



# Studi Kualitatif Manajemen Strategi IGD RS A dalam Menghadapi COVID-19 sebagai *Input* untuk Tata Laksana Ancaman Wabah Penyakit Infeksi

**Willy Johan, Ida Ayu Nitri Saraswati, Karunia Meilani Nurfatika, Dian Angger Suaner, Poppy Putri Pratiwi, Muhammad Arief Kusuma, Alphonsus Arya Arbikara**

Program Studi Magister Manajemen Konsentrasi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, Bandung, Indonesia

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Berkaca dari pandemi COVID-19, banyak instalasi gawat darurat (IGD) mengalami kesulitan merespons penyakit menular yang baru muncul dan menimbulkan dampak krisis kesehatan. Penelitian kualitatif ini bermaksud mengeksplorasi manajemen strategi salah satu IGD rumah sakit (RS A) rujukan COVID. **Metode:** Wawancara mendalam dengan 10 informan kunci, observasi, dan analisis dokumen. Diskusi mendalam dengan para ahli dilakukan untuk menjamin keabsahan data. **Hasil:** Penelitian menunjukkan bahwa RS A telah mempersiapkan kapasitas cadangan (*space, staff, supply, system*) sebelum krisis dan sistem penanganan bencana telah dipersiapkan dan terus diperbaharui. **Kesimpulan:** IGD selain didesain untuk mengoptimalkan pelayanan medis terhadap pasien gawat darurat juga harus dipersiapkan untuk menghadapi keadaan bencana. Kapasitas cadangan yang telah dipersiapkan oleh IGD RS A dalam menghadapi bencana dapat dimanfaatkan sepenuhnya pada pandemi COVID-19.

**Kata Kunci:** COVID-19, manajemen strategi, penyakit menular, wabah.

## ABSTRACT

**Background:** Reflecting on the COVID pandemic, many emergency departments (ED) experienced difficulties in responding to health crises caused by emerging infectious diseases. This qualitative research explores the strategic management of one of the hospital EDs assigned as a COVID referral hospital. **Methods:** In-depth interviews with 10 key informants, observation, and document analysis. Peer discussions with experts were also carried out to ensure the validity of the existing data. **Results:** The research results show that RS A prepared surge capacity (*space, staff, supply, and system*) before the crisis, and the disaster management system has been prepared and continuously updated. **Conclusion:** In addition to being designed to optimize medical services for emergency patients, emergency departments must also be prepared to deal with disasters. The spare capacity that has been prepared by the Hospital A Emergency Unit in the face of disasters can be fully utilized in the COVID-19 pandemic. **Willy Johan, Ida Ayu Nitri Saraswati, Karunia Meilani Nurfatika, Dian Angger Suaner, Poppy Putri Pratiwi, Muhammad Arief Kusuma, Alphonsus Arya Arbikara. Qualitative Study on Covid Strategic Management in Hospital A Emergency Unit as an Input for the Management of Future Infectious Disease Epidemic Threat.**

**Keywords:** COVID-19, strategic management, infectious disease, epidemy.



Mermin Dunia Kedokteran is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

## PENDAHULUAN

Kasus COVID-19 di Indonesia meningkat kembali pada akhir Oktober 2023 akibat kemunculan subvarian baru Omicron, seperti EG.2 dan EG.5.<sup>1</sup> Menjelang akhir tahun 2023, di Cina juga terjadi lonjakan kasus penyakit pernapasan, yaitu pneumonia 'misterius' pada anak-anak; di Indonesia, kasus pneumonia anak juga terpantau meningkat.<sup>2</sup> Situasi serupa juga terjadi di sejumlah negara Asia Tenggara lain, seperti Singapura, Malaysia,

dan Filipina.<sup>2</sup> Berdasarkan data situs Infeksi Emerging Kementerian Kesehatan (Kemenkes), kasus COVID-19 di Indonesia meningkat menjelang akhir tahun 2023. Sepanjang November 2023 ada penambahan 7-40 kasus konfirmasi COVID-19 per hari secara nasional. Kemudian pada awal Desember 2023, naik ke kisaran 100 kasus per hari.<sup>1</sup> Kementerian Kesehatan telah menghimbau agar masyarakat tetap waspada mengingat peningkatan kasus COVID-19. Beberapa

sumber memprediksi kemungkinan wabah pada tahun 2024.<sup>1-4</sup>

Saat pandemi penyakit virus *corona* 2019 (COVID-19), banyak unit gawat darurat mengalami kesulitan merespons penyakit menular yang baru muncul dan telah menyebabkan krisis kesehatan masyarakat. IGD merupakan bagian dari rumah sakit yang memberikan penanganan awal gawat darurat, melakukan pemeriksaan awal kasus gawat

**Alamat Korespondensi** email: [willyjohan48@gmail.com](mailto:willyjohan48@gmail.com)



## HASIL PENELITIAN

darurat, resusitasi, dan stabilisasi. Selain itu, IGD idealnya juga dirancang untuk merespons wabah infeksi massal dengan langkah manajemen strategi dimulai dari meramalkan terjadinya wabah, analisis situasi, menentukan tujuan, membangun perencanaan, hingga pemantauan dan evaluasi setiap tahap. Persiapan matang dan terencana dalam merespons penyakit menular dimulai dari meningkatkan fasilitas gawat darurat, menciptakan program untuk merespons setiap fase wabah, serta pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan keselamatan staf medis, merupakan bagian dari manajemen strategi untuk menghadapi wabah yang diperkirakan akan terjadi.<sup>5-10</sup>

Penyakit infeksi *emerging* atau *emerging infectious diseases* (EIDs) adalah penyakit yang muncul dan menyerang suatu populasi untuk pertama kali, atau telah ada sebelumnya namun meningkat sangat cepat, baik dalam hal jumlah kasus baru dalam suatu populasi maupun penyebarannya ke daerah geografis baru. Penyakit yang juga dikelompokkan dalam EIDs adalah penyakit yang pernah terjadi di suatu daerah, kemudian menurun atau telah dikendalikan, namun kemudian dilaporkan meningkat. Kadang-kadang penyakit lama muncul dalam bentuk klinis baru, yang bisa lebih parah atau fatal; penyakit ini disebut dengan penyakit lama (*re-emerging*). COVID-19 merupakan EID yang berkembang menjadi pandemi mencapai 770.000.000 kasus terkonfirmasi dengan hampir 7.000.000 kematian.<sup>6,7,11</sup>

Berkaca dari pengalaman pandemi COVID-19, diadakan penelitian kualitatif terkait langkah manajemen strategi RS A yang ditunjuk sebagai rujukan COVID-19, sehingga dapat terus melayani pasien COVID-19 tanpa kolaps dan tanpa kasus kematian nakes akibat COVID-19, dengan harapan menjadi masukan dan pertimbangan dalam menghadapi wabah infeksi *emerging* yang mungkin menyerang di masa mendatang.

### METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan metode etnografi dengan subjek penelitian sebanyak 10 orang terdiri dari perawat, dokter, serta pihak manajemen RS A, tempat salah satu dokter peneliti bertugas dalam pelayanan pandemi COVID-19 di RS A. Objek penelitian ini adalah strategi RS A dalam menghadapi

wabah. Lokasi penelitian bertempat di IGD RS A selama 18 bulan. Pemilihan informan dilakukan dengan teknik *purposive sampling*.

Pengumpulan data dilakukan dengan 3 teknik, yaitu observasi, wawancara mendalam, serta analisis dokumen. Analisis data dilakukan dengan reduksi data, presentasi data, dan penarikan simpulan sesuai konsep kapasitas cadangan pada fasilitas pelayanan kesehatan dengan 2 kategori utama, masing masing terdiri dari 4 subelemen (*command, control, communication, coordination*) dan *staff, stuff, space, system*. Diskusi mendalam dengan para ahli juga dilakukan untuk menjamin keabsahan data.<sup>12,13</sup>

### HASIL

RS A adalah rumah sakit rujukan yang didirikan pada tahun 1979. Seiring dengan peningkatan jumlah kasus terkonfirmasi COVID-19 di wilayah kerja RS A, pada tahun 2020 dibentuk Instalasi Infeksi Terpadu, berlokasi di Gedung Paviliun (VIP dan VVIP) yang diubah sesuai standar pelayanan ruang infeksi *airborne*. Pembentukan instalasi baru ini dilakukan melalui tahapan panjang dalam usaha mengoptimalkan pelayanan saat pandemi berlangsung.

#### A.1. Command

Pembentukan sistem komando sudah dimulai sejak awal wabah. Direktur pelayanan medis ditetapkan sebagai penanggung jawab utama dan melalui nota dinas direktur RS A, ditetapkan seorang dokter sebagai penanggung jawab IGD infeksi. Kepala jaga serta personel yang bertugas di IGD infeksi juga ditentukan sesuai masukan dari koordinator keperawatan IGD.

#### A.2. Control

Penilaian situasi internal dan eksternal dilakukan pada rapat dan diperoleh hasil bahwa RS A akan menjadi rumah sakit rujukan COVID-19, sehingga dibuat keputusan menutup gedung paviliun untuk menggantikan IGD infeksi yang pada awal wabah menempati ruang dekontaminasi. Keputusan untuk mengurangi jam dinas staf di ruang infeksi dilakukan untuk mengurangi paparan staf terhadap agen infeksius. Jam istirahat juga ditambah melalui sistem masuk-libur secara berkala. Penetapan perimeter dilakukan untuk menentukan penggunaan APD (alat pelindung diri) sesuai area masing masing. Pelaporan hasil pemeriksaan

penunjang secara elektronik juga segera diimplementasikan untuk mengurangi kontak dengan media.

#### A.3. Communication

Dari keputusan rapat, dibentuk beberapa sistem komunikasi, di antaranya grup komunikasi dengan aplikasi Whatsapp antar SMF; laporan terkait ketersediaan fasilitas perawatan serta masalah akan dibahas melalui grup ini. Nomor *hotline* COVID-19 yang awalnya dipegang oleh bagian Paru diserahkan ke bagian Emergensi. Nomor penapisan ini berfungsi sebagai media komunikasi dengan perujuk untuk mengirimkan data rujukan. Pada nomor ini juga dibentuk grup antar ruang perawatan dan grup antar SMF dalam mengatur rujukan yang masuk, sehingga komunikasi internal juga berjalan jika ada rujukan yang tidak sesuai.

Komunikasi IGD reguler dengan IGD COVID-19 (awalnya disebut IGD dekon karena menggunakan ruang dekontaminasi sebagai cadangan IGD sementara) menggunakan HT untuk mencegah kontaminasi sebelum akhirnya 1 unit telepon seluler digunakan secara resmi sebagai alat komunikasi di IGD COVID-19.

#### A.4. Coordination

Koordinasi internal melalui laporan oleh MOD (*manager on duty*) dari SMF (staf medis fungsional) *Emergency medicine* di luar jam kerja serta laporan dinamika pasien pada tiap akhir *shift*. Kondisi rujukan juga dapat terpantau melalui grup *hotline* penapisan sesuai poin A.3. Diskusi kondisi pasien yang dikenal dengan penanganan multidisiplin juga terpantau melalui grup komunikasi.

*"Tiap akhir shift kami juga tetap melaporkan ke kpp (koordinator keperawatan) untuk dinamika pasien tiap shift dan kepala jaga juga diminta melaporkan masalah yang timbul pada saat jaga ke KPP"* (RES1)

*"Betul dokter, memang masih tersedia 3 tempat kosong tetapi kita tidak bisa memasukkan pasien IGD ke ruangan karena 3 tempat kosong itu, salah satunya untuk pasien anak sedangkan dua lainnya adalah untuk pasien low care."* (RES2)

Koordinasi eksternal dengan rumah sakit lain terkait sistem rujukan dilakukan melalui



grup *hotline* penapisan, koordinasi dengan RS lapangan (RS yang dibangun secara darurat dengan memanfaatkan poltekkes) berjalan cukup baik, koordinasi eksternal terkait pemakaman pasien COVID-19 dengan keluarga pasien awalnya berjalan cukup alot, sehingga tidak jarang petugas kepolisian dilibatkan untuk menjaga kondisi RS tetap kondusif. Koordinasi dengan *public safety centre* (PSC) 119 berjalan cukup baik. Tidak dapat dipungkiri sebaik apapun koordinasi, emosi keluarga pasien dalam situasi tidak terkontrol membuat suasana menjadi kacau, namun dapat terselesaikan dengan baik dengan koordinasi dengan pihak kepolisian serta KIE yang baik dan informatif. Terkait koordinasi dengan pihak luar mengenai ketersediaan *bed* di *dashboard* RS kadangkala menjadi masalah jika tertulis tersedia, namun ternyata tidak sesuai. Misalnya *bed* di ruang perawatan wanita tidak dapat digabungkan dengan pria, *bed* untuk pasien penyakit menular tidak digabungkan dengan pasien penyakit tidak menular.

### B.1. Staff

Sebagai langkah awal paling bermakna dalam penanganan COVID-19, seluruh nakes di RS A diberi pembekalan terkait COVID-19, bahkan sebelum COVID-19 dinyatakan sebagai wabah di Indonesia. Seiring dengan bertambahnya kasus, tenaga kesehatan ruang paviliun ditarik ke IGD dan paviliun ditutup sementara untuk direncanakan pemanfaatannya sebagai instalasi COVID-19 terpadu. Selain itu, perekrutan tenaga tambahan juga dilakukan melalui permintaan, diperoleh tambahan tenaga nakes dan non-nakes (tenaga transportasi pasien ke ruang perawatan) sebanyak 46 orang. Pemerataan tenaga melalui pengaturan distribusi tenaga dari IGD reguler yang mengalami penurunan jumlah pasien ke IGD COVID-19 (saat itu masih menempati ruang dekontaminasi). *Mapping* dan *staging* tenaga kesehatan juga dilakukan ulang berdasarkan pelatihan dan kemampuan untuk ditempatkan di IGD COVID-19. Beberapa pengaturan di antaranya seleksi nakes berdasarkan usia; nakes berusia muda akan lebih banyak mendapat giliran berdinasi di IGD COVID-19, seleksi berdasarkan pelatihan yang pernah diikuti, nakes yang pernah mendapat pelatihan kegawatdaruratan lanjut dan pelatihan ventilator akan ditempatkan di prioritas 1 IGD COVID-19.

*"Kita memerlukan tambahan tenaga karena kekurangan tenaga pendorong pasien. Banyak sekali jenazah dan pasien yang masih stagnasi di IGD karena kekurangan tenaga pendorong pasien."* (RES3)

*"Iya dok, sekarang kami dipindahkan ke IGD infeksi terpadu karena di IGD infeksi terpadu memerlukan tenaga tambahan soalnya masuk IGD infeksi terpadu hanya diperbolehkan 3 jam saja dan 3 jam lagi kami mengurus administrasi pasien untuk mengurangi paparan."* (RES2)

Regulasi lain adalah terkait *rolling* nakes di IGD COVID-19. Dengan memakai APD tebal dan panas, nakes mendapat giliran setiap 3 jam untuk keluar dari IGD COVID-19 dan bertugas di bagian administrasi dan demikian sebaliknya, yang sebelumnya bertugas di bagian administrasi akan mendapatkan giliran untuk masuk ke dalam IGD mengingat sistem administrasi, pencatatan rekam medis, juga merupakan elemen kunci sistem pelayanan di IGD.

### B.2. Stuff/Supply

Pengadaan tambahan obat khususnya yang digunakan untuk penanganan COVID-19 terus dilakukan sesuai prediksi dari pihak farmasi. Penjualan obat-obatan tertentu juga dibatasi dan disesuaikan dengan regulasi untuk menjamin ketersediaan obat penanganan COVID-19 di RS. Penggunaan oksigen juga dibatasi dan hanya diberikan untuk pasien yang benar-benar memerlukan mengingat persediaan yang terbatas. Regulasi pemanfaatan obat-obatan dan alat kesehatan (alkes) dilakukan dengan prinsip *Reduce, Reuse, dan Recycle*. Penambahan tabung oksigen juga dilakukan untuk mengantisipasi *slot* oksigen sentral yang terbatas. Selain pengadaan obat, pengadaan alkes juga terus dibenahi mulai dari penambahan ventilator di IGD serta pengadaan HFNC (*high flow nasal canula*) di IGD guna mengantisipasi pasien COVID-29 kritis.

*"Cadangan obat x mulai menipis sehingga penggunaannya harus dibatasi hanya untuk pasien rumah sakit yang mendaftar dan memiliki nomor rekam medis. Tidak diijinkan lagi untuk pembelian pasien luar."* (RES4)

*"Penggunaan oksigen mulai dibatasi. Hanya diberikan untuk pasien yang betul-betul memerlukan oksigen karena kebutuhan untuk*

*pasien COVID semakin meningkat sedangkan cadangan oksigen kita terbatas"* (RES5)

### B.3. Space

Penambahan tempat *triage* di IGD Reguler untuk penapisan singkat pasien dengan kecurigaan COVID-19 memanfaatkan *dropzone* IGD; pasien dengan kecurigaan COVID-19 segera diarahkan ke IGD COVID-19, sedangkan pasien yang sudah telanjur diterima di IGD reguler dan dicurigai COVID-19, dipindahkan ke ruang isolasi sambil menunggu kedatangan petugas IGD COVID-19 untuk transfer pasien. Disediakan juga area di IGD reguler untuk kohorting pasien yang awalnya dicurigai COVID-19 dan setelah pemeriksaan serta diskusi multidisiplin melibatkan SMF Paru, Radiologi, dan Patologi Klinik, masuk dalam kriteria eksklusi. Awal peningkatan kasus COVID-19, RS A belum sempat melakukan perombakan gedung paviliun sebagai gedung perawatan infeksi, sehingga ruang dekontaminasi yang juga dicadangkan akhirnya digunakan sebagai IGD sementara untuk kasus pasien yang dicurigai COVID. Gedung paviliun segera ditutup untuk dimodifikasi menjadi instalasi baru penanganan pasien COVID-19.

*"Sejak IGD ini dibangun kita sudah memiliki persiapan desain dalam menghadapi bencana. Ruang dekontaminasi IGD memang sejak awal sudah dipersiapkan sebagai surge capacity untuk menghadapi bencana."* (RES6)

*"IGD ini memiliki kapasitas cadangan yang besar. Bisa menampung sampai 2 kali lipat kapasitas normal, bahkan ruang tunggu juga sudah di desain sedemikian rupa karena memang dipersiapkan untuk kondisi bencana."* (RES7)

*"Area ini akan digunakan sebagai area kohorting dok, untuk pasien yang exclude dari IGD infeksi terpadu. Sedangkan untuk pasien include sementara akan kita tampung di ruang isolasi IGD."* (RES8)

Ruang tunggu pasien IGD juga merupakan kapasitas cadangan yang sewaktu-waktu dapat dibuka untuk menerima pasien; namun ruang tunggu tidak dibuka untuk menerima pasien karena keterbatasan tenaga. Penambahan kapasitas harus disertai dengan penambahan kapabilitas, peralatan yang mumpuni, serta sistem yang memadai, dan



semua itu akhirnya dapat disediakan oleh instalasi COVID-19.

#### B.4. System

Pertimbangan khusus perlu dilakukan dalam menghadapi COVID-19 karena merupakan penyakit sangat menular dengan  $R_0=4$  yang artinya 1 orang yang terinfeksi COVID-19 dapat menyebabkan 4 infeksi sekunder pada populasi rentan, sehingga penetapan perimetri/zona dilakukan sejak awal di RS A sebagai panduan alur masuk dan keluar pasien, keluarga pasien serta nakes; hanya nakes dengan APD lengkap yang diperbolehkan untuk masuk dalam zona merah. Zona hijau hanya diperbolehkan untuk pasien dengan *swab* negatif. Selain itu pemeriksaan kesehatan berupa *swab* berkala atau foto toraks, pemeriksaan laboratorium juga dilakukan sesuai indikasi untuk menghindari penularan antar nakes ataupun nakes ke pasien.

*"Betul dok, di IGD infeksi terpadu kami masuk 3 hari dan libur 3 hari. Ada enakya juga, tetapi kalau lagi dinas capek sekali dok, apalagi ketika memakai APD level 3."* (RES9)

*"Ya, tidak semua perawat di-rolling ke infeksi terpadu dok. Untuk yang tua tua (berusia tua) dan ada komorbid kan risikonya lebih besar dok."* (RES2)

*Tracking* dilakukan untuk nakes yang kontak dengan pasien dicurigai atau kontak dengan nakes bergejala dan positif COVID. *Tracking* berkala untuk nakes yang tidak bergejala. *Tracking* pasien dilakukan melalui pelaporan kasus pada dinas kesehatan. *Triage* dilakukan seperti kondisi biasa namun pada puncak kondisi krisis, dilakukan sesuai kondisi krisis yaitu RS akan berusaha menyelamatkan nyawa sebanyak-banyaknya, sehingga fokus penanganan pasien beralih pada pasien yang memiliki kemungkinan tertinggi untuk diselamatkan.

*"Untuk penapisan di dropzone IGD menggunakan lembar ini ya (sesuai kriteria panduan penatalaksanaan COVID) Kemenkes. Pasien yang memenuhi kriteria akan kita arahkan ke IGD Infeksi sesuai alur pasien."* (RES5)

Skrining di RS A terbagi menjadi beberapa tahapan, di antaranya: (1) Skrining rujukan melalui pendekatan multidisiplin melibatkan bagian emergensi, radiologi, patologi klinis, dan bagian spesifik yang dituju, (2) Skrining di

*dropzone* dengan pengisian formulir skrining. (3) Skrining di IGD dengan *swab*, pemeriksaan radiologi dan laboratorium. Dengan skrining melalui beberapa tahapan ini, diharapkan mengurangi kemungkinan pasien COVID-19 lolos dan dirawat dalam ruang perawatan non-COVID-19 yang berisiko lonjakan kasus internal.

#### DISKUSI

Semua perencanaan strategis harus melalui proses sistematis untuk menentukan apakah rencana formal diperlukan dan pilihan harus dibuat berdasarkan alasan dan informasi, serta prosedur atau metode perencanaan yang harus diikuti. Selain pengambilan keputusan, perencanaan strategis dapat dan harus digunakan untuk berinteraksi dengan pemangku kepentingan internal dan eksternal, membangun pemahaman dan komitmen bersama.<sup>3,5,6,9,14</sup>

Tergantung keadaan, perencanaan strategis dapat memerlukan waktu satu hari atau beberapa bulan. Jangka waktu dalam rencana bervariasi dan mungkin terus berkembang sesuai kondisi seperti pada kondisi pandemi COVID-19 yang makin memburuk, perencanaan harus dibuat menjadi makin besar dan terperinci. Setiap pelaksanaan perencanaan formal memerlukan waktu dan sumber daya; sumber daya bisa dalam bentuk uang atau waktu staf dan harus ada pemahaman mengenai biaya peluang serta biaya nyata. Oleh karena itu, waktunya harus tepat dan sumber daya yang dikerahkan harus proporsional dengan tugas dan hasil yang diharapkan.<sup>3,5,14-17</sup>

*Situation Analysis (Where are we now?):* Analisis situasi kondisi RS A saat pandemi menunjukkan bahwa RS A berperan sebagai *key players* sesuai matriks Mendelow. Dengan tenaga kesehatan yang cukup ditambah dengan peserta didik RS A sebagai RS Pendidikan, RS A memiliki cukup cadangan tenaga. IGD yang telah dirancang sedemikian rupa melalui masukan dokter spesialis emergensi memberikan tambahan kapasitas cadangan yang dapat digunakan apabila diperlukan. Beberapa lokasi di IGD yang dapat digunakan sebagai kapasitas cadangan selain kapasitas cadangan IGD yang dapat diperluas menjadi 1,5 kali kapasitas normal adalah ruang dekontaminasi serta ruang tunggu pasien yang sewaktu-waktu dapat digunakan sebagai

tempat pelayanan pasien. Kondisi spesial pandemi yaitu penyakit infeksi yang mudah menular memerlukan cadangan APD untuk melindungi tenaga kesehatan; ada kelemahan karena APD yang dicadangkan ternyata tidak cukup. Terkait pendanaan, sebagai RS pemerintah, RS A mendapat pendanaan pemerintah dalam menghadapi pandemi. Saat ini diperlukan sebuah sistem yang dapat mengatur komando, kontrol, koordinasi, dan komunikasi yang dapat disesuaikan dengan panduan *hospital disaster plan (hosdip)* rumah sakit.<sup>7,13-16,18</sup>

*Future Direction (Where do we want to get to?):* Dengan adanya pandemi COVID-19 dan RS A ditunjuk sebagai salah satu salah satu RS Rujukan COVID-19, RS A akan berusaha semaksimal mungkin melakukan upaya-upaya optimalisasi pelayanan pasien COVID-19 antara lain: sentralisasi pelayanan pasien COVID-19 dengan mengalihfungsikan Gedung Pelayanan Utama menjadi gedung pelayanan COVID-19, peningkatan kompetensi SDM RS dalam pelayanan pasien COVID-19, pemenuhan sarana dan prasarana dalam upaya optimalisasi pelayanan COVID-19.<sup>5,6,13,14</sup>

*Strategy Development (How are we going to get there?):* Dalam melakukan persiapan untuk menghadapi krisis (insiden korban massal atau bencana) rumah sakit perlu membuat sistem komando, melakukan koordinasi, serta mengatur mekanisme komunikasi. Semua persiapan ini seharusnya sudah ada pada rencana bencana rumah sakit dan RS hanya perlu melakukan penyesuaian sesuai kondisi di lapangan. Kapasitas cadangan juga harus dipersiapkan, mulai dari cadangan tenaga (*Staff*) bukan hanya kapasitas saja, namun peningkatan kapabilitas juga diperlukan khususnya pada kasus tergolong baru, seperti RS A memberikan seminar untuk seluruh nakes ketika terjadi lonjakan kasus COVID-19. Hal berikutnya adalah cadangan tempat (*Space*); IGD sebagai penerima pasien harus mempersiapkan kapasitas cadangan sampai dengan 2 kali kapasitas normal IGD. Di RS A, kapasitas cadangan selain ruang IGD yang dapat menampung *bed* sampai 1,5 kali normal adalah ruang dekontaminasi dan ruang tunggu pasien yang memang dirancang untuk itu. Cadangan obat-obatan dan alkes juga harus dipersiapkan sesuai kondisi. Persiapan cadangan APD dengan prinsip



*reuse, reduce, dan recycle* dimulai di RS A sejak lonjakan COVID-19, persiapan obat-obatan serta penghematan cadangan oksigen juga menjadi pertimbangan utama. Sistem *triage, transport, dan treatment* merupakan bagian kapasitas cadangan yang perlu diatur dengan baik. Harus dipertimbangkan jenis *triage* yang akan digunakan, bagaimana sistem penerimaan pasien, bagaimana cara evakuasi pasien dan sistem rujukan yang ada.

*Monitoring & Evaluation (How will we know when we got there?):* Monitoring dan evaluasi dilakukan berkala; pelaporan kondisi IGD infeksi terpadu dilakukan pada tiap *shift* jaga dan dilakukan *monitoring* oleh DPJP

(dokter penanggung jawab pelayanan) yang tergabung di dalam grup DPJP COVID-19 bahkan sampai saat ini. Evaluasi dilakukan berkala melalui laporan pelayanan.<sup>8,17,18</sup>

Keterbatasan penelitian ini adalah dilakukan di Rumah Sakit Pendidikan dengan kapasitas tenaga cadangan cukup besar jika dibandingkan dengan rumah sakit lain. Saran untuk penelitian yang akan datang adalah terkait kelelahan nakes dalam menghadapi pandemi karena selama wawancara penulis menemukan banyak keluhan terkait hal tersebut.

### SIMPULAN

IGD selain didesain untuk mengoptimalkan pelayanan medis terhadap pasien gawat darurat juga harus dipersiapkan untuk menghadapi keadaan bencana. Kapasitas cadangan yang telah dipersiapkan oleh IGD RS A dalam menghadapi bencana dapat dimanfaatkan sepenuhnya pada pandemi COVID-19 khususnya dalam mempersiapkan kapasitas cadangan fisik dan infrastruktur, sedangkan persiapan terkait sistem harus melalui simulasi berkelanjutan. Disarankan agar setiap rumah sakit dapat mempersiapkan diri menghadapi bencana sesuai kapasitasnya masing-masing sehingga pelayanan kesehatan bencana di Indonesia dapat menjadi lebih baik.

### DAFTAR PUSTAKA

1. Kamal A. Kasus Covid di Indonesia meningkat akibat varian baru - Apa gejalanya dan apa saja yang harus diwaspadai? BBC News Indonesia [Internet]. 2023;1. Available from: <https://www.bbc.com/indonesia/articles/ck7p0jg92gko>.
2. Salsabilla R. Pneumonia misterius menyerang anak, ini saran WHO dan Kemenkes. CNBC Indonesia [Internet]. 2023;1. Available from: <https://www.google.com/amp/s/www.cnbcindonesia.com/lifestyle/20231130100108-33-493257/pneumonia-misterius-menyerang-anak-ini-saran-who-kemenkes/amp>.
3. Maleka S, Technologies D. Strategic management and strategic planning process. *South Afr Perspective* 2015;1:1–29.
4. Usoro A, Mehmood A, Rapaport S, Ezeigwe AK, Adeyeye A, Akinlade O, et al. A scoping review of the essential components of emergency medical response systems for mass casualty incidents. *Disaster Med Public Heal Prep*. 2022;17(e274):1–12. DOI: 10.1017/dmp.2022.235.
5. Mohamadian M, Nasiri T, Bahadori M, Jalilian H. Stakeholders analysis of COVID - 19 management and control: A case of Iran. *BMC Publ Health* [Internet]. 2022;22:1–16. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14219-0>.
6. Wurmb T, Scholtes K, Kolibay F, Schorscher N, Ertl G, Ernestus R, et al. Hospital preparedness for mass critical care during SARS-CoV-2 pandemic. *Crit Care* 2020;24(386):1–6. DOI: 10.1186/s13054-020-03104-0.
7. Singh SR, Coker R, Vrijhoef HJ, Leo YS, Chow A, Lim PL, et al. Mapping infectious disease hospital surge threats to lessons learnt in Singapore: A systems analysis and development of a framework to inform how to DECIDE on planning and response strategies. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(622):1–14.
8. Pandemisi C, Kapasitesi T. COVID-19 pandemic and surge capacity. *Bezmialem Sci*. 2020;8(Suppl 2):48–57.
9. Hossein Hatami SQ, Shah J, Rezaeian AR, Farsi Y, Alinasab F, Qaderi F, et al. COVID-19: National pandemic management strategies and their efficacies and impacts on the number of secondary cases and prognosis: A systematic review. *Int J Prev Med*. 2022;8:1-11.
10. Carenzo L, Costantini E, Greco M, Barra FL, Rendiniello V, Mainetti M, et al. Hospital surge capacity in a tertiary emergency referral centre during the COVID-19 outbreak in Italy. *Anaesthesia* 2020;1174:928–34.
11. Ginige K, Amaratunga D, Haigh R. Mapping stakeholders associated with societal challenges: A methodological framework. *Procedia Eng* [Internet]. 2018;212:195–202. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2018.01.154>.
12. Koenig KL. Correspondence. *Ann Emerg Med*. 2012;59(5):1–2.
13. Hick JL, Koenig KL, Barbisch D, Tareg A, Bey M. Surge capacity concepts for health care facilities: The CO-S-TR model for initial incident assessment. *Disaster Med Public Health Prep*. 2008;2(suppl 1):51–7.
14. United Nations. Strategic planning guide for managers [Internet]. 2005:1–15. Available from: [https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/4.5.1.6\\_Strategic%20Planning%20Guide\\_0.pdf](https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/4.5.1.6_Strategic%20Planning%20Guide_0.pdf).
15. Fuertes G, Alfaro M, Vargas M, Gutierrez S, Ternero R, Sabattin J. Conceptual framework for the strategic management: A literature review — Descriptive. *Hindawi J Eng*. 2020;2020:1–21.
16. Rosenbäck RG, Svensson A. Resilience in keeping the balance between demand and capacity in the COVID-19 pandemic, a case study at a Swedish middle-sized hospital. *BMC Health Serv Res*. 2023;4(202):1–12.
17. Dhamanti I. Challenges in implementing the WHO hospital readiness checklist for the COVID-19 pandemic in Indonesian hospitals: A qualitative study. *J Multidiscip Healthc* 2022;15:1395–402.
18. Abdul Rahim AF, Zen IS, Abdullah A. Strategy on the practices and responses of health emergency disaster risk management in several countries: A scoping review. *ASSEHR* 2023;759:336–47.