

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

Kondisi Indonesia sebagai negara berkembang yang rawan terhadap berbagai bencana dan potensinya untuk menimbulkan kerusakan, luka-luka dan kematian memerlukan tanggapan cepat dan tepat dari seluruh komponen masyarakat khususnya sarana pelayanan kesehatan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009). Mereka yang biasanya paling terpengaruh oleh bencana alam dan bencana lainnya adalah kelompok miskin dan yang kurang beruntung secara sosial di negara-negara berkembang karena mereka paling tidak siap untuk mengatasinya (Coppola, 2015).

Dengan kerangka manajemen bencana, kita berupaya menjelaskan dan mempersiapkan bencana berdasarkan resikonya terhadap masyarakat, sehingga masyarakat dan lingkungan yang rawan bencana siap siaga serta mampu

menangani pengaruh dan dampak bencana tersebut terhadap kesehatan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan, khususnya bagi kasus-kasus emergency, seyogyanya lebih siap dalam menghadapi dampak bencana. Bencana bisa merupakan kejadian alami atau buatan manusia yang menyebabkan kerusakan. Menurut keterlibatan rumah sakit, bencana dapat diklasifikasikan menjadi bencana internal yang terjadi di dalam rumah sakit atau bencana eksternal yang terjadi di luar rumah sakit (Hassmiller, 2008). Dengan kata lain rumah sakit dalam keadaan bencana sekalipun dituntut harus mampu mengelola pelayanan sehari-hari, juga melayani korban akibat bencana serta secara aktif membantu dalam penyelamatan nyawa korban bencana (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Kegawatdaruratan dan bencana dapat terjadi kapan saja, dimana saja dan menimpa siapa saja sehingga komponen-komponen penting dalam System Penanggulangan Gawat

Darurat Terpadu (SPGDT) harus dipersiapkan dengan baik, mulai dari tingkat pra rumah sakit, di rumah sakit serta rujukan intra rumah sakit dengan rujukan antar rumah sakit. Kesiapan dalam SPGDT dapat mempersingkat waktu tanggap (*“respon time”*) dan penanganan pasien gawat dapat dilakukan dengan cepat, tepat, cermat dan sesuai standar (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Pada keadaan tertentu rumah sakit juga bisa menjadi korban bencana itu sendiri, seperti contohnya kejadian gempa bumi di Yogyakarta beberapa waktu yang lalu. Terlihat rumah sakit tersebut mengalami *“Collapse Function”* sementara waktu. Atau kasus lainnya di Propinsi Aceh Darussalam ketika bencana gempa bumi dan tsunami melanda maka terjadi *“Total Collapse”* dari semua system yang ada di rumah sakit antara lain infrastruktur, tenaga, sarana prasarana, peralatan, dan lain-lain. Untuk itu semua system pada berbagai level dirumah sakit harus dipersiapkan dan siap siaga dalam menghadapi bencana dengan penyiapan sumber daya, baik fasilitas maupun manusia. Setiap komponen dan

unit teknis tersebut seharusnya memiliki perencanaan penyiagaan bencana yang terkoordinir dan tertulis, karena reaksi setiap komponen dan unit teknis dalam menghadapi bencana dipengaruhi oleh banyak factor, antara lain jenis bencana, dan jumlah korban yang harus ditangani, fasilitas, sumber daya manusia serta system rujukan yang dimiliki rumah sakit tersebut (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

1. Perencanaan Dalam Penanggulangan Bencana

Indonesia merupakan negara kepulauan yang mempunyai potensi tinggi terjadinya bencana yang memiliki berbagai variasi dilihat dari aspek jenis bencana. Kondisi alam tersebut serta adanya keanekaragaman penduduk dan budaya di Indonesia menyebabkan timbulnya risiko terjadinya bencana alam, bencana ulah manusia dan kedaruratan kompleks, meskipun disisi lain juga kaya akan sumberdaya alam (Badan Penanggulangan Bencana Nasional, 2008).

Pada umumnya risiko bencana alam dapat meliputi berbagai bencana yang diakibatkan oleh (Badan Penanggulangan Bencana Nasional, 2008) :

a. Faktor geologi, misalnya adalah :

- (1) Gempa bumi
- (2) Tsunami
- (3) Dan letusan gunung berapi.

b. Faktor hydrometeorologi misalnya adalah :

- (1) Banjir
- (2) Tanah longsor
- (3) Kekeringan
- (4) Dan angin topan.

c. Faktor biologi misalnya adalah :

- (1) Wabah penyakit manusia
- (2) Penyakit tanaman/ternak
- (3) Dan hama tanaman

d. Faktor kegagalan teknologi misalnya adalah :

- (1) Kecelakaan industri
- (2) Kecelakaan transportasi

- (3) Radiasi nuklir
 - (4) Dan pencemaran bahan kimia
- e. Bencana akibat ulah manusia misalnya adalah terkait dengan adanya konflik antar manusia yang diakibatkan oleh adanya :
- (1) Perebutan sumberdaya yang terbatas
 - (2) Alasan ideologi
 - (3) Religius
 - (4) Serta politik
- f. Sedangkan kedaruratan kompleks merupakan kombinasi dari situasi bencana pada suatu daerah konflik.

Kompleksitas dari permasalahan bencana tersebut memerlukan suatu penataan atau perencanaan yang matang dalam penanggulangannya, sehingga dapat dilaksanakan secara terarah dan terpadu. Penanggulangan yang dilakukan selama ini belum didasarkan pada langkah-langkah yang sistematis dan terencana, sehingga seringkali terjadi tumpang tindih dan bahkan terdapat

langkah upaya yang penting justru tidak tertangani, seperti yang telah diamanatkan pada pasal 35 dan 36 UU No. 24 Tahun 2007 (Presiden Republik Indonesia, 2007) tentang Penanggulangan Bencana, bahwa agar setiap daerah dalam upaya penanggulangan bencana, mempunyai perencanaan penanggulangan bencana. Secara lebih rinci disebutkan di dalam Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana (Badan Penanggulangan Bencana Nasional, 2008).

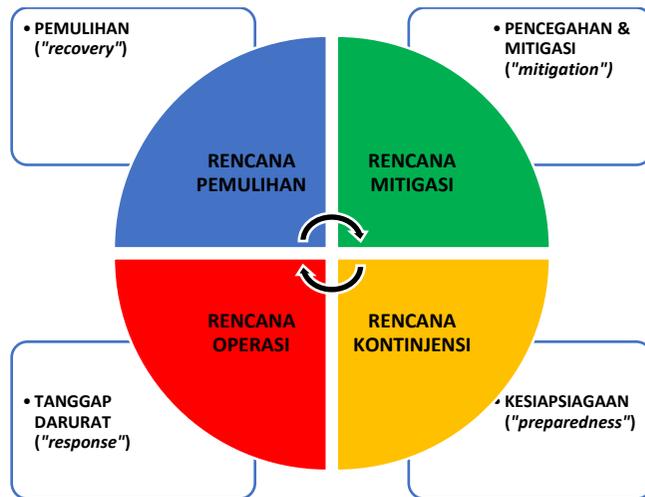
Sebagaimana didefinisikan dalam UU Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, penyelenggaraan Penanggulangan Bencana adalah serangkaian upaya yang meliputi penetapan kebijakan pembangunan yang berisiko timbulnya bencana, kegiatan pencegahan bencana, tanggap darurat, dan rehabilitasi. Rangkaian kegiatan tersebut apabila digambarkan dalam siklus penanggulangan bencana ada tiga tahapan sebagai berikut (Badan Penanggulangan Bencana Nasional, 2008):

- a. Pra bencana, meliputi :
 - (1) Situasi tidak terjadi bencana
 - (2) Situasi terdapat potensi bencana
- b. Saat tanggap darurat, yang dilakukan dalam situasi terjadi bencana.
- c. Pasca bencana, yang dilakukan saat setelah terjadi bencana.



Gambar 2. 1. Tahapan siklus penanggulangan bencana
(Badan Penanggulangan Bencana Nasional, 2008)

Tahapan bencana yang digambarkan di atas, sebaiknya tidak dipahami sebagai suatu pembagian tahapan yang tegas, dimana kegiatan pada tahap tertentu akan berakhir pada saat tahapan berikutnya dimulai. Akan tetapi harus dipahami bahwa setiap waktu semua tahapan dilaksanakan secara bersama-sama dengan porsi kegiatan yang berbeda. Misalnya pada tahap pemulihan, kegiatan utamanya adalah pemulihan tetapi kegiatan pencegahan dan mitigasi juga sudah dimulai untuk mengantisipasi bencana yang akan datang. Secara umum perencanaan dalam penanggulangan bencana dilakukan pada setiap tahapan dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana (Badan Penanggulangan Bencana Nasional, 2008). Manajemen bencana mencakup empat fase: mitigasi, kesiapsiagaan, respons, dan pemulihan (LLIS.gov, no date).



Gambar 2. 2. Tahapan perencanaan dalam penanggulangan bencana (Badan Penanggulangan Bencana Nasional, 2008)

Dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana, agar setiap kegiatan dalam setiap tahapan dapat berjalan secara terarah maka disusun suatu rencana yang spesifik pada setiap tahapan penyelenggaraan penanggulangan bencana, yaitu antara lain (Badan Penanggulangan Bencana Nasional, 2008) :

- a. Pada tahap prabencana dalam situasi tidak terjadi bencana, dilakukan penyusunan Rencana

Penanggulangan Bencana “*Disaster Management Plan*”, yang merupakan rencana umum dan menyeluruh yang meliputi seluruh tahapan atau bidang kerja kebencanaan. Tindakan berkelanjutan yang diambil untuk mengurangi atau menghilangkan risiko jangka panjang terhadap kehidupan dan properti dari bahaya atau bencana tertentu disebut dengan Mitigasi (Fema, 2012). Mitigasi meliputi setiap kegiatan yang diambil untuk mencegah terjadinya bencana kapan pun jika memungkinkan (Maurer F.A., 2005). Mitigasi paling efektif bila didasarkan pada rencana jangka panjang yang komprehensif yang dikembangkan sebelum bencana terjadi yang disebut dengan “*Mitigation Planning*” atau perencanaan mitigasi. Tujuan perencanaan mitigasi adalah untuk mengidentifikasi kebijakan dan tindakan lokal yang dapat dilaksanakan dalam jangka panjang untuk mengurangi risiko dan kerugian di masa depan dari bahaya. Kebijakan dan tindakan mitigasi ini

diidentifikasi berdasarkan penilaian bahaya, kerentanan, dan risiko serta partisipasi dari berbagai pemangku kepentingan dan masyarakat umum dalam proses perencanaan (Fema, 2012). Manfaat perencanaan mitigasi antara lain adalah (Fema, 2012) :

- 1) Mengidentifikasi tindakan untuk pengurangan risiko yang disepakati oleh pemangku kepentingan dan publik.
- 2) Memfokuskan sumber daya pada risiko dan kerentanan terbesar "*vulnerabilities*".
- 3) Membangun kemitraan dengan melibatkan warga, organisasi, departemen lintas sektoral, rumah sakit disekitarnya, dan pihak swasta.
- 4) Meningkatkan pendidikan dan kesadaran akan adanya ancaman dan bahaya, serta risiko yang dapat terjadi
- 5) Mengomunikasikan prioritas kepada pejabat pemerintah setempat

- b. Pada tahap prabencana dalam situasi terdapat potensi bencana dilakukan penyusunan Rencana Kesiapsiagaan untuk menghadapi keadaan darurat yang didasarkan atas skenario menghadapi bencana tertentu "*single hazard*" maka disusun satu rencana yang disebut Rencana Kontinjensi ("*Contingency Plan*") (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies [IFRC], 2012).
- c. Pada saat Tanggap Darurat dilakukan Rencana Operasi ("*Operational Plan*") yang merupakan operasionalisasi atau aktifasi dari Rencana Kedaruratan atau Rencana Kontinjensi yang telah disusun sebelumnya.
- d. Pada Tahap Pemulihan dilakukan Penyusunan Rencana Pemulihan (*Recovery Plan*) yang meliputi rencana rehabilitasi dan rekonstruksi yang dilakukan pada paska bencana. Sedangkan jika bencana belum terjadi, maka untuk mengantisipasi kejadian bencana dimasa mendatang dilakukan penyusunan petunjuk

atau Pedoman Mekanisme Penanggulangan Paska Bencana.

Perencanaan penanggulangan bencana disusun berdasarkan hasil analisis risiko bencana dan upaya penanggulangannya yang dijabarkan dalam program kegiatan penanggulangan bencana dan rincian anggarannya. Secara garis besar proses penyusunan atau penulisan rencana penanggulangan bencana adalah sebagai berikut (Badan Penanggulangan Bencana Nasional, 2008):

1. Pengenalan dan pengkajian bahaya
2. Pengenalan kerentanan
3. Analisa kemungkinan dampak bencana
4. Pilihan tindakan penanggulangan bencana
5. Mekanisme penanggulangan dampak bencana
6. Alokasi tugas dan peran

Pencegahan, mitigasi, dan kesiapsiagaan bencana lebih baik daripada respons bencana dalam mencapai

tujuan (pengurangan bencana). Respons bencana saja tidak cukup, karena hanya menghasilkan hasil sementara dengan biaya yang sangat tinggi (Coppola, 2015). Namun sebagai salah satu realitas sosial yang harus dihadapi dalam perencanaan bencana adalah tanggapan secara umum terhadap kesiapsiagaan bencana seringkali disikapi secara apatis (Auf der Heide, 1989).

2. Pengenalan Bahaya (“*hazard*”).

Indonesia merupakan negara dengan potensi bahaya (“*hazard potency*”) yang sangat tinggi dan beragam, baik berupa bencana alam, bencana akibat ulah manusia ataupun kedaruratan kompleks. Beberapa potensi tersebut antara lain adalah gempa bumi, tsunami, letusan gunung api, banjir, tanah longsor, kekeringan, kebakaran lahan dan hutan, kebakaran perkotaan dan permukiman, angin badai, wabah penyakit, kegagalan teknologi dan konflik sosial. Potensi bencana yang ada di Indonesia dapat dikelompokkan menjadi 2 kelompok utama, yaitu potensi bahaya utama (“*main hazard*”) dan potensi bahaya ikutan

(“*collateral hazard*”). Potensi bahaya utama (“*main hazard potency*”) ini dapat dilihat antara lain pada peta rawan bencana gempa di Indonesia yang menunjukkan bahwa Indonesia adalah wilayah dengan zona-zona gempa yang rawan, peta kerentanan bencana tanah longsor, peta daerah bahaya bencana letusan gunung api, peta potensi bencana tsunami, peta potensi bencana banjir, dan lain-lain (Badan Penanggulangan Bencana Nasional, 2008).

3. Pemahaman Tentang Kerentanan (*vulnerability*) Masyarakat.

Kerentanan (*vulnerability*) masyarakat adalah keadaan atau sifat atau perilaku manusia atau masyarakat yang menyebabkan ketidakmampuan dalam menghadapi bahaya atau ancaman, kerentanan ini dapat berupa (Badan Penanggulangan Bencana Nasional, 2008) :

a. Kerentanan fisik

Secara fisik bentuk kerentanan yang dimiliki masyarakat berupa daya tahan menghadapi bahaya

tertentu, misalnya: kekuatan bangunan rumah bagi masyarakat yang berada di daerah rawan gempa, adanya tanggul pengaman banjir bagi masyarakat yang tinggal di bantaran sungai dan sebagainya.

b. Kerentanan ekonomi

Kemampuan ekonomi suatu individu atau masyarakat sangat menentukan tingkat kerentanan terhadap ancaman bahaya. Pada umumnya masyarakat atau daerah yang miskin atau kurang mampu lebih rentan terhadap bahaya, karena tidak mempunyai kemampuan finansial yang memadai untuk melakukan upaya pencegahan atau mitigasi bencana.

c. Kerentanan sosial

Kondisi sosial masyarakat juga mempengaruhi tingkat kerentanan terhadap ancaman bahaya. Dari segi pendidikan, kekurangan pengetahuan tentang risiko bahaya dan bencana akan mempertinggi tingkat kerentanan, demikian pula tingkat kesehatan

masyarakat yang rendah juga mengakibatkan rentan menghadapi bahaya.

d. Kerentanan lingkungan

Lingkungan hidup suatu masyarakat sangat mempengaruhi kerentanan. Masyarakat yang tinggal di daerah yang kering dan sulit air akan selalu terancam bahaya kekeringan. Penduduk yang tinggal di lereng bukit atau pegunungan rentan terhadap ancaman bencana tanah longsor dan sebagainya.

4. Pemahaman Tentang Kerentanan (*“vulnerability”*)
Rumah Sakit

Kerentanan (*“vulnerability”*) rumah sakit adalah suatu keadaan atau kondisi terjadinya gangguan atau kerusakan fungsional atau kapasitas fungsional yang dapat menyebabkan berkurangnya atau ketidakmampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan pada saat menghadapi keadaan darurat bencana. Hanya sebagian kecil dari rumah sakit yang tidak dapat berfungsi dalam

memberikan pelayanan saat terjadi darurat bencana akibat kerusakan structural bangunan. Namun yang paling utama adalah mencegah terjadinya gangguan atau kerusakan fungsional dan kapasitas fungsional dari rumah sakit. Hal ini memerlukan lebih sedikit investasi daripada mencegah agar tidak terjadi keruntuhan bangunan. (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

“*Disaster Plan*” harus menunjukkan elaborasi, detail dan spesifik sesuai dengan kebutuhan. Jadi komponennya harus mencakup otoritas, komunikasi, pasokan persediaan, peralatan, sumber daya manusia, koordinasi tim, transportasi, dokumentasi, pencatatan, penyelamatan evakuasi, perawatan akut, perawatan suportif, pemulihan dan evaluasi (Higgins *et al.*, 2004). Adanya Gangguan atau kerusakan fungsional dan kurangnya kapasitas fungsional rumah sakit dapat saja terjadi sehingga menimbulkan kerentanan rumah sakit dalam rangka memberikan pelayanan pada saat terjadi bencana, tersebut antara lain adalah sebagai berikut :

a. Sistem penting atau sistem kunci / utilitas, yaitu antara

lain :

- 1) Sistem proteksi kebakaran
- 2) Sistem komunikasi dalam rumah sakit
- 3) Sistem penangkal petir
- 4) Sistem kelistrikan
- 5) Sistem ventilasi dan pengkondisian udara
- 6) Sistem pencahayaan
- 7) Sistem fasilitas sanitasi
- 8) Sistem instalasi gas medik
- 9) Sistem pengendalian terhadap kebisingan dan getaran
- 10) Sistem hubungan horizontal dalam rumah sakit
- 11) Sistem hubungan vertical dalam rumah sakit
- 12) Sarana evakuasi
- 13) Aksesibilitas penyandang cacat
- 14) Sarana prasana umum

b. Persediaan atau logistik, yaitu antara lain :

- 1) Logistik medik, yaitu obat-obatan, peralatan medis habis pakai, peralatan untuk tindakan medis, maupun peralatan perawatan
 - 2) Logistic non medik yang mendukung sector kesehatan, yaitu gizi atau nutrisi, suplai air bersih, sarana kesehatan lingkungan
- c. Kapasitas darurat, yaitu kapasitas tempat tidur dan ruangan untuk menampung korban bencana
- d. Dan manajemen bencana, yaitu rencana kesiapsiagaan dan penanganan bencana, yang dimulai dari :
- 1) Pengenalan dan pengkajian bahaya
 - 2) Pengenalan kerentanan
 - 3) Analisa kemungkinan dampak bencana
 - 4) Pilihan tindakan penanggulangan bencana
 - 5) Mekanisme penanggulangan dampak bencana
 - 6) Alokasi tugas dan peran

B. Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 1. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian yang dilakukan

Nama Peneliti	Tahun Penelitian	Hasil	Judul	Metode
1. Nero C. 2. Ortenwall P. 3. Kharam & Manesh A.	2012	Kurangnya pengetahuan dan instrumen yang tepat untuk merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi evakuasi Rumah Sakit	<i>Hospital Evacuation : Planning, Assessment, Performance and Evaluation</i>	1. Risk and Vulnerability Analisis. 2. Pencarian Literatur Online.
1. Nidaa A. Bajaw. 2. Shahnaz M. Alkhalil.	2014	<ul style="list-style-type: none"> • Kesadaran yang rendah terhadap rencana bencana internal • Kesadaran yang rendah terhadap langkah-langkah mitigasi untuk kebakaran internal rumah sakit dan bahaya radiasi • Kesadaran yang rendah terhadap langkah-langkah mitigasi dan kesiagaan terhadap PPI, keracunan makanan, ledakan gas, dan gempa bumi • Kesadaran yang rendah tentang kesiapan rumah sakit terhadap rencana bencana dilingkungan rumah sakit, kedaruratan dan evakuasi serta pelatihan • Kesadaran yang rendah tentang kesiapan rumah sakit terkait dengan pasokan air, listrik, gas medis dan gempa bumi 	<i>Evaluation and Analisis of Hospital Disaster Preparedness in Jeddah</i>	Descriptif Cross Sectional
1. Sari Mutia Timur 2. M. Nur	2013	Ditemukannya kelemahan suatu sitem rencana penanggulangan bencana di rumah sakit	Challenges of Establishing Hospital Disaster Plan	1. Studi literatu 2. Wawancara semi terstruktur

Pembahasan dari penelitian yang dibuat oleh Nidaa A, Bajaow, Shahnaz dengan judul “*Evaluation and Analysis of Hospital Disaster Preparedness in Jeddah*” tersebut mendapati hasil penelitian bahwa rumah sakit yang diteliti telah memiliki alat dan indikator secara tertulis terutama mensoroti tentang pemetaan bahaya, sistem informasi, sistem komando insiden darurat, komunikasi dan koordinasi, prosedur rujukan, dan jaringan fasilitas alat kesehatan dalam hal kesiapan rumah sakit untuk menghadapi bencana, tetapi belum ada pelaksanaan nyata dalam bentuk pelatihan. Kemudian dari penelitian tersebut lahir rekomendasi yaitu perlu adanya pelatihan SDM rumah sakit, sukarelawan dan masyarakat sekitar. Membuat pemetaan rawan bencana, membentuk jaringan komunikasi internal rumah sakit, menyiapkan peralatan darurat bencana termasuk berbagai macam alat medis portable dan penganggaran biaya pembelian alat tersebut.

Kemudian pembahasan dari penelitian yang dibuat oleh Nero C, Ortenwall P, Kharam dan Manesh A, dengan judul “*Hospital Evacuation Planning Assesmen Performance and*

Evaluation” dengan tujuan penelitian adalah untuk mengevaluasi penggunaan analisis risiko dan kerentanan sebagai dasar untuk rencana evakuasi rumah sakit, untuk mengidentifikasi risiko atau bahaya yang memicu evakuasi dan mengevaluasi respons yang diperlukan dan untuk mengusulkan template dengan poin-poin penting untuk perencanaan, kinerja dan evaluasi evakuasi. Hasil yang ditemukan dari penelitiannya adalah kurangnya pengetahuan dan instrumen yang tepat untuk merencanakan, melakukan dan mengevaluasi evakuasi rumah sakit. Analisis risiko dan kerentanan dapat digunakan untuk mengidentifikasi poin-poin penting dalam evakuasi seperti ancaman dan sumber daya, yang nantinya dapat digunakan untuk merencanakan, melakukan dan mengevaluasi evakuasi. Sehingga kesimpulannya diperlukan perencanaan evakuasi yang terinci untuk rumah sakit. Simulasi rencana evakuasi harus terus dilakukan berdasarkan analisis risiko dan kerentanan. Panduan umum dapat digunakan sebagai dasar untuk merencanakan, melakukan dan mengevaluasi rencana tersebut.

Kemudian pembahasan dari penelitian yang dibuat oleh Sari Mutia Timur dan M. Nur dengan judul “*Challenges of Establishing Hospital Disaster Plan*” ditemukan hasil penelitian bahwa memiliki rencana bencana secara tertulis tidak sama dengan kesiapsiagaan, rencana bencana sebaiknya ditulis secara sederhana dan fleksibel, perlu adanya pengaturan alternatif, dan memastikan staf rumah sakit mengetahui rencana bencana yang ditulis dan pentingnya untuk belajar, berlatih, dan menguji rencana bencana yang telah ditulis.

Perbedaan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti dalam naskah tesis ini adalah pada judul yaitu Analisa Kesiapsiagaan Bencana Di RSUD Salatiga, dan metode yang digunakan adalah kualitatif dan studi kasus. Hasil penelitian yang didapatkan adalah bahwa sebuah rumah sakit dikatakan siap dalam menghadapi bencana apabila memiliki buku pedoman perencanaan siaga bencana yang harus selalu dilakukan evaluasi dan jika perlu dilakukan revisi sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi, membentuk tim penanganan bencana yang terstruktur, adanya dukungan dari pihak manajemen dan pelayanan medis,

membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu, membuat program rencana pelaksanaan kontinjensi yang disimulasikan dan dilatih secara berkala dan berkelanjutan.

C. Landasan Teori

1. Peran Rumah Sakit Pada Saat Bencana

Peran rumah sakit yang harus makin aktif sebagai ujung tombak dari pelayanan pada saat bencana juga sebagai mata rantai dari “Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu” (SPGDT) dalam keadaan sehari-hari maupun bencana. Untuk itu sebuah rumah sakit harus memiliki “*Hospital Disaster Plan*” secara tertulis yaitu buku Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat dengan P3B-RS. Yang tentunya diwujudkan dengan tindak lanjut terbentuknya Tim Kesiapsiagaan Bencana di rumah sakit atau disebut dengan Tim Manajemen Insiden Rumah Sakit (TMIRS), dan dilakukan pelatihan serta simulasi secara berkala kepada seluruh staf rumah sakit, sehingga

perencanaan yang telah disusun tersebut dapat diterapkan dengan baik (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009). Respons yang efektif membutuhkan tim yang disiplin, di mana masing-masing individu berpartisipasi mengikuti jalur komunikasi yang jelas dan melakukannya sesuai dengan petunjuk peran yang ditetapkan secara jelas (Department of Homeland Security, 2008).

Pengertian berbagai istilah dalam kebencanaan menurut Peraturan Pemerintah Tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana antara lain adalah (Pemerintah Republik Indonesia, 2008) :

- a. Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis

- b. Penyelenggaraan penanggulangan bencana adalah serangkaian upaya yang meliputi penetapan kebijakan pembangunan yang berisiko timbulnya bencana, kegiatan pencegahan bencana, tanggap darurat, dan rehabilitasi.
- c. Pencegahan bencana adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan risiko bencana, baik melalui pengurangan ancaman bencana maupun kerentanan pihak yang terancam bencana.
- d. Kesiapsiagaan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna.
- e. Peringatan dini adalah serangkaian kegiatan pemberian peringatan sesegera mungkin kepada masyarakat tentang kemungkinan terjadinya bencana pada suatu tempat oleh lembaga yang berwenang.

- f. Mitigasi adalah serangkaian upaya untuk mengurangi risiko bencana, baik melalui pembangunan fisik maupun penyadaran dan peningkatan kemampuan menghadapi ancaman bencana
- g. Risiko bencana adalah potensi kerugian yang ditimbulkan akibat bencana pada suatu wilayah dan kurun waktu tertentu yang dapat berupa kematian, luka, sakit, jiwa terancam, hilangnya rasa aman, mengungsi, kerusakan atau kehilangan harta, dan gangguan kegiatan masyarakat.
- h. Tanggap darurat bencana adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pengurusan pengungsi, penyelamatan, serta pemulihan prasarana dan sarana.

- i. Korban bencana adalah orang atau kelompok orang yang menderita atau meninggal dunia akibat bencana.
- j. Rehabilitasi adalah perbaikan dan pemulihan semua aspek pelayanan publik atau masyarakat sampai tingkat yang memadai pada wilayah pascabencana dengan sasaran utama untuk normalisasi atau berjalannya secara wajar semua aspek pemerintahan dan kehidupan masyarakat pada wilayah pascabencana.
- k. Rekonstruksi adalah pembangunan kembali semua prasarana dan sarana, kelembagaan pada wilayah pascabencana, baik pada tingkat pemerintahan maupun masyarakat dengan sasaran utama tumbuh dan berkembangnya kegiatan perekonomian, sosial dan budaya, tegaknya hukum dan ketertiban, dan bangkitnya peran serta masyarakat dalam segala aspek kehidupan bermasyarakat pada wilayah pascabencana.
- l. Wilayah bencana adalah wilayah tertentu yang terkena dampak bencana.

- m. Masyarakat adalah perseorangan, kelompok orang dan atau badan hukum.
 - n. Pengungsi adalah orang atau kelompok orang yang terpaksa atau dipaksa keluar dari tempat tinggalnya untuk jangka waktu yang belum pasti sebagai akibat dampak buruk bencana.
 - o. Kelompok rentan adalah bayi, anak usia di bawah lima tahun, anak-anak, ibu hamil atau menyusui, penyandang cacat dan orang lanjut usia.
2. Prinsip-prinsip penyusunan Hospital Disaster Plan (“Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit” / P3B-RS), (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009) :
- a. P3B-RS merupakan suatu sub system dari system perencanaan penanganan bencana secara nasional
 - b. Perencanaan perlu memperhatikan efektifitas dan efisiensi (organisasi, anggaran, SDM), berdasarkan

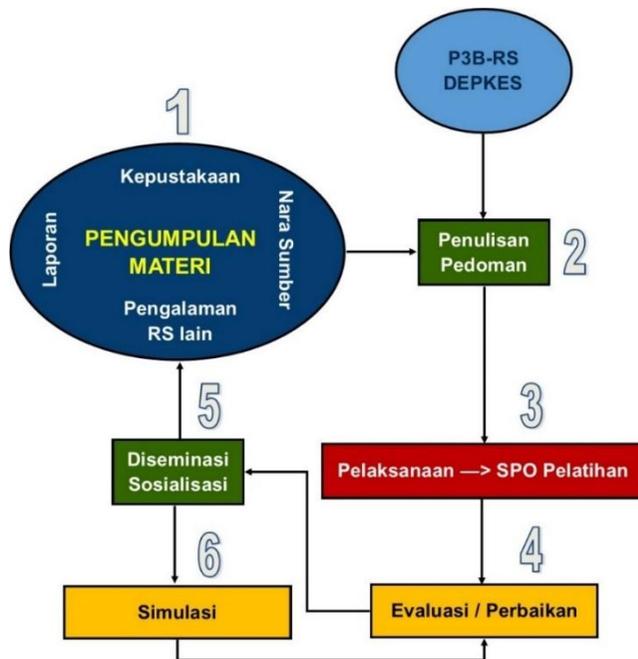
pada pengalaman dari institusi lain yang pernah mengalami bencana

- c. Dalam keadaan bencana, rumah sakit harus tetap menjalankan tugas dan fungsinya untuk menangani pasien rumah sakit dan korban bencana, kecuali rumah sakit mengalami kelumpuhan struktur atau fungsi
 - d. Dalam pelaksanaannya rumah sakit harus memperhatikan aspek medikolegal
 - e. P3B-RS disesuaikan dengan kemampuan atau kapasitas rumah sakit, dengan membuat prioritas berdasarkan risiko ancaman bencana yang dihadapi dan kondisi daerah setempat.
3. Tahap penyusunan dokumen Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana Bagi Rumah Sakit (P3B-RS), (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009) :
- a. Pengumpulan materi, yang bisa didapatkan dari :
 - 1) Kepustakaan
 - 2) Nara sumber

3) Pengalaman dari rumah sakit lain

4) Laporan

- b. Penulisan buku pedoman
- c. Pelaksanaan pelatihan sesuai dengan SPO (Standar Prosedur Operasional)
- d. Evaluasi atau perbaikan dari hasil pelaksanaan pelatihan
- e. Diseminasi dan sosialisasi
- f. Simulasi
- g. Evaluasi atau perbaikan dari hasil pelaksanaan simulasi



Gambar 2. 3. Tahap penyusunan dokumen P3B – RS (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009)

4. Langkah-langkah penyusunan rencana penanganan bencana rumah sakit (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009) :
 - a. Langkah 1 : tentukan tim yang berwenang menyusun rencana

- b. Langkah 2 : bentuk tim penanganan bencana (TMIRS)
- c. Langkah 3 : lakukan penilaian / assesmen risiko bencana
- d. Langkah 4 : tetapkan tujuan perencanaan
- e. Langkah 5 : tentukan peran dan tanggungjawab
- f. Langkah 6 : analisa sumber daya
- g. Langkah 7 : kembangkan sistem dan prosedur yang dibutuhkan
- h. Langkah 8 : penulisan rencana bencana
- i. Langkah 9 : pelatihan personil
- j. Langkah 10 : uji terhadap rencana, personil dan prosedur
- k. Langkah 11 : review dan perbaiki rencana
- l. Langkah 12 : desiminasi
- m. Langkah 13 : sosialisasi
- n. Langkah 14 : pelatihan
- o. Langkah 15 : simulasi

5. Organisasi, tugas dan fungsi

Agar sebuah rumah sakit dapat mengelola ancaman, kejadian yang direncanakan, atau insiden darurat, maka dibutuhkan suatu sistem manajemen insiden yang dapat digunakan oleh rumah sakit manapun, yang disebut dengan "*The Hospital Incident Command System*" ("*HICS*") atau Sistem Komando Insiden Rumah Sakit (SKIRS). Sebagai suatu sistem, "*HICS*" sangat berguna, tidak hanya menyediakan struktur organisasi untuk manajemen insiden tetapi juga memandu proses untuk merencanakan, membangun, dan mengadaptasi struktur itu. Menggunakan "*HICS*" untuk setiap insiden yang direncanakan membantu mengasah dan mempertahankan keterampilan yang dibutuhkan untuk insiden berskala besar (Backer, 2014). Setiap rumah sakit harus memiliki struktur organisasi Tim Manajemen Insiden Rumah Sakit (TMIRS) atau "*Hospital Incident Management Team*" ("*HIMT*") yang dibentuk oleh tim penyusun dan ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit. Tim Manajemen

Insiden Rumah Sakit (TMIRS) ini mengidentifikasi lima komponen manajemen utama yaitu (Komando, Operasi, Perencanaan, Logistik, dan Keuangan/Administrasi) dan cabang terkait, unit dan Spesialis Teknis (Backer, 2014). Lebih rinci dapat diterangkan sebagai berikut (Backer, 2014) :

- a. Tugas tim penyusunan rencana penanganan bencana rumah sakit :
 - 1) Menyusun Tim Manajemen Insiden Rumah Sakit (TMIRS)
 - 2) Mengkoordinir penyusunan petunjuk operasional setiap unit kerja
 - 3) Merencanakan dan menyelenggarakan pelatihan dan simulasi penanganan bencana
 - 4) Merencanakan anggaran
- b. Prinsip dasar penyusunan :
 - 1) Organisasi TMIRS disesuaikan dengan organisasi rumah sakit yang ada

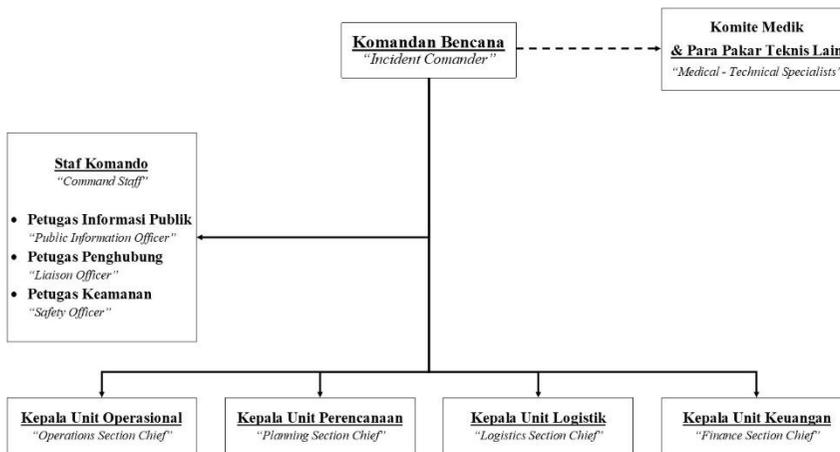
- 2) Organisasi TMIRS bekerja sesuai dengan tugas dan fungsi yang ditetapkan
- c. Struktur organisasi Tim Manajemen Insiden Rumah Sakit :
- 1) Ketua atau IC (*“Insiden Comander”*) :
 - a) Dijabat oleh pimpinan rumah sakit (direktur pelayanan atau wadir pelayanan), atau oleh dokter jaga IGD (sebagai IC sementara sebelum direktur pelayanan atau wadir pelayanan datang ke lokasi atau ke Pos Komando).
 - b) Dibantu oleh staf komando yang terdiri dari :
 - Komite medik dan para pakar teknis lainnya (*“Medical – Technical Spesialists”*)
 - Petugas informasi public / HUMAS (*“Public Information Officer”*)

- Petugas penghubung (*“Liaison Officer”*)
- Petugas keamanan (*“Safety Officer”*)

2) Pelaksana (d disesuaikan dengan struktur organisasi rumah sakit) yang meliputi :

- a) Unit Operasional
- b) Unit Perencanaan
- c) Unit Logistik
- d) Unit Keuangan

Catatan : setiap unit pelaksana tersebut dapat memiliki staf yang ada dibawahnya disesuaikan dengan tugas dan fungsinya pada struktur organisasi rumah sakit.



Gambar 2. 4. Struktur organisasi tim manajemen insiden rumah sakit (Backer, 2014)

d. Uraian Tugas Dan Fungsi (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009) :

1) Komandan bencana atau Incident Commander

(IC) :

- a) Bertanggungjawab terhadap pelaksanaan penanggulangan bencana
- b) Melakukan koordinasi secara vertical (BNPB/BPDT 1-2) dan horizontal (RS sekitar, PMI, DAMKAR, Kepolisian, PSC-119)

- c) Memberikan arahan pelaksanaan penanganan operasional pada tim lapangan
- d) Memberikan informasi kepada pejabat, staf internal rumah sakit dan instansi terkait yang membutuhkan, dan media masa
- e) Mengkoordinasikan sumber daya, bantuan SDM, dan fasilitas dari internal rumah sakit atau luar rumah sakit
- f) Bertanggungjawab dalam tanggap darurat dan pemulihan

2) Unit Operasional :

- a) Menganalisis informasi yang diterima
- b) Melakukan identifikasi kemampuan
- c) Melakukan pengelolaan sumber daya

- d) Memberikan pelayanan medis (triage, pertolongan pertama, identifikasi korban, stabilisasi)
- e) Menyiapkan tim evakuasi dan transportasi
- f) Menyiapkan area penampungan korban dilapangan termasuk penyediaan air bersih, sanitasi dan bekerjasama dengan institusi lain
- g) Menyiapkan tim keamanan
- h) Melakukan pendataan pelaksanaan kegiatan

3) Unit Perencanaan :

- a) Bertanggungjawab terhadap ketersediaan SDM
- b) Pelacakan pasien dan informasi pasien

4) Unit Logistik :

- a) Bertanggungjawab terhadap ketersediaan fasilitas

- b) Bertanggungjawab terhadap ketersediaan dan kesiapan komunikasi
- c) Menyiapkan transportasi untuk tim, korban bencana dan yang memerlukan
- d) Menyiapkan area untuk isolasi, dan dekontaminasi (bila diperlukan)

5) Unit Keuangan :

- a) Merencanakan anggaran penyiagaan penanganan bencana
- b) Melakukan administrasi keuangan pada saat penanganan bencana
- c) Melakukan pengadaan atau pembelian barang
- d) Menyelesaikan kompensasi bagi petugas dan klaim pembiayaan korban bencana

6. Kesiapan Dukungan Pelayanan Medis Dan Dukungan Manajerial

Dalam pelaksanaan penanganan bencana diperlukan dukungan pelayanan medis (“*medical support*”) maupun dukungan manajerial (“*management support*”) yang memadai yang telah tercermin dalam struktur organisasi diatas. Dukungan tersebut diatas sudah harus dipersiapkan sebelum terjadi bencana, yang meliputi antara lain (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009) :

a. Dukungan pelayanan medis (“*medical support*”) :

- 1) Menyiapkan daerah triage, label dan rambu-rambu
- 2) Menyiapkan peralatan pertolongan, mulai dari peralatan “*life saving*” sampai peralatan terapi definitive
- 3) Menyiapkan SDM dengan kemampuan sesuai dengan standar pelayanan dan standar kompetensi
- 4) Menyiapkan prosedur-prosedur khusus atau SPO (Standar Prosedur Operasional) dalam melaksanakan dukungan medis

b. Dukungan manajerial (“*management support*”):

- 1) Menyiapkan Pos Komando
- 2) Menyiapkan SDM cadangan
- 3) Menyiapkan kebutuhan logistik
- 4) Menyiapkan alur evakuasi dan keamanan area penampungan
- 5) Menyiapkan area dekontaminasi
- 6) Melakukan pendataan pasien dan penempatan atau pengiriman pasien
- 7) Menetapkan masa pengakhiran penanganan bencana
- 8) Menyiapkan sarana fasilitas komunikasi didalam dan diluar rumah sakit
- 9) Menangani masalah pemberitaan media masa dan informasi bagi keluarga korban
- 10) Menyiapkan fasilitas transportasi (darat, laut, udara) untuk petugas dan korban

7. Komunikasi Terpadu

Dalam keadaan bencana diperlukan sistem komunikasi terpadu, yang terdiri dari (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009) :

a. Komunikasi penyampaian informasi

Informasi kejadian pertama dilakukan oleh petugas yang mengetahui kejadian kepada operator (“*customer service*”) atau kepada satuan pengamanan internal rumah sakit (“*security*”) sesuai dengan yang ditetapkan dalam prosedur tetap penanganan bencana tanpa mengurangi fungsi tugas utamanya. Sistem penyampaian informasi harus menjamin bahwa informasi tersebut sampai kepada ketua tim penanganan bencana rumah sakit dengan menggunakan teknologi komunikasi yang sederhana sampai canggih

b. Komunikasi koordinasi (administrasi dan logistik)

Adalah sistem informasi menggunakan jejaring yang disepakati dalam pelayanan administrasi (umum,

keuangan) dan logistik. Koordinasi dapat dilakukan internal antar unit rumah sakit dan instansi (eksternal)

c. Komunikasi pengendalian

Adalah sistem komunikasi untuk mengendalikan kegiatan operasional dilapangan. Dalam hal ini menggunakan komunikasi langsung dua arah dan dapat menjangkau semua unit kerja menggunakan “*Handy Talky*” atau HT.

8. Pelaksanaan Operasional

Dalam pelaksanaan operasional, digunakan beberapa tahap kerja, yang terdiri dari (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009) :

a. Tahap kesiagaan (“*Awareness Stage*”)

Dimulai dengan adanya sistem peringatan dini (“*alarm system*”) sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mulai menyiapkan tim penanganan bencana rumah sakit serta koordinasi lintas sektoral.

Catatan :

- Dibedakan kejadian diluar rumah sakit (sistem komunikasi informasi tentang penyampaian berita) dan didalam rumah sakit (sistem peringatan dini)
- Penyiagaan (aktifasi tim)

b. Tahap aksi awal (*“Initial Action Stage”*)

- 1) Dengan melakukan pengiriman Tim Reaksi Cepat (untuk eksternal disaster berkoordinasi dengan Tim Reaksi Cepat ditingkat daerah)
- 2) Memberlakukan TMIRS secara parsial sesuai dengan kejadian bencana
- 3) Melakukan mobilasi dan aktifasi sumber daya (SDM dan fasilitas)
- 4) Melengkapi informasi melalui komunikasi dan melakukan koordinasi

c. Tahap operasional (*“Operation Stage”*)

- 1) Memberlakukan TMIRS secara penuh, dimulai dengan melakukan *“briefing”* kepada tim penanganan bencana rumah sakit
- 2) Mengirimkan tim kelapangan, menyiapkan rumah sakit untuk menerima korban masal dirumah sakit, malakukan penanganan medis

dilapangan, melakukan transportasi evakuasi (rujukan), penanganan korban cedera, pengungsi dan korban meninggal dunia

- 3) Menilai dan melakukan “*hospital evacuation*” (evakuasi pasien dan personil rumah sakit) dan tindakan-tindakan yang diperlukan sesuai dengan kondisi bencana (untuk internal disaster)

d. Tahap konsolidasi (“*Consolidation Stage*”)

- 1) Melaksanakan “*debriefing*”
- 2) Menyusun laporan pelaksanaan
- 3) Melakukan evaluasi dan penyiagaan kembali

9. Pembiayaan

Penyusunan anggaran untuk penanganan pra bencana, saat bencana dan paska bencana adalah sebagai berikut (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009) :

- a. Pra bencana :

Pada saat belum terjadi bencana diperlukan anggaran untuk penyiapan fasilitas rumah sakit, penyusunan prosedur penanganan (pembuatan dokumen tertulis), sosialisasi program dan koordinasi antar instansi, melakukan pelatihan dan simulasi secara periodik

b. Pada saat bencana

Pada saat bencana diperlukan anggaran untuk pengiriman tim, transportasi, komunikasi, logisti, konsumsi, bahan medis habis pakai serta obat-obatan, dan biaya perawatan korban bencana

c. Paska bencana

Paska bencana diperlukan anggaran untuk pembuatan laporan dan pendataan (dokumentasi, biaya penggantian peralatan yang rusak atau hilang)

d. Sumber pembiayaan

- 1) Dari pemerintah, sesuai dengan ketentuan UU Bencana Nomor 24 tahun 2007. Bahwa sumber pembiayaan didapat dari pemerintah, dapat berupa penggantian berdasarkan laporan

yang dibuat oleh rumah sakit yang difasilitasi oleh Dinas Kesehatan setempat atau Departemen Kesehatan atau melalui Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD).

2) Sumber lain yang tidak mengikat

10. Koordinasi, Diseminasi dan Sosialisasi

Koordinasi dilakukan antar unit kerja didalam rumah sakit dan antar instansi diluar rumah sakit (kepolisian, pemadam kebakaran (DAMKAR), PMI, rumah sakit lain, LSM, Badan Meteorologi dan Geofisika (BMG), Dinas Kesehatan, Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD), “*Public Savety Center*” (PSC), dan lain-lain), realisasi koordinasi dapat berbentuk kesepakatan antar instansi (“*MoU*”) bila diperlukan atau berdasarkan pertemuan berkala yang diselenggarakan terus menerus (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Diseminasi dan sosialisasi P3B-RS dalam menghadapi bencana dilakukan untuk staf atau karyawan rumah sakit secara internal dan instansi terkait (“*stakeholder*” / rumah sakit) dan masyarakat (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

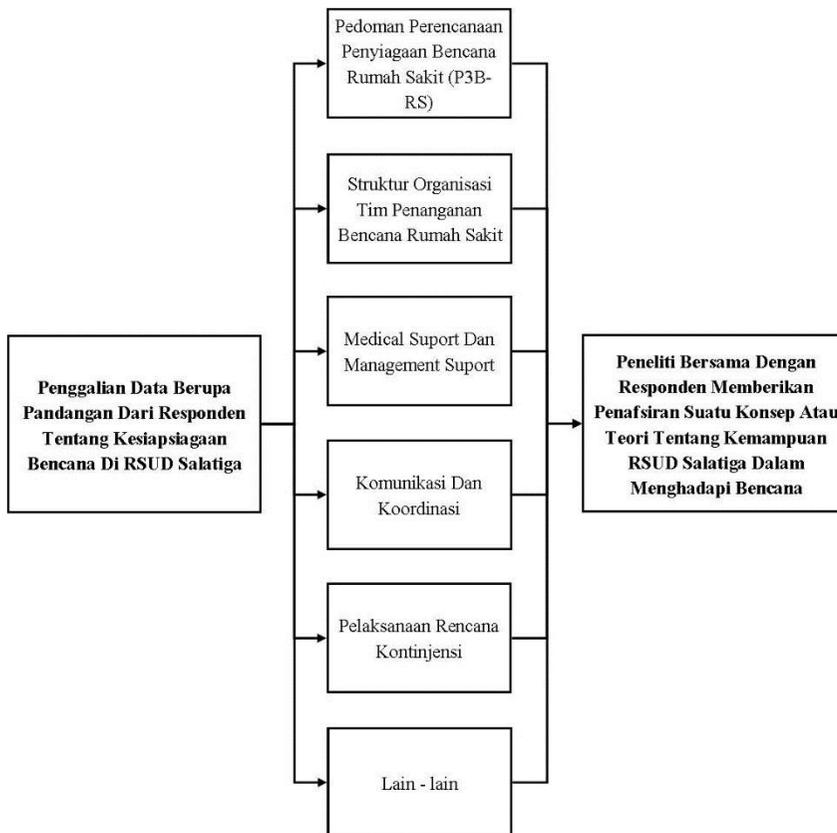
Hasil dari kegiatan koordinasi, diseminasi dan sosialisasi dilaporkan ke Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan dalam bentuk laporan kegiatan secara berkala (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

D. Kerangka Konsep

Hubungan antar variabel dalam penelitian kualitatif bersifat holistik dan menekankan pada proses, maka penelitian kualitatif melihat hubungan variabel pada obyek yang diteliti lebih bersifat interaktif yaitu saling mempengaruhi. Penelitian kualitatif berangkat dari penggalan data berupa pandangan responden dalam bentuk

cerita rinci atau asli mereka, kemudian para responden bersama peneliti memberi penafsiran sehingga menciptakan, mengembangkan, konsep atau teori sebagai temuan.

Dengan berdasarkan landasan teori yang telah dijelaskan, maka kerangka konsep penelitiannya adalah sebagai berikut :



Gambar 2. 5. Kerangka konsep

E. Pertanyaan Penelitian

1. Sudahkah RSUD Kota Salatiga memiliki buku Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS) ?

2. Sudahkah dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana di RSUD Kota Salatiga ?
3. Adakah kesiapan dukungan pelayanan medis dan dukungan managerial dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga ?
4. Adakah kesiapan dalam hal membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu dalam rangka menghadapi keadaan darurat bencana ?
5. Sudahkah RSUD Kota Salatiga membuat program pelaksanaan rencana kontinjensi (penanganan bencana) ?