

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Subjek dan Objek Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta memiliki pelayanan sesuai dengan Perda No 104 Tahun 2009 tentang Retribusi Pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Daerah, jenis pelayanan yang ada di RSUD Kota Yogyakarta terdiri dari :

a. Pelayanan Rawat Jalan

- 1) Klinik Spesialis Anak.
- 2) Klinik Spesialis Bedah.
- 3) Klinik Spesialis Dalam.
- 4) Klinik Spesialis Kebidanan dan Kandungan.
- 5) Klinik Spesialis Kulit dan Kelamin.
- 6) Klinik Spesialis THT
- 7) Klinik Spesialis Mata
- 8) Klinik Spesialis Syaraf
- 9) Klinik Spesialis Jiwa
- 10) Klinik Spesialis Gigi dan Mulut

- 11) Klinik Spesialis Gizi
 - 12) Klinik Eksekutif/Perjanjian.
- b. Pelayanan Rawat Darurat 24 Jam
 - c. Pelayanan Paripurna satu hari (One Day Care)
 - d. Pelayanan Rawat Inap
 - e. Pelayanan Tindakan Operasi
 - f. Pelayanan Penunjang
 - 1) Instalasi Bedah Sentral : dengan 4 kamar operasi
Instalasi Rehabilitasi Medik siap melayani : Traksi,
Diatermi, *Ultra Sound therapy*, Terapi Latihan, Infra
Merah, Stimulasi, Senam Hamil, Senam Astma,
Senam Stroke, Senam Nifas, Senam Diabetes.
 - 2) Instalasi Radiologi dengan fasilitas: *Rontgen*, USG,
Pemeriksaan Canggih BNO-IVP, Cystografi, *Colon In
Loop*, *Appendicogram*.
 - 3) Instalasi Farmasi dengan pelayanan 24 jam
 - 4) Laboratorium Klinik yang siap melayani :
Pemeriksaan sederhana s/d canggih antara lain:
CKMB, LDL, TG, LDH, dan lain-lain.

- 5) Instalasi Sterilisasi Sentral.
- 6) Instalasi Sanitasi dan Kesehatan Lingkungan.
- 7) Instalasi pendidikan dan Latihan.
- 8) Instalasi Gizi
 - Menyelenggarakan makanan pasien, memberikan penyuluhan gizi Rawat Inap.
- 9) Pelayanan Hemodialisa (Cuci Darah)
- 10) Pelayanan *Endoscopy Gastro Intestinal*.

Tabel 4.1. Kapasitas Tempat Tidur (TT) RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2019.

No.	Ruang	VIP	Kelas	Kelas	Kelas	Jumlah
			I	II	III	
1.	Vinolia	18	-	-	-	18
2.	Anggrek	-	3	9	6	18
3.	Dahlia	-	8	8	12	28
4.	Bougenvile	-	7	8	14	29
5.	Kenanga	-	4	8	15	27
6.	Edelweis 1	-	-	4	16	20

7.	Edelweis 2	-	-	3	16	19
8.	ICU	-	-	-	-	10
9.	Perinatal	-	-	-	-	23
10.	Flamboyan	-	-	-	-	3
	JUMLAH	18	22	40	79	195

Sumber : Bagian Pelaporan dan Statistik Instalasi Catatan

Medik RSUD Kota Yogyakarta.

Tabel 4.2. Performance RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2011

No.	Indikator	Hasil
1.	BOR (<i>Bed Occupancy Rate</i>)	60,1 %
2.	AvLOS (<i>Average Length of Stay</i>)	3,91 Hari
3.	TOI (<i>Turn Over Interval</i>)	2,37 Hari
4.	BTO (<i>Bed Turn Over</i>)	54,85 Kali
5.	NDR (<i>Net Death Rate</i>)	16,30 ‰
6.	GDR (<i>Gross Death Rate</i>)	36,82 ‰

Sumber : Bagian Pelaporan dan Statistik Instalasi Catatan

Medik RSUD Kota Yogyakarta.

Tabel 4.3. Data Pegawai Rumah Sakit Kota Yogyakarta

No.	Data Pegawai RSUD	Jumlah
1	Dokter Spesialis	39
2	Dokter Umum	24
3	Dokter Gigi Spesialis	3
4	Dokter Gigi Umum	2
5	Psikologi Klinis	1
6	Keperawatan	277
7	Bidan	31
8	Apoteker	11
9	Asisten Apoteker	29
10	Kesehatan Masyarakat	1
11	Kesehatan Lingkungan	6
12	Gizi	9
13	Fisioterapis	5
14	Ortotik Prostesis (terapi Wicara)	2
15	Ortotik Prostesis (Terapi Okupasi)	2

16	Ortotik Prostesis (Fisikawan Medis)	1
17	Ortotik Prostesis (Ortotik Prostesis)	1
18	Akupunktur	2
19	Perekam Medis	35
20	Teknisi Transfusi Darah	5
21	Radiografer	8
22	Keteknisian Medis	3
23	Pranata Lab. Kesehatan	19
Total		527

Rumah Sakit Kota Yogyakarta sudah memiliki sistem penanggulangan bencana yang digabungkan dalam dokumen *Hospital Disaster Plan*. Sistem ini sudah berjalan sejak tahun 2010, namun kemudian diperbaharui dan ditetapkan melalui SK Direktur RSUD nomor 445/185B/KPTS/VII/2015 Tentang Panduan Manajemen Fasilitas dan Keamanan Rumah Sakit Umum Daerah Yogyakarta. Surat tersebut menetapkan

berlakuknya panduan keamanan fasilitas rumah sakit yang sesuai standar pelayanan rumah sakit mulai dari tahun 2015.

Berdasarkan UU no.44 Tahun 2009, Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

RSUD Kota Yogyakarta melakukan berbagai tindakan untuk mengurangi dampak bencana terhadap keberlangsungan rumah sakit. Hal tersebut antara lain adalah identifikasi risiko dan rencana pencegahan bahaya gedung dan wilayah lingkungan. RSUD Kota Yogyakarta mengidentifikasi risiko berupa seluruh bangunan gedung yang meliputi atap, dinding, lantai dalam wilayah atau lingkungan rumah sakit. Setelah itu bangunan dikelompokkan sebagai berikut:

1. Bangunan gedung rawat jalan lantai 1
2. Bangunan gedung rawat inap lantai 1
3. Bangunan kamar operasi
4. Bangunan rawat jalan lantai 2
5. Bangunan rawat inap lantai 2

6. Bangunan gedung fungsi diagnostic dan penunjang
7. Bangunan gedung fungsi kantor
8. Selasar
9. Bangunan fungsi parker
10. Bangunan gedung untuk fungsi pendukung lainnya
(bank, TPS, Incenerator)
11. Jalan lingkungan
12. Drainase dan IPAL
13. Bangunan Pengamanan (Pagar)
14. Halaman

Sesuai pengelompokan tersebut, setiap satuan kerja diidentifikasi terhadap potensi risiko terhadap gedung, bangunan dan lingkungan dari data yang diketahui berdasarkan hasil visite fasilitas yang potensinya dapat membahayakan pasien, pengunjung, karyawan dan penghuni RS lainnya.

Mengacu Kepmenkes RI Nomor: 1087/Menkes/SK/VIII/2010 sebagai berikut: luas lahan untuk bangunan tidak bertingkat minimal 1,5 kali luas bangunan. Luas lahan bangunan bertingkat minimal dua kali luas bangunan lantai

dasar. Luas bangunan disesuaikan dengan luas tempat tidur (TT) dan klasifikasi rumah sakit.

Sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional, RSUD Kota Yogyakarta memiliki kewajiban untuk menyukseskan pembangunan kesehatan yang dalam hal penanggulangan bencana adalah dengan menyusun *Hospital Disaster Plan*. Hingga saat ini RSUD Kota Yogyakarta telah terlibat aktif mengirimkan tim siaga bencana ke Banda Aceh, DIY, Padang untuk ikut serta menanggulangi korban bencana alam. Bahkan seorang dokter termasuk Tim Bencana Republik Indonesia untuk gempa bumi di Bam Iran.

Salah satu tujuan yang ingin dicapai dari penyusunan disaster plan tersebut adalah memperpendek periode penanggulangan bencana menjadi sesingkat mungkin karena bencana dapat berasal dari dalam rumah sakit sendiri ataupun dari luar rumah sakit. Kekacauan tidak dapat dihindarkan dari menit-menit awal terjadinya bencana, dan bahkan dapat terjadi dalam waktu berminggu-minggu.

Dasar Hukum penyusunan HOSDIP RSUD Kota Yogyakarta antara lain :

1. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
4. UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah
5. UU No. 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan bencana
6. PP No. 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana.
7. Kepmenkes No 448/Menkes SK/VI/1993 tentang Kewajiban Setiap Rumah Sakit Harus Mempunyai Disaster Plan
8. Kepmenkes No 28/Menkes/SK/I/1995 tentang Petunjuk Pelaksanaan umum, Penanggulangan Medik Korban Bencana
9. Kepmenkes No 205/Menkes/SK/III/1999 tentang Petunjuk Pelaksanaan dan Permintaan Bantuan Bila terjadi Bencana

10. Kepmenkes No 979/Menkes/SK/IX/2001 tentang
Prosedur Tetap Pelayanan Kesehatan Penanggulangan
Bencana dan Penanganan Pengungsi
11. Keputusan Menkes RI No. 876/Menkes/SK/XI/2006
tentang Kebijakan dan Strategi Nasional Penanganan
Krisis dan Masalah Kesehatan Lainnya.

Tujuan dibentuknya *Hospital Disaster Plan* (HOSDIP) adalah untuk menurunkan angka kematian dan kecacatan akibat bencana dan kegawatdaruratan serta meningkatkan kesiapsiagaan rumah sakit dalam menghadapi bencana dari dalam dan dari luar rumah sakit. Sedangkan tujuan khususnya adalah memberikan acuan kepada seluruh staff dan instalasi di lingkungan RSUD Kota Yogyakarta untuk:

1. Merencanakan identifikasi bencana, musibah massal dan
KLB
2. Mempersiapkan kesiapsiagaan rumah sakit dalam
menghadapi bencana baik dari dalam dan luar rumah sakit
3. Mempersiapkan tim bencana (JHERT) ke daerah bencana
Wilayah Regional maupun Nasional.

Tim penanggulangan bencana RSUD Kota Yogyakarta memiliki anggota staf medis dan paramedic terlatih serta non medis yang diangkat dengan SK direktur RS dan dinamakan JHERT (*Jogja Hospital Emergency Response Team*).

Koordinator JHERT adalah person yang ditunjuk oleh Direktur RSUD Kota Yogyakarta untuk memimpin kegiatan JHERT di dalam maupun di luar penanggulangan korban bencana maupun kegiatan-kegiatan pengembangan kapasitas dan kompetensi tim. Koordinator JHERT harus seorang dokter yang terlatih untuk menanggulangi korban bencana dan telah mengikuti pelatihan manajemen bencana, misalnya HOPE.

Berdasarkan tools penilaian Hazard and Vulnerability Assessment yang dipakai RSUD Kota Yogyakarta, maka bencana yang paling bermakna adalah Gempa Bumi, Korban Penculikan Bayi dan Kebakaran Internal. Ketiganya menjadi perhatian dalam antisipasi penanggulangan bencana tersebut sehingga diperlukan langkah kongkrit.

Sumber daya yang dimiliki RSUD Kota Yogyakarta antara lain:

1. Jumlah TT : 195 TT
2. Kamar Operasi: 4 ruangan
3. ICU: 10 TT
4. Selasar yang luas untuk penambahan kapasitas bila diperlukan
5. Jumlah Karyawan :
 - a. Dokter spesialis 34 orang
 - b. Dokter umum 17 orang (ATLS/ACLS, GELS)
 - c. Dokter gigi 5 orang
 - d. Perawat 277 orang
 - e. Tenaga farmasi 40 orang
 - f. Tenaga keterampilan fisik 5 orang
 - g. Tenaga bidan 31 orang
 - h. Ambulans 5 buah, mobil jenazah 2 buah
 - i. Alat medis dan penunjang medis

Unit utama yang bertugas siaga dalam keadaan bencana adalah Bidang Pelayanan Medik, Bidang Penunjang Medik,

Instalasi Gawat Darurat, Bidang Paramedis, Bagian Umum, ICU, Farmasi, Gizi, IPSRS, Instalasi Bank Darah, Kelompok Staf Medis, dan Instalasi Penunjang Lainnya. Sedangkan untuk Tim Lapangan, anggota yang diberangkatkan ke lokasi bencana yang terjadi di luar RS minimal terdiri dari Ketua tim, *Triage Officer*, *Transport Officer*, *Medical Staff and Nurse*, *Supporting Staff* (logistik medis dan non medis, teknisi, administrasi dan keuangan, komunikasi, supir ambulans.

Dana yang dibutuhkan untuk menggerakkan tim lapangan ke lokasi bencana, pengadaan alat kesehatan dan obat-obatan serta logistic bagi tim disediakan oleh RSUD Kota Yogyakarta, Pemerintah Kota Yogyakarta, Pemerintah Provinsi Yogyakarta, Departemen Kesehatan maupun donator lain yang sifatnya tidak mengikat.

Seluruh rencana dan pedoman penanggulangan bencana dimasukkan dalam buku pengendalian bencana/disaster mitigation yang didistribusikan kepada seluruh staf yang berperan dalam penanggulangan bencana.

B. Hasil Penelitian

1. Tingkat Kesiapsiagaan Bencana RSUD Kota Yogyakarta

Penelitian ini menggunakan metode gabungan dari kualitatif dan kuantitatif. Untuk metode kuantitatif, alat yang digunakan adalah borang Hospital Safety Index dari WHO tahun 2015 pada modul keempat yakni modul Pengelolaan Darurat dan Bencana. Modul ini memiliki item penilaian terkait dengan dokumen kebencanaan dan juga poin poin manajemen kesiapsiagaan bencana rumah sakit.

Cara pengambilan data adalah dengan observasi lapangan disertai dengan wawancara kepada pihak terkait mengenai ketersediaan dokumen kebencanaan tersebut. Hasil observasi tersebut diberi tingkat bahaya berupa rendah, sedang dan tinggi. Nantinya tingkatan tersebut diberi skor, untuk tingkat rendah diberi skor 0, tingkat sedang diberi skor 0.5 dan tingkat tinggi diberi skor 1. Penentuan tingkatan rendah sedang dan tinggi juga diatur

dalam borang HSI tersebut oleh WHO dan berbeda beda tiap itemnya.

Aspek yang dinilai dari borang *Hospital Safety Index* modul 4. Pengelolaan Darurat dan Bencana yakni:

- a. koordinasi kegawatdaruratan dan manajemen bencana;
- b. respon dan rencana pemulihan rumah sakit;
- c. komunikasi dan informasi;
- d. sumber daya manusia;
- e. logistik dan keuangan;
- f. layanan pasien dan layanan penunjang;
- g. serta evakuasi, dekontaminasi dan keamanan.

Setelah dilakukan penilaian dan dihitung maka didapatkan jumlah skor sebanyak 25 dari total nilai maksimal 40 poin (Lampiran 2). Maka dapat dihitung dengan rumus:

$$\begin{aligned} \text{HSI} &= \frac{\text{skor yang didapat}}{40} \times 100\% \\ &= \frac{25}{40} \times 100\% \end{aligned}$$

= 62,5%

Dari hasil tersebut didapatkan presentase sebesar 62,5%. Jika dimasukkan dalam kategori maka RSUD Kota Yogyakarta termasuk dalam kategori B yakni antara 36-65%. Artinya apabila terjadi bencana, rumah sakit masih memiliki kendala dalam rangka menjalankan fungsinya secara maksimal.

2. Pelaksanaan Kebijakan *Hospital Disaster Plan* di RSUD Kota Yogyakarta

Rumah sakit sudah memiliki tim penanggulangan bencana yang terbagi menjadi dua, yakni JHERT (*Jogja Hospital Emergency Response Team*) sebagai tim reaksi cepat dan Divisi K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) sebagai tim mitigasi bencana. Hasil wawancara dengan responden berikut mengenai keberadaan JHERT (*Jogja Hospital Emergency Response Team*) dan K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja):

“Rumah sakit ini memiliki dua tim yang berperan saat bencana, yakni JHERT yang berperan sebagai tim

yang terjun di lapangan, sedangkan tim K3 sebagai perumus kebijakan dan pelatihan bagi tim JHERT, istilahnya sebagai mitigasi bencananya.”

Wakil direktur pelayanan medis menjadi coordinator dari tim JHERT saat terjadi bencana. Meskipun seharusnya jabatan tersebut dipegang oleh direktur, namun direktur tetap mengawasi sebagai penanggungjawab.

“RSUD sudah punya tim ini sejak tahun 2010. Ketuanya secara hierarki seharusnya diampu direktur, namun karena berbagai hal kami mengalihkan ke wakil direktur pelayanan medis sebagai ketua dan ditunjuk sebagai incident commander saat terjadi bencana”.

Saat terjadi bencana pusat komando terletak di post satpam PIN 501 yang dibawah oleh *incident commander*.

“Pusat komandonya nanti terletak di PIN 501, itu dekat dengan selasar, jadi bisa memantau semua keadaan rumah sakit. Dulunya lokasinya diluar di dekat lapangan parkir, namun diubah di dalam saja sekarang. Selain itu

lokasinya dekat sekali dengan ruangan operator jadi mudah kalau mau menghubungi pihak lain”.



Gambar 4.1. Pusat Komando RS

Tim JHERT memiliki tugas utama untuk memimpin penanggulangan bencana dibantu oleh staf RS yang ditunjuk sesuai daftar jaga oleh coordinator JHERT. Kegiatan penanggulangan bencana yang dilakukan antara lain untuk menetapkan tingkat siaga, mengoordinir setiap unsur rumah sakit dan berkomunikasi serta koordinasi dengan instansi lain dalam penanggulangan bencana. Tanggung jawab tersebut tertuang dalam buku panduan penanggulangan

bencana rumah sakit.

Program yang dilakukan tim JHERT adalah dengan mengirim beberapa staf untuk mengikuti pelatihan di lembaga luar terkait dengan K3 dan kebencanaan. Program pelatihan internal sendiri belum rutin dilakukan, selain itu simulasi bencana belum tentu dilakukan setiap tahun.

Komunikasi yang dilakukan rumah sakit adalah komunikasi internal dan eksternal. Untuk komunikasi internal, alat komunikasi yang dipakai adalah saluran telepon, speaker dan alarm kebakaran.

“Kita tidak punya HT, dulu punya, tapi ada masalah dengan ORARI karena frekuensinya mengganggu. Jadi sekarang hanya ada itu saja andalan kita paling speaker, ya tapi bisa juga pakai handphone. Kan ada grup grup begitu ya di HP, jadi ya bisa juga pakai itu kan..”

Untuk komunikasi eksternal kepada media dan publik menjadi tanggung jawab komisi HKPP namun

belum tertulis dalam buku pedoman penanggulangan bencana, serta tidak ada keterangan mengenai komunikasi kepada public maupun media dan wartawan.

“ya itu tugasnya HKPP, nanti wartawan itu ditahan dulu di poli supaya tidak bisa langsung masuk, kembali lagi masalah keamanan tadi..”

Sumber daya yang dimiliki rumah sakit cukup banyak. Jumlah staf yang tersedia saat bencana mencapai lebih dari 50 % dan dapat dipanggil saat dibutuhkan.

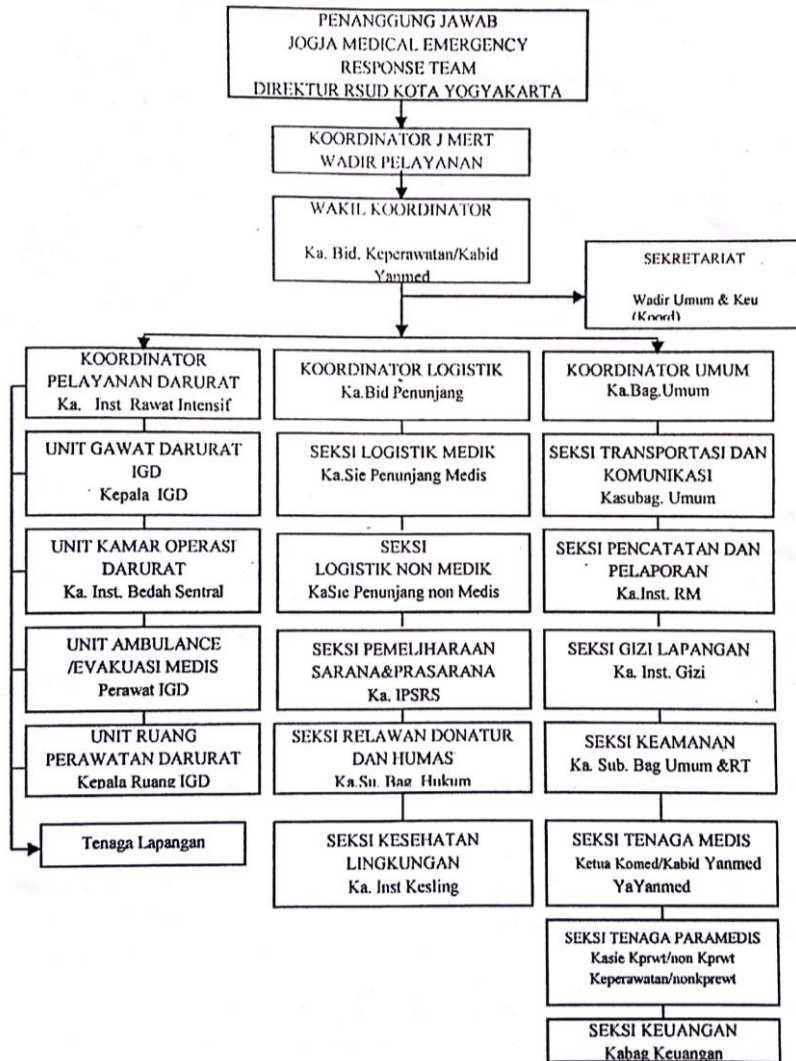
“kalau staf itu kan jaga nya mengikuti jadwal ya, tapi kalau dibutuhkan nanti bisa on call, ya lebih dari 50% staf itu siap siaga di rumah sakit”

Rumah sakit memiliki daftar kontak staf yang disimpan dalam ruang operator, namun data tersebut tidak diperbarui semenjak pertama kali dibuat. Daftar kontak pemegang jabatan saat bencana dimasukkan dalam buku pedoman penanggulangan bencana namun belum diperbarui semenjak akreditasi tahun 2015.

Saat terjadi bencana, koordinasi rumah sakit langsung dilakukan dengan pemerintah kota Yogyakarta dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD). Rumah sakit belum memiliki hubungan kerjasama dengan jaringan peduli kesehatan lainnya.

Apabila terjadi bencana, direktur RSUD Kota Yogyakarta akan mengumumkan aktivasi siaga bencana dan memerintahkan coordinator untuk menjalankan pedoman penanggulangan bencana. Setelah keadaan teratasi, belum ada dokumentasi mengenai tata cara menonaktifkan siaga bencana. Namun menurut keterangan narasumber, direktur mengumumkan dihentikannya siaga bencana dan proses pemulihan dapat dimulai serta pelayanan kembali seperti biasa. Rencana pemulihan seperti pengembalian pasien ke bangsal, ataupun kembalinya pelayanan rawat inap dan rawat jalan tidak disebutkan dalam dokumen yang dijadikan pedoman penanggulangan bencana RSUD Kota Yogyakarta.

**STRUKTUR ORGANISASI
JOGJA HOSPITAL EMERGENCY RESPONSE TEAM**



Gambar 4.2. Struktur Organisasi JHERT

Terdapat prosedur dalam mobilisasi dan perekrutan personil, namun belum ada sumber daya yang terlatih untuk melakukan hal tersebut. Selain itu belum semua personil mengerti tentang prosedur yang ada.

Kebutuhan suplai air bersih, makanan, bahan habis pakai, obat dan linen rumah sakit untuk pasien maupun karyawan dapat bertahan dalam waktu 72 jam setelah terjadi bencana. Selain itu kesepakatan dengan pemasok lokal selama bencana belum dibuat.

Pengendalian infeksi rumah sakit merupakan uraian tugas dari divisi PPI RS (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit). Tindakan pengendalian infeksi sudah dilakukan secara rutin dan seluruh personel telah terlatih, untuk internal rumah sakit maupun di dalam ambulans. Sudah terdapat peralatan pelindung yang dapat digunakan staf rumah sakit langsung saat terjadi dekontaminasi bahan kimia, terdapat area dekontaminasi tetapi tidak semua staf sudah terlatih secara berkala.

Persediaan alat perlindungan diri untuk penyakit menular ada namun hanya dapat bertahan selama 72 jam rumah sakit beroperasi saat terjadi bencana. Ruangan isolasi saat bencana menggunakan ruangan di dalam instalasi gawat darurat yang dipasang blower sehingga bertekanan negative.



Gambar 4.3. Tanda jalur evakuasi

Bangsas perawatan yang terletak di gedung Azalea harus dievakuasi karena letaknya di bangunan bertingkat lantai dua dan tiga, sedangkan bangsal perinatal dan kamar bersalin ada di lantai dasar gedung tersebut.



Gambar 4.4 Selasar rumah sakit

Ruangan dapat digunakan untuk ruangan perawatan dan dapat ditambahkan ruangan selasar yang dapat diseting sebagai bangsal perawatan. Hal ini telah dilakukan dalam penanganan korban bencana massal gempa bumi daerah Bantul tahun 2006.

Sistem Triase yang dipakai di RSUD Kota Yogyakarta tidak dimasukkan dalam *Hospital Disaster Plan*. Triase korban dilakukan oleh dokter dan perawat instalasi gawat darurat, karena penerimaan pasien baru semua dilakukan dari IGD. Lokasi dan prosedur triase sudah ada dan sering diuji, personil IGD sudah terlatih dan

sumberdaya untuk pelaksanaan triase tersebut sesuai kapasitas maksimum rumah sakit dalam situasi bencana.

“Semua pasien masuk itu dari IGD maka semua dilakukan dari sana triasenya. Mau pasien rujukan, atau pasien datang sendiri, semua diterima IGD.”



Gambar 4.5. Alur triase IGD

3. Pengetahuan Penanggulangan Bencana Karyawan RSUD Kota Yogyakarta

Dari kuesioner pengetahuan yang berjumlah 30 pertanyaan, hasilnya dikategorikan menjadi 6 topik.

Pengetahuan yang diteliti dalam penelitian ini meliputi:

a) Pengetahuan mengenai bencana

Rincian tugas telah dirumuskan dalam buku pedoman penanggulangan bencana, akan tetapi

seluruh personil belum memahami secara utuh tugas tersebut. Beberapa personil dikirimkan untuk mengikuti pelatihan di luar rumah sakit.

Seluruh rangkaian rencana evakuasi sudah disosialisasikan kepada karyawan tetapi tidak semua karyawan memahami rencana tersebut. Beberapa bangsal tidak memiliki jalur evakuasi darurat melainkan hanya memiliki satu pintu keluar. Staf bangsal perawatan tidak tahu apa yang harus dilakukan saat terjadi bencana.

Pelaksanaan respon rumah sakit sudah dirincikan dengan baik dalam buku pedoman penanggulangan bencana rumah sakit, namun untuk evaluasi dan perbaikannya belum dicantumkan. Belum ada petunjuk mengenai kapan melakukan evaluasi setiap selesai bencana terjadi, maupun rencana perbaikannya.

Seluruh rencana respon rumah sakit sudah tertuang dalam buku penanggulangan bencana,

namun buku tersebut tidak didistribusikan secara merata. Artinya adalah kurangnya aksesibilitas pedoman penanggulangan bencana bagi karyawan rumah sakit. Selain itu pembaharuan pedoman jarang dilakukan, lebih dari 12 bulan sejak pembaharuan terakhir dibuat.

Dalam buku penanggulangan bencana sudah dijabarkan rencana terkait keadaan khusus antara lain jika terjadi banjir, ancaman bom, kejadian ledakan, gempa bumi, kebakaran dan puting beliung. Namun rencana ini jarang diperbaharui.

b) Logistik yang menunjang pelayanan

Alat medis yang ada digunakan untuk pelayanan dapat digunakan selama bencana serta terdapat prosedur yang mengatur, namun tidak tersedia sepanjang waktu.

Saat ini jika terjadi bencana maka sumber keuangan berasal dari dana rumah sakit. Kemudian jika rumah sakit tidak mampu mengatasi bencana

tersebut, rumah sakit akan berkoordinasi dengan pemerintah daerah Kota Yogyakarta untuk meminta dana bantuan yang sudah dialokasikan.

c) Jaringan komunikasi

Saat terjadi bencana, alat komunikasi yang dipakai adalah saluran telepon, speaker dan alarm kebakaran. Rumah sakit menggunakan sistem computer dalam semua pendataan alat rumah tangga, dan sudah di amankan dalam sistem online yang dimiliki oleh pemerintah kota Yogyakarta. Namun untuk rekam medis masih berupa kertas, hanya rekam medis laboratorium yang disimpan dalam bentuk file. Simulasi keamanan sistem jaringan komputer belum pernah dilakukan.

Terdapat daftar alur koordinasi yang disertai dengan daftar pejabat pemerintah yang dapat dihubungi saat terjadi bencana, namun tidak diperbarui selama lebih dari 3 bulan setelah pertamakali dibuat.

d) Pengembangan sub sistem transportasi

Rumah sakit memiliki kendaraan dinas dan ambulans. Kendaraan dinas digunakan untuk direktur dan beberapa pejabat rumah sakit lain, sedangkan ambulans berjumlah 4 mobil dan kendaraan jenazah berjumlah 2 buah. Kendaraan tersebut belum berjumlah cukup untuk membantu mobilisasi pasien saat bencana. Prosedur untuk arahan, transfer dan penerimaan pasien sudah ada namun belum diuji untuk situasi darurat dan bencana dalam beberapa tahun terakhir.

e) Pelatihan penanganan bencana

Pelatihan dalam penanganan bencana RSUD Kota Yogyakarta dapat dikategorikan Baik yaitu sebesar 80%. Pelatihan yang dilakukan adalah melakukan pelatihan PPGD (Pertolongan Pertama Gawat Darurat) bagi perawat Instalasi Gawat Darurat, dan pelatihan penggunaan alat pemadam api ringan. Frekuensi pelatihan dilakukan setiap

beberapa tahun sekali dan hanya beberapa karyawan yang dikirim untuk mengikuti pelatihan eksternal. Pelatihan seharusnya tetap dilakukan sebagai evaluasi dalam kesiapan menghadapi bencana yang akan terjadi di masa mendatang. Pelatihan bagi seluruh karyawan di RSUD Kota Yogyakarta baik medis maupun non medis sangat diperlukan untuk menyetarakan pengetahuan dan kemampuan staf dalam menanggulangi bencana skala apapun (Pham et al., 2018).

f) Kerjasama lintas sektor

Rumah sakit memiliki beberapa layanan bina rohani, namun personil hanya sedikit dan tidak terlatih saat bencana. Saat bencana jumlah personil tidak memadai untuk layanan psikososial lain bagi pasien berbagai usia.

Prosedur untuk menangani pasien meninggal serta seluruh rangkaian post mortemnya sudah ada, namun tidak dilakukan pengujian terhadap prosedur

tersebut secara berkala serta personil tidak terlatih seluruhnya. Rumah sakit sudah memiliki prosedur keamanan saat bencana tetapi staf belum dilatih secara rutin dan belum disimulasikan secara keseluruhan.

Tabel 4.4 Kuesioner Pengetahuan Bencana secara kognitif

No	Kode	Persentase	Kategori
1	Pengetahuan mengenai bencana	76	Baik
2	Logistik yang menunjang pelayanan	78	Baik
3	Jaringan komunikasi	74	Baik
4	Pengembangan sub sistem transportasi	80	Baik
5	Pelatihan penanganan bencana	80	Baik
6	Kerjasama lintas sektor	74	Baik
	Rata - rata	77%	Baik

Pengambilan data dilakukan dengan memberikan kuesioner pengetahuan kepada 30 responden. Hasil skor dirangkum dalam table sebagai berikut:

Tabel 4.5. Hasil Kuesioner Pengetahuan

Jumlah responden	Skor rata-rata	Skor Maksimal	Persentase
30 orang	92,8	120	77%

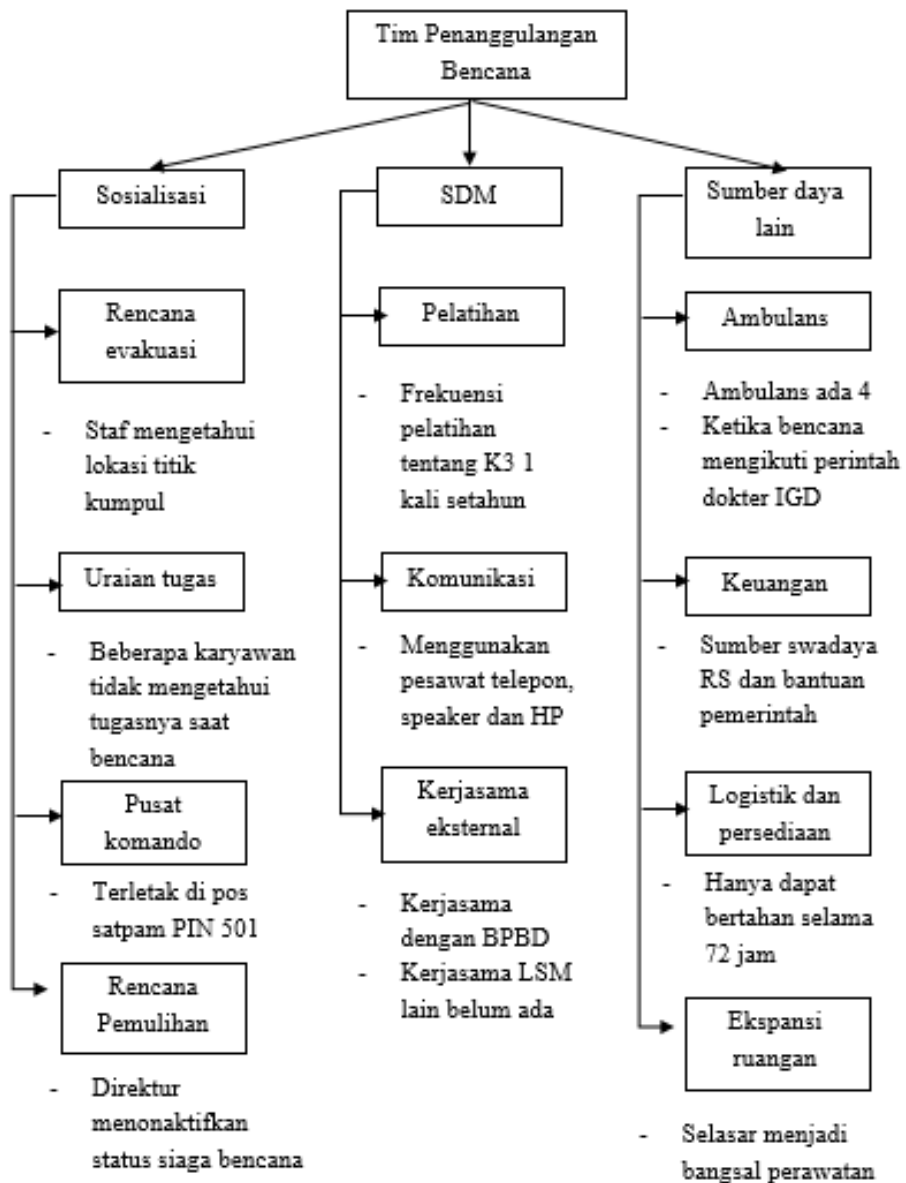
Rata-rata hasil yang didapatkan dari pengisian kuesioner tersebut adalah 77%. Berdasarkan pengelompokan oleh Arikunto (2002) dinyatakan pengetahuan secara kognitif penanggulangan bencana baik jika prosentase mean 76-100%. Sedangkan dikatakan cukup jika 56-75% dan kurang jika <55%. Maka staf RSUD Kota Yogyakarta mengetahui pengetahuan penanggulangan bencana yang baik.

4. Rekapitulasi Hasil Wawancara

Wawancara dilakukan kepada enam narasumber yang memiliki jabatan dan uraian tugas dalam kepengurusan tim penanggulangan bencana RSUD Kota Yogyakarta. Narasumber tersebut antara lain Sekretaris JHERT, Kepala Tata Usaha dan Rumah Tangga RS, Koordinator Ambulans serta Koordinator Satpam/*Security*

Tabel 4.6. Rekapitulasi Hasil Wawancara

Aspek	Pertanyaan	Tema
Tim penanggulangan bencana	Peran J-HERT	Penanggulangan saat terjadi bencana
	Peran K3	Mitigasi bencana
Kebijakan	Kebijakan penanggulangan bencana	Sudah disosialisasikan sejak tahun 2010 dan direvisi setiap 4 tahunan, namun belum dapat dipastikan bahwa semua karyawan mengetahui kebijakannya.
Pendidikan staf	Frekuensi dan tema pelatihan	Pelatihan dilakukan sekali setiap tahun dengan cara mengirim delegasi keluar. Pelatihan internal jarang dilakukan
Sumber daya rumah sakit	Lama waktu rumah sakit dapat bertahan saat bencana	RS dapat bertahan maksimal 3 hari, terkait cadangan obat, logistic dan gizi.



Gambar 4.6. Rekapitulasi Hasil Wawancara

C. Pembahasan

1. Tingkat Kesiapsiagaan Bencana RSUD Kota Yogyakarta

Dalam rangka mendukung keberhasilan program kesiapsiagaan bencana rumah sakit, staf yang terlibat harus sudah terlatih. Namun dalam hal ini artinya seluruh karyawan akan terlibat saat bencana, maka pelatihan bagi staf medis maupun non medis sangat diperlukan untuk menyetarakan pengetahuan dan kemampuan staf dalam menanggulangi bencana skala apapun (Pham et al., 2018). RSUD Kota Yogyakarta sudah melakukan pelatihan terhadap stafnya namun hanya sebagian dan tidak rutin dilakukan. Rumah sakit mengirim stafnya dalam pelatihan eksternal yang bertajuk K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja).

Pelatihan yang ditujukan kepada staf medis, terutama perawat merupakan hal yang sangat diperlukan karena perawat adalah pihak yang menjadi lini pertama dalam evakuasi pasien di bangsal perawatan. Pelatihan yang rutin dapat meningkatkan respon perawat dalam

evakuasi dan tindakan yang diperlukan saat terjadi bencana (Pesiridis et al., 2015). Pasien pada saat bencana menjadi pihak yang sangat rentan dan membutuhkan perawatan yang berkelanjutan, maka lini pertama yang sigap dalam menyelamatkan pasien adalah strategi yang sangat baik untuk mencegah kematian akibat bencana (Tzeng et al., 2016).

Persiapan sebelum peristiwa bencana sangat penting untuk mengoptimalkan hasil pasien selama keadaan darurat dan bencana. Lembaga dan penyedia layanan kesehatan sangat dianjurkan untuk mengetahui dan mempersiapkan skenario bencana yang paling mungkin terjadi di komunitas tersebut (misalnya, badai, gempa bumi, atau banjir) dan juga untuk mempertimbangkan peristiwa yang tidak terduga (misalnya, bioterorisme) yang dapat menciptakan peristiwa korban massal dan sama mempengaruhi kapasitas dan kemampuan lonjakan (Barfield et al., 2017).

Penting bagi rumah sakit untuk berpartisipasi penuh dalam kegiatan darurat dan perencanaan bencana fasilitas mereka, sistem perawatan kesehatan, atau badan manajemen darurat regional, negara bagian, dan lokal. Tim harus menjadi bagian dari latihan simulasi bencana berkala yang sekarang diperlukan di setiap rumah sakit. Perawat dan staf harus secara aktif berpartisipasi dalam desain latihan rumah sakit untuk menangani kebutuhan pasien dalam situasi yang melibatkan tempat penampungan, relokasi, dan / atau evakuasi (Barfield et al., 2017).

Sistem perawatan pasien (penyedia, administrasi, informasi teknologi, dan peralatan) dapat mengembangkan dukungan staf yang tepat untuk menjalankan fungsi dengan aman dan efektif selama bencana. Penyedia perawatan bangsal, bekerja sama dengan fasilitas rumah sakit, praktisi komunitas, jaringan, dan wilayah mereka, perlu mengidentifikasi kapasitas lonjakan untuk menyediakan 3 kali sumber daya perawatan kritis awal dan mempertahankannya selama 10

hari selama bencana kesehatan masyarakat yang besar (Barfield et al., 2017).

Selama bencana, tenaga kesehatan dapat melakukan pengambilan keputusan, termasuk volume dan keparahan penyakit pasien, peralatan yang tersedia, obat-obatan, dan staf, transportasi, evakuasi, pemulihan, dan standar perawatan krisis. Mempertahankan fleksibilitas penting dalam menyesuaikan diri dengan situasi baru. Perencanaan lanjutan dan koordinasi dengan badan-badan kesehatan publik dan manajemen darurat lokal dan negara bagian juga akan mendukung kesadaran situasional dan pengambilan keputusan tepat waktu. Suatu proses pengambilan keputusan etis dan perubahan standar perawatan perlu dimasukkan dalam perencanaan bencana (Barfield et al., 2017).

Kesiapan adalah proses berkelanjutan yang berubah berdasarkan pengalaman dan bukti yang dipelajari. Perawat dan staf harus terus meneliti praktik terbaik, obat-obatan dan dosis bagi pasien, dan efek

perubahan standar perawatan dalam bencana (Barfield et al., 2017).

RSUD Kota Yogyakarta memiliki memiliki tingkat pengetahuan penanggulangan bencana yang baik, tetapi tingkat kesiapsiagaan bencana pada kategori B. Terjadi ketimpangan pada hasil penelitian pada dua aspek tersebut. Hal tersebut dapat disebabkan oleh adanya kesenjangan motivasi karyawan dalam menjalankan *Hospital Disaster Plan*. Karyawan RSUD Kota Yogyakarta memiliki pengetahuan yang baik dalam penanggulangan bencana, tetapi tidak mengimplementasikannya dalam pekerjaan sehari-hari sehingga tidak ada kontinuitas dari dua aspek tersebut. Apabila terdapat keseimbangan antara pengetahuan dan implementasi, maka akan memperbaiki tingkat kesiapsiagaan Rumah Sakit terhadap bencana.

2. Kebijakan Penanggulangan Bencana RSUD Kota Yogyakarta

Rumah sakit merupakan harapan utama masyarakat saat terjadi bencana yang mengancam

kehidupan serta kesehatan orang banyak. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta sudah memiliki pengalaman dalam menangani korban masal seperti pada gempa bumi Bantul tahun 2006 dan erupsi Gunung Merapi tahun 2010, maka sudah terbentuk tim JHERT untuk menanggulangi hal tersebut. Perlindungan yang diharapkan dapat diberikan oleh rumah sakit berupa perawatan medis bagi yang terluka, maupun lokasi yang aman untuk bertahan selama terjadi bencana dalam waktu yang cukup panjang (Liu et al., 2018). Sistem kesiapsiagaan bencana merupakan kunci utama keberhasilan dari rumah sakit dalam menanggulangi keadaan korban massal ataupun keadaan darurat lain (Bin Shalhoub et al., 2017).

Koordinasi antara rumah sakit, relawan dan karyawan serta pihak pihak lain yang berhubungan dengan bencana tersebut perlu dilaksanakan baik saat bencana maupun saat bencana dinyatakan selesai (Zarei, 2016). Sistem koordinasi yang ada sebaiknya diperiksa setiap

tahun dengan simulasi yang melibatkan seluruh pihak terkait. Hal ini dilakukan supaya sistem yang berjalan selalu teruji dan dapat terlaksana dengan baik saat bencana benar benar terjadi (Voyer et al., 2016).

Dalam setiap rencana penanggulangan bencana, sudah ditetapkan seorang penanggungjawab dan memiliki berbagai macam uraian tugas (Kondo et al., 2009). Tidak ada aturan yang mengharuskan bahwa direktur harus menjadi *incident commander* saat bencana. RSUD Kota Yogyakarta memiliki direktur sebagai penanggungjawab, namun posisi *incident commander* dijabat oleh wakil direktur bidang pelayanan medis. Jabatan tersebut aktif saat direktur menetapkan keadaan bencana dan berhenti saat bencana dinonaktifkan.

Incident Commander akan memantau bencana di pusat komando. Lokasi pusat komando ada di pos satpam di dalam rumah sakit. Lokasi ini dinamakan PIN (pusat

informasi) dan memiliki saluran khusus di pesawat telepon (501).

Sumber daya manusia yang utama harus ada saat bencana adalah staf medis, antara lain dokter dan perawat. Namun tidak dapat dipungkiri bahwa sumber daya rumah sakit pasti juga terkena dampak dari bencana tersebut. Maka diperlukan jumlah staf yang dapat bekerja *oncall* saat diperlukan oleh rumah sakit. Sumber daya manusia yang sangat diperlukan saat bencana antara lain: dokter bedah ortopedi, dokter anestesi, dokter kebidanan dan kandungan, serta dokter kegawatdaruratan (spesialis emergensi). Hal ini disebabkan oleh kasus yang terbanyak saat bencana adalah kasus trauma. Namun saat masuk ke dalam fase pemulihan maka SDM utamanya menjadi psikolog, fisioterapis, dokter anak, dokter kebidanan dan kandungan serta staf pendukung lain (Basu et al., 2017).

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta sudah memiliki staf berupa dokter spesialis serta staf penunjang medis yang diperlukan. Namun pengaturan

jadwal yang diberlakukan saat bencana belum ada, maka ditakutkan jika terjadi bencana staf tersebut tidak dapat melakukan tugasnya dengan optimal.

Setelah memiliki sistem yang sempurna, ada pula faktor yang dapat menyebabkan kegagalan penanggulangan bencana. Faktor tersebut antara lain terhentinya suplai listrik akibat kerusakan infrastruktur, kekurangan suplai air bersih akibat kerusakan tempat *water tank* rumah sakit, dan berbagai kerusakan yang mayoritas disebabkan oleh infrastruktur. Selain infrastruktur, kegagalan koordinasi dengan staf medis juga merupakan alasan utama terhentinya pelayanan rumah sakit (Janius et al., 2017). Oleh karena itu RSUD Yogyakarta sebaiknya memiliki infrastruktur yang lebih aman sehingga tidak memiliki risiko kegagalan penanggulangan bencana.

Penanggulangan bencana yang berhasil adalah yang mampu menahan atau bahkan mengurangi tingkat mortalitas pasien akibat bencana tersebut. Faktor ketepatan

triase mengurangi kematian sebanyak 25% serta menurunkan 12% biaya yang dikeluarkan. RSUD Kota Yogyakarta tidak memasukkan sistem triase dalam buku panduan *Hospital Disaster Plan* sehingga tidak ada baku standar yang digunakan dalam sistem triase saat terjadi bencana. Penggunaan ruang operasi sesuai dengan indikasi mampu meratakan pelayanan yang diterima oleh pasien. Oleh karena itu dokter bedah perlu memilih pasien yang membutuhkan operasi (Russo et al., 2015).

Agar rumah sakit mampu memiliki sistem yang baik maka perlu dibentuk tim kesiapsiagaan bencana yang bertugas untuk merumuskan pedoman penanggulangan bencana yang disosialisasikan kepada seluruh staf rumah sakit. Pedoman yang sudah dibuat akan meningkatkan respon staf terhadap bencana yang akan dihadapi rumah sakit nantinya (Russo et al., 2015).

3. Pengetahuan Penanggulangan Bencana Karyawan RSUD Kota Yogyakarta

Secara keseluruhan, hasil dari kuesioner pengetahuan kognitif tentang penanggulangan bencana di rumah sakit pada karyawan RSUD Kota Yogyakarta adalah baik.

a. Pengetahuan mengenai Bencana

Pengetahuan merupakan faktor yang mendasari seorang perawat ataupun staf rumah sakit yang lain untuk dapat merespon bencana sesuai dengan pedoman penanggulangan bencana. Pihak Tim Penanggulangan Bencana dan tim K3 perlu memastikan tingkat pengetahuan staf tentang bencana secara umum dan pedoman yang dilaksanakan di rumah sakit tersebut (Ahayalimudin and Osman, 2016). Tidak semua perawat dan staf RSUD Kota Yogyakarta memperoleh pelatihan kebencanaan, oleh karena itu pengetahuannya pun berbeda beda tergantung seberapa sering keterlibatannya dengan program tersebut. Hal inilah yang menimbulkan jarak antara pemahaman dan praktik staf terhadap bencana (Yan et al., 2015).

Pengetahuan dan kesiapsiagaan bencana dari rumah sakit memerlukan penguatan yang berkelanjutan dalam rangka meningkatkan efektivitas dalam penanganan bencana (Lakbala, 2015). Saat ini pengetahuan, keterampilan dan tingkat kesiapsiagaan bencana perlu dilakukan evaluasi dalam rangka memperbaiki rencana dan program edukasi dari kebencanaan tersebut (Lakbala, 2015).

b. Logistik yang menunjang Pelayanan

Rumah sakit mungkin menjadi tidak dapat digunakan selama bencana. Rumah sakit lapangan adalah rumah sakit yang dibentuk setelah bencana dengan tujuan menyediakan layanan perawatan kesehatan yang aman bagi korban bencana dan kelanjutan perawatan pasien yang dirawat di rumah sakit sementara di daerah yang telah ditentukan sebelumnya, aman di dekat rumah sakit. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), rumah sakit lapangan adalah unit yang terdiri dari wadah, tenda, dan modul tiup atau kemas, memiliki setidaknya sepuluh

tempat tidur, satu ruang operasi, satu laboratorium dasar dan peralatan sinar-X *mobile* (Tekin et al., 2017).

Rumah sakit lapangan adalah fasilitas perawatan kesehatan darurat independen yang digunakan dengan cepat, biasanya dalam bencana yang timbul tiba-tiba, dan mewakili sistem logistik yang inovatif dan kompleks yang melibatkan pengiriman cepat perbaikan, peralatan diagnostik, perawat, dokter, juru bahasa, dan perakitan yang dibutuhkan fasilitas medis di tengah reruntuhan (Naor and Bernardes, 2016).

Dukungan logistik sangat penting untuk respon cepat dan evakuasi pasien yang terluka setelah bencana. Ketersediaan sumber daya terbatas yang tepat waktu, seperti dokter, ruang operasi dan obat-obatan, dan transportasi yang efektif dari korban luka mempengaruhi tingkat kelangsungan hidup korban bencana yang terluka (Jin et al., 2015).

c. Jaringan Komunikasi

Struktur organisasi di mana keputusan dibuat untuk beradaptasi dengan bencana di rumah sakit telah diperiksa oleh peneliti ilmu sosial. Upaya-upaya ini fokus pada pentingnya mengelola ketersediaan staf selama gangguan, mempertahankan komunikasi di antara berbagai layanan di rumah sakit, dan merencanakan ke depan untuk adaptasi terhadap hilangnya utilitas tertentu (air, listrik, dll.) (Vugrin et al., 2015).

Kecepatan perawatan dokter terhadap pasien dan jumlah saran yang diambilnya dari dokter pendamping juga sangat memengaruhi peluang hidup pasien dalam kondisi perawatan kritis. Saat ini, aplikasi berbasis video tradisional mengharuskan dokter / perawat memegang perangkat kamera video, yang membatasi dokter / perawat untuk hanya menggunakan satu tangan saat merawat pasien. Kebutuhan sistem komunikasi hands-free dalam skenario bencana untuk merawat pasien yang datang dengan demikian jelas dan dapat membebaskan dokter / perawat dari beban mengkhawatirkan tentang penanganan

manual perangkat video selama perawatan pasien kritis atau kolaborasi dengan kolega lain di lokasi bencana (Gillis et al., 2015).

Kurangnya komunikasi yang terkait dan kesadaran situasional dapat menyebabkan banyak masalah dalam peristiwa korban massal yang serba cepat seperti kesalahan persiapan pasien atau duplikasi upaya yang menghabiskan waktu dan sumber daya yang berharga. Mereka juga membatasi kemampuan direktur medis atau komandan insiden untuk merasakan peristiwa status kejadian dan secara strategis mendelegasikan tanggung jawab triase kepada responden pertama, mengarahkan mereka dari jarak jauh menggunakan komunikasi audiovisual. Selain sistem komunikasi hands-free, integrasi teknologi penginderaan yang secara otomatis memperbarui kesadaran situasional dari berbagai proses klinis di antara tim lapangan sangat diinginkan dan selanjutnya dapat meningkatkan koordinasi perawatan di lokasi bencana (Gillis et al., 2015).

Tantangan dari insiden korban massal diperbesar ketika struktur pendukung yang khas untuk mengelola perawatan medis mungkin sebagian atau seluruhnya tidak tersedia. Sistem komunikasi saat ini yang biasanya digunakan oleh profesional medis memerlukan infrastruktur yang sudah mapan di lingkungan rumah sakit biasa. Ini adalah solusi yang valid untuk perencanaan ke depan dan merancang pengaturan yang sangat disesuaikan; namun, ketika terjadi bencana yang menyebabkan rumah sakit disesuaikan infrastruktur yang harus dikompromikan atau ruang operasi medis harus disiapkan lebih dekat dengan pasien yang terluka di lapangan, sistem komunikasi saat ini tidak dapat digunakan. Memiliki solusi komunikasi hands-free yang mudah digunakan yang mandiri dan infrastruktur-mandiri sangat penting untuk dapat melayani kebutuhan bantuan dalam setiap skenario bencana (Gillis et al., 2015).

d. Pengembangan sub sistem transportasi

Dalam masyarakat lanjut usia di negara maju, banyak pasien yang lebih tua dirawat di rumah sakit. Jika operasi rumah sakit tidak dapat dilanjutkan setelah bencana alam, evakuasi rumah sakit adalah wajib, dan keputusan harus diambil segera, karena keterlambatan evakuasi rumah sakit dapat menyebabkan kerusakan jaminan untuk pasien rawat inap, terutama pasien yang lebih tua. Karena itu, pasien harus dievakuasi dalam kelompok sebanyak mungkin, dan distribusi pasien ke berbagai fasilitas harus dihindari. Juga, staf medis dan keluarga pasien harus menemani evakuasi pasien jika memungkinkan (Nagata et al., 2017).

Merencanakan evakuasi rumah sakit sangat teliti dan memakan waktu. Banyak detail yang terlibat. Dokumen yang tersedia untuk perencanaan bencana dapat digunakan untuk evakuasi yang direncanakan. Perencanaan awal sangat penting, termasuk perwakilan dari semua departemen rumah sakit. Rencana komunikasi yang baik dengan staf, keluarga, dan pejabat negara bagian dan kota tentang evakuasi adalah kunci untuk proses yang mulus.

Memfaatkan Komandan Insiden untuk mengawasi evakuasi sangat penting (Rozenfeld et al., 2017).

e. Pelatihan Penanganan Bencana

Pendidikan bencana untuk semua perawat sangat penting dan semua kurikulum di sekolah keperawatan dan medis memiliki masalah darurat dan bencana yang sangat membantu dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang terkait dengan bencana. Penanganan dengan kompleksitas bencana mensyaratkan bahwa setiap perawat memperoleh basis pengetahuan dan seperangkat keterampilan minimum untuk memungkinkan mereka merencanakan dan merespons bencana secara tepat waktu dan sesuai. Maka sangat perlu pengembangan penelitian untuk mengidentifikasi kebutuhan perawat tentang kesiapsiagaan bencana dengan menentukan tingkat pengetahuan perawat, kesadaran dan sikap tentang kesiapsiagaan bencana (Diab and Mabrouk, 2015).

Perawat perlu terlibat secara erat dalam proses ini, termasuk perawat militer yang memiliki pengetahuan dan

keterampilan bencana yang diperlukan. Ini akan memberdayakan perawat untuk merasa lebih percaya diri dan kompeten untuk merencanakan, terlibat dan mengevaluasi pekerjaan mereka dalam respon bencana di masa depan (Wenji et al., 2015).

Untuk mempersiapkan tenaga perawatan kesehatan yang memadai untuk menghadapi tantangan yang tiba-tiba dan tidak terduga, profesional layanan kesehatan, termasuk perawat, harus dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan yang relevan dalam pekerjaan bantuan bencana, dengan pelatihan yang dilakukan selama periode ketika tidak ada bencana (Jiang et al., 2015).

f. Kerjasama Lintas Sektor

Kesiapsiagaan paling tinggi terjadi pada lingkungan yang tegas serta disiplin dalam melaksanakan kebijakan penanggulangan bencana. Namun begitu pengalaman dari staf dan perawat dalam hal klinis tidak menjamin keberhasilan mereka dalam menanggulangi keadaan bencana (Tzeng et al., 2016). Perbedaan pengalaman dan

kualifikasi juga merupakan hal yang menyebabkan perbedaan taraf pengetahuan kebencanaan dan keterampilan yang dimiliki perawat serta staf lain (Al Thobaity et al., 2015). Tinjauan ini mengungkapkan bahwa: ada kurangnya koordinasi antara organisasi yang berpartisipasi dalam respons bencana; perawat tidak dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan penting untuk manajemen bencana karena kurangnya kesempatan untuk pendidikan dan pelatihan (Al Thobaity et al., 2015).

Otoritas perawatan kesehatan, misalnya, rumah sakit dan departemen kesehatan negara, serta universitas, harus meningkatkan praktik penanggulangan bencana mereka dengan menyediakan pelatihan yang memadai bagi personel perawatan kesehatan mereka, yang berkisar dari kegiatan didaktik hingga latihan bencana. Pelatihan ini dapat meningkatkan pengetahuan dan praktik mereka, sehingga meningkatkan sikap mereka dan mencerahkan persepsi dalam manajemen bencana (Ahayalimudin and Osman, 2016).