

Analisa Kesiapsiagaan Bencana Di RSUD Salatiga

Aljuned Prasetyo¹, Aris Suparman Wijaya²

¹ Magister Manajemen Rumah Sakit, Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia

Email: aljuned.psych@gmail.com

Abstrak

RSUD Salatiga is a public service institution that must still be able to provide health services to the public even in the event of a disaster emergency. Therefore RSUD Salatiga must organize preparedness management system and emergency response in facing disaster both because of internal and external disaster. The purpose of this research is to know the readiness and ability of RSUD Salatiga in handling disaster, so that all members or employees of hospital can understand about disaster, how to overcome it and how its application in hospital. Types and design of this study are qualitative, with data collection techniques performed by participative observation (Bungin, 2007: 115), structured interviews by Focus Group Discussion (FGD), collecting existing documentary materials, and combined Of the three. While the technique of data analysis using case study approach. The population of staff or employees of the hospital, with the number of respondents 4 people, data analysis is done by case study. RSUD Salatiga already has a book Disaster Preparedness Planning for Hospital, but it is outdated. So it needs to be evaluated and revised. No organizational structure of Disaster Preparedness Team has been established in RSUD Salatiga. Both the medical service and the managerial side of RSUD Salatiga support the implementation of disaster preparedness, but not ready as a whole. These include preparedness on preparing triage areas, labels and signs, preparing human resources with capability in accordance with service standards and competency standards, preparing specific procedures or SOP (Standard Operating Procedures) in carrying out medical support, preparing Command Post, preparing backup human resources, preparing logistics needs, preparing decontamination areas, preparing facilities for communication facilities (especially procurement of Handy Talky communication tools). RSUD Salatiga in terms of building a communications system and coordination in an integrated manner in order to deal with disaster emergency has installed an internal communication network using Aiphone, but does not yet have a wireless communication tool that is Handy Talky to make it easier, efficient and effective in communicating and coordinating between personnel and inter-room without interruption in case of cable break due to disaster. In establishing cooperation on communication and coordination with related parties (Fire Bureau, Indonesian Red Cross, Public Safety Center - 119, Police, City Health Office, and surrounding hospitals) have not been established. RSUD Salatiga has not yet established an implementation program of contingency plans (disaster management). Currently RSUD Salatiga in case of emergency situations and conditions of disaster will occur confusion in the case of disaster management and error information about the victims and the condition of physical damage, facilities and infrastructure due to the lack of organizational structure of Disaster Preparedness Team, although from the findings of research and discussion that RSUD Salatiga already has a book on Disaster Preparedness Planning for Hospitals, but it has also been outdated. So that will make it difficult for management, especially the director as the head of the hospital in terms of policy making for emergency disaster management. Then if there is distribution of aid and logistics distribution will also be difficult to be monitored properly, due to lack of good coordination system, so that emergency response activities become less measurable, objective and objective priority. In other words, RSUD Salatiga as a whole is not ready yet in facing disaster emergency situation.

©2018 Proceeding Healthcare. All rights reserved

Kata Kunci: *disaster preparedness, disaster response, disaster management.*

PENDAHULUAN

Indonesia sebagai negara kepulauan dengan letak geografis diantara dua benua dan dua samudra, serta terletak diantara pertemuan tiga lempeng tektonik utama dunia, yaitu lempeng Euro-Asia, Australia, Pasifik dan Filipina adalah merupakan wilayah yang rawan terjadinya bencana. (1). Pada umumnya bencana alam dapat diakibatkan oleh beberapa factor, yaitu antara lain oleh factor geologi misalnya adalah letusan gunung berapi, gempa bumi, dan tsunami. Kemudian yang diakibatkan oleh factor hydrometeorology misalnya adalah bencana banjir, tanah longsor, dan angin topan. Bencana yang diakibatkan oleh factor biologi misalnya adalah wabah penyakit yang menyerang manusia, hewan ternak, maupun tanaman. Bencana akibat factor kegagalan teknologi misalnya adalah kecelakaan yang terjadi pada industry sehingga menimbulkan pencemaran bahan kimia berbahaya atau dapat menimbulkan radiasi nuklir, dan kecelakaan masal pada transportasi lalulintas. Sedangkan bencana yang diakibatkan oleh factor manusia misalnya adalah terjadinya konflik atau bahkan peperangan antar kelompok atau golongan dalam rangka memperebutkan sumber daya yang terbatas, atau adanya konflik ideologi, agama serta politik. (2).

Semua kejadian tersebut diatas dapat menimbulkan krisis kesehatan, yaitu antara lain lumpuhnya pelayanan kesehatan, banyaknya korban meninggal, dan korban luka-luka, banyaknya orang menjadi pengungsi untuk mencari tempat yang aman, masalah ketersediaan pangan, masalah

gizi buruk, masalah kurangnya ketersediaan air bersih, masalah sanitasi lingkungan yang buruk, angka penyakit menular meningkat, banyak yang mengalami gangguan kejiwaan dan kendala pada pelayanan kesehatan reproduksi (3).

Arti dari bencana itu sendiri adalah terjadinya peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan baik oleh alam, kegagalan teknologi atau manusia sehingga dapat mengakibatkan banyak korban yang diderita oleh manusia, mengakibatkan kerugian harta benda, kerusakan lingkungan dan sarana prasarana, serta kerusakan fasilitas umum. Sehingga secara keseluruhan dapat menimbulkan berbagai gangguan terhadap tata kehidupan dan penghidupan masyarakat (4). Sedangkan menurut (5) bencana adalah suatu kejadian luar biasa yang terjadi secara tiba-tiba sehingga dapat membawa kerusakan besar, kehilangan, kehancuran dan cedera pada orang-orang dan lingkungan disekitarnya.

Rumah sakit adalah merupakan lembaga pelayanan publik yang harus tetap bisa memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat luas walaupun dalam keadaan darurat bencana (6). Rumah sakit memegang peranan penting dalam kesiapsiagaan penanganan korban kegawatdaruratan sehari – hari maupun darurat bencana, sehingga fasilitas kesehatan tersebut harus selalu siap dalam situasi dan kondisi apapun dalam hal penanggulangan kedaruratan dan bencana (7).

RSUD Salatiga sebagai lembaga pelayanan publik dibidang kesehatan yang apabila pada saat ini dalam situasi dan kondisi darurat bencana, maka akan terjadi kebingungan dalam hal penanganan dan kesalahan informasi data korban maupun kondisi kerusakan fisik, sarana dan prasarana. Sehingga akan mempersulit pengambilan kebijakan untuk penanganan darurat bencana. Sistem koordinasi yang kurang terbangun dengan baik, sehingga penyaluran bantuan dan distribusi logistik juga sulit terpantau dengan baik, dengan demikian kegiatan penanganan tanggap darurat menjadi kurang terukur, terarah dan terprioritas secara obyektif. Situasi dan kondisi yang seperti ini, dibutuhkan perencanaan dan strategi khusus yang tentunya hal ini tidak terlepas dari kebijakan yang jelas dari pimpinan rumah sakit dalam hal penanggulangan kedaruratan dan bencana yang terprogram dan terkoordinasi dengan baik, terstruktur dan sistematis dalam bentuk “Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit” secara tertulis, yang disisi lain juga untuk kepentingan akreditasi rumah sakit. Sehingga kewaspadaan dan kesiapsiagaan didalam menghadapi segala bentuk bencana dapat terus menerus ditingkatkan. Tetapi adanya perencanaan tertulis saja bukan berarti rumah sakit tersebut telah siap dalam menghadapi bencana, karena kesiagaan memerlukan pelatihan dan simulasi, sehingga tidak terjadi “*the paper plan syndrome*” (8). Kesiagaan rumah sakit baru dapat diwujudkan bila perencanaan tersebut ditindak lanjuti dengan terbentuknya tim penanganan

bencana di rumah sakit. Dalam realisasinya harus pula ditetapkan adanya kerjasama dengan instansi atau unit kerja diluar rumah sakit (Dinas Kesehatan Kota, PMI, PSC-119, Dinas Pemadam Kebakaran, dan rumah sakit disekitarnya), serta ada pelatihan berkala terhadap staf rumah sakit sehingga staf rumah sakit mengetahui dan terbiasa dengan perencanaan yang telah disusun agar dapat diterapkan. Beberapa pendapat mengatakan bahwa rumah sakit yang sudah biasa menghadapi emergency sehari-hari hanya cukup menambah kapasitas seperti tempat tidur, peralatan, petugas, ruang rawat, logistik medik dan non medik, tetapi dari hasil analisa atau pengamatan dilapangan, bencana sesungguhnya merupakan suatu keadaan yang unik bukan hanya menambah kuantitas tetapi juga terdapat perbedaan penanganan secara kualitatif, dikarenakan gangguan komunikasi, kerusakan rute transportasi dan tidak berfungsinya fasilitas lain. Dalam penanganan bencana juga akan melibatkan banyak orang yang berbeda (lintas program dan sektor) sehingga pengambilan keputusan dapat berbeda dari keadaan emergency sehari-hari (7).

Hal inilah yang melatar belakangi saya untuk melakukan Analisa Terhadap Kesiapsiagaan Bencana “*Hospital Disaster Plan*” di RSUD Salatiga. Secara umum tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan RSUD Salatiga dalam hal menangani bencana. Sedangkan tujuan secara khusus adalah antara lain untuk mengetahui pengorganisasian tim siaga bencana di RSUD Salatiga tersebut

sudah memadai atau belum, untuk mengetahui kesiapan program rencana kontinjensi atau penanganan bencana, untuk mengetahui apakah seluruh staf di RSUD Salatiga mampu atau tidak dalam menghadapi bencana, untuk mengetahui kesiapan system komunikasi, untuk mengetahui kesiapan system evakuasi dan transportasi, dan untuk mengetahui kesiapan logistic, serta untuk menjelaskan bahwa pedoman atau petunjuk pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Salatiga perlu untuk dikaji ulang.

Dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap penjelasan yang mengankat tentang penanganan bencana serta berbagai tindakan yang harus dilalui untuk menangani bencana, tanpa mengesampingkan tugas rutinnnya sebagai personil RSUD Salatiga sekaligus dapat dijadikan wacana pelatihan atau simulasi. Dan secara praktis dapat memberikan kontribusi berupa sebuah buku pedoman atau petunjuk pelaksanaan penanganan bencana, sehingga akan mempermudah pelaksanaan penanganan bencana dalam semua aspek.

METODE PENELITIAN

Jenis dan rancangan penelitian ini bersifat kualitatif, dengan teknik pengumpulan data telah dilakukan dengan cara observasi (20), wawancara terhadap informan-kunci dan berhenti sampai pada responden yang kesekian sebagai sumber yang sudah tidak memberikan informasi baru lagi, dan telah dilakukan wawancara terstruktur

dengan cara “*Focus Group Discussion*” (FGD) atau diskusi kelompok terarah, telah mengumpulkan bahan dokumenter yang ada, dan gabungan dari ketiganya. Sedangkan teknik analisa data menggunakan pendekatan studi kasus.

Pendekatan kualitatif adalah suatu proses penelitian dan pemahaman yang berdasarkan pada metodologi yang menyelidiki suatu fenomena sosial dan masalah manusia. Pada pendekatan ini, peneliti telah membuat suatu gambaran kompleks, meneliti kata-kata, laporan terinci dari pandangan responden, dan melakukan studi pada situasi yang alami (21). Pendekatan kualitatif artinya adalah data yang dikumpulkan bukan berupa angka-angka, melainkan data tersebut berasal dari naskah wawancara, catatan lapangan, dokumen pribadi, catatan, memo, dan dokumen resmi lainnya, sehingga metodologi kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis (22).

Berdasarkan pemikiran tersebut maka peneliti telah mendapatkan sekumpulan data yang dapat dianalisa untuk menjawab atau menjelaskan masalah penelitian.

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang (informan), benda, ataupun lembaga (organisasi). Subyek penelitian pada dasarnya adalah yang akan dikenai kesimpulan hasil penelitian. Didalam subyek penelitian inilah terdapat obyek penelitian. Adapun subyek penelitiannya adalah kesiapsiagaan bencana di RSUD Salatiga, baik dari sisi SDM maupun sarana dan prasarana.

Sedangkan obyek penelitian adalah sifat keadaan dari suatu benda, orang atau yang menjadi pusat perhatian dan sasaran penelitian. Sifat keadaan dimaksud bisa berupa sifat, kuantitas, dan kualitas yang bisa berupa perilaku, kegiatan, pendapat, pandangan penilaian, sikap pro-kontra, simpati-antipati, keadaan batin dan bisa juga berupa proses. Adapun obyek penelitian tersebut meliputi :

1. Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS).
2. Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana Rumah Sakit.
3. Medical support dan managemen support.
4. Komunikasi dan koordinasi.
5. Pelaksanaan rencana kontinjensi.

Dari segi teknik memperoleh jumlah ("size") responden ("sample") pendekatan kualitatif jumlah respondennya diketahui ketika pengumpulan data mengalami kejenuhan. Pengumpulan datanya diawali dari mewawancarai informan-awal atau informan-kunci dan berhenti sampai pada responden yang kesekian sebagai sumber yang sudah tidak memberikan informasi baru lagi. Maksudnya berhenti sampai pada informan yang kesekian ketika informasinya sudah tidak berkualitas lagi melalui teknik bola salju "snow-ball", sebab informasi yang diberikan sama atau tidak bervariasi lagi dengan para informan sebelumnya. Jadi penelitian kualitatif jumlah responden atau informannya didasarkan pada suatu proses pencapaian kualitas informasi (23).

Sehubungan dengan pengumpulan data tersebut maka dalam penelitian kualitatif ini kehadiran peneliti sangat penting kedudukannya, dan karena penelitian kualitatif tersebut menggunakan studi kasus, maka segala sesuatunya akan sangat bergantung pada kedudukan peneliti (24). Dengan demikian peneliti berkedudukan sebagai instrumen penelitian yang utama (25). Begitu penting dan keharusan keterlibatan peneliti dan penghayatan terhadap permasalahan dan subjek penelitian, maka dapat dikatakan bahwa peneliti melekat erat dengan subjek penelitian. Dalam hal ini kedudukan peneliti adalah sebagai sekretaris Komite MFK (Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan) di RSUD Salatiga. Jadi tujuan dari metodologi ini bukan suatu generalisasi tetapi pemahaman secara mendalam terhadap suatu masalah. Penelitian kualitatif berfungsi memberikan kategori substantif dan hipotesis penelitian kualitatif.

Dari segi perspektifnya penelitian kualitatif lebih menggunakan persepektif "emik". Peneliti dalam hal ini mengumpulkan data berupa cerita rinci dari para informan dan diungkapkan apa adanya sesuai dengan bahasa dan pandangan informan.

Dari segi instrumen, penelitian kualitatif memiliki instrumen berupa peneliti itu sendiri. Karena peneliti sebagai manusia dapat beradaptasi dengan para responden dan aktivitas mereka. Yang demikian sangat diperlukan agar responden sebagai sumber data menjadi lebih terbuka dalam memberikan informasi. Kemudian instrument lain yang dipakai

adalah buku catatan, alat perekam suara dan kamera (26).

Penelitian kualitatif analisis datanya dilakukan dengan pendekatan studi kasus. Langkah Analisa data pada studi kasus tersebut yaitu :

1. Mengorganisir informasi.
2. Membaca keseluruhan informasi dan memberi kode.
3. Membuat suatu uraian terperinci mengenai kasus dan konteksnya.
4. Peneliti menetapkan pola dan mencari hubungan antara beberapa kategori.
5. Selanjutnya peneliti melakukan interpretasi dan mengembangkan generalisasi natural dari kasus baik untuk peneliti maupun untuk penerapannya pada kasus yang lain.
6. Menyajikan secara naratif.

Tahap awal, Peneliti langsung memasuki lapangan/objek penelitian. Setelah memasuki objek penelitian pada tahap awal, peneliti (kualitatif) telah melihat segala sesuatu yang ada ditempat itu, yang masih bersifat umum.

Baru ketika pada proses penelitian tahap ke dua yang disebut sebagai tahap reduksi/fokus, peneliti telah memilih mana data yang menarik, penting, dan berguna yang sesuai dengan tujuan awal dari penelitian. Selanjutnya dikelompokkan menjadi berbagai kategori yang ditetapkan sebagai fokus penelitian.

Tahap selanjutnya atau tahap ke tiga dalam penelitian kualitatif adalah tahap selection. Pada tahap ini peneliti telah menguraikan fokus menjadi lebih rinci. Kemudian peneliti telah

melakukan analisa yang mendalam terhadap data dan informasi yang diperoleh.

Hasil akhir dari penelitian kualitatif yang dikembangkan berdasarkan dari hasil penelitian dilapangan secara langsung dari sumber data/responden, tidak hanya menghasilkan informasi-informasi yang bermakna berupa dokumen-dokumen, baik dokumen itu dari pribadi peneliti, catatan lapangan, ucapan maupun tindakan responden saja. Namun selanjutnya peneliti juga telah dapat menemukan tema dengan cara mengkonstruksikan data yang diperoleh menjadi sebuah pengetahuan, hipotesis atau ilmu yang baru.

HASIL dan PEMBAHASAN

Hasil atau deskripsi dari temuan yang diperoleh peneliti berupa hasil observasi aktif dari peneliti, hasil wawancara dengan responden, hasil diskusi kelompok terfokus (FGD), dan hasil studi dokumentasi yang diperoleh.

a. Hasil observasi aktif.

Data yang didapat dari hasil observasi antara lain adalah :

- 1) Mobil Ambulance :
 - a) Ambulance transport (3 unit)
 - b) Ambulance gawat darurat 118 (1 unit)
 - c) Ambulance jenazah (2 unit)
- 2) Mobil dinas yang digunakan untuk angkutan karyawan atau logistic, yaitu 2 unit Toyota Kijang Grand
- 3) Genset, RSUD Salatiga memiliki 2 unit Genset dengan kapasitas @ 450 KVA
- 4) Hydran yang terpasang siap pakai hanya ada 1 unit saja di

- gedung rawat inap, yaitu di gedung Paviliun Wijaya Kusuma
- 5) Tempat penampungan air sebagai sumber air alternatif, terdiri dari :
 - a) “Ground Tank” (tempat penampungan air didalam tanah), RSUD Salatiga mempunyai 7 tempat ground tank, yaitu antara lain dengan kapasitas 46 m³ ada 5 tempat, kemudian dengan kapasitas 90 m³ ada 1 tempat, dan dengan kapasitas 145 m³ ada 1 tempat.
 - b) “Roof tank” (tempat penampungan air diatas atap), RSUD Salatiga mempunyai roof tank mempunyai 5 tempat roof tank, yaitu antara lain dengan kapasitas 46 m³ ada 1 tempat, dengan kapasitas 25 m³ ada 2 tempat, kemudian dengan kapasitas 10 m³ ada 1 tempat, dan dengan kapasitas 40 m³ ada 1 tempat.
 - 6) APAR (Alat Pemadam Api Ringan) di RSUD Salatiga mempunyai 136 buah APAR (berisi Powder) dan 25 buah APAR (berisi gas CO)
 - 7) Area Titik Kumpul ada beberapa alternatif yang dapat digunakan sebagai tempat efakuasi dilingkungan RSUD Salatiga yaitu :
 - a) Area parkir sebelah utara dan barat gedung Paviliun Wijaya Kusuma
 - b) Area parkir sebelah utara gedung IGD
 - c) Area parkir sebelah barat gedung Poliklinik Rawat Jalan
 - d) Area parkir sebelah barat gedung keuangan
 - e) Area parkir sebelah selatan gedung rawat inap Ruang Melati
 - f) Area parkir sebelah selatan gedung laboratorium
 - g) Area kosong sebelah timur parkir karyawan
 - 8) Terdapat jalur khusus komunikasi internal (aiphone) yang digunakan untuk “Code Red” (kode merah) diseluruh ruangan disetiap gedung sebanyak 23 unit
 - 9) Belum memiliki alat komunikasi radio tanpa kabel (misalnya “Handy Talky”)
 - 10) Belum memiliki fasilitas bangunan untuk Pos Komando yang terpisah dengan bangunan gedung pelayanan dan perkantoran
- b. Hasil wawancara dengan responden.
- Wawancara terhadap informan-kunci dan berhenti sampai pada responden yang kesekian sebagai sumber yang sudah tidak memberikan informasi baru lagi, atau informasinya sudah tidak berkualitas lagi melalui teknik bola salju “snow-ball”.

Tabel 4. 1 Pengkodingan hasil wawancara dengan responden dan hasil observasi lapangan

PERTANYAAN PENELITIAN	CODING	AXIAL CODING	SELECTIVE CODING
<p>Sudahkah RSUD Kota Salatiga memiliki buku Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS)</p>	<p>KaSubBid Mutu YanMed (Bp. Agus Jasmani) : “Belum ada buku Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit”</p>	<p>Belum ada atau belum punya Buku Pedoman dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit</p>	
	<p>KaSubBid SarPras Penunjang (Bp. Andi) : “Kita belum punya buku Pedoman dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit”</p>		
	<p>KaSubBag Umum, Rumah Tangga Dan Perlengkapan (Bp. Nikon) : “Buku Pedoman dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit sudah ada tapi sudah sekitar 5 atau 6 tahun yang lalu dan sampai sekarang belum pernah di revisi</p>	<p>Buku Pedoman dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit sudah ada sejak 5 atau 6 tahun yang lalu tapi belum pernah di sosialisasi dan belum pernah di revisi</p>	<p>RSUD Kota Salatiga sudah memiliki buku P3B-RS atau “Hospital Disaster Plan”, namun sudah kadaluwarsa. Sehingga perlu dilakukan evaluasi dan revisi.</p>
	<p>Ka. Komite Keperawatan (Bp. Edy Wasana) : “Sudah ada sejak 5 tahun yang lalu, namun belum pernah ada sosialisasi dan belum pernah direvisi”</p>		
<p>Sudahkah dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana di RSUD</p>	<p>KaSubBid Mutu YanMed (Bp. Agus Jasmani) : “Belum dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana di RSUD Kota Salatiga”</p>	<p>Belum dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana di rumah sakit</p>	<p>Belum dibentuk dan ditetapkan struktur organisasi Tim Penanganan Bencana di RSUD Kota Salatiga</p>
<p>Temuan hasil observasi lapangan : Bahwa RSUD Kota Salatiga sudah memiliki “Hospital Disaster Plan” atau P3B-RS, namun selama kurang lebih 20 tahun lamanya sejak Juli 1997 sampai dengan sekarang belum pernah dilakukan evaluasi dan revisi</p>		<p>Hospital Disaster Plan atau P3B-RS sudah ada sejak Juli 1997 yaitu sekitar 20 tahun yang lalu, namun sampai dengan sekarang belum pernah dilakukan evaluasi dan revisi</p>	

Kota Salatiga	<p>KaSubBid SarPras Penunjang (Bp. Andi) : ”Belum dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana rumah sakit”.</p>		
	<p>KaSubBag Umum, Rumah Tangga Dan Perlengkapan (Bp. Nikon) : “<u>Seharusnya</u> sudah dibentuk dan ditetapkan struktur organisasi Tim Penanganan Bencana, namun dikarenakan buku pedomannya saja belum pernah direvisi maka kemungkinannya struktur organisasinya tentunya yang lama sehingga sudah tidak sesuai dengan kondisi yang sekarang”</p>	<p>Sudah dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana (pernyataan yang ragu-ragu)</p>	
	<p>Ka. Komite Keperawatan (Bp. Edy Wasana) : “<u>Saya kira</u> sudah dibentuk, namun karena belum pernah disosialisasikan maka tentunya orang-orang yang berada di tim tersebut juga belum mengetahui tugas pokok dan fungsinya”</p>		
	<p>Temuan hasil observasi lapangan : Belum dibentuk struktur organisasi Tim Penanganan Bencana.</p>	<p>Belum dibentuk Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana</p>	
<p>Adakah kesiapan dukungan pelayanan medis dan dukungan managerial dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD</p>	<p>KaSubBid Mutu YanMed (Bp. Agus Jasmani) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dukungan Pelayanan Medis : “Pada prinsipnya pihak pelayanan medis harus siap mendukung dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga” • Dukungan Manajerial : “Pihak manajemen pasti akan mendukung dan itu sangat 	<p>Secara prinsip baik pihak pelayanan medis maupun managerial siap dan mendukung dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga</p>	<p>Pihak pelayanan medis maupun pihak managerial RSUD Kota Salatiga mendukung adanya pelaksanaan penanganan bencana, namun belum siap secara keseluruhan. Yaitu antara lain</p>

Kota Salatiga	<p>diperlukan atau dibutuhkan sebagai kewajiban dan tanggungjawab manajerial rumah sakit tentang keselamatan rumah sakit dan kepedulian sebagai institusi kesehatan”</p>	kesiapan tentang :
	<p>KaSubBid SarPras Penunjang (Bp. Andi) :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menyiapkan daerah triage, label dan rambu-rambu • Menyiapkan SDM dengan kemampuan sesuai dengan standar pelayanan dan standar kompetensi • Menyiapkan prosedur-prosedur khusus atau SPO (Standar Prosedur Operasional) dalam melaksanakan dukungan medis • Menyiapkan Pos Komando • Menyiapkan SDM cadangan • Menyiapkan kebutuhan logistik • Menyiapkan area dekontaminasi • Menyiapkan sarana fasilitas komunikasi (terutama pengadaan alat komunikasi HT)
	<p>KaSubBag Umum, Rumah Tangga Dan Perlengkapan (Bp. Nikon) :</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan Pelayanan Medis : “Secara prinsip pasti siap” • Dukungan Manajerial : “Sebenarnya pihak manajerial mensupport atau mendukung, tapi secara anggaran masih sedikit yang dialokasikan dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana, dan belum ada pelatihan-pelatihan yang diadakan yang diperuntukkan SDM di seluruh rumah sakit terkait dengan perencanaan penanganan bencana, contohnya penggunaan APAR, hanya sebagian kecil saja yang sudah bisa menggunakan APAR tersebut” 	
	<p>Ka. Komite Keperawatan (Bp. Edy Wasana) :</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan Pelayanan Medis : “Kami dari pihak keperawatan siap memberikan dukungan 	

terkait pelaksanaan penanganan bencana, bentuk dukungannya antara lain mengadakan pelatihan-pelatihan yang antara lain pelatihan BHD (Bantuan Hidup Dasar)”

- **Dukungan Manajerial :**
“Menurut pandangan saya bahwa pihak manajerial pasti mendukung pelaksanaan penanganan bencana, karena kegiatan tersebut merupakan bagian dari suatu kegiatan yang akan dinilai dalam akreditasi rumah sakit”

Temuan hasil observasi lapangan :

- **Dukungan Pelayanan Medis :**
 - Belum menyiapkan daerah triage di IGD sesuai dengan aturan yang berlaku, telah ada label dan rambu-rambu namun belum lengkap dan menyeluruh
 - Telah menyiapkan peralatan pertolongan, mulai dari peralatan life saving sampai peralatan terapi definitive
 - Belum secara keseluruhan menyiapkan SDM dengan kemampuan sesuai dengan standar pelayanan dan standar kompetensi
 - Belum menyiapkan secara lengkap prosedur-prosedur khusus atau SPO (Standar Prosedur Operasional) dalam melaksanakan dukungan medis

Baik pihak pelayanan medis maupun pihak manajerial mendukung pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga, namun belum siap secara keseluruhan

- **Dukungan Manajerial :**
 - Belum menyiapkan Pos Komando
 - Belum menyiapkan SDM cadangan
 - Belum menyiapkan kebutuhan logistik
 - Telah menyiapkan alur evakuasi dan keamanan area penampungan
 - Belum menyiapkan area dekontaminasi
 - Telah Menyiapkan sarana fasilitas komunikasi didalam dan diluar rumah sakit, kecuali alat komunikasi HT
 - Hanya menyiapkan fasilitas

transportasi darat untuk
petugas dan korban

Adakah kesiapan dalam hal membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu dalam rangka menghadapi keadaan darurat bencana

KaSubBid Mutu YanMed (Bp. Agus Jasmani) : “Harus ada jalinan MoU dengan pihak eksternal yang terkait, misal dengan pihak DAMKAR, PMI, dan lain-lain. Namun dalam hal ini kami belum ada jalinan MoU. Kemudian secara internal harus kita bangun system jaringan komunikasi yang terintegrasi, contohnya jaringan komunikasi yang dapat menghubungkan antara TIM Bencana dengan pihak manajerial, misalnya dapat menggunakan alat komunikasi handphone atau HT”.

KaSubBid SarPras Penunjang (Bp. Andi) : “kita sudah memiliki jaringan komunikasi internal yang digunakan kusus dalam rangka menghadapi bencana, yaitu menggunakan aiphone dan dengan membunyikan sirine. Sedangkan untuk hubungan dengan pihak luar misal dengan DAMKAR, PMI dan pihak terkait lainnya adalah dengan menggunakan telpon kabel dan sebaiknya ada MoU dengan mereka, namun MoU tersebut belum ada”.

KaSubBag Umum, Rumah Tangga Dan Perlengkapan (Bp. Nikon) : “Sistem komunikasi antar ruangan sudah ada yaitu menggunakan aiphone, sedangkan system koordinasi dengan pihak luar rumah sakit belum ada, sehingga kita harus membangun kerjasama dengan pihak terkait misal dengan cara misalnya membuat MoU”

Ka. Komite Keperawatan (Bp. Edy Wasana) :

“Secara internal di komite keperawatan, karena bentuknya adalah fungsional maka kami dalam hal berkomunikasi dan berkoordinasi melibatkan

RSUD Salatiga dalam hal membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu dalam rangka menghadapi keadaan darurat bencana telah memasang jaringan komunikasi internal menggunakan Aiphone, namun belum memiliki alat komunikasi tanpa kabel yaitu HT agar lebih mudah, efisien, dan efektif dalam berkomunikasi dan berkoordinasi antar personil dan antar ruangan tanpa gangguan bila terjadi terputusnya kabel akibat bencana. Dalam membangun kerjasama jalinan komunikasi dan koordinasi dengan pihak terkait (DAMKAR, PMI, PSC-119, Kepolisian, dan DKK) belum terbentuk.

RSUD Salatiga telah memiliki jaringan komunikasi internal (“Aiphone”), namun belum memiliki alat komunikasi tanpa kabel yaitu “Handy Talky” (HT). dan belum ada jalinan kerjasama dengan pihak terkait (DAMKAR, PMI, Kepolisian, PSC-119, DKK) dalam bentuk MOU

keterkaitan dengan pihak struktural manajerial, kemudian sarana komunikasi yang semestinya dilengkapi adalah HT walaupun “*aiphone*” sudah ada, karena HT lebih efektif dan dapat digunakan tanpa adanya gangguan bila terjadi terputusnya jaringan kabel komunikasi akibat terjadinya bencana. Kemudian bentuk komunikasi dan koordinasi dengan pihak luar adalah harus ada MoU, misalnya dengan pihak DAMKAR, Kepolisian, Dinas Kesehatan, PEMKOT. Namun MoU ini belum ada”

Temuan hasil observasi lapangan :

RSUD Salatiga telah memasang jalur khusus komunikasi internal disetiap gedung dan ruangan atau bangsal rawat inap menggunakan alat komunikasi “*aiphone*”, yang digunakan untuk “*Code Red*” (kode merah) yaitu kode adanya bencana kebakaran. Alat tersebut sudah diujicobakan, namun belum dilakukan kegiatan simulasi. Saat ini RSUD Salatiga belum memiliki alat komunikasi tanpa kabel “*Handy Talky*” (HT) dan juga belum terjalin kerjasama dengan pihak terkait (DAMKAR, Kepolisian, Dinas Kesehatan, PSC-119, PMI) yang terikat dalam bentuk perjanjian (MoU).

RSUD Salatiga telah memasang jalur khusus komunikasi internal menggunakan Aiphone tapi belum memiliki alat komunikasi tanpa kabel Handy Talky (HT), juga belum terjalin kerjasama dengan pihak terkait (DAMKAR, Kepolisian, DKK, PSC-119, PMI) dalam bentuk perjanjian (MoU)

Sudahkah RSUD Kota Salatiga membuat program pelaksanaan rencana kontinjensi (penanganan bencana)

KaSubBid Mutu YanMed (Bp. Agus Jasmani) : “Belum ada program pelaksanaan rencana penanganan bencana”.

KaSubBag Umum, Rumah Tangga Dan Perlengkapan (Bp. Nikon) : “belum ada program pelaksanaan rencana penanganan bencana”

Belum ada program pelaksanaan rencana penanganan bencana

RSUD Salatiga belum membuat program pelaksanaan rencana kontinjensi (penanganan bencana)

Ka. Komite Keperawatan (Bp. Edy

Wasana) : “Ada rencana pelaksanaan simulasi dengan pihak ketiga dalam rangka penanganan bencana”

Sudah ada rencana pelaksanaan simulasi penanganan bencana

KaSubBid SarPras Penunjang (Bp.

Andi) : “Belum membuat program, masih dalam bentuk wacana saja”

Temuan hasil observasi lapangan :

Dalam hal ini RSUD Salatiga belum membuat rencana pelaksanaan kontinjensi (penanganan bencana), hanya sebatas wacana saja.

Belum membuat rencana pelaksanaan kontinjensi (penanganan bencana), baru sebatas wacana

-
- c. Pemaparan hasil temuan penelitian RSUD Kota Salatiga yang memiliki 21 buah bangunan gedung pelayanan dan perkantoran yang berdiri diatas tanah seluas ± 33.600 m², dengan 27 unit fasilitas pelayanan yang dimiliki, dan dengan kapasitas jumlah tempat tidur maksimal sebanyak 339 tempat tidur dan 17 box bayi. Dengan jumlah karyawan sebanyak 574 orang, yang terdiri dari tenaga dokter umum 12 orang dan 35 dokter spesialis dan sub spesialis, tenaga keperawatan 270 orang, tenaga kesehatan lain 98 orang, tenaga non kesehatan 159 orang. Kemudian RSUD Salatiga juga memiliki beberapa fasilitas yang melengkapinya, antara lain adalah adanya 3 unit mobil ambulans transport, 1 unit mobil ambulans gawat darurat, dan 2 unit mobil

ambulans jenazah. Kemudian yang digunakan untuk angkutan karyawan atau logistik sebanyak 2 unit mobil MPV.

Guna memenuhi kebutuhan cadangan listrik, RSUD Salatiga memiliki 2 unit Genset dengan kapasitas @ 450 KVA. Sedangkan untuk memenuhi kebutuhan air bersih selain dari PDAM adalah tempat penampungan air sebagai sumber air alternative, yang terdiri dari 7 tempat “ground tank” (tempat penampungan air didalam tanah) dan 5 tempat “roof tank” (tempat penampungan air diatas atap).

Kemudian dalam rangka menanggulangi bencana kebakaran, rumah sakit hanya menyiapkan 1 unit hydran yang terpasang di sebelah gedung rawat inap Paviliun Wijaya Kusuma. Namun hydran tersebut juga belum

pernah diujicobakan kesiapannya. Selain dari pada pemasangan hydran. Rumah sakit juga telah menyediakan 136 buah APAR (Alat Pemadam Api Ringan) berisi powder dan 25 buah yang berisi gas CO. Namun belum seluruhnya karyawan RSUD Salatiga mengetahui cara penggunaannya, karena belum adanya pelatihan, simulasi dan sosialisasi penggunaan APAR. Kemudian dalam rangka penyelamatan dan pemindahan korban bencana baik orang atau pasien, dokumen dan asset maka ada 8 area titik kumpul dilingkungan RSUD Salatiga yang dapat dipakai sebagai tempat evakuasi jika terjadi bencana.

RSUD Salatiga telah memasang jalur khusus komunikasi internal disetiap gedung dan ruangan atau bangsal rawat inap menggunakan alat komunikasi “aiphone”, digunakan untuk “Code Red” (kode merah) yaitu kode adanya bencana kebakaran. Alat tersebut sudah diujicobakan, namun belum dilakukan kegiatan simulasi terkait dengan rencana penanggulangan terjadinya bencana kebakaran di rumah sakit. Dan dalam rangka komunikasi atau koordinasi secara lebih cepat, mudah dan efisien, tidak terganggu atau terjadi putus hubungan akibat adanya kerusakan kabel maka dibutuhkan alat komunikasi tanpa kabel yaitu misalnya HT (“handy talky”). Baik komunikasi dan koordinasi antar personil yang tergabung dalam struktur organisasi tim penanggulangan bencana, maupun

komunikasi dan koordinasi eksternal rumah sakit dalam rangka meminta bantuan dengan pihak terkait, antara lain misalnya dengan pihak Dinas Kesehatan Kota, DAMKAR, Kepolisian, PMI, PSC (“Public Safety Center”) 119, dan rumah sakit lain disekitar kota. Saat ini RSUD Salatiga belum memiliki alat komunikasi tanpa kabel tersebut dan juga belum terjalin kerjasama dengan pihak terkait yang terikat dalam bentuk perjanjian atau nota kesepahaman dan kesepakatan baik secara lisan maupun tertulis, yang sering dikenal dengan istilah “Memorandum of Understanding” atau disingkat MoU (29). Semua lembaga sekarang mengakui bahwa respon terhadap segala jenis keadaan darurat membutuhkan respon antar-lembaga, interdisipliner, dan bahwa hampir semua keadaan darurat memiliki konsekuensi kesehatan yang potensial (30).

Untuk memudahkan koordinasi dan pengintegrasian seluruh komponen dalam sistem komando di rumah sakit, maka diperlukan ruangan atau gedung tersendiri yang terpisah dari gedung pelayanan dan perkantoran serta diperkirakan jauh dari pusat bencana internal yang digunakan sebagai pusat komando. Pusat komando ini digunakan sebagai pusat komunikasi dengan pihak luar, pusat penyampaian informasi kepada publik. Identifikasi kapasitas dan sumber daya yang ada dan sekaligus sebagai pusat

koordinasi terpadu secara keseluruhan dari sistem penanggulangan bencana rumah sakit. Namun dalam hal ini RSUD Salatiga belum memiliki bangunan atau ruangan khusus yang digunakan sebagai pusat komando yang disebut dengan Pos Komando.

Rumah sakit memiliki fungsi memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat luas, yang juga sebagai mata rantai dari Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) baik dalam keadaan sehari-hari maupun dalam keadaan bencana. Sehingga sebuah rumah sakit dituntut untuk selalu siap dalam menghadapi bencana yang sewaktu-waktu dapat terjadi. Untuk itu dibutuhkan suatu bentuk perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit dalam bentuk pedoman secara tertulis, yaitu "*Hospital Disaster Plan*" (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit) yang selanjutnya disingkat P3B-RS. Tentunya dengan dibuatnya buku pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit, maka harus diwujudkan dengan tindak lanjut terbentuknya Tim Penanganan Bencana di rumah sakit, dan dilakukan pelatihan serta simulasi secara berkala kepada seluruh staf rumah sakit, yang sebelumnya terlebih dulu membuat program pelaksanaan rencana kontinjensi (penanganan bencana), sehingga perencanaan yang telah disusun tersebut dapat diterapkan dengan baik. Dalam hal ini buku pedoman

tersebut sudah ada, namun sampai dengan sekarang belum pernah dilakukan evaluasi maupun revisi, termasuk didalamnya ternyata belum dibentuk struktur organisasi Tim Penanganan Bencana atau yang disebut dengan Tim Manajemen Insiden Rumah Sakit (TMIRS).

Dalam rangka rencana pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga, maka perlu adanya kesiapan dukungan baik dari pelayanan medis maupun dari pihak manajemen. Seperti yang dikatakan oleh nara sumber yaitu Kasubbid Mutu Pelayanan Medik (yang mewakili suara dari pihak dokter) dan Ketua Komite Keperawatan (yang mewakili suara dari pihak paramedis) bahwa sebagai bentuk dari kesiapan dukungan dari pelayanan medis adalah seperti yang dikutip dari notulen FGD pada hari Kamis tanggal 07 September 2017 perihal persiapan rencana pelaksanaan penanganan bencana di rumah sakit, bahwa setiap tenaga kesehatan baik medis maupun paramedis harus siap dan mau sewaktu-waktu dilakukan mobilisasi tenaga kesehatan pada saat dibutuhkan, dan khusus untuk dokter umum harus memiliki kemampuan dengan sertifikasi kegawat daruratan medis, yaitu minimal sertifikasi ATLS dan ACLS, sedangkan untuk perawat adalah BTCLS. Dan sebagai bentuk kesiapan dukungan dari pihak manajemen adalah bahwa pihak manajemen akan memfasilitasi

segala bentuk kebutuhan untuk setiap kegiatan yang dilakukan terkait dengan rencana penanganan bencana di RSUD Salatiga, akan menyiapkan alat, sarana dan prasarana yang dibutuhkan. Kemudian akan membuat program pelatihan bagi SDM baik secara internal maupun eksternal rumah sakit, akan membuat rencana program simulasi bencana, akan membuat analisa identifikasi risiko, akan melakukan monitoring dan pengawasan manajemen risiko, akan membuat laporan kerja manajemen risiko, akan melakukan analisa identifikasi bencana, akan melakukan monitoring kepatuhan unit independen didalam rumah sakit (misal kantin, koperasi, kcp. Bank, “outsourcing”, dll), akan menempelkan papan petunjuk titik kumpul pada tempat atau area kosong yang bebas dari bahaya, akan melakukan pemeliharaan alat pemadam kebakaran secara berkala, akan menempatkan APAR secara benar disetiap ruangan, akan membuat rencana uji coba alat pemadam kebakaran hydran, akan membuat nota dinas kepada direktur untuk menerbitkan SK direktur tentang larangan merokok, dan akan memerintahkan pihak “security” untuk melakukan monitoring kepatuhan larangan merokok dilingkungan rumah sakit, serta manajemen akan segera membuat rencana anggaran yang dibutuhkan.

d. Membandingkan temuan hasil penelitian

Dari pemaparan temuan hasil penelitian perlu dibandingkan dengan kerangka konsep berdasarkan pada landasan teori yang ada, sehingga didapatkan komparasi sebagai berikut :

- 1) Sebuah rumah sakit harus memiliki “Hospital Disaster Plan” secara tertulis (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit) yang selanjutnya disingkat dengan P3B-RS. Pada RSUD Salatiga sudah memiliki “Hospital Disaster Plan” atau P3B-RS, namun selama kurang lebih 20 tahun lamanya sejak Juli 1997 sampai dengan sekarang belum pernah dilakukan evaluasi dan revisi.
- 2) Harus terbentuk struktur organisasi tim penanganan bencana di rumah sakit atau yang disebut dengan Tim Manajemen Insiden Rumah Sakit (TMIRS). Namun dalam hal ini di RSUD Salatiga walaupun telah memiliki P3B-RS ternyata belum terbentuk struktur organisasi TMIRS.
- 3) Perbandingan antara landasan teori dengan temuan penelitian pada dukungan medis dan dukungan manajemen :

Tabel 4. 2 Perbandingan antara landasan teori dan temuan penelitian

LANDASAN TEORI	TEMUAN PENELITIAN
<p>Dukungan Medis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyiapkan daerah triage, label dan rambu-rambu • Menyiapkan peralatan pertolongan, mulai dari peralatan “life saving” sampai peralatan terapi devinitive • Menyiapkan SDM dengan kemampuan sesuai dengan standar pelayanan dan standar kompetensi • Menyiapkan prosedur-prosedur khusus atau SPO (Standar Prosedur Operasional) dalam melaksanakan dukungan medis 	<p>Dukungan Medis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Belum menyiapkan daerah triage di IGD sesuai dengan aturan yang berlaku, telah ada label dan rambu-rambu namun belum lengkap dan menyeluruh • Telah menyiapkan peralatan pertolongan, mulai dari peralatan “life saving” sampai peralatan terapi devinitif • Belum secara keseluruhan menyiapkan SDM dengan kemampuan sesuai dengan standar pelayanan dan standar kompetensi • Belum menyiapkan secara lengkap prosedur-prosedur khusus atau SPO (Standar Prosedur Operasional) dalam melaksanakan dukungan medis
<p>Dukungan Manajemen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyiapkan Pos Komando • Menyiapkan SDM cadangan • Menyiapkan kebutuhan logistik • Menyiapkan alur evakuasi dan keamanan area penampungan • Menyiapkan area dekontaminasi • Menyiapkan sarana fasilitas komunikasi didalam dan diluar rumah sakit • Menyiapkan fasilitas transpotasi (darat, laut, udara) untuk petugas dan korban 	<p>Dukungan Manajemen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Belum menyiapkan Pos Komando • Belum menyiapkan SDM cadangan • Belum menyiapkan kebutuhan logistik • Telah menyiapkan alur evakuasi dan keamanan area penampungan • Belum menyiapkan area dekontaminasi • Telah Menyiapkan sarana fasilitas komunikasi didalam dan diluar rumah sakit, kecuali alat komunikasi HT • Hanya menyiapkan fasilitas transpotasi darat untuk petugas dan korban

- 4) Dalam rangka membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu pada saat menghadapi keadaan darurat bencana maka dibutuhkan jalur khusus komunikasi, baik komunikasi yang dilakukan secara internal maupun eksternal, baik komunikasi tersebut bersifat informasi, komunikasi koordinasi maupun komunikasi pengendalian. Sebagai perbandingan kini RSUD Salatiga telah memiliki alat komunikasi khusus internal, yaitu menggunakan alat komunikasi “*iphone*”, namun belum memiliki alat komunikasi tanpa kabel yaitu HT. Dan belum terjalin kerjasama dengan pihak terkait yang terikat dalam bentuk perjanjian (MoU) dalam rangka koordinasi dan permintaan bantuan.
- 5) Sebuah rumah sakit harus membuat rencana pelaksanaan kontinjensi bencana, yaitu salah satu instrument perencanaan untuk memastikan masa depan yang jauh lebih baik dalam menghadapi berbagai risiko bencana, yaitu yang disebut dengan perencanaan kontinjensi (“*contingency planning*”). Perencanaan kontinjensi merupakan salah satu dari berbagai rencana yang digunakan dalam siklus manajemen risiko (penanganan bencana), yaitu dalam bentuk simulasi bencana. Pada pelaksanaannya dibutuhkan pihak ketiga yang memiliki kompetensi dan pengalaman dibidang penanganan bencana untuk memberikan pendidikan dan pelatihan internal di rumah sakit.

Serta mengundang pihak terkait untuk ikut serta dalam diklat internal tersebut, sebagai contoh adalah dari pihak DAMKAR (Pemadam Kebakaran) yang sekaligus memberikan diklat tentang penggunaan APAR (Alat Pemadam Api Ringan), PMI (Palang Merah Indonesia), PSC-119 (“*Public Safety Center*”), dan Kepolisian. Dalam hal ini RSUD Salatiga belum membuat rencana pelaksanaan kontinjensi (penanganan bencana), hanya sebatas wacana saja.

- e. Menilai atau “*Evaluate*”
- 1) “*Hospital Disaster Plan*” atau P3B-RS di RSUD Salatiga sudah dibuat, namun selama kurun waktu 20 tahun belum pernah di evaluasi dan di revisi. Maka “*Hospital Disaster Plan*” atau P3B-RS di RSUD Salatiga tersebut tidak lagi sesuai dengan situasi, ilmu dan teknologi, serta perkembangan jaman pada saat ini.
 - 2) Belum terbentuknya struktur organisasi tim penanganan bencana atau Tim Manajemen Insiden Rumah Sakit (TMIRS). Struktur organisasi tersebut sangat penting keberadaannya, karena didalamnya terdapat sekumpulan orang-orang yang menempati posisi jabatan tertentu, yang memiliki tugas pokok dan fungsi masing-masing guna melakukan berbagai kegiatan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dari organisasi tersebut.

Dengan demikian walaupun P3B-RS sudah dibuat, namun struktur organisasinya belum terbentuk maka tentunya tidak ada kegiatan yang dilakukan, dan P3B-RS tersebut tidak ada tujuan kedepan yang akan dicapai dengan jelas.

- 3) Dari temuan penelitian yang didapatkan terkait dengan pelaksanaan penanganan bencana, bahwa sudah ada dukungan dari pihak pelayanan medis (“*medical support*”) dan dukungan dari pihak manajemen (“*managemen support*”), namun masih belum dapat mendukung secara maksimal terhadap pelaksanaan penanganan bencana di rumah sakit.
- 4) RSUD Salatiga telah memiliki jaringan khusus komunikasi internal menggunakan telpon kabel (“*aiphone*”) dengan bantuan operator yang digunakan sebagai alat komunikasi yang bersifat informasi dan koordinasi terkait dalam rangka menghadapi keadaan darurat bencana. Yaitu hanya sebatas komunikasi pemberitahuan atau informasi bahwa telah terjadi darurat bencana dari tempat kejadian kepada pimpinan rumah sakit melalui operator. Namun belum memiliki alat komunikasi secara langsung 2 arah yang dapat menjangkau ke semua unit kerja tanpa menggunakan kabel yaitu (“*Handy Talky*”) atau sering dikenal dengan istilah HT

sebagai alat komunikasi yang bersifat pengendalian. Maka akan terjadi kesulitan dalam rangka pengendalian kegiatan operasional dilapangan pada saat terjadi darurat bencana. Demikian juga karena RSUD Salatiga belum menjalin kerja sama dalam bentuk MoU dengan pihak luar yang terkait (DAMKAR, PMI, PSC-119, DKK, Kepolisian, dan Rumah Sakit Sekitar) sebagai jejaring dalam rangka koordinasi dan permintaan bantuan, maka RSUD Salatiga tidak akan mampu menangani sendiri terhadap darurat bencana yang terjadi.

- 5) RSUD Salatiga belum membuat rencana pelaksanaan kontinjensi dalam bentuk simulasi, hal ini hanya sebatas wacana saja. Sehingga rumah sakit tersebut sama sekali belum memiliki kesiapan dalam rangka menghadapi bencana. Karena semua personil rumah sakit tersebut belum terlatih dan belum terbiasa dalam menghadapi situasi darurat bencana yang sewaktu-waktu bisa saja terjadi.
- f. Penafsiran atau “*Interpretation*”
- 1) Karena “*Hospital Disaster Plan*” atau P3B-RS di RSUD Salatiga tersebut tidak lagi sesuai dengan situasi, ilmu dan teknologi, serta perkembangan jaman pada saat ini. Maka “*Hospital Disaster Plan*” atau P3B-RS tersebut

tidak dapat digunakan lagi sebagai pedoman dalam rangka penanganan bencana, sehingga perlu dilakukan evaluasi dan revisi untuk dibuat dan disusun kembali menjadi suatu pedoman yang baru terkait dengan penanganan bencana.

- 2) Karena struktur organisasinya belum terbentuk sehingga tidak ada kegiatan yang dilakukan, serta tidak ada tujuan yang jelas yang ingin dicapai. Maka P3B-RS tersebut hanyalah sebuah buku pedoman yang tidak ada manfaatnya sama sekali. Maka dari itu sambil melakukan evaluasi dan revisi terhadap P3B-RS yang baru, sekaligus membentuk struktur organisasi tim penanganan bencana rumah sakit atau Tim Manajemen Insiden Rumah Sakit (TMIRS).
- 3) Dukungan dari pihak pelayanan medis ("*medical support*") dan dukungan dari pihak manajemen ("*managemen support*"), masih belum dapat mendukung secara maksimal terhadap pelaksanaan penanganan bencana di rumah sakit. Untuk itu agar dalam pelaksanaan penanganan bencana ada dukungan yang maksimal baik dari pihak pelayanan medis maupun dari pihak manajemen rumah sakit itu sendiri, maka perlu adanya usulan-usulan yang antara lain :

- a) Menyiapkan SDM nya yaitu para dokter untuk mengikuti diklat, dalam rangka meningkatkan kemampuannya dalam hal "*life saving*" sesuai dengan standar pelayanan dan standar kompetensi.
- b) Menyiapkan daerah "*triage*" di IGD, dan melengkapi label-label serta rambu-rambu.
- c) Melengkapi buku pedoman pelayanan, "*clinical pathway*", dan SPO (Standar Prosedur Operasional).
- d) Memfasilitasi segala bentuk kebutuhan untuk setiap kegiatan yang akan dilakukan.
- e) Menyiapkan alat, sarana dan prasarana yang dibutuhkan.
- f) Membuat program pelatihan kebencanaan, baik yang dilaksanakan secara internal maupun eksternal.
- g) Membuat rencana program simulasi.
- h) Melakukan monitoring kepatuhan terhadap unit independen didalam rumah sakit misalnya kepada kantin, koperasi, kcp. Bank, "*outsourching*" dan lain-lain.
- i) Menampilkan dan menempatkan peta evakuasi disetiap sudut ruangan atau gedung yang mudah dilihat.
- j) Menampilkan dan menempatkan papan petunjuk titik kumpul pada

- tempat atau area kosong yang bebas dari bahaya.
- k) Melakukan pemeliharaan alat pemadam kebakaran secara berkala.
 - l) Menyediakan APAR sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan dan menempatkannya secara benar disetiap ruangan.
 - m) Membuat rencana uji coba alat pemadam kebakaran hydran.
 - n) Menerbitkan Surat Keputusan Direktur tentang larangan merokok.
 - o) Membuat rencana anggaran yang dibutuhkan.
 - p) Menyiapkan Pos Komando
- 4) Rumah sakit dalam rangka membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu pada saat menghadapi keadaan darurat bencana, belum memiliki alat komunikasi secara langsung 2 arah yang dapat menjangkau ke semua unit kerja tanpa menggunakan kabel yaitu (HT) sebagai alat komunikasi yang bersifat pengendalian, dan juga belum menjalin kerja sama dalam bentuk MoU dengan pihak luar yang terkait (DAMKAR, PMI, PSC-119, DKK, Kepolisian, dan rumah sakit sekitar) sebagai jejaring dalam rangka koordinasi dan permintaan bantuan. Maka kiranya rumah sakit perlu segera menyediakan alat komunikasi tanpa kabel yaitu HT tersebut sesuai dengan kebutuhan, dan segera membuat MoU untuk menjalin kerja sama dengan pihak luar yang terkait (DAMKAR, PMI, PSC-119, DKK, Kepolisian dan rumah sakit sekitar) sebagai jejaring dalam rangka koordinasi dan permintaan bantuan.
- 5) Karena RSUD Salatiga belum membuat rencana pelaksanaan kontinjensi (penanganan bencana) dalam bentuk simulasi, maka semua personil rumah sakit dan orang-orang yang tergabung dalam struktur organisasi TMIRS (jika telah dibentuk struktur organisasinya) adalah belum terlatih dan belum terbiasa menghadapi situasi darurat bencana yang sewaktu-waktu bisa terjadi. Sehingga dibutuhkan pendidikan dan pelatihan serta simulasi yang dilakukan secara berkala dan terus menerus, maka RSUD Salatiga harus membuat rencana pelaksanaan kontinjensi (penanganan bencana) tersebut.

SIMPULAN

Saat ini RSUD Salatiga apabila terjadi situasi dan kondisi darurat bencana akan terjadi kebingungan dalam hal penanganan bencana dan terjadi kesimpangsiuran informasi data korban maupun kondisi kerusakan fisik, sarana dan prasarana dikarenakan belum terbentuknya Struktur Organisasi TMIRS, walaupun dari hasil

temuan penelitian dan pembahasan bahwa RSUD Salatiga sudah memiliki buku P3B-RS atau “*Hospital Disaster Plan*”, namun ternyata juga sudah kadaluwarsa. Sehingga dengan demikian akan mempersulit bagi manajemen terutama direktur sebagai pimpinan rumah sakit dalam hal pengambilan kebijakan untuk penanganan darurat bencana.

Kemudian apabila ada penyaluran bantuan dan distribusi logistik juga akan menjadi sulit untuk terpantau dengan baik, dikarenakan kurang terbangunnya system koordinasi yang baik, sehingga kegiatan penanganan tanggap darurat menjadi kurang terukur, terarah dan terprioritas secara obyektif. Dengan kata lain bahwa RSUD Salatiga secara keseluruhan dinyatakan belum siap dalam hal menghadapi situasi darurat bencana.

Dengan demikian secara teoritis dinyatakan bahwa sebuah rumah sakit dikatakan siap dalam menghadapi bencana apabila :

1. Memiliki buku Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS) yang secara berkala dilakukan evaluasi dan jika perlu dilakukan revisi sesuai dengan kemajuan jaman dan perkembangan teknologi terbaru.
2. Pelatihan dan simulasi diadakan secara berkala dan terus menerus.
3. Terbentuknya tim penanganan bencana di rumah sakit atau Tim Manajemen Insiden Rumah Sakit (TMIRS).

4. Adanya kerjasama atau MoU dengan instansi atau unit kerja terkait diluar rumah sakit

Perencanaan dan strategi khusus dibutuhkan dalam hal menghadapi situasi dan kondisi darurat bencana, karena bencana sesungguhnya merupakan suatu keadaan yang unik. Dalam hal penanganan bencana akan melibatkan banyak orang yang berbeda (lintas program dan sektor) sehingga pengambilan keputusan tentu juga akan berbeda antara keadaan darurat sehari-hari dengan keadaan darurat bencana.

Sehingga dengan demikian perlu adanya kebijakan yang jelas dari seorang direktur sebagai pimpinan rumah sakit dalam hal penanganan darurat bencana yang terprogram dan terkoordinasi dengan baik, serta terstruktur dan sistematis secara tertulis dalam bentuk P3B-RS (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit), yang secara berkala dilakukan evaluasi dan jika perlu dilakukan revisi disesuaikan dengan kemajuan jaman dan teknologi terbaru. Tetapi adanya perencanaan tertulis saja bukan berarti rumah sakit tersebut telah siap dalam menghadapi bencana, karena kesiapsiagaan memerlukan pelatihan dan simulasi secara berkala dan terus menerus. Kesiapsiagaan rumah sakit baru dapat diwujudkan bila perencanaan tersebut ditindak lanjuti dengan terbentuknya tim penanganan bencana di rumah sakit atau Tim Manajemen Insiden Rumah Sakit (TMIRS). Kemudian ditetapkan pula adanya kerjasama atau MoU dengan

instansi atau unit kerja terkait diluar rumah sakit, misalnya dengan Dinas Kesehatan, PMI, PSC-119, DAMKAR, dan rumah sakit sekitar. Sehingga kewaspadaan dan kesiapsiagaan dalam menghadapi segala bentuk bencana dapat terus menerus ditingkatkan.

Keterbatasan penelitian memaparkan hal-hal atau variabel yang sebenarnya tercakup didalam keluasan lingkup penelitian. Namun karena kesulitan metodologis atau prosedural tertentu sehingga tidak dapat dicakup didalam penelitian dan diluar kendali peneliti. Keterbatasan tersebut antara lain adalah :

1. Dampak variabilitas waktu kegiatan FGD yang hanya dilakukan satu kali pertemuan dalam satu siklus dari yang seharusnya minimal 2 kali pertemuan berdasarkan ijin yang diberikan oleh pihak RSUD Salatiga sebagai tempat penelitian.
2. Keterbatasan pengetahuan dari narasumber dalam memberikan jawaban saat wawancara berlangsung, adalah merupakan hal-hal yang berada diluar jangkauan peneliti untuk mengontrolnya.
3. Tidak adanya kroscek dengan pihak atasan atau pimpinan dari narasumber, dikarenakan atasan atau pimpinan dari narasumber tersebut memang sulit untuk ditemui dan ada juga narasumber yang memang pada saat itu tidak memiliki atasan atau pimpinan

dikarenakan telah pensiun atau purna tugas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana.pdf. (edisi revisi). 2011;
2. Badan Penanggulangan Bencana Nasional. Pedoman penyusunan rencana penanggulangan bencana. 2008; Available from: http://www.gitews.org/tsunami-kit/en/E6/further_resources/national_level/peraturan_kepala_BNPB/Perka_BNPB_4-2008_Pedoman_Penyusunan_Rencana_Penanggulangan_Bencana.pdf
3. Carter NW. Disaster management: A disaster manager's handbook [Internet]. Asian Development Bank. 1991. 1-416 p. Available from: bases.bireme.br/VN-readcube.com
4. Presiden Republik Indonesia. UU no. 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana [Internet]. Pemerintah Republik Indonesia. 2007. Available from: http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/regulasi/uu/UU_No._24_Th_2007_ttg_Penanggulangan_Bencana.pdf
5. Lancaster Stanhope and. Public Health Nursing: Population-centered Health Care in the Community. Mosby Elsevier; 2008.
6. Presiden Republik Indonesia.

- UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG KESEHATAN. 2009.
7. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana Bagi Rumah Sakit. 2009.
 8. Auf der Heide E. Disaster Response: Principles of Preparation and Coordination. *JAMA J Am Med Assoc.* 1989;(16):2306–7.
 9. Coppola DP. The Management of Disasters. *Introd to Int Disaster Manag [Internet]*. 2015;1–39. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128014776000010>
 10. Hassmiller ISM and L. centered health care in the community. Canada: Mosby El Sevier; 2008.
 11. LLIS.gov. Emergency Management Programs for Healthcare Facilities : The Four Phases of Emergency Management.
 12. Fema. Local Mitigation Planning Handbook. 2012;(March):1–162.
 13. Maurer F.A. SCM. Community health nursing practice, health for families and population, 3rd 3e. USA: Elsevier Saunders; 2005.
 14. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies [IFRC]. Contingency planning guide. 2012; Available from: [http://www.ifrc.org/PageFiles/40825/1220900-CPG 2012-EN-LR.pdf](http://www.ifrc.org/PageFiles/40825/1220900-CPG%2012-EN-LR.pdf)
 15. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B. 2010;124.
 16. Higgins W, Wainright C, Lu N, Carrico R. Assessing hospital preparedness using an instrument based on the Mass Casualty Disaster Plan Checklist: Results of a statewide survey. Vol. 32, *American Journal of Infection Control.* 2004. p. 327–32.
 17. Department of Homeland Security. National Incident Management System. *Natl Incid Manag Syst [Internet]*. 2008;1(October):170. Available from: https://www.fema.gov/pdf/emergency/nims/NIMS_core.pdf
 18. Pemerintah Republik Indonesia. PP no. 21 tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana. 2008.
 19. Backer H. Hospital Incident Command System [Internet]. 2014. 447-468 p. Available from: www.emsa.ca.gov/media/default/HICS/HICS_Guidebook_2014_11.pdf
 20. Bungin B. Analisis data penelitian kualitatif. PT RajaGrafindo Persada; 2007.
 21. Creswell. *Qualitative Inquiry and Research Design.* Sage; 1998.
 22. Moleong L. Metodologi penelitian. *Kualitatif Sos [Internet]*. 2006;31–44. Available from: http://lib.uin-malang.ac.id/thesis/chapter_iii/07130097-hendra-kurniawan.pdf
 23. Hamidi. *Metode Penelitian*

- Kualitatif, Aplikasi Praktis
Pembuatan Proposal dan Laporan
Penelitian. UMM Press; 2004.
24. Bogdan B and. Qualitative Research for Education: An Introduction to Theory and Methods. Allyn and Bacon, Inc.: Boston London; 1982.
 25. Moleong L. Metode Penelitian Kualitatif. Bandung: Remaja Rosdakarya; 1998.
 26. Sugiyono. Metode penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D). Bandung : Alfabeta, CV; 2012.
 27. Stainback S. Understanding and Conducting Qualitative Research. Kendall/Hunt Publishing Company, Dubuque, Iowa; 1988.
 28. Sugiyono. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2013.
 29. Salim. PERANCANGAN KONTRAK DAN MEMORANDUM OF UNDERSTANDING. Sinar Grafika, Jakarta; 2014.
 30. Gebbie K, Qureshi K. A historical challenge: nurses and emergencies. Online J Issues Nurs [Internet]. 2006;11(3):2. Available from: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume112006/No3Sept06/NURSESANDEMERGENCIES.html>