

Edisi November 2008



Pengetahuan & Informasi - Safety

PENITY

PERSUASIF, INFORMATIF, NARATIF



Jurus Jitu Menangkal
Accident & Incident

Mengubah Pola Pikir

Mengubah pola pikir yang sudah membudaya tentulah memerlukan usaha keras. Usaha itu mesti dilakukan tanpa henti dengan memanfaatkan setiap peluang yang ada. Dengan keyakinan itu kami menerbitkan *Penity* sebagai upaya mengajak setiap insan GMF hidup lebih aman, nyaman, dan selamat baik untuk diri sendiri maupun orang lain.

Saat diluncurkan pertama kali dalam *Safety Management Review (SMR)* pada Oktober 2008 lalu, *Penity* pastilah mengundang pertanyaan dan tanggapan. Beragam opini yang menyertai penerbitan buletin ini selalu kami jadikan masukan untuk terus berbenah agar semakin baik. Respon positif maupun kritik, tetap kami perlukan sebagai tolak ukur kehadiran buletin bulanan ini di GMF AeroAsia.

Kekurangan pada edisi perdana tentu bukan alasan bagi kita untuk melupakan materi yang disampaikan. Bagaimana pun *Penity* yang terbit delapan halaman diharapkan bisa memberikan kontribusi bagi perubahan pola pikir (*mindset*) menjadi lebih baik. Melalui artikel safety yang disajikan secara informatif, naratif, dan persuasif, harapan membentuk pola pikir dan gilirannya nanti *safety culture* segera terwujud.

Dalam edisi kedua ini, redaksi mencoba

menelaah (*flash back*) kejadian di sekitar kita yang dilaporkan secara detail. Salah satunya adalah semua sistem lavatory di salah satu pesawat tidak berfungsi. Akibat kejadian ini pesawat kembali ke bandara semula setelah terbang sekian jam. Kondisi ini tentu menimbulkan risiko biaya dan *image* yang sangat besar bagi perusahaan.

Adapun rubrik *Persuasif* menyajikan kiat-kiat dan jurus-jurus penting mengantisipasi *accident* dan *incident*. Sedangkan materi *human factor on aircraft maintenance* bisa ditemukan dalam rubrik *Cakrawala*. Pada edisi kedua ini, rubrik *Intermeso* menyajikan *Safety Management Review II* dan peran GMF dalam persiapan implementasi SMS bagi pemegang AMO dan AOC di Indonesia.

Yang patut disimak pula adalah Mang Sapeti dalam rubrik *Rumpi*. Beberapa kejadian di sekitar kita akan direspon oleh si ceriwis Mang Sapeti dengan ungkapan satirnya yang khas: ringkas, cerdas, dan pas.

Materi yang kami sajikan pada edisi kedua diharapkan menjadi cermin bagi kita semua untuk terus berbenah meningkatkan safety. Kritik, saran, dan masukan dari pembaca tetap kami tunggu. Harapan kami, materi yang kami sajikan terus berkembang seiring dengan perjalanan waktu.

Selamat membaca dan terima kasih.





Human Error in Aircraft Maintenance

Oleh: Hermansyah
GM Aircraft Quality Control

Memahami *human factor* sangat penting untuk memahami mengapa suatu *accident/incident* di dunia penerbangan bisa terjadi, karena keterlibatan manusia tidak bisa dihindari dalam aktifitas aviasi. Pemahaman yang baik tentang *human factor* akan membantu mencegah terjadinya kecelakaan kerja dan melindungi keselamatan serta kesehatan kerja.

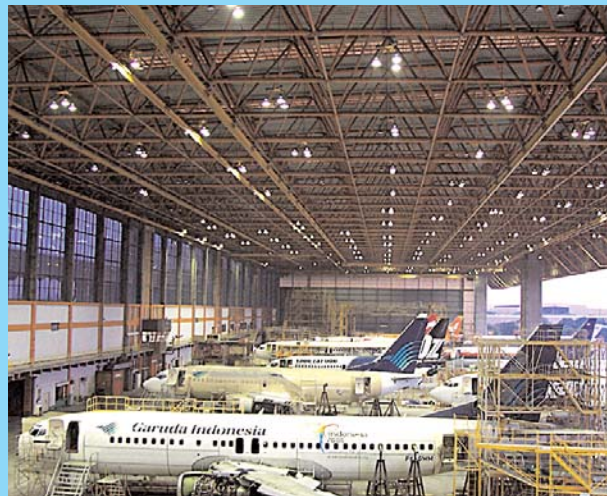
Pendekatan *human factors* menjelaskan suatu kejadian disebabkan oleh sejumlah faktor kontribusi seperti kualitas *design*, perawatan, perilaku individu dan organisasi, pelatihan, supervisi dan perencanaan. *Human factor* merupakan interaksi antara tiga faktor utama yang mempengaruhi kinerja manusia yakni pekerjaan, individu dan organisasi.

Untuk memahami suatu kejadian diperlukan penjabaran mendetail tentang *type-error*. Identifikasi ini penting karena *type error* yang berbeda membutuhkan strategi pencegahan yang berbeda. Untuk menganalisa suatu *error*, ada beberapa model yang biasa jadi acuan. Salah satunya model "*Skill Rule Knowledge*" yang dikembangkan Rasmussen.

Artikel ini memberikan gambaran umum tentang salah satu model *human error* yang dipakai dalam menganalisa kasus *maintenance error* dan faktor yang sering berkontribusi menyebabkan *error*. Data-data dalam tulisan ini didapat dari hasil analisa *human error* di PT GMF AeroAsia.

1. Skill Based Behaviour

Skill Based Behaviour merupakan perilaku seseorang yang cenderung atau secara otomatis melaku-



kukan tindakan tertentu dalam suatu pekerjaan rutin atau berulang kali seperti membuka dan menutup panel, pelumasan, dan lainnya. Orang bekerja berdasarkan kebiasaan tanpa merujuk prosedur yang berpotensi menimbulkan *skill based error*.

Contoh kasus yang sering terjadi adalah melewatkan suatu langkah instruksi dalam *maintenance instruction/checklist* pekerjaan rutin yang tertunda. Mayoritas kasus biasanya karena *skilled person* tidak peduli prosedur. Alasannya waktu membaca dokumen lebih panjang daripada waktu pengerjaan atau pekerjaan sudah sering dilakukan.

2. Rule Based Behaviour

Seseorang mengikuti prosedur saat bekerja karena percaya prosedur itu sudah dibuat berdasarkan analisa melalui *trial and error* dan bertujuan menetapkan langkah-langkah kerja yang efektif. Tetapi, *Rule Based Error* bisa terjadi karena salah satu dari dua kondisi,

yakni, penerapan prosedur yang tidak baik dan tidak efektif atau tidak menerapkan prosedur yang benar.

3. Knowledge Based Behaviour

Knowledge Based Behaviour dibutuhkan ketika seseorang dihadapkan pada situasi atau masalah yang jarang atau bahkan belum pernah terjadi sebelumnya. *Error* dalam situasi ini terjadi karena kesalahan menentukan langkah. Hal ini terjadi karena informasi yang diperlukan tidak tersedia atau informasi itu tidak digunakan.

Berdasarkan hasil investigasi MEDA, sebanyak 27 kasus *human factor* yang dilaporkan selama Januari-September 2008, sebanyak 42% merupakan *Skill Based Error*. Sebanyak 51% kombinasi antar *Skill Based Error* dan *Rule Based Error* karena *skilled person* tidak mengikuti prosedur. Sedangkan 7% lainnya kombinasi antara *Skill Based Error* dan *Rule Based Error* karena prosedur atau instruksi kerja yang kurang memadai.

Contributing Factors

Contributing factors merupakan segala kondisi atau sesuatu yang bisa menyebabkan terjadinya *error*. Suatu *error* bisa terjadi karena kombinasi beberapa *contributing factor* di mana suatu *contributing factors* terjadi karena *contributing factor* yang lain. Di dalam MEDA, *contributing factors* dikelompokkan sebagai berikut:

(a) Information, (b) Equipment/Tools/Safety Equipment, (c) Airplane Design/ Configuration/Parts, (d) Job/Task, (e) Technical Knowledges/Skills, (f) Individual Factors, (g) Environment/Facilities, (h) Organizational Factors (Quality of Support, Company Policy, Company Procedure, (i) Leadership/Supervision, (j) Communication.

Berdasarkan data MEDA Summary, dari 27 kasus aircraft maintenance error yang terjadi disebabkan oleh 86 *contributing factors*. Kontribusi terbanyak yakni 17 kasus berasal dari kelompok *Organizational Factor*. Hal ini karena tidak mengikuti *Company Procedure* dan *manpower* yang kurang.

Selanjutnya kelompok Information di mana terjadi 16 kasus karena tidak mengikuti atau menggunakan Technical Documentation seperti AMM, IPC, Maintenance Instruction, dan lainnya. Adapun kelompok Individual Factor menyumbang pada 12 kasus akibat fatigue dan time pressure. Dari kelompok Leadership/Supervision terjadi 12 kasus.

Peran aktif GM dan Manager untuk memastikan prosedur diikuti dan peningkatan supervisi pekerjaan terutama menjelang *shift* kerja berakhir akan dapat membantu mengurangi *maintenance error*.



Jurus Jitu Menangkal Accident & Incident

Fuad Abdullah

VP Quality Assurance & Safety

Perjalanan sejarah "mesin terbang" yang kita kenal sekarang tentu tak lepas dari Wright bersaudara. Dua sosok ini berhasil menerbangkan sebuah "benda" yang disebut *The Flyer* pada 17 Desember 1903.

bang sangat pesat. Hingga pada awal tahun 1920-an lahirlah penerbangan sipil. Seiring dengan perkembangan penerbangan sipil, tingkat kecelakaan penerbangan relatif tinggi. Selama periode 1920-an sampai 1970-an,

tingkat kecelakaan mencapai satu per seribu. Artinya dalam seribu penerbangan, salah satunya mengalami kecelakaan/accident. Inilah masa yang dikenal sebagai *fragile system* atau sistem yang sangat rapuh.



Mesin terbang itu mengudara setinggi 3,5 meter selama 12 detik di pantai utara Carolina, Amerika Serikat. *The Flyer* tak berumur lama. Dua jam setelah mengudara, benda itu jatuh berkeping karena tertiuip angin kencang dan menghunjam bukit pasir di utara Carolina.

Namun, peristiwa singkat itu telah mengubah sejarah dunia. Sebab penciptaan pesawat terbang pasca penemuan Wright berkem-

Era yang disebut "*safe system*" itu ternyata mampu menekan tingkat kecelakaan secara luarbiasa, menjadi seratus kali lipat lebih rendah dibanding sebelumnya. Angka kecelakaan berubah drastis menjadi satu kecelakaan dalam 100 ribu penerbangan.

Keamanan dan keselamatan penerbangan sangat tergantung pada individu sehingga intensif training menjadi keharusan. Perawatan pesawat pun menganut sistem "*fly-fix-fly*" yakni terbang-rusak-perbaiki atau perbaikan hanya dilakukan jika terjadi kerusakan. Periode ini juga dikenal sebagai "periode heroik" karena dibutuhkan keberanian luar biasa untuk terbang. Di masa itu, kecelakaan kecil atau "hampir celaka"

dianggap biasa. Hanya kecelakaan fatal saja yang dilakukan investigasi.

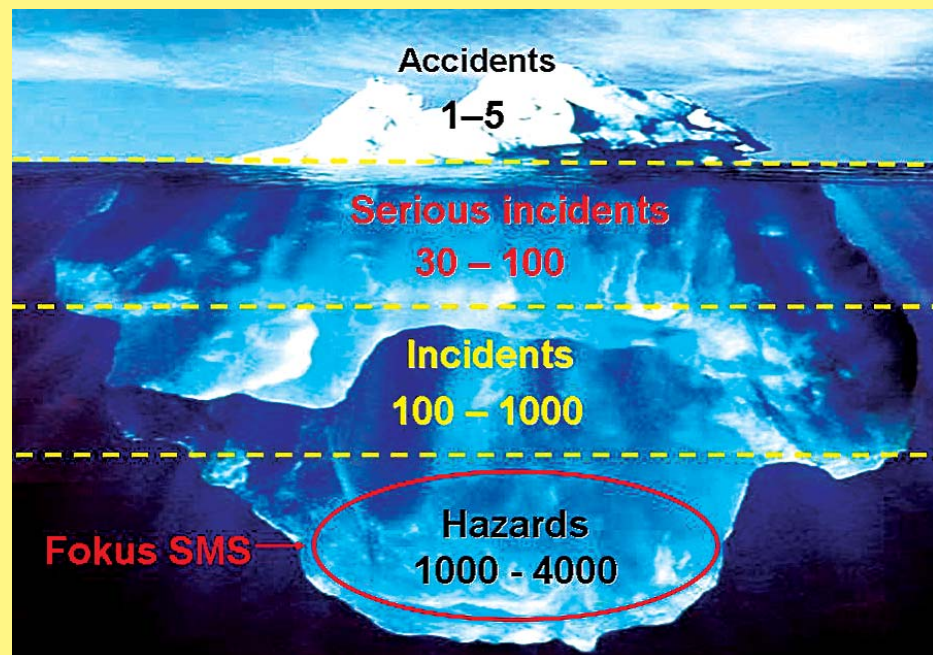
Kondisi tadi segera berubah seiring dengan meningkatnya kesadaran tentang *safety* dan *quality*. Pada masa 1970-an sampai pertengahan 1990-an, lahirnya *Quality Management System* (QMS). Dengan QMS, pengelolaan kualitas menjadi lebih sistematis. Era yang disebut "*safe system*" itu ternyata mampu menekan tingkat kecelakaan secara luar biasa, menjadi seratus kali lipat lebih rendah dibanding sebelumnya. Angka kecelakaan berubah drastis menjadi satu kecelakaan dalam 100 ribu penerbangan.

Penggunaan teknologi yang bertujuan untuk membuat penerbangan yang lebih aman, manajemen perawatan pesawat, serta pengaturan lalu lintas udara dilakukan secara sistematis dan intensif. Beberapa peraturan tentang keselamatan penerbangan mulai dibuat lebih detail. Berbagai aspek penerbangan seperti persyaratan mesin hingga lisensi orang yang terlibat di dalamnya juga diatur. Investigasi secara detail dilakukan bukan hanya pada peristiwa kecelakaan yang fatal, tapi juga pada *incident* atau kecelakaan ringan.

Seiring dengan pesatnya jumlah penerbangan, tuntutan publik terhadap *safety* dalam penerbangan kian meningkat. Frekuensi penerbangan yang meningkat menuntut prosentase kecelakaan menurun. Sebab jika prosentase tetap, maka angka mutlak jumlah kecelakaan tentu akan tinggi. Ini artinya publik lebih sering mendengar kecelakaan penerbangan dibanding masa lalu.

Maka meningkatnya frekuensi penerbangan, tantangan yang dihadapi untuk "*langit yang aman*" kian meningkat. Untuk itu lalu lintas udara harus diatur lebih hati-hati karena ruang udara makin sempit. Jarak aman antar pesawat terbang pun harus dikurangi.

Sebagai industri jasa, dunia penerbangan tidak punya pilihan lain kecuali meningkatkan tingkat *safety* secara signifikan. Periode sejak pertengahan 1990-an sam-



pai sekarang inilah yang disebut "*ultra safe*". Periode ini mencitacitakan kecelakaan fatal "hanya" satu dalam 10 juta penerbangan, meskipun pencapaian saat ini masih jauh dari angka itu, karena rata-rata kecelakaan saat ini baru mencapai tingkat satu kecelakaan fatal dalam 1 juta penerbangan.

Tuntutan kenaikan tingkat *safety* dan tantangan yang dihadapi ini luar biasa, tentu harus dijawab dengan "jurus" yang luar biasa pula. Lembaga sipil dunia, International Civil Aviation Organization (ICAO), kemudian menyusun pengelolaan *safety* yang lebih baik, disebut *Safety Management System* (SMS). SMS yang disusun oleh ICAO bekerja sama dengan para pakar, akademisi dan praktisi, dirancang untuk menangkalkan *accident/ incident*.

SMS fokus pada kegiatan proaktif dalam mengidentifikasi *hazard* yang berada jauh di bawah "gunung es". Rancangan sistematis itu dilanjutkan dengan kegiatan nyata untuk mengeliminasi *hazard* sebelum potensi bahaya bertransformasi menjadi *incident* atau *accident*. SMS juga mengumpulkan data dari kegiatan operasi normal/rutin atau bahkan memprediksi potensi bahaya sebelum melakukan operasi atau

SMS juga diyakini menjadi arah yang tepat menuju "*ultra safe*" yang menjadi cita-cita bersama para pakar, otoritas, dan praktisi penerbangan serta publik sebagai pengguna jasa penerbangan.

kegiatan.

Secara faktual ada tiga hal yang membedakan SMS dengan program-program tentang *safety* sebelumnya.

Pertama, adanya keterlibatan manajemen mulai dari pimpinan puncak sampai supervisor di lapangan mutlak diperlukan. SMS bukan hanya urusan para pelaksana di lapangan, tapi menjadi urusan semua orang.

Kedua, *safety* harus menjadi pertimbangan utama setiap kegiatan dalam organisasi baik pengelolaan keuangan perusahaan, pengelolaan sumber daya manusia maupun kegiatan lainnya. Intinya SMS harus terintegrasi dengan seluruh kegiatan apa pun di perusahaan. Tidak satu pun kegiatan perusahaan yang "tidak berurusan" dengan SMS.

Ketiga, ada aktifitas pengelolaan risiko *safety* yang disebut *Safety Risk Management* (SRM). Untuk melakukan SRM ada tiga tahap yang harus dilalui. Pertama, mengidentifikasi *hazard* atau potensi bahaya. Kedua, melakukan *assessment* terhadap konsekuensi yang ditimbulkan atau mengukur risiko berdasarkan tingkat kemungkinan terjadinya dan (seandainya terjadi) tingkat keparahannya. Ketiga, mitigasi risiko yakni mengurangi kemungkinan terjadi dan/atau keparahan risiko.

Dari sini jelas ada perbedaan signifikan "jurus jitu" bernama SMS dibanding program *safety* lainnya. Beberapa perbedaan itu adalah keterlibatan manajemen pada semua tingkatan, mengintegrasikan SMS dengan semua kegiatan manajemen lainnya, dan adanya aktifitas yang disebut SRM.

Meskipun perjalanan masih panjang, tapi pelaku industri aviasi yakin SMS adalah jurus yang paling jitu menangkalkan *incident and accident*. SMS juga diyakini menjadi arah yang tepat menuju "*ultra safe*" yang menjadi cita-cita bersama para pakar, otoritas, dan praktisi penerbangan serta publik sebagai pengguna jasa penerbangan.

Ketidak Lengkapan Operan Menjadi Sumber Kerugian

Pilot mengumumkan pesawat harus RTB gara-gara semua toilet di pesawat mampet akibat sistem penyedot pembilasan (*flushing vacuum system*) di lavatory tidak berfungsi (*malfunction*).

Sebuah pesawat B747 melakukan penerbangan dengan jarak tempuh 9 jam. Awalnya penerbangan berjalan normal hingga 2,5 jam. Tapi, ada satu kejadian yang mengharuskan pesawat *Return To Base (RTB)* karena semua toilet di pesawat tidak bisa digunakan oleh penumpang.

Bisa dibayangkan bagaimana menderitanya penumpang pesawat dengan jarak tempuh 9 jam ketika harus menanggung akibat dari tidak berfungsinya toilet.

Pesawat tiba kembali di Cengkareng dan dilakukan *trouble shooting*. Hasilnya ditemukan 4 *circuit breaker* (sekring) C10244, C10245, C10246, dan

vacuum system. Sesuai prosedur, untuk kegiatan ini mengharuskan semua *circuit breaker (CB)* terkait harus dibuka. Kelalaian yang terjadi adalah CB tidak ditutup kembali ketika perawatan selesai dilakukan.

Sebenarnya teknisi yang melakukan kegiatan perbaikan *lavatory vacuum system* telah



Pilot mengumumkan pesawat harus RTB gara-gara semua toilet di pesawat mampet akibat sistem penyedot pembilasan (*flushing vacuum system*) di lavatory tidak berfungsi (*malfunction*).

Meskipun pesawat itu memiliki banyak toilet, namun semua sistem penyedot pembilasannya tidak berfungsi secara baik. Sehingga saat banyak penumpang buang air kecil, sistemnya tidak berfungsi alias tidak bisa disiram.

C10247 di pesawat dalam posisi terbuka (*nonaktif*). Seluruh *circuit breaker* itu di tutup kembali. Tangki bilasan pembuangan juga dibersihkan sehingga pesawat bisa diterbangkan kembali.

Berdasarkan investigasi dengan metode *Maintenance Error Decision Aid (MEDA)* didapati bahwa pesawat baru saja selesai menjalani sebuah program perawatan. Salah satu pekerjaan terkait dengan program tersebut adalah perbaikan *lavatory va-*

melakukan pengetesan toilet system. Awak kabin juga melakukan pemeriksaan yang sama, semuanya berjalan normal. Namun pada saat pesawat tinggal landas, mulailah diketahui bahwa seluruh toilet *flushing vacuum system* tidak berfungsi.

Hal tersebut terjadi karena sewaktu didarat sumber tenaga listrik didapatkan dari *Ground Handling Bus (GHB)*. Sedangkan pada kondisi terbang tenaga listrik didapatkan dari sumber yang

berbeda yaitu Bus 1 & 4. Dengan demikian sekring yang menghubungkan alat penyedot dengan kedua sumber listrik Bus 1 & 4 terputus namun tidak terdeteksi sewaktu pesawat di darat.

Selain kelalaian menutup kembali circuit breaker, kelalaian lain dalam pelaksanaan pekerjaan ini adalah tidak ada laporan detail mengenai progress pekerjaan dari personel yang bekerja di *shift* siang ke personel yang bekerja di *shift* malam. Serah terima pekerjaan ini tidak disertai perkembangan terakhir pekerjaan yang sudah dilakukan oleh pekerja *shift* siang. Artinya buku operan (*shift task / hand over*) tidak digunakan sesuai MOE/ RSM 2.26.

Berdasarkan temuan tadi ada beberapa faktor yang berkontribusi terhadap kegagalan sistem ini dalam perawatan pesawat B747 tersebut. Diantaranya, maintenance instruction untuk persiapan dan penyelesaian pekerjaan setelah tangki pembuangan diperbaiki tidak tersedia. Selain itu ketika *circuit breaker* itu dibuka tidak dipasang label, padahal lokasinya cukup tertutup.

Faktor lain yang cukup berkontribusi adalah fungsi supervisi yang tidak berjalan dengan baik. Jika fungsi pengawasan bagus,

kelalaian menutup kembali empat *circuit breaker* bisa dihindari. Kelalaian ini juga dapat dihindari jika komunikasi tentang progress pekerjaan antar personel *shift* pagi dan siang terjalin dengan baik.

Insiden *Return to Base* yang dialami pesawat B747 tersebut tentu menimbulkan kerugian bagi maskapai yang bersangkutan dan tentunya akan dibebankan kepada GMF. Kejadian ini tentunya juga dapat merusak *image* GMF di mata customer.

Menyikapi insiden tersebut, rekomendasi yang dikeluarkan adalah menerbitkan *maintenance instruction* untuk setiap pekerjaan unscheduled dengan menjelaskan setiap langkah pekerjaan yang harus dilaksanakan.

Rekomendasi lain yang dikeluarkan adalah memperbaiki prosedur pergantian *shift*, menggunakan *warning tag* yang benar untuk menonaktifkan (mematikan) setiap circuit

breaker, melakukan *coaching and counseling* dengan personel yang melaksanakan pekerjaan dan yang melakukan *final inspection* terhadap pekerjaan tersebut.

Untuk meningkatkan pengawasan, direkomendasikan seluruh *certifying staff* dan *inspector* agar melakukan *re-inspection* setelah melakukan perbaikan, penggantian komponen atau pekerjaan unscheduled serta membuat laporan detail tentang progress pekerjaan.

Insiden *Return to Base* yang dialami pesawat B747 tersebut tentu menimbulkan kerugian bagi maskapai yang bersangkutan dan tentunya akan dibebankan kepada GMF. Kejadian ini tentunya juga dapat merusak *image* GMF di mata customer.

Dengan menindaklanjuti rekomendasi yang diterbitkan di *Maintenance Error Decision Aid (MEDA)*, diharapkan kejadian serupa tidak terulang kembali. Operan bertujuan untuk menjamin bahwa komunikasi antar *shift* kerja tentang kelengkapan dan status pekerjaan berlangsung secara efektif. Banyak kejadian yang merugikan bahkan kecelakaan fatal diakibatkan oleh operan yang tidak lengkap. Sumber: MEDA

Di hangar tiga beberapa kali ditemukan kucing melahirkan di pesawat. Konsekuensinya si induk bawa makanan dan majun sebagai sarang. Sialnya kotorannya sering *landing* di component sehingga bau dan kotorannya mengganggu kenyamanan kerja.

"Produktivitas digenjot, kualitas diperbaiki, kucing mondok dievakuasi dong..!"

Seorang pekerja terperosok di cargo ceiling dan tergantung di antara *structure floor beam main deck* ketika akan melaksanakan inspeksi dan rektifikasi korosi pada *upper deck floor beam support*. Korban dievakuasi ke GSM untuk tindakan medis cepat kemudian dirujuk ke RS. Usada Insani untuk tindakan lebih lanjut terhadap salah satu tulang rusuk kanan yang retak.

"GMF ada sejak 1958 artinya tahun emas udah kita lewatin. Walau independen baru 2002, waspada dan mitigasi harus lebih baik lagi."

Tidur-tiduran di sepanjang lorong hangar belakangan ini anggotanya semakin banyak dan menjadi trend buat sebagian pekerja. Selain menghalangi akses jalan, lantai yang dingin dan keras berpotensi mengganggu kesehatan badan. Lebih dari itu akan menjadi *group norm* yang mengundang pertanyaan authority dan customer GMF

"Mang Sapeti setuju harus disediakan tempat istirahat yang layak, tapi bukan berarti untuk TIDUR..!"

Sebuah pesawat B747 melakukan penerbangan dengan jarak tempuh 9 jam. Awalnya penerbangan berjalan normal hingga 2,5 jam. Tapi, ada satu kejadian yang mengharuskan pesawat *Return To Base (RTB)* karena semua toilet di pesawat tidak bisa digunakan oleh penumpang.

"Wah jangan sampe kejadian lagi tuch, gak ada WC umum di udara."



RUMPI
Rubriknya mang SAPETI

SMS Awareness untuk TNI-Polri

Pada 21 Oktober 2008, GMF AeroAsia memberikan *Training SMS Awareness* untuk TNI-Polri, Basarnas dan Pear di Pusat Pendidikan dan Pelatihan Departemen Pendidikan Nasional di Sawangan, Depok, Jawa Barat. Peserta dari unsur TNI-POLRI berasal dari Skuadron Udara Lanud ATS (TNI Angkatan Udara), PUSPENERBAL (TNI Angkatan Laut), PENERBAD (TNI Angkatan Darat) dan Polisi Udara (Polri). Training yang diadakan pada 21 Oktober 2008 itu difasilitasi oleh Indonesia Aircraft Maintenance Shop Association (IAMSA).

Materi training merupakan materi yang *customized* untuk TNI-Polri karena pesawat dan regulasi yang mereka gunakan adalah versi militer. Menurut peserta dari TNI-Polri, materi pemilahan *error & violation*, konsep *free & frank reporting*, dan *establishment of just culture* membu-



ka wacana baru bagi aviasi militer Indonesia. Mereka berharap training ini diberikan untuk beberapa angkatan dan ada training lanjutan (*full course*) untuk kandidat *Safety Messengers* di lembaga masing-masing.

Dalam sesi tanya jawab, sebagian besar peserta menanyakan metode GMF membangun

safety culture serta kendala yang dihadapi dan cara mengatasi kendala tersebut secara efektif dan efisien. Secara eksplisit peserta mengaku puas dengan materi yang diberikan dan jawaban dalam sesi tanya jawab. Training ini diakhiri dengan penyerahan sertifikat training secara simbolik kepada beberapa peserta mewa-

kali lembaganya masing-masing oleh IAMSA yang didampingi GMF.

Kepercayaan IAMSA ini menambah panjang daftar peran GMF mensukseskan program pemerintah tentang kewajiban implementasi SMS pada Januari 2009 bagi pemegang AOC dan AMO di Indonesia. (erman noor)

Safety Management Review II

Pada 29 Oktober 2008, GMF AeroAsia menyelenggarakan *Safety Management Review (SMR)* yang kedua di Ruang Jakarta, Gedung Manajemen Garuda. SMR ini dipimpin oleh Direktur Utama GMF AeroAsia Richard Budihiyanto (DT) dan dihadiri Board of Director, para VP, anggota *Safety Action Group (SAG)* serta para *Safety Messengers*.

Dalam SMR ini DT kembali menekankan tidak ada toleransi terhadap safety. Informasi tentang safety harus terus di-up date dan diimplementasikan. Beberapa pokok bahasan dalam SMR ini antara lain *SMS Implementation Status*, *SMS Wildly Important Goals (WIGs)*, *Safety Issues* dan evaluasi program yang sudah dicanangkan pada SMR I.

Dalam *SMS Implementation Status* dilaporkan bahwa GMF telah mencapai index 2.9 dari target index 3 pada akhir Desember 2008. Index SMS memiliki skala 0-5 (excellent).



Adapun *SMS Wildly Important Goals* menyoroti elemen SMS yang harus dipercepat keberadaannya yakni segera menyelesaikan *Safety Management Manual (SMM)* dan *Emergency Response Plan (ERP)*. Safety Issue yang dibahas dalam SMR kali ini melingkupi *ME-DA & Safety Investigation*, *Internal Occurrence Report (IOR)*, *Hazard Identification and Risk Assessment (HIRA)*, *Occupational Safety & Health (OSH)*, dan

Ramp Safety.

Sedangkan dari aspek SAG dilaporkan bahwa beberapa program SAG sudah mulai berjalan. SAG menjadi motor penggerak implementasi SMS karena group ini bertugas menindak lanjuti hasil yang diputuskan dalam SMR.

Berdasarkan aktivitas, konsistensi, dan inovasinya, SAG Base Maintenance terpilih sebagai SAG Terbaik 2008. Salah satu inovasi menarik yang dihasil-

kan adalah desain "container puntung rokok" yang diharapkan menjadi standar di seluruh area GMF.

SMR kali ini kedatangan tamu penting yakni Bambang Sutarmadji, pejabat DSKU. Bambang dikenal sebagai pengajar SMS yang handal. Setelah mengikuti SMR, Bambang menyatakan GMF telah jauh di depan dalam menyiapkan implementasi SMS. (umar fauzi/syafaruddin siregar)