

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu, pengindraan dapat terjadi melalui panca indra manusia. Manusia memiliki pancaindra di antaranya, pengelihatn, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Dan sebagian besar, manusia mendapatkan pengetahuan dari indra pengelihatn dan pendengaran (Notoatmodjo, 2010)

2. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan mempunyai enam tingkatan, yaitu:

a. Tahu (*Know*)

Tahu dapat di artikan sebagai mengingat suatu yang telah dipelajari sebelumnya. Mengingat kembali atau *recall* sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rangsangan yang telah di terima. Maka dari itu, tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami dapat di artikan kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang suatu objek yang di ketahui, dan dapan

menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham tentang suatu objek atau materi dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang di pelajari.

c. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi dapat di artikan sebagai kemampuan seseorang untuk mempraktekan materi yang telah dipelajari. Contohnya penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan lainnya

d. Analisisi (*Ansalysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi ke dalam komponen-komponen, tetapi masi di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu dengan yang lain.

e. Sintesis (*Sinthesis*)

Sentesis adalah kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah suatu kemempuan untuk memberikan penilaian terhadap suatu objek atau materi (Notoatmodjo, 2010)

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan

a. Faktor internal

1) Usia

Semakin bertambahnya usia seseorang maka proses perkembangan mentalnya bertambah baik. Akan tetapi, ketika memasuki usia lansia akan terjadi penurunan (Budiman & Riyanto, 2013).

2) Pengalaman

Pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain yaitu pengalaman yang atau buruk dapat dijadikan suatu upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mengulang pengalaman yang telah terjadi untuk menyelesaikan suatu masalah (Budiman & Riyanto, 2013)

3) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk meningkatkan kemampuan tertentu, sehingga sasaran pendidikan itu dapat berdiri sendiri. Tingkat pendidikan dapat menentukan mudah tidaknya seseorang untuk

memahami dan menyerap pengetahuan yang di peroleh. Pada umumnya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin baik pula pengetahuannya.

4) Pekerjaan

Dengan adanya pekerjaan maka seseorang akan memerlukan banyak waktu untuk bekerja. Masyarakat yang cenderung sibuk dengan pekerjaannya akan memiliki waktu yang sedikit untuk memperoleh informasi, sehingga tingkat pengetahuan yang dimiliki kurang (Dewi, 2011).

g. Faktor external

1) Sosial budaya

Sosial budaya dapat berpengaruh pada pengetahuan seseorang. Seseorang memperoleh kebudayaan dalam berhubungan dengan orang lain. Berhubungan dengan orang lain dapat mengalami proses belajar dan memperoleh pengetahuan (Dewi, 2011)

2) Lingkungan

Lingkungan memberikan pengaruh pertama bagi seseorang, di mana seseorang itu akan mempelajari hal-hal yang baik maupun yang

buruk tergantung dari sifat kelompoknya. Dalam lingkungan seseorang akan mendapatkan pengalaman yang berpengaruh pada cara berfikir seseorang (Dewi, 2011).

4. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang isi dari pertanyaan mengenai materi yang ingin diukur dari subyek atau responden ke dalam pengetahuan yang ingin kita ukur kemudian, disesuaikan dengan tingkat pengetahuan yang meliputi tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi. Terdapat dua jenis pertanyaan yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan di antaranya *subjektif* dan *objektif*. Contoh dari pertanyaan subjektif adalah pertanyaan esay dan, contoh pertanyaan objektif adalah pertanyaan pilihan ganda, betul atau salah, dan menjodohkan (Sugiyono, 2015).

B. Bencana

1. Pengertian Bencana

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 menimbulkan

timbulnya korban jiwa manusia, kerugian harta benda, dan dampak psikologis (UU.24 Tahun 2007).

2. Tahapan Bencana

a. Tahapan pra disaster

Pra disaster adalah tahap di mana bencana belum terjadi. Pada tahap ini paling strategis untuk melatih masyarakat untuk tanggap akan bencana. Kesiapan masyarakat dalam tanggap bencana akan mempengaruhi jumlah korban.

b. Tahapan bencana (*Impact*)

pada tahap bencana, waktu serangan bencana ada yang beberapa detik, minggu, bahkan bulan. Tahap serangan di mulai saat bencana menyerang sampai serangan berhenti.

c. Tahapan *Emergency*

Tahap emergency di mulai pada saat serangan bencana yang pertama berhenti, bila serangan bencana periodik. Tahap *emergency* dapat terjadi ber minggu-minggu bahkan bulan. Pada tahap ini korban memerlukan bantuan medis, sandang, pangan dan papan.

d. Tahap *rekonstruksi*

Pada tahap rekonstruksi mulai memperbaiki fasilitas-fasilitas yang rusak akibat bencana di antaranya rumah, rumah sakit, sekolah dan lainnya. Kebudayaan masyarakat juga perlu di perbaiki dengan harapan kehidupan korban bencana menjadi lebih baik (Kurniyati, 2012)

C. Rencana kegawatdaruratan penanggulangan bencana rumah sakit

1. Pengertian

Rencana kegawatdaruratan penanggulangan bencana rumah sakit adalah perencanaan atau upaya penyiagaan rumah sakit untuk menghadapi keadaan *emergency*/bencana yang bertujuan untuk meningkatkan kesiagaan rumah sakit untuk menghadapi bencana internal dan eksternal di rumah sakit (Husna, 2016). Menurut kurniyati kegiatan – kegiatan yang dilakukan untuk mengendalikan bencana dan keadaan darurat, sekaligus dapat menolong masyarakat dalam keadaan berisiko tinggi agar dapat menghindari atau pun pulih dari dampak bencana (Kurniyati, 2012). Setiap rumah sakit wajib memiliki rencana kegawatdaruratan bencana rumah sakit. Jika rumah sakit tidak memiliki rencana kegawatdaruratan bencana rumah sakit dapat menimbulkan kerugian dalam bentuk tingginya mortalitas dan morbiditas. Untuk membuat rencana kegawatdaruratan penanggulangan

bencana rumah sakit harus di sesuaikan dengan resiko bencana berdasarkan wilayah di rumah sakit (Anjasari, Khoiri , Sandra , 2014).

2. Jenis rencana kegawatdaruratan penanggulangan bencana rumah sakit

a. *Internal Disaster*

1) Pengertian *Internal Disaster*

Terjadinya bencana yang sumber bencana itu sendiri berasal dari dalam rumah sakit. Contoh dari *internal disaster* adalah kebakaran yang terjadi di rumah sakit (National Disaster Management Authority, 2013). Bencana *internal* adalah suatu bencana yang terjadi di dalam rumah sakit dan bencana eksternal yang berdampak di dalam rumah sakit (Husna, 2016).

2) Pencegahan Kebakaran

Kebakaran di rumah sakit dapat dicegah diantaranya adalah dengan men desain semua fasilitas kesehatan tidak rawan akan kebakaran, mengetahui sarana dan prasarana yang tersedia di rumah sakit, mengetahui jalan evakuasi, dan mengetahui kepadatan masyarakat di rumah

sakit(National Disaster Management Authority, 2013)

3) Sumber Kebakaran

Di rumah sakit terdapat beberapa sumber kebakaran diantaranya adalah listrik, api, ledakan dan bahan kimia. Kebakaran yang di sebabkan oleh listrik penyebabnya adalah instalansi tidak terawat/sudah tua, instalansi dan panel tidak memenuhi ketentuan. Rumah sakit menggunakan daya listrik yang besar karena beroperasi selama 24 jam sehingga dapat memicu kebakaran. Kebakaran yang di sebabkan api adalah rokok, pembakaran sampah, dan bengkel. Ledakan dapat menimbulkan kebakaran, penyebab ledakan tersebut adalah material aus/lelah, dan tekanan tidak terkontrol. Tidak hanya itu, bahan kimia dapat menimbulkan kebakaran. Penyebabnya adalah penyimpanan bahan kimia tidak sesuai ketentuan, tekanan udara tinggi, temperatur tinggi (Karimah, Kurniawan,Suroto, 2016).

4) Pemetaan Potensi Kebakaran dan Data Sarana Keselamatan di Rumah Sakit

Pemetaan potensi kebakaran dengan menggunakan denah yang dapat menunjukkan area

di rumah sakit yang berpotensi menimbulkan kebakaran. Menggunakan simbol simbol di dalam denah agar tidak terjadi mis-komunikasi. Keuntungan jika rumahsakit membuat pemetaan potensi kebakaran adalah dapat memperkecil risiko terjadinya kebakaran (Murni Wahyu Tri, 2015).

Pembuatan pemetaan lokasi peralatan pemadam api ringan (APAR) tidak kalah penting juga untuk mengurangi risiko kebakaran. Sama halnya dengan pemetaan potensi kebakaran, pada pemetaan ini juga menggunakan simbol agar tidak terjadi *mis-komunikasi*. Lokasi penempatan alat pemadam api ringan diletakan di tempat yang mudah terlihat, mudah terjangkau, tidak terhalang benda lain, dan di koridor atau lorong yang menuju pintu keluar (Kementrian Kesehatan RI, 2012),(National Disaster Management Authority, 2013).

Alat pemadam api ringan perlu di jaga agar tidak rusak sehingga dapat berfungsi optimal ketika digunakan. Dengan meletakan alat pemadam api ringan di pasang di dinding dengan di tutup kaca. Alat pemadam api ringan dapat

dipasang bersamaan dengan *hydran* di gedung. Alat pemadam api ringan dipasang dengan troli agar mudah ketika di bawa ke lokasi kebakaran. Alat pemadam api ringan perlu di lindungi dari bahan kimia agar tidak terkorosi(Kementrian Kesehatan RI, 2012).

Sarana/peralatan proteksi kebakaran di rumah sakit diantaranya adalah alat pemadam api ringan (APAR) sesuai dengan standar. Terdapat *springkle* di setiap ruangan dan lorong. Alarm kebakaran yang dapat berfungsi dengan baik. Rumah sakit juga membuat jalur evakuasi beserta dengan petunjuk yang jelas dan sarana penyelamatan. Sarana penyelamatan di antaranya adalah tangga darurat, rambu-rambu keluar gedung, tanda bertulisan “EXIT”, pintu darurat, dan tempat berkumpul. Manfaat dari pembuatan jalur evakuasi adalah untuk memperkecil korban dari kebakaran maupun bencana yang lainnya,(National Disaster Management Authority, 2013), (Karimah, Kurniawan,Suroto, 2016)

5) Siaga

Siaga adalah suatu kondisi dimana rumah sakit mendapatkan korban dengan jumlah yang besar sehingga membutuhkan penanggulangan khusus, dan dapat terjadi pada jam kerja maupun di luar jam kerja. Sesuai dengan kondisi dan kemampuan rumah sakit, siaga dibagi menjadi 2 (dua) tingkatan sebagai berikut:

a) Siaga I (satu)

Keadaan dimana jumlah korban melebihi kemampuan pelayanan instansi gawat darurat rumah sakit sehingga membutuhkan mobilisasi petugas dari unit kerja lain, akan tetapi masih terbatas di lingkungan rumah sakit.

b) Siaga II (dua)

Keadaan dimana jumlah korban melebihi kemampuan pelayanan instansi gawat darurat rumah sakit sehingga harus memobilisasi sebagian besar petugas rumah sakit termasuk kariawan yang sedang tidak bertugas. Adapun seluruh kegiatan rutin digantikan, kecuali pasien

rawat inap (Rumah Sakit Siti Khodijah Muhammadiyah Cabang Sepanjang, 2010).

b. External disaster

1) Pengertian *external disaster*

External disaster adalah terjadinya bencana yang sumber bencananya berada di luar rumah sakit. Diantaranya adalah gempa bumi, gunung meletus, tsunami, banjir, tanah longsor, ledakan bom kecelakaan transportasi, kecelakaan industri, dan konflik/kerusuhan. dengan terjadinya bencana tersebut maka rumah sakit menjadi tempat rujukan dan sangat memungkinkan menerima korban bencana maupun memberikan bantuan terhadap korban bencana ke luar rumah sakit (Husna, 2016).

2) Korban masal

Korban masal adalah jumlah korban yang melebihi jumlah petugas kesehatan yang ada (Murni Wahyu Tri, 2015)(National Disaster Management Authority, 2013).Hal- hal yang sering muncul ketika terjadi bencana di rumahsakit adalah pertolongan pertama dan sumberdaya. Setiap korban akan membutuhkan

pertolongan pertama dalam jumlah korban yang banyak, maka di layani dengan persiapan yang terlalu sederhana (simple alarm). Namun akan lebih baik jika di persiapkan secara komperhensif dan intensif

Kebutuhan yang melempaui kapasitas rumah sakit, dimana hal ini akan diperparah bila terjadi kekurangan logistik, sumber daya manusia, kerusakan infrastruktur dalam rumahsakit (Wartatmo , 2012).

3) Pencegahan

Bencana alam memang tidak dapat di cegah. Akan tetapi rumah sakit dapat melakukan pencegahan dalam kerusakan infrastruktur di rumahsakit ketika terjadi bencana. Rumah sakit dapat mendesain bangunan di rumah sakit sesuai dengan standar(National Disaster Management Authority, 2013).

Rumah sakit tidak cukup memiliki Hospital Disaster Plan saja, rumah sakit perlu memberikan pelatihan. Pelatihan ini mencakup seluruh staff di rumah sakit yaitu staf non medis dan medis. Rumah sakit dapat melakukan pelatihan secara berkala atau terdapat pembaharuan di Hospital

Disaster Plan (National Disaster Management Authority, 2013)

D. Peran staf non medis

1. Internal Disaster

Peran staff non medis dalam internal disastir yang dapat di lakukan adalah mengetahui dan memahami tata letak daerah rawan bencana, lokasi alat atau sarana proteksi kebakaran, mengetahui cara penggunaan alat atau sarana kebakaran, mengetahui jalur evakuasi apabila terjadi kebakaran. Staff non medis perlu juga untuk mengupgrat ilmu mengenai penanganan kebakaran dengan mengikuti pelatihan (Murni Wahyu Tri, 2015).

2. External disaster

Ketika terdapat korban masal di rumah sakit maka rumah sakit akan kekurangan sumber daya manusia. Staff dapat berperan sebagai relawan atau volunter untuk membantu tenaga medis dalam penanganan pasien masal. Anakan tetapi staff memiliki keterbatasan dalam hal penanganan. (National Disaster Management Authority, 2013).

3. Pengetahuan dan kemampuan yang di kuasai staf

berikut ini kompetensi yang dapat di lakukan staff dalam kejadian korban masal yaitu *Hospital Incident Response (HIRS)*, informasi, *crow* and *traffic*

management, fire fighting and rescue training, komunikasi, first Aid, immobilization and transport of injured, basic life support(National Disaster Management Authority, 2013). Dalam keadaan bencana diperlukan sistem komunikasi terpadu yang terdiri dari komunikasi penyampaian informasi, komunikasi koordiansi (administrasi dan logistik), komunikasi pengendalian. Komunikasi penyampaian informasi adalah informasi kejadian pertama dilakukan oleh petugas yang mengetahui kejadian kepada operator/satpam sesuai dengan yang ditetapkan dalam prosedur. Siistem penyampaian informasi harus menjamin bahwa informasi tersebut sampai kepada ketua Tim Penanganan Bencana Rumah Sakit. Komunikasi koordinasi adalah sistem komunikasi menggunakan jejaring yang disepakati dalm pelayanan administrasi (umun, keuangan) dan logistik. Koordinasi dapat dilakukan internal antar unit rumah sakit dan instansi (eksternal. Komunikasi pengendalian adalah sistem komunikasi untuk mengendalikan kegiatan operasional di lapangan (Departemen Kesehatan RI, 2009).

4. Penanganan unsur pelayanan administrasi

Tugas dari pelayanan administrasi yang dapat dilakukan dalam rencana kegawatdaruratan bencana rumah sakit adalah koordinasi semua unsur pelayanan admnistrasi sebagai berikut:

- a. Penanggung jawab mobilisasi tenaga cadangan non medis. Mobilisasi tenaga cadangan non medis memiliki tugas yaitu mobilisasi tenaga non medis yang berada di lingkungan rumah sakit untuk siap dan kemudian di tempatkan sesuai kebutuhan.
- b. Penanggung jawab keamanan. Keamanan memiliki tugas yaitu mengatur kelancaran kendaraan keluar dan masuk membawa korban, mengatur area kerja agar tidak mengganggu arus kendaraan yang membawa korban dan saat evakuasi, dan menjaga keamanan dan ketertiban seluruh area korban
- c. Penanggung jawab pemelihara sarana. Pemelihara sarana memiliki tugas yaitu menjamin aliran listrik tetap tersedia selama kondisi siaga, dan menjaga aliran gas medik tetap tersedia dan lancar
- d. Penanggung jawab transportasi. Transportasi memiliki tugas yaitu mempersiapkan semua ambulan dan kendaraan angkutan lainnya agar dapat digunakan sewaktu waktu dapat

digunakan untuk antarjemput korban maupun tenaga medis.

- e. Penanggung jawab konsumsi. Penanggung jawab konsumsi oleh unit gizi. Penanggung jawab konsumsi memiliki tugas yaitu berkoordinasi dengan ruang perawatan untuk menyediakan makanan bagi korban sesuai kondisi korban, dan berkoordinasi dengan semua penanggung jawab panitia untuk menyediakan konsumsi bagi tenaga rumah sakit.
- f. Penanggung jawab keuangan. dalam penanggulangan bencana akan dibutuhkan dana. Besar dan kecilnya dana yang di butuhkan tergantung dari besar kecilnya bencana dan korban. Tugas yang dapat dilakukan oleh penanggung jawab keuangan adalah pendataan lengkap semua biaya yang dikeluarkan untuk penanggulangan bencana (Rumah Sakit Siti Khodijah Muhammadiyah Cabang Sepanjang, 2010). Merencanakan anggaran penyiagaan penanganan bencana (pelatihan, penyiapan alat, obat-obatan).

Melakukan administrasi keuangan pada saat penanganan bencana. Melakukan pengadaan barang (pembelian yang diperlukan). Menyelesaikan kompensasi bagi petugas (bila tersedia) dan Klaim pembiayaan korban bencana (Departemen Kesehatan RI, 2009).

- g. Penanggung jawab logistik bertanggungjawab terhadap ketersediaan fasilitas (peralatan medis, APD, BMHP, obat-obatan, makanan dan minuman, linen, dan lain-lain. Bertanggung jawab pada kesediaan dan kesiapan komunikasi internal maupun eksternal. Menyampaikan transportasi untuk tim, korban bencana, dan yang memerlukan. Menyiapkan area untuk isolasi dan dekontaminasi (Departemen Kesehatan RI, 2009)

5. Pelaksanaan operasional

Dalam pelaksanaan operasi, digunakan beberapa tahap kerja, yang terdiri dari tahap kesiagaan (*awareness stage*), tahap aksi awal (*initial action stage*), tahap operasional (*operational stage*), tahap konsolidasi (*consolidation stage*).

a. Tahap Kesiagaan (*Awariness stage*)

Dimulai dengan adanya sistem peringatan dini sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mulai menyiagakan Tim Penyiaga bencana Rumah Sakit.

b. Tahap aksi (*initiak action stage*)

- Dengan melakukan pengiriman tim reaksi cepat / tim aju/advance team (untuk eksternal disaster berkoordinasi dengan tim reaksi cepat di tingkat daerah)
- Melakukan P3B-RS secara parsial sesuai dengan kejadian bencana.
- Melakukan mobilisasi dan aktivitas sumber daya (SDM dan fasilitas)
- Melengkapi informasi melalui komunikasi dan melakukan koordinasi

c. Tahap operasinal (*operational stage*)

- Memberlakukan P3B-RS secara penuh , dimulai dengan melakukan

briefing kepada tim penanganan bencana rumah sakit.

- Mengirim tim ke lapangan, menyiapkan rumah sakit untuk menerima korban massal di rumah sakit, melakukan penanganan medis di lapangan, melakukan transportasi evakuasi (rujukan), penanganan korban cedera, pengungsi dan korban meninggal dunia.
- Menilai dan melakukan *hospital evacuation* dan tindakan-tindakan yang diperlukan sesuai dengan kondisi bencana (untuk internal disaster)

d. Tahap konsolidasi (*consolidation stage*)

- Melaksanakan *debriefing*
- Menyusun laporan pelaksanaan
- Melakukan evaluasi dan penyiagaan kembali. (Departemen Kesehatan RI, 2009)

E. Rumah sakit aman bencana

1. Definisi rumah sakit aman bencana

Rumahsakit dapat dikatakan aman adalah menyediakan pelayanan kesehatan yang efisien setiap waktu, pada masa tanggap darurat bahkan pada setelah bencana, tangguh dan terorganisir dengan tersedianya rencana rencana kontijensi di rumah sakit tersebut serta memiliki tenaga kerja yang terlatih untuk memastikan bahwa rumah sakit tersebut bahwa tetap bisa menjalankan fungsinya pada saat krisis (Aniatina, 2017). Selama keadaan darurat dan bencana rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya harus tetap aman, mudah didatangi dan berfungsi pada kapasitas maksimum dalam usaha membantu keselamatan jiwa (Kementrian Kesehatan RI, 2012)

2. lokasi rumah sakit aman bencana

Rumah sakit yang aman bencana memiliki bangunan tidak beradiah di lokasi area yang berbahaya. Lokasi lokasi yang berbahaya seperti tidak membangun rumah sakit di tepi lereng, dekat kaki gunung sehingga rumah sakit rawan akan longsor. Rumah sakit tidak di bangun dekat anak sungai dan daerah rawan akan banjir sehingga rumah sakit rawan terkena banjir dan longsor karna terkikisnya pondasi. Rumah sakit tidak di bangun di daerah rawan tsunami, zona topan, daerah rawan badai. Bangunan rumah sakit memiliki

infrastruktur yang memadai untuk bahaya terkait lokasi seperti drainase air hujan dan tanggul (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

3. fasilitas dan sarana

Rumah sakit aman bencana memiliki fasilitas dan sarana prasarana utama/inti yang diperlukan dalam penanganan bencana atau dalam situasi emergency yang terdiri dari:

a. pos komando

pos komando diharapkan dalam ruangan ini memiliki peta RS, peta kota tersebut dan propinsi, alat komunikasi (telepon dan radio frekuensi), kumputer, printer dan internet, televisi, nomer-nomer telepon penting, peta bangunan sekitar untuk pelebaran ruangan, alur sistem komando.

b. tempat berkumpulnya relawan

relawan disini adalah relawan yang sudah siap untuk masuk tugas di rumah sakit yang sudah tercatat dengan jelas oleh

pihak pencatat relawan di rumah sakit tersebut.

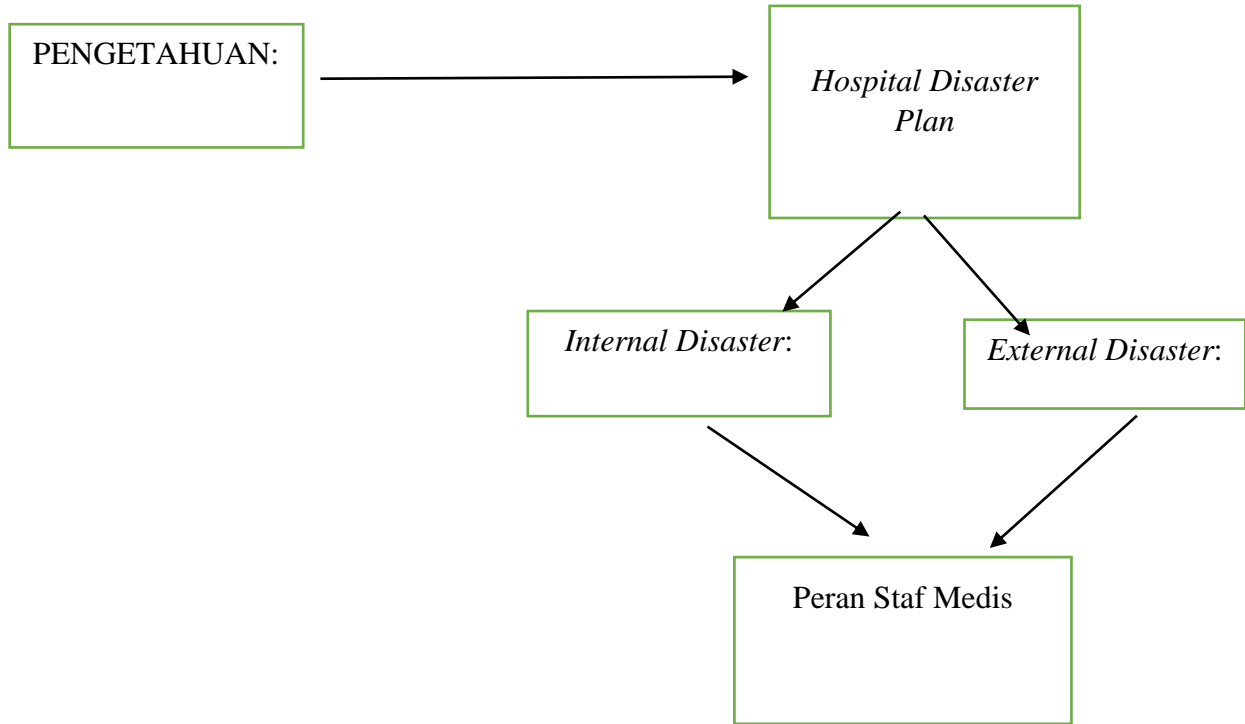
c. tempat berkumpulnya keluarga pasien

penting dipikirkan agar tidak lalulalang tidak jelas sehingga membuat situasi rumahsakit tambah kacau karena banyaknya keluarga pasien di lorong-lorong rumah sakit.

d. *surge in place*

rumah sakit di harapkan memiliki fasilitas cadangan untuk menambaha bangsal jika di perlukan misalnya tempat tidur untuk pasien. Sehingga jika terjadi bencana dan lonjakan pasien rumah sakit dapat menambah bangsal baru dengan stategi surging in place (aniatina, 2017)

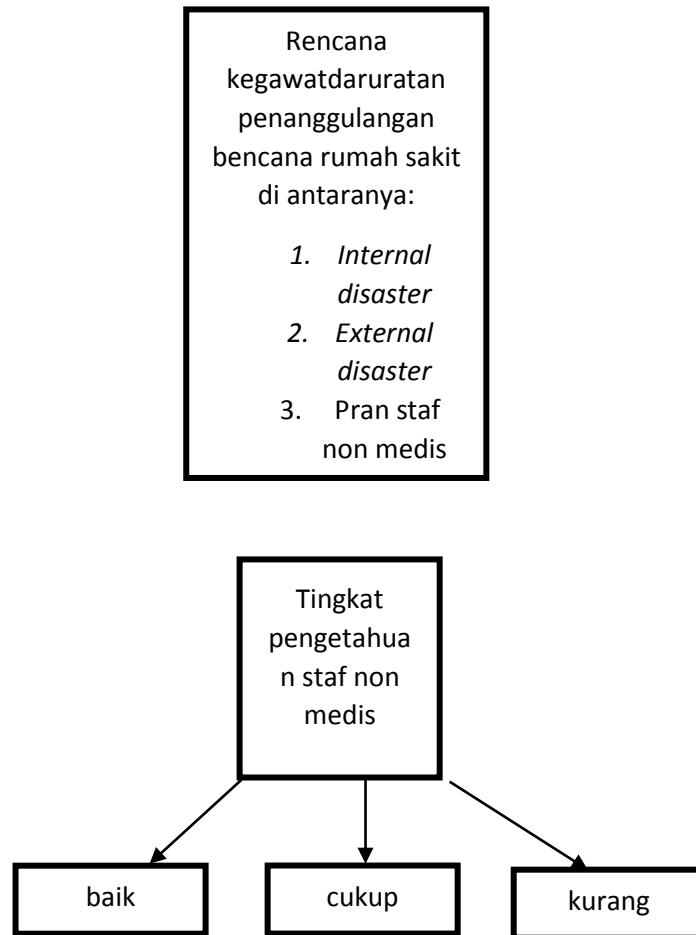
F. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

(National Disaster Management Authority, 2013),(Wartatmo., 2012),
(Kementrian Kesehatan RI, 2012),(Karimah, Kurniawan,Suroto, 2016),
(Husna, 2016)

G. Kerangka konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

(National Disaster Management Authority, 2013),(Wartatmo., 2012),
(Kementrian Kesehatan RI, 2012),(Karimah, Kurniawan,Suroto, 2016),
(Husna, 2016)

