

BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Subyek Dan Obyek Penelitian

Dari hasil penelitian didapatkan gambaran subyek penelitian berupa gambaran umum dari RSUD Salatiga, yaitu antara lain :

a. Bangunan Gedung :

Gedung pelayanan dan perkantoran RSUD Kota Salatiga berdiri diatas tanah seluas $\pm 33.600 \text{ m}^2$, yang terdiri dari :

- 1) 1 buah gedung Poliklinik dan IGD 3 lantai
- 2) 1 buah gedung Rawat Inap Paviliun 4 lantai
- 3) 3 buah gedung Rawat Inap Cempaka, Melati, dan Anggrek
- 4) 1 buah gedung Instalasi Gizi, Laundry dan CSSD 2 lantai
- 5) 1 buah gedung Administrasi dan Keuangan

- 6) 1 buah eks gedung Pelayanan Gawat Darurat
- 7) 1 buah eks gedung Instalasi Farmasi
- 8) 1 buah gedung Pelayanan Laboratorium
- 9) 1 buah gedung Instalasi Radiologi
- 10) 1 buah gedung Rawat Inap Flamboyan kelas
III 4 lantai
- 11) 1 buah gedung Instalasi Bedah Sentral (IBS)
- 12) 1 buah gedung Pelayanan Gizi dan cucian
- 13) 1 buah gedung Instalasi Pemulasaraan Jenazah
- 14) 1 buah gedung Workshop
- 15) 1 buah gedung Ruang Tunggu & Cafeteria
- 16) 1 buah gedung Generator
- 17) 1 buah gedung Masjid Al-Musytskyfa
- 18) 1 buah gedung Koperasi
- 19) 1 buah gedung Incenerator

b. Fasilitas Yang Dimiliki

RSUD Salatiga mempunyai beberapa fasilitas pelayanan yang meliputi sebagai berikut :

- 1) Intensive Care Unit (ICU)
- 2) High Care Unit (HCU)
- 3) Rawat Inap VIP & VVIP
- 4) Rawat Inap Kelas 1A
- 5) Rawat Inap Kelas 1B
- 6) Rawat Inap Kelas 1C
- 7) Rawat Inap Kelas 2
- 8) Rawat Inap Kelas 3
- 9) Pelayanan Poliklinik Executive, terdiri dari :
 - a) Klinik ortodensi gigi
 - b) Klinik konservasi gigi
 - c) Klinik gigi anak
 - d) Klinik penyakit dalam
 - e) Klinik syaraf
 - f) Klinik kulit kelamin & estetika

- g) Klinik ortopedi & traumatik
- h) Klinik THT
- i) Klinik urologi
- j) Klinik paru
- k) Klinik kesehatan jiwa
- l) Klinik gigi umum

10) Pelayanan Poliklinik Reguler, terdiri dari :

- a) Klinik penyakit dalam
- b) Klinik bedah
- c) Klinik kandungan & kebidanan
- d) Klinik anak
- e) Klinik syaraf
- f) Klinik mata
- g) Klinik THT
- h) Klinik kulit kelamin & estetika

- i) Klinik kesehatan jiwa
 - j) Klinik ortopedi & traumatik
 - k) Klinik spesialis gigi
 - l) Klinik pelayanan gizi
 - m) Klinik VCT & CST
 - n) Klinik paru
 - o) Klinik urologi
 - p) Klinik psikologi
 - q) Klinik asesment narkoba
 - r) Klinik reumatologi & osteoporosis
 - s) Klinik tumbuh kembang anak
 - t) Klinik TB-DOT
 - u) Pelayanan farmasi
- 11) Instalasi Gawat Darurat (IGD)
- 12) Pelayanan PONEK

- 13) Pelayanan Perinatal Resiko Tinggi (PERISTI)
- 14) Instalasi Bedah Sentral (IBS)
- 15) Pelayanan Endoscopy & Treadmill
- 16) Instalasi Haemodialisa
- 17) Instalasi Rehabilitasi Medik
- 18) Instalasi Radiologi
- 19) Instalasi Laboratorium
- 20) Instalasi Bank Darah
- 21) Instalasi CSSD
- 22) Pelayanan Mobil Ambulance
- 23) Instalasi Pembuangan Air Limbah (IPAL)
- 24) Incenerator
- 25) Pelayanan Electro Medic
- 26) Instalasi Farmasi
- 27) Instalasi Pemulasaraan jenazah

c. Kapasitas Jumlah Tempat Tidur

Kapasitas jumlah tempat tidur di RSUD Salatiga baik dalam keadaan normal maupun pada saat terjadi bencana, maka kemungkinan akan terjadi penambahan tempat tidur seperti pada tabel berikut dibawah ini :

Tabel 4. 1 Nama ruang rawat inap dan jumlah kapasitas tempat tidur

NAMA BANGSAL	JUMLAH TT NORMAL	KAPASITAS MAKSIMAL
Melati	14	18
Anggrek	34	40
PONEK Lt.1	11	11
Cempaka	35	41
Paviliu Lt.2	17	19
Paviliun Lt.3	17	19
Paviliun Lt.4	17	19
Flamboyan Lt.1	30	40
Flamboyan Lt.2	30	40
Flamboyan Lt.3	30	40
Flamboyan Lt.4	30	40
ICU	4	4
HCU	4	4
Ruang Observasi IGD	4	4
PONEK Lt.2 (box bayi perinatal)	13	13
PONEK Lt.1 (box bayi perinatal)	4	4
Jumlah Total Tempat Tidur Dewasa	277	339
Jumlah Total Tempat Tidur Box Bayi	17	17

Dari tabel tersebut diatas bisa diketahui bahwa apabila ada bencana yang memungkinkan kenaikan jumlah pasien, maka masih dimungkinkan penambahan tempat tidur pada bangsal yang sudah ada adalah maksimal berjumlah 339 buah tempat tidur dan 17 box bayi. Data tersebut dapat memberikan informasi untuk dapat merencanakan dan menentukan kebutuhan tempat tidur di tempat lain selain didalam bangsal rawat inap sebagai tempat perawatan darurat (misal di lorong – lorong jalan antara dua gedung, ruang kantor, atau ruang – ruang yang lain) yang memungkinkan dapat digunakan untuk menempatkan tempat tidur pasien, dan jika diperlukan dapat membuka rumah sakit lapangan (penggunaan tenda di area terbuka untuk bangsal perawatan darurat).

d. Jumlah SDM (Karyawan RSUD Salatiga)

Dengan komposisi sebagai berikut :

- 1) Tenaga dokter (47 orang) terdiri dari :

- a) Dokter umum : 12 org (PNS 7 org,
BLUD 4 org)
- b) Dokter S2 (M. Kes) : 1 org
- c) Dokter gigi umum : 2 org
- d) Dokter gigi spesialis : 3 org
- e) Dokter Sp.PD : 4 org
- f) Dokter Sp.THT : 2 org
- g) Dokter Sp.Syaraf : 2 org
- h) Dokter Sp.KK : 1 org
- i) Dokter Sp.OG : 3 org
- j) Dokter Sp.B (Umum) : 3 org
- k) Dokter Sp.OT : 1 org
- l) Dokter Sp.U : 1 org
- m) Dokter Sp.BM : 1 org
- n) Dokter Sp.KJ : 1 org

- o) Dokter Sp.RM : 1 org
- p) Dokter Sp.Rad : 2 org
- q) Dokter Sp.A : 2 org
- r) Dokter Sp.An : 1 org
- s) Dokter Sp.Mata : 2 org
- t) Dokter Sp.Nefrologi : 1 org
- u) Dokter Sp.P : 1 org

- 2) Tenaga keperawatan (270 orang)
- 3) Tenaga kesehatan lainnya (98 orang)
- 4) Tenaga non kesehatan (159 orang)

e. Fasilitas lainnya :

- 1) Mobil ambulance
- 2) Mobil dinas
- 3) Genset sebagai sumber listrik alternatif
- 4) Tempat penampungan air sebagai sumber air alternatif

- 5) Hydran yang dipakai untuk menanggulangi dari bahaya bencana kebakaran
- 6) APAR (Alat Pemadam Api Ringan)
- 7) Area Titik Kumpul untuk efakuasi, yaitu suatu tempat atau area yang digunakan untuk mengefakuasi korban bencana.
- 8) Jalur Evakuasi. Dalam penanganan bencana internal, jalur evakuasi menjadi salah satu hal penting yang harus disiapkan dan disosialisasikan kepada semua komponen yang ada di rumah sakit baik karyawan, pasien maupun pengunjung. Hal ini dilakukan agar apabila terjadi bencana internal yang memerlukan proses evakuasi bisa dilakukan dengan baik tanpa menimbulkan bencana berikutnya akibat proses evakuasi yang tidak tersistematis. Jalur evakuasi ini terutama adalah untuk menggambarkan proses. Selain denah jalur evakuasi, untuk proses sosialisasi

kepada semua komponen yang ada di rumah sakit, maka di buat petunjuk-petunjuk atau arah yang ditempel di beberapa tempat untuk memudahkan proses evakuasi korban.

9) Ruang Pusat Komando

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 keseluruhan dari sistem penanggulangan bencana rumah sakit. Sebagai

tempat Pusat komando maka perlu dilengkapi dengan akses line telpon internal dan eksternal rumah sakit (dan dilengkapi pula dengan HT atau radio CB), akses internet, papan informasi, dan fasilitas lainnya yang diperlukan. Namun dalam hal ini RSUD Salatiga belum memiliki tempat pusat komando tersebut.

f. Data Responden

Pengumpulan data dari hasil wawancara informan kunci dan berhenti sampai pada responden yang kesekian kali sebagai sumber yang sudah tidak memberikan informasi baru lagi. Responden tersebut antara lain adalah sebagai berikut :

1) Tenaga non kesehatan (pejabat struktural)

Nama responden : Bp. Agus Jasmani S. Kep

Jabatan : Kasi. Mutu Pelayanan
Medik

2) Tenaga non kesehatan (pejabat struktural)

Nama responden : Bp. Andy S. Kom

Jabatan : Kasi. Sarpras Penunjang

Pelayanan Medik

3) Tenaga non kesehatan (pejabat struktural)

Nama responden : Bp. Nikon Triwibowo, S.

Sos

Jabatan : Kasubag. Rumah Tangga

4) Tenaga keperawatan

Nama responden : Bp. Edy Wasana, S.Kep

Jabatan : Ka. Komite Keperawatan

2. Hasil Uji Validitas Dan Reabilitas Instrumen

Pada penelitian kuantitatif maka hasil penelitian dilakukan uji validitas dan reabilitas. Sedangkan pada penelitian kualitatif lebih menekankan pada aspek validitas (Stainback, 1988). Dalam penelitian kualitatif, temuan atau data dapat dinyatakan valid apabila tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan oleh peneliti dengan

apa yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang diteliti, tetapi perlu diketahui bahwa kebenaran realita data menurut penelitian kualitatif tidak bersifat tunggal, tetapi bersifat jamak dan tergantung pada konstruksi manusia yang dibentuk dalam diri seseorang sebagai hasil proses mental tiap individu dengan berbagai latar belakangnya. Oleh karena itu apabila terdapat 10 peneliti dengan latar belakang yang berbeda meneliti pada obyek yang sama, maka akan mendapatkan 10 temuan yang berbeda, dan semuanya dinyatakan valid, kalau apa yang ditemukan itu tidak berbeda dengan kenyataan sesungguhnya yang terjadi pada obyek yang diteliti (Sugiyono, 2013).

Pengertian reliabilitas dalam penelitian kuantitatif, sangat berbeda dengan reliabilitas dalam penelitian kualitatif. Hal ini terjadi karena terdapat perbedaan paradigma dalam melihat realitas. Menurut penelitian kualitatif, suatu realitas itu bersifat majemuk/ganda, dinamis/selalu berubah, sehingga tidak ada yang konsisten, dan berulang seperti semula. Dengan demikian

tidak ada suatu data yang tetap/konsisten/stabil. Selain itu, cara melaporkan penelitian bersifat ideosyncratic dan individualistik, selalu berbeda dari orang perorang. Tiap peneliti memberi laporan menurut bahasa dan jalan pikirannya sendiri. Demikian juga dalam pengumpulan data, pencatatan hasil observasi dan wawancara terkandung unsur-unsur individualistik. Proses penelitian itu sendiri selalu bersifat personalistik dan tidak ada dua peneliti akan menggunakan dua cara yang persis sama (Sugiyono, 2013).

Untuk menguji keabsahan data dalam penelitian kualitatif, adalah meliputi antara lain Credibility (validitas internal) atau uji kredibilitas :

- 1) Perpanjangan pengamatan.

Dalam hal ini peneliti telah melakukan penelitian sejak masuk atau tergabung dalam Komite MFK – RSUD Salatiga, sebagai buktinya adanya SK pengangkatan sebagai Sekretaris Komite MFK – RSUD Salatiga (terlampir).

2) Meningkatkan ketekunan.

Tentunya karena peneliti didalam melakukan penelitian dimulai sejak tergabung didalam Komite MFK – RSUD Salatiga, maka didalam melakukan penelitian menjadi lebih mendalam, baik melalui pengamatan langsung dilapangan, referensi buku, dan berbagai dokumentasi dari hasil temuan penelitian.

3) Diskusi dengan teman sekerja

Peneliti sering terlibat diskusi terkait dengan pekerjaan atau berbagai kegiatan dengan teman sejawat yang tergabung didalam Komite MFK.

4) Triangulasi sumber

Peneliti melakukan kroscek data yang telah diperoleh dari beberapa narasumber dengan data yang didapat dari observasi dilapangan.

5) Mengadakan Membercheck

Adalah suatu proses pengecekan data yang didapat peniliti dari pemberi data. Tujuanya

adalah untuk mengetahui apakah data yang telah didapat oleh peneliti sesuai dengan data yang diberikan oleh pemberi data. Setelah itu data disepakati bersama bahwa data tersebut benar adanya.

6) Menggunakan Bahan Referensi

Bahan yang dimaksud adalah data pendukung yang telah ditemukan oleh peneliti dalam bentuk rekaman suara dari nara sumber yang kemudian ditransfer dalam bentuk tulisan, dan data dari suatu obyek atau kegiatan yang diambil menggunakan foto kamera.

3. Hasil Penelitian Kualitatif

Yaitu menyajikan 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 (iphone) 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 :

1) Kepala Sub Bidang Mutu Pelayanan Medik (Bp. Agus Jasmani) yang dilakukan pada tanggal 27 Desember 2016 :

a) Apa yang harus dilakukan dari sebuah rumah sakit ketika dalam menghadapi keadaan bencana, baik internal maupun eksternal rumah sakit ?. jawaban responden.

b) Sudahkah RSUD Kota Salatiga memiliki buku Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS) ?. Jawaban dari responden adalah “Belum ada buku Pedoman Dan

Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit”.

- c) Sudahkah dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana di RSUD Kota Salatiga ?. Jawaban dari responden adalah “Belum dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana di RSUD Kota Salatiga”.
- d) Adakah kesiapan dukungan dari pelayanan medis dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga ?. Jawaban dari responden adalah “Pada prinsipnya pihak pelayanan medis harus siap mendukung dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga”
- e) Adakah dukungan manajerial dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana

di RSUD Kota Salatiga ?. Jawaban dari responden adalah “Pihak manajemen pasti akan mendukung dan itu sangat diperlukan atau dibutuhkan sebagai kewajiban dan tanggungjawab manajerial rumah sakit tentang keselamatan rumah sakit dan kepedulian sebagai institusi kesehatan”

- f) Adakah kesiapan dalam hal membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu dalam rangka menghadapi keadaan darurat bencana ?. jawaban dari responden adalah “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”.

- g) Sudahkah RSUD Kota Salatiga membuat program pelaksanaan rencana kontinjensi (penanganan bencana) ?. jawaban dari responden adalah “Belum ada program pelaksanaan rencana penanganan bencana”.

2) Kepala Sub Bidang Sarana Prasarana Penunjang (Bp. Andi) yang dilakukan pada tanggal 29 Desember 2016 :

- a) Apa yang harus dilakukan dari sebuah rumah sakit ketika dalam menghadapi keadaan bencana, baik internal maupun eksternal rumah sakit ?. jawaban responden adalah “Rumah sakit harus siap

setiap saat untuk menghadapi bencana, baik secara teknis dalam menghadapi bencana harus seperti apa, secara administrasinya harus seperti apa, karena bencana ini akan melibatkan masa dan korban bencana yang banyak, sehingga kita juga harus menyiapkan sarana prasarannya. Artinya dalam menghadapi bencana internal rumah sakit ini kita harus siap kapanpun bencana itu akan terjadi, untuk itu dibutuhkan suatu pelatihan atau simulasi dalam rangka menghadapi bencana. Kemudian terkait dengan bencana eksternal rumah sakit, harus dibentuk suatu Tim Siaga Bencana yang sewaktu-waktu siap untuk dikirim kelokasi bencana, tentunya kalau ada permintaan bantuan dari pihak Dinas Kesehatan setempat.

- b) Sudahkah RSUD Kota Salatiga memiliki buku Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS) ?. Jawaban dari responden adalah “Kita belum punya buku Pedoman dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit”.
- c) Sudahkah dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana di RSUD Kota Salatiga ?. Jawaban dari responden adalah ”Belum dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana Rumah Sakit”.
- d) Adakah kesiapan dukungan dari pelayanan medis dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga ?. Jawaban dari responden adalah “Baik medis maupun

paramedis siap memberikan pelayanan dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di rumah sakit”

- e) Adakah dukungan manajerial dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga ?. Jawaban dari responden adalah “Pihak manajerial tentu akan mensupport terkait dengan pelaksanaan penanganan bencana, misalnya adalah terkait dengan pendanaan atau anggaran, pengadaan sarana prasarana, mengadakan pelatihan-pelatihan tentang penggunaan APAR atau simulasi tentang kebakaran, ini semua harus dipersiapkan dengan sebaik mungkin”
- f) Adakah kesiapan dalam hal membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu dalam rangka menghadapi

keadaan darurat bencana ?. jawaban dari responden adalah “kita sudah memiliki jaringan komunikasi internal yang digunakan khusus 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”.

- g) Sudahkah RSUD Kota Salatiga membuat program pelaksanaan rencana kontinjensi (penanganan bencana) ?. jawaban dari responden adalah “Belum membuat program, masih dalam bentuk wacana saja”.

3) Kepala Sub Bagian Umum, Rumah Tangga Dan Perlengkapan (Bp. Nikon) yang dilakukan pada tanggal 30 Desember 2016 :

a) Apa yang harus dilakukan dari sebuah rumah sakit ketika dalam menghadapi keadaan bencana, baik internal maupun eksternal rumah sakit ?. jawaban responden adalah “Rumah sakit itu adalah salah satu lembaga teknis pemerintah untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat khususnya dibidang kesehatan, sehingga misalnya ada bencana yang terjadi baik internal maupun eksternal rumah sakit, maka kita harus siap menyumbangkan tenaga, pikiran dan sebagainya. Namun dikarenakan kita belum ada tim penanggulangan bencana yang dibentuk, maka rumah sakit kita

sebenarnya belum siap untuk menghadapi bencana jika sewaktu-waktu terjadi”.

- b) Sudahkah RSUD Kota Salatiga memiliki buku Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS) ?. Jawaban dari responden adalah “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”
- c) Sudahkah dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana di RSUD Kota Salatiga ?. Jawaban dari responden adalah “Seharusnya 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”

- d) Adakah kesiapan dukungan dari pelayanan medis dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga ?. Jawaban dari responden adalah “Secara prinsip pasti siap”
- e) Adakah dukungan manajerial dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga ?. Jawaban dari responden adalah “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”

- f) Adakah kesiapan dalam hal membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu dalam rangka menghadapi keadaan darurat bencana ?. jawaban dari responden adalah “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”

g) Sudahkah RSUD Kota Salatiga membuat program pelaksanaan rencana kontinjensi (penanganan bencana) ?. jawaban dari responden adalah “belum ada program pelaksanaan rencana penanganan bencana”

4) Ketua Komite Keperawatan (Bp. Edy Wasana) yang dilakukan pada tanggal 17 Februari 2017:

a) Apa yang harus dilakukan dari sebuah rumah sakit ketika dalam menghadapi keadaan bencana, baik internal maupun eksternal rumah sakit ?. jawaban responden adalah “Sebuah rumah sakit harus menyiapkan SDM nya serta fasilitasnya, karena yang namanya bencana tidak dapat diduga dan korbanya

pasti banyak sehingga dibutuhkan SDM dan sarana yang memadai”.

- b) Sudahkah RSUD Kota Salatiga memiliki buku Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS) ?. Jawaban dari responden adalah “sudah ada sejak 5 tahun yang lalu, namun belum pernah ada sosialisasi dan belum pernah direvisi”
- c) Sudahkah dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana di RSUD Kota Salatiga ?. Jawaban dari responden adalah “Saya kira sudah dibentuk, namun karena belum pernah disosialisasikan maka tentunya orang-orang yang berada di tim tersebut juga belum mengetahui tugas pokok dan fungsinya”

- d) Adakah kesiapan dukungan dari pelayanan medis dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga ?. Jawaban dari responden adalah “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)”
- e) Adakah dukungan manajerial dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga ?. Jawaban dari responden adalah “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”

- f) Adakah kesiapan dalam hal membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu dalam rangka menghadapi keadaan darurat bencana ?. jawaban dari responden adalah “Secara internal di komite keperawatan, karena bentuknya adalah fungsional maka kami dalam hal berkomunikasi dan berkoordinasi melibatkan 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”

- g) Sudahkah RSUD Kota Salatiga membuat program pelaksanaan rencana kontinjensi (penanganan bencana) ?. jawaban dari responden adalah “Ada rencana pelaksanaan simulasi dengan pihak ketiga dalam rangka penanganan bencana”

c. Notulen hasil diskusi kelompok terfokus (FGD) :

Hari / tanggal : Kamis, 07 September 2017

Waktu : 09.00 – selesai WIB

Tempat : Ruang Binekahusada Lt.3
Gedung IGD

Kegiatan : Diskusi persiapan rencana
pelaksanaan penanganan
bencana di rumah sakit

Pelaksana : Listiyono, S.Kep, M.Kes.

(KaBag. Bina Program)

Pimpinan rapat : dr. Aljuned Prasetyo

Ka. IGD / Sekretaris MFK

Notulis : Bu Emy (Staf YanMed)

Peserta FGD :

- 1) Bp. Junaidi S.Kep (Ka.Bid. Keperawatan)
- 2) Ibu Armita, SE (Kasub.Bag. Keuangan)
- 3) Bp. Agus Jasmani (Kasub.Bid.Mutu YanMed)
- 4) Bp. Andi (Kasubid Sarpras Penunjang)
- 5) Bp. Nikon (Kasub.Bag. Umum/RT)
- 6) Bp. Edy Wasana (Ka. Komite Keperw)
- 7) Bp. Slamet (Ka. IPSRS)
- 8) Bp. Winarno (Ka. IRNA)
- 9) Bp. Hardi (Sopir Ambulance)

Permasalahan :

- 1) Apa yang harus dilakukan dari sebuah rumah sakit ketika dalam menghadapi keadaan bencana
- 2) Sudahkah RSUD Kota Salatiga memiliki buku Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS)
- 3) Sudahkah dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana di RSUD Kota Salatiga
- 4) Adakah kesiapan dukungan dari pelayanan medis dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga
- 5) Adakah dukungan manajerial dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga
- 6) Adakah kesiapan dalam hal membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu dalam rangka menghadapi keadaan darurat bencana
- 7) Sudahkah RSUD Kota Salatiga membuat program pelaksanaan rencana kontinjensi (penanganan bencana)

Pemecahan masalah :

- 1) Dalam rangka menghadapi situasi kegawat daruratan yang bersifat sehari-hari atau dalam kondisi bencana, maka sebuah rumah sakit harus selalu siap secara terpadu dan komprehensif yang dikelola kedalam suatu bentuk sistem. Sistem tersebut adalah SPGDT (Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu) yang sudah ada di RSUD Kota Salatiga. Segera menghubungi instansi terkait untuk dilakukan pertemuan, membahas tindak lanjut apa yang akan dilakukan agar SPGDT tersebut dapat berjalan dengan semestinya, kemudian mensosialisasikan hasil pertemuan tersebut kepada seluruh karyawan rumah sakit. Kemudian pada saat terjadi bencana maka keselamatan nyawa dan kesehatan

masyarakat menjadi masalah utama dengan risiko dan konsekuensi yang berakibat fatal, dengan situasi dan kondisi yang tidak menentu, serta kesimpang siuran informasi, sedangkan kondisi tersebut membutuhkan reaksi segera dalam waktu yang singkat. Maka dalam hal ini perlu membuat suatu manajemen khusus tentang bencana.

- 2) Sebenarnya RSUD Kota Salatiga sudah memiliki buku Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS), namun sudah sekian lama sekitar 20 tahun belum pernah dilakukan evaluasi maupun revisi, sehingga agenda kedepan adalah segera melakukan evaluasi dan revisi buku pedoman tersebut agar dapat disesuaikan dengan perkembangan jaman, kebutuhan keamanan dan keselamatan

rumah sakit serta amanah dari akreditasi rumah sakit.

- 3) Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana di RSUD Kota Salatiga yang mengacu pada Buku Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS) ternyata belum dibentuk dan ditetapkan. Untuk itu segera dibentuk dan ditetapkan struktur organisasinya yang kemudian dimasukkan kedalam buku pedoman tersebut.
- 4) Dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga, maka perlu adanya kesiapan dukungan dari pelayanan medis. Salah satu bentuk dukungannya adalah :
 - a) Setiap dokter umum harus memiliki kemampuan dengan sertifikasi kegawat daruratan, yaitu

minimal antara lain ATLS dan ACLS. Dan untuk perawat adalah BTCLS. Bagi yang belum memiliki segera diusulkan untuk mengikuti pelatihan

b) Setiap tenaga kesehatan baik medis maupun paramedis harus siap dan mau sewaktu-waktu dilakukan mobilisasi tenaga kesehatan

5) Sedangkan bentuk dukungan manajerial dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga adalah :

a) Memfasilitasi segala bentuk kebutuhan untuk setiap kegiatan yang akan dilakukan

b) Menyiapkan alat, sarana dan prasarana yang dibutuhkan

- c) Membuat program pelatihan bagi SDM baik secara internal maupun eksternal rumah sakit
- d) Membuat rencana program simulasi
- e) Monitoring kepatuhan unit independen didalam rumah sakit (kantin, koperasi, kcp. Bank, “*outsourcing*”, dll)
- f) Peta evakuasi yang sudah ada ditampilkan dan ditempatkan disetiap sudut ruangan atau gedung yang mudah dilihat
- g) Menampilkan dan menempatkan papan petunjuk titik kumpul pada tempat atau area kosong yang bebas dari bahaya

- h) Melakukan pemeliharaan alat pemadam kebakaran secara berkala
 - i) Menempatkan APAR secara benar di setiap ruangan
 - j) Membuat rencana uji coba alat pemadam kebakaran Hydrant
 - k) Membuat nota dinas kepada direktur rumah sakit untuk menerbitkan SK direktur tentang larangan merokok
 - l) Pihak security diperintahkan agar wajib melakukan monitoring kepatuhan larangan merokok di lingkungan rumah sakit
 - m) Membuat rencana anggaran yang dibutuhkan
- 6) Dalam hal kesiapan membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu

dalam rangka menghadapi keadaan darurat bencana, maka yang perlu dilakukan adalah :

- a) Melakukan pertemuan dan koordinasi dengan pihak terkait, antara lain dengan pihak Dinas Kesehatan Kota, DAMKAR, Kepolisian, PMI, rumah sakit lain disekitar kota, dan masyarakat setempat.
- b) Membuat MoU dengan pihak terkait, antara lain dengan pihak Kepolisian, DAMKAR, PMI, rumah sakit lainnya dalam rangka membangun jaringan komunikasi dan koordinasi serta bantuan
- c) Membuat jaringan khusus komunikasi internal yang digunakan untuk kebutuhan

komunikasi dan koordinasi, baik jaringan komunikasi secara telpon kabel (*"aiphone"*) maupun jaringan komunikasi radio (*"Handy Talky"* / HT)

- 7) Karena program pelaksanaan rencana kontinjensi (penanganan bencana) di RSUD belum ada, maka perlu membuat rencana pelaksanaan penanganan bencana yaitu dalam bentuk simulasi bencana. Pada pelaksanaanya dibutuhkan pihak ketiga sebagai pelatih yang memiliki kompetensi dan pengalaman dibidang penangan bencana yang diundang untuk memberikan pelatihan secara internal di rumah sakit. Serta mengundang pihak DAMKAR sebagai pelatih dalam rangka pelatihan internal rumah sakit tentang

penggunaan APAR (Alat Pemadam Api Ringan).

5. Hasil studi dokumentasi yang diperoleh

Dokumen merupakan sumber data yang dapat digunakan untuk melengkapi hasil penelitian, baik berupa tulisan atau catatan, gambar atau foto, film dan karya-karya lainnya pada masa lampau yang dapat memberikan informasi dalam proses penelitian (Sugiyono, 2013).

- a. Buku Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS) yang dibuat pada bulan Juli tahun 1997 (terlampir dalam bentuk foto copy)
- b. Peta jalur evakuasi RSUD Kota Salatiga (terlampir)
- c. Foto obserfasi lapangan (terlampir)
- d. Foto kegiatan saat FGD (terlampir)
- e. Rekaman suara hasil wawancara dengan nara sumber (terlampir dalam bentuk CD)

B. Pembahasan

Adalah berisi uraian dan analisis dari hasil temuan penelitian yang dijelaskan, diterangkan atau dipaparkan (“*Explain*”) kemudian dibandingkan (“*Compare*”) dan dilakukan penilaian (“*Evaluate*”), selanjutnya di tafsirkan atau diterjemahkan (“*Interpretation*”).

Tabel 4. 2 Pengkodean hasil penelitian Buku P3B-RS

PERTANYAAN PENELITIAN	AXIAL CODING	SELECTIVE CODING (TEMA PENELITIAN)
Buku Pedoman Dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS)	Responden Bp. Agus dan Bp. Andi : Belum ada atau belum punya Buku Pedoman dan Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit	
	Responden Bp. Nikon dan Bp. Edy : 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	RSUD Kota Salatiga sudah memiliki buku P3B-RS atau “ <i>Hospital Disaster Plan</i> ”, namun sudah kadaluwarsa. Sehingga perlu dilakukan evaluasi dan revisi.
	Temuan hasil observasi lapangan : Hospital Disaster Plan atau P3B-RS sudah ada sejak Juli 2007 yaitu sekitar 11 tahun yang lalu, namun sampai dengan sekarang belum pernah dilakukan evaluasi dan revisi	

Tabel 4. 3 Pengkodingan hasil penelitian struktur organisasi tim penanganan bencana

PERTANYAAN PENELITIAN	AXIAL CODING	SELECTIVE CODING (TEMA PENELITIAN)
Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana	Responden Bp. Agus dan Bp. Andi : Belum dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana di rumah sakit	
	Responden Bp. Nikon dan Bp. Edy : Sudah dibentuk dan ditetapkan Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana (pernyataan yang ragu-ragu)	Belum dibentuk dan ditetapkan struktur organisasi Tim Penanganan Bencana di RSUD Kota Salatiga
	Temuan hasil observasi lapangan : Belum dibentuk Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana	

Tabel 4. 4 Pengkodingan hasil penelitian dukungan pelayanan medis dan dukungan managerial

PERTANYAAN PENELITIAN	AXIAL CODING	SELECTIVE CODING (TEMA PENELITIAN)
<p>Kesiapan dukungan pelayanan medis dan dukungan managerial dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana</p>	<p>Responden Bp. Agus, Bp. Andi, Bp. Nikon dan Bp. Edy : Secara prinsip baik pihak pelayanan medis maupun managerial siap dan mendukung dalam rangka pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga</p> <hr/> <p>Temuan hasil observasi lapangan : Baik pihak pelayanan medis maupun pihak managerial mendukung pelaksanaan penanganan bencana di RSUD Kota Salatiga, namun belum siap secara keseluruhan</p>	<p>Pihak pelayanan medis maupun pihak managerial RSUD Kota Salatiga mendukung adanya pelaksanaan penanganan bencana, namun belum siap secara keseluruhan.</p>

Tabel 4. 5 Pengkodingan hasil penelitian kesiapan membangun system komunikasi dan koordinasi terpadu

PERTANYAAN PENELITIAN	AXIAL CODING	SELECTIVE CODING (TEMA PENELITIAN)
<p>Kesiapan membangun system komunikasi dan koordinasi terpadu dalam menghadapi keadaan darurat bencana</p>	<p>Responden Bp. Agus, Bp. Andi, Bp. Nikon dan Bp. Edy : RSUD Salatiga telah memiliki jaringan komunikasi internal (“<i>Aiphone</i>”), namun belum memiliki alat komunikasi tanpa kabel yaitu “<i>Handy Talky</i>” (HT). dan belum ada jalinan kerjasama dengan pihak terkait (DAMKAR, PMI, Kepolisian, PSC-119, DKK) dalam bentuk MOU</p> <hr/> <p>Temuan hasil observasi lapangan : RSUD Salatiga telah memasang jalur khusus komunikasi internal menggunakan <i>Aiphone</i> tapi belum memiliki alat komunikasi tanpa kabel <i>Handy Talky</i> (HT), juga belum terjalin kerjasama dengan pihak terkait (DAMKAR, Kepolisian, DKK, PSC-119, PMI) dalam bentuk perjanjian (MoU)</p>	<p>RSUD Salatiga dalam hal membangun sistem komunikasi dan koordinasi secara terpadu dalam rangka menghadapi keadaan darurat bencana telah memasang jaringan komunikasi internal menggunakan <i>Aiphone</i>, 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. Belum terbentuk kerjasama jalinan komunikasi dan koordinasi dengan pihak terkait (DAMKAR, PMI, PSC-119, Kepolisian, dan DKK) maupun dengan rumah sakit sekitar.</p>

Tabel 4. 6 Pengkodingan hasil penelitian program pelaksanaan rencana kontinjensi

PERTANYAAN PENELITIAN	AXIAL CODING	SELECTIVE CODING (TEMA PENELITIAN)
Program pelaksanaan rencana kontinjensi	Responden Bp. Agus dan Bp Nikon : Belum ada program pelaksanaan rencana penanganan bencana	
	Responden Bp. Edy : Sudah ada rencana pelaksanaan simulasi penanganan bencana	RSUD Salatiga belum membuat program pelaksanaan rencana kontinjensi (penanganan bencana)
	Temuan hasil observasi lapangan : Belum membuat rencana pelaksanaan kontinjensi (penanganan bencana), baru sebatas wacana	

1. “*Explain*” (pemaparan temuan hasil penelitian) :

RSUD Kota Salatiga yang memiliki 21 buah bangunan gedung pelayanan dan perkantoran yang berdiri diatas tanah seluas $\pm 33.600 \text{ m}^2$, 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 “*iphone*”, 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 mengganggu 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 (Salim, 2014). 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 (Gebbie and Qureshi, 2006).

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 ketaatan unit independen

didalam rumah sakit (misal kantin, koperasi, kcp. Bank, “*outsourching*”, 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.

2. “*Compare*” (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 11 tahun lamanya sejak Juli 2007 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) Dalam pelaksanaan penanganan bencana, dukungan pelayanan medis ("*medical support*") maupun dukungan manajerial ("*management support*") sangat dibutuhkan. Dari temuan penelitian didapatkan perbandingan sebagai berikut :

Tabel 4. 7 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 “<i>life saving</i>” sampai peralatan terapi definitive • 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 “<i>life saving</i>” 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
<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 transportasi (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 transportasi 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.

3. *“Evaluate”* (menilai) :
 - a. *“Hospital Disaster Plan”* atau P3B-RS di RSUD Salatiga sudah dibuat, namun selama kurun waktu 11 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 tekhnologi, serta perkembangan jaman pada saat ini.
 - b. 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.

- c. 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.
- d. 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.

- e. 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.

4. “*Interprestation*” (interprestasi atau penafsiran)
 - a. 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.

- b. 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).
- c. 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 :

- 1) Menyiapkan SDM nya yaitu para dokter untuk mengikuti diklat, dalam rangka meningkatkan kemampuannya dalam hal “*life saving*” sesuai dengan standar pelayanan dan standar kompetensi.
- 2) Menyiapkan daerah “*triage*” di IGD, dan melengkapi label-label serta rambu-rambu.
- 3) Melengkapi buku pedoman pelayanan, “*clinical pathway*”, dan SPO (Standar Prosedur Operasional).
- 4) Memfasilitasi segala bentuk kebutuhan untuk setiap kegiatan yang akan dilakukan.
- 5) Menyiapkan alat, sarana dan prasarana yang dibutuhkan.
- 6) Membuat program pelatihan kebencanaan, baik yang dilaksanakan secara internal maupun eksternal.

- 7) Membuat rencana program simulasi.
- 8) Melakukan monitoring kepatuhan terhadap unit independen didalam rumah sakit misalnya kepada kantin, koperasi, kcp. Bank, “*outsourcing*” dan lain-lain.
- 9) Menampilkan dan menempatkan peta evakuasi disetiap sudut ruangan atau gedung yang mudah dilihat.
- 10) Menampilkan dan menempatkan papan petunjuk titik kumpul pada tempat atau area kosong yang bebas dari bahaya.
- 11) Melakukan pemeliharaan alat pemadam kebakaran secara berkala
- 12) Menyediakan APAR sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan dan menempatkannya secara benar disetiap ruangan.
- 13) Membuat rencana uji coba alat pemadam kebakaran hydran

- 14) Menerbitkan Surat Keputusan Direktur tentang larangan merokok.
 - 15) Membuat rencana anggaran yang dibutuhkan.
 - 16) Menyiapkan Pos Komando,
- d. 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.

- e. 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.