laboratorium dan Radiologi)	
1. S2	1
2. S1	0
3. SLTA	5
4. Analis	1
5. D3 Analis	9
6. D3 Radiologi	8
Unit Kamar Operasi	
1. Dokter spesialis	3
2. D3 Keperawatan	12
3. Sekolah Perawat Kesehatan	1
Unit Intensive Care Unit (ICU)	
1. D3 Keperawatan	12
Rehabilitasi Medik	
1. Dokter spesialis	1
2. D3 Fisioterapi	6
Farmasi dan Apotek	
1. S1 Farmasi/Apoteker	3
2. SMF/SAA	25
3. SMEA	1
4. Penjenjang Kesehatan	1
5. SD	3
TOTAL	110

Sumber: Personalia Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (data per Mei 2005)

5.3.1 Instalasi Gawat Darurat (IGD)

A. Man

a) Jumlah SDM terdiri dari 15 orang. Dibandingkan dengan jumlah seluruh SDM di RSPS, maka jumlah SDM IGD hanya 4,7% dari jumlah seluruh karyawan (321 orang) :

b) Spesifikasi tenaga kerja yang ada di unit kerja IGD :

Perawat: 14 orang

Dokter umum: 7 orang, terdiri dari 3 dokter organik dan 4 dokter part timer. Semuanya mempunyai sertifikat ATLS dan PPGD.

Dokter Konsultan: *on call* sesuai kebutuhan

Dokter spesialis yang *on call* terdiri dari: bedah mulut, onkologi, ortopedi, bedah saraf, bedah umum, urologi, bedah kepala leher, jantung, jiwa, kandungan, konservasi gigi, kulit kelamin, mata, nephrologi, orthodonsi, paru, IPD, Radiologi, rehabilitasi medis, saraf, THT, dan anak.

Dokter Spesialis Organik di RSPS ada 7 orang (THT, Anak, Konservasi gigi, kandungan, rehabilitasi medis, kulit kelamin, mata)

c) Kualifikasi tenaga kerja yang ada di unit kerja IGD :

Perawat: semua BLS, 1 orang ACLS, dan 3 orang PPGD

Dokter umum: semua dengan sertifikat ATLS

B. Material

a) Fasilitas non medis yang ada pada unit kerja IGD:

Ruangan ber AC, 5 tempat tidur beroda, 2 lampu operasi beroda, tempat Triase, ruang Resusitasi, ruang tindakan medis, ruang tindakan bedah, ruang observasi, ruang tunggu keluarga, dan ruang istirahat petugas.

b) RS mempunyai *genset* dengan akses ke IGD yang dapat beroperasi segera bila PLN padam

C. Money

Ada daftar tarif yang berlaku di IGD. Pembayaran pasien IGD dilakukan di *Front Office*.

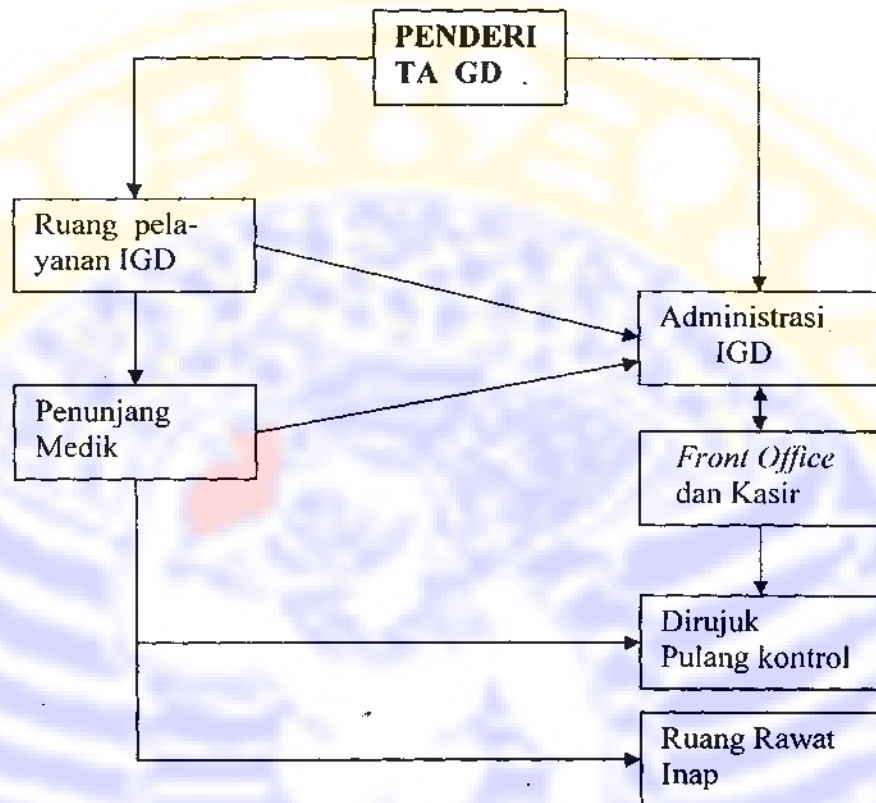
D. Method

a. Protap yang ada di unit kerja IGD :

1. Protap penanganan korban bencana dan musibah missal
2. Protap manajemen IGD
3. Protap tindakan keperawatan IGD
4. Protap penggunaan alat dan obat life saving
5. Protap medis untuk kasus tertentu yang mengancam jiwa

b. Pelaksanaan protap di unit kerja IGD dilaksanakan dengan baik.

c. *Flowchart* pelayanan di IGD ada.



Gambar 5.2 Alur IGD di RSPS (data sekunder dari IGD RSPS)

Sistem pencatatan dan informasi sudah dilakukan secara *on line*. Akan lebih baik bila di IGD disediakan pelayanan administrasi dan pembayaran sendiri yang *on line* dengan *front office*.

- d. Ada 3 *shift* dalam unit kerja IGD, buka 24 jam per hari, 7 hari per minggu. Jadwal *shift* adalah: pukul 07.00 sampai 14.00, pukul 14.00 sampai 21.00, dan pukul 21.00 sampai 07.00.
- e. Sistem informasi dan pencatatan sudah tertata rapi.

E. Machine

- a. Fasilitas medis yang ada pada unit kerja IGD adalah: 2 alat monitor & 2 DC shock, 7 tensimeter, 5 outlet oksigen sentral, 1 *suction pump*, 1 alat sterilisator, dan 2 tabung oksigen dengan *trolley*nya
- b. Untuk melakukan komunikasi keluar IGD, dapat menggunakan 2 interkom intern yang dapat dipakai untuk hubungan keluar RS lewat operator sentral 24 jam.

5.3.2 Ambulans

- A. **Man:** *Crew* ambulans terdiri dari 5 orang sopir, 2 orang diantaranya sudah mendapat pelatihan *crew* ambulans dan BLS, 1 orang hanya mendapat pelatihan *crew* ambulans. Selain itu juga dibantu oleh semua perawat IGD yang 2 diantaranya sudah mendapat pelatihan *crew* ambulans.

- B. Material:** 1 buah ambulans transport, 1 buah ambulans *emergency* dan 1 mobil ambulans jenazah
- C. Money:** pembayaran dilakukan di *front office*.
- D. Method:** beroperasi 24 jam dengan sistem *stand by* dan on call. Permintaan ambulans bias dilakukan langsung melalui *front office*.
- E. Machine:** 1 buah ambulans *emergency* sudah dilengkapi dengan alat resusitasi dan *life saving* lengkap.

5.3.3 Laboratorium

- A. Man:** 10 orang tenaga analis medis dan satu orang pembantu
- B. Material:** Kebutuhan bahan habis pakai disusun dan diajukan setiap bulan.
- C. Money:** Ada daftar tarif. Pembayaran dilakukan di *front office*.
- D. Method:** Beroperasi 24 jam dalam 3 shift. Permintaan pemeriksaan laboratorium bias dari internal RSPS maupun dari luar RSPS melalui *front office*.
- E. Machine:** Peralatan lengkap sesuai standar..

5.3.4 Radiologi

- A. Man:** 8 radiografer sebagai tenaga organik dan dokter spesialis radiologi (radiolog) sebagai dokter konsultan.

B. Material:

Dua ruangan ber-AC untuk alat foto X-ray, satu ruangan berAC untuk USG dan satu ruangan untuk CT scan.

C. Money: Daftar tarif ada. Pembayaran dilakukan di *front office*.

D. Method:

Beroperasi 24 jam dengan keenam radiografer bekerja dalam 3 shift. Radiolog *part-timer* datang pada jam tertentu di hari kerja. Khusus USG dan Doppler dilayani oleh radiolog. Di luar jam pelayanan tetap tersebut mereka akan datang bila dipanggil. Permintaan cito dilayani secepatnya dan hasil dibaca oleh dokter jaga IGD, bila dikonsulkan kepada radiolog. Permintaan foto di tempat dilayani dengan alat X-ray *mobile*. *Respon time* untuk pelayanan X-ray foto 15 menit, sedangkan untuk pembacaan hasil tergantung pada kedatangan radiolog.

E. Machine: 1 buah alat X-ray *fixed* dan 1 buah X-ray *mobile*, 1 buah CT scan, 1 buah alat USG Doppler. Peralatan untuk endoskopi

5.3.5 Kamar Operasi

A. Man

Dokter: RSPS belum mempunyai dokter bedah maupun dokter anestesi sebagai tenaga organik. Bila diperlukan akan dipanggil.

Perawat: RSPS memiliki 12 perawat yang terdiri dari 2 perawat mahir anestesi instrumen dan 4 perawat mahir instrumen. Sedangkan 6 perawat lainnya belum memiliki ketrampilan mahir instrument maupun anestesi.

B. Material

RSPS memiliki 3 ruangan operasi.

C. Money

Ada daftar tarif yang berlaku di kamar operasi. Pembayaran pasien operasi dilakukan di *Front Office*.

D. Method

Pada hari kerja, kamar operasi beroperasi pagi sampai sore. Pada malam hari dan hari libur diberlakukan jaga *on call* bagi perawat. Penjadwalan operasi elektif menjadi tanggung jawab manajer Kamar Operasi, sedangkan operasi *cito* dapat dilakukan sewaktu-waktu.

E. Machine

Fasilitas medis yang ada pada unit kerja Kamar Operasi adalah instrumen operasi yang tersusun dalam *basic set* dan set spesialis. RSPS mempunyai 2 *basic set*, *laparoscopy set*, *endoscopy set* dan C-Arm.

5.3.6 *Intensive Care Unit (ICU)*

A. Man: RSPS memiliki ICU dengan 12 perawat

B. Material: Ruangan ber AC dengan 6 tempat tidur.

C. Money: Sudah ada tarif standar di ICU yang tidak membedakan kelas asal pasien.

D. Method:

Beroperasi 24 jam dalam tiga shift. Pasien yang dirawat di ICU bisa melewati jalur IGD, rawat jalan maupun dari rawat inap.

E. Machine:

ICU RSPS mempunyai 6 tempat tidur lengkap dengan alat monitor dan Oksigen sentral. Perlengkapan lain adalah 3 buah respirator, 2 buah *suction pump* (1 sentral dan 1 portabel) , 1 buah alat *DC shock*, 1 buah alat pemeriksaan *blood gas*, 1 buah EKG, 1 buah *emergency kit for code blue*.

5.3.7 Rehabilitasi Medik dan Fisioterapi

A. Man: Tenaga organik terdiri dari 6 orang fisioterapis dan 1 dokter spesialis rehabilitasi medik. Dibantu oleh 2 orang konsultan spesialis rehabilitasi medik sebagai dokter konsulan.

B. Material: Mempunyai 2 ruangan periksa, 1 ruangan poliklinik dengan 6 bed untuk melakukan tindakan, 1 *gymnasium* dan 1 ruangan terapi okupasi.

C. Money: Ada daftar tarif. Pembayaran dilakukan di *Front Office*.

D. Method:

Beroperasi antara jam 07.00 pagi sampai 19.00 malam dalam 2 shift. Dokter organik ada pada tiap hari kerja, sedangkan dokter *part time* ada 2 kali seminggu. Hari Minggu dan libur tutup. Melayani pasien dari dalam maupun luar RSPS:

E. Machine:

Peralatan latihan fisioterapi lengkap. Peralatan pendukung fisioterapi (SWD, MWD, USD, alat traksi dan lain-lain) ada. Peralatan protese belum ada. Kebutuhan akan protese, korset, sepatu khusus dan lain-lain dilayani oleh pihak lain (ada kerja sama dengan RSPS)

5.3.8 Apotek

A. Man: Ada tenaga apoteker dan asisten apoteker di apotik.

B. Material: Apotek berada di bawah Manajer Penunjang Medik, secara struktural terpisah dari gudang farmasi yang berada di bawah Manajer Instalasi Farmasi.

C. Money: Pembayaran untuk pembelian obat di apotek dilakukan langsung, tidak lewat *front office*. Ada daftar harga obat. Pembayaran harus tunai. Bila uang tidak cukup, beli setengah resep atau meninggalkan KTP.

D. Method: Apotek buka setiap hari selama 24 jam sehari dengan 3 shift. Melayani pembelian obat secara tunai oleh pasien atau keluarganya.

E. Machine: Tidak ada.

5.4 Analisis Sumber Daya Manusia Berdasarkan Standar Pelayanan Medis

5.4.1 Penilaian tenaga medis Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Penilaian pelayanan medis yang berhubungan dengan sumber daya manusia, baik secara kuantitas maupun kualitas, mengikuti beberapa ketentuan dasar cara

perhitungan tenaga medis tersebut. Dasar perhitungan tersebut telah diatur dalam beberapa ketentuan sebagai berikut:

1. Keputusan No. 262 Menkes Per VII/1974 tanggal 17 Juli 1974 tentang Standarisasi Ketenagaan Rumah sakit Pemerintah.
2. Standar peralatan, ruang dan tenaga rumah sakit tipe C Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI (1994)
3. Ketenagaan Kesehatan Rumah Sakit No. 32 tahun 1996
4. Standar perhitungan kebutuhan tenaga medis dengan analisis indikator kebutuhan staf medis.

Model perhitungan tenaga medis berdasarkan Keputusan Menteri No. 262/Menkes/Per/VII/1974 adalah model perhitungan rasio, dimana untuk rumah sakit kelas C, perhitungannya dengan membandingkan antara jumlah TT dengan tenaga medis sebesar 9:1.

Dengan demikian untuk Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya yang mempunyai 106 TT maka jumlah tenaga medis yang diperlukan adalah sebagai berikut.

$$\begin{aligned} \text{Tenaga Medis} &= \frac{\text{Tempat Tidur}}{9} \\ &= \frac{105 \text{ TT}}{9} = 11 \text{ tenaga medis atau dokter} \end{aligned}$$

Sedangkan berdasarkan Standar peralatan, ruang dan tenaga rumah sakit tipe C Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, dinyatakan bahwa:

1. Dokter spesialis tetap minimal 4 bagian: Bedah, Kebidanan, Penyakit dalam dan anak.

2. Dokter spesialis konsultan penunjang medik minimal 3
3. Dokter spesialis konsultan minimal 10
4. Dokter gigi minimal 2

Penilaian jumlah tenaga medis RS Pelabuhan tahun 2005 dapat dilihat pada tabel 5.5 dibawah ini:

Tabel 5.5 Penilaian jumlah tenaga medis RS Pelabuhan tahun 2005

No.	Tenaga medis	Standar	Realisasi	Pencapaian (%)
1.	Dokter umum	11	10	90
2.	Dokter spesialis tetap	4	2	50
3.	Dokter spesialis konsultan penunjang medik	3	1	33
4.	Dokter spesialis konsultan	10	87	870
5.	Dokter gigi	2	2	100

Sumber: Rekam Medis RS Pelabuhan Surabaya (data per 1 Mei 2005)

Berdasarkan tabel 5.5 jumlah dokter umum hampir memenuhi standar yaitu sebesar 90% dari nilai standar, jumlah dokter spesialis tetap baru 50% dari nilai standar, jumlah dokter spesialis konsultan penunjang medik baru memenuhi 33% dari nilai standar, jumlah dokter spesialis konsultan mencapai 870% dari nilai standar dan jumlah dokter gigi yang sudah sesuai dengan standar yaitu sebesar 100%.

5.4.2 Penilaian Tenaga Paramedis Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Dasar perhitungan kebutuhan tenaga paramedis keperawatan harus disesuaikan dengan tujuan keperawatan karena hal tersebut berguna untuk memberi pelayanan keperawatan yang optimal dan berkualitas tinggi. Model perhitungan kebutuhan tenaga paramedis keperawatan yang digunakan di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya merupakan modifikasi Formula Gillies 1989 dengan rumus:

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan} \times 52 \text{ minggu} \times 7 \text{ hari} \times (\text{TTXBOR})}{41 \text{ minggu} \times 42 \text{ jam}}$$

Angka koreksi : 25%

Jam perawatan : 3,4 jam

Hasil perhitungan yang didapatkan dapat dilihat pada tabel 5.6 dibawah ini:

Tabel 5.6 Penilaian kebutuhan tenaga perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya tahun 2005

Ruang	TT	BOR (%)	Jumlah tenaga yang dibutuhkan	Realisasi	Pencapaian (%)
Paviliun I	11	77.17	10	11	110
Paviliun II	18	70.61	12	13	108
Ruang Perawatan II	22	70.61	13	13	100
Ruang Perawatan III	38	42.74	18	18	100
Ruang Perawatan IV	16	72.90	8	10	125

Sumber: Rekam Medis RS Pelabuhan Surabaya (data per 1 Mei 2005)

Pada tabel 5.6 dapat dilihat bahwa kebutuhan tenaga perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya pada tahun 2005 sudah lebih dari cukup.

Sedangkan penilaian kualitas dari paramedis berdasarkan standar pelayanan medis dan akreditasi rumah sakit adalah semua perawat minimal berpendidikan D3 atau 100% D3. Jumlah perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya tahun 2005 adalah sebanyak 65 orang dengan perincian 60 orang berasal dari D3 Keperawatan (92,3%) dan 5 orang bidan (7,7%). Sehingga untuk kualitas paramedis masih kurang dari 100%

5.5 Analisis Trauma Center sebagai produk unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

5.5.1 Penilaian jenis pelayanan

Penilaian jenis pelayanan unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dapat dilihat pada tabel 5.7 dibawah ini.

Tabel 5.7 Penilaian jenis pelayanan unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

No.	Unit	Standar Pelayanan	Kenyataan
1.	Instalasi Gawat Darurat	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Triage</i> (seleksi) 2. Resusitasi dan stabilisasi 3. Diagnostik 4. Pengobatan definitif 	100%
2.	Ambulans	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulans transportasi 2. Ambulans gawat darurat 3. Ambulans pelayanan medik lapangan 4. Kereta jenazah 	100%
3.	Laboratorium	<ul style="list-style-type: none"> • Hematologi • Serologi • Imunologi • Tiroid • Faal hati • Lemak • Faal ginjal • Glukosa darah • Elektrolit • Urine • Tes kehamilan • Faeces • Sekret kerokan kulit • Mikrobiologi parasitologi 	100%
4.	Radiologi	Radio Diagnostik <ol style="list-style-type: none"> a. Non Kontras <ul style="list-style-type: none"> • Tulang-tulang • Toraks • Jaringan lunak 	100%

		<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen <p>b. Dengan kontras</p> <ul style="list-style-type: none"> • IVP • Cholecistografi • Fistulografi • Histero Salfingografi • Esofagografi • Maag Duodenografi • <i>Colon inloop</i> (Barium enema) • Cor Study <p>c. CT Scan</p> <p>Pemeriksaan Ultrasonografi Untuk kelainan-kelainan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdominal • Kebidanan dan Penyakit Kandungan 	
5.	Kamar Operasi	<p>a. Pembedahan gawat</p> <p>b. Pembedahan elektif</p>	100%
6.	<i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	<p>a. Resusitasi jantung paru</p> <p>b. Pengelolaan jalan napas</p> <p>c. Terapi oksigen</p> <p>d. Pemantauan EKG terus menerus</p> <p>e. Pemasangan alat pacu jantung dalam keadaan gawat</p> <p>f. Pemberian nutrisi enteral dan parenteral</p> <p>g. Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh</p> <p>h. Pemakaian pompa infus atau semprit untuk terapi secara titrasi</p> <p>i. Memberikan bantuan fungsi vital dengan alat <i>portable</i></p>	100%
7.	Rehabilitasi Medik	<p>1. Fisioterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Panas 	100%

		<ul style="list-style-type: none"> • Dingin • Traksi • Elektro Stimuli • Latihan-latihan (<i>Stroke, Low Back pain, Cerebral Palsy, Senam Hamil</i>) <ol style="list-style-type: none"> 2. <i>Orthesa prothesa</i> 3. <i>Occupational therapy</i> 	
8.	Apotek	Memiliki perbekalan farmasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Prioritas 1 2. Prioritas 2 3. Prioritas 3 	100%

Dari tabel 5.7 dapat dilihat bahwa jenis pelayanan *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya lengkap yaitu sebesar 100 %.

5.5.2 Penilaian kelengkapan alat

Penilaian kelengkapan alat di unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dapat dilihat pada tabel 5.8 dibawah ini:

Tabel 5.8 Penilaian kelengkapan alat di unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

No.	Unit	Standar alat	Realisasi
1.	Instalasi Gawat Darurat	<ol style="list-style-type: none"> 1. O₂ 2. Alat – alat intubasi 3. Instrument <i>tracheostomy</i> 4. Instrument pemasangan <i>chest tube</i> 5. DC Shock 6. Tensimeter 7. Monitor 8. Oximeter 	100%
2.	Ambulans	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tabung oksigen Peralatan medis P3K 2. Peralatan resusitasi 3. <i>Suction pump</i> manual dan 	100%

		<p>listrik 12 v DC</p> <p>4. Peralatan EKG dan monitoring lainnya</p> <p>5. <i>Minor surgery set</i></p> <p>6. Obat gawat darurat dan cairan infus</p>	
3.	Laboratorium	<p>1. <i>Auto analyzer</i></p> <p>2. Alat untuk pemeriksaan kimia klinik</p> <p>3. Alat untuk pemeriksaan hematology.</p> <p>4. <i>Centrifuge</i></p> <p>5. Fotometer</p> <p>6. Alat untuk pemeriksaan urine</p> <p>7. <i>Coagulator</i></p> <p>8. Rotator</p> <p>9. <i>Roller mixer</i></p>	100%
4.	Radiologi	<p>a. 1 unit Tilting Table, 1 under table tube dengan spot filming device (seri photo)</p> <p>b. 1 stationery bucky table dengan overhead tube</p> <p>Kedua unit diatas (a dan b) mempunyai 1 generator dengan kekuatan 125 kV dan 500 mA</p> <p>c. 1 mobile unit dengan kekuatan minimal 100 mA dan 100 kV</p> <p>d. 1 alat ultrasonografi (USG)</p> <p>e. CT Scan</p>	100%
5.	Kamar Operasi	<p>1. Meja operasi</p> <p>2. Meja anestesi</p> <p>3. Lampu operasi</p> <p>4. Unit anestesi,</p> <p>5. X – ray</p> <p>6. Gaun</p> <p>7. <i>Trolley,</i></p> <p>8. Instrumen pembedahan</p>	100%

		9. <i>Suction</i> 10. <i>Diathermi,</i>	
6.	<i>Intensive Care Unit (ICU)</i>	1. O2 2. EKG 3. Alat pacu jantung 4. Ventilator 5. Alat resusitasi	100%
7.	Rehabilitasi Medik	a. Terapi Panas <ul style="list-style-type: none"> • Infra merah • Ultra Sound Diathermi (USD) • UKG b. Terapi Dingin c. Traksi d. Elektro stimuli	100%

Dari tabel 5.8 dapat dilihat bahwa kelengkapan alat yang ada di unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya lengkap yaitu sebesar 100 %.

5.5.3 Penilaian Sumber Daya Manusia

Penilaian sumber daya manusia di unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dapat dilihat pada tabel 5.9 dibawah ini

Tabel 5.9 Penilaian sumber daya manusia di unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

No.	Unit	Standar sumber daya manusia	Kenyataan
1.	Instalasi Gawat Darurat	a. Dokter spesialis bedah b. Dokter spesialis anestesi c. Dokter umum d. Perawat mahir gawat darurat	Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya masih belum memiliki dokter spesialis bedah dan anestesi
2..	Ambulans	Crew ambulans	100%

No.	Unit	Standar sumber daya manusia	Kenyataan
3.	Laboratorium	a. Dokter spesialis Patologi Klinik b. Analis Laboratorium c. Administrasi	Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya masih belum memiliki dokter spesialis Patologi Klinik
4.	Radiologi	a. dokter spesialis Radiologi b. Radiografer c. Administrasi	Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya masih belum memiliki dokter spesialis radiology
5.	Kamar Operasi	a. Dokter spesialis bedah b. Dokter spesialis anestesi c. Dokter spesialis kandungan d. Dokter spesialis mata e. Dokter spesialis THH f. Perawat instrumen (<i>scrub nurse</i>) g. Perawat bantu (<i>circulating nurse</i>)	Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya masih belum memiliki dokter spesialis bedah dan anestesi
6.	<i>Intensive Care Unit (ICU)</i>	a. Dokter spesialis anesthesiologi b. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru c. Dokter spesialis yang membantu harus selalu siap dipanggil d. Perawat anestesi	Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya masih belum memiliki dokter spesialis anestesi
7.	Rehabilitasi Medik	a. Dokter spesialis Rehabilitasi Medik b. Fisioterapis c. Administrasi	100%
8.	Apotek	a. Apoteker b. Administrasi	100%

Dari tabel 5.9 dapat dilihat bahwa Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya masih membutuhkan adanya dokter spesialis bedah, anestesi, radiologi dan patologi klinik. Sementara ini kebutuhan akan dokter spesialis tersebut diatasi dengan dokter konsultan yang sewaktu-waktu siap datang bila dipanggil (*on call*)

Sedangkan jumlah paramedis baik paramedis keperawatan maupun paramedis non keperawatan dengan pendidikan D3 yang ada di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dapat dilihat pada tabel 5.10

Tabel 5.10 Jumlah paramedis (minimal pendidikan D3) di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

No.	Paramedis	Jumlah
1.	S1 Keperawatan	1
2.	D3 Keperawatan	113
3.	D3 Bidan	4
4.	S1 Farmasi/Apoteker	3
5.	D3 Analis	8
6.	D3 radiologi	8
7.	D3 Fisioterapi	6
8.	D3 Gizi	1
9.	D3 Tehnik Kesehatan Gizi	1
10.	D3 Elektro Medik	1
	Jumlah	143

Sumber: Personalia Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (data per Mei 2005)

Dari tabel 5.10 dapat dilihat bahwa jumlah paramedis yang berpendidikan minimal D3, baik paramedis keperawatan maupun paramedis non keperawatan yang ada di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah sebesar 151 orang atau 44,5% dari jumlah seluruh karyawan rumah sakit yang berjumlah 340 orang. Sehingga jumlah paramedis di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya termasuk kategori cukup, yaitu antara 25-50% dari jumlah seluruh karyawan rumah sakit.

5.5.4 Penilaian kompetensi sumber daya manusia

Penilaian kompetensi sumber daya manusia yang ada di unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dapat dilihat pada tabel 5.11 dibawah ini:

Tabel 5.11 Penilaian kompetensi sumber daya manusia yang ada di unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

No.	Unit	Rata-rata nilai kompetensi
1.	Instalasi Gawat Darurat	65
2.	Ambulans	50
3.	Laboratorium	56
4.	Radiologi	61,1
5.	Kamar Operasi	50
6.	<i>Intensive Care Unit (ICU)</i>	65,8
7.	Rehabilitasi Medik	68,3
	Rata-rata	59,5

Dari tabel 5.11 dapat dilihat bahwa kompetensi sumber daya manusia di unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya kompeten, yaitu dengan nilai rata-rata kompetensi sebesar 59,5

5.5.5 Penilaian level *Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Dari hasil penelitian dan analisis dari unit-unit yang termasuk *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, dapat disimpulkan bahwa *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya termasuk *Trauma Center* level II menurut *American College of Surgeons*, karena memenuhi syarat umum *Trauma Center* dan memenuhi syarat *Trauma Center* level II, yaitu:

Syarat Trauma Center level II
Peralatan pengobatan darurat organik dan anestesi tersedia setiap saat
Dokter spesialis yang lain harus <i>on-call</i> dan harus merespon dalam waktu yang singkat (bedah umum, bedah otak, bedah obsgin, bedah mata, bedah rekonstruksi, bedah ortopedi, bedah plastik, bedah toraks, radiologi)
Menyediakan peralatan ekstensif
Kualifikasi klinis khusus dan pendidikan kesehatan trauma ya spesifik bagi dokter dan staf medis lainnya
Kamar Operasi tersedia 24 jam seminggu dan staf kamar operasi <i>on call</i> dan tersedia 24 jam seminggu
Pengembangan kualitas spesifik pengamatan pelayanan pasien trauma dan pengamatan berkelanjutan protokol pelayanan trauma dan kebijakannya
Partisipasi dalam aktivitas pencegahan kecelakaan di masyarakat
Syarat umum Trauma Center
Akses masuk IGD harus mudah/tersendiri
Lokasi di lantai paling bawah dan punya akses langsung ke jalan utama
Ada petunjuk yang jelas dilihat siang dan malam dan terletak di rute jalan utama menuju IGD
Ada petunjuk atau tanda di dalam RS
<i>Drive through</i> yang dilengkapi minimal 2 unit ambulans
Lay out IGD terbagi dengan baik untuk:
1. Triase
2. Ruang resusitasi
Pemeriksaan medis dan bedah terpisah
Tindakan medis dan bedah terpisah
Ketersediaan pelayanan IGD 24 jam
Ketersediaan obat lengkap sesuai standar PPGD
Ketersediaan alat lengkap sesuai dengan PPGD
Ketersediaan alat <i>life saving</i>
Ketersediaan protap penggunaan <i>life saving</i>
Ketersediaan obat <i>life saving</i>
Ketersediaan protap penggunaan <i>life saving</i>
Dokter jaga 24 jam <i>on site</i>
Perawat jaga 24 jam <i>on site</i>
Dokter konsulen jaga <i>on-call</i>
Program penanggulangan bencana dilaksanakan pelatihan dengan teratur
Ketentuan pasien yang perlu dirujuk
Adanya protap pendamping pasien yang dirujuk
Adanya ketentuan tertulis tentang penulisan rekam medik
Adanya ketentuan tertulis tentang triase

Adanya jadwal jaga perawat, dokter dan dokter konsulen
Fasilitas komunikasi: 1. Radio medik tersendiri 2. Telepon desentralisasi
Ketersediaan darah saat dibutuhkan dengan cepat dan adanya pelayanan 24 jam tranfusi
Instrumen bedah standar IGD
Instrumen resusitasi lengkap
Ruangan tindakan minor
Radiologi standar bekerja 24 jam
Laboratorium standar bekerja 24 jam
Pelayanan ambulans 24 jam dengan peralatan dasar resusitasi dan <i>DC Shock</i>
Dokter jaga dengan sertifikat ATLS
Perawat jaga dengan sertifikat BLS dan BCLS
Farmasi dengan criteria penyediaan obat dan ALKES
IGD memiliki kamar operasi tersendiri
Bangunan apotek dekat dengan kegiatan IGD
Bagan/struktur organisasi tertulis
Protap kasus perkosaan
Protap kasus keracunan masal
Protap asuransi kecelakaan
Protap kasus dengan korban masal
Protap penanganan kasus 5 besar IGD
Prosedur medis tertulis tentang tanggung jawab dokter
Prosedur medis tertulis tentang batasan tindakan medis
Prosedur medis tertulis tentang protokol medis tentang kasus-kasus tertentu yang mengancam jiwa
Protap pelatihan bagi petugas baru di IGD
Program tertulis tiap tahun tentang kegiatan peningkatan ketrampilan bagi tenaga di IGD
Latihan teratur untuk petugas IGD dalam menghadapi bencana
Data kunjungan
Data <i>respon time</i>
Data pemakaian pemeriksaan penunjang
Data pola penyakit

Desain *Trauma Center* adalah adanya penyediaan staf, tersedianya dokter spesialis, adanya waktu respon yang cepat, adanya pelatihan, adanya pengembangan

kualitas, dan pendidikan untuk masyarakat. *Trauma Center* mempunyai tim trauma yang terorganisir untuk keadaan trauma, seorang dokter bedah sebagai pemimpinnya dan ada program trauma jangka panjang, koordinator perawat untuk trauma, dan komite yang melakukan pengembangan kualitas dan mengarahkan program trauma yang dilakukan oleh rumah sakit.

Hal tersebut diatas berbeda dengan departemen gawat darurat yang tidak didesain sebagai *Trauma Center*, yaitu memiliki staf yang terdiri dari dokter untuk menangani keadaan gawat darurat pada siang dan malam, tapi tidak memiliki tim trauma yang terorganisir untuk merespon panggilan kasus trauma atau melayani mereka dalam waktu singkat.

Perbedaan mendasar antara level I dan level II adalah dokter spesialis bedah mayor harus tersedia *on-call* tapi dengan komitmen mereka harus sudah ada di Instalasi Gawat Darurat ketika pasien tiba.

5.6 Analisis Kebutuhan Pasar terhadap adanya Trauma Center di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Dalam pengadaan suatu *Trauma Center*, harus dipikirkan jarak geografis dari pelayanan trauma yang sudah ada, faktor transportasinya, lokasi populasi dan kepadatannya, perkiraan jumlah pasien trauma, pola rujukan pasien, RS atau pelayanan trauma lain dan rujukan yang ada di daerah tersebut. (*Jurnal Region Designations*).

Kebutuhan korban kecelakaan yang harus mendapat prioritas pelayanan cepat tepat pada masa kritis 1-6 jam pertama dapat diatasi dengan memperpendek jarak lokasi penyediaan fasilitas pelayanan trauma. Masa kritis atau *the golden period* yang terabaikan akibat keterbatasan fasilitas medis rumah sakit di daerah dapat mengakibatkan terjadinya berbagai kasus amputasi. Pemanfaatan masa kritis trauma (*golden period*) dengan tepat dapat merealisasikan moto *time saving is life saving and limb saving*.

5.6.1 Jarak geografis dari pelayanan *Trauma Center* yang sudah ada

Menurut data yang didapatkan dari Dinas Perhubungan Pemerintah Kota Surabaya, jarak geografis yang terdekat dari Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya ke pelayanan *Trauma Center* yang sudah ada, yaitu ke Rumah Sakit dr. Soetomo adalah sejauh 11,6 km, dengan melalui jalur: jalan Tanjung Perak Timur – jalan Rajawali – jalan Veteran -- jalan Pahlawan – jalan Gemplongan – jalan Genteng Kali – jalan Walikota Mustajab -- jalan Gubeng Pojok – jalan Raya Darmawangsa.

Berdasarkan data ini, maka jarak geografis ke pusat pelayanan *Trauma Center* yang sudah ada (RS dr. Soetomo) termasuk kategori jauh karena jaraknya > 10 km.

5.6.2 Faktor transportasi menuju ke Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

Menurut data bulan Mei 2004 didapatkan data dari Dinas Perhubungan Pemerintah Kota Surabaya dan Polres Surabaya Utara tentang jalan-jalan di wilayah

Surabaya Utara menuju ke Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya berdasarkan tingkat kemacetan jalan.

Kriteria daerah kemacetan yang dilihat disini berdasarkan derajat kejenuhan jalan dan angka rata-rata kecepatan kendaraan bermotor (mobil) saat melalui jalan tersebut pada jam-jam sibuk (jam 06:00-09:00, jam 12:00-14:00, dan jam 18:00 – 20:00).

Data derajat kejenuhan jalan dan angka rata-rata kecepatan kendaraan bermotor (mobil) di wilayah Surabaya Utara dapat dilihat pada tabel 5.12 dibawah ini:

Tabel 5.12 Data derajat kejenuhan jalan dan angka rata-rata kecepatan kendaraan bermotor (mobil) di wilayah Surabaya Utara

Nama jalan	Angka derajat kejenuhan jalan	Angka rata-rata kecepatan
Jalan Kebon Rojo	0.29	61 km/jam
Jalan Indrapura	0.27	63 km/jam
Jalan Tanjung Perak Barat	0.32	57 km/jam
Jalan Tanjung Perak Timur	0.34	53 km/jam
Jalan Sisingamangaraja	0.35	50 km/jam
Jalan Sarwajala	0.31	58 km/jam
Jalan Sidorame	0.39	46 km/jam
Jalan Sidotopo Lor	0.38	47 km/jam
Jalan Kenjeran	0.34	53 km/jam
Jalan Kapasan	0.38	47 km/jam
Jalan Gresik	0.33	55 km/jam
Jalan Kalianak	0.37	49 km/jam
Jalan Greges	0.35	51 km/jam
Jalan Demak	0.35	50 km/jam
Rata-rata	0.34	52.9 km/jam

Sumber: Dinas Perhubungan Pemerintah Kota Surabaya dan Polres Surabaya Utara (Mei 2004)

Dari tabel 5.12 dapat dilihat bahwa angka rata-rata derajat kejenuhan jalan-jalan di wilayah Surabaya Utara adalah sebesar 0,34 dan angka rata-rata kecepatan kendaraan bermotor (mobil) adalah sebesar 52,9 km/jam.

Berdasarkan data ini, maka faktor transportasi menuju Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya termasuk kategori akses mudah, yaitu bila untuk menuju Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya melewati jalan dengan tingkat kemacetan lalu lintas rendah (rata-rata kecepatan >45 km/jam dan atau dengan batas derajat kejenuhan jalan $<0,45$)

5.6.3 Lokasi dan kepadatan populasi

Berdasarkan data dari Biro Pusat Statistik Surabaya, lokasi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya strategis untuk wilayah Surabaya Utara, karena terletak di wilayah dengan kepadatan penduduk yang tinggi dan merupakan satu-satunya RS yang terletak di pintu masuk kota Surabaya dari arah laut (Utara). Perkembangan daerah ini yang menonjol adalah sebagai kawasan perkantoran dan sentra ekonomi di tengah pemukiman penduduk. Selain itu lokasinya juga di dekat jalur tol yang menghubungkan Jawa Timur bagian Timur dan Selatan dengan Jawa Timur bagian Utara dan Barat.

Sedangkan data angka kepadatan populasi wilayah kecamatan Pabean Cantian didapatkan dari kantor kecamatan Pabean Cantian. Kepadatan penduduk di wilayah

kecamatan Pabean Cantian yaitu sebesar 20.250 jiwa/km². Sehingga termasuk daerah dengan kepadatan populasi tinggi, yaitu > 12.000 jiwa/km²

Berdasarkan lokasi dan kepadatan populasi, maka Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya berada di lokasi yang strategis.

5.6.4 Perkiraan jumlah pasien trauma,

Analisis kebutuhan pasar terhadap adanya *Trauma Center* di RS Pelabuhan Surabaya juga dilihat berdasarkan data yang didapat dari Dinas Jasa Marga I (jalan tol Perak-Waru) dan data kasus trauma yang didapat dari Polres Surabaya Utara.

Data kategori kecelakaan lalu lintas yang terjadi di wilayah Surabaya Utara selama tahun 2002-2004 dapat dilihat pada tabel 5.13 di bawah ini:

Tabel 5.13 Data kategori kecelakaan lalu lintas untuk wilayah Surabaya Utara tahun 2002-2004

Kategori	2002	2003	2004
Ringan	50	79	119
Berat	10	17	26
Meninggal	12	19	30
JUMLAH	72	115	175

Sumber: Polres Surabaya Utara

Dari tabel 5.13 dapat dilihat ada peningkatan angka kecelakaan lalu lintas di wilayah Surabaya Utara dari tahun 2002 -2004. Angka kecelakaan di tahun 2003 meningkat 59,7 % sedangkan untuk tahun 2004 meningkat sebesar 52,1 % dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Prosedur yang dilakukan oleh Polres Surabaya Utara untuk penanganan kasus kecelakaan untuk kategori berat adalah segera membawa korban kecelakaan ke rumah sakit yang dianggap mampu untuk

menanganinya. Rumah Sakit yang dipilih oleh anggota Polres Surabaya Utara adalah Rumah Sakit dr Soetomo.

Data kategori kecelakaan yang terjadi di jalan tol wilayah Jasa Marga I, yang meliputi jalan tol Perak sampai Waru selama tahun 2002 sampai tahun 2004 dapat dilihat pada tabel 5.14 di bawah ini:

Tabel 5.14 Data kategori kecelakaan tol di wilayah Jasa Marga I (jalan tol Perak-Waru) tahun 2002-2004

Kategori	2002	2003	2004
Ringan	72	34	51
Berat	29	45	71
Meninggal	11	9	5
JUMLAH	112	88	127

Sumber: Jasa Marga Surabaya

Dari tabel 5.14 dapat dilihat ada peningkatan angka kejadian untuk kategori trauma berat dari kejadian kecelakaan yang terjadi di wilayah Jasa Marga I dari tahun 2001-200. Prosedur yang dilakukan oleh pihak Jasa Marga untuk penanganan kasus kecelakaan untuk kategori berat adalah segera membawa korban kecelakaan ke rumah sakit yang dianggap mampu untuk menanganinya. Rumah Sakit yang dipilih oleh pihak Jasa Marga wilayah I adalah Rumah Sakit dr Soetomo.

5.6.5 Pola rujukan kasus trauma di wilayah Surabaya Utara.

Pola rujukan kasus trauma di wilayah Surabaya Utara didapatkan dari kantor Jasa Marga I dan Rekam Medis RS dr. Soetomo. Untuk perbandingan kunjungan kasus trauma dengan jumlah kunjungan Instalasi Gawat Darurat yang terjadi di wilayah Surabaya Utara dapat dilihat pada tabel 5.15 dibawah ini:

Tabel 5.15 Tabel kunjungan kasus trauma di Rumah Sakit kompetitor

RS Kompetitor	2002			2003			2004		
	Jumlah Kunjungan IGD	Jumlah Kasus trauma	%	Jumlah Kunjungan IGD	Jumlah Kasus trauma	%	Jumlah Kunjungan IGD	Jumlah Kasus trauma	%
RS Surabaya Utara									
IGD RSPS	17.365	1.134	6,5	14.303	2.709	18,9	13.631	2.909	21,3
IGD RS Al Irsyad	15.525	1.185	7,6	17.351	1.404	8,1	24.863	1.723	6,9
IGD RS Muhammadiyah	6.215	420	6,8	6.347	398	6,3	5.958	476	7,9
IGD RS Karang Tembok	Data tidak tersedia			Data tidak tersedia			4.402	530	12,0

Sumber: Rekam Medis RSPS, RS Al Irsyad, RS Muhammadiyah, RS Karang Tembok

Dari tabel 5.15 di atas dapat dihitung pangsa pasar untuk kasus trauma di wilayah Surabaya Utara tahun 2004. Cara penghitungannya adalah sebagai berikut:

$$\frac{\Sigma \text{ kasus trauma di RSPS tahun 2004}}{\Sigma \text{ kasus trauma total di RS wilayah Surabaya Utara}} \times 100\%$$

$$= \frac{2.909}{5.638} \times 100\%$$

$$= 51,6\%$$

Dari data ini dapat dilihat bahwa pangsa pasar Trauma Center RS Pelabuhan Surabaya untuk tahun 2004 tinggi karena > 50%, yaitu **51,6%**.

Sedangkan kategori rujukan pasien kasus trauma dari IGD Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya yang dirujuk tahun 2004 dapat dilihat pada tabel 5.16 dibawah ini:

Tabel 5.16 Kategori rujukan pasien kasus trauma dari IGD Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya yang dirujuk tahun 2004

Bulan	Jumlah	Tujuan	Alasan
Januari	14	8 orang ke IRD RSDS 2 orang ke RSAL 1 orang ke RSAD 1 orang ke RS Adi Husada 1 orang ke RS Poldo 1 orang ke RS William Booth	Biaya 6 orang Atas permintaan sendiri 2 orang Anggota TNI 4 orang PNS 2 orang
Februari	15	13 orang ke IRD RSDS 2 orang ke RSAL	Biaya 12 orang Atas permintaan sendiri 3 orang

Bulan	Jumlah	Tujuan	Alasan
Maret	14	8 orang ke IRD RSDS 2 orang ke RSAL 2 orang ke RS Al Irsyad 1 orang ke RS Adi Husada 1 orang ke RS Semen Gresik	Biaya 5 orang Atas permintaan sendiri 2 orang Anggota TNI 2 orang PNS 1 orang Dr spesialis tidak hadir 2 orang Ruang penuh 2 orang
April	11	7 orang ke IRD RSDS 2 orang ke RSAL 1 orang ke RS Semen Gresik 1 orang ke RS Haji	Biaya 6 orang Atas permintaan sendiri 2 orang Anggota TNI 2 orang PNS 1 orang
Mei	14	12 orang ke IRD RSDS 1 orang ke RS Bunder 1 orang ke RS Darmo	Biaya 11 orang Atas permintaan sendiri 2 orang Ruang penuh 1 orang
Juni	14	10 orang ke IRD RSDS 2 orang ke RSAL 1 orang ke RS Bunder 1 orang ke RS Polda	Biaya 11 orang Atas permintaan sendiri 1 orang Anggota TNI AL 1 orang Anggota Polri 1 orang
Juli	23	19 orang ke IRD RSDS 4 orang ke RSAL	Biaya 20 orang Anggota TNI AL 3 orang
Agustus	22	20 orang ke IRD RSDS 2 orang ke RSAL	Biaya 19 orang Anggota TNI AL 2 orang PNS 1 orang
September	26	18 orang ke IRD RSDS 5 orang ke RSAL 1 orang ke RS Mitra Keluarga 1 orang ke RS Haji 1 orang ke RS Semen Padang	Biaya 16 orang Anggota TNI AL 4 orang PNS 5 orang Atas permintaan sendiri 1 orang
Oktober	9	9 orang ke IRD RSDS	Biaya 8 orang Ruang penuh 1 orang
November	7	7 orang ke IRD RSDS	Biaya 6 orang Atas permintaan sendiri 1 orang
Desember	23	21 orang ke IRD RSDS 1 orang ke RS IBI 1 orang ke DKT	Biaya 16 orang Anggota TNI AD 1 orang PNS 3 orang Atas permintaan sendiri 1 orang Ruang penuh 2 orang

Sumber: Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (data Mei 2005).

Dari tabel 5.16 dapat dilihat bahwa sebagian besar kasus trauma yang dirujuk dari IGD Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya adalah karena alasan biaya, jadi bukan karena Rumah Sakit Pelabuhan tidak dapat menanganinya.

Data rujukan kecelakaan yang terjadi di jalan tol wilayah Jasa Marga I, yang meliputi jalan tol Perak sampai Waru selama tahun 2002 sampai tahun 2004 dapat dilihat pada tabel 5.17 di bawah ini:

Tabel 5.17 Data rujukan kecelakaan tol di wilayah Jasa Marga I (jalan tol Perak-Waru) tahun 2002-2004

	2002	%	2003	%	2004	%
Dirujuk ke RS Pelabuhan Surabaya	14	12,5	8	9,1	11	8,6
Dirujuk ke RS dr Soetomo	34	30,4	29	29	38	30
Ke RS lain	60	53,6	51	51	73	57,5
Tidak dirujuk	4	3,5	0	0	5	3,9
TOTAL	112	100	88	100	127	100

Sumber: Jasa Marga Surabaya

Dari tabel 5.17 dapat dilihat bahwa jumlah korban kecelakaan yang terjadi di wilayah Jasa Marga I (jalan tol Perak-Waru) yang dirujuk ke Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya selama tahun 2002-2004 mengalami penurunan persentase. Pihak Jasa Marga I masih menganggap Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya belum mampu untuk menangani kasus kecelakaan yang dianggap berat, padahal untuk masalah jarak, Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya lebih dekat dan lebih mudah transportasinya.

Data angka kejadian trauma dari wilayah Surabaya Utara yang masuk ke IGD Rumah Sakit dr. Soetomo selama tahun 2002 sampai tahun 2004 dapat dilihat pada tabel 5.18 dibawah ini:

Tabel 5.18 Data angka kejadian trauma dari wilayah Surabaya Utara yang masuk ke IGD Rumah Sakit dr. Soetomo tahun 2002-2004

Wilayah	2002	2003	2004
Kec Pabean Cantikan	43	56	77
Kec. Semampir	36	71	62
Kec. Krembangan	48	34	69
Kec. Kenjeran	25	19	57
Kec. Bulak	16	22	43
Kec. Asemrowo	45	69	66
Kec. Suko Manunggal	17	15	47
JUMLAH	230	286	421

Sumber: Rekam Medis IGD Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Pada tabel 5.18 dapat dilihat bahwa angka kejadian trauma dari wilayah Surabaya Utara yang masuk ke IGD Rumah Sakit dr. Soetomo dari tahun 2002-2004 terus mengalami peningkatan.

Data angka kejadian trauma dari wilayah Surabaya Utara, Gresik dan Madura yang masuk ke IGD Rumah Sakit dr. Soetomo selama tahun 2002 sampai tahun 2004 dapat dilihat pada tabel 5.19 di bawah ini:

Tabel 5.19 Data angka kejadian trauma dari wilayah Surabaya Utara, Gresik dan Madura yang masuk ke IGD RSDS

Wilayah	2002	2003	2004
Gresik	239	245	358
Madura	197	321	247
Surabaya Utara	230	286	421
JUMLAH	666	852	1026

Sumber: Rekam Medis IGD Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Pada tabel 5.19 dapat dilihat bahwa angka kejadian trauma dari wilayah Surabaya Utara, Gresik dan Madura yang masuk ke IGD RSDS terus meningkat. Padahal secara geografis, lokasi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya lebih dekat.

5.7 Analisis Matriks Ansoff terhadap komponen yang berhubungan dengan produk

Berdasarkan hasil penelitian, didapat data komponen yang berhubungan dengan produk. Penilaian *Trauma Center* sebagai produk unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dapat dilihat pada tabel 5.20 dibawah ini:

Tabel 5.20 Penilaian *Trauma Center* sebagai produk unggulan RSPS

No.	Variabel	Hasil	Penilaian hasil
1.	Jenis pelayanan	Jenis pelayanan yang ada di unit-unit yang termasuk Trauma Center di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya 100 %	Jenis pelayanan yang ada di unit-unit yang termasuk Trauma Center di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sangat lengkap yaitu nilai antara 95-100%
2.	Kelengkapan alat	Kelengkapan alat di unit-unit yang termasuk Trauma Center di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya 100 %	Kelengkapan alat di unit-unit yang termasuk Trauma Center di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sangat lengkap yaitu nilai antara 95-100%
3.	Jumlah SDM	Jumlah paramedis (minimal berpendidikan D3) yang ada di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sebesar 143 orang atau 44,5% dari jumlah seluruh karyawan rumah sakit yang berjumlah 321 orang. Sedangkan untuk di unit-unitnya, Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya belum memiliki dokter spesialis bedah, anestesi, radiologi dan patologi klinik.	Jumlah paramedis di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya termasuk kategori cukup, yaitu antara 25-50% dari jumlah seluruh karyawan rumah sakit. Belum adanya dokter spesialis bedah, anestesi, radiologi dan patologi klinik dapat diatasi dengan adanya <i>respon time</i> yang cepat
4.	Kompetensi SDM	Kompetensi SDM yang ada di unit-unit <i>Trauma Center</i> berdasarkan kemampuan atau kecakapan yang dimiliki adalah sebesar 59,5	Kompetensi SDM yang ada di unit-unit <i>Trauma Center</i> termasuk kategori kompeten, yaitu nilai antara 50-80.

Kondisi *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dilihat dari aspek *technical* dan aspek *operational*, menunjukkan bahwa *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya telah memenuhi persyaratan *Trauma Center*.. dan *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya termasuk *Trauma Center* level 2 karena memenuhi syarat-syarat dari *Trauma Center* level 2.

5.8 Analisis Matriks Ansoff terhadap komponen yang berhubungan dengan pasar

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa kebutuhan pasar akan adanya *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya tinggi. Penilaian hasil analisis kebutuhan pasar terhadap keberadaan *Trauma Center* dapat dilihat pada tabel 5.20 di bawah ini:

Tabel 5.21 Penilaian hasil kebutuhan pasar terhadap keberadaan *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

No.	Variabel	Hasil	Penilaian hasil
1.	Jarak geografis dari pelayanan <i>Trauma Center</i> yang sudah ada	Jarak geografisnya adalah sejauh 11,6 km	Jarak geografis dari pelayanan <i>Trauma Center</i> yang sudah ada adalah jauh, karena jaraknya > 10 km.
2.	Faktor transportasi menuju <i>Trauma Center</i> Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	<ul style="list-style-type: none"> • Angka rata-rata derajat kejenuhan jalan- jalan di wilayah Surabaya Utara adalah sebesar 0,34 • angka rata-rata kecepatan kendaraan bermotor (mobil) adalah sebesar 52,9 km/jam. 	<p>Faktor transportasi menuju Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya termasuk kategori akses mudah, yaitu merupakan daerah dengan tingkat kemacetan rendah, karena:</p> <ul style="list-style-type: none"> • angka derajat kejenuhan jalan < 0,45 • angka rata-rata kecepatan kendaraan bermotor > 45 km/jam
3.	Lokasi	Lokasi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya terletak di daerah dengan kepadatan penduduk tinggi	Lokasi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya strategis
4.	Kepadatan populasi	Kepadatan populasi kecamatan Pabean Cantian adalah sebesar 20.250 jiwa/km ²	Kepadatan populasi di kecamatan Pabean Cantian adalah tinggi, karena populasinya > 12.000 jiwa/km ²
5.	Jumlah pasien trauma di wilayah Surabaya Utara	Data dari Polres Surabaya Utara untuk kasus kecelakaan lalu lintas tahun 2003 meningkat sebesar 59,7% dibanding tahun 2002; dan tahun 2004 meningkat sebesar 52,1 % dibandingkan tahun 2003. Data dari Jasa Marga wilayah 1, untuk kategori kecelakaan berat di jalan tol, angka untuk tahun 2003 meningkat sebesar 55,2 % dibanding tahun 2002, dan tahun 2004 meningkat sebesar 57,8 % dibandingkan tahun 2003.	Jumlah pasien trauma di wilayah Surabaya Utara tinggi, karena angka kejadian trauma dari tahun 2002-2004 meningkat > 50% setiap tahunnya
6.	Pola rujukan pasien trauma ke <i>Trauma Center</i> di luar Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (RS dr. Soetomo)	<p>Jumlah pasien trauma dari wilayah Surabaya Utara, Gresik dan Madura yang masuk ke RSDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tahun 2002 : 666 orang • tahun 2003 : 852 orang • tahun 2004 : 1026 orang 	Pola rujukan pasien trauma ke <i>Trauma Center</i> di luar Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (RS dr. Soetomo) tinggi untuk tahun 2002 yaitu sebesar 58,7%, dan sedang untuk tahun 2003 dan 2004 yaitu sebesar 31,5% (tahun 2003) dan sebesar 35,3% (tahun 2004).

Dari tabel 5.21 dapat dilihat bahwa keberadaan *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya benar benar dibutuhkan.

5.9 Penerapan dari Matrik Ansoff

Matrik Ansoff digunakan sebagai sarana pembantu dalam menetapkan sasaran pemasaran. Matrik Ansoff menetapkan empat alternatif tindakan yang mungkin bagi perusahaan dalam penetapan sasaran.

Matrik Ansoff ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 6.1 Matrik Ansoff

- b. *Market penetration*: menjual produk yang ada ke pasar yang ada
- c. *Market development*: memperpanjang (memperluas) produk yang ada ke pasar baru

- d. *Product development*: mengembangkan produk baru untuk pasar yang ada
- e. *Diversification*: mengembangkan produk baru untuk pasar baru

Berdasarkan data komponen yang berhubungan dengan pasar dan produk di atas, dapat disimpulkan bahwa *Trauma Center* sebagai produk unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sudah memenuhi syarat dan termasuk dalam level 2 *Trauma Center*. Sedangkan pasar untuk *Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya masih luas. Namun sosialisasi program *Trauma Center* sebagai produk unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya masih kurang.

Menurut analisa peneliti, berdasarkan Matrik Ansoff penerapan Matrik Ansoff untuk saat ini (jangka pendek) adalah dengan melakukan *Market Penetration* karena pasar yang sudah ada sekarang ini (wilayah Surabaya Utara, Gresik dan Madura) ternyata belum mengetahui banyak tentang adanya *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya.

5.10 Isu Strategis

Dari data-data yang telah didapatkan, maka isu strategis yang muncul dapat dilihat pada tabel 5.22 dibawah ini:

Tabel 5.22 Isu strategis pengembangan Trauma Center di RSPS

Faktor produk	Belum adanya dokter spesialis bedah, anestesi, radiologi dan patologi klinik Jumlah pasien yang dirujuk berdasarkan alasan: <ul style="list-style-type: none"> • Biaya sebanyak 136 orang • Dr spesialis tidak hadir 2 orang • Ruang penuh 6 orang
Faktor pasar	Untuk tahun 2003 dan 2004 jumlah kunjungan IGD RSPS lebih rendah daripada RS Al Irsyad (RS Al Irsyad tidak memiliki poli umum di sore hari)
	Anggota Polres Surabaya Utara dan anggota Jasa Marga wilayah I (jalan tol Perak-Waru) masih menganggap RSPS belum mampu menangani kasus-kasus trauma yang terjadi di wilayahnya.

5.11 Hasil *Focus Group Discussion*

Isu strategis yang didapatkan dari penelitian dipresentasikan di depan staf Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dengan cara *Focus Group Discussion* untuk mendapatkan pemecahan masalah terhadap isu strategis yang ada. FGD dengan topik Rekomendasi Pengembangan Trauma Center sebagai program unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya diadakan pada hari Rabu, tanggal 3 Agustus 2005, bertempat di ruang Komite Klinik Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, dengan moderator Ratna Dwi Wulandari, SKM., MARS

Hasil FGD yang dilakukan dapat dilihat pada tabel 5.23 dibawah ini:

Tabel 5.23 Hasil FGD Rekomendasi Pengembangan Trauma Center sebagai program unggulan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

	Isu Strategis	Pemecahan Masalah
Faktor produk	Belum adanya dokter spesialis bedah, anestesi, radiologi dan patologi klinik	Untuk dokter spesialis organik belum sangat diperlukan, namun RS Pelabuhan tetap akan mengusahakan dokter Spesialis Ortopedi dan Traumatologi organik untuk ditempatkan di IGD
	Jumlah pasien yang dirujuk berdasarkan alasan biaya sebanyak 136 orang	Manajemen RS Pelabuhan menetapkan suatu kebijakan "zero rujukan" bagi pasien-pasien yang datang ke RS Pelabuhan, termasuk pemberian subsidi untuk pasien-pasien yang benar-benar tidak mampu
	Jumlah pasien yang dirujuk berdasarkan alasan Dr spesialis tidak hadir 2 orang	Membuat komitmen dan surat kontrak untuk lebih mengikat para dokter spesialis konsultan. (dalam hal ketepatan waktu menangani pasien dan ke-profesionalis-an dalam bekerja)
	Jumlah pasien yang dirujuk berdasarkan alasan ruang penuh 6 orang	Manajemen RS Pelabuhan membangun kamar baru dan menyiapkan aula dan bed pasien untuk keadaan musibah masal.
Faktor pasar	Untuk tahun 2003 dan 2004 jumlah kunjungan IGD RSPS lebih rendah daripada RS Al Irsyad	Manajemen RS Pelabuhan akan terus melakukan strategi pemasaran yang terus menerus dan berkesinambungan.
	Anggota Polres Surabaya Utara dan anggota Jasa Marga wilayah I (jalan tol Perak-Waru) masih menganggap RSPS belum mampu menangani kasus-kasus trauma yang terjadi di wilayahnya	Manajemen RS Pelabuhan akan terus menerus melakukan latihan-latihan penanggulangan trauma bersama dengan instansi-instansi yang terkait.

BAB 6

PEMBAHASAN

Penanganan kasus trauma yang terjadi di masyarakat memerlukan suatu tindakan yang tepat dan cepat. Sesuai dengan prinsip penanganan trauma itu sendiri, yaitu "*Time saving is Life saving*". Kasus-kasus kegawatdaruratan bisa terjadi kapan saja, dimana saja, bahkan bisa menimpa siapa saja.

Karena bisa terjadi dimana saja, tentunya juga termasuk di luar rumah sakit. Yang ini malah lebih sering terjadi. Itu sebabnya secara umum penanganan kasus *emergency* bisa dibagi menjadi *Pre Hospital Care* dan *In Hospital Care*.

Di pusat-pusat kesehatan yang sudah maju, namun belum di Indonesia, kedua tahapan tersebut dapat berjalan beriringan. Ketika kasus *emergency* terjadi, bukan korban yang mencari layanan medis. Tapi layanan medis yang mendatangi korban. Setelah korban stabil dengan layanan *pre-hospital* ini, barulah masuk ke tahap selanjutnya, membawa pasien ke rumah sakit.

Inti sebenarnya dari penanggulangan kasus gawat darurat adalah adanya suatu *network* atau jaringan. Di Indonesia sendiri sebenarnya sudah ada yang dinamakan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT). Sistem ini secara teoritis menyerupai *Emergency Medical Service (EMS)* seperti yang banyak diterapkan di negara-negara maju.

EMS adalah suatu sistem yang berbasiskan *network*. Suatu jaringan kerjasama antara berbagai instansi yang bertujuan untuk memberikan perawatan *emergency pre hospital* yang maksimal untuk pasien. Misalnya saja terjadi suatu tabrakan mobil, Tentu yang harus mengatur keamanan di lokasi adalah Polisi, kalau akibat tabrakan

itu mobilnya terbakar pihak Pemadam Kebakaran mesti dipanggil. Ambulan paramedik mesti datang untuk menstabilkan dan mengevakuasi korban. Adanya sistem yang sudah terpadu bisa menyebabkan instansi-instansi ini bekerja secara simultan dan dalam waktu yang singkat. Prinsip "*Time saving is Life saving*" pun terpenuhi.

Sayangnya, SPGDT yang secara teoritis menyerupai *Emergency Medical Service* (EMS) di kenyataannya berbicara lain. Belum ada suatu kerjasama yang padu antar instansi-instansi yang terkait. Juga karena masalah sosialisasi yang masih belum menyeluruh.

Pada tulisan yang ada pada tesis ini, salah satu isu strategis yang terjadi adalah adanya banyak anggota Polres Surabaya Utara dan anggota Jasa Marga wilayah I (jalan tol Perak-Waru) yang masih menganggap RS Pelabuhan Surabaya belum mampu menangani kasus-kasus trauma yang terjadi di wilayahnya. Mereka juga menganggap jika terjadi suatu kerjasama antara instansinya (Polres atau Jasa Marga) dengan salah satu rumah sakit di Surabaya untuk kasus kasus kecelakaan, itu merupakan suatu hal yang melanggar moral kemanusiaan. Mereka tidak mau terikat dengan rumah sakit tertentu saat merujuk pasien-pasien kasus kecelakaan. Jika sosialisasi tentang SPGDT sudah menyeluruh, tentu hal ini tidak akan terjadi.

Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya mencanangkan *Trauma Center* sebagai program unggulannya sejak tahun 2003. Pemilihan program unggulan tersebut dibuat berdasarkan pertimbangan : lokasi Rumah Sakit Pelabuhan yang dekat dengan jalan raya dan Pelabuhan Tanjung Perak, merupakan pintu gerbang Surabaya utara, dikelilingi oleh beberapa perusahaan besar serta angka kecelakaan lalu lintas dan angka kecelakaan kerja yang meningkat, Manajemen Rumah Sakit Pelabuhan melihat

ini sebagai peluang untuk dapat melayani pasien kecelakaan lalu lintas darat, laut serta kecelakaan kerja.

Dalam pengadaan suatu *Trauma Center*, harus dipikirkan kebutuhan pasar akan adanya *Trauma Center*, yaitu berupa jarak geografis dari pelayanan trauma yang sudah ada, faktor transportasinya, lokasi populasi dan kepadatannya, perkiraan jumlah pasien trauma, pola rujukan pasien, RS atau pelayanan trauma lain dan rujukan yang ada di daerah tersebut. Juga harus dipersiapkan secara baik unit-unit yang mendukung *Trauma Center*. *Trauma Center* meliputi unit Instalasi Gawat Darurat (IGD), ambulans, laboratorium, radiologi, Kamar Operasi, *Intensive Care Unit* (ICU), rehabilitasi medik, dan apotek.

Dari penelitian yang telah dilakukan, kebutuhan pasar akan keberadaan *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya tinggi. Hal-hal yang harus diperhatikan untuk memenuhi syarat pengadaan *Trauma Center* sudah banyak yang terpenuhi.

Adanya isu strategis jumlah kunjungan IGD RSPS lebih rendah daripada RS Al Irsyad dan anggapan anggota Polres Surabaya Utara dan anggota Jasa Marga wilayah I (jalan tol Perak-Waru) yang masih menganggap RSPS belum mampu menangani kasus-kasus trauma yang terjadi di wilayahnya, diatasi dengan upaya pihak manajemen untuk terus melakukan strategi pemasaran yang terus menerus dan berkesinambungan dan melakukan latihan-latihan penanggulangan trauma bersama dengan instansi-instansi yang terkait.

Dari hasil penelitian yang dilakukan, kesiapan unit-unit yang mendukung *Trauma Center* Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sudah sangat siap. Adanya isu strategis berupa belum adanya dokter spesialis bedah, anestesi, radiologi dan patologi klinik dapat diatasi dengan *respon time* yang cepat dari dokter spesialis konsultan

yang bekerja disana. Untuk lebih mendukung komitmen mereka terhadap Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya, pihak manajemen sedang membuat kontrak kerja untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Selain itu, Rumah Sakit Pelabuhan juga akan merekrut dokter spesialis Ortopedi dan Traumatologi organik untuk ditempatkan di IGD.

Isu pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain terbanyak karena alasan biaya, diatasi dengan tekad pihak manajemen dengan membuat suatu kebijakan "zero rujukan", yaitu melakukan pelayanan 6 bulan tanpa rujukan dan memberi subsidi kepada pasien-pasien yang benar-benar membutuhkan. Sedangkan isu pasien yang dirujuk karena ruang penuh, diatasi pihak rumah sakit dengan membangun ruang baru dan menyiapkan aula dan bed pasien untuk keadaan musibah masal.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Setelah didapatkan hasil dalam penelitian dan dilakukan analisis serta pembahasan, maka dapat dibuat kesimpulan bahwa *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya termasuk *Trauma Center* level 2 dan sudah siap untuk menangani kasus-kasus trauma yang terjadi di wilayah Surabaya Utara.

Kebutuhan pasar akan adanya *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya juga tinggi sehingga kebijakan pihak manajemen Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya menetapkan *Trauma Center* sebagai program unggulan adalah tepat.

Ketidak tahuan masyarakat sekitar akan keberadaan *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya dapat dihilangkan dengan melakukan upaya pemasaran yang tepat dan terus menerus.

7.2 Saran

Saran yang dibuat adalah:

1. Untuk manajemen Rumah Sakit Pelabuhan disarankan mulai menjalin ikatan yang lebih erat dengan instansi-instansi yang terkait, karena inti dari *Trauma Center* adalah *network* atau jaringan.
2. Untuk manajemen Rumah Sakit Pelabuhan disarankan agar meningkatkan kualitas pelayanan dan kelengkapan pelayanan di IGD Rumah Sakit Pelabuhan, karena ujung tombak dari *Trauma Center* adalah Instalasi Gawat Darurat.

3. Untuk bagian pemasaran Rumah Sakit Pelabuhan disarankan agar terus melakukan strategi promosi yang terus menerus untuk lebih mengenalkan keberadaan *Trauma Center* di Rumah Sakit Pelabuhan.



DAFTAR PUSTAKA

- Adikoesoemo, S. (1997) *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta, Pustaka Sinar Harapan
- Aditama, TY (2004) *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi Kedua. Penerbit Universitas Indonesia, Jakarta
- Azwar, A (1996) *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi III. Bina Rupa Aksara
- Babbie, E. (1999) *The Basics of Social Research*. New York, Wadsworth Publishing Company
- Baker SP et al. (2002) *Jurnal Injury Severity Score*. <http://www.trauma.org/scores/iss.htm> . Diakses tanggal 29 September 2004 jam 23:45 WIB
- Bungin, B. (2003) *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Edisi Pertama. Jakarta, Penerbit Raja Grafindo Persada
- Dayananda, CM. (2003) *Jurnal Designing a trauma centre*. Designing a trauma care centre.<http://www.expresshealthcaremgmt.com/2004/07/15/design01.shtml> Diakses tanggal. 23 September 2004 jam 01:57 WIB
- Debus, M. (2000) *Buku Panduan Diskusi Kelompok Terarah*. Jakarta. Proyek Health Com, Academy for Educational Development
- Departemen Kesehatan RI. (2001) *Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit*.
- Departemen Kesehatan RI. (1986) *Pedoman Pelayanan Rumah Sakit Kelas C dan B*. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
- Departemen Kesehatan RI (1987) *Pedoman Pelayanan Radiologi di Rumah Sakit Umum Pemerintah Kelas C dan D*. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
- Hamid, T. Satori, DW (1992). *Ilmu kedokteran fisik dan rehabilitasi*. Unit Rehabilitasi Medik RSUD dr Soetomo/FK Unair. Surabaya
- Henning, F. Richard, C. (1983) *Penyelenggaraan dan Penafsiran Hasil-hasil Diskusi Group Focus*. Majalah Kesehatan Masyarakat Depkes, No. 41, 1990, halaman 35-39.
- Katz, JM. Green, E (1997). *Managing quality. A guide to system-wide performance management in health care. 2nd edition*. Missouri: Mosby-Year Book, Inc.

- Kheng-Hor, K. Munro, NS. (1999) *Reader Friendly Strategic Management: a delightful blend of academic learning and street-smart practices*. Malaysia: Pelanduk Publications.
- Kotler, P. A.B Susanto. (2001) *Manajemen Pemasaran di Indonesia*. Penerbit Salemba Empat. Jakarta.
- Kotler, P. Amstrong G. (1997) *Principles of Marketing*. Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta : Prehallindo.
- Widjanto, P. (2003) *Jurnal American College of Surgeons Committee on Trauma Classification System of Trauma Center Level*.
<http://www.amtrauma.org/atiep/reports/ACSCClassification.html>. Diakses tanggal 29 September 2004 jam 23:30 WIB
- Moleang, L.J. (2000) *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung. PT Remaja Rosdakaryo
- Parry, M. Arthur, E. (1992) *Strategy and Marketing Tactics in Nonprofit Hospitals*. Journal of Health Care Management Review. Winter. P: 51-61. United States
- Pedoman Pelayanan Gawat Darurat (1995). Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Pratomo, H. (1987). *Aplikasi Focus Group Discussion dalam bidang kesehatan masyarakat*. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Tahun XVI No 11
- Program Pasca Sarjana. (2000) *Pedoman Penulisan Usulan Penelitian, Tesis, Disertasi*. Surabaya, Universitas Airlangga
- Qomaruddin, M.B. (1998) *Fokus Group Diskusi*. Pusat Penelitian Kependudukan dan Pembangunan Lembaga Penelitian Universitas Airlangga. Surabaya
- Richards, CS. Lewis, JA (1996) *Jurnal Preparing an OR for Level II trauma designation - operating room*. http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_n3/v64/ai_19079592. 29 September 2004 jam 23:35
- Rumah Sakit dr. Soetomo. (1997) *Protap IRD*. Rumah Sakit dr. Soetomo. Surabaya
- Setyawan, J. (1999) *Pembangunan human capital organisasi rumah sakit*. Disampaikan pada acara pembentukan ikatan alumni MARS, November 1999
- Swaranet (2003). *Pelayanan rehabilitasi medik cegah kecacatan pasien*. http://www.swaranet.tv/id/view_headline.php?ID=510 Diakses tanggal 4 Desember 2004 jam 22:10

- Umar, Husein (2003) *Studi Kelayakan Bisnis. Teknik Menganalisis Kelayakan Rencana Bisnis secara Komprehensif*. Edisi 2. PT Gramedia Pustaka Utama
- Waller, J et. Al (1995). *The TQM toolkit. A guide to practical techniques for total quality management*. London: Kogan Page
- World Health Organization (1978). *International Classification of Procedures in Medicine*. Geneva
- Yossey (1993). *Communication for Health and Behaviour Change, a Developing Country Perspective*. San Fransisco, Jossy-Bass Publisher
- Zainuddin, M (1998). *Metodologi Penelitian*. Surabaya. Materi kuliah Program Pascasarjana Unair

Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya
Jl. Kalianget No. 1-2 Surabaya

Daftar Perusahaan Pelanggan

No	Nama perusahaan	Mulai berlaku	Sampai dengan	Keterangan
MOU Berlaku				
MOU dalam Proses Pembuatan				
1	Artacitra Terpadu Feedmill	Dalam Proses		
2	Bank BNI Cabang Jembatan Merah	Dalam Proses		
3	Bank Central Asia	Dalam Proses		
4	Bogasari	Dalam Proses		
5	BTPN	Dalam Proses		
6	Cheil Samsung Ind, PT	Dalam Proses		
7	Dharma Lautan Nusantara	Dalam Proses		
8	Direksi PT (PERSERO) Pelindo III	Dalam Proses		
9	Dok dan Perkapalan	Dalam Proses		
10	Dumas	Dalam Proses		
11	Efrata	Dalam Proses		
12	Gesury Llyod	Dalam Proses		
13	Kantor Cabang Tanjung Perak	Dalam Proses		
14	Koperasi Primer Pel III	Dalam Proses		
15	Niaga, Bank	Dalam Proses		
16	Pangansari Utama	Dalam Proses		
17	Panjasa Intradin, PT	Dalam Proses		
18	Panjasa Mitra Nusantara	Dalam Proses		
19	Pelni Petamburan	Dalam Proses		
20	Pelni, PT	Dalam Proses		
21	Pertamina Tongkang	Dalam Proses		
22	Pertamina UTPDN	Dalam Proses		
23	Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	Dalam Proses		
24	Pusri	Dalam Proses		
25	RS. Petrokimia Gresik	Dalam Proses		
26	RS. William Booth	Dalam Proses		
27	Rukindo	Dalam Proses		
28	Samudera Indonesia	Dalam Proses		
29	Surya Raya Saritama	Dalam Proses		
30	Surya Saritama	Dalam Proses		
31	Eka Life	Dalam Proses		
32	Credit Suisse	Dalam Proses		
33	Sinar Mas	Dalam Proses		
34	Manulife	Dalam Proses		
35	PT. Cusson	Dalam Proses		
36	PLN Trengguli	Dalam Proses		
37	Asih Eka Abadi	Dalam Proses		
38	Tanto Intim Line, PT	Dalam Proses		

Daftar Perusahaan Pelanggan

No	Nama perusahaan	Mulai berlaku	Sampai dengan	Keterangan
MOU Berlaku				
1.	Dharma Lautan Utama	14/6/2004	13/6/2005	
2.	PAL	28/4/2004	27/4/2005	
3.	Jamsostek Karimun	1/1/2004	DST	
4.	Garam Line	1/1/2005	1/1/2006	
5.	Pulau Laut	1/1/2005	1/1/2006	
6.	Askes	2/1/1996	DST	
7.	AJ Car	14/5/2002	DST	
8.	PLN	30/6/2003	DST	
9.	Pembangunan Perumahan	20/10/1997	DST	
10.	Jamsostek	4/4/2001	DST	
11.	RS.Dr.Soetomo			
MOU Dalam Proses Pembaruan				
1.	ABB Alstom			
2.	Surya Pangan Indonesia	2/6/2003	31/5/2004	Pembaruan
3.	PAL	28/4/2004	27/4/2005	Pembaruan
4.	Indonesia Power	1/7/2003	30/6/2004	Pembaruan
5.	Kayu Ramin	1/8/2003	31/7/2004	Pembaruan
6.	Telkom, PT.	1/1/2004	31/12/2004	Pembaruan
7.	PT. Andika Lines	1/4/2004	31/3/2005	Pembaruan
8.	Gurita Lintas Samudera	1/4/2004	31/3/2005	Pembaruan
9.	Danamon	24/5/2003	23/5/2005	Pembaruan
10.	Panca Bina	1/5/2000	1/5/2001	Pembaruan
11.	ASDP	8/5/2000	7/5/2001	Pembaruan
12.	Prima Vista	12/5/2000	11/5/2001	Pembaruan
13.	DSN	1/8/2000	31/7/2001	Pembaruan
14.	Indocement	1/1/2001	31/12/2001	Pembaruan
15.	Terminal Peti Kemas Surabaya, PT	1/4/2000	31/3/2002	Pembaruan
16.	IPTN Raya Utama Nusantara	1/4/2000	31/3/2002	Pembaruan
17.	PLN Pembangkitan Tenaga Listrik Jawa	1/7/2000	30/6/2002	Pembaruan
18.	Mandiri Bank	25/10/2001	25/10/2002	Pembaruan
19.	Global Assistensi Manajemen	5/3/2002	4/3/2003	Pembaruan
20.	Tugu Mandiri	2/7/2001	2/7/2003	Pembaruan
21.	Reksa Satria Perkasa	1/10/2002	30/9/2003	Pembaruan
22.	Meratus	12/10/2002	11/10/2003	Pembaruan
23.	Samudera Intan Permata	12/10/2002	11/10/2003	Pembaruan
24.	Portex	1/11/2003	31/10/2003	Pembaruan
25.	Masaji Tatanan Container	1/11/2002	31/10/2003	Pembaruan
26.	Hanisakita Persada	21/11/2002	20/11/2003	Pembaruan
27.	BJTI	1/6/2002	31/12/2003	Pembaruan
28.	SPIH	1/3/2003	29/2/2004	Pembaruan
29.	IPTN	1/4/2002	31/3/2004	Pembaruan
30.	PAL	2/4/2001	2/4/2004	Pembaruan
31.	MAA Insurance	12/4/2002	11/4/2004	Pembaruan

Lampiran 2 Penilaian kompetensi karyawan RSPS

No.	Nama	Pendidikan Formal	Pelatihan	Nilai
1. IGD				
1	dr. Huwar Firdaus	Dokter	ATLS, ACLS	90
2	Winarni, Amk	D3 Keperawatan	PPGD, ACLS, kursus EKG, BLS	90
3	Sudarsono, Amk	D3 Keperawatan	PPGD, BLS	70
4	M. Taufiq, Amk	D3 Keperawatan	PPGD, BLS	70
5	Agung Wisnu W, Amk	D3 Keperawatan	kursus EKG, BLS, musibah massal	80
6	Wijayanah, Amk	D3 Keperawatan	ACLS, kursus EKG, BLS	80
7	Suko Budiono, Amk	D3 Keperawatan	kursus EKG, musibah massal	70
8	Gunawan, Amk	D3 Keperawatan	kursus EKG	60
9	Arif Luqman Hakim, Amk	D3 Keperawatan	kursus EKG	60
10	Toto Sujarwo, Amk	D3 Keperawatan	kursus EKG	60
11	Nura Cendrakasih, Amk	D3 Keperawatan	BLS	60
12	Sumadji	SPK		40
13	FX Budi Santosa, Amk	D3 Keperawatan	BLS, PPGD	70
14	Hermin, Amk	D3 Keperawatan		50
15	Yuni Astutik, Amk	D3 Keperawatan		50
16	Supriyadi	SPK		40
RATA-RATA				65

Instalasi Penunjang Medik				
2. Radiologi				
1	Moch. Agung Putra Jaya, S.Ked, MSc, MARS	s2		80
2	Rachmat Nursamsu, Amd	D3 Radiologi	Service Excellent	60
3	Denny Hindarto, Amd	D3 Radiologi	CT Scan, Proteksi Radiasi, ESWL	80
4	Windra Setiawan, Amd	D3 Radiologi	CT Scan	60
5	Asih Setyawati, Amd	D3 Radiologi	CT Scan	60
6	M. Irvan Ariansyah, Amd	D3 Radiologi	CT Scan	60
7	Lury Triandini, Amd	D3 Radiologi		50
8	Mas ayu Fatmawati, Amd	D3 Radiologi		50
9	Nita Purwitaningsih, Amd	D3 Radiologi		50
RATA-RATA				61.1

3. Laboratorium			
1	Rukijati	Analisis	50
2	Didik Prasetyana, Amd	D3-Analisis Kesehatan	Pelatihan laboratorium 60
3	Yudi Prasetya, Amd	D3-Analisis Kesehatan	Pelatihan laboratorium 60
4	Hadi Siswanto, Amd	D3-Analisis Kesehatan	Pelatihan laboratorium 60
5	Tri Winarsih, Amd	D3-Analisis Kesehatan	Pelatihan laboratorium 60
6	Indra Puspitasari, Amd	D3-Analisis Kesehatan	Pelatihan laboratorium 60
7	Ferry Karista Kurniawan, Amd	D3-Analisis Kesehatan	Pelatihan laboratorium 60
8	Maharani Ayu Puspitasari, Amd	D3-Analisis Kesehatan	50
9	Retno Wijayanti, Amd	D3-Analisis Kesehatan	50
10	Prasetyaningrum, Amd	D3-Analisis Kesehatan	50
RATA-RATA			56

4. Ambulans			
1	Sukatno	SLTA	BLS, kru ambulans 60
2	Arifin	SLTA	BLS, kru ambulans 60
3	Soedjito	SLTA	40
4	Mubtadiin	SLTA	40
5	Sunyoto	SLTA	kru ambulans 50
RATA-RATA			50

5. Kamar Operasi			
1	Siswa Kusumawijaya, Amk	D3 Keperawatan	Anestesi, BLS, ACLS, ICU 90
2	Ika Yuni Wahyuni, Amk	D3 Keperawatan	Perawat instrumen 60
3	Zulianto, Amk	D3 Keperawatan	Perawat instrumen 60
4	M. Ali Machrus, Amk	D3 Keperawatan	Pelatihan anestesi 60
5	Agus Suyanto, Amk	D3 Keperawatan	Perawat instrumen 60
6	Samsuri, Amk	D3 Keperawatan	Perawat instrumen 60
7	Tukini	SPK	Mahir anestesi, BLS, PPGD 70
8	Endang Dwi W, Amk	D3 Keperawatan	50
9	Ida Danayanti, Amk	D3 Keperawatan	50
10	Selmia Iriyanto, Amk	D3 Keperawatan	50
11	Marcia ZB Beatrix, Amk	D3 Keperawatan	50
12	Nurjannah, Amk	D3 Keperawatan	50
13	Nur Wahyu Purnamasari, Amk	D3 Keperawatan	50
RATA-RATA			50

6. ICU				
1	Siti Afwiyah, Amk	D3 Keperawatan	BLS, ICU	70
2	Hindatur Rochma, Amk	D3 Keperawatan	BLS, ICU	70
3	Nurhayatiningsih, Amk	D3 Keperawatan	BLS, ICU	70
4	Netty Herawati, Amk	D3 Keperawatan	BLS, ICU	70
5	Agustina Retno Widati, Amk	D3 Keperawatan	BLS, ICU	70
6	Lilyana Maria, Amk	D3 Keperawatan	BLS, ICU	70
7	Eny Iswanti, Amk	D3 Keperawatan	BLS, ICU	70
8	Yuni Andriana, Amk	D3 Keperawatan	BLS	60
9	Rina Eko Susanti, Amk	D3 Keperawatan	BLS, ICU	70
10	Titik Andayani, Amk	D3 Keperawatan		50
11	Siti Rahayu, Amk	D3 Keperawatan		50
12	Candra Perwira, Amk	D3 Keperawatan	BLS, ICU	70
RATA-RATA				65.8

7. Rehabilitasi Medik				
1	Juni, Amd	D3 Fisioterapi	Muskuloskeletal, Senam Diabet	70
2	Ratno Wahyu Saputra, Amd	D3 Fisioterapi	LBP	60
3	Dwi Rochmawati, Amd	D3 Fisioterapi	Nyeri leher, senam Osteoporosis	70
4	Febriana Sugihartanti, Amd	D3 Fisioterapi	Stroke, senam Osteoporosis	70
5	Febrina, Amd	D3 Fisioterapi	Stroke, senam Osteoporosis	70
6	Ari Sulisty, Amd OT	D3 OT	Penanganan autis, Cerebral Palsy	70
RATA-RATA				68.3

Lampiran 3 Form kesesuaian dengan *Trauma Center* normatif

Pelayanan normatif	(+)	(-)
Trauma Center level I		
Menyediakan pelayanan kesehatan tersier		
Menyediakan setiap pelayanan untuk kecelakaan dari pencegahan sampai rehabilitasi		
Dapat menjadi pusat pelatihan, penelitian, dan perencanaan pengembangan system		
Menyediakan dukungan yang cukup baik dalam jumlah tenaga maupun biaya		
Peralatan pengobatan darurat organik, bedah umum, anestesi tersedia setiap saat		
Dokter spesialis yang lain harus <i>on-call</i> dan harus merespon dalam waktu yang singkat (bedah jantung, bedah tangan, bedah otak, bedah obsgin, bedah anak, bedah mata, bedah rekonstruksi, bedah ortopedi, bedah plastik, bedah toraks, radiologi)		
Menyediakan peralatan ekstensif		
Kualifikasi klinis khusus dan pendidikan kesehatan trauma ya spesifik bagi dokter dan staf medis lainnya		
Kamar Operasi tersedia 24 jam seminggu dan staf kamar operasi organik		
Pengembangan kualitas spesifik pengamatan pelayanan pasien trauma dan pengamatan berkelanjutan protokol pelayanan trauma dan kebijakannya		
Partisipasi dalam aktivitas pencegahan kecelakaan di masyarakat		
Trauma Center level II		
Peralatan pengobatan darurat organik, anestesi tersedia setiap saat		
Dokter spesialis yang lain harus <i>on-call</i> dan harus merespon dalam waktu yang singkat (bedah umum, bedah otak, bedah obsgin, bedah mata, bedah rekonstruksi, bedah ortopedi, bedah plastik, bedah toraks, radiologi)		
Menyediakan peralatan ekstensif		
Kualifikasi klinis khusus dan pendidikan kesehatan trauma ya spesifik bagi dokter dan staf medis lainnya		
Kamar Operasi tersedia 24 jam seminggu dan staf kamar operasi <i>on call</i> dan tersedia 24 jam seminggu		
Pengembangan kualitas spesifik pengamatan pelayanan pasien trauma dan pengamatan berkelanjutan protokol pelayanan trauma dan kebijakannya		
Partisipasi dalam aktivitas pencegahan kecelakaan di masyarakat		
Trauma Center level III		
Peralatan pengobatan darurat organik, anestesi tersedia setiap saat		
Dokter spesialis yang lain harus <i>on-call</i> dan harus merespon dalam		



waktu yang singkat (bedah umum, radiologi		
Menyediakan peralatan ekstensif		
Kualifikasi klinis khusus dan pendidikan kesehatan trauma ya spesifik bagi dokter dan staf medis lainnya		
Kamar Operasi tersedia 24 jam seminggu dan staf kamar operasi <i>on call</i> dan tersedia 24 jam seminggu		
Pengembangan kualitas spesifik pengamatan pelayanan pasien trauma dan pengamatan berkelanjutan protokol pelayanan trauma dan kebijakannya		
Partisipasi dalam aktivitas pencegahan kecelakaan di masyarakat		
Syarat umum Trauma Center		
Akses masuk IGD harus mudah/tersendiri		
Lokasi di lantai paling bawah dan punya akses langsung ke jalan utama		
Ada petunjuk yang jelas dilihat siang dan malam dan terletak di rute jalan utama menuju IGD		
Ada petunjuk atau tanda di dalam RS		
<i>Drive through</i> yang dilengkapi minimal 2 unit ambulans		
Lay out IGD terbagi dengan baik untuk:		
1. Triase		
2. Ruang resusitasi		
3. Ruang tindakan definitive minor dan local anestesi		
Pemeriksaan medis dan bedah terpisah		
Tindakan medis dan bedah terpisah		
IGD pelayanan 24 jam		
Obat lengkap sesuai standar PPGD		
Alat lengkap sesuai dengan PPGD		
Alat <i>life saving</i>		
Protap penggunaan <i>life saving</i>		
Obat <i>life saving</i>		
Protap penggunaan <i>life saving</i>		
Dokter jaga 24 jam <i>on site</i>		
Perawat jaga 24 jam <i>on site</i>		
Dokter konsulen jaga <i>on-call</i>		
Program penanggulangan bencana dilaksanakan pelatihan dengan teratur		
Ketentuan pasien yang perlu dirujuk		
Protap pendamping pasien yang dirujuk		
Ketentuan tertulis tentang penulisan rekam medik		
Ketentuan tertulis tentang triase		
Jadwal jaga perawat		
Jadwal jaga dokter		
Jadwal jaga dokter konsulen		
Fasilitas komunikasi:		
1. Radio medik tersendiri		
2. Telepon desentralisasi		
Bank darah di bawah 1 atap sebagai unit di rumah sakit		
Pelayanan 24 jam transfusi		
Perjanjian dengan PMI		

Instrumen bedah standar IGD		
Instrumen resusitasi lengkap		
CSSD lokal		
Ruangan tindakan minor		
Radiologi standar bekerja 24 jam		
Laboratorium standar bekerja 24 jam		
Pelayanan ambulans 24 jam dengan peralatan dasar resusitasi dan <i>DC Shock</i>		
Dokter jaga dengan sertifikat ATLS		
Perawat jaga dengan sertifikat BLS dan BCLS		
Farmasi dengan kriteria penyediaan obat dan ALKES		
IGD memiliki kamar operasi tersendiri		
Bangunan apotek dekat dengan kegiatan IGD		
Bagan/struktur organisasi tertulis		
Protap kasus perkosaan		
Protap kasus keracunan masal		
Protap asuransi kecelakaan		
Protap kasus dengan korban masal		
Protap penanganan kasus 5 besar IGD		
Prosedur medis tertulis tentang tanggung jawab dokter		
Prosedur medis tertulis tentang batasan tindakan medis		
Prosedur medis tertulis tentang protokol medis tentang kasus-kasus tertentu yang mengancam jiwa		
Protap pelatihan bagi petugas baru di IGD		
Program tertulis tiap tahun tentang kegiatan peningkatan ketrampilan bagi tenaga di IGD		
Latihan teratur untuk petugas IGD dalam menghadapi bencana		
Data kunjungan		
Data <i>respon time</i>		
Data pemakaian pemeriksaan penunjang		
Data pola penyakit		

Lampiran 4 Pelaksanaan Focus Group Discussion

Pengembangan Trauma Center sebagai program unggulan Rumah Sakit

Pelabuhan Surabaya (analisis kebutuhan pasar)

1. PENDAHULUAN

2. TUJUAN

1. Memaparkan hasil penelitian (masalah dan isu strategis)
2. Klarifikasi hasil penelitian kepada peserta FGD
3. Mengidentifikasi penyebab isu strategis secara kualitatif dari perspektif peserta FGD
4. Mengidentifikasi upaya perbaikan, baik jangka panjang, jangka pendek dan menengah

3. PESERTA:

- 1) Agus Akhmadi.,dr.,MARS (kepala SPI)
- 2) Winarni.AMk (Penanggung Jawab Instalasi Gawat Darurat)
- 3) H.M Agung P.,S.Ked.,MARS (Manajer Instalasi Penunjang Medik)
- 4) Siswo KW,AMk (Manajer OK dan Sterilisasi)
- 5) B Harry Setiawan.,SE (Manajer Pemasaran)
- 6) Hargo W,SE.,Ak (Ketua Rencana dan Pengembangan)
- 7) Nunung Nugroho.,dr.,SpRM (Direktur Medis)
- 8) Widorini Soenarjo.,dr.,MARS (Direktur Utama)
- 9) Maria Ichsan Chamim, dr, MARS (Koordinator Medis)
- 10) DR Windhu Purnomo,dr., MS (dosen pembimbing)
- 11) Ratna Dwi Wulandari, SKM., MARS (moderator)

4. MODERATOR : Ratna Dwi Wulandari. SKM., MARS

5. WAKTU DAN TEMPAT PELAKSANAAN

FGD dilaksanakan pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 3 Agustus 2005

Jam : 09:30 WIB

Tempat : Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya

6. BAHAN DAN PERALATAN

Bahan dan peralatan terdiri dari:

- a. Alat tulis
- b. Tape recorder
- c. Multimedia

7. AGENDA PELAKSANAAN FGD

1. Moderator menjelaskan tujuan FGD
2. Peneliti menyajikan hasil penelitian dan isu strategis
3. Moderator memimpin sumbang saran penyebab terjadinya isu hasil penelitian
4. Moderator sumbang saran selanjutnya untuk mengidentifikasi upaya setiap isu strategis berdasarkan hasil identifikasi penyebab isu (masalah)
5. Moderator menutup FGD

Gambaran hasil penelitian:**1. Penilaian hasil kebutuhan pasar terhadap keberadaan *Trauma Center* di RSPS**

No.	Variabel	Hasil	Penilaian hasil
1.	Jarak geografis dari pelayanan <i>Trauma Center</i> yang sudah ada	Jarak geografisnya adalah sejauh 11,6 km	Jarak geografis dari pelayanan <i>Trauma Center</i> yang sudah ada adalah jauh, karena jaraknya > 10 km.
2.	Faktor transportasi menuju <i>Trauma Center</i> Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya	<ul style="list-style-type: none"> • Angka rata-rata derajat kejenuhan jalan- jalan di wilayah Surabaya Utara adalah sebesar 0,34 • angka rata-rata kecepatan kendaraan bermotor (mobil) adalah sebesar 52,9 km/jam. 	<p>Faktor transportasi menuju Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya termasuk kategori akses mudah, yaitu merupakan daerah dengan tingkat kemacetan rendah, karena:</p> <ul style="list-style-type: none"> • angka derajat kejenuhan jalan < 0,45 • angka rata-rata kecepatan kendaraan bermotor > 45 km/jam
3.	Lokasi	Lokasi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya terletak di daerah dengan kepadatan penduduk tinggi	Lokasi Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya strategis
4.	Kepadatan populasi	Kepadatan populasi kecamatan Pabean Cantian adalah sebesar 20.250 jiwa/km ²	Kepadatan populasi di kecamatan Pabean Cantian adalah tinggi, karena populasinya > 12.000 jiwa/km ²
5.	Jumlah pasien trauma di wilayah Surabaya Utara	Data dari Polres Surabaya Utara untuk kasus kecelakaan lalu lintas tahun 2003 meningkat sebesar 59,7% dibanding tahun 2002, dan tahun 2004 meningkat sebesar 52,1 % dibandingkan tahun 2003. Data dari Jasa Marga wilayah 1, untuk kategori kecelakaan berat di jalan tol, angka untuk tahun 2003 meningkat sebesar 55,2 % dibanding tahun 2002, dan tahun 2004 meningkat sebesar 57,8 % dibandingkan tahun 2003.	Jumlah pasien trauma di wilayah Surabaya Utara tinggi, karena angka kejadian trauma dari tahun 2002-2004 meningkat > 50% setiap tahunnya
6.	Pola rujukan pasien trauma ke <i>Trauma Center</i> di luar Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (RS dr. Soetomo)	<p>Jumlah pasien trauma dari wilayah Surabaya Utara, Gresik dan Madura yang masuk ke RSDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tahun 2002 : 666 orang • tahun 2003 : 852 orang • tahun 2004 : 1026 orang 	Pola rujukan pasien trauma ke <i>Trauma Center</i> di luar Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (RS dr. Soetomo) tinggi untuk tahun 2002 yaitu sebesar 58,7%, dan sedang untuk tahun 2003 dan 2004 yaitu sebesar 31,5% (tahun 2003) dan sebesar 35,3% (tahun 2004).

2. Penilaian Trauma Center sebagai produk unggulan RSPS

No.	Variabel	Hasil	Penilaian hasil
1.	Jenis pelayanan	Jenis pelayanan yang ada di unit-unit yang termasuk Trauma Center di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya 100 %	Jenis pelayanan yang ada di unit-unit yang termasuk Trauma Center di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sangat lengkap yaitu nilai antara 95-100%
2.	Kelengkapan alat	Kelengkapan alat di unit-unit yang termasuk Trauma Center di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya 100 %	Kelengkapan alat di unit-unit yang termasuk Trauma Center di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sangat lengkap yaitu nilai antara 95-100%
3.	Jumlah SDM	Jumlah paramedis (minimal berpendidikan D3) yang ada di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya sebesar 143 orang atau 44,5% dari jumlah seluruh karyawan rumah sakit yang berjumlah 321 orang. Sedangkan untuk di unit-unitnya, Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya belum memiliki dokter spesialis bedah, anestesi, radiologi dan patologi klinik.	Jumlah paramedis di Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya termasuk kategori cukup, yaitu antara 25-50% dari jumlah seluruh karyawan rumah sakit. Belum adanya dokter spesialis bedah, anestesi, radiologi dan patologi klinik dapat disiasati dengan adanya respon time yang
4.	Kompetensi SDM	Kompetensi SDM yang ada di unit-unit Trauma Center berdasarkan kemampuan atau kecakapan yang dimiliki adalah sebesar 66,7	Kompetensi SDM yang ada di unit-unit Trauma Center termasuk kategori kompeten, yaitu nilai antara 50-80.

3. Data kunjungan kasus trauma di Rumah Sakit kompetitor:

RS Kompetitor	2002			2003			2004		
	Jumlah Kunjungan IGD	Jumlah Kasus trauma	%	Jumlah Kunjungan IGD	Jumlah Kasus trauma	%	Jumlah Kunjungan IGD	Jumlah Kasus trauma	%
RS Surabaya Utara									
IGD RSPS	17.365	1.134	6,5	14.303	2.709	18,9	13.631	2.909	21,3
IGD RS Al Irsyad	15.525	1.185	7,6	17.351	1.404	8,1	24.863	1.723	6,9
IGD RS Muhammadiyah	6.215	420	6,8	6.347	398	6,3	5.958	476	7,9
IGD RS Karang Tembok	Data tidak tersedia			Data tidak tersedia			4.402	530	12,0
RS di luar Surabaya Utara									
IGD RS dr Soetomo	Data tidak tersedia			Data tidak tersedia			40.981	4.998	12,2
IGD RS Bunder	7.320	2.641	36,1	7.726	2.718	35,2	9.595	3.319	34,6

4. Kategori rujukan pasien kasus trauma dari IGD RSPS yang dirujuk tahun

2004

Jumlah	Tujuan	Alasan
192 orang	152 orang ke IRD RSDS 21 orang ke RSAL 1 orang ke RSAD 2 orang ke RS Adi Husada 2 orang ke RS Polda 1 orang ke RS William Booth 2 orang ke RS Al Irsyad 2 orang ke RS Semen Gresik 2 orang ke RS Haji 2 orang ke RS Bunder 1 orang ke RS Darmo 1 orang ke RS Mitra Keluarga 1 orang ke RS Semen Padang 1 orang ke RS IBI 1 orang ke DKT	Biaya 136 orang Atas perintah sendiri 14 orang Anggota TNI AL 18 orang PNS 13 orang Dr spesialis tidak hadir 2 orang Ruang penuh 6 orang Anggota TNI AD 1 orang Anggota POLRI 1 orang

5 Data rujukan kecelakaan tol wilayah Jasa Marga I (tol Perak-Waru) 2002-

2004

	2002	%	2003	%	2004	%
Dirujuk ke RS Pelabuhan Surabaya	14	12,5	8	9,1	11	8,6
Dirujuk ke RS dr Soetomo	34	30,4	29	29	38	30
Ke RS lain	60	53,6	51	51	73	57,5
Tidak dirujuk	4	3,5	0	0	5	3,9
TOTAL	112	100	88	100	127	100

Dari data-data yang telah didapatkan, maka isu strategis yang muncul adalah:

Faktor produk	Belum adanya dokter spesialis bedah, anestesi, radiologi dan patologi klinik
	Jumlah pasien yang dirujuk berdasarkan alasan: <ul style="list-style-type: none"> • Biaya sebanyak 136 orang • Dr spesialis tidak hadir 2 orang • Ruang penuh 6 orang
Faktor pasar	Untuk tahun 2003 dan 2004 jumlah kunjungan IGD RSPS lebih rendah daripada RS Al Irsyad
	Anggota Polres Surabaya Utara dan anggota Jasa Marga wilayah I (jalan tol Perak-Waru) masih menganggap RSPS belum mampu menangani kasus-kasus trauma yang terjadi di wilayahnya.

Hasil FGD :

Variabel	Isu Strategis	Pemecahan Masalah
Faktor produk	Belum adanya dokter spesialis bedah, anestesi, radiologi dan patologi klinik	Untuk dokter spesialis organik belum sangat diperlukan, namun RS Pelabuhan tetap akan mengusahakan dokter Spesialis Ortopedi dan Trauma organik untuk ditempatkan di IGD
	Jumlah pasien yang dirujuk berdasarkan alasan biaya sebanyak 136 orang	Manajemen RS Pelabuhan menetapkan suatu kebijakan "zero rujukan", yaitu 6 bulan tanpa rujukan bagi pasien-pasien yang datang ke RS Pelabuhan, termasuk pemberian subsidi untuk pasien-pasien yang benar-benar tidak mampu
	Jumlah pasien yang dirujuk berdasarkan alasan Dr spesialis tidak hadir 2 orang	Membuat suatu komitmen dan surat kontrak untuk lebih mengikat para dokter spesialis konsultan. (dalam hal ketepatan waktu menangani pasien dan ke-profesionalisan dalam bekerja)
	Jumlah pasien yang dirujuk berdasarkan alasan ruang penuh 6 orang	Manajemen RS Pelabuhan menyiapkan ruang kosong yang dapat ditempati bed-bed pasien untuk keadaan darurat.
Faktor pasar	Untuk tahun 2003 dan 2004 jumlah kunjungan IGD RSPS lebih rendah daripada RS Al Irsyad	Manajemen RS Pelabuhan akan terus melakukan strategi pemasaran yang terus menerus dan berkesinambungan.
	Anggota Polres Surabaya Utara dan anggota Jasa Marga wilayah I (jalan tol Perak-Waru) masih menganggap RSPS belum mampu menangani kasus-kasus trauma yang terjadi di wilayahnya	Manajemen RS Pelabuhan akan terus menerus melakukan latihan-latihan penanggulangan trauma bersama dengan instansi-instansi yang terkait.

Hari/Tanggal : Rabu / 3 Agustus 2005






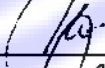





Waktu : PR. 09.00. s.d selesai

Tempat : R. Komite Klinik

Acara : FGD Rekomendasi Pengembangan Trauma Center
Sebagai Program Unggulan RS. Pelabuhan Sby

Moderator : Ratna Dwi Wulandari, SKM., MARS.

Materi : dr. Gafar Hartartiyanto

NO	NAMA	BAGIAN	TTD
1	Agus Arumanda	JEP	
2	WINDYANI	IGV	
3	H.M. AGUNG P	IPM	
4	Sigurd Iku	OK	
5	B. Harry Skauman	MP	
6	HASEO .w	Ran Bang	
7	N. Nugroho	Dir Med	
8	Narin kumar	Kon-klinis	
9	Windhu	FKM UMGA	
10	Wedoan		
11	Ratna	FKM - UNAIR	
12			
13			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19		132	
20			