



**ANALISIS PERENCANAAN PENYIAGAAN BENCANA DI RUMAH SAKIT
DAERAH BALUNG KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

**Oleh
Elista Retno Anjarsari
NIM. 072110101053**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**ANALISIS PERENCANAAN PENYIAGAAN BENCANA DI RUMAH SAKIT
DAERAH BALUNG KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

**Oleh
Elista Retno Anjarsari
NIM. 072110101053**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**ANALISIS PERENCANAAN PENYIAGAAN BENCANA DI RUMAH SAKIT
DAERAH BALUNG KABUPATEN JEMBER**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Kesehatan Masyarakat (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh
Elista Retno Anjarsari
NIM. 072110101053

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT, yang telah melimpahkan segala rahmat, kasih sayang serta hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
2. Kedua orang tua saya, Ibu Sugiantini dan Bapak Heru Susanto, S.Pd, serta adik-adik saya M. Syidiq Wisnu A.N, Dwi Krismono H dan Callista Tria Wardhani yang selalu memberikan do'a, dukungan, pengorbanan, dan kasih sayangnya kepada saya.
3. Kedua malaikat kecil saya Keysha Eka Putri dan Nayla Itsnaini Faadiyah yang selalu membuat saya semangat untuk menyelesaikan skripsi ini.
4. Seluruh guru-guru TK Melati, SDN Lumbang 1, SMPN 1 Probolinggo, SMA Taruna Dra. Zulaeha dan dosen-dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan ilmunya dan senantiasa membimbing saya.
5. Agama, Bangsa, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Terkadang, berhenti dan menyerah, kelihatan sebagai sebuah pilihan yang terbaik. Tapi aku tidak diciptakan untuk kalah. Aku harus bangkit lagi. Bukan jatuhku yang penting tapi bangkitku. (Mario Teguh)*)

Pengetahuan tidaklah cukup, maka kita harus mengamalkannya. Niat tidaklah cukup, maka kita harus melakukannya. (Johann Wolfgang von Goethe)**)

Sesuatu yang belum dikerjakan, sering kali tampak mustahil. Kita baru yakin kalau kita telah berhasil melakukannya dengan baik. (Evelyn Underhill)**)

*) www.facebook.MarioTeguh.asia

**) Isdaryanto. 2013. Kumpulan Kata Bijak Motivasi.
<http://www.isdaryanto.com/kata-bijak-motivasi>. [04-03-2015].

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Elista Retno Anjarsari

NIM : 072110101053

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: *Analisis Perencanaan Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Maret 2015

Yang menyatakan,

Elista Retno Anjarsari

NIM. 072110101053

SKRIPSI

**ANALISIS PERENCANAAN PENYIAGAAN BENCANA DI RUMAH SAKIT
DAERAH BALUNG KABUPATEN JEMBER**

Oleh:

Elista Retno Anjarsari

NIM. 072110101053

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Abu Khoiri, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Analisis Perencanaan Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 26 Maret 2015

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji:

Ketua,

Sekretaris,

Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes

NIP. 19750914 200812 1 002

Anggota I,

Christyana Sandra, S.KM., M.Kes

NIP. 19820416 201012 2 003

Anggota II,

Abu Khoiri, S.KM., M.Kes

NIP. 19790305 200501 1 002

Wahyudi Slamet R., S.Kep., Ners., MM.Kes

NIP. 19750416 199603 1 004

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.

NIP. 19560810 198303 1 003

RINGKASAN

Analisis Perencanaan Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Balung Kabupaten Jember; Elista Retno Anjarsari, 072110101053: 120 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Rumah sakit dituntut harus lebih cepat dan tepat dalam menangani korban bencana. Oleh karena itu, rumah sakit diharapkan memiliki perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit. Perencanaan penyiagaan bencana merupakan rangkaian kegiatan yang dimulai sejak sebelum terjadinya bencana, saat bencana dan setelah terjadi bencana. Berdasarkan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit untuk meningkatkan kesiapan rumah sakit dalam menghadapi bencana diperlukan perencanaan yang meliputi organisasi, komunikasi, pelaksanaan operasional, pembiayaan, koordinasi, diseminasi dan sosialisasi.

Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten di bagian timur Pulau Jawa yang memiliki tingkat kerawanan bencana yang tinggi. Sebanyak 18 dari 31 kecamatan di Kabupaten Jember merupakan daerah rawan bencana banjir, tanah longsor, angin puting beliung dan tsunami. Kecamatan Balung merupakan salah satu kecamatan yang berada disekitar daerah yang rawan terjadi bencana. Berdasarkan data dari BPBD Kabupaten Jember, risiko bencana yang pernah terjadi di daerah Balung adalah banjir genangan dan angin puyuh.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengkaji perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Balung. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif, dengan 7 informan yang ditentukan secara *purposive*. Data diperoleh melalui wawancara langsung secara mendalam dengan bantuan panduan wawancara (*in-depth interview guide*) dan alat perekam suara (*handphone*) serta alat tulis. Selanjutnya pernyataan informan dideskripsikan dalam bentuk kalimat langsung. Uji validitas data yang digunakan adalah triangulasi sumber.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Rumah Sakit Daerah Balung sudah membentuk tim penyusun perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit serta sudah membentuk tim penyiagaan bencana, akan tetapi tim ini belum berjalan secara optimal karena sejak dibentuk belum ada mitigasi atau kegiatan lain yang dilakukan sehingga sebagian anggota tim ada yang lupa tugas dan fungsinya. Untuk perencanaan komunikasi, sudah baik karena sudah sesuai dengan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit yaitu dengan adanya sistem komunikasi penyampaian informasi, komunikasi koordinasi dan komunikasi pengendalian, namun dalam pelaksanaannya masih terdapat kekurangan yaitu tidak ada alat komunikasi lain selain telepon dan *handphone* serta kurangnya intensitas komunikasi yang dijalin baik antar unit rumah sakit atau antar instansi lain tentang penyiagaan bencana. Perencanaan pelaksanaan operational Rumah Sakit Daerah Balung masih kurang baik karena di Rumah Sakit Daerah Balung masih belum ada pos bencana, *alarm system*, Tim Reaksi Cepat, Tim RHA dan Tim Bantuan Kesehatan, serta jalur evakuasi yang belum diberi tanda. SDM di Rumah Sakit Daerah Balung juga masih kurang mendapatkan pelatihan mengenai manajemen bencana. Untuk perencanaan pembiayaan juga masih belum ada perencanaan pembiayaan pra bencana, saat bencana dan paska bencana. Perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Balung masih kurang disosialisasikan kepada karyawan, pasien, pengunjung serta masyarakat di sekitar rumah sakit.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung belum berjalan secara optimal karena belum adanya perencanaan penyiagaan sesuai dengan risiko bencana di Rumah Sakit Daerah Balung dan tidak adanya kegiatan atau mitigasi yang dilakukan tim penyiagaan bencana ketika bencana belum terjadi serta kurangnya sosialisasi kepada karyawan, pasien, pengunjung dan masyarakat di sekitar Rumah Sakit Daerah Balung.

SUMMARY

Analysis of Disaster Alerting Plan at Balung General Hospital in Jember District; Elista Retno Anjarsari, 072110101053: 120 pages; Department of Administration and Health Policy, School of Public Health, Jember University

Hospital was required to be faster and more precise in handling disaster victims. Therefore, hospital was expected to have disaster alerting plan for hospital. Disaster alerting plan was a series of activities that began pre-disaster, during disaster and post-disaster. Based on disaster alerting plan guidelines for hospital, to improve the readiness of hospital in handling disaster was necessary plan which includes organization, communication, operational implementation, financial, coordination, dissemination and socialization.

Jember district was one of the district in the eastern part of the Java Island which has high level of vulnerability to disaster. As many as 18 of the 31 subdistrict in Jember district was flood prone areas, landslide, tornado and tsunami. Balung sub district was one of sub district in prone areas for disaster. Based on data from BPBD Jember District, disaster risk in Balung areas are flood and tornado.

The goal of study was to analysis the disaster alerting plan at Balung General Hospital. This was a descriptive study with 7 informants by purposive technique. Data was obtained through in-depth interview with in-depth interview guide and the tape recorder (handphone) and stationery. The next, statement informant described in sentences. The validity test of data used was triangulation source.

The result showed that Balung General Hospital has formed a drafting team disaster alerting plan for hospital and disaster alerting team. However, the team was still not optimal because this team since it was formed no activity or mitigation in disaster alerting, so that, some members of the disaster alerting team forget their duties and functions. For communication plan have good, but in the implementation was still less intensive and no other communication tool than telephone and

handphone. Operational implementation of disaster alerting in the Balung General Hospital still not good because there was still no disaster post, alarm system, quick response team, rapid health assessment team and medical team, as well as the evacuation route was not marked. Human resources in Balung General Hospital also still less the training on disaster management. For financial plan was still not good because there was no financial plan on pre-disaster, during disaster and post-disaster. Disaster alerting plan at Balung General Hospital also still less socialized to employees, patient, visitors and community in around hospital.

The conclusions of study are disaster alerting plan in Balung General Hospital was still not optimal because there was not disaster alerting plan in accordance with disaster risk in the Balung area and no activity or mitigation in disaster alerting. Disaster alerting plan at Balung General Hospital also still less socialized to employees, patient, visitors and community in around hospital.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *Analisis Perencanaan Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan tentang perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Abu Khoiri, S.KM., M.Kes. dan Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Bapak Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Penguji dalam ujian skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Ibu dr. Hj. Lilik Laksmiati Susilo Parti, selaku Direktur Rumah Sakit Daerah Balung;
4. Bapak Wahyudi Slamet R., S.Kep., Ners., MM.Kes, terima kasih atas ilmu, saran dan kesediaan waktu sebagai anggota penguji dalam ujian skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
5. Bapak Moh. Hadi K, selaku pembimbing lapangan yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membantu dalam penyusunan skripsi ini;
6. Bapak drg. Nur Cahyohadi, MARS, Bapak Erik Indra S. Amd.Kep., Bapak Juli Satrio Wibowo, Ibu Hj. Endang Sulistyowati E.R, M.Kes., Ibu dr. Gini

Wuryandari dan Ibu Ninik Sumarini yang telah meluangkan waktu untuk membantu dalam penyelesaian skripsi ini;

7. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes, selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
8. Bapak Nuryadi, S.KM., M.Kes., Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes dan Ibu Sri Utami, S.KM., MM selaku Dosen peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan;
9. Ibu Sugiantini dan Bapak Heru Susanto, S.Pd. terima kasih atas segala kasih sayang, limpahan do'a, motivasi serta kesabarannya dalam mendidik saya selama ini.
10. Adik-adik saya, Dwi Krismono Hardiyanto, M. Syidiq Wisnu Aji Nugroho, dan Callista Tria Wardhani terimakasih atas doa dan segala dukungannya selama ini.
11. Kedua putri kecil saya Keysha Eka Putri dan Nayla Itsnaini Faadiyah yang menjadi pemicu semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
12. Teman seperjuangan saya Fatma Ernawati, S.KM., Fitri (2010), Noradilla (2010), Eka Wahyuni, S.KM., Lailatul Rahmawati, S.KM., Linda Fidyawati, S.KM. dan teman-teman di luar sana terima kasih atas bantuan, semangat, do'a dan dukungannya selama ini.
13. Seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi bagi terselesaikannya skripsi ini.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu penulis dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, Maret 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN SAMPUL.....	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA.....	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR TABEL	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Bagi Pengembangan Keilmuan.....	6
1.4.2 Bagi Rumah Sakit Daerah Balung.....	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Bencana.....	7
2.1.1 Definisi Bencana.....	7

2.1.2	Kualifikasi Bencana.....	7
2.1.3	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Bencana	8
2.2	Manajemen Bencana	10
2.2.1	Definisi Manajemen Bencana.....	10
2.2.2	Tujuan Manajemen Bencana	10
2.2.3	Konsep Dasar Manajemen Penanggulangan Bencana.....	11
2.2.4	Tahap Manajemen Bencana.....	11
2.3	Sistem	16
2.3.1	Definisi Sistem.....	16
2.3.2	Unsur-Unsur Sistem.....	17
2.4	Manajemen	18
2.4.1	Definisi Manajemen.....	18
2.4.2	Fungsi Manajemen.....	18
2.5	<i>Hospital Disaster Plan</i>	22
2.5.1	Definisi <i>Hospital Disaster Plan</i>	22
2.5.2	Gambaran Bencana Internal dan Eksternal Rumah Sakit.....	22
2.5.3	Tujuan <i>Hospital Disaster Plan</i>	23
2.5.4	Konsep Dasar <i>Hospital Disaster Plan</i>	24
2.5.5	Prinsip <i>Hospital Disaster Plan</i>	24
2.6	Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah sakit	25
2.6.1	Identifikasi Risiko.....	25
2.6.2	Organisasi	26
2.6.3	Komunikasi.....	30
2.6.4	Pelaksanaan Operasional	31
2.6.5	Pembiayaan.....	45
2.6.6	Koordinasi, Diseminasi dan Sosialisasi	46
2.7	Kerangka Konsep.....	47
BAB 3.	METODE PENELITIAN.....	49
3.1	Jenis Penelitian.....	49

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	49
3.2.1 Lokasi Penelitian	49
3.2.2 Waktu Penelitian.....	49
3.3 Unit Analisis dan Informan Penelitian	50
3.3.1 Unit Analisis	50
3.3.2 Penentuan Informan Penelitian.....	50
3.4 Fokus Penelitian	52
3.5 Data dan Sumber Data	54
3.5.1 Data Primer	54
3.5.2 Data Sekunder.....	54
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	54
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	54
3.6.2 Instrumen Pengumpulan data	56
3.7 Teknik Penyajian dan Analisi Data	56
3.7.1 Teknik Penyajian Data.....	56
3.7.2 Teknik Analisis Data	57
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	58
4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Daerah Balung.....	58
4.2 Hasil Penelitian.....	59
4.2.1 Karakteristik Informan.....	59
4.2.2 Identifikasi Risiko.....	60
4.2.3 Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit Daerah Balung	62
4.3 Pembahasan.....	89
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	113
5.1 Kesimpulan	113
5.2 Saran	115
DAFTAR PUSTAKA	117
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

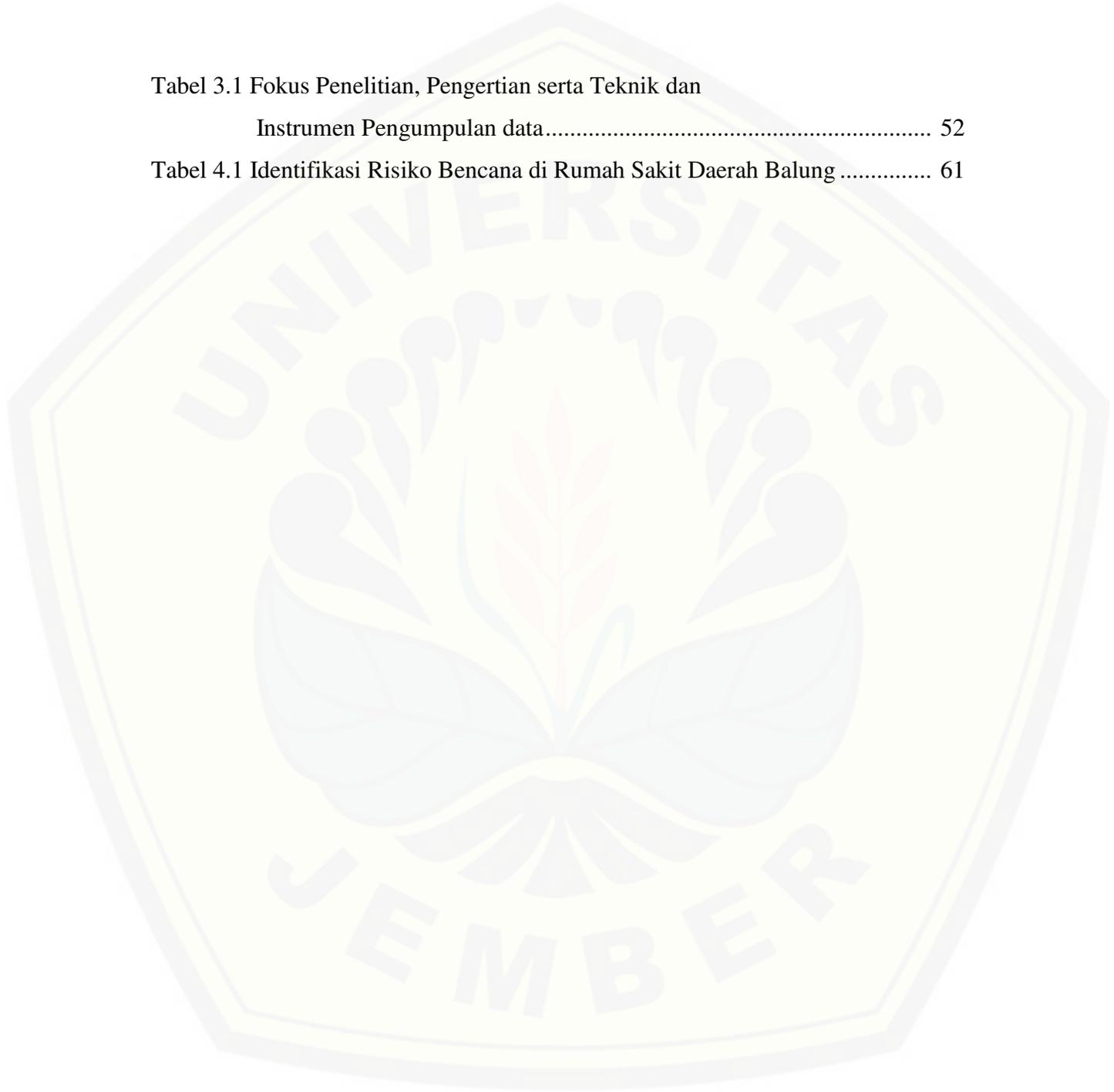
	Halaman
Gambar 2.1 Faktor yang Mempengaruhi Bencana	9
Gambar 2.2 Siklus Penanggulangan Bencana.....	15
Gambar 2.3 Aktifasi Sistem Bencana	40
Gambar 2.4 Kerangka Konsep	47
Gambar 4.1 Struktur Organisasi Tim Penyiagaan Bencana Rumah Sakit Daerah Balung	66

DAFTAR LAMPIRAN

- A. Lembar Persetujuan (*Inform Consent*)
- B. Lembar Panduan Wawancara (*Interview Guide*) untuk Informan Kunci
- C. Lembar Panduan Wawancara (*Interview Guide*) untuk Informan Utama
- D. Lembar Panduan Wawancara (*Interview Guide*) untuk Informan Tambahan
- E. Lembar Observasi
- F. Lembar Dokumentasi

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Fokus Penelitian, Pengertian serta Teknik dan Instrumen Pengumpulan data.....	52
Tabel 4.1 Identifikasi Risiko Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung	61



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) secara keseluruhan berada pada posisi rawan bencana, baik bencana alam geologis maupun bencana alam yang diakibatkan ulah manusia. Dengan posisi geografis yang unik, kepulauan Indonesia berada pada pertemuan tiga lempeng tektonik raksasa (Eruasia, India Australia dan Pasifik) dan terletak diantara Benua Asia dan Australia dan Samudera Hindia dan Pasifik serta terdiri dari \pm 17.000 pulau yang sebagian besar berhadapan dengan laut lepas dengan garis pantai lebih dari 81.000 km. Posisi geografis tersebut, menyebabkan Indonesia rentan terhadap letusan gunung berapi dan gempa bumi, terpengaruh gelombang pasang hingga tsunami serta cuaca ekstrim yang berpotensi menimbulkan banjir dan tanah longsor serta kekeringan (Hendrianto, 2012).

Melihat fenomena di atas dapat dikatakan Indonesia mempunyai potensi bencana yang besar. Selain potensi sumber daya alam yang luar biasa. Sehingga tidak berlebihan bila dikatakan Indonesia adalah satu-satunya bangsa yang ditakdirkan berdampingan dengan segala macam bencana atau marabahaya. Dampak dari kejadian suatu bencana menyentuh seluruh bidang, baik ekonomi, sosial-budaya, politik, namun yang paling utama dirasakan adalah bidang kesehatan. Disadari bahwa dengan adanya kejadian bencana, maka selalu timbul wabah penyakit yang merupakan dampak dari kondisi lingkungan yang rusak, sanitasi yang jelek, daya tahan tubuh manusia menurun drastis dan kurangnya obat-obatan (Ristrini, 2011). Ada slogan yang menyatakan bahwa mencegah lebih baik daripada mengobati. Hal tersebut juga sangat bisa diterapkan dalam bidang penanggulangan bencana sendiri. Lebih mudah untuk mencegah terjadinya bencana daripada menanggulangi efek dari bencana tersebut. Tapi di sisi lain, bencana alam sendiri sangat sulit diprediksi dan mencegahnya juga sangat sulit.

Oleh karena itu, perlu adanya upaya penanggulangan bencana. Upaya penanggulangan bencana merupakan rangkaian kegiatan yang dimulai sejak sebelum terjadinya bencana yang dilakukan melalui kegiatan pencegahan, mitigasi (pengurang dampak) dan kesiapsiagaan dalam menghadapi bencana. Kegiatan yang dilakukan pada saat terjadinya bencana berupa kegiatan tanggap darurat dan selanjutnya pada saat setelah terjadinya bencana berupa kegiatan pemulihan atau rehabilitasi dan rekonstruksi (Ristrini, 2011).

Pada saat terjadi bencana sudah pasti akan timbul korban, dari yang ringan sampai yang berat bahkan meninggal dunia. Dalam situasi bencana, korban yang harus ditangani jumlahnya sangat besar, sehingga melebihi kemampuan rumah sakit. Belajar dari berbagai pengalaman bencana yang terjadi di Indonesia, secara otomatis rumah sakit akan menjadi pusat rujukan. Oleh karena itu, dalam usaha meminimalkan risiko bencana, diharapkan rumah sakit mempunyai perencanaan dan prosedur untuk penanganan bencana.

Hal diatas menuntut peran rumah sakit yang harus aktif sebagai ujung tombak pelayanan medik disaat bencana, yang harus lebih cepat dan tepat dalam menangani korban bencana. Pendapat yang mengatakan bahwa rumah sakit yang sudah terampil melaksanakan kegawatan sehari-hari, tinggal menambah kapasitas (tempat tidur, peralatan, petugas, ruang rawat, logistik medik dan non medik) tidaklah tepat, karena dalam suatu bencana, yang selalu unik, bukan hanya terjadi penambahan kuantitatif, tetapi terjadi perubahan kualitatif (komunikasi, kerusakan jalur transportasi dan tidak berfungsinya fasilitas lain). Disaat bencana juga akan bekerja banyak orang dengan latar belakang berbeda, hingga pengambilan keputusan akan berbeda dari kegawatan sehari-hari. Untuk kepentingan akreditasi diperlukan *P3B Hospital Disaster Plan* tertulis, namun tidak berarti rumah sakit sudah siap menghadapi bencana. Perlu berbagai pelatihan. Kesiapan rumah sakit baru tercapai bila ditindaklanjuti dengan terbentuknya organisasi penanggulangan bencana rumah sakit, bekerjasama dengan pihak luar rumah sakit (ambulans, bank darah, Dinkes, PMI, media, rumah sakit lain,

dll) disertai pelatihan staf rumah sakit hingga terbiasa dengan rencana yang dibuat hingga perencanaan tersebut dapat diterapkan (*Hospital Disaster Plan* RSUP Dr. M. Djamil Padang, 2010).

Rumah sakit yang tidak siap menghadapi bencana, akan membayar harga yang sangat mahal dalam bentuk tingginya mortalitas dan morbiditas, serta penggunaan sumber daya yang tidak efisien. Oleh karena itu, *Hospital Disaster Plan* atau rencana penanggulangan bencana di rumah sakit sangat diperlukan oleh rumah sakit, karena dengan adanya perencanaan dan prosedur untuk penanganan bencana, maka pada saat terjadinya bencana rumah sakit sudah siap dan tidak terjadi kekacauan serta dalam pelaksanaannya akan lebih efisien, efektif dan rasional (Donna, 2011). Sedikit berbeda dengan pengertian “rencana” yang umumnya merujuk kepada sesuatu yang sama sekali belum pernah dilakukan sebelumnya, rencana pada penanggulangan bencana di rumah sakit merupakan serangkaian prosedur atau tindakan yang pernah disimulasikan, dan harus selalu diulang dan dievaluasi secara periodik untuk mempertahankan tingkat kesiapan tersebut.

Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten di bagian timur Pulau Jawa yang memiliki tingkat kerawanan bencana yang tinggi. Awal tahun 2006 lalu, 2 Januari 2006, empat kecamatan di Kabupaten Jember yaitu, Kecamatan Panti, Tanggul, Arjasa, dan Rambipuji ditimpa bencana alam banjir bandang dan tanah longsor. Kecamatan Panti yang terletak di lereng sebelah selatan Gunung Argopuro ini merupakan kecamatan yang paling parah. Memang wilayah ini termasuk areal yang tergolong lembah curam, lebar dan dalam (lembah baranco) dan merupakan daerah konsentrasi aliran sungai utama. Sehingga potensi dan tingkat kerawanan bencana cukup besar (Muhammad, 2007).

Sebanyak 18 dari 31 kecamatan di Kabupaten Jember merupakan daerah rawan bencana banjir, tanah longsor, angin puting beliung, dan tsunami. Beberapa daerah rawan bencana banjir bandang yang berada di daerah aliran sungai (DAS) besar seperti Kalijompo dan Sungai Mayang yakni Kecamatan Panti, Sukorambi,

Rambipuji, Balung, Silo, Mayang, Tempurejo, Jenggawah, Sumberbaru, Kencong dan Jombang. Daerah rawan bencana genangan banjir antara lain Ledokombo, Mayang, Tempurejo, Panti, Balung, Umbulsari, Wuluhan, Gumukmas, dan Kencong. Sementara untuk daerah rawan tanah longsor yakni Kecamatan Arjasa, Sumberjambe, Silo, Mayang, Panti, Mumbulsari, dan Sumberbaru, sedangkan daerah rawan angin puting beliung yakni Kecamatan Jelbuk, Tempurejo, Jenggawah, Sumpalsari, dan Sukowono. Banjir bandang melanda Kecamatan Panti, Kabupaten Jember yang telah menelan korban 54 orang meninggal dunia dan ratusan lainnya (Solicha, 2013).

Kecamatan Balung terletak diantara beberapa kecamatan, berbatasan dengan Kecamatan Puger di selatan, Kecamatan Ambulu di timur, Kecamatan Rambipuji di utara, dan Kecamatan Bangsalsari di barat. Kecamatan Balung berada di sekitar daerah yang rawan bencana seperti banjir, tanah longsor, tsunami dan lain-lain. Oleh karena itu, Rumah Sakit Daerah Balung merupakan rumah sakit terdekat sebagai tempat rujukan. Rumah Sakit Daerah Balung hendaknya telah memiliki kesiapsiagaan dan tanggap darurat yang dapat memenuhi kebutuhan masyarakat secara maksimal.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan tanggal 29 Desember 2014 melalui wawancara, dengan salah satu anggota tim 118, diperoleh informasi bahwa di Rumah Sakit Daerah Balung sudah terbentuk Tim Penyiagaan Bencana, namun tim ini masih belum berjalan secara optimal. Rumah Sakit Daerah Balung juga membentuk tim pra rumah sakit untuk keadaan gawat darurat yaitu tim 118. Tim tersebut masih baru dan belum disahkan oleh Rumah Sakit Daerah Balung. *Hospital Disaster Plan* Rumah Sakit daerah Balung masih mengacu pada *Hospital Disaster Plan* Rumah sakit dr. Soetomo. Setiap Rumah Sakit diwajibkan untuk memiliki *Hospital Disaster Plan* sesuai dengan identifikasi risiko di daerahnya, sehingga diharapkan Rumah Sakit Daerah Balung mempunyai *Hospital Disaster Plan*. Kurang siapnya rumah sakit dalam menangani bencana, bisa mengganggu proses penanganan pasien, hal ini juga akan diperparah apabila terjadi kekurangan logistik dan SDM, atau kerusakan terjadi infra struktur dalam rumah sakit itu sendiri ketika terjadi

bencana. Dengan mengacu pada latar belakang di atas, peneliti melakukan penelitian tentang perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimanakah perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengkaji identifikasi risiko di Rumah Sakit Daerah Balung
- b. Mengkaji perencanaan organisasi Rumah Sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana
- c. Mengkaji perencanaan komunikasi Rumah Sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana
- d. Mengkaji perencanaan pelaksanaan operasional Rumah Sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana
- e. Mengkaji perencanaan pembiayaan Rumah Sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana
- f. Mengkaji koordinasi, diseminasi dan sosialisasi Rumah Sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pengembangan Keilmuan

Hasil dari penelitian ini dapat menjelaskan tentang gambaran kesiapan Rumah Sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana.

1.4.2 Bagi Rumah Sakit Daerah Balung

Sebagai masukan dalam :

- a. Upaya meningkatkan kesiapan Rumah Sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana.
- b. Menyelaraskan antara potensi dan kebutuhan lapangan saat terjadi bencana sekaligus menjadi bahan pertimbangan untuk dapat membuat perencanaan penyiagaan bencana yang lebih operasional.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Bencana

2.1.1 Definisi Bencana

Bencana menurut UU No.24 tahun 2007 adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis. Menurut *United Nation Development Program* (UNDP), bencana adalah suatu kejadian yang ekstrem dalam lingkungan alam atau manusia yang secara merugikan mempengaruhi kehidupan manusia, harta benda atau aktivitas sampai pada tingkat yang menimbulkan bencana (Ramli, 2010). Menurut NFPA 1600: *Standard on Disaster / Emergency Management and Business Continuity Programs*, bencana adalah kejadian dimana sumberdaya, personal atau material yang tersedia di daerah bencana tidak dapat mengendalikan kejadian luar biasa yang dapat mengancam nyawa atau sumberdaya fisik dan lingkungan.

2.1.2 Kualifikasi Bencana

Undang-Undang No 24 tahun 2007, mengklasifikasikan bencana menjadi tiga jenis:

1. Bencana alam

Bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, letusan gunung berapi, angin topan, tanah longsor, kekeringan, kebakaran hutan atau lahan karena faktor alam, hama penyakit tanaman, epidemi, wabah, kejadian luar biasa, dan kejadian antariksa atau benda-benda angkasa.

2. Bencana non alam

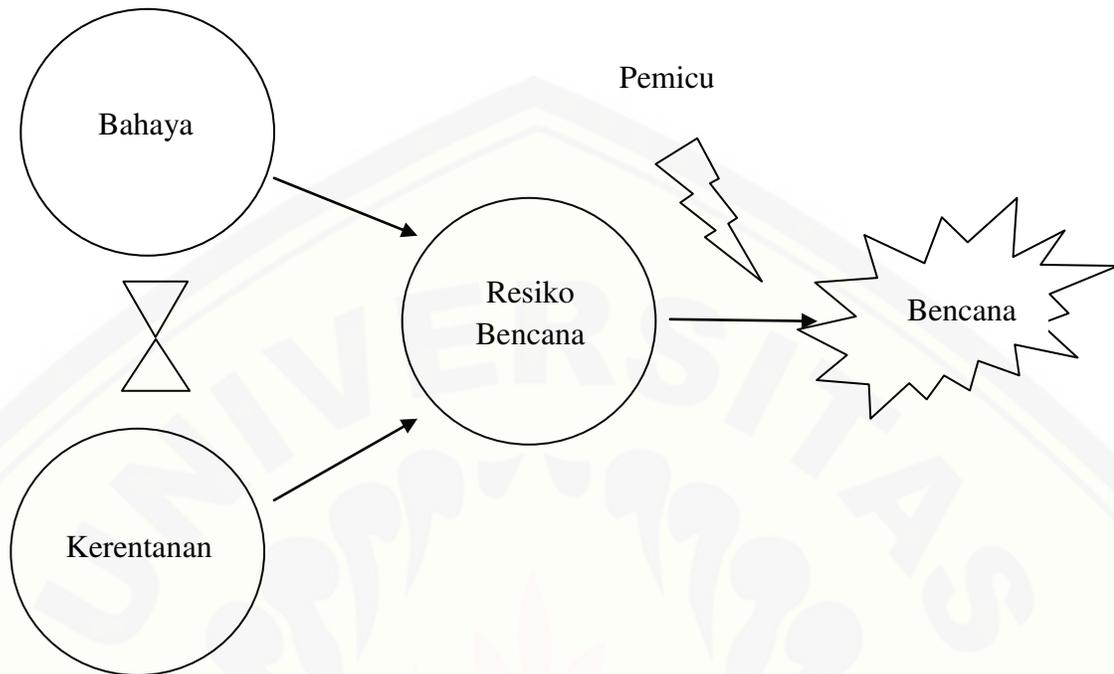
Bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa non alam yang antara lain kebakaran lahan atau hutan yang disebabkan oleh manusia, kecelakaan transportasi, kegagalan konstruksi atau teknologi, dampak industri, ledakan nuklir, pencemaran lingkungan dan kegiatan keantariksaan.

3. Bencana sosial

Bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antarkelompok atau antarkomunitas masyarakat. Bencana sosial antara lain berupa kerusuhan sosial dan konflik sosial dalam masyarakat yang sering terjadi.

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Bencana

Peristiwa yang ditimbulkan oleh gejala alam maupun yang diakibatkan oleh kegiatan manusia, baru dapat disebut bencana ketika masyarakat/manusia yang terkena dampak oleh peristiwa itu tidak mampu untuk menanggulangnya. Ancaman alam itu sendiri tidak selalu berakhir dengan bencana. Ancaman alam menjadi bencana ketika manusia tidak siap untuk menghadapinya dan pada akhirnya terkena dampak. Kerentanan manusia terhadap dampak gejala alam, sebagian besar ditentukan oleh tindakan manusia atau kegagalan manusia untuk bertindak. Jika diamati, terjadinya bencana adalah karena adanya pertemuan antara bahaya dan kerentanan, serta ada pemicunya (Nurjanah, 2013).



Gambar 2.1 Faktor yang Mempengaruhi Bencana
(Sumber : Nurjanah et al, 2013)

Setiap bahaya tidak selalu menjadi sebuah bencana karena juga dipengaruhi faktor-faktor yang lain. Apakah faktor lain memperkuat atau memperlemah kemungkinan terjadinya bencana. Dari gambar di atas dapat diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi adanya bencana, antara lain sebagai berikut (Anonim, 2008) :

1. Bahaya (*hazard*)

Bahaya (*hazard*) adalah sebuah peristiwa fisik atau yang dibuat oleh manusia dan secara potensial bisa memicu sebuah bencana. Dari perbedaan tersebut terlihat perbedaan persepsi antara bahaya dan bencana. Bahaya dapat diategorikan sebagai pemicu dan sebaliknya bencana adalah akibat atau dampak yang dihasilkan.

2. Risiko

Secara harfiah, risiko dapat diartikan probabilitas atau kemungkinan terjadinya sebuah bencana. Salah satu cara penentuan kemungkinan terjadinya bencana mutlak

harus dilaksanakan analisis risiko. Hal ini menunjukkan kaitan yang kuat faktor risiko dengan kemungkinan terjadinya bencana.

3. Kerentanan

Kerentanan adalah tingkatan dalam sebuah bencana dimana masyarakat memiliki sebuah kecenderungan untuk kehilangan, kerusakan atas harta benda, kesengsaraan dan meninggal. Kerentanan berhubungan dengan kemampuan perseorangan atau komunitas untuk menghadapi sebuah ancaman. Dengan memanfaatkan kemampuan yang dimiliki dan juga memanfaatkan sumberdaya yang ada.

2.2 Manajemen Bencana

2.2.1 Definisi Manajemen Bencana

Manajemen bencana adalah upaya sistematis dan komperhensif untuk menanggulangi semua kejadian bencana secara cepat, tepat, dan akurat untuk menekan korban dan kerugian yang ditimbulkannya (Ramli, 2010).

Managemen bencana adalah upaya untuk mencegah, mitigasi, kesiagaan, tanggap darurat, dan melindungi dari peristiwa yang mengancam jiwa, sumberdaya fisik atau lingkungan (NFPA 1600, 2007).

2.2.2 Tujuan Manajemen Bencana

Sistem manajemen bencana bertujuan untuk (Ramli, 2010) :

1. Mempersiapkan diri menghadapi semua bencana atau kejadian yang tidak diinginkan.
2. Menekan kerugian dan korban yang dapat timbul akibat dampak suatu bencana atau kejadian.
3. Meningkatkan kesadaran semua pihak dalam masyarakat atau organisasi tentang bencana sehingga terlibat dalam proses penanganan bencana.

4. Melindungi anggota masyarakat dari bahaya atau dampak bencana sehingga korban dan penderitaan yang dialami dapat dikurangi.

2.2.3 Konsep Dasar Manajemen Penanggulangan Bencana

Manajemen penanggulangan bencana memiliki kemiripan dengan sifat-sifat manajemen lainnya secara umum. Meski demikian terdapat beberapa perbedaan :

1. Nyawa dan kesehatan masyarakat merupakan masalah utama;
2. Waktu untuk bereaksi yang sangat singkat;
3. Risiko dan konsekuensi kesalahan atau penundaan keputusan dapat berakibat fatal;
4. Situasi dan kondisi yang tidak pasti;
5. Petugas mengalami stress yang tinggi;
6. Informasi yang belum berubah.

(Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana, 2007)

2.2.4 Tahap Manajemen Bencana:

Manajemen bencana merupakan suatu proses terencana yang dilakukan untuk mengelola bencana dengan baik dan aman melalui 3 (tiga) tahapan sebagai berikut (Ramli, 2010):

1. Pra Bencana
 - a. Kesiagaan

Kesiagaan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna (Ramli, 2010). Menurut Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana tahun 2007, upaya-upaya yang dapat dilakukan antara lain :

- 1) Penyusunan rencana kontijensi;
- 2) Simulasi/gladi/pelatihan siaga;
- 3) Penyiapan dukungan sumber daya;

4) Penyiapan sistem informasi dan komunikasi.

b. Peringatan Dini

Langkah lainnya yang perlu dipersiapkan sebelum bencana terjadi adalah peringatan dini. Langkah ini diperlukan untuk memberi peringatan kepada masyarakat tentang bencana yang akan terjadi sebelum kejadian seperti banjir, gempa bumi, tsunami, letusan gunung api, atau badai (Ramli, 2010).

c. Mitigasi

Menurut Peraturan Pemerintah (PP) No. 21 tahun 2008, mitigasi bencana adalah serangkaian upaya untuk mengurangi risiko bencana, baik melalui pembangunan fisik maupun penyadaran dan peningkatan kemampuan menghadapi ancaman bencana. Menurut Soehatman Ramli tahun 2010, mitigasi bencana harus dilakukan secara terencana dan komperhensif melalui berbagai upaya dan pendekatan antara lain :

1) Pendekatan Teknis

Secara teknis mitigasi bencana dilakukan untuk mengurangi dampak suatu bencana misalnya:

- a) Membuat rancangan atau desain yang kokoh dari bangunan sehingga tahan terhadap gempa.
- b) Membuat material yang tahan terhadap bencana, misalnya material tahan api.
- c) Membuat rancangan teknis pengaman, misalnya tanggul banjir, tanggul lumpur, tanggul tangki untuk mengendalikan tumpahan bahan berbahaya.

2) Pendekatan Manusia

Pendekatan secara manusia ditujukan untuk membentuk manusia yang paham dan sadar mengenai bahaya bencana. Untuk itu perilaku dan cara hidup manusia harus dapat diperbaiki dan disesuaikan dengan kondisi lingkungan dan potensi bencana yang dihadapinya.

3) Pendekatan Administratif

Pemerintah maupun pimpinan organisasi dapat melakukan pendekatan administratif dalam manajemen bencana, khususnya di tahap mitigasi, sebagai contoh:

- a) Penyusunan tata ruang dan tata lahan yang memperhitungkan aspek risiko bencana.
- b) Sistem perijinan dengan memasukkan aspek analisa risiko bencana.
- c) Penerapan kajian bencana untuk setiap kegiatan dan pembangunan industry berisiko tinggi.
- d) Mengembangkan program pembinaan dan pelatihan bencana diseluruh tingkat masyarakat dan lembaga pendidikan.
- e) Menyiapkan prosedur tanggap darurat dan organisasi tanggap darurat di setiap organisasi baik pemerintahan maupun industry berisiko tinggi.

4) Pendekatan Kultural

Masih ada anggapan dikalangan masyarakat bahwa bencana itu adalah takdir sehingga harus diterima apa adanya. Hal itu tidak sepenuhnya benar, karena dengan kemampuan berpikir dan berbuat, manusia dapat berupaya menjauhkan diri dari bencana dan sekaligus mengurangi keparahannya. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan kultural, untuk meningkatkan kesadaran mengenai bencana. Melalui pendekatan kultural, pencegahan bencana disesuaikan dengan kearifan masyarakat local yang telah membudaya sejak lama.

2. Saat Bencana

Diperlukan langkah-langkah seperti tanggap darurat untuk dapat mengatasi dampak bencana dengan cepat dan tepat agar jumlah korban atau kerugian dapat diminimalkan (Ramli, 2010).

a. Tanggap Darurat

Tanggap darurat bencana (*Response*) adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pengurusan pengungsi, penyelamatan, serta pemulihan sarana dan prasarana (Ramli, 2010).

Tindakan ini dilakukan oleh tim penanggulangan bencana yang dibentuk dimasing-masing daerah atau organisasi. Menurut PP no.11, langkah-langkah yang dilakukan dalam kondisi tanggap darurat antara lain:

- 1) Pengkajian secara cepat dan tepat terhadap lokasi, kerusakan, dan sumberdaya, sehingga dapat diketahui dan diperkirakan magnitude bencana, luas area yang terkena dan perkiraan tingkat kerusakannya.
- 2) Penentuan status keadaan darurat bencana.
- 3) Berdasarkan penilaian awal dapat diperkirakan tingkat bencana sehingga dapat pula ditentukan status keadaan darurat. Jika tingkat bencana sangat besar dan berdampak luas, mungkin bencana tersebut dapat digolongkan sebagai bencana nasional.
- 4) Penyelamatan dan evakuasi masyarakat terkena bencana.

(Ramli, 2010)

b. Penanggulangan Bencana

Selama kegiatan tanggap darurat, upaya yang dilakukan adalah menanggulangi bencana yang terjadi sesuai dengan sifat dan jenisnya. Penanggulangan bencana memerlukan keahlian dan pendekatan khusus menurut kondisi dan skala kejadian. Tim tanggap darurat diharapkan mampu menangani segala bentuk bencana. Oleh karena itu tim tanggap darurat harus diorganisir dan dirancang untuk dapat menangani berbagai jenis bencana (Ramli, 2010).

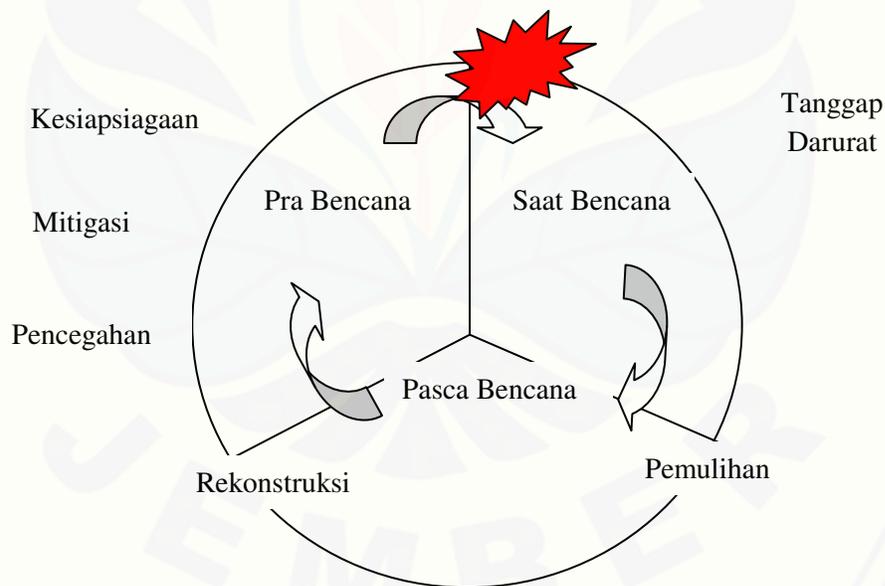
3. Pasca Bencana

a. Rehabilitasi

Rehabilitasi adalah perbaikan dan pemulihan semua aspek pelayanan publik atau masyarakat sampai tingkat yang memadai pada wilayah pascabencana dengan sasaran utama untuk normalisasi atau berjalannya secara wajar semua aspek pemerintahan dan kehidupan masyarakat pada wilayah pasca bencana (Ramli, 2010).

b. Rekonstruksi

Rekonstruksi adalah pembangunan kembali semua prasarana dan sarana, kelembagaan pada wilayah pascabencana, baik pada tingkat pemerintahan maupun masyarakat dengan sasaran utama tumbuh dan berkembangnya kegiatan perekonomian, sosial dan budaya, tegaknya hukum dan ketertiban, dan bangkitnya peran serta masyarakat dalam segala aspek kehidupan bermasyarakat pada wilayah pascabencana (Ramli, 2010).



Gambar 2.2 Siklus Penanggulangan Bencana

(Sumber : *Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana*, 2011)

Setiap penanggulangan tersebut tidak dapat dibatasi secara tegas. Dalam pengertian bahwa upaya pra bencana harus terlebih dahulu diselesaikan sebelum melangkah pada tahap tanggap darurat dan dilanjutkan ke tahap berikutnya, yakni pemulihan. Siklus ini harus dipahami bahwa pada setiap waktu, semua tahapan dapat dilaksanakan secara bersama-sama pada satu tahapan tertentu dengan porsi yang berbeda. Misalnya, tahapan pemulihan kegiatan utamanya adalah pemulihan tetapi kegiatan pencegahan dan mitigasi dapat juga dilakukan untuk mitigasi dapat juga dilakukan untuk mengantisipasi bencana yang akan datang (Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana, 2011).

2.3 Sistem

2.3.1 Definisi Sistem

Untuk mengupayakan sebuah pelayanan kesehatan, diperlukan sebuah sistem. Ini berarti pelayanan kesehatan tidak lagi dipandang sebagai suatu upaya yang tersendiri, melainkan sebagai suatu kesatuan yang terpadu. Menurut WHO (1984) (dalam Azwar, 2010) sistem kesehatan adalah kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan yang terdapat dalam suatu negara, yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat pada setiap saat dibutuhkan. Untuk Indonesia, pengertian tentang sistem kesehatan yang dikenal dengan nama Sistem Kesehatan Nasional (SKN) telah ditetapkan melalui SK Menteri Kesehatan RI No.99a/Mek.Kes/SK/III/1982. Sistem Kesehatan Nasional adalah suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti yang dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 (Azwar, 2010).

2.3.2 Unsur-Unsur Sistem

Telah disebutkan bahwa sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Adapun yang dimaksud dengan bagian atau elemen tersebut ialah sesuatu yang mutlak harus ditemukan, yang jika tidak demikian halnya, maka tidak ada yang disebut dengan sistem tersebut. Bagian atau elemen tersebut banyak macamnya, yang disederhanakan dapat dikelompokkan dalam enam unsur saja yakni :

1. Masukan (*Input*)

Yang dimaksud dengan masukan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Untuk organisasi yang mencari keuntungan, masukan ini terdiri dari 6 M, yaitu manusia (*man*), uang (*money*), sarana (*material*), metode (*method*), pasar (*market*) serta mesin (*machine*) sedangkan untuk organisasi yang tidak mencari keuntungan, masukan terdiri dari 4M, yaitu manusia (*man*), uang (*money*), sarana (*material*) dan metode (*method*) (Azwar, 2010).

Man adalah tenaga yang dimanfaatkan. *Money* adalah anggaran yang dibutuhkan. *Method* adalah cara yang dipergunakan dalam bekerja.

2. Proses

Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan (Azwar, 2010). Elemen-elemen yang ada dalam proses berupa fungsi-fungsi manajemen, yaitu *planning*, *organizing*, *actuating*, *controlling* atau dapat disingkat dengan POAC.

3. Keluaran (*Output*)

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem (Azwar, 2010).

4. Umpan Balik (*feed back*)

Umpan balik (*feed back*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut (Azwar, 2010).

5. Dampak

Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem (Azwar, 2010).

6. Lingkungan

Lingkungan adalah dunia diluar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem (Azwar, 2010).

2.4 Manajemen

2.4.1 Definisi Manajemen

Manajemen berasal dari kata *to manage* yang artinya mengatur. Pengaturan dilakukan melalui proses dan diatur berdasarkan urutan dari fungsi-fungsi manajemen. Jadi, manajemen itu merupakan suatu proses untuk mewujudkan tujuan yang diinginkan (Hasibuan, 2011).

2.4.2 Fungsi Manajemen

George R. Terry, 1958 dalam bukunya *Principles of Management* (Sukarna, 2011: 10) membagi empat fungsi dasar manajemen, yaitu *Planning* (Perencanaan), *Organizing* (Pengorganisasian), *Actuating* (Pelaksanaan) dan *Controlling* (Pengawasan). Keempat fungsi manajemen ini disingkat dengan POAC.

1. *Planning* (Perencanaan)

George R. Terry dalam bukunya *Principles of Management* (Sukarna, 2011: 10) mengemukakan tentang *Planning* sebagai berikut, yaitu:

“Planning is the selecting and relating of facts and the making and using of assumptions regarding the future in the visualization and formulation to proposed of proposed activation believed necessary to accieve desired result”.

“...Perencanaan adalah pemilih fakta dan penghubungan fakta-fakta serta pembuatan dan penggunaan perkiraan-perkiraan atau asumsi-asumsi untuk masa yang akan datang dengan jalan menggambarkan dan merumuskan kegiatan-kegiatan yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan.”

2. *Organizing* (Pengorganisasian)

Pengorganisasian tidak dapat diwujudkan tanpa ada hubungan dengan yang lain dan tanpa menetapkan tugas-tugas tertentu untuk masing-masing unit. George R. Terry dalam bukunya *Principles of Management* (Sukarna, 2011: 38) mengemukakan tentang *organizing* sebagai berikut, yaitu:

“Organizing is the determining, grouping and arranging of the various activities needed necessary forthe attainment of the objectives, the assigning of the people to thesen activities, the providing of suitable physical factors of enviroment and the indicating of the relative authority delegated to each respectives activity.

“...Pengorganisasian ialah penentuan, pengelompokkan, dan penyusunan macam-macam kegiatan yang dipeelukan untuk mencapai tujuan, penempatan orang-orang (pegawai), terhadap kegiatan-kegiatan ini, penyediaan faktor-faktor fisik yang cocok bagi keperluan kerja dan penunjukkan hubungan wewenang, yang dilimpahkan terhadap setiap orang dalam hubungannya dengan pelaksanaan setiap kegiatan yang diharapkan.

Terry (Sukarna, 2011: 46) juga mengemukakan tentang azas-azas *organizing*, sebagai berikut, yaitu :

- a. *The objective* atau tujuan.
- b. *Departementation* atau pembagian kerja.
- c. *Assign the personel* atau penempatan tenaga kerja.
- d. *Authority and Responsibility* atau wewenang dan tanggung jawab.

e. *Delegation of authority* atau pelimpahan wewenang.

3. *Actuating* (Pelaksanaan/Penggerakan)

Menurut George R. Terry dalam bukunya *Principles of Management* (Sukarna, 2011: 82) mengatakan bahwa

Actuating is setting all members of the group to want to achieve and to strike to achieve the objective willingly and keeping with the managerial planning and organizing efforts.

“...Penggerakan adalah membangkitkan dan mendorong semua anggota kelompok agar supaya berkehendak dan berusaha dengan keras untuk mencapai tujuan dengan ikhlas serta serasi dengan perencanaan dan usaha-usaha pengorganisasian dari pihak pimpinan.

Definisi diatas terlihat bahwa tercapai atau tidaknya tujuan tergantung kepada bergerak atau tidaknya seluruh anggota kelompok manajemen, mulai dari tingkat atas, menengah sampai kebawah. Segala kegiatan harus terarah kepada sasarannya, mengingat kegiatan yang tidak terarah kepada sasarannya hanyalah merupakan pemborosan terhadap tenaga kerja, uang, waktu dan materi atau dengan kata lain merupakan pemborosan terhadap *tools of management*. Hal ini sudah barang tentu merupakan *mis-management*.

Tercapainya tujuan bukan hanya tergantung kepada *planning* dan *organizing* yang baik, melainkan juga tergantung pada penggerakan dan pengawasan. Perencanaan dan pengorganisasian hanyalah merupakan landasan yang kuat untuk adanya penggerakan yang terarah kepada sasaran yang dituju. Penggerakan tanpa *planning* tidak akan berjalan efektif karena dalam perencanaan itulah ditentukan tujuan, *budget*, *standard*, metode kerja, prosedur dan program. (Sukarna, 2011: 82-83). 14

Faktor-faktor yang diperlukan untuk penggerakan yaitu:

- a. *Leadership* (Kepemimpinan)
- b. *Attitude and morale* (Sikap dan moril)

- c. *Communication* (Tatahubungan)
 - d. *Incentive* (Perangsang)
 - e. *Supervision* (Supervisi)
 - f. *Discipline* (Disiplin).
4. *Controlling* (Pengawasan)

Control mempunyai peranan atau kedudukan yang penting sekali dalam manajemen, mengingat mempunyai fungsi untuk menguji apakah pelaksanaan kerja teratur tertib, terarah atau tidak. Walaupun *planning, organizing, actuating* baik, tetapi apabila pelaksanaan kerja tidak teratur, tertib dan terarah, maka tujuan yang telah ditetapkan tidak akan tercapai. Dengan demikian *control* mempunyai fungsi untuk mengawasi segala kegiatan agar tertuju kepada sarannya, sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai.

Untuk melengkapi pengertian diatas, menurut George R. Terry (Sukarna, 2011: 110) mengemukakan bahwa *Controlling*, yaitu:

Controlling can be defined as the process of determining what is to accomplished, that is the standard, what is being accomplished. That is the performance, evaluating the performance, and if the necessary applying corrective measure so that performance takes place according to plans, that is conformity with the standard.

“...Pengawasan dapat dirumuskan sebagai proses penentuan apa yang harus dicapai yaitu *standard*, apa yang sedang dilakukan yaitu pelaksanaan, menilai pelaksanaan, dan bilaman perlu melakukan perbaikan-perbaikan, sehingga pelaksanaan sesuai dengan rencana, yaitu selaras dengan *standard* (ukuran). 15

Terry (Sukarna, 2011: 116), mengemukakan proses pengawasan sebagai berikut, yaitu:

- a. *Determining the standard or basis for control* (menentukan standard atau dasar bagi pengawasan)
- b. *Measuring the performance* (ukuran pelaksanaan)

- c. *Comparing performance with the standard and ascertaining the difference, it any* (bandingkan pelaksanaan dengan standard dan temukan jika ada perbedaan)
- d. *Correcting the deviation by means of remedial action* (perbaiki penyimpangan dengan cara-cara tindakan yang tepat).

2.5 Hospital Disaster Plan

2.5.1 Definisi Hospital Disaster Plan

Merupakan rencana aksi (*plan of action*) untuk situasi yang tidak terencana (*contingency plan*) untuk rumah sakit pada keadaan bencana (Anonim, 2010).

Menurut Hendro Wartatmo, pada situasi bencana, Rumah Sakit akan menjadi tujuan akhir dalam menangani korban sehingga RS harus melakukan persiapan yang cukup. Persiapan tersebut dapat diwujudkan diantaranya dalam bentuk menyusun perencanaan menghadapi situasi darurat atau rencana kontingensi, yang juga dimaksudkan agar RS tetap bisa berfungsi-hari terhadap pasien yang sudah ada sebelumnya (*business continuity plan*). Rencana tersebut umumnya disebut sebagai Rencana Penanggulangan Bencana di Rumah Sakit, atau *Hospital Disaster Plan* (HDP).

2.5.2 Gambaran Bencana Internal dan Eksternal Rumah Sakit

1. Bencana Internal Rumah Sakit

Bencana internal rumah sakit adalah bencana yang terjadi di dalam rumah sakit. Dalam bencana internal rumah sakit dibutuhkan personil rumah sakit tambahan untuk merawat pasien dan memindahkan jika terjadi kecelakaan pada peralatan, seperti kebakaran, tornado atau ledakan (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009).

Pada kasus dimana bencana terjadi didalam rumah sakit (*Internal Disaster*), seperti terjadinya kebakaran, bangunan roboh dsb, target dari HDP adalah :

- a. Mencegah timbulnya korban manusia, kerusakan harta benda maupun lingkungan, dengan cara:
 - 1) Membuat protap yang sesuai
 - 2) Melatih karyawan agar dapat menjalankan protap tersebut
 - 3) Memanfaatkan bantuan dari luar secara optimal.
- b. Mengembalikan fungsi normal RS secepat mungkin
(Wartatmo, 2011)

2. Bencana Eksternal Rumah Sakit

Bencana eksternal rumah sakit adalah bencana yang terjadi di luar rumah sakit, didalam masyarakat, dimana terdapat kesenjangan jumlah staf rumah sakit untuk pasien atau korban di IGD (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009).

Untuk penanganan korban di luar rumah sakit, bantuan medis diberikan dalam bentuk pengiriman tenaga medis maupun logistik medis yang diperlukan. Pada situasi bencana yang terjadi diluar rumah sakit, hasil yang diharapkan dari *Hospital Disaster Plan* adalah korban dalam jumlah yang banyak mendapat penanganan sebaik mungkin, melalui optimalisasi kapasitas penerimaan dan penanganan pasien, dan pengorganisasian kerja secara profesional, sehingga korban/pasien tetap dapat ditangani secara individu, termasuk pasien yg sudah dirawat sebelum bencana terjadi (Wartatmo, 2011).

2.5.3 Tujuan *Hospital Disaster Plan*

1. Sebagai kebijakan untuk merespon situasi bencana internal dan eksternal yang dapat berefek pada staf rumah sakit, pasien, pengunjung dan komunitas.
2. Mengidentifikasi responsibilitas individual dan departemen pada situasi bencana.

3. Mengidentifikasi *Guideline Operational Standart* untuk aktivitas *emergency* dan responnya.

(Anonim, 2010)

2.5.4 Konsep Dasar *Hospital Disaster Plan*

Menurut Hendro Wartatmo, konsep dasar *hospital disaster plan* adalah:

1. Melindungi semua pasien, karyawan dan tim penolong
2. Respon yang optimal dan efektif dari tim penanggulangan bencana yang berbasis pada struktur organisasi rumah sakit sehari-hari

2.5.5 Prinsip *Hospital Disaster Plan*

Beberapa prinsip *Hospital Disaster Plan* adalah:

1. Dapat diprediksi : *Hospital Disaster Plan* harus dapat diprediksi ke rantai manajemen.
2. Sederhana : rencana harus sederhana dan operasional
3. Fleksibel : (rencana harus memiliki bagan organisasi). Rencana harus dapat dilaksanakan untuk berbagai bentuk dan dimensi bencana yang berbeda-beda.
4. Singkat : (otoritas yang jelas). Rencana harus menentukan berbagai peran, tanggung jawab, hubungan kerja administratif dan kelompok teknis.
5. Komprehensif : (dapat digabungkan dengan rumah sakit lain). Harus cukup komprehensif untuk dilihat oleh fasilitas kesehatan lain bersama dengan perumusan kebijakan transfer antar rumah sakit saat terjadi bencana.
6. Dapat disesuaikan : meskipun rencana dimaksudkan untuk memberikan standar prosedur yang mungkin diikuti dengan sedikit pemikiran, itu tidak lengkap jika tidak ada ruang untuk adaptasi.
7. Antisipatif : semua rencana rumah sakit harus dibuat berdasarkan skenario terburuk.

8. Merupakan bagian dari *Regional Disaster Plan* : sebuah rumah sakit tidak bisa membuat kesatuan rencana sendiri. Perencanaan rumah sakit harus diintegrasikan dengan *Regional Disaster Plan*.

(*Emergency and Disaster Preparedness for Health Facilities*)

2.6 Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit

Menurut Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit tahun 2009, perencanaan penyiagaan bencana meliputi :

2.6.1 Identifikasi Risiko

Menurut PP No. 21 tahun 2008, risiko bencana adalah potensi kerugian yang ditimbulkan akibat bencana pada suatu wilayah dan kurun waktu tertentu yang dapat berupa kematian, luka, sakit, jiwa terancam, hilangnya rasa aman, mengungsi, kerusakan atau kehilangan harta, dan gangguan kegiatan masyarakat. Identifikasi risiko bencana dilakukan dengan melihat berbagai aspek yang ada di suatu daerah atau perusahaan, seperti lokasi, jenis kegiatan, kondisi geografis, cuaca, alam, aktivitas manusia dan industri, sumberdaya alam serta sumber lainnya yang berpotensi menimbulkan bencana (Ramli, 2010). Mengenal karakteristik masing-masing kejadian untuk dianalisis permasalahannya atau dikenal dengan analisis risiko menjadi penting untuk menentukan langkah-langkah dalam penanganan bencana. Karena penanganan bencana dipengaruhi banyak faktor, sehingga kemampuan melakukan analisis risiko kejadian dengan korban masal akibat bencana akan diharapkan agar petugas dapat membuat perencanaan tindakan lebih baik. Untuk menyusun suatu perencanaan dibutuhkan pengetahuan tentang karakteristik bencana dan kemampuan melakukan analisis risiko berdasarkan dari jenis ancaman atau bencananya, analisis data jumlah dan distribusi populasi, analisis berdasarkan data fasilitas yang didaerah atau wilayah tersebut. Semua perencanaan penanganan itu harus dibuat tertulis dan diketahui oleh minimal seperempat atau sepertiga jumlah

seluruh karyawan rumah sakit dan dilakukan pelatihan secara periodik (Wahyu, 2010).

2.6.2 Organisasi

Setiap rumah sakit harus memiliki struktur organisasi Tim Penanganan Bencana Rumah Sakit yang dibentuk oleh Tim Penyusun dan ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

1. Tugas Tim Penyusun Pedoman Penanganan Bencana Rumah Sakit
 - a. Menyusun pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit
 - b. Mengkoordinir penyusunan petunjuk operasional setiap unit kerja
 - c. Merencanakan dan menyelenggarakan pelatihan dan simulasi penanganan bencana
 - d. Merencanakan anggaran

(Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009)

2. Dasar Penyusunan

Prinsip :

- a. Organisasi Tim Penanganan Bencana Rumah Sakit disesuaikan dengan organisasi rumah sakit yang ada.
- b. Organisasi Tim Penanganan Bencana Rumah Sakit bekerja sesuai dengan tugas dan fungsi yang ditetapkan.

(Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009)

3. Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana Rumah Sakit

Manajemen bencana harus dijalankan dan diorganisir dengan baik. Tanpa pengorganisasian yang baik dan rapi, penanganan bencana akan kacau dan lamban sehingga tidak efektif. Oleh karena itu, salah satu elemen penting dalam sistem manajemen bencana adalah organisasi dan tanggung jawab yang jelas (Ramli, 2010).

a. Struktur Organisasi Tim Penanganan Bencana

1) Ketua

- a) Dijabat oleh Pimpinan Rumah Sakit
- b) Dibantu oleh staf yang terdiri dari penasihat medik (Ketua Komite Medik / Direktur Pelayanan / Wadir Pelayanan Medik), humas, penghubung, dan keamanan

(Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009)

2) Pelaksana

- Disesuaikan dengan struktur organisasi rumah sakit, meliputi operasional, logistik, perencanaan dan keuangan.

(Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009)

b. Uraian dan Tugas Fungsi

1) Ketua

- a) Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan penanggulangan bencana
- b) Melakukan koordinasi secara vertikal (Badan Penanggulangan Bencana Daerah tingkat I dan II / BNPB) dan horizontal (rumah sakit lainnya, PMI dll)
- c) Memberikan arahan pelaksanaan penanganan operasional pada tim di lapangan
- d) Memberikan informasi kepada pejabat, staf internal rumah sakit, dan instansi terkait yang membutuhkan serta media massa
- e) Mengkoordinasikan sumberdaya, bantuan SDM dan fasilitas dari internal rumah sakit / dari luar rumah sakit
- f) Bertanggung jawab dalam tanggap darurat dan pemulihan.

(Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009)

2) Pelaksana

a) Operasional

- (1) Menganalisa informasi yang diterima

- (2) Melakukan identifikasi kemampuan yang tersedia
- (3) Melakukan pengelolaan sumber daya
- (4) Memberikan pelayanan medis (triage, pertolongan pertama, identifikasi korban, stabilisasi korban cedera)
- (5) Menyiapkan tim evakuasi dan transportasi (ambulance)
- (6) Menyiapkan area penampungan korban (cedera, meninggal, dan pengungsi) di lapangan, termasuk penyediaan air bersih, jamban dan sanitasi lingkungan, bekerja sama dengan instansi terkait.
- (7) Menyiapkan tim keamanan
- (8) Melakukan pendataan pelaksanaan kegiatan
(Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009)

b) Perencanaan

- (1) Bertanggung jawab terhadap ketersediaan SDM
- (2) *Patiens Tracking* dan informasi pasien
(Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009)

c) Logistik

- (1) Bertanggung jawab terhadap ketersediaan fasilitas (peralatan medis, APD, BMHP, obat-obatan, makanan dan minuman, linen, dan lain-lain)
- (2) Bertanggung jawab pada ketersediaan dan kesiapan komunikasi internal maupun eksternal
- (3) Menyiapkan transportasi untuk tim, korban bencana dan yang memerlukan
- (4) Menyiapkan area untuk isolasi dan dekontaminasi (bila diperlukan)
(Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009)

d) Keuangan

- (1) Merencanakan anggaran penyiagaan penanganan bencana (pelatihan, penyiapan alat, obat-obatan dan lain-lain)

- (2) Melakukan administrasi keuangan pada saat penanganan bencana
 - (3) Melakukan pengadaan barang (pembelian yang diperlukan)
 - (4) Menyelesaikan kompensasi bagi petugas (bila tersedia) dan klaim pembiayaan korban bencana
- (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009)

c. Kesiapan Dukungan Pelayanan Medis dan Dukungan Manajerial

Dalam pelaksanaan penanganan bencana diperlukan dukungan pelayanan medis (*medical support*) maupun dukungan manajerial (*management support*) yang memadai yang telah tercermin dalam struktur organisasi di atas. Dukungan tersebut di atas sudah harus dipersiapkan sebelum terjadi bencana, yang meliputi :

1) *Medical Support* (Dukungan Pelayanan Medis)

- a) Menyiapkan daerah triage, label, dan rambu-rambu
- b) Menyiapkan peralatan pertolongan, mulai dari peralatan *live saving* sampai peralatan terapi definitif
- c) Menyiapkan SDM dengan kemampuan sesuai dengan standar pelayanan dan standar kompetensi
- d) Menyiapkan prosedur-prosedur khusus dalam melaksanakan dukungan medis

(Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009)

2) *Management Support* (Dukungan Manajerial)

- a) Menyiapkan Pos Komando
- b) Menyiapkan SDM cadangan
- c) Menangani kebutuhan logistik
- d) Menyiapkan alur evakuasi dan keamanan area penampungan
- e) Menyiapkan area dekontaminasi (bila diperlukan)
- f) Melakukan pendataan pasien dan penempatan atau pengiriman pasien
- g) Menetapkan masa pengakhiran kegiatan penanganan bencana

- h) Menyiapkan sarana fasilitas komunikasi di dalam dan luar rumah sakit
- i) Menangani masalah pemberitaan media dan informasi bagi keluarga korban
- j) Menyiapkan fasilitas transportasi untuk petugas dan korban atau pasien (transportasi darat, laut dan udara)

(Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009)

2.6.3 Komunikasi

Selama keadaan darurat berlangsung, diperlukan komunikasi yang baik guna menjamin kelancaran upaya penanggulangan. Komunikasi diperlukan dalam sistem manajemen bencana mulai dari proses perencanaan, mitigasi, tanggap darurat sampai ke rehabilitasi (Ramli, 2010).

Dalam keadaan bencana diperlukan sistem komunikasi terpadu, yang terdiri dari :

1. Komunikasi Penyampaian Informasi

Informasi kejadian pertama dilakukan oleh petugas yang mengetahui kejadian kepada operator (sistem informasi) atau satpam / IPSRS sesuai dengan yang ditetapkan dalam prosedur tetap penanganan bencana tanpa mengurangi fungsi sebagai tugas utamanya. Sistem penyampaian informasi harus menjamin bahwa informasi tersebut sampai kepada Ketua Tim Penanganan Bencana Rumah Sakit dengan menggunakan teknologi komunikasi yang sederhana sampai canggih (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009).

2. Komunikasi koordinasi (administrasi dan logistik)

Adalah sistem komunikasi menggunakan jejaring yang disepakati dalam pelayanan administrasi (umum, keuangan) dan logistik. Koordinasi dapat dilakukan internal antar unit rumah sakit dan instansi (eksternal) (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009).

3. Komunikasi Pengendalian

Adalah sistem komunikasi untuk mengendalikan kegiatan operasional dilapangan (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009).

2.6.4 Pelaksanaan Operasional

Dalam pelaksanaan operasional, digunakan beberapa tahap kerja, yang terdiri dari :

1. Tahap Kesiagaan (*Awareness Stage*)

Dimulai dengan adanya sistem peringatan dini (*alarm system*) sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mulai menyiagakan Tim Penanganan Bencana Rumah Sakit (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009).

2. Tahap Aksi Awal (*Initial Action Stage*)

Dengan melakukan pengiriman Tim Reaksi Cepat / Tim Aju/*Advance Tim* (untuk *eksternal disaster* berkoordinasi dengan Tim Reaksi Cepat di tingkat daerah) dan melakukan mobilisasi dan aktivasi sumber daya (SDM dan Fasilitas). Pada saat bencana perlu diadakan mobilisasi SDM kesehatan yang tergabung dalam suatu Tim Penanggulangan Krisis yang meliputi Tim Gerak Cepat, Tim Penilaian Cepat Kesehatan (Tim RHA) dan Tim Bantuan Kesehatan.

Kebutuhan minimal tenaga untuk masing-masing tim tersebut, antara lain:

- a. Tim Gerak Cepat, yaitu tim yang diharapkan dapat segera bergerak dalam waktu 0-24 jam setelah ada informasi kejadian bencana. Tim Gerak Cepat ini terdiri atas:

1) Pelayanan Medis

- | | |
|---|-----------|
| a) Dokter umum/BSB | : 1 orang |
| b) Dokter Spesialis Bedah | : 1 orang |
| c) Dokter Anestesi | : 1 orang |
| d) Perawat mahir (perawat bedah, gawat darurat) | : 2 orang |
| e) Tenaga DVI | : 1 orang |
| f) Apoteker/Asisten Apoteker | : 1 orang |
| g) Supir Ambulans | : 1 orang |

2) Surveilans

Ahli epidemiologi/Sanitarian : 1 orang

3) Petugas Komunikasi

Tenaga-tenaga di atas harus dibekali minimal pengetahuan umum mengenai bencana yang dikaitkan dengan bidang pekerjaannya masing-masing.

(Pedoman Manajemen SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana, 2006)

- b. Tim RHA, yaitu tim yang bisa diberangkatkan bersamaan dengan Tim Gerak Cepat atau menyusul dalam waktu kurang dari 24 jam. Tim ini minimal terdiri atas:

1) Dokter Umum : 1 orang

2) Ahli Epidemiologi : 1 orang

3) Sanitarian : 1 orang

(Pedoman Manajemen SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana, 2006)

- c. Tim Bantuan Kesehatan, yaitu tim yang diberangkatkan berdasarkan kebutuhan setelah Tim Gerak Cepat dan Tim RHA kembali dengan laporan dengan hasil kegiatan mereka di lapangan. Tim bantuan kesehatan tersebut terdiri atas:

1) Dokter Umum

2) Apoteker dan Asisten Apoteker

3) Perawat (D3/Sarjana Keperawatan)

4) Perawat Mahir

5) Bidan (D3 Kebidanan)

6) Sanitarian (D3 Kesling/Sarjana)

7) Ahli Gizi (D3/D4 Gizi/Sarjana Kesmas)

8) Tenaga Surveilans (D3/D4 Kesehatan/Sarjana Kesmas)

9) Ahli Entomolog (D3/D4 Kesehatan/Sarjana Kesmas/Sarjana Biolog)

(Pedoman Manajemen SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana, 2006)

Menurut Pedoman Manajemen SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana tahun 2006, adapun perhitungan kebutuhan jumlah minimal sumber daya manusia kesehatan untuk penanganan korban bencana, antara lain :

- a. Jumlah kebutuhan SDM Kesehatan di lapangan untuk jumlah penduduk / pengungsi antara 10.000 – 20.000 orang
 - 1) Kebutuhan dokter umum adalah 4 orang
 - 2) Kebutuhan perawat adalah 10-20 orang
 - 3) Kebutuhan bidan adalah 8-16 orang
 - 4) Kebutuhan apoteker adalah 2 orang
 - 5) Kebutuhan asisten apoteker adalah 4 orang
 - 6) Kebutuhan pranata laboratorium adalah 2 orang
 - 7) Kebutuhan epidemiolog adalah 2 orang
 - 8) Kebutuhan entomolog adalah 2 orang
 - 9) Kebutuhan sanitarian adalah 4-8 orang
 - b. Sementara itu untuk pelayanan kesehatan bagi pengungsi dengan jumlah 5000 orang :
 - 1) Pelayanan 24 jam, kebutuhan tenaga yang diusulkan sebagai berikut: dokter 2 orang, perawat 6 orang, bidan 2 orang, sanitarian 1 orang, gizi 1 orang, asisten apoteker 2 orang, dan administrasi 1 orang
 - 2) Pelayanan 8 jam, kebutuhan tenaga yang diusulkan sebagai berikut: dokter 1 orang, perawat 2 orang, bidan 1 orang, sanitarian 1 orang, dan gizi 1 orang.
3. Tahap Operasional (*Operation Stage*)
- a. Logistik

Tim Logistik bertanggungjawab untuk penyediaan logistik, penyediaan informasi dan operasional dengan melaksanakan :

 - 1) Merencanakan dan mengadakan seluruh kebutuhan

- 2) Mengkoordinasikan penyediaan dan pengelolaan logistik
- 3) Menindaklanjuti bantuan logistik dari instansi terkait dan dari luar
- 4) Pencatatan dan pelaporan
- 5) Memastikan penyediaan transportasi termasuk ambulans, kebersihan, keamanan dan ketertiban lalu lintas.
- 6) Mengkoordinasikan pengelolaan jenazah
- 7) Memastikan berfungsinya alat, gedung serta pemeliharannya
- 8) Menyelesaikan administrasi bantuan dalam dan luar negeri

(*Hospital Disaster Plan* RSUP Dr. M. Djamil Padang, 2010)

Saat bencana dan situasi darurat, fasilitas-fasilitas kesehatan sangat diperlukan untuk menyelamatkan jiwa para korban. Karena itu, fasilitas-fasilitas kesehatan harus ditata dengan baik, dengan fasilitas memadai dan tenaga kesehatan yang terlatih dalam menangani kegawatdaruratan (Donna, 2011). Untuk penatalaksanaan pengelolaan rumah sakit pada situasi bencana (baik eksternal maupun internal rumah sakit), logistik merupakan komponen pokok untuk menunjang terlaksananya pelayanan rumah sakit. Pengelolaan logistik medik maupun non medik yang efisien dan efektif sangat diperlukan suatu rumah sakit agar fungsi rumah sakit tetap berjalan dengan baik. Pada situasi normal, operasional rumah sakit sudah ada rencana operasional rutin, namun pada situasi bencana kesiapan logistik untuk mendukung operasional rumah sakit sangat diperlukan, ditata, dan direncanakan dengan baik. Situasi bencana, logistik medik maupun non medik menuntut penyediaan material dalam waktu cepat, tempat penampungan cukup, fasilitas cukup serta distribusi lancar. Tentunya dengan sumberdaya yang memadai (Danu, 2011).

Perencanaan kebutuhan logistik rumah sakit dilakukan berdasarkan daftar kebutuhan yang diterima dari semua bagian yang kemudian dibagi menjadi OLM (obat logistik medik) dan NLM (non- logistik medik). Keduanya, terutama bahan habis pakai harus dikelompokkan, dimulai dari bahan yang paling sering

digunakan sampai yang jarang digunakan. Hal tersebut dilakukan agar skala prioritas perencanaan kebutuhan logistik dapat terlihat dan memudahkan bagian logistik untuk kembali melakukan pengadaan sebelum jenis barang tersebut habis (Willy, 2010).

Dalam proses perencanaan juga diperhitungkan agar seluruh kebutuhan logistik disiapkan untuk mampu mendukung upaya pelayanan medis saat terjadi peningkatan pasien hingga 100 % dari BOR rumah sakit selama 72 jam. Hal ini dilakukan karena banyak rumah sakit pada akhirnya tidak mampu memenuhi kebutuhan logistik saat bencana (internal/eksternal) meskipun bagian logistik rumah sakit sudah mempersiapkannya, disebabkan skala bencana yang terjadi biasanya bisa lebih besar dari yang diperkirakan (Willy, 2010).

Dari sisi yang lain, meskipun bagian logistik sudah mempersiapkan stok logistik hingga mampu mengatasi peningkatan pasien sampai 100 % dari BOR rumah sakit selama 72 jam, pada saat yang sama saat terjadi bencana, bagian logistik juga harus mulai mengusahakan agar stok logistiknya mampu memenuhi kebutuhan rumah sakit hingga 60 hari ke depan. Dalam keadaan normal proses pengadaan logistik biasanya dilakukan setelah proses perencanaan kebutuhan selesai dan disetujui oleh pimpinan, namun pada saat terjadi bencana jalur birokrasi harus dipersingkat guna efektifitas dan efisiensi pemenuhan kebutuhan (Willy, 2011).

Pada prakteknya, proses pengadaan logistik sehari-hari berbeda dengan proses pengadaan logistik saat bencana:

1) Proses pengadaan logistik sehari-hari

Penyimpanan logistik harus dilakukan sesuai dengan SOP pengaturan/penyimpanan yang sudah dibuat. Disarankan untuk mengatur penyimpanan berdasarkan OLM (obat logistik medik) dan NLM (non-logistik medik) serta dibuat menjadi beberapa zona untuk memudahkan pencarian barang saat dibutuhkan (setiap rak dan zona harus diberi label dan daftar manifest barang

yang ada). Pada saat pengaturan juga harus diperhatikan jalan/alur keluar masuk barang, jarak antar zona harus cukup lebar sehingga memudahkan pengambilan dan penempatan barang. Barang - barang yang diletakkan tidak pada rak/di bawah harus diberi alas *pallet* sehingga kelembabannya terjaga dan tidak mudah rusak (Willy, 2010).

Untuk memenuhi kebutuhan internal rumah sakit, perlu diatur tata cara pengeluaran dan pendistribusian logistik internal rumah sakit. Pada prinsipnya setiap rumah sakit telah memiliki protap/SOP yang menjadi acuan penanggung jawab bagian logistik dalam melakukan proses pengeluaran dan pendistribusian logistik. Dalam keadaan normal permintaan kebutuhan logistik dari setiap bagian di rumah sakit akan masuk ke bagian administrasi logistik, diproses untuk kemudian dilakukan verifikasi kebutuhan. Setiap permintaan yang tersedia di gudang logistik biasanya akan segera dipenuhi, namun apabila jumlah yang diminta tidak mencukupi atau tidak adanya jenis yang diminta, maka akan segera dicatat dan dilaporkan untuk kemudian segera ditulis dalam daftar perencanaan kebutuhan logistik. Setiap proses keluar masuk barang harus diketahui oleh penanggung jawab bagian logistik atau personel/pejabat yang ditunjuk sebagai penanggung jawab, untuk selanjutnya dibuat laporan berkala (harian, mingguan, bulanan, tahunan) kepada penanggung jawab bagian logistik dan pejabat/direksi rumah sakit yang berkepentingan. Dalam kondisi bencana dirasa perlu untuk melakukan penyesuaian sehingga proses pemenuhan kebutuhan menjadi lebih cepat, tepat, akurat dan efisien (Willy, 2010).

2) Proses pengadaan logistik saat bencana

Dalam kondisi bencana, adakalanya sebuah rumah sakit besar (RSUP/RSUD) kemudian dijadikan pusat bantuan logistik kesehatan. Rumah sakit tersebut memiliki tugas untuk mengorganisir kebutuhannya sendiri dan beberapa rumah sakit lain di sekitarnya untuk selanjutnya dibuat daftar kebutuhan yang akan diajukan kepada pemerintah atau lembaga donor lokal maupun internasional.

Setelah terpenuhi baik sebagian maupun seluruhnya maka bantuan tersebut kemudian didistribusikan ke semua rumah sakit, baik yang sebelumnya telah mengajukan permintaan bantuan maupun yang dinilai membutuhkan bantuan (Willy, 2010).

Hal ini penting untuk mendapatkan perhatian karena rumah sakit tersebut memiliki tugas lebih. Selain melakukan pengorganisasian logistik di rumah sakitnya sendiri namun juga harus melakukan pengorganisasian logistik beberapa rumah sakit yang ada di sekitarnya. Untuk itu apabila terjadi kasus bencana yang menyebabkan hal tersebut di atas, disarankan untuk membuat 2 organisasi logistik yang berbeda, satu bertugas untuk memenuhi kebutuhan internal, yang lain bertugas untuk mengorganisir kebutuhan logistik rumah sakit yang lain, sehingga diharapkan proses pengorganisasian logistik tetap berjalan dengan baik (Willy, 2010).

b. Evakuasi dan Transportasi

1) Evakuasi

a) Perencanaan Evakuasi

Salah satu hal yang umum dari sarana perlindungan adalah evakuasi. Dalam kasus kebakaran, evakuasi secara langsung ke daerah yang telah ditentukan dari fasilitas yang mungkin diperlukan. Saat badai, evakuasi bisa melibatkan seluruh masyarakat dan berlangsung beberapa hari (FEMA 141, 1993).

Hal-hal yang perlu dilakukan untuk mengembangkan kebijakan evakuasi dan prosedur :

- (1) Menentukan kondisi dimana evakuasi diperlukan
- (2) Membentuk rantai komando yang jelas. Menentukan “petugas evakuasi” untuk membantu orang lain dalam evakuasi dan menghitungnya

- (3) Membangun prosedur evakuasi yang spesifik. Membangun sebuah sistem untuk menghitung personil. Mempertimbangkan keperluan transportasi karyawan untuk evakuasi masyarakat luas.
- (4) Menetapkan prosedur untuk membantu penyandang cacat dan mereka yang tidak berbicara bahasa inggris
- (5) Pos prosedur evakuasi
- (6) Menunjuk personil untuk melanjutkan atau menutup operasi kritis selama evakuasi berlangsung
- (7) Mengkoordinasi rencana dengan kantor manajemen darurat lokal (FEMA 141, 1993)

b) Rute Evakuasi dan Jalan Keluar

Menentukan rute evakuasi primer dan sekunder. Memiliki tanda yang jelas dan penerangan yang cukup. Memasang penerangan darurat dikasus pemadaman listrik yang terjadi selama evakuasi. Memastikan bahwa rute evakuasi dan jalan keluar darurat :

- (1) Cukup luas untuk mengakomodasi jumlah personil evakuasi
 - (2) Jelas dan tidak terhalang sama sekali
 - (3) Tidak mungkin untuk mengekspos personil evakuasi untuk bahaya tidak terduga.
- (FEMA 141, 1993)

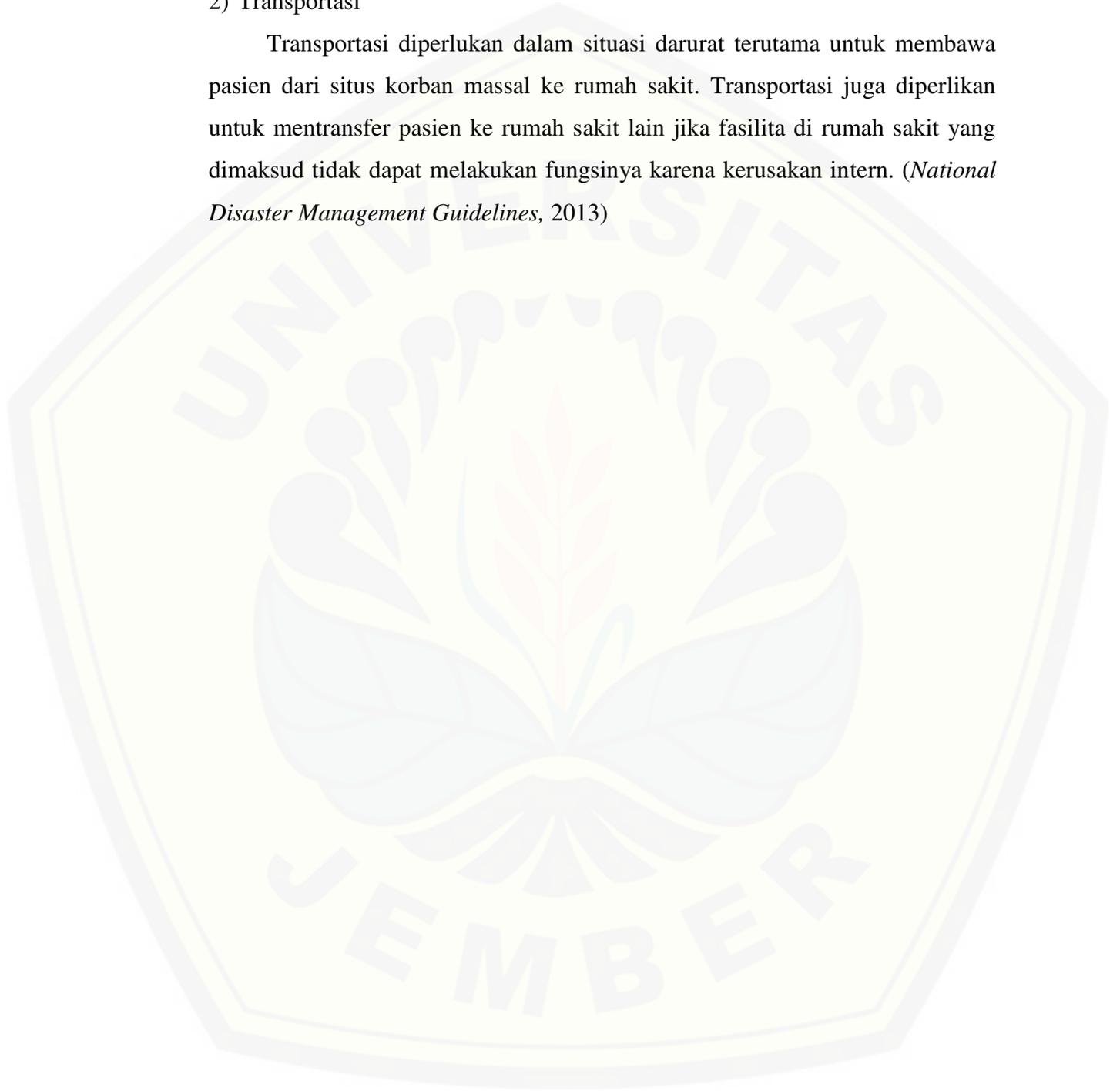
c) Tempat Berhimpun (*Assembly Point*)

- (1) Menentukan area perakitan dimana personil harus berkumpul setelah evakuasi
- (2) Menghitung jumlah personil setelah evakuasi
- (3) Menetapkan metode untuk menghitung non-karyawan seperti pemasok dan pelanggan
- (4) Menetapkan prosedur untuk evakuasi lebih lanjut dalam kasus insiden yang lebih luas.

(FEMA 141, 1993)

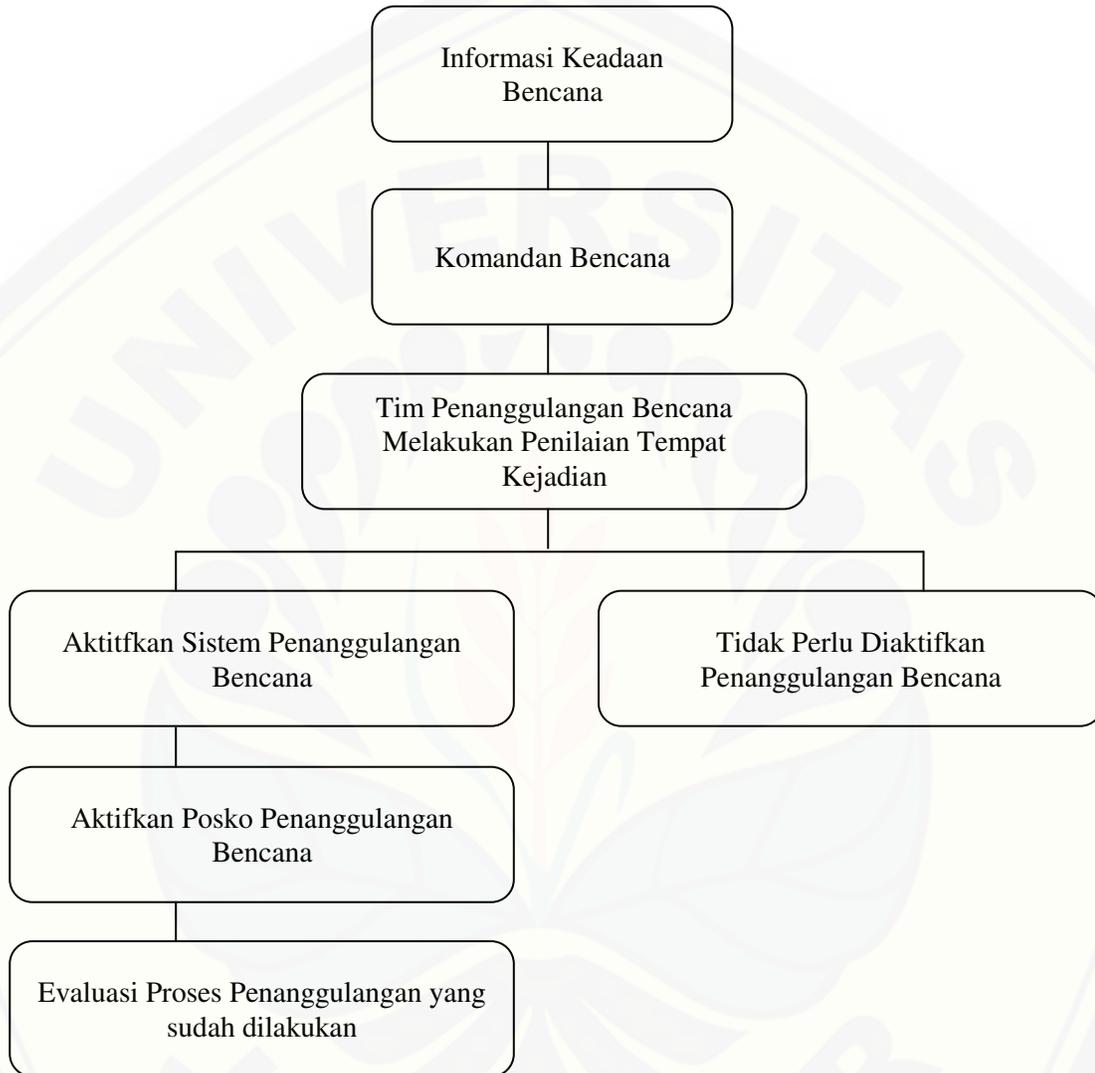
2) Transportasi

Transportasi diperlukan dalam situasi darurat terutama untuk membawa pasien dari situs korban massal ke rumah sakit. Transportasi juga diperlukan untuk mentransfer pasien ke rumah sakit lain jika fasilitas di rumah sakit yang dimaksud tidak dapat melakukan fungsinya karena kerusakan intern. (*National Disaster Management Guidelines*, 2013)



c. Mekanisme Kerja

AKTIFASI SISTEM PENYIAGAAN BENCANA BAGI RUMAH SAKIT



Gambar 2.3 Aktifasi Sistem Bencana

Sumber : Pedoman Penanganan Bencana Rumah Sakit (Hospital Disaster Plan) RSD Dr. Soebandi Jember, 2009

d. Tata Kerja Operasional Saat Rumah Sakit Lumpuh Total

Pada bencana alam akan timbul masalah yang lebih kompleks, karena pada saat korban bencana membutuhkan penanganan medis di rumah sakit, pada saat bersamaan rumah sakit pun mengalami kerusakan fisik yang perlu penilaian cepat apakah rumah sakit dapat tetap menjalankan fungsi pelayanan atau tidak.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas umum sering mengalami gangguan fungsional maupun struktural akibat bencana internal (mis., kebakaran, gedung runtuh, dan keracunan) maupun bencana eksternal (mis., kehadiran pasien/korban dalam jumlah yang besar pada waktu hampir bersamaan) sehingga rumah sakit pun menjadi lumpuh (kolaps). Selain itu, dalam situasi dan kondisi bencana ataupun kedaruratan, diperlukan upaya penguatan rumah sakit agar dapat berfungsi kembali untuk memberikan jaminan pelayanan rujukan bagi masyarakat yang membutuhkan pertolongan spesialisik (Pedoman Pengelolaan Rumah Sakit Lapangan untuk Bencana, 2008).

Salah satu bentuk upaya penguatan pelayanan rujukan adalah melalui pendirian Rumah Sakit Lapangan (RS Lapangan) yang diharapkan mampu mengembalikan fungsi rumah sakit sebagai pusat rujukan korban pada situasi bencana (Pedoman Pengelolaan Rumah Sakit Lapangan untuk Bencana, 2008).

Rumah sakit lapangan (RS lapangan) merupakan unit pelayanan yang diciptakan untuk membantu fungsi pelayanan kesehatan rujukan (rawat jalan, rawat inap, UGD, kamar operasi, laboratorium, dll) yang dilaksanakan dalam kondisi darurat. Dalam pengorganisasian, unit pelayanan tersebut terdiri dari bagian-bagian yang saling bekerja sama di dalam memberikan pelayanan medik dasar dan spesialisik baik untuk perorangan maupun kelompok korban bencana. Untuk dapat menjalankan fungsi secara baik tentunya diperlukan pengorganisasian yang dijabarkan ke dalam bentuk organisasi dengan tugas dan fungsi masing-masing bagian yang jelas. Demikian pula, mekanisme koordinasi antar-bagian juga tergambar dengan jelas sehingga tidak menimbulkan kesan yang tumpang tindih di

dalam operasionalisasinya. Selain itu, mobilisasi tenaga yang bekerja pada setiap bagian juga diatur sedemikian rupa agar dapat menjalankan fungsinya dengan baik (Pedoman Pengelolaan Rumah Sakit Lapangan untuk Bencana, 2008).

Menurut Pedoman Pengelolaan Rumah Sakit Lapangan untuk Bencana, hal-hal yang perlu dipertimbangkan dalam melakukan penilaian untuk pendirian Rumah Sakit Lapangan di lokasi bencana, antara lain:

1) Keamanan

Lokasi pendirian Rumah Sakit Lapangan harus berada di wilayah yang aman dari bencana susulan, misalnya, tidak berpotensi terkena gempa susulan atau banjir susulan. Jika bencana berkaitan dengan konflik maka lokasi Rumah Sakit Lapangan harus berada di wilayah yang netral dan mendapat jaminan keamanan dari kedua pihak yang bertikai.

2) Akses

Dalam penetapan lokasi pendirian Rumah Sakit Lapangan, kita harus memperhitungkan kemudahan akses bagi petugas dan pasien, juga untuk mobilisasi logistik.

3) Infrastruktur

Apakah terdapat bangunan yang masih layak dan aman dipergunakan sebagai bagian dari Rumah Sakit Lapangan. Jika tidak, apakah ada lahan dengan permukaan datar dan keras yang dapat digunakan untuk pendirian Rumah Sakit Lapangan. Apakah tersedia prasarana seperti sumber air bersih dan listrik yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan operasional Rumah Sakit Lapangan. Selain itu, perlu pula dipertimbangkan ketersediaan bahan bakar untuk menghidupkan genset dan kebutuhan operasional lain.

4) Sistem komunikasi

Apakah tersedia sistem komunikasi di lokasi pendirian Rumah Sakit Lapangan atau apakah diperlukan sistem komunikasi yang independen bagi Rumah Sakit Lapangan. Faktor komunikasi memegang peranan penting baik

untuk keperluan internal rumah sakit maupun untuk hubungan eksternal terkait dengan pelaporan, koordinasi dan mobilisasi tenaga dan logistik, dsb. Semua penilaian tersebut dikoordinasikan dengan pihak-pihak terkait untuk mendapatkan hasil yang tepat sehingga mobilisasi Rumah Sakit Lapangan dan sumber dayanya dapat berlangsung secara efektif dan efisien.

e. Tata Kerja Operasional Saat rumah Sakit Menerima Korban Masal

Pertama bencana yang terjadi di luar Rumah sakit (*external disaster*) dan korbannya akan dikirim ke rumah sakit. Misalnya bencana kimia akibat meledaknya suatu industri, maka pertanyaannya apakah rumah sakit di Indonesia siap menerima korban masal akibat bencana kimia. Kejadian diluar rumah sakit yang menyebabkan korban masal dapat disebabkan bencana alam atau bencana akibat ulah manusia, persoalan umum adalah penanganan korban masal di rumah sakit yang membutuhkan perngorganisasian, fasilitas baik sarana dan prasarana, sistem komunikasi, prosedur operasional yang melibatkan kelengkapan data, prosedur tertulis, kebijakan ,aspek legal dll (Murni, 2014).

Harus diusahakan untuk menyediakan tempat di rumah sakit untuk menampung korban bencana masal yang akan dibawa ke rumah sakit tersebut. Untuk menampung korban, koordinator penanggulangan bencana di rumah sakit harus segera memindahkan para penderita rawat inap yang kondisinya telah memungkinkan untuk dipindahkan. Daya tampung rumah sakit ditetapkan tidak hanya ditetapkan berdasarkan jumlah tempat tidur yang tersedia, tetapi juga berdasarkan kapasitasnya untuk merawat korban (Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana).

Bila pada kejadian sehari-hari unit pelayanan gawat darurat (IGD) sudah mengalami kesulitan tempat untuk menerima pasien gawat darurat, maka perlu pemikiran bila terjadi korban masal tidak akan mungkin bisa menerima korban banyak. Pada saat ini diperlukan perluasan area kerja, diperlukan perubahan fungsi ruangan-ruangan yang tersedia untuk penampungan korban yang banyak.

Bagaimana perencanaan rumah sakit untuk mengantisipasi kebutuhan ruangan untuk penanganan korban cedera. Selain kebutuhan perluasan area kerja diperlukan juga penambahan fasilitas berupa tempat tidur/ brankar, penambahan fasilitas penunjang terutama berhubungan dengan ketersediaan sumber listrik penerangan cukup, air bersih dan gas oksigen. Selain kebutuhan area kerja untuk petugas medis diperlukan kebijakan penambahan jumlah SDM dan pengadaan alat habis pakai dan obat, perlu juga pemikiran tentang penampungan dan pembuangan limbah medis (Murni, 2014). Penambahan fasilitas berupa tempat tidur, dapat dilakukan dengan *surge in place* atau persediaan bangsal yang ditutup (tidak dipakai pada saat operasional harian), sebagai contoh : maksudnya adalah rumah sakit yang mempunyai tempat tidur 200 buah, tetapi karena rumah sakit itu kebanjiran pasien maka, pihak rumah sakit telah membuat keputusan dengan membuka bangsal-bangsal yang tertutup tadi (bangsal tambahan) (Donna, 2011). Untuk rumah sakit kelas C barangkali jawabannya akan segera merujuk ke Rumah sakit yang lebih besar, untuk merujuk akan diperlukan saran transportasi yang sesuai, siapa yang harus menyiapkan saran transportasi rujukan. Untuk Rumah sakit pusat rujukan akan memerlukan kebijakan berbeda pada saat korban tidak mungkin dirujuk ke Rumah sakit lain (Murni, 2014). Dengan manajemen penanganan bencana yang baik, para korban yang butuh penanganan bisa dirujuk ke beberapa rumah sakit. Tujuannya agar rumah sakit tidak kewalahan melayani para korban bencana. Bila terlalu banyak pasien, kualitas pelayanan dikhawatirkan akan menurun sehingga malah merugikan pasien (Donna, 2011).

4. Tahap Konsolidasi (*Consolidation Stage*)
 - a. Melakukan *debriefing*
 - b. Menyusun laporan pelaksanaan
 - c. Melakukan evaluasi dan penyiagaan kembali

2.6.5 Pembiayaan

1. Penyusunan anggaran untuk penanganan pra bencana, saat bencana dan paska bencana.

a. Pra Bencana

Pada saat belum terjadi bencana diperlukan anggaran untuk penyiapan fasilitas rumah sakit, penyusunan prosedur penanganan (pembuatan dokumen tertulis), sosialisasi program dan koordinasi antar instansi, melakukan pelatihan dan simulasi secara periodik (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009).

b. Pada Saat Bencana

Pada saat bencana diperlukan anggaran untuk pengiriman tim, transportasi, komunikasi, logistik, konsumsi, bahan medis habis pakai serta obat-obatan dan biaya perawatan korban bencana (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009).

c. Paska Bencana

Paska bencana diperlukan anggaran untuk pembuatan laporan dan pendataan (dokumentasi, biaya penggantian peralatan yang rusak atau hilang) (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009).

2. Sumber Pembiayaan

a. Dari pemerintah, sesuai dengan ketentuan Undang-Undang bencana no. 24 tahun 2007. Bahwa sumber pembiayaan didapat dari pemerintah, dapat berupa penggantian berdasarkan laporan yang dibuat rumah sakit difasilitasi oleh Dinas Kesehatan setempat / Departemen Kesehatan atau melalui Badan penanggulangan Bencana Daerah / BPBD.

b. Sumber lain yang tidak mengikat

(Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009)

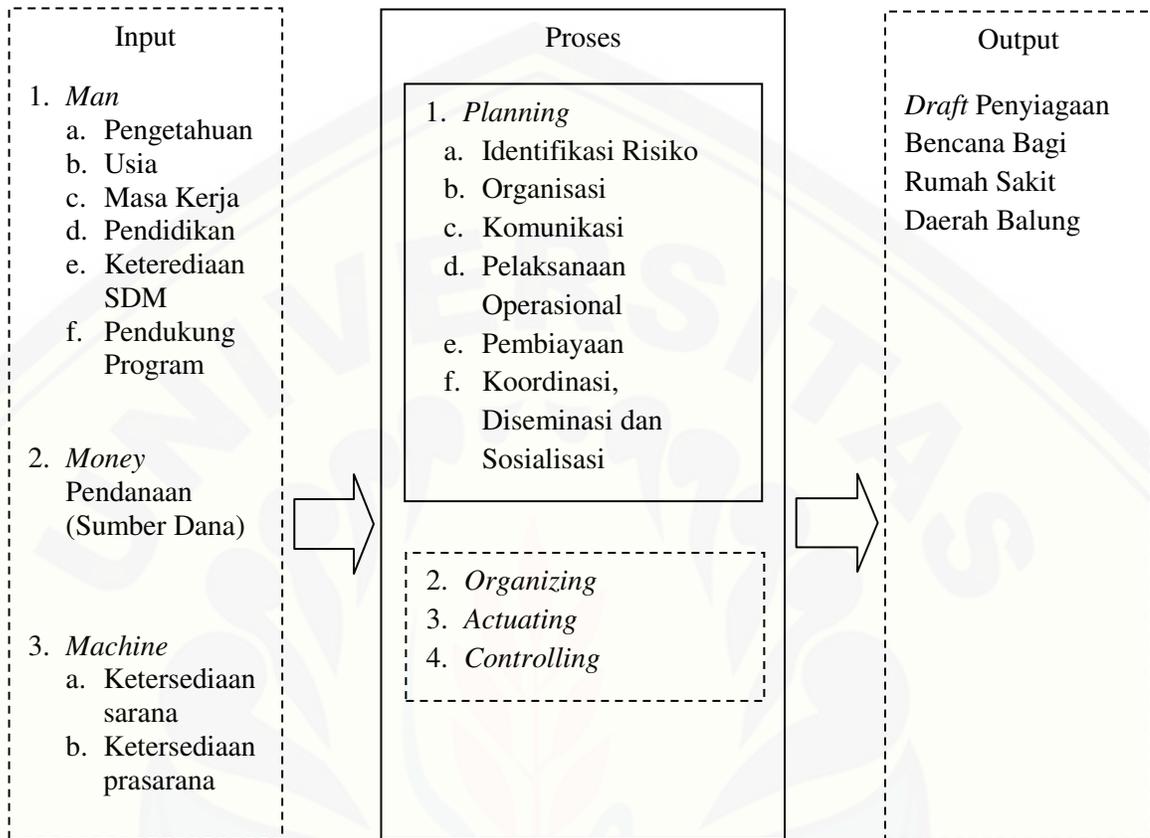
2.6.6 Koordinasi, Diseminasi dan Sosialisasi

Koordinasi dilakukan antar unit kerja didalam rumah sakit dan antar instansi di luar rumah sakit (Kepolisian, Pemadam Kebakaran, Palang Merah Indonesia, rumah sakit lain, Lembaga Swadaya Masyarakat, Badan Meteorologi dan Geofisika, Dinas Kesehatan, Badan Penanggulangan Bencana Daerah, dll), realisasi koordinasi dapat berbentuk kesepakatan antar instansi (MoU) bila diperlukan atau berdasarkan pertemuan berkala yang diselenggarakan terus menerus (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009).

Diseminasi dan sosialisasi Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit dalam menghadapi bencana dilakukan untuk staf / karyawan Rumah Sakit secara internal dan instansi terkait (*stakeholder*/rumah sakit) dan masyarakat (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009).

Hasil dari kegiatan koordinasi, diseminasi dan sosialisasi dilaporkan ke Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan dalam bentuk laporan kegiatan secara berkala (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009).

2.7 Kerangka Konseptual



Gambar 2.4 Kerangka Konseptual

Sumber : Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009

- : variabel yang diteliti
- : variabel yang tidak diteliti

Kerangka konsep ini menggunakan pendekatan teori sistem. Teori sistem terdiri dari *input*, proses dan *output* (Azwar, 2010). Penelitian ini fokus pada variabel proses. Variabel proses yang diteliti adalah fungsi *planning* yang terdiri dari identifikasi risiko, organisasi, komunikasi, pelaksanaan operasional, pembiayaan, koordinasi, diseminasi dan sosialisasi Rumah Sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana. Variabel *organizing*, *actuating* dan *controlling* tidak diteliti karena penelitian ini hanya fokus pada perencanaan Rumah Sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana yang diharapkan dapat memberikan masukan atau bahan pertimbangan untuk dapat membuat perencanaan yang lebih operasional.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian deskriptif merupakan penelitian dengan tujuan untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat serta hubungan antara fenomena yang diselidiki (Nazir, 2003). Sedangkan penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain secara holistik, dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata atau bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah, dan dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah (Meolong, 2009).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan pada bulan Januari 2015.

3.3 Unit Analisis dan Informan Penelitian

3.3.1 Unit Analisis

Unit analisis adalah satuan yang diteliti yang bisa berupa individu, kelompok, benda atau suatu latar peristiwa sosial seperti misalnya aktivitas individu atau kelompok sebagai subjek penelitian (Hamidi, 2005). Unit analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah Tim Penanggulangan Kesehatan Bencana dan Kedaruratan Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember.

3.3.2 Penentuan Informan Penelitian

Informan penelitian adalah subjek penelitian yang dapat memberikan informasi yang diperlukan selama proses penelitian (Bungin, 2001). Penentuan informan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu ini misalnya orang yang dianggap orang yang paling tahu tentang apa yang kita harapkan, atau mungkin dia sebagai penguasa sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi objek atau situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2010). Informasi dianggap cukup dan berhenti ketika tidak ada informasi baru lagi, terjadi replikasi atau pengulangan variasi informasi, mengalami titik jenuh informasi. Maksudnya, informasi yang diberikan oleh informan berikutnya tersebut sama saja dengan apa yang diberikan oleh para informan sebelumnya (Hamidi, 2005). Informasi yang dianggap cukup dilihat berdasarkan hasil wawancara mendalam, apakah telah memberikan gambaran sesuai dengan tujuan penelitian. Namun apabila terdapat data yang dianggap kurang pada saat melakukan analisis data, maka peneliti dapat kembali ke lapangan untuk memperoleh tambahan data yang dianggap perlu dan mengolahnya kembali. Informan penelitian ini meliputi beberapa macam, antara lain (Bungin, 2001):

- a. Informan kunci (*key informant*), yaitu mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Informan kunci

dalam penelitian ini adalah Direktur Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember.

- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Dalam penelitian ini yang menjadi informan utama adalah Tim Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Balung yang terdiri dari Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis dan 4 perawat IGD.
- c. Informan tambahan adalah mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti. Dalam penelitian ini yang menjadi informan tambahan adalah Kepala Bidang Perencanaan Program dan Rekam Medik dan Kasie. Perencanaan Program.

3.4 Fokus Penelitian

Fokus penelitian merupakan inti permasalahan yang dicari dalam penelitian untuk memberikan gambaran mengenai permasalahan yang diteliti. Berikut ini fokus penelitian, pengertian serta teknik dan instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 3.1 Fokus Penelitian, Pengertian serta Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

No.	Fokus Penelitian dan sub fokus penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data
1.	<i>Planning</i>	Rumah Sakit Daerah Balung membuat perencanaan penyiagaan bencana yang efektif agar tercapai keberhasilan <i>Hospital Disaster Plan</i> . Perencanaan penyiagaan bencana meliputi : a. Identifikasi risiko b. Organisasi c. Komunikasi d. Pelaksanaan Operasional e. Pembiayaan f. Koordinasi, Diseminasi dan Sosialisasi	Wawancara mendalam dan observasi
a.	Identifikasi Risiko	Mengidentifikasi semua potensi bencana yang dapat terjadi. Identifikasi ini dapat didasarkan kepada pengalaman bencana yang pernah terjadi sebelumnya dan prediksi kemungkinan suatu bencana dapat terjadi di daerah Balung dan sekitarnya.	Data Sekunder dari BPBD Kabupaten Jember
b.	Organisasi	Rumah Sakit Daerah Balung membuat perencanaan tim penyiagaan bencana, yang meliputi : 1) Tugas dan Fungsi Organisasi 2) Struktur Organisasi	Wawancara mendalam dengan semua informan pada lampiran B, C dan D
c.	Komunikasi	Sistem yang digunakan Rumah Sakit Daerah Balung untuk menyampaikan segala informasi tentang bencana yang terjadi, terdiri dari : 1) Komunikasi penyampaian informasi 2) Komunikasi koordinasi 3) Komunikasi pengendalian	Wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama pada lampiran B dan C

d.	Pelaksanaan Operasional	Prosedur penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung yang memuat mengenai tata cara penanganan, tugas dan tanggung jawab. Dalam pelaksanaan operasional, digunakan beberapa tahap kerja, yang terdiri dari : 1. Tahap kesiagaan awal 2. Tahap aksi awal 3. Tahap operasional 4. Tahap konsolidasi	Wawancara mendalam dengan informan utama pada lampiran C
1)	Tahap kesiagaan awal	Pemberitahuan kejadian awal bencana dengan adanya sistem peringatan dini (<i>alarm system</i>)	Wawancara mendalam dengan informan utama pada lampiran C
2)	Tahap Aksi Awal	Rumah Sakit Daerah Balung membentuk Tim Reaksi Cepat, Tim RHA dan Tim Bantuan Kesehatan	Wawancara mendalam dengan informan utama pada lampiran C
3)	Tahap Operasional	Rumah Sakit Daerah Balung Menyusun Prosedur Ketika Rumah Sakit Mengalami Bencana, Yang Meliputi : a) Logistik b) Evakuasi Dan Transportasi c) Mekanisme Kerja d) Tata Kerja Operasional Saat Rumah Sakit Lumpuh Total e) Tata Kerja Operasional Saat Rumah Sakit Menerima korban Masal	Wawancara mendalam dengan informan utama pada lampiran C
4)	Tahap Konsolidasi	Tim Penyiagaan Bencana Rumah Sakit Daerah Balung melaksanakan : a) <i>Debriefing</i> b) Menyusun laporan pelaksanaan c) Melakukan evaluasi dan penyiagaan bencana	Wawancara mendalam dengan informan utama pada lampiran C
e.	Pembiayaan	Penyusunan anggaran yang digunakan untuk penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung. Penyusunan anggaran terdiri dari : 1. Pembiayaan pra bencana 2. Pembiayaan pada saat bencana 3. Pembiayaan paska bencana	Wawancara mendalam dengan informan kunci dan utama pada lampiran B dan C

f.	Koordinasi, Diseminasi dan Sosialisasi	Rumah Sakit Daerah Balung melakukan : 1. Koordinasi antar unit Rumah Sakit Daerah Balung dan antar Instansi diluar Rumah Sakit Daerah Balung 2. Diseminasi dan sosialisasi perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit untuk karyawan rumah sakit	Wawancara mendalam dengan semua informan pada lampiran B, C dan D
----	--	---	---

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber utama individu atau perseorangan, biasanya melalui angket, wawancara, jajak pendapat, dan lain-lain (Nazir, 2003). Pihak pertama dalam penelitian ini adalah Tim Penanggulangan Kesehatan Bencana dan Kedaruratan Rumah Sakit Daerah Balung. Data primer yang dibutuhkan dalam penelitian ini meliputi penjelasan secara rinci tentang kesiapan Rumah Sakit Daerah Balung dalam menangani bencana. Data primer ini diperoleh melalui wawancara langsung secara mendalam (*in-depth interview*), alat perekam suara dan alat tulis.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang dikumpulkan melalui pihak kedua biasanya diperoleh melalui badan atau instansi yang bergerak dalam proses pengumpulan data, baik oleh instansi pemerintah maupun swasta (Nazir, 2003). Pihak kedua dalam penelitian ini adalah Rumah Sakit Daerah Balung.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data merupakan bagian

instrument pengumpulan data yang menentukan berhasil tidaknya suatu penelitian (Bungin, 2001). Secara umum metode pengambilan data menurut Nazir (2003) dapat dibagi atas beberapa kelompok yaitu metode dengan menggunakan pertanyaan, pengamatan langsung dan metode khusus. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

a. Wawancara Mendalam (*in-depth interview*)

Notoadmodjo (2005) mengartikan wawancara sebagai suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari responden atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan responden tersebut (*face to face*). Menurut Bungin (2001) inti metode wawancara ini bahwa disetiap penggunaan metode ini selalu muncul beberapa hal, yaitu pewawancara, responden, materi wawancara dan pedoman wawancara (yang terakhir tidak harus ada). Informasi yang diperoleh dari teknik wawancara lebih akurat daripada teknik lainnya. Untuk penelitian kualitatif karena peneliti dapat menangkap suasana batin dari responden yang ditelitinya.

Menurut Nazir (2003), teknik wawancara secara mendalam dilakukan peneliti dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan penyelidikan untuk menggali lebih lanjut suatu keterangan. Teknik wawancara dilakukan dengan memberikan pertanyaan yang bersifat mengarah pada kedalaman informasi serta dilakukan dengan cara tidak formal guna menggali pandangan subjek yang diteliti tentang banyak hal yang sangat bermanfaat untuk menjadi dasar bagi penggalian informasi secara lebih jauh dan mendalam.

b. Pengamatan (Observasi)

Secara metodologis, penggunaan pengamatan adalah untuk mengoptimalkan kemampuan peneliti dari segi motif, kepercayaan, perhatian, perilaku tak sadar, kebiasaan, dan sebagainya. Pengamatan memungkinkan peneliti merasakan apa yang dirasakan dan dihayati oleh subyek penelitian sehingga memungkinkan pula peneliti sebagai sumber data (Meolong, 2009). Bentuk pengamatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi partisipasi pasif, dalam hal ini peneliti datang di

tempat kegiatan orang yang diamati tetapi tidak ikut terlibat dalam kegiatan tersebut (Sugiyono, 2010).

c. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode yang dilakukan untuk meningkatkan ketepatan pengamatan. Hal ini dilakukan untuk merekam pembicaraan dan juga merekam suatu perbuatan yang dilakukan oleh responden pada saat wawancara (Nazir, 2003). Dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa rekaman hasil suara wawancara dengan responden dan foto responden dan dokumen terkait.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen adalah alat pada waktu peneliti menggunakan suatu metode atau teknik pengumpulan data (Arikunto 2006). Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti. Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah panduan wawancara mendalam yang akan digunakan dalam wawancara mendalam dengan dibantu oleh alat perekam suara dan alat tulis. Alat perekam suara yang digunakan adalah *handphone*. Sedangkan instrumen untuk pengamatan langsung, peneliti menggunakan kamera digital.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian (Suyanto, 2005). Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2001).

Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk uraian kata-kata dan kutipan-kutipan langsung dari responden yang disesuaikan dengan bahasa dan pandangan responden serta dibantu dengan tabel untuk memudahkan peneliti dalam menyampaikan informasi yang diperoleh, serta disertai transkrip hasil wawancara. Kemudian berdasarkan ungkapan dan bahasa asli responden tersebut, dapat dikemukakan temuan peneliti yang akan didiskusikan atau dijelaskan dengan teori-teori yang telah ada.

3.7.2 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Analisis data dalam penelitian kualitatif pada prinsipnya berfokus dalam bentuk induksi-intepretasi konseptualisasi (Hamidi, 2005).

Analisi data dalam penelitian ini adalah :

1. Proses analisis sudah dimulai sejak peneliti menetapkan permasalahan dan lokasi penelitian, kemudian lebih intensif pada saat turun ke lapangan.
2. Peneliti mengumpulkan dan menyajikan data sehingga tahap awal untuk membuktikan adanya prespektif, dimana data dikumpulkan dari hasil transkrip wawancara mendalam, rekaman dan dianalisis setiap meninggalkan lapangan.
3. Melakukan uji validitas data dengan triangulasi data yaitu suatu teknik pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu.
4. Tahap selanjutnya adalah peneliti mulai menangkap secara jelas jawaban dan respon responden kemudian dilakukan intepretasi terhadap pernyataan responden.
5. Mendeskripsikan segala bentuk upaya yang telah masyarakat laksanakan untuk menghadapi bencana.
6. Tahap akhir adalah konseptulalisasi yaitu peneliti memberikan pernyataan singkat tentang apa yang sebenarnya dialami oleh responden kemudian dihubungkan dengan teori-toeri yang ada.

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Daerah Balung

RSD Balung adalah Rumah Sakit Daerah kelas C milik Pemerintah Kabupaten Jember, dimana kelompok sasaran pelayanan RSD Balung adalah seluruh lapisan masyarakat di Kabupaten Jember terutama wilayah barat-selatan yang jangkauan pelayanannya (*Catchment Area*) dibagi menjadi 15 kecamatan di sekitar Kecamatan Balung, yang meliputi kecamatan Kencong, Gumukmas, Puger, Wuluhan, Ambulu, Jenggawah, Ajung, Rambipuji, Balung, Umbulsari, Semboro, Jombang, Sumberbaru, Tanggul, dan Bangsalsari. Mengacu dari Peraturan Bupati Jember Nomor 71 Tahun 2009, bahwa struktur organisasi RSD Balung terdiri dari Direktur yang mempunyai tugas memimpin, menyusun kebijakan, pelaksanaan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan dan tugas lain yang diberikan bupati; serta terdiri dari 1 Kepala Bagian Tata Usaha; 3 Kepala Bidang (yaitu Bidang Pelayanan Medik, Bidang Keuangan, dan Bidang Perencanaan Program dan Rekam Medik); dan 1 Kelompok Jabatan Fungsional yang terdiri dari Komite (yaitu Komite Medik dan Komite Keperawatan), Kelompok Staf Medik, Instalasi, dan Satuan Pengawas Intern.

Akreditasi RSD Balung dilaksanakan pada tahun 2011 untuk pentahapan 5 pelayanan tingkat dasar dengan status penuh. Visi dari RSD Balung yaitu terwujudnya RSD Balung yang modern, profesional dan prima dibidang pelayanan kesehatan. Untuk mencapai visi tersebut, RSD Balung mempunyai misi antara lain, mencukupi sarana dan prasarana secara bertahap sesuai skala prioritas dan perkembangan teknologi, pengembangan SDM melalui pendidikan dan latihan, mengembangkan sistem dan prosedur pelayanan yang sederhana jelas, aman, efisien, tepat waktu, berkeadilan, ekonomis dan transparan, serta menerapkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.

Dalam pelaksanaan fungsinya, RSD Balung mempunyai instalasi yang meliputi instalasi gawat darurat, instalasi rawat jalan, dan instalasi rawat inap. Instalasi rawat inap terdiri dari Ruang Anak (Dahlia), Ruang Perinatologi, Ruang Nifas, Ruang Obstetri, Ruang Gynekologi, Ruang Anggrek, Ruang Interne (Melati), Ruang Bedah (Mawar), dan Ruang Pavillium Graha Mc. Pelayanan penunjang RSD Balung diantaranya, pelayanan Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Radiologi, Instalasi Anestesiologi, Instalasi Farmasi, Instalasi Gizi, Instalasi Sterilisasi Instrumen, dan Instalasi Pengolahan Air Limbah.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Karakteristik Informan

1. Karakteristik Informan Kunci

Informan kunci dalam penelitian ini adalah Direktur Rumah Sakit Daerah Balung, tetapi informan kunci tidak memberikan informasi mengenai perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung.

2. Karakteristik Informan Utama

Informan utama dalam penelitian ini adalah 4 orang perawat IGD dan 1 orang dari bidang pelayanan medis dari Rumah Sakit Daerah Balung.

a. HD

HD berusia 41 tahun. Peran dan tanggung jawab di Rumah Sakit Daerah Balung adalah sebagai perawat di IGD.

b. ER

ER berusia 27 tahun. Peran dan tanggung jawab di Rumah Sakit Daerah Balung adalah sebagai perawat IGD dan koordinator perawat tim 118.

c. JL

JL berusia 28 tahun. Peran dan tanggung jawab di Rumah Sakit Daerah Balung adalah sebagai perawat IGD.

d. NS

NS berusia 41 tahun. Peran dan tanggung jawab di Rumah Sakit Daerah Balung adalah sebagai koordinator keperawatan IGD.

e. EN

EN berusia 55 tahun. Peran dan tanggung jawab di Rumah Sakit Daerah Balung adalah sebagai Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis.

3. Karakteristik Informan Tambahan

Informan tambahan dalam penelitian ini adalah 2 orang dari tim perencanaan di Rumah Sakit Daerah Balung.

a. NC

NC berusia 51 tahun. Peran dan tanggung jawab di Rumah Sakit Daerah Balung adalah sebagai Kepala Bidang Perencanaan Program dan Rekam Medik.

b. GN

GN berusia 44 tahun. Peran dan tanggung jawab di Rumah Sakit Daerah Balung adalah sebagai Kepala Sie Perencanaan Program.

4.2.2 Identifikasi Risiko

Identifikasi risiko diperlukan sebelum mengembangkan sistem manajemen bencana. Tanpa mengetahui apa jenis dan skala bencana yang akan dihadapi, maka upaya penanggulangan bencana akan sulit dilakukan dengan baik dan efektif. Menurut PP No. 21 tahun 2008, risiko bencana adalah potensi kerugian yang ditimbulkan akibat bencana pada suatu wilayah dan kurun waktu tertentu yang dapat berupa kematian, luka, sakit, jiwa terancam, hilangnya rasa aman, mengungsi, kerusakan atau kehilangan harta, dan gangguan kegiatan masyarakat. Identifikasi risiko bencana dilakukan dengan melihat berbagai aspek yang ada di suatu daerah atau perusahaan, seperti lokasi, jenis kegiatan, kondisi geografis, cuaca, alam, aktivitas manusia dan industri, sumberdaya alam serta sumber lainnya yang berpotensi menimbulkan bencana (Ramli, 2010). Identifikasi ini dapat didasarkan

kepada pengalaman bencana yang pernah terjadi sebelumnya dan prediksi kemungkinan suatu bencana dapat terjadi. Data dari BPBD Kabupaten Jember, Kecamatan Balung berada disekitar daerah yang rawan terjadi bencana. Sekretariat Satuan Pelaksanaan Penanggulangan Bencana Jember, Widi Prasetyo mengatakan pihaknya sudah melakukan pemetaan daerah rawan bencana di Kabupaten Jember, sehingga antisipasi bencana bisa dilakukan sejak dini (Solicha, 2013). Berdasarkan data dari BPBD Kabupaten Jember, risiko bencana yang pernah terjadi di daerah Balung adalah banjir genangan dan angin puyuh. Hasil observasi dan wawancara tentang identifikasi risiko di Rumah Sakit Daerah Balung adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Identifikasi Risiko Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung

Sumber Bahaya	Bahaya	Risiko	Pengendalian
1. Korsleting listrik, kelalaian manusia	Kebakaran	Kesakitan, cacat, kematian, rusaknya struktur bangunan rumah sakit	Menyediakan APAR
2. Kerusakan tabung-tabung gas	Kebocoran gas	Ledakan, penyakit pernapasan	Melakukan pengecekan tabung secara berkala
3. Curah hujan tinggi, drainase buruk	Banjir	Penyebaran penyakit akibat buruknya sanitasi lingkungan	Memperbaiki sistem drainase, meninggikan ruangan
4. Bergeraknya lempeng bumi	Gempa bumi	Kesakitan, cacat, kematian, rusaknya struktur bangunan rumah sakit	Membuat bangunan yang tahan gempa
5. Perbedaan tekanan dalam suatu sistem cuaca	Angin puyuh	Kesakitan, cacat, kematian, rusaknya struktur bangunan rumah sakit	Membuat bangunan yang kuat, meletakkan barang-barang d tempat yang aman

Salah satu contoh bencana yang terjadi di Balung yaitu bencana banjir yang terjadi bulan Desember tahun 2014, sejumlah ruas jalan di Kecamatan Balung digenangi air setinggi 50 cm yang disebabkan oleh curah hujan yang tinggi dan karena sistem drainase yang buruk (Anonim, 2014). Banjir juga melanda Kecamatan

Kencong dengan jumlah korban yang terdampak banjir sebanyak 1.823 kepala keluarga. Banjir tersebut disebabkan oleh luapan sungai tanggul karena hujan deras yang mengguyur beberapa jam di kawasan setempat (Putra, 2014). Kecamatan Balung juga berbatasan dengan daerah Rambipuji, Rambipuji merupakan daerah yang rawan terjadi angin puting beliung. Bencana alam seperti banjir, angin puting beliung dapat memberikan dampak untuk masalah kesehatan. Di sebelah selatan Kecamatan Balung berbatasan dengan Kecamatan Puger, Kecamatan Puger merupakan salah satu kecamatan yang memiliki potensi terjadinya tsunami. Dengan kejadian bencana akan timbul wabah penyakit yang merupakan dampak dari kondisi lingkungan yang rusak, sanitasi yang jelek, daya tahan tubuh manusia menurun drastis dan kurangnya obat-obatan (Ristrini, 2011).

4.2.3 Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit Daerah Balung

Menurut Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit tahun 2009, perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit meliputi :

1. Organisasi

Organisasi adalah suatu proses penetapan dan pembagian kerja yang akan dilakukan, pembagian tugas dan kewajiban, otoritas dan tanggung jawab, serta penetapan hubungan diantara elemen organisasi. Setiap rumah sakit harus memiliki struktur organisasi tim penanganan bencana rumah sakit yang dibentuk oleh tim penyusun dan ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit. Maka, rumah sakit perlu untuk membentuk tim penyusun pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit. Dalam penyiagaan bencana yang terjadi di rumah sakit siap melakukan penanganan pasien termasuk kesiapan organisasi untuk mendukung proses penyiagaan tersebut. Dalam pedoman penyiagaan bencana bagi rumah sakit, beberapa hal yang perlu disiapkan untuk meningkatkan kesiapan organisasi, antara lain:

a. Tim Penyusun Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit Daerah Balung

Tim penyusun adalah tim yang bertugas untuk menyusun pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit mulai dari pra bencana, saat bencana dan paska bencana. Tim penyusun menyusun pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit yang merupakan suatu hasil dari proses kerja yang didasari atas ancaman bencana di daerah tersebut, pengalaman masa lalu, ketersediaan sumberdaya khususnya sumberdaya manusia, dengan mengingat kebijakan lokal maupun nasional. Tim penyusun pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada. Tim ini dibentuk tahun 2010 untuk keperluan akreditasi rumah sakit. Tim ini belum melakukan tugasnya secara optimal, karena tim penyusun pedoman perencanaan penyiagaan di Rumah Sakit Balung masih belum membuat perencanaan tentang penyiagaan bencana sesuai dengan karakteristik bencana di daerah Balung dan sekitarnya. Hal tersebut didukung pernyataan dari informan utama sebagai berikut:

“Ada. Itu *ndek* Tim Kasie Perencanaan. Itu sudah ada. Dulu kita kan adopsi ke situ” (HD, 23 Januari 2015)

“...baik penyusunan dari struktur organisasi maupun ibaratnya penanganannya *gimana* ataupun masalah lain itu masih *digodok* lagi...nah kalau masalah perencanaan itu teman-teman dari tim yang ada di IGD nanti ada juga dokter dan perawat.” (ER, 21 Januari 2015)

“Sudah ada. Sudah dibentuk dari dulu mbak, untuk akreditasi rumah sakit” (JL, 23 Januari 2015)

“Kalau tim penyusunnya sudah ada, cuma pelaksanaannya yang belum, tapi orang-orangnya sudah dipilih, nanti yang masuk tim 118 juga masuk tim siaga bencana...” (NS, 23 Januari 2015)

“sudah ada tapi belum sempurna. Saat ini kan kita masih proses untuk penyiagaan bencana ini yang benar itu seperti apa.” (EN, 2 Februari 2015)

b. Tim Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung

Tim penyiagaan bencana adalah tim yang dibentuk untuk penanggulangan bencana. Tim ini idealnya terdiri dari ketua dan tim pelaksana. Ketua dijabat oleh pimpinan rumah sakit, dibantu oleh staf yang terdiri dari penasihat medik (Ketua Komite Medik / Wadir Pelayanan Medik), humas, penghubung, dan keamanan. Tim pelaksana disesuaikan dengan struktur organisasi rumah sakit, meliputi operasional, logistik, perencanaan dan keuangan. Tim penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada. Namun tim ini hanya dibentuk untuk keperluan akreditasi Rumah Sakit pada saat itu. Sejak dibentuk tahun 2010 tim penyiagaan bencana hanya melakukan sosialisasi satu kali tentang arah evakuasi kepada karyawan di rumah sakit, setelah itu tim ini belum melakukan kegiatan lain atau tidak melakukan kegiatan mitigasi lain untuk mengurangi risiko terjadinya bencana. Tim penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung bekerja hanya ketika bencana terjadi, sebaiknya tim penyiagaan bencana tidak bekerja hanya ketika ada bencana melainkan juga melakukan kegiatan mitigasi untuk mengurangi risiko terjadinya bencana. Hal tersebut juga didukung pernyataan dari informan utama dan tambahan berikut ini :

“sudah dibentuk tahun 2010” (HD, 23 Januari 2015)

“sudah ada, kan kita masih dalam artian itu belum di *fix* kan,..., seperti yang SK oleh Direktur dan karena ambulannya juga baru datang, timnya juga baru kita ajukan gitu, sebelum tim 118 ini terbentuk, sebetulnya kalau dulu *kayak* di Panti, disini tidak menyediakan bukan berarti *nggak* ada, disitu dari pihak manajemen kantor itu setiap ada kejadian *mesti* menunjuk tim perawat yang ada di IGD. Jadi Tim IGD ataupun bisa diambilkan dari ruangan di ruangan rawat inap,... nah dengan adanya Tim 118 yang baru ini, lebih terkoordinasi karena apa? Nanti yang mengurus masalah bencana sudah ada kepala koordinator 118.” (ER, 21 Januari 2015)

“sudah dibentuk” (JL, 23 Januari 2015)

“kalau pembentukannya belum, tapi orang-orangnya kita sudah ada gitu aja,” (NS, 23 Januari 2015)

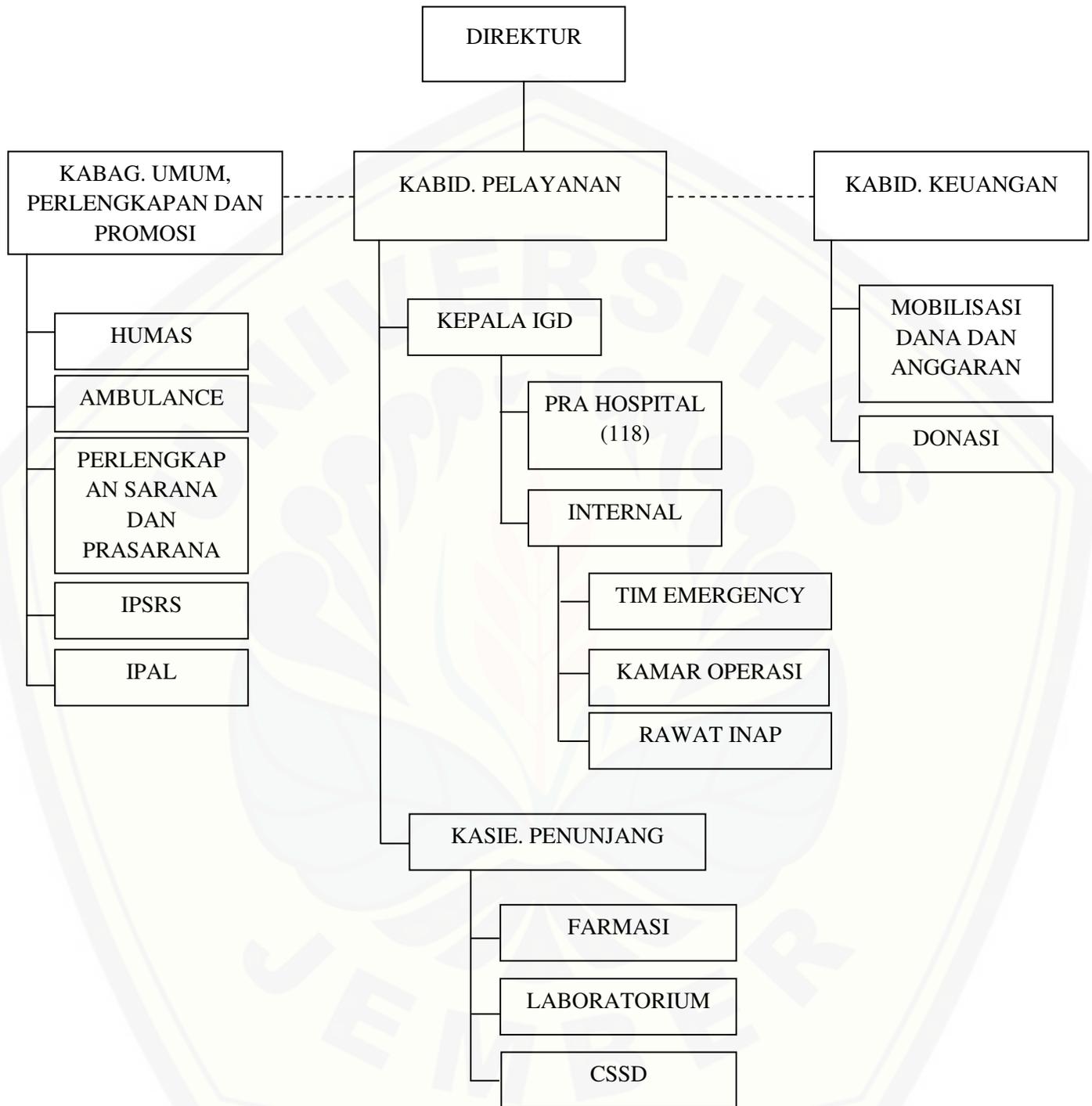
“Sudah ada tapi ya itu tadi masih belum sempurna” (EN, 2 Februari 2015)

“Tim siaga bencana setahu saya ada, yang sudah di SK kan oleh Bu Direktur, bahkan mungkin oleh Direktur yang terdahulu. Sehingga, tim itu ada tinggal *actionnya* yang menunggu kejadian. Apalagi kalau rumah sakitnya untuk akreditasi harus salah satu syaratnya harus ada tim itu” (NC, 20 Januari 2015)

“Kalau Tim Penyiagaan Bencana setahu saya dulu ada, cuman apa masih aktif atau tidak saya tidak tahu.” (GN, 20 Januari 2015)

c. Struktur Organisasi Tim Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung

Struktur organisasi adalah suatu manifestasi atau perwujudan organisasi yang menunjukkan hubungan antara fungsi otoritas dan tanggung jawab atas setiap aktivitas (Siswanto, 2012). Struktur organisasi dapat dipandang sebagai desain yang terpadu dan utuh untuk menunjukkan hubungan fungsi dari masing-masing orang yang terkait didalamnya. Struktur organisasi tim penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung sudah dibentuk. Sama halnya dengan tim penyusun dan tim penyiagaan bencana, struktur organisasi tim penyiagaan bencana hanya dibuat untuk keperluan akreditasi rumah sakit. Dari hasil observasi struktur organisasi tim penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Tim Penyiagaan Bencana Rumah Sakit Daerah Balung

Dari hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan bahwa struktur organisasi sudah baik, namun meskipun struktur organisasi tim penyiagaan bencana sudah dibuat, tetapi struktur organisasi tersebut tidak disosialisasikan secara berkala kepada anggota tim penyiagaan bencana dan tidak diperbatui sejak pembuatan struktur organisasi tahun 2010, sehingga banyak anggota tim yang lupa kalau mereka adalah anggota tim penyiagaan bencana. Hal ini menunjukkan masih kurangnya keseriusan tim penyiagaan bencana dalam menangani bencana. Hal ini juga diperkuat dengan pernyataan informan utama sebagai berikut:

“sudah ada. itu hirarkinya sudah ada dari IGD di atasnya itu ada Kabid Pelayanan, di atasnya lagi ada Direktur. Itu sudah ada tapi SKnya sudah lupa, *nggak* tahu dimana *narohnya*.” (HD, 23 Januari 2015)

“Kalau sudah dibuat sudah mbak, cuma karena belum ditandatangani oleh dokter, jadi ibaratnya itu hanya sebagai nanti ketika kita dimintai, kan nanti kita akan pengenalan dengan Bupati juga Timnya 118, jadi kita hanya menyediakan atau memfasilitasi sudah kita siapkan. Nanti tinggal direktur rumah sakit meminta siapa saja untuk personel kita sudah ada.” (ER, 21 Januari 2015)

“sudah ada. Saat itu dibentuk pada saat Rumah sakit mau akreditasi” (JL, 23 Januari 2015)

“Yang bencana kemungkinan besar sudah dibuat...” (NS, 23 Januari 2015)

d. Tugas dan Fungsi Masing-Masing Tim Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung

Uraian tugas dan fungsi yang dimaksud disini adalah tugas dan tanggung jawab yang dimiliki oleh setiap anggota tim penyiagaan bencana di rumah sakit sesuai dengan struktur yang telah disusun. Struktur ini diaktifkan saat terjadi bencana baik di dalam rumah sakit maupun penanganan korban bencana di luar rumah sakit. Berdasarkan hasil observasi, tugas pokok dan fungsi masing-masing anggota tim penyiagaan bencana sudah ditetapkan namun masih banyak anggota tim penyiagaan bencana yang belum jelas untuk tugas dan fungsinya di tim

penyiagaan bencana. Hal ini dikarenakan kurangnya sosialisasi tentang struktur organisasi yang telah dibuat kepada anggota tim penyiagaan bencana, serta kurangnya pelatihan dan simulasi untuk tim penyiagaan bencana. Sebaiknya dilakukan pelatihan untuk tim penyiagaan bencana agar mereka terbiasa dengan perencanaan penyiagaan bencana yang telah dibuat dan ketika terjadi bencana tim sudah siap menghadapi bencana yang terjadi. Selama ini di Rumah Sakit Daerah Balung bekerjanya secara struktural, jadi tugas pokok dan fungsinya berdasarkan tugas pokok dan fungsi manajemennya. Untuk tugas pokok dan fungsi dalam tim penyiagaan bencana, karena sejak pembentukan belum ada kegiatan atau mitigasi lebih lanjut maka sebagian anggota tim siaga bencana sudah lupa dengan tugas pokok dan fungsinya. Hal tersebut diperkuat dengan pernyataan informan utama berikut ini:

“Nah, kalau tupoksinya di Rumah Sakit Balung ya sebagian masih belum jelas. Karena pada saat itu *nggak* ada mitigasi lagi, karena *nggak* ada mitigasi lagi pada saat itu dikumpulkan dibagi tupoksi dan setelah 2010 tidak ada mitigasi atau kegiatan, sebagian lupa sama tupoksinya.” (HD, 23 Januari 2015)

“...kalau tupoksi masing-masing sudah jelas, misalnya dokter tupoksinya apa *trus* perawat tupoksinya apa itu sudah jelas...” (ER, 21 Januari 2015)

“sebagian belum jelas tupoksinya. Karena dari 2010 masih belum ada kegiatan lagi.” (JL, 23 Januari 2015)

“belum *kayaknya*, soalnya memang kita kan sosialisasinya belum terlaksana, tapi yang ada disini sudah ikut pelatihan gawat bencana sama pelatihan 118 kalau punya IGD,...” (NS, 23 Januari 2015)

“belum jelas. Kita bekerjanya secara struktural saja, jadi sesuai dengan tupoksi manajemen” (EN, 2 Februari 2015)

2. Komunikasi

Saat terjadi bencana infrastruktur dalam masyarakat mengalami kerusakan hebat sehingga tidak dapat berfungsi, diperlukan sebuah rencana untuk menjaga agar komunikasi dalam rumah sakit dan komunikasi dengan pihak-pihak terkait

untuk penanggulangan bencana tetap dapat berfungsi. Dalam keadaan bencana diperlukan sistem komunikasi terpadu yang terdiri dari:

a. Komunikasi Penyampaian Informasi

Komunikasi penyampaian informasi adalah penyampaian informasi kejadian pertama kepada ketua tim penyiagaan bencana. Sistem penyampaian informasi harus menjamin bahwa informasi tersebut sampai kepada ketua tim penyiagaan bencana di rumah sakit dengan menggunakan teknologi komunikasi yang sederhana sampai canggih. Di Rumah Sakit Daerah Balung, penyampaian kejadian pertama ke ketua tim bencana kalau bencana tersebut terjadi diluar rumah sakit, BPBD akan meminta bantuan kepada Dinas Kesehatan, kemudian Dinas Kesehatan akan mengirimkan surat melalui *fax* untuk permintaan bantuan kesehatan di Rumah Sakit Daerah Balung. Sedangkan untuk kejadian di dalam rumah sakit penyampaian informasinya melalui sistem PABX yaitu sistem telepon yang bisa terbagi dan bisa saling menghubungi ruangan dengan kode ruangan tertentu, dan menggunakan *handphone* atau secara tradisional yaitu melalui mulut ke mulut. Hal ini dapat dibuktikan melalui wawancara mendalam tentang komunikasi penyampaian informasi kejadian pertama kepada ketua tim bencana dengan informan utama dan tambahan sebagai berikut :

“lapornya hirarkinya disitu langsung ke Kasie Pelayanan, langsung sebagai tim disini langsung lapor ke Kabid Pelayanan. Diatas Kabid Pelayanan kan ada Direktur. Lapornya menggunakan telpon” (HD, 23 Januari 2015)

“Kalau bencana itu biasanya itu, tahun lalu ataupun mungkin waktu di Panti, itu pasti Bupati melewati wakilnya yang ibaratnya wakil untuk bagian bencana itu biasanya BPBD, BPBD itu mengabari setiap UPTD yang dibawah oleh Kabupaten Jember,..., biasanya langsung di print lewat kantor untuk mengirimkan tenaga kesehatan untuk tim bencana...” (ER, 21 Januari 2015)

“pakai telpon” (JL, 23 Januari 2015)

“iya kalau komunikasi biasanya via telpon aja” (NS, 23 Januari 2015)

“kita disini punya beberapa sarana komunikasi, yang pasti yang paling tradisional ya *mouth to mouth*, kemudian masing-masing orang sekarang ini kan tidak lepas dari hp, kemudian juga kita dimasing-masing ruangan rumah sakit ini terhubung dengan yang namanya PABX, jadi sistem telpon yang bisa terbagi dan bisa saling menghubungi ruangan dengan kode ruangan tertentu...” (NC, 20 Januari 2015)

“lewat PABX, kalau sekarang yang paling cepat ya lewat WA atau *handphone*” (GN, 20 Januari 2015)

b. Komunikasi Koordinasi

Komunikasi koordinasi adalah sistem komunikasi menggunakan jejaring yang disepakati dalam pelayanan administrasi (umum, keuangan) dan logistik. Koordinasi dapat dilakukan internal antar unit rumah sakit dan instansi (eksternal). Dari hasil observasi dapat diketahui bahwa sistem komunikasi koordinasi antar unit di Rumah Sakit Daerah Balung menggunakan telepon dan juga *handphone*. Di Rumah Sakit Daerah Balung belum ada komunikasi yang intensif antar unit rumah sakit tentang penyiagaan bencana. Sistem komunikasi koordinasi di Rumah Sakit Daerah Balung dapat dilihat dalam kutipan hasil wawancara mendalam kepada informan utama sebagai berikut:

“ telpon, kita *nggak* punya komunikasi lain selain telpon...” (HD, 23 Januari 2015)

“...kalau kejadian di rumah sakit, ya kalau ada korban larinya pasti langsung ke IGD, jadi *nggak* perlu *nelpon* tim 118 sudah. IGD sudah dekat, kita sudah siap.” (ER, 21 Januari 2015)

“ya pakai *handphone* sama telpon itu *wes*” (JL, 23 Januari 2015)

“iya via telpon juga...” (NS, 23 Januari 2015)

c. Komunikasi Pengendalian

Komunikasi pengendalian adalah sistem komunikasi untuk mengendalikan kegiatan operasional di lapangan. Komunikasi pengendalian di lapangan sangat penting agar proses penanganan korban bencana dapat dilakukan dengan cepat dan

tepat. Di Rumah Sakit Daerah Balung, sistem komunikasi pengendalian tim bencana saat di lapangan hanya menggunakan *handphone*. Ketika bencana terjadi, tim yang dikirim ke tempat bencana selalu melakukan komunikasi dengan pos yang ada di rumah sakit untuk mendapatkan informasi terbaru. Tetapi kendalanya adalah kurangnya alat komunikasi yang digunakan. Saat ini tim penyiagaan bencana hanya menggunakan *handphone* untuk melakukan komunikasi antar anggota tim. *Handphone* memiliki kelemahan ketika bencana terjadi ada kemungkinan kalau sinyal *handphone* hilang, maka tim tidak bisa berkomunikasi dengan baik. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara tersaji dalam kutipan sebagai berikut:

“dulu kita punya HT, tapi HTnya *ilang*, punya antenanya masih ada HTnya hilang, sekarang yang *megang* satpam kita nggak dikasih untuk tim bencana,...” (HD, 23 Januari 2015)

“kita punya HT mbak, jadi HT itu nanti kita koordinasikan dengan operator yang ada disini dan juga ponsel genggam kita pakai,...” (ER, 21 Januari 2015)

“ya pakai *handphone*” (JL, 23 Januari 2015)

“biasanya pakai Hp aja.” (NS, 23 Januari 2015)

3. Pelaksanaan Operasional

Dalam tahap operasional, digunakan beberapa tahap kerja, yang terdiri dari :

a. Tahap Kesiagaan Awal

Tahap kesiagaan awal dimulai dengan adanya sistem peringatan dini (*alarm system*) sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mulai menyiagakan tim penanganan bencana rumah sakit (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, 2009). Dari observasi yang dilakukan oleh peneliti didapatkan bahwa di Rumah Sakit Daerah Balung masih belum ada alarm yang dipasang ditiap ruangan yang digunakan untuk peringatan adanya bahaya. Sekarang ini Rumah Sakit Daerah Balung masih dalam tahap penyiapan alat-alat tersebut,

karena untuk persiapan akreditasi rumah sakit. Hal ini dapat dibuktikan dengan hasil wawancara dengan informan utama dan tambahan tentang ketersediaan sistem peringatan dini kejadian bencana di Rumah Sakit Daerah Balung sebagai berikut:

“belum ada” (HD, 23 Januari 2015)

“kalau disini sudah ada mbak, ibaratnya kalau disini alarm yang setiap ruangan ada. Untuk K3RSnya sudah jalan” (ER, 21 Januari 2015)

“belum ada” (JL, 23 Januari 2015)

“untuk alarm yang dipasang di tiap ruangan rumah sakit ini belum, sementara nggak ada ya yang terjadi disini, karena itu belum dibuat,...” (NS, 23 Januari 2015)

“belum ada. masih proses” (EN, 2 Februari 2015)

“kita untuk sementara ini belum ada pendeteksinya, semua titik-titik di kantor ini belum ada *smoke detector* misalnya untuk api, kemudian belum ada alarm khusus yang berkaitan dengan itu. Jadi alarmnya itu dari mulut yang terdekat dengan tempat kejadian” (NC, 20 Januari 2015)

“kalau dulu pernah ada, tapi *kayaknya* mungkin dicek lagi masih berfungsi atau tidak” (GN, 20 Januari 2015)

b. Tahap Aksi Awal

Tahap aksi awal merupakan proses penilaian terhadap situasi yang dihadapi serta menentukan langkah yang akan dilakukan. Tahap aksi awal ini yaitu dengan melakukan pengiriman tim reaksi cepat ke tempat kejadian bencana, dan untuk *eksternal disaster* kemudian akan berkoordinasi dengan tim reaksi cepat di tingkat daerah. Rumah Sakit Daerah Balung belum membentuk Tim Reaksi Cepat, Tim RHA dan Tim bantuan Kesehatan. Di Rumah Sakit Daerah Balung itu ada yang namanya *code blue* yaitu tim reaksi cepat di tiap ruangan. Di Rumah Sakit Daerah Balung juga ada tim 118 yang diprioritaskan untuk pra hospital yaitu pertolongan pertama pada korban bencana atau merupakan awal kegiatan penanganan korban

dari tempat kejadian dan dalam perjalanan ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan yang lebih intensif di rumah sakit. Tim 118 juga merupakan tim yang diberangkatkan ke tempat bencana, tapi sebagai tim medis bukan sebagai tim evakuasi. Tim 118 hanya merawat pasien di posko yang dibuat oleh Dinas Kesehatan. Jadi, tim dan ambulans 118 itu diam di posko bencana untuk melakukan perawatan pada korban bencana. Hal tersebut dapat dibuktikan dengan hasil wawancara mendalam yang dilakukan terhadap informan utama tentang tahap aksi awal yang dilakukan dalam penyiagaan bencana yaitu dengan adanya Tim Reaksi Cepat, Tim RHA dan Tim Bantuan Kesehatan, maka didapatkan hasil dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

“belum ada. Reaksi cepat disini *code blue* itu sesuai akreditasi itu dari ruangan sama 118 untuk bencana luar, dua itu yang di rumah sakit. Untuk RHA kan *Rapid Health Assessment*, tetep dari tim bencana yang dikirim kesana nanti *ngikut*, kalau dari Dinas Kesehatan, atasan kita Dinas kesehatan, jadi benderanya itu. Jadi RHA yang menentukan Dinas Kesehatan, jelas tim-tim bencana itu yang kesana nanti. Sana yang ikut gabung.” (HD, 23 Januari 2015)

“*gini* ya kalau rumah sakit sebetulnya kan wewenangnya kan tim medis yang disiapkan untuk menangani pasien-pasien yang membutuhkan penanganan medis. Kalau untuk penolongnya ya seumpamanya kapal karam itu tim *rescuency* itu dari tim di Jember, ada tim bencana yang namanya tim *rescue* sebetulnya, kalau disini bukan tim *rescue* atau tim cepat tapi ya tim 118” (ER, 21 Januari 2015)

“belum ada. Kalau disini adanya *code blue* itu mbak yang dari ruangan sama 118 untuk bencana di luar, dua itu yang ada di rumah sakit. Untuk tim RHA ya tim yang kita kirim ke tempat kejadian, jadi yang menentukan nanti Dinas Kesehatan” (JL, 23 Januari 2015)

“disini tim reaksi cepatnya ya tim 118 itu, jadi kalau ada kejadian ya yang kita berangkatkan 118 itu nanti” (NS, 23 Januari 2015)

“disini tim reaksi cepatnya sudah ada tim 118 itu yang bergerak ketika ada bencana ” (EN, 2 Februari 2015)

c. Tahap Operasional

Dalam tahap operasional, rumah sakit harus menyiapkan sarana dan prasarana yang mendukung kegiatan penanganan bencana serta membuat perencanaan ketika rumah sakit mengalami lumpuh total dan menerima korban masal, yang harus dipersiapkan dalam tahap operasional antara lain:

1) Logistik

Seringkali yang dianggap fasilitas dalam rumah sakit hanya alat-alat yang dibutuhkan dalam penanganan korban. Sebenarnya diperlukan juga fasilitas guna menunjang penanganan korban bencana seperti ruangan serta alat-alat didalamnya. Penanganan bencana di rumah sakit mempunyai beberapa unsur, yaitu selain kebutuhan dalam bidang medis, juga dalam bidang manajemen. Unsur logistik yang harus disiapkan rumah sakit dalam keadaan bencana antara lain :

a) Obat

Kesediaan obat dalam situasi bencana merupakan salah satu unsur penunjang yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan pada saat bencana. Prinsip dasar dari pengelolaan obat pada situasi bencana adalah harus cepat, tepat dan sesuai kebutuhan. Untuk perencanaan obat di Rumah Sakit Daerah Balung, ketika terjadi bencana *external* rumah sakit, obat-obatan dan semua peralatan maupun peralatan habis pakai sudah disediakan oleh Dinas Kesehatan. Jadi tim dari Rumah Sakit Daerah Balung ketika tiba di posko bencana langsung lapor ke Dinas Kesehatan lalu diberikan semua perlengkapan mulai dari alat dan obat yang akan digunakan untuk merawat korban bencana. Namun, tim dari Rumah Sakit Daerah Balung juga membawa obat-obat *emergency* seperti betadin, obat anti nyeri, perban, untuk jaga-jaga kalau ada kekurangan nanti di tempat kejadian. Untuk *internal* rumah sakit, koordinasinya dengan farmasi rumah sakit, jadi ketika ada korban masal di IGD, farmasi langsung mendekat. Jadi, nanti apa yang kurang lapor ke Kabid Pelayanan, lalu Kabid Pelayanan yang memerintahkan farmasi untuk beli obat

yang diperlukan. Hal ini dapat dibuktikan dengan hasil wawancara mendalam yang dilakukan terhadap informan utama tentang penyediaan obat saat terjadi bencana, maka didapatkan hasil dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

“kalau bencana luar kita *ngikut*, karena kita kan SKPD dari dinas ya udah disana, ya ikut dari tim sana, tim sana kan laporan ini butuh, sudah siaga 2, minta bantuan Balung jadwalnya hari ini-ini-ini, sudah berangkat. Logistik sudah disiapkan sana sudah ada dapur umum, obat-obatan dari sana, tapi *tetep* kita bawa...” (HD, 23 Januari 2015)

“sebetulnya kita sudah siap sebelum ada bencana, jadi untuk masalah logistik kita sudah siap 100%, jadi seumpama ya mudah-mudahan yang kemarin kita rapat dengan BPBD yang ada di Jember yang masalah gunung raung yang mau meletus, jadi sudah siap obat, kita sudah siapkan sebelum kejadian” (ER, 21 Januari 2015)

“kalau terjadi bencana di luar rumah sakit kita mengikuti instruksi dari Dinas Kesehatan. Untuk obat ya kita bawa, tapi biasanya sudah disediakan sama Dinas. Jadi tidak bisa kita ketika ada bencana kita bergerak sendiri, tetap kita mengikuti instruksi dari Dinas” (JL, 23 Januari 2015)

“kalau penyediaannya kita langsung lapor kantor. Jadi kita langsung dari kantor kita sudah *reng-reng* ini nanti gudang yang *nyiapkan* ya kita bawa. Jadi kita mungkin cuma membawa obat-obatan *emergency* seperti obat-obat kayak betadine yang *gitu-gitu*, *trus* infuse, obat anti nyeri gitu kita siapkan, udah kita bawa...” (NS, 23 Januari 2015)

“kita tidak mengirim logistik, karena seperti obat-obatan sudah disediakan oleh Dinas Kesehatan ” (EN, 2 Februari 2015)

b) Pos Bencana

Pengadaan pos penanganan bencana diperlukan untuk mengelola maupun menampung beberapa kegiatan dalam mendukung penanganan korban bencana, sehingga penanganan dan pengelolaannya dapat lebih terkoordinasi dan terarah. Berdasarkan observasi yang dilakukan oleh peneliti, Rumah Sakit Daerah Balung tidak menyediakan pos-pos penyiagaan bencana. Ketika terjadi bencana maka pos yang digunakan adalah IGD, jadi obat-

obatan dan alat-alat sudah disediakan semua di IGD. Hal ini juga didukung dengan hasil wawancara dengan informan utama tentang ketersediaan pos bencana di Rumah Sakit Daerah Balung sebagai berikut:

“oh, pos penyiagaan bencana kita *nggak* ada. Kita hanya mengatakan Tim *Diasaster*. Tim bencana atau *disaster* ya IGD, kalau ada bencana posnya ya di IGD, *ndak* bisa berdiri sendiri. Posnya ya di IGD” (HD, 23 Januari 2015)

“kalau pos kita *tetep* nanti disini di IGD, namanya nanti 118. Jadi nanti semua koordinator ada di operator 118. Kalau masalah pos logistik dan lain-lain itu sudah masuk struktur yang ada di dalam manajemen sini. Kalau pos logistik dan lain-lain tidak ada jadi *emang* kita siapkan semua peralatan, perlengkapan, obat dan sebagainya itu sudah satu pak jadi *nggak* ada pos-posnya...” (ER, 21 Januari 2015)

“pos penyiagaannya ya disini di IGD” (JL, 23 Januari 2015)

“posnya ya di IGD” (NS, 23 Januari 2015)

“pos bencana ya di IGD itu” (EN, 2 Februari 2015)

c) Daerah *Triage*

Triage adalah mengkategorikan pasien menurut kebutuhan perawatan. *Triage* bertujuan untuk melakukan seleksi korban berdasarkan tingkat kegawatdaruratan untuk memberikan prioritas pertolongan. Dari observasi yang dilakukan oleh peneliti, menunjukkan bahwa Rumah Sakit Daerah Balung sudah menyediakan daerah *triage* di ruang IGD sesuai dengan tingkat kegawatdaruratan. Hal ini juga diperkuat dengan pernyataan informan utama sebagai berikut:

“kalau daerah *triage* kita sudah ada jelas di IGD” (HD, 23 Januari 2015)

“kalau IGD sudah pasti ada, ada sudah jelas sudah ada pandomnya mana itu pasien membutuhkan penanganan pertama dan serius, mana itu pasien yang membutuhkan penanganan biasa itu sudah ada. Kalau sistem *triage* itu sudah ada.” (ER, 21 Januari 2015)

“di IGD sudah jelas daerah *triagenya*” (JL, 23 Januari 2015)

“*triage* kalau di IGD sudah jelas mbak” (NS, 23 Januari 2015)

“sudah ada di IGD” (EN, 2 Februari 2015)

d) Sumber Daya Manusia

Proses identifikasi sumber daya manusia mulai dilakukan pada masa pra bencana. Penanganan bencana memerlukan sumberdaya manusia yang memadai baik dari segi jumlah dan kemampuannya. Di Rumah Sakit Daerah Balung sumberdaya manusianya sudah mencukupi, apabila terjadi kekurangan sumberdaya manusia bisa mengambil dari ruang rawat inap ataupun menelpon perawat yang bebas tugas dan rumahnya dekat untuk datang menolong ke rumah sakit. Hal ini diperkuat dengan kutipan hasil wawancara dengan beberapa informan berikut:

“kalau SDM sudah mencukupi” (HD, 23 Januari 2015)

“kalau kurang ambil dari ruang belakang yang dinas saat itu, sama yang libur di telpon untuk lapis dua untuk nolong” (HD, 23 Januari 2015)

“bisa manggil yang di rawat inap. Bisa juga ketika terjadi kecelakaan, *trus* ambulan yang kecelakaan, 7 orang yang meninggal 4 waktu itu. Temen-temen yang rumahnya dekat sini yang lagi bebas tugas itu ditelpon, belakang yang sekiranya pasiennya dikit maju ke depan itu biasanya...” (ER, 21 Januari 2015)

“kalau kurang SDM nya ya kita panggil perawat yang tugas di rawat inap, lalu juga bisa telpon perawat yang rumahnya terdekat untuk datang ke rumah sakit” (JL, 23 Januari 2015)

“kalau mencukupi *sih* belum ya dek, karena kita cuma 4 orang, harusnya kan tim siaga bencana itu kan 1 regu ada berapa orang...” (NS, 23 Januari 2015)

“*ngepres* jadi orangnya lo lagi lo lagi” (EN, 2 Februari 2015)

“kalau kekurangan SDM kita minta bantuan dari tiap ruangan, tapi kalau masih kurang ada yang namanya perawat *on call*, jadi kita telpon perawat yang terdekat untuk datang ke rumah sakit ” (EN, 2 Februari 2015)

Untuk Tim Penyiagaan Bencana juga perlu untuk mendapatkan pelatihan-pelatihan tentang bencana, agar ketika terjadi bencana terjadi, anggota tim siaga bencana lebih siap dalam menangani bencana. Untuk Tim Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung masih kurang mendapatkan pelatihan. Anggota tim yang mendapatkan pelatihan khusus *disaster plan* masih hanya 1 orang. Untuk anggota tim yang lain sudah mendapatkan pelatihan tentang PPGD (Pertolongan Pertama Gawat Darurat), EAST (*Emergency Ambulance Service Training*) dan BTCLS (*Basic Trauma Cardiac Life Support*). Hal tersebut didukung hasil wawancara mendalam yang dilakukan terhadap informan utama tentang pelatihan bencana yang didapat tim penyiagaan bencana, maka didapatkan hasil dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

“kalau pelatihan *disaster plan* sini hanya saya tok *masian*, yang lainnya BTCLS, PPGD di PPGD itu ada *disaster* untuk evaluasi ada. Kalau untuk bencana urutan RHA, urutan ini-ini, belum khusus, pelatihan bencana kan ada sendiri. Tapi kalau untuk PPGD evakuasi itu disini ada sekitar 30%, itu dari 15, 5 orang sudah PPGD (Pertolongan Pertama Gawat Darurat) kan di dalamnya ada pelajaran evakuasi bencana tok. Tapi untuk *disaster* kan disitu diajari manajemen kan kalau *disaster* kan, ini-ini nanti ada RHA, ada bencana air, bencana udara, bencana longsor, gimana triknya ini kan *disaster* memang, nah itu saya yang berangkat seminggu, jadi saya sendiri, waktu itu saya mngambil tugas belajar disana” (HD, 23 Januari 2015)

“... itu sudah pernah penanganan gawat darurat EAST, disitu menangani bencana juga kegiatan sehari-hari...” (ER, 21 Januari 2015)

2) Evakuasi dan Transportasi

a) Evakuasi

(1) Evakuasi Internal

Sarana perlindungan yang umum adalah evakuasi. Evakuasi bisa melibatkan seluruh masyarakat dan bisa berlangsung beberapa hari sampai keadaan membaik. Dalam perencanaan evakuasi, yang perlu diperhatikan

antara lain rute evakuasi, rute evakuasi harus jelas ditandai dan memiliki penerangan yang cukup. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti, didapatkan informasi bahwa di Rumah Sakit Daerah Balung untuk jalur evakuasinya sudah luas dan tidak terhalang oleh apapun, akan tetapi belum ada denah arah evakuasi dan arah tanda evakuasinya. Dulu pernah dipasang untuk syarat akreditasi rumah sakit, namun hanya dibuat dari kertas saja dan karena kurangnya perawatan maka tanda itu rusak dan dicopot. Posisi bangunan di Rumah Sakit Daerah Balung dibuat luas dan hanya satu bangunan yang tingkat, hal ini lebih memudahkan untuk proses evakuasi. Hal tersebut juga didukung dengan pernyataan informan utama dan informan tambahan sebagai berikut:

“tanda evakuasi belum ada. Dulu di akreditasi dikasih tanda, setelah itu *nggak* ada perawatan lagi, *dicabuti kabeh*. Dulu ada dan sekarang sudah *nggak* ada kelanjutannya. Akreditasi *tok* dipasang” (HD, 23 Januari 2015)

“sudah. Sudah ada K3RS kemarin sudah membuat, kan kita sekarang ini juga sedang menyiapkan untuk akreditasi memang sudah dilaksanakan. Sebetulnya K3RS sudah berjalan sejak rumah sakit ini berdiri ya, jadi arah evakuasi dan arah jalur menuju tempat berkumpul aman kalau ada kebakaran, jalan-jalan licin mungkin, itu sudah jelas...” (ER, 21 Januari 2015)

“belum ada. Dulu pernah ada waktu mau akreditasi tapi sekarang sudah *nggak* ada” (JL, 23 Januari 2015)

“belum, ya ini nanti K3RS yang membentuk. Kan sudah ada K3RS nanti dia semua yang membuat semua evakuasi yang berupa *flag-flag* itu dia yang membuat. Kita mau akreditasi ini karena belum ada arah evakuasi, tandanya kan belum ada...” (NS, 23 Januari 2015)

“sudah, sudah ada. Jadi kalau *panjenengan* mungkin keliling ke beberapa ruangan rawat inap itu nanti pasti ada tanda panah yang menunjukkan arah evakuasi. Khususnya bangunan-bangunan yang agak sulit, terutama yang di lantai 2 itu mesti ada penunjuknya” (NC, 20 Januari 2015)

“belum, belum jelas” (GN, 20 Januari 2015)

(2) Evakuasi Eksternal

Evakuasi eksternal dilakukan ketika terjadi bencana di luar rumah sakit misalnya ada kecelakaan masal, banjir, longsor tsunami dan lain-lain. Proses evakuasi eksternal yaitu dengan mengirim tim ke tempat kejadian bencana dan memberikan pertolongan pertama kepada korban bencana dan selanjutnya memindahkan korban ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang lebih intensif. Hal ini diperkuat dengan pernyataan informan sebagai berikut:

“kalau bencana di luar rumah sakit, kita mengirim tim IGD ke tempat kejadian untuk melihat kondisi bencana dan memberikan pertolongan pertama di tempat kejadian, setelah itu memindahkan korban ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan lanjutan ” (HD, 23 Januari 2015)

“untuk bencana yang terjadi di luar rumah sakit, ya kita kirim tim untuk pertolongan pertama pada korban, selanjutnya korban dibawa ke rumah sakit” (JL, 23 Januari 2015)

Setelah evakuasi dilakukan, perlu adanya tempat berkumpul aman (*assembly point*). Tempat berkumpul aman merupakan tempat yang cukup luas untuk menampung korban bencana dan melakukan perawatan untuk korban bencana. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti, di Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada tempat berkumpul aman setelah evakuasi (*assembly point*) yaitu di halaman depan rumah sakit dan di halaman belakang di depan poli rawat jalan, tetapi masih belum ada tandanya. Tempat berkumpul aman di Rumah Sakit Daerah Balung sudah luas dan tidak terhalang oleh apapun dan bisa menampung pekerja dan pasien di Rumah Sakit Daerah Balung. Hal ini juga diperkuat dengan hasil wawancara mendalam yang dilakukan terhadap informan utama dan tambahan tentang tempat berkumpul aman (*assembly point*), maka didapatkan hasil dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

“ada di luar rumah sakit depan gedung” (HD, 23 Januari 2015)

“sebetulnya pos sentral arah evakuasi itu satu yang saya bilang, yang pertama di halaman depan, kemudian di belakang arah paviliun, itu arah berkumpul kalau ada kebakaran” (ER, 21 Januari 2015)

“ada di halaman depan, terus di halaman belakang kan juga luas” (JL, 23 Januari 2015)

“pokoknya arah evakuasi itu kita arahkan ke depan mbak” (NS, 23 Januari 2015)

“sudah ada, ya di halaman depan itu sudah. Halaman kita kan sudah luas jadi cukup untuk menampung pasien” (EN, 2 Februari 2015)

“sudah ditentukan cuma tidak ada tandanya. Ditentukan di halaman depan dari rumah sakit di depannya IGD itu dimana disitu ada area yang cukup leluasa untuk orang bisa berkumpul disitu, tapi tidak juga mengganggu jalur transportasi kendaraan, ...” (NC, 20 Januari 2015)

b) Transportasi

Transportasi diperlukan dalam situasi darurat terutama untuk membawa korban bencana dari tempat kejadian bencana ke tempat yang aman atau ke rumah sakit. Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti menyebutkan bahwa Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada transportasi untuk kejadian bencana, baik untuk evakuasi pasien ataupun untuk mobilisasi tim. Di Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada ambulan 118 yang menggunakan bus mini sehingga peralatan untuk perawatan bisa masuk sehingga bisa digunakan untuk perawatan di tempat kejadian. Ada juga 3 ambulan yang bisa digunakan untuk mobilisasi tim dan juga pengiriman pasien ke rumah sakit dari tempat kejadian bencana. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil wawancara dengan informan utama sebagai berikut:

“alat transportasi sudah. Alat-alat evakuasi itu di ambulan sudah disediakan” (HD, 23 Januari 2015)

“sudah ada, pakai ambulan 118” (ER, 21 Januari 2015)

“alat transportasi sudah, kita sudah punya ambulance 118 itu bisa untuk tindakan dan ada lagi 3 ambulance untuk transportasi” (JL, 23 Januari 2015)

“kalau ambulance 118 itu belum operasional, tapi kita punya 3 ambulance biasanya yang berangkat 2, satu berangkat kalau ada pasien dia kembali lalu ambulance satunya berangkat, jadi gantian.” (NS, 23 Januari 2015)

“sudah ada. Ada ambulance 118 itu untuk tindakan dan kita punya 3 ambulance untuk transportasi. Ambulance 118 itu kita buat besar, kita kan pakai bus mini, supaya peralatannya masuk. Ambulance 118 itu bisa menampung 7 orang, dokter jantung pun bisa masuk” (EN, 2 Februari 2015)

3) Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja disini yang dimaksud adalah alur mekanisme aktivasi tim penyiagaan bencana baik untuk *internal disaster* maupun *eksternal disaster*.

1) *Internal Disaster*

Mekanisme kerja tim penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung ketika ada bencana *internal* rumah sakit yaitu Kepala Ruangan IGD kalau terjadi pagi dan Kepala Tim kalau terjadi malam, lapor ke Direktur dan Kabid Pelayanan. Kabid Pelayanan nanti yang mengkoordinasi baik tenaga maupun obat. Mekanisme aktivasi tim penyiagaan bencana saat bencana terjadi di dalam rumah sakit (*internal disaster*) dapat dilihat dari hasil kutipan hasil wawancara dengan informan utama sebagai berikut:

“... kalau di dalam ya tetap IGD, kalau di dalam KLB melebihi kuota memang IGD lapor, sebagai Katimnya disini kalau sore malem, minta bantuan di ruangan lain...” (HD, 23 Januari 2015)

2) *Eksternal Disaster*

Mekanisme aktivasi tim penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung saat bencana terjadi di luar rumah sakit (*eksternal disaster*) yaitu menunggu permintaan bantuan dari Dinas Kesehatan, nanti Dinas Kesehatan

via telepon dan surat resmi mengirimkan jadwal pengiriman bantuan tenaga ke Rumah Sakit Daerah Balung. Lalu, kalau ada permintaan bantuan kesehatan tersebut, nanti Direktur melalui Kabid Pelayanan akan membuat surat tertulis untuk memberangkatkan tim ke tempat kejadian bencana. Seperti yang diungkapkan oleh beberapa informan sebagai berikut:

“prosedurnya ya dari undangan dari Dinas Kesehatan, kita kan SKPD, dibawahnya dinas kesehatan, kalau sana *nggak* minta berarti sana masih belum siaga, masih waspada atau siaganya masih belum siaga 2, jadi masih mampu. Kita menunggu instruksi dari sana. Baru setelah ada surat tertulis direktur melalui Kabid pelayanan menunjuk tim kita disini berangkat” (HD, 23 Januari 2015)

“... karena ini masalah bencana masih kita koordinator kepala rumah sakit, karena kepala rumah sakit yang berwenang di rumah sakit ibaratnya yang menugaskan tim-tim 118 yang dimana nanti tetep koordinatornya dengan BPBD, karena butuh koordinator berarti kita harus punya surat tugas berangkat...tetap ada surat tugas dari Direktur kita ke tempat kejadian...” (ER, 21 Januari 2015)

“prosedurnya ya pokoknya dari Dinas Kesehatan dimintai bantuan ya kita siap, kita kan dibawah Dinas Kesehatan, jadi *nunggu* instruksi dari sana. Baru kalau ada permintaan bantuan, Direktur menginstruksikan pengiriman tim melalui Kabid pelayanan menunjuk tim IGD yang berangkat.” (JL, 23 Januari 2015)

“kalau mekanismenya kita kan satu manajemen di IGD ya, jadi kita sudah langsung menghubungi timnya,...biasanya kalau mendadak kan harus yang pagi yang berangkat, nah itu ada yang pagi itu sementara kita berangkatkan langsung IGD sudah. Untuk hari berikutnya kita jadwal...” (NS, 23 Januari 2015)

“Dari Kepala Rumah Sakit yakni Direktur ke koordinator bencana. Untuk sementara ini di Rumah Sakit Balung komandonya berasal dari manajemen/struktural, kita bekerjanya masih sesuai dengan tupoksi manajemen. Kalau pagi ya komandonya dari manajemen, sedangkan kalau sore atau malam komandonya langsung dari IGD.” (EN, 2 Februari 2015)

4) Tata Kerja Operasional saat Rumah Sakit Lumpuh Total

Tata kerja operasional saat rumah sakit lumpuh total adalah perencanaan yang dibuat Rumah Sakit Daerah Balung ketika rumah sakit tidak dapat digunakan untuk perawatan medis. Rumah Sakit Daerah Balung membuat perencanaan bagaimana sebisa mungkin mencegah agar rumah sakit tidak lumpuh total yaitu dengan cara memperhatikan struktur bangunan, dengan membangun bangunan yang tahan gempa dan menyiapkan obat-obatan serta sumber daya manusianya. Apabila rumah sakit lumpuh total, maka akan dilakukan alih rawat ke rumah sakit terdekat. Jadi prosedurnya yaitu ketika terjadi lumpuh total, kepala ruangan lapor ke Kabid Pelayanan dan Direktur, jadi Kabid Pelayanan dan Direktur tahu tentang ketersediaan tenaga, obat dan situasi bencananya. Lalu Direktur lapor ke Dinas, nanti Dinas menghubungi puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk membantu evakuasi korban atau pasien dan kemudian membentuk rumah sakit lapangan. Hal ini dapat dibuktikan dengan kutipan hasil wawancara yang dilakukan dengan informan utama tentang tata kerja operasional saat rumah sakit lumpuh total berikut ini:

“... kita sudah merencanakan ketika ada bencana, ada yang libur kita hubungi, apotek harus sudah sedia obat-obatnya, begitu ada kejadian kan hirarkinya direktur lalu kabid pelayanan, *nah* kabid pelayanan dapat laporan ada bencana korban 100 orang maka harus berpikir,... kabid sudah *ngoordinir* ambulans, telpon farmasi, telpon ini, supaya tidak terjadi lumpuh total,... ” (HD, 23 Januari 2015)

“...kalau kemudian setelah pasca kejadian tersebut lumpuh total, nah itu biasanya kita alih rawat, jadi kita seumpama rumah sakit ini lumpuh total, nggak bisa dipakai untuk rawat inap dan lain-lain masalah perawatan dan lain-lain paling kita alih rawat,...” (ER, 21 Januari 2015)

“nah itu kita sudah merencanakan bagaimana agar rumah sakit itu tidak lumpuh total, jadi semua harus sudah disiapkan mulai obat lalu SDMnya, nanti kalau kurang minta bantuan dari ruangan rawat inap, sehingga tidak terjadi lumpuh total.” (JL, 23 Januari 2015)

“ya kita membuat bangunan yang tahan gempa, jadi sebisa mungkin ketika terjadi bencana rumah sakit itu tidak lumpuh total” (EN, 2 Februari 2015)

5) Tata Kerja Operasional saat Rumah Sakit Menerima Korban Masal

Pada situasi bencana, rumah sakit akan menjadi tujuan akhir dalam menangani korban sehingga rumah sakit harus melakukan persiapan yang cukup. Ketika rumah sakit menerima korban masal, diharapkan rumah sakit tetap bisa berfungsi terhadap pasien yang sudah ada sebelumnya. Di Rumah Sakit Daerah Balung tidak ada ruangan khusus yang disediakan untuk mengantisipasi korban masal, tapi ruangan IGDnya sudah di desain luas sehingga mampu untuk menampung korban masal. Hal ini didukung dengan hasil observasi yang menunjukkan bahwa ruangan IGD Rumah Sakit Daerah Balung cukup luas dan mampu menampung untuk korban masal serta hasil wawancara mendalam yang dilakukan terhadap informan utama tentang perencanaan yang dibuat saat rumah sakit menerima korban masal, maka didapatkan hasil dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

“kalau masal *sih nggak* ada ruang khusus tapi kita sudah mendesain di IGD ruang tunggu kan sudah lebar, ruangan itu sudah kita desain, kalau dalam sudah *full* depan, yang belum kita punyai adalah *bedcover*” (HD, 23 Januari 2015)

“...kalau untuk ruangan IGD sendiri sudah luas ada ruang observasi, ruang resosasi, sebelah sana ada ruang kosong yang *nggak* pernah dipakai yang memang disediakan untuk kejadian seperti itu...” (ER, 21 Januari 2015)

“*nggak* ada ruang khusus, tapi di IGD kan ruangnya sudah besar mbak, kalau *nggak* cukup di dalam, diluar ditempatnya ruang tunggu itu kan masih bisa digunakan.” (JL, 23 Januari 2015)

“*nggak* ada. Jadi nantinya selama ini kan yang pernah terjadi kecelakaan masal itu yang ada di Jambiarum, di Jambiarum kecelakaan masal ini datang kesini kalau *nggak* salah 8 orang, itu kita tangani lalu kita kirim ke ruangan bedah gitu saja...” (NS, 23 Januari 2015)

“ya di IGD. Ruangan IGD kan sudah luas jadi sudah cukup untuk menangani korban masal” (EN, 2 Februari 2015)

d. Tahap Konsolidasi

Konsolidasi adalah perbuatan memperteguh atau memperkuat anggota tim agar selalu siap untuk menghadapi bencana. Menurut hasil wawancara didapatkan informasi bahwa tahap konsolidasi di Rumah Sakit Daerah Balung dilakukan dengan cara evaluasi yang dilakukan setelah bencana terjadi atau setelah pengiriman tim ke tempat bencana dilakukan evaluasi kinerja tim. Kalau bencana di rumah sakit akan dilakukan evaluasi kinerja tim untuk tim bencana, kalau bencana di luar rumah sakit biasanya ada evaluasi dari pihak Kabupaten. Hal ini dapat dibuktikan dengan kutipan hasil wawancara dengan informan utama sebagai berikut:

“iya, evaluasi yang kemarin waktu anak SD diare sama bencana longsor, sama keracunan tutul itu kita evaluasi. Evaluasi kinerja, oh ternyata kurang ini - kurang ini. Ada evaluasi terutama di ruang IGD tok, kalau yang diatasnya saya tidak tahu,...” (HD, 23 Januari 2015)

“ya itu sudah pasti ada, karena kemarin kita ikut pelatihan itu ada yang namanya evaluasi per tim,...” (ER, 21 Januari 2015)

“ya kita lakukan evaluasi namanya evaluasi kinerja tim. Jadi kita lihat mana yang kurang gitu” (JL, 23 Januari 2015)

“tidak. Kita hanya laporan saja ke bagian kantor bahwa kita sudah selesai melaksanakan tugas...” (NS, 23 Januari 2015)

“ya tergantung bencananya. Kalau bencananya diluar daerah Balung dalam artian di bawah komando kabupaten ya sana yang melakukan evaluasi.” (EN, 2 Februari 2015)

4. Pembiayaan

Dalam pedoman penyiagaan bencana bagi rumah sakit disebutkan bahwa perencanaan pembiayaan bencana meliputi perencanaan pembiayaan pra bencana, saat bencana dan paska bencana. Perencanaan pembiayaan untuk kejadian bencana di Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada, dana tersebut berasal dari pemerintah Kabupaten. Tetapi, perencanaan tersebut masih belum dibagi-bagi ke

pembiayaan pra bencana, saat bencana dan paska bencana. Hal ini didukung hasil wawancara mendalam yang dilakukan terhadap informan utama tentang perencanaan pembiayaan untuk keadaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung, didapatkan hasil dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

“itu ranahnya struktural, nanti kabid pelayanan. Kayaknya ada, kalau saya *ndak* mikir karena saya di pelayanan melayani pasien,...” (HD, 23 Januari 2015)

“...sana nanti kan ada dana cadangan untuk bencana pasti ada nah itu manajemen yang ada. Soalnya kita hanya kebutuhan obatnya segini, itu juga kita ngajukan kalau ada bencana, karena kalau kita *reng-reng* sekarang, kan tergantung korban. Biasanya kita terjun dulu lalu kita totalan belakang. Jadi *nggak* bisa kira-kira di depan itu *nggak* bisa, rugi nanti” (ER, 21 Januari 2015)

“sudah ada. Dananya itu sudah ada, kalau di rumah sakit misalnya obat, kita belanjanya itu per bulan tidak stok per tahun” (EN, 2 Februari 2015)

“dari kabupaten” (EN, 2 Februari 2015)

“ya pokoknya Pemda selalu menyediakan dana untuk kejadian bencana di daerahnya” (EN, 2 Februari 2015)

5. Koordinasi, Diseminasi dan Sosialisasi

a. Koordinasi

Dalam penyiagaan bencana perlu untuk melakukan koordinasi yang dilakukan antar unit kerja didalam unit rumah sakit dan antar instansi di luar rumah sakit. Hasil penelitian menyebutkan bahwa Rumah Sakit Daerah Balung sudah melakukan koordinasi dengan instansi luar rumah sakit yaitu dengan Dinas Kesehatan dan BPBD. Hal ini dapat dibuktikan dengan kutipan hasil wawancara sebagai berikut:

“kalau kejadian itu sudah ada. Yang jelas kita ya dengan Dinas Kesehatan sebagai SKPD, kita kan anaknya sana. Karena dia yang membayai, menyediakan SDM, penyediaan obat” (HD, 23 Januari 2015)

“yang pertama pastinya koordinasi dengan BPBD, nanti melalui Direktur rumah sakit itu biasanya berkoordinasi dengan Bupati,...” (ER, 21 Januari 2015)

“karena kita SKPD jadi sudah jelas kita koordinasinya dengan Dinas Kesehatan” (JL, 23 Januari 2015)

“dengan Dinas Kesehatan” (EN, 2 Februari 2015)

b. Diseminasi

Diseminasi adalah suatu kegiatan yang ditujukan kepada kelompok target atau individu agar mereka memperoleh informasi, timbul kesadaran menerima dan akhirnya memanfaatkan informasi tersebut. Diseminasi tentang perencanaan penyiagaan bencana masih kurang dilakukan oleh tim penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung. Diseminasi pernah dilakukan sekali yaitu ketika *workshop* K3RS dengan adanya tindak lanjut pembuatan pemetaan risiko pada tiap-tiap ruangan di Rumah Sakit Daerah Balung. Hal ini dapat dibuktikan dengan kutipan hasil wawancara sebagai berikut:

“belum dilakukan masih sosialisasi saja” (HD, 23 Januari 2015)

“yang kemarin itu kita sudah mengadakan *workshop* K3RS dengan masing-masing ruangan, lalu tiap-tiap ruangan membuat pemetaan risiko yang ada di rumah sakit sesuai dengan ruangan masing-masing” (EN, 2 Februari 2015)

c. Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses belajar yang dilakukan anggota tim penyiagaan bencana dan karyawan rumah sakit untuk mengenal perencanaan penyiagaan bencana yang dibuat dengan tujuan untuk meningkatkan kewaspadaan dan kesiapan menghadapi bencana jika sewaktu-waktu terjadi. *Hospital disaster plan* di Rumah Sakit Daerah Balung masih kurang disosialisasikan kepada anggota tim, karyawan, pasien ataupun pengunjung rumah sakit. *Hospital disaster plan* sudah sosialisasikan ke karyawan rumah sakit, tapi sosialisasi itu hanya satu kali

waktu pembentukan saja. Di rumah sakit juga ada tim 118 yang difokuskan untuk kegiatan pra rumah sakit, tim 118 ini sudah disosialisasikan ke puskesmas-puskesmas dan masyarakat. Hal ini dapat dibuktikan dengan hasil wawancara mendalam yang dilakukan terhadap informan utama dan tambahan tentang sosialisasi yang dilakukan tim peyiagaan bencana baik kepada anggota tim maupun kepada karyawan rumah sakit, maka didapatkan hasil dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

“sosialisasi peyiagaan itu hanya 1 kali tahun 2010 saat pembentukan itu *tok*” (HD, 23 Januari 2015)

“ya tentang kalau ada alur bencana masal di IGD. Nanti ruangan harus bantu. Untuk arah evakuasinya ke lapangan di depan rumah sakit. Itu *tok* sosialisasinya” (HD, 23 Januari 2015)

“sebetulnya ini kan program baru, kita masih mau *launching* itu kan nunggu SK dari Bupati, nanti kan yang *launching* juga Bupati, tapi nanti itu Tim 118 itu pasti dilakukan sosialisasi disemua kalangan baik puskesmas maupun masyarakat. Kita juga sudah pasang di web...” (ER, 21 Januari 2015)

“hanya satu kali waktu pembentukan itu saja.” (JL, 23 Januari 2015)

“waktu itu tentang alur bencana, nanti kalau di IGD ada korban masal *nah* dari ruangan harus bantu. Terus juga dijelaskan tentang arah evakuasinya itu diarahkan ke depan” (NS, 23 Januari 2015)

“...kalau masyarakat mas Hadi sudah sosialisasi ke masyarakat. Jadi dia, masyarakat sudah dilatih cara penanganan pasien-pasien yang ada di jalan kecelakaan masal, caranya *nggotong*,...” (NS, 23 Januari 2015)

4.3 Pembahasan

Menurut Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, Perencanaan Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung, meliputi :

1. Organisasi

Manajemen bencana harus dijalankan dan diorganisir dengan baik. Tanpa pengorganisasian yang baik dan rapi, penanganan bencana akan kacau dan lamban sehingga tidak efektif. Oleh karena itu, salah satu elemen penting dalam sistem manajemen bencana adalah penetapan organisasi dan tanggung jawab yang jelas (Ramli, 2010). Organisasi yang dibentuk dalam manajemen bencana harus disesuaikan dengan organisasi rumah sakit yang ada. Penyusunan perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit umumnya dimulai dengan dibentuknya tim penyusun perencanaan penyiagaan bencana, dan akan bisa memberikan hasil yang maksimal bila didasari atas komitmen dan konsistensi dari manajemen rumah sakit (Wartatmo, 2010). Konsistensi diperlukan mengingat penanggulangan bencana termasuk penyusunan perencanaan penyiagaan bencana, merupakan proses yang kontinyu sehingga diperlukan usaha untuk mempertahankan kinerja tim dan hal tersebut bisa diwujudkan dengan membentuk tim penyiagaan bencana serta tugas dan fungsinya. Perencanaan penyiagaan bencana dari segi organisasi meliputi :

a. Tim Penyusun Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit Daerah Balung

Dalam perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit perlu membentuk tim penyusun untuk membuat perencanaan penyiagaan bencana bagi Rumah Sakit Daerah Balung. Perencanaan penyiagaan bencana seharusnya merupakan hasil dari suatu proses kerja yang didasari atas ancaman bencana di daerah tersebut (*hazard mapping*) dan pengalaman masa lalu tentang bencana yang pernah terjadi. Dengan adanya perencanaan penyiagaan bencana yang dibuat sesuai dengan risiko bencana yang terjadi di sekitar daerah Balung maka diharapkan agar rumah sakit tetap bisa berfungsi untuk melayani korban bencana tanpa meninggalkan pasien yang sudah ada sebelumnya. Tim penyusun perencanaan penyiagaan bencana idealnya anggotanya merupakan gabungan dari unsur pimpinan (minimal kepala bidang/instalasi), unsur pelayanan gawat darurat (kepala IGD), unsur rumah tangga, unsur paramedik dan unsur lain yang diperlukan. Anggota tim sebaiknya

sudah memiliki dasar-dasar mengenai *hospital preparedness*, dan bekerja berdasar suatu *guide line* yang standar, serta diberikan target waktu (Wartatmo, 2010). Di Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada tim penyusun perencanaan penyiagaan bencana. Tetapi, meskipun ada tim penyusun perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung, tim ini masih kurang sempurna. Hal tersebut dapat dibuktikan dengan kutipan hasil wawancara dengan informan utama berikut ini :

“sudah ada. Sudah dibentuk dari dulu mbak, untuk akreditasi rumah sakit” (JL, 23 Januari 2015)

“sudah ada tapi belum sempurna. Saat ini kan kita masih proses untuk penyiagaan bencana ini yang benar seperti apa” (EN, 2 Februari 2015)

Tim penyusun perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung dikatakan belum sempurna karena tim ini masih belum menyusun perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung sesuai dengan karakteristik bencana yang ada di sekitar Rumah Sakit Daerah Balung dan di sekitar daerah Balung. Hal ini tidak sesuai dengan Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, seharusnya tugas Tim Penyusun antara lain menyusun pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit, mengkoordinir penyusunan petunjuk operasional setiap unit kerja, merencanakan dan menyelenggarakan pelatihan dan simulasi penanganan bencana serta merencanakan anggaran. Jadi, tugas tim penyusun perencanaan penyiagaan bencana tidak hanya berhenti pada pembuatan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit saja, tetapi tim penyusun juga harus merencanakan pelatihan berkala untuk anggota tim penyiagaan bencana dan karyawan rumah sakit agar dapat menjalankan perencanaan penyiagaan yang telah dibuat.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa tim penyusun pedoman perencanaan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada, tapi masih sebatas pembentukan saja, dan masih belum melaksanakan tugasnya secara optimal. Hal ini dapat dibuktikan dengan masih tidak adanya

pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi Rumah Sakit Daerah Balung sesuai dengan risiko bencana yang terjadi di daerah Balung.

b. Tim Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung

Tim penyiagaan bencana adalah tim yang dibentuk untuk penanggulangan bencana. Penanggulangan bencana disini tidak hanya bersifat reaktif atau baru bertindak saat terjadi bencana, tetapi penanggulangan bencana juga bersifat antisipatif antara lain melakukan pengkajian dan tindakan pencegahan untuk meminimalisir kemungkinan terjadinya bencana. Sebuah rumah sakit dituntut untuk memiliki tim penyiagaan bencana, karena rumah sakit merupakan ujung tombak pelayanan medik disaat bencana. Ketika terjadi bencana, rumah sakit harus lebih cepat dan tepat dalam menangani korban. Rumah sakit yang tidak memiliki tim penyiagaan bencana maka ketika bencana terjadi kekacauan akan sulit untuk ditangani. Hal ini dapat mengakibatkan tingginya mortalitas dan morbiditas, serta penggunaan sumber daya yang tidak efisien. Menurut Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, Tim Penyiagaan Bencana terdiri dari ketua dan tim pelaksana. Ketua dijabat oleh pimpinan rumah sakit, dibantu oleh staf yang terdiri dari penasihat medik (Ketua Komite Medik / Direktur Pelayanan / Wadir Pelayanan Medik) humas, penghubung dan keamanan. Tim pelaksana disesuaikan dengan struktur organisasi rumah sakit, meliputi operasional, logistik, perencanaan dan keuangan. Jadi dalam pelaksanaan penanganan bencana diperlukan dukungan pelayanan medis (*medical support*) maupun dukungan manajerial (*management support*) yang memadai.

Berdasarkan Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, organisasi Tim Penanganan Bencana Rumah Sakit disesuaikan dengan organisasi rumah sakit yang sudah ada. Hasil penelitian menyebutkan bahwa Tim Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada, tetapi tim ini belum berjalan sesuai dengan yang diharapkan dan dibentuk hanya untuk memenuhi kebutuhan akreditasi pada saat itu. Hal tersebut dapat dibuktikan

dengan kutipan hasil wawancara dengan informan utama dan informan tambahan berikut ini :

“sudah ada tapi ya itu tadi masih belum sempurna” (EN, 2 Februari 2015)

“tim siaga bencana setahu saya ada, yang sudah di SK kan oleh Direktur yang terdahulu. Sehingga, tim itu ada tinggal *actionnya* yang menunggu kejadian. Apalagi kalau rumah sakitnya untuk akreditasi harus salah satu syaratnya harus ada tim itu” (NC, 20 Januari 2015)

Tim Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung belum berjalan sesuai dengan yang diharapkan karena sejak dibentuk tahun 2010 tim ini hanya satu kali melakukan sosialisasi tentang arah evakuasi setelah itu belum melakukan mitigasi atau kegiatan lagi. Tim Penyiagaan Bencana seharusnya jangan hanya dibentuk untuk syarat akreditasi rumah sakit saja, melainkan harus ditindaklanjuti dengan berbagai pelatihan agar tercapai kesiapan rumah sakit dalam menghadapi bencana. Pedoman perencanaan penyiagaan yang dibuat oleh tim penyusun seharusnya dilakukan pelatihan pada tim penyiagaan bencana dan pada staf atau karyawan rumah sakit agar mereka terbiasa dengan rencana yang dibuat hingga perencanaan tersebut bisa diterapkan. Misalnya dalam satu tahun tidak terjadi bencana, maka perlu dilakukan mitigasi yaitu dengan mengumpulkan anggota tim untuk mengingatkan kembali tugas pokok dan fungsinya dan kemungkinan ada anggota yang mengundurkan diri dari rumah sakit atau ada yang naik jabatan, maka perlu penyesuaian struktur organisasi lagi. Selama ini di Rumah Sakit Daerah Balung belum ada upaya untuk meningkatkan kesiapan tim penyiagaan bencana, hal ini disebabkan oleh belum adanya rencana yang dibuat dari pihak struktural untuk melakukan pelatihan atau sosialisasi baik kepada tim maupun kepada seluruh karyawan, pasien dan pengunjung rumah sakit. Hal tersebut dapat dibuktikan dengan kutipan hasil wawancara dengan informan utama berikut ini :

“...masalah aktifnya, karena kasus bencana *nggak* ada selama tahun 2010 sampai sekarang...” (HD, 23 Januari 2015)

“...karena *nggak* ada mitigasi lagi pada saat itu dikumpulkan dibagi tupoksi dan setelah 2010 tidak ada mitigasi atau kegiatan...” (JL, 23 Januari 2015)

Di Rumah Sakit Daerah Balung juga dibentuk tim 118. Tim 118 merupakan bagian dari tim penyiagaan bencana yang difokuskan untuk penanganan pra rumah sakit. Tim ini bertugas untuk memberikan pertolongan medis pertama pada korban sebelum korban mendapatkan pertolongan lanjutan di rumah sakit. Ketika terjadi bencana, tim 118 juga diberangkatkan, namun tim ini hanya melakukan tindakan medis pada korban bencana dan tidak melakukan proses evakuasi di lapangan. Jadi, tim 118 hanya fokus pada pertolongan medis pertama untuk korban bencana. Diharapkan dengan adanya tim 118 ini akan mengurangi angka mortalitas dan morbiditas.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa tim penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung sudah dibentuk. Tim ini dibentuk tahun 2010, tetapi tim ini hanya dibentuk untuk memenuhi persyaratan administratif dari penilaian akreditasi di rumah sakit, belum dirasakan manfaatnya bagi penanganan yang sebenarnya. Tim penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung masih belum berjalan optimal dikarenakan belum ada perencanaan yang baik dari pihak struktural tentang perencanaan penyiagaan bencana yang meliputi kegiatan pelatihan untuk tim penyiagaan bencana, sosialisasi dan pelatihan untuk seluruh karyawan, pasien dan pengunjung rumah sakit. Selama ini juga belum ada upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kesiapan tim penyiagaan bencana.

c. Struktur Organisasi Tim Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung

Struktur organisasi tim penyiagaan bencana sebaiknya disesuaikan dengan struktur organisasi yang sudah ada di rumah sakit, karena perubahan yang terlalu besar akan berpotensi gagal (Wartatmo, 2010). Struktur organisasi ini merupakan organisasi standar dan dapat diperluas berdasarkan kebutuhan sesuai dengan tingkat bencana. Pengorganisasian merupakan proses penyusunan pembagian kerja kedalam unit-unit kerja dan fungsi-fungsinya beserta penetapannya dengan

cara yang tepat mengenai orang-orangnya (*staffing*) yang harus menduduki fungsi-fungsi itu berikut penentuannya dengan tepat tentang hubungan wewenang dan tanggung jawabnya (Pedoman Koordinasi Penanggulangan Bencana di Lapangan, 2002).

Hasil penelitian menyebutkan bahwa untuk struktur organisasi tim penyiagaan bencana sudah dibuat tahun 2010 untuk syarat akreditasi. Sedangkan untuk tim 118 sudah ada struktur organisasinya dan baru disahkan oleh Direktur Rumah Sakit Daerah Balung. Hal ini sudah sesuai dengan pedoman penyiagaan bencana bagi rumah sakit. Akan tetapi, meskipun struktur organisasi tim penyiagaan bencana sudah dibentuk, masih kurang disosialisasikan kepada anggota tim secara berkala sehingga ada anggota tim penyiagaan bencana yang lupa kalau mereka adalah anggota tim penyiagaan bencana. Struktur organisasi juga perlu diperbarui secara berkala karena ada kemungkinan ada anggota yang mengundurkan diri atau naik jabatan. Dengan adanya struktur organisasi tersebut diharapkan koordinasi saat terjadi bencana lebih terstruktur dan tidak terjadi kekacauan, maka ketika struktur organisasi tersebut sudah dibentuk, perlu adanya tindak lanjut berupa pelatihan dan sosialisasi agar semua anggota dan karyawan rumah sakit mengetahui alur bencana dan perencanaan penyiagaan bencana di rumah sakit.

d. Tugas dan Fungsi Masing-Masing Tim Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung

Dalam manajemen bencana perlu untuk membagi tugas dan fungsi masing-masing anggota tim penyiagaan bencana dengan jelas. Pengaturan fungsi dan peran sangat penting dilakukan dalam mengembangkan suatu manajemen bencana. Benturan di lapangan pada dasarnya terjadi karena pengaturan tugas dan peran ini tidak jelas dan bertabrakan (Ramli, 2010).

Hasil penelitian menyebutkan bahwa di Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada tugas pokok dan fungsi untuk tim penyiagaan bencana, akan tetapi tugas

pokok dan fungsi tersebut masih kurang disosialisasikan dan dilakukan pelatihan, sehingga ada anggota tim masih belum jelas tugas pokok dan fungsinya. Selama ini di Rumah Sakit Daerah Balung bekerja secara struktural, jadi tugas pokok dan fungsinya berdasarkan tugas pokok dan fungsi manajemennya. Hal ini dikarenakan sejak tim penyiagaan bencana dibentuk, tim ini tidak melakukan kegiatan atau mitigasi lagi, seharusnya walaupun tidak terjadi bencana, anggota tim tetap harus melakukan mitigasi berkala untuk mengingatkan kembali tugas dan fungsi masing-masing anggota tim penyiagaan bencana. Hal ini tidak sesuai dengan pedoman perencanaan bencana bagi rumah sakit, karena di pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit struktur organisasi harus diikuti dengan uraian tugas dan fungsi yang jelas. Untuk Tim Penyiagaan Bencana Rumah Sakit harus jelas tugas dan fungsinya sebagai tim penyiagaan bencana, dan perlu dilakukan pelatihan ataupun simulasi bencana agar tim penyiagaan bencana semakin jelas tugas dan fungsinya. Apabila tim penyiagaan bencana tidak jelas tentang tugas dan fungsinya maka tim ini tidak akan dapat bekerja secara optimal untuk melakukan mitigasi bencana, apalagi untuk melakukan penanganan saat bencana terjadi. Ketika terjadi bencana, selalu akan terjadi keadaan yang kacau, yang bisa mengganggu proses penanganan pasien, dan mengakibatkan hasil yang tidak optimal. Dengan pembagian tugas dan fungsi yang baik kekacauan memang akan tetap terjadi, tetapi diusahakan agar waktunya sesingkat mungkin sehingga pelayanan tetap dilakukan sesuai standar yang ditetapkan, sehingga mortalitas dan morbiditas dapat ditekan seminimal mungkin.

2. Komunikasi

Berdasarkan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit, dalam keadaan bencana diperlukan sistem komunikasi terpadu yang terdiri dari komunikasi penyampaian informasi yaitu sistem penyampaian informasi kejadian pertama kepada komandan atau ketua bencana, komunikasi koordinasi yaitu sistem komunikasi menggunakan jejaring yang disepakati untuk koordinasi antar

unit rumah sakit dan antar instansi, komunikasi pengendalian yaitu sistem komunikasi pengendalian kegiatan operasional di lapangan. Salah satu kunci keberhasilan penanggulangan bencana adalah pengelolaan informasi dan komunikasi yang mudah dijangkau termasuk ketersediaan data terkini yang cepat, tepat dan akurat. Hal ini dibutuhkan oleh semua pemangku kepentingan (*stakeholder*) yang terkait untuk menetapkan keputusan dan langkah-langkah dalam penanggulangan bencana baik dalam situasi sedang tidak terjadi bencana (pra bencana), tanggap darurat (saat bencana), maupun paska bencana (Pedoman Pos Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana). Informasi penanganan bencana harus dilakukan dengan cepat, tepat, akurat dan sesuai dengan kebutuhan. Pada tahap pra, saat dan paska bencana pelaporan informasi masalah kesehatan akibat bencana dimulai dari tahap pengumpulan sampai penyajian informasi dilakukan untuk mengoptimalkan upaya penanggulangan krisis akibat bencana.

Informasi yang dibutuhkan pada awal terjadinya bencana disampaikan segera setelah kejadian awal diketahui dan dikonfirmasi kebenarannya, meliputi jenis bencana dan waktu kejadian bencana, lokasi bencana, serta jumlah korban. Setelah informasi kejadian awal diterima, maka diperlukan informasi penilaian kebutuhan cepat yang dilakukan oleh Tim RHA yaitu meliputi tingkat keseriusan bencana, dampak yang ditimbulkan oleh bencana tersebut, jumlah korban, serta bantuan kesehatan yang diperlukan. Sumber informasinya bisa berasal dari karyawan rumah sakit, masyarakat, Dinas Kesehatan atau sarana pelayanan kesehatan lainnya. Informasi dapat disampaikan menggunakan telepon, faksimil, telepon seluler, internet, radio komunikasi, dan telepon satelit.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan informasi bahwa sistem komunikasi di Rumah Sakit Balung belum berjalan dengan baik. Di Rumah Sakit Daerah Balung masih belum ada komunikasi koordinasi antar unit rumah sakit mengenai penyiagaan bencana. Selama ini komunikasi antar unit rumah sakit hanya tentang pelayanan administrasi kejadian sehari-hari saja, masih belum ada komunikasi

koordinasi tentang penyiagaan bencana. Rumah Sakit Daerah Balung juga masih kurang dalam melakukan koordinasi antar instansi misalnya dengan puskesmas atau dengan rumah sakit yang lain. Hal ini dikarenakan kurangnya alat komunikasi yang dimiliki. Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa Rumah Sakit Daerah Balung hanya memiliki alat komunikasi berupa telepon. Dulu Rumah Sakit Daerah Balung mempunyai HT untuk komunikasi dengan puskesmas di sekitar Balung. Dengan adanya HT anggota tim penyiagaan bencana dapat melakukan komunikasi dengan puskesmas-puskesmas di sekitar daerah Balung tanpa menggunakan pulsa, jadi komunikasinya bisa lebih intensif. Namun sekarang HTnya sudah hilang sehingga komunikasi hanya dengan menggunakan telepon yang menyebabkan komunikasi kurang intensif dilakukan.

Di Rumah Sakit Daerah Balung kalau bencana terjadi di internal rumah sakit sistem komunikasi yang dipakai adalah melalui telepon, sedangkan kalau bencana terjadi di luar rumah sakit sistem komunikasi yang digunakan adalah melalui surat yang dikirim dari Dinas Kesehatan dan juga melalui telepon. Untuk komunikasi koordinasi antar unit rumah sakit, menggunakan telepon PABX yaitu sebuah sistem telepon yang digunakan untuk penyambungan telekomunikasi didalam internal sebuah perusahaan. Sedangkan untuk komunikasi pengendalian di lapangan menggunakan *handphone*. Namun masih terdapat kekurangan di sistem komunikasi di Rumah Sakit Daerah Balung, yaitu tidak ada alat komunikasi lain selain PABX dan *handphone*. Seharusnya ada alat komunikasi lain misalnya HT, untuk berjaga-jaga ketika terjadi bencana misalnya kabel telepon putus yang menyebabkan telepon mati atau tidak ada sinyal sehingga sulit untuk melakukan komunikasi dengan menggunakan *handphone*. Sehingga dengan adanya HT masih bisa melakukan komunikasi dengan tim dilapangan maupun antar ruangan di rumah sakit.

3. Pelaksanaan Operasional

a. Tahap Kesiagaan Awal

Tahap kesiagaan awal dimulai dengan melakukan mitigasi bencana. Mitigasi bencana merupakan kegiatan yang sangat penting dalam penanggulangan bencana, karena kegiatan ini merupakan kegiatan sebelum terjadi bencana yang dimaksudkan untuk mengantisipasi agar dampak yang ditimbulkan dapat dikurangi. Keberhasilan menangani suatu krisis pada masa bencana tergantung pada persiapan yang dilakukan pada masa pra bencana. Prosedur disiapkan berdasarkan ancaman yang potensial atau pernah terjadi (Wartatmo, 2010). Langkah lainnya yang perlu dipersiapkan sebelum bencana terjadi adalah sistem peringatan dini (*alarm system*). Langkah ini diperlukan untuk memberi peringatan kepada masyarakat tentang bencana yang terjadi sebelum kejadian seperti banjir, gempa bumi, tsunami, letusan gunung api, atau badai. Peringatan dini disampaikan dengan segera kepada semua pihak, khususnya mereka yang potensi terkena bencana akan kemungkinan datangnya suatu bencana di daerahnya masing-masing. Peringatan didasarkan berbagai informasi teknis dan ilmiah yang dimiliki, diolah atau diterima dari pihak berwenang mengenai kemungkinan akan datangnya suatu bencana (Ramli, 2010).

Menurut pedoman penyiagaan bencana bagi rumah sakit, tahap kesiagaan awal dimulai dengan adanya sistem peringatan dini (*alarm system*) sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mulai menyiagakan tim penanganan bencana rumah sakit. Hasil penelitian menyebutkan bahwa di Rumah Sakit Daerah Balung masih belum ada sistem peringatan dini (*alarm system*) untuk peringatan ketika terjadi bencana pertama kali. Hal ini tidak sesuai dengan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit, seharusnya di rumah sakit harus ada *alarm system* agar ketika bencana terjadi, karyawan, pasien serta pengunjung cepat tahu dan siap melakukan evakuasi.

b. Tahap Aksi Awal

Pada saat awal terjadi bencana perlu adanya mobilisasi SDM kesehatan yang tergabung dalam suatu Tim Penanggulangan Krisis yang meliputi Tim Gerak Cepat, Tim Penilaian Cepat Kesehatan (Tim RHA) dan Tim Bantuan Kesehatan. Tim Gerak Cepat adalah tim yang diharapkan dapat segera bergerak dalam waktu 0-24 jam setelah ada informasi kejadian bencana. Tim Penilaian Cepat Kesehatan (Tim RHA) adalah tim yang bisa diberangkatkan bersamaan dengan tim gerak cepat atau menyusul dalam waktu kurang dari 24 jam. Tim Bantuan Kesehatan adalah tim yang diberangkatkan berdasarkan kebutuhan setelah Tim Gerak Cepat dan Tim RHA kembali dengan laporan hasil kegiatan mereka di lapangan (Pedoman Manajemen SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana, 2006).

Berdasarkan Pedoman Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit, tahap aksi awal dilakukan dengan pengiriman tim Reaksi Cepat / Tim Aju/*Advance Tim* (untuk *eksternal disaster* berkoordinasi dengan tim reaksi cepat di tingkat daerah) dan melakukan mobilisasi dan aktivitas sumber daya (SDM dan fasilitas). Hasil penelitian menyebutkan bahwa di Rumah Sakit Daerah Balung belum ada tim Reaksi Cepat, Tim RHA dan Tim Bantuan Kesehatan. Selama ini, ketika terjadi bencana *external* rumah sakit, tim pertama yang datang adalah Tim Reaksi Cepat dari BPBD Jember dan juga ada Tim RHA dari BPBD yang mengidentifikasi besarnya bencana dan kebutuhan tenaga kesehatan maupun obat. Setelah itu, BPBD berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan, lalu Dinas Kesehatan yang memberikan perintah tertulis kepada rumah sakit maupun kepada puskesmas untuk permintaan bantuan sumber daya manusia, dan Dinas Kesehatan juga menyediakan obat serta alat – alat yang dibutuhkan.

Hal diatas tidak sesuai dengan pedoman penyiagaan bencana bagi rumah sakit, karena di rumah sakit seharusnya ada Tim Reaksi Cepat, Tim RHA dan Tim Bantuan Kesehatan. Apabila terjadi bencana di dalam rumah sakit, perlu Tim Reaksi Cepat dan Tim RHA yang bertugas untuk penilaian kesehatan cepat sesaat

setelah kejadian, melalui pengumpulan informasi cepat untuk mengukur besaran masalah sebagai dasar mengambil keputusan akan kebutuhan untuk tindakan penanggulangan segera, misalnya kebutuhan tim medis dan obat. Diharapkan dengan adanya Tim Reaksi Cepat, Tim RHA dan Tim Bantuan Kesehatan, ketika terjadi bencana koordinasinya lebih terstruktur sehingga tidak terjadi kekacauan atau lama situasi kekacauan bisa dipersingkat.

c. Tahap Operasional

1) Logistik

a) Obat

Penyediaan obat dalam situasi bencana merupakan salah satu unsur penunjang yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan pada saat bencana. Oleh karena itu diperlukan adanya persediaan obat atau perbekalan kesehatan sebagai penyangga bila terjadi bencana. Prinsip dasar dari pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan pada situasi bencana adalah harus cepat, tepat dan sesuai kebutuhan (Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana). Pengelolaan obat ditujukan untuk memenuhi kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan sesuai dengan persyaratan yang berlaku untuk mendukung pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan rujukan dan untuk memenuhi kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan dalam situasi darurat sesuai dengan kebutuhan. Berdasarkan pedoman teknis penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana, pengelolaan obat merupakan rangkaian kegiatan yang terpadu yang meliputi perencanaan kebutuhan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, penggunaan, pencatatan dan pelaporan serta penghapusan. Perencanaan kebutuhan obat berdasarkan perkiraan kejadian bencana yang sudah terjadi, diharapkan rumah sakit sudah memperkirakan jumlah dan jenis obat yang harus direncanakan. Untuk memenuhi kebutuhan internal rumah sakit, perlu diatur tata cara pengeluaran dan pendistribusian obat, dalam keadaan normal permintaan kebutuhan obat dari setiap bagian

rumah sakit akan diproses oleh farmasi untuk kemudian dilakukan verifikasi kebutuhan. Setiap permintaan yang tersedia akan segera dipenuhi, namun apabila jumlah yang diminta tidak mencukupi maka akan dicatat dan dilaporkan untuk kemudian segera ditulis dalam daftar perencanaan kebutuhan logistik. Dalam kondisi bencana perlu untuk melakukan penyesuaian sehingga proses pemenuhan kebutuhan obat menjadi lebih cepat, tepat, akurat dan efisien.

Dari hasil penelitian didapatkan informasi bahwa untuk obat, Rumah Sakit Daerah Balung sudah baik, karena Rumah Sakit Daerah Balung sudah siap sebelum bencana terjadi. Peneliti mengalami kesulitan dalam menilai ketersediaan obat, hal ini disebabkan karena belum ada standar baku yang mengatur penyediaan obat dalam keadaan bencana. Selama ini pembelanjaan obat di Rumah Sakit Daerah Balung itu dilakukan per bulan bukan stok per tahun. Untuk kejadian bencana di luar rumah sakit, obat-obatan sudah disediakan dari Dinas Kesehatan, jadi pihak Rumah Sakit Daerah Balung ketika dimintai bantuan kesehatan hanya membawa obat-obat *emergency* saja seperti betadine, obat nyeri, infuse, perban dan lain-lain untuk berjaga-jaga bila terjadi kekurangan. Sebaiknya Rumah Sakit Daerah Balung juga membuat perencanaan obat untuk kejadian bencana eksternal rumah sakit, misalnya ketika pembelanjaan obat dari Dinas Kesehatan juga dimasukkan tentang perencanaan obat untuk kejadian bencana, baik untuk bencana internal maupun eksternal rumah sakit. Jadi ketika bencana terjadi tidak perlu tergantung dari Dinas Kesehatan. Rumah Sakit Daerah Balung juga bisa memegang kendali pengelolaan obat untuk tim penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung.

b) Pos Penanganan Bencana

Dalam perencanaan penyiagaan bencana diperlukan perencanaan tentang pengadaan pos penanganan bencana. Pengadaan pos penanganan bencana diperlukan untuk mengelola maupun menampung beberapa kegiatan dalam

mendukung penanganan korban bencana sehingga penanganan dan pengelolaannya lebih terkoordinasi dan terarah. Misalnya pengadaan pos komando, pos pengolahan data, pos informasi, pos logistik dan donasi, serta pos penanganan jenazah. Pos komando merupakan pusat komunikasi atau koordinasi bagi penatalaksanaan di lapangan. Pos komando ini secara terus menerus akan melakukan penilaian ulang terhadap situasi yang dihadapi, identifikasi adanya kebutuhan untuk menambah atau mengurangi sumber daya di lokasi bencana. Pos pengolahan data berfungsi sebagai tempat penerimaan dan pengolahan data yang terkait dengan penanganan bencana. Pos informasi berfungsi sebagai tempat tersedianya informasi untuk data korban, data perencanaan kebutuhan obat, alat medis, non medis, dan barang habis pakai. Pos logistik berfungsi untuk mengelola penerimaan dan pendistribusian logistik saat terjadi bencana. Pos penanganan jenazah berfungsi untuk tempat penampungan korban meninggal serta tempat identifikasi jenazah.

Dari hasil penelitian menyebutkan bahwa di Rumah Sakit Daerah Balung masih belum disediakan pos penanganan bencana, pos bencana hanya satu yaitu IGD, jadi di IGD sudah disediakan semua mulai dari alat dan obat. Sebaiknya ditentukan masing-masing pos penanganan bencana agar ketika terjadi bencana tidak berkumpul pada satu ruangan saja. Ketika hanya ada satu posko saja maka pasien, keluarga korban, pers akan jadi satu di tempat tersebut. Maka hal itu dapat mengganggu perawatan korban bencana. Jadi perlu ditentukan pos-pos penanganan bencana, misalnya perlu ada pos untuk keluarga korban, pos informasi untuk pers dan lain-lain.

c) Daerah *Triage*

Pada tahap pencarian dan penyelamatan korban dilakukan *triage* atau mengkategorikan pasien menurut kebutuhan perawatan. *Triage* bertujuan untuk melakukan seleksi korban berdasarkan tingkat kegawatdaruratan untuk memberikan prioritas pertolongan. Berdasarkan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit, rumah sakit perlu menyediakan daerah

triage. Penentuan daerah *triage* didasarkan pada *urgency* (tingkat keparahan) serta kemungkinan hidup. Dalam *triage* digunakan kartu merah, kuning, hijau dan hitam sebagai kode identifikasi korban dengan uraian merah sebagai penanda korban yang membutuhkan stabilisasi segera, kuning sebagai penanda korban yang memerlukan pengawasan ketat, tetapi perawatan dapat ditunda sementara, hijau sebagai penanda kelompok korban yang tidak memerlukan pengobatan atau pemberian pengobatan dapat ditunda, serta hitam sebagai penanda korban yang telah meninggal dunia (Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana). Hasil penelitian menyebutkan bahwa untuk daerah *triage* di Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada di ruangan IGD dan sudah jelas pembagian serta sudah ada tandanya. Penyediaan daerah *triage* penting dilakukan karena merupakan upaya yang dilakukan dalam penanganan korban yaitu untuk menyelamatkan korban sebanyak-banyaknya sehingga angka morbiditas dan mortalitas rendah. Hal ini sudah sesuai dengan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit yang menyebutkan bahwa rumah sakit harus menyediakan daerah *triage*.

d) Sumber Daya Manusia

Penanganan bencana memerlukan sumberdaya manusia yang memadai baik dari segi jumlah maupun kompetensi dan kemampuannya. Banyak permasalahan yang timbul ketika bencana terjadi karena sumberdaya yang terlibat dalam penanggulangan kurang memadai atau tidak tahu tugas dan tanggungjawabnya. Oleh karena itu, sebelum menyusun sistem manajemen yang baik, terlebih dahulu harus diidentifikasi kebutuhan sumberdaya manusia yang diperlukan (Ramli, 2010). Untuk sumber daya manusia, di Rumah Sakit Balung sudah mencukupi, namun untuk anggota tim yang mendapatkan pelatihan tentang manajemen bencana masih 1 orang, dan yang mendapat pelatihan 118 itu masih hanya 5 orang, 4 orang perawat dan 1 dokter. Yang lainnya mendapatkan pelatihan seperti PPGD (Pertolongan

Pertama Gawat Darurat), EAST (*Emergency Ambulance Service Training*) dan BTCLS (*Basic Trauma Cardiac Life Support*).

Berdasarkan hasil penelitian melalui wawancara mendalam tentang rencana yang dilakukan ketika terjadi kekurangan sumber daya manusia saat terjadi bencana masal di IGD yaitu ketika ada kekurangan sumber daya manusia, maka bisa mengambil dari perawat di tiap ruangan rawat inap yang sekiranya pasiennya sedikit atau juga bisa menelpon perawat yang sedang bebas tugas untuk datang membantu ke rumah sakit. Sebaiknya personel untuk tim siaga bencana ditambah untuk perawat dan dokter jaga IGD agar tidak perlu mengganggu kegiatan perawatan di ruangan lainnya. Untuk tim penyiagaan bencana seharusnya sudah mendapatkan pelatihan tentang manajemen bencana, jadi mereka bisa menyusun perencanaan apa saja yang harus disiapkan untuk menangani bencana yang akan terjadi atau mengurangi risiko terjadinya bencana.

2) Evakuasi dan Transportasi

a) Evakuasi

Salah satu hal yang umum dari sarana perlindungan adalah evakuasi. Menjaga keselamatan dan kesehatan setiap orang merupakan prioritas utama (FEMA 141, 1993). Evakuasi adalah memindahkan korban dari tempat berbahaya ke tempat yang aman. Untuk evakuasi *internal* rumah sakit, berdasarkan FEMA 141 tahun 1993, untuk perencanaan evakuasi perlu menentukan rute evakuasi primer dan sekunder, memiliki tanda yang jelas dan penerangan yang cukup, memastikan bahwa rute evakuasi cukup luas dan tidak terhalang sama sekali. Hasil penelitian melalui wawancara mendalam dan observasi dapat diketahui bahwa rute evakuasi di Rumah Sakit Daerah Balung sudah baik, dan juga sudah tersedia rute evakuasi alternatif tetapi masih belum ada tanda untuk menunjukkan arah evakuasi. Tata letak bangunan Rumah Sakit Daerah Balung yang luas dan hanya beberapa yang

tingkat mempermudah untuk evakuasi, jadi pasien, pengunjung ataupun karyawan tinggal keluar gedung untuk evakuasi. Sedangkan untuk gedung yang bertingkat jalur evakuasinya masih kurang baik, karena masih belum adanya tanda arah evakuasi serta tangga untuk jalur evakuasi licin yang dikhawatirkan dapat menyebabkan cedera ketika proses evakuasi. Untuk jalur evakuasi di ruang rawat inap sudah cukup baik, jalannya cukup lebar dan tidak terhalang oleh barang-barang. Sedangkan untuk jalur evakuasi di gedung kantor jalur evakuasinya hanya ada satu dan itu masih sempit dan sulit aksesnya.

Berdasarkan FEMA 141 tahun 1993, setelah evakuasi juga diperlukan tempat berkumpul aman (*assembly point*) yaitu area dimana harus berkumpul setelah evakuasi. Hasil penelitian melalui wawancara mendalam dan observasi dapat diketahui bahwa di Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada tempat berkumpul aman yaitu di depan halaman rumah sakit dan di halaman depan dekat poli rawat jalan. Tapi, tempat berkumpul aman belum ditandai, sebaiknya diberi tanda yang jelas sehingga ketika terjadi bencana pasien ataupun karyawan rumah sakit sudah tahu kemana harus pergi menyelamatkan diri. Rumah Sakit Daerah Balung perlu menyusun perencanaan evakuasi yang tepat, yaitu dengan membuat tanda arah evakuasi yang benar dan membentuk tim yang membantu jalannya evakuasi serta mensosialisasikan kepada pasien atau karyawan rumah sakit sehingga mereka ketika terjadi bencana sudah tahu kemana harus menyelamatkan diri.

Untuk evakuasi *external* rumah sakit, tergantung dari bencana yang terjadi, misalnya untuk bencana alam ketika bencana terjadi, tetap koordinasi dengan BPBD dan Dinas Kesehatan, lalu melakukan pengiriman tim ke posko bencana, lalu ada tim yang diterjunkan langsung ke tempat kejadian untuk melakukan evakuasi korban dari tempat bencana ke posko bencana, dan apabila korban membutuhkan perawatan yang lebih intensif bisa dirujuk ke rumah sakit terdekat. Contoh lain misalnya ketika terjadi kecelakaan dengan

korban masal, maka rumah sakit mengirimkan tim 118. Tim 118 ditugaskan untuk memberikan pertolongan pertama pada korban bencana di tempat kejadian, hal ini juga ditunjang dengan adanya ambulance 118 yang dilengkapi dengan peralatan yang memadai untuk melakukan perawatan di tempat kejadian dan selanjutnya korban dievakuasi ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang lebih intensif.

b) Transportasi

Berdasarkan *National Disaster Management Guidelines* tahun 2013 disebutkan transportasi diperlukan dalam situasi darurat terutama untuk membawa pasien dari situs korban masal ke rumah sakit. Transportasi juga diperlukan untuk mentransfer pasien ke rumah sakit lain jika fasilitas di rumah sakit yang dimaksud tidak dapat melakukan fungsinya karena kerusakan intern. Pada setiap ambulan minimal terdiri dari 2 orang paramedik dan satu pengemudi (bila memungkinkan ada 1 dokter) (Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Kedaruratan Kompleks, 2001). Hasil penelitian melalui wawancara mendalam menyebutkan bahwa di Rumah Sakit Daerah Balung tersedia 1 ambulan 118, dan 3 ambulan kecil. Ambulan 118 di desain besar, agar peralatan bisa masuk dan mampu menampung hingga 7 orang, sehingga ambulan 118 ini bisa digunakan untuk tindakan di tempat kejadian. untuk 3 ambulan kecil bisa digunakan untuk mobilisasi tim dan pengiriman pasien dari tempat kejadian ke rumah sakit.

3) Mekanisme Kerja

Yang dimaksud mekanisme kerja tim penyiagaan bencana adalah alur mekanisme aktifasi tim penyiagaan bencana. Berdasarkan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit, ketika bencana terjadi informasi kejadian pertama dilaporkan kepada komandan bencana, lalu komandan bencana mengirimkan tim untuk melakukan penilaian tempat kejadian. Hal ini untuk menentukan apakah perlu untuk mengaktifkan sistem

penanggulangan bencana atau tidak. Berdasarkan hasil penelitian melalui wawancara mendalam mekanisme kerja di Rumah Sakit Daerah Balung sudah sesuai dengan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit, yaitu untuk bencana *internal* rumah sakit, ketika terjadi bencana kepala ruangan lapor kepada Direktur dan Kabid Pelayanan, lalu Kabid Pelayanan memberikan instruksi pada unit yang lain seperti farmasi, penyediaan SDM cadangan, dan lain-lain untuk siaga untuk penanggulangan bencana.

Sedangkan untuk bencana *external* rumah sakit, menunggu permintaan bantuan tenaga kesehatan dari Dinas Kesehatan. Prosedurnya Dinas Kesehatan secara tertulis meminta bantuan tenaga medis pada rumah sakit, kemudian Direktur mengeluarkan surat tugas pemberangkatan tim, melalui kabid pelayanan memberikan instruksi untuk memberangkatkan tim siaga bencana di IGD. Namun, kenyataan dilapangan ketika terjadi bencana Dinas Kesehatan memberitahukan informasi melalui telepon terlebih dahulu bahwa perlu permintaan bantuan tenaga kesehatan, dan biasanya Direktur langsung memerintahkan untuk tim berangkat ke tempat kejadian lalu surat tugasnya menyusul.

4) Tata Kerja Operasional saat Rumah Sakit Lumpuh Total

Tata kerja operasional saat rumah sakit lumpuh total adalah perencanaan yang dibuat rumah sakit ketika rumah sakit tersebut tidak dapat digunakan untuk perawatan medis. Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada perencanaan saat rumah sakit mengalami lumpuh total yaitu dengan merencanakan bagaimana agar rumah sakit tersebut tidak lumpuh total, yaitu dengan cara memperhatikan struktur bangunan dengan membangun bangunan yang tahan gempa dan menyiapkan obat-obatan serta sumber daya manusianya. Ketika rumah sakit lumpuh total maka akan dilakukan alih rawat ke rumah sakit lain. Ketika terjadi bencana, kepala ruangan lapor kepada kabid pelayanan lalu kabid pelayanan lapor ke Direktur

dan Direktur menginformasikan kepada Dinas Kesehatan. Nanti Dinas Kesehatan yang menginstruksikan untuk pembuatan rumah sakit lapangan.

5) Tata Kerja Operasional saat Rumah Sakit Menerima Korban Masal

Bencana yang terjadi di luar rumah sakit (*eksternal disaster*) dan korbannya akan dikirim ke rumah sakit. Misalnya bencana alam, akan timbul masalah yang kompleks, karena pada saat korban memerlukan bencana membutuhkan penanganan medis di rumah sakit, pada saat bersamaan rumah sakit pun mengalami kerusakan fisik. Bila pada kejadian sehari-hari unit pelayanan gawat darurat (IGD) sudah mengalami kesulitan tempat untuk menerima pasien gawat darurat, maka perlu pemikiran bila terjadi korban masal tidak akan mungkin bisa menerima korban banyak. Pada saat ini diperlukan perluasan area kerja, diperlukan perubahan fungsi ruangan yang tersedia untuk penampungan korban yang banyak. Bagaimana perencanaan rumah sakit untuk mengantisipasi kebutuhan ruangan untuk penanganan korban cedera. Selain kebutuhan perluasan area kerja diperlukan juga penambahan fasilitas berupa tempat tidur/brankar, penambahan fasilitas penunjang terutama berhubungan dengan ketersediaan sumber listrik, air bersih dan oksigen. Selain kebutuhan area kerja, untuk petugas medis diperlukan kebijakan penambahan jumlah SDM dan pengadaan alat habis pakai dan obat. Untuk rumah sakit kelas C, barangkali jawabannya akan segera merujuk ke rumah sakit yang lebih besar, untuk merujuk akan diperlukan sarana transportasi yang sesuai, siapa yang harus menyiapkan sarana transportasi rujukan. Untuk rumah sakit pusat rujukan akan memerlukan kebijakan berbeda pada saat korban tidak mungkin dirujuk ke rumah sakit lain (Murni, 2014).

Berdasarkan pedoman teknis penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana disebutkan harus diusahakan untuk menyediakan tempat di rumah sakit untuk menampung korban bencana masal yang akan dibawa ke rumah

sakit tersebut. Untuk menampung korban, koordinator penanggulangan bencana di rumah sakit, harus segera memindahkan para penderita rawat inap yang kondisinya telah memungkinkan untuk dipindahkan. Daya tampung rumah sakit tidak hanya ditetapkan berdasarkan jumlah tempat tidur yang tersedia, tetapi juga berdasarkan kapasitasnya untuk merawat korban. Tata kerja operasional saat rumah sakit menerima korban masal sudah baik. Hasil penelitian menyebutkan bahwa Rumah Sakit Balung sudah melakukan antisipasi jika rumah sakit menerima korban masal yaitu Rumah Sakit Daerah Balung sudah menyediakan ruang yang luas di IGD. Namun yang masih kurang adalah kurangnya tempat tidur dan personel. Ketika terjadi kekurangan sudah ada perencanaan untuk mengantisipasi yaitu ketika terjadi kekurangan tempat tidur, pinjam dari ruangan rawat inap. Demikian juga untuk SDMnya, ketika di IGD SDMnya kurang, maka meminta bantuan dari perawat yang ada di rawat inap dan bisa juga menelpon perawat yang bebas tugas dan rumahnya dekat dengan rumah sakit untuk membantu. Sebaiknya dibuat juga perencanaan untuk menambah tempat tidur dan personel untuk mengantisipasi terjadinya penerimaan korban masal di IGD.

d. Tahap Konsolidasi

Konsolidasi adalah perbuatan memperteguh atau memperkuat. Dari hasil penelitian didapatkan informasi bahwa untuk tahap konsolidasi sudah baik, yaitu setelah kejadian bencana pasti dilakukan evaluasi tim dan pelaporan kegiatan ke kabid Pelayanan. Berdasarkan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit tahap konsolidasi terdiri dari melaksanakan *debriefing*, menyusun laporan pelaksanaan, melakukan evaluasi dan penyiagaan kembali. Dengan adanya konsolidasi tim penyiagaan bencana bisa mengetahui apa yang harus diperbaiki maupun yang harus ditambah untuk penyiagaan bencana selanjutnya.

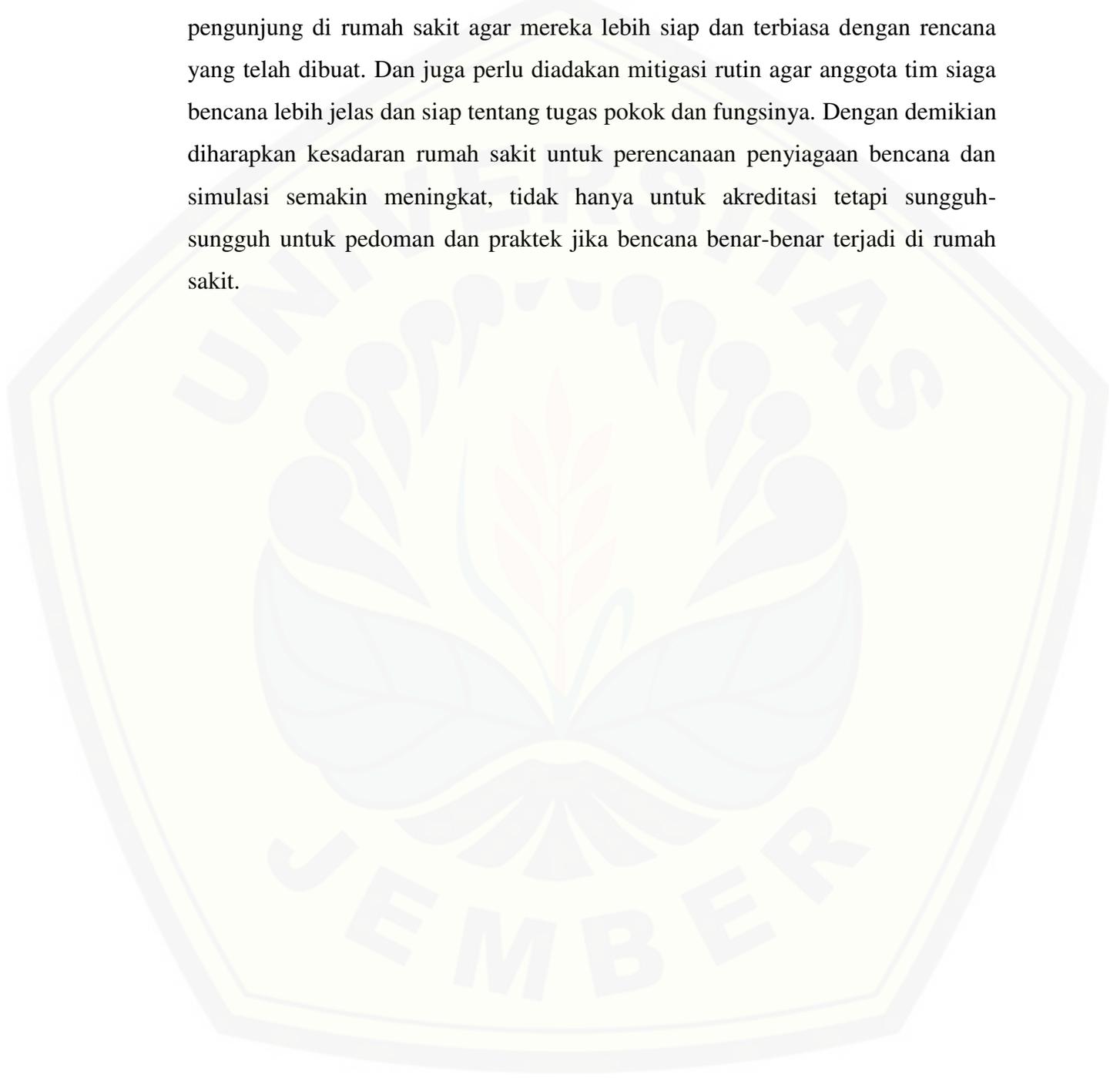
4. Pembiayaan

Menurut Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit penyusunan anggaran itu untuk penanganan pra bencana, saat bencana dan paska bencana. Penyusunan pembiayaan pra bencana yaitu pada saat belum terjadi bencana diperlukan anggaran untuk penyiapan fasilitas rumah sakit, penyusunan prosedur penanganan, sosialisasi program dan koordinasi antara instansi, melakukan pelatihan dan simulasi secara periodik. Perencanaan pembiayaan pada saat bencana yaitu diperlukan anggaran untuk pengiriman tim, transportasi, komunikasi, logistik, konsumsi, bahan medis habis pakai serta obat-obatan dan biaya perawatan korban bencana. Perencanaan pembiayaan paska bencana diperlukan anggaran untuk pembuatan laporan dan pendataan (dokumentasi, biaya penggantian peralatan yang rusak atau hilang). Menurut hasil penelitian disebutkan bahwa di Rumah Sakit Daerah Balung perencanaannya masih belum dibagi-bagi untuk pra bencana, saat bencana dan paska bencana, hanya ada dana untuk bencana. Dana tersebut berasal dari Pemerintah Daerah jadi yang mengatur dari Pemerintah Daerah. Sebaiknya dibuat penyusunan anggaran untuk penanganan pra bencana, saat bencana dan paska bencana.

5. Koordinasi, Diseminasi dan Sosialisasi

Berdasarkan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit perlu dilakukan koordinasi dengan antar unit kerja didalam rumah sakit dan antar instansi rumah sakit, serta melakukan diseminasi dan sosialisasi pada karyawan rumah sakit dan pasien. Hasil penelitian menyebutkan bahwa untuk koordinasi pihak Rumah Sakit Daerah Balung sudah berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan. Untuk sosialisasi dan diseminasi masih kurang, diseminasi hanya dilakukan satu kali ketika *workshop* tentang K3RS, lalu ditindaklanjuti dengan pembuatan pemetaan risiko tiap-tiap ruangan. Untuk sosialisasinya sendiri dilakukan juga satu kali ketika pembentukan tahun 2010 dan itu hanya tentang alur kalau terjadi bencana masal di IGD, dari ruang rawat inap harus membantu kalau ada

kekurangan personel dan arah evakuasi diarahkan ke halaman depan rumah sakit. Seharusnya sosialisasi bisa dilakukan rutin kepada karyawan dan pasien serta pengunjung di rumah sakit agar mereka lebih siap dan terbiasa dengan rencana yang telah dibuat. Dan juga perlu diadakan mitigasi rutin agar anggota tim siaga bencana lebih jelas dan siap tentang tugas pokok dan fungsinya. Dengan demikian diharapkan kesadaran rumah sakit untuk perencanaan penyiagaan bencana dan simulasi semakin meningkat, tidak hanya untuk akreditasi tetapi sungguh-sungguh untuk pedoman dan praktek jika bencana benar-benar terjadi di rumah sakit.



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan dari penelitian perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Identifikasi risiko bencana di Rumah Sakit Daerah Balung antara lain kebakaran, kebocoran gas, banjir, gempa bumi, dan angin puyuh.
- b. Perencanaan organisasi Rumah Sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana sudah ada. Rumah Sakit Daerah Balung sudah membentuk tim penyusun pedoman penyiagaan bencana bagi rumah sakit, tim penyiagaan bencana di rumah sakit dan sudah ada struktur organisasi serta tugas pokok dan fungsinya. Tim Penyusun pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit dan Tim Penyiagaan Bencana sudah dibentuk tahun 2010 untuk syarat akreditasi, namun sejak pembentukan belum ada mitigasi atau kegiatan yang dilakukan sehingga tugas pokok dan fungsi masing-masing anggota tim penyiagaan bencana sebagian anggota sudah ada yang lupa.
- c. Perencanaan komunikasi Rumah Sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana sudah baik karena sudah sesuai dengan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit, yaitu dengan adanya sistem komunikasi penyampaian informasi, komunikasi koordinasi dan komunikasi pengendalian. Alat yang digunakan untuk komunikasi di Rumah Sakit Daerah Balung menggunakan telepon PABX dan *handphone*. Namun masih terdapat kekurangan di sistem komunikasi di Rumah Sakit Daerah Balung, yaitu tidak ada alat komunikasi lain selain PABX dan *handphone*. Seharusnya ada alat komunikasi lain misalnya HT, untuk berjaga-jaga ketika terjadi bencana misalnya kabel telepon putus yang menyebabkan telepon mati atau tidak ada sinyal sehingga sulit untuk melakukan

komunikasi dengan menggunakan *handphone*. Sehingga dengan adanya HT masih bisa melakukan komunikasi dengan tim dilapangan maupun antar ruangan di rumah sakit.

- d. Perencanaan pelaksanaan operasional Rumah Sakit Daerah Balung masih kurang baik karena di Rumah Sakit Daerah Balung masih belum ada pos bencana, *alarm system*, Tim Reaksi Cepat, Tim RHA dan Tim Bantuan Kesehatan. Saat bencana terjadi di luar rumah sakit, obat dan peralatan sudah disediakan oleh Dinas Kesehatan, untuk SDM juga masih kurang pelatihan mengenai manajemen bencana. Untuk jalur evakuasi saat terjadi bencana belum ada tanda arah evakuasi dan sudah ada tempat berkumpul aman setelah evakuasi. Untuk transportasi saat terjadi bencana, rumah sakit Daerah Balung menggunakan ambulance 118 yang bisa digunakan untuk melakukan tindakan medis di tempat kejadian, dan 3 ambulance kecil yang digunakan untuk transportasi serta evakuasi korban.
- e. Perencanaan pembiayaan Rumah sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana belum sesuai dengan pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit. Di Rumah Sakit Daerah Balung belum membuat perencanaan pembiayaan pra bencana, saat bencana dan paska bencana.
- f. Koordinasi, diseminasi dan sosialisasi Rumah Sakit Daerah Balung dalam penyiagaan bencana sudah dilakukan tapi masih kurang. Koordinasi sudah dilakukan dengan Dinas Kesehatan. Diseminasi sudah dilakukan yaitu dengan adanya *workshop* yang diikuti oleh kepala ruangan dan disertai dengan pemetaan risiko di tiap ruangan. Sosialisasi juga sudah dilakukan tapi masih hanya 1 kali ketika pembentukan tim penyiagaan bencana.

5.2 Saran

- a. Untuk perencanaan organisasi, Rumah Sakit Daerah Balung disarankan untuk memperbarui anggota tim penyiagaan bencana dan membentuk tim penyusun pedoman perencanaan penyiagaan bencana bagi rumah sakit, dan selanjutnya tim penyusun membuat perencanaan penyiagaan bencana bagi Rumah Sakit Daerah Balung yang disesuaikan dengan karakteristik bencana di daerah Balung dan sekitarnya.
- b. Untuk alat komunikasi sebaiknya jangan hanya menggunakan telepon, sebaiknya juga disediakan HT agar komunikasi ketika di lapangan lebih mudah dan cepat.
- c. Untuk perencanaan pelaksana operasional, Rumah Sakit Daerah Balung disarankan untuk memasang *alarm system* di tiap ruangan agar ketika bencana terjadi semua pihak dapat segera mengetahui dan bisa menyelamatkan diri; membuat perencanaan obat untuk kejadian bencana, sehingga ketika terjadi bencana, rumah sakit tidak terlalu bergantung pada Dinas Kesehatan dan rumah sakit bisa mengelola obatnya sendiri; membuat pos-pos bencana yang disesuaikan dengan Rumah Sakit Daerah Balung sehingga tidak semua kegiatan penyiagaan bencana berkumpul di IGD, karena hal ini bisa mengganggu kegiatan perawatan korban; untuk memudahkan proses evakuasi, Rumah Sakit Daerah Balung diharapkan membuat denah evakuasi dan arah tanda evakuasi yang tidak mudah rusak.
- d. Membuat perencanaan pembiayaan khusus bencana yaitu perencanaan pembiayaan pra bencana, saat bencana dan paska bencana.
- e. Rumah Sakit Daerah Balung perlu melakukan pelatihan tentang manajemen bencana untuk anggota tim penyiagaan bencana dan anggota tim penyiagaan bencana perlu melakukan mitigasi atau pelatihan berkala minimal satu tahun sekali tentang perencanaan penyiagaan yang telah dibuat untuk meningkatkan kesiapan tim dalam menangani bencana. Perencanaan penyiagaan bencana yang telah dibuat juga sebaiknya disosialisasikan kepada seluruh karyawan, pasien, pengunjung dan masyarakat di sekitar Rumah Sakit Daerah Balung, serta

dilakukan pelatihan proses evakuasi untuk karyawan, pasien, serta pengunjung rumah sakit minimal satu tahun sekali, agar ketika bencana benar-benar terjadi, semua pihak bisa lebih siap.



DAFTAR PUSTAKA

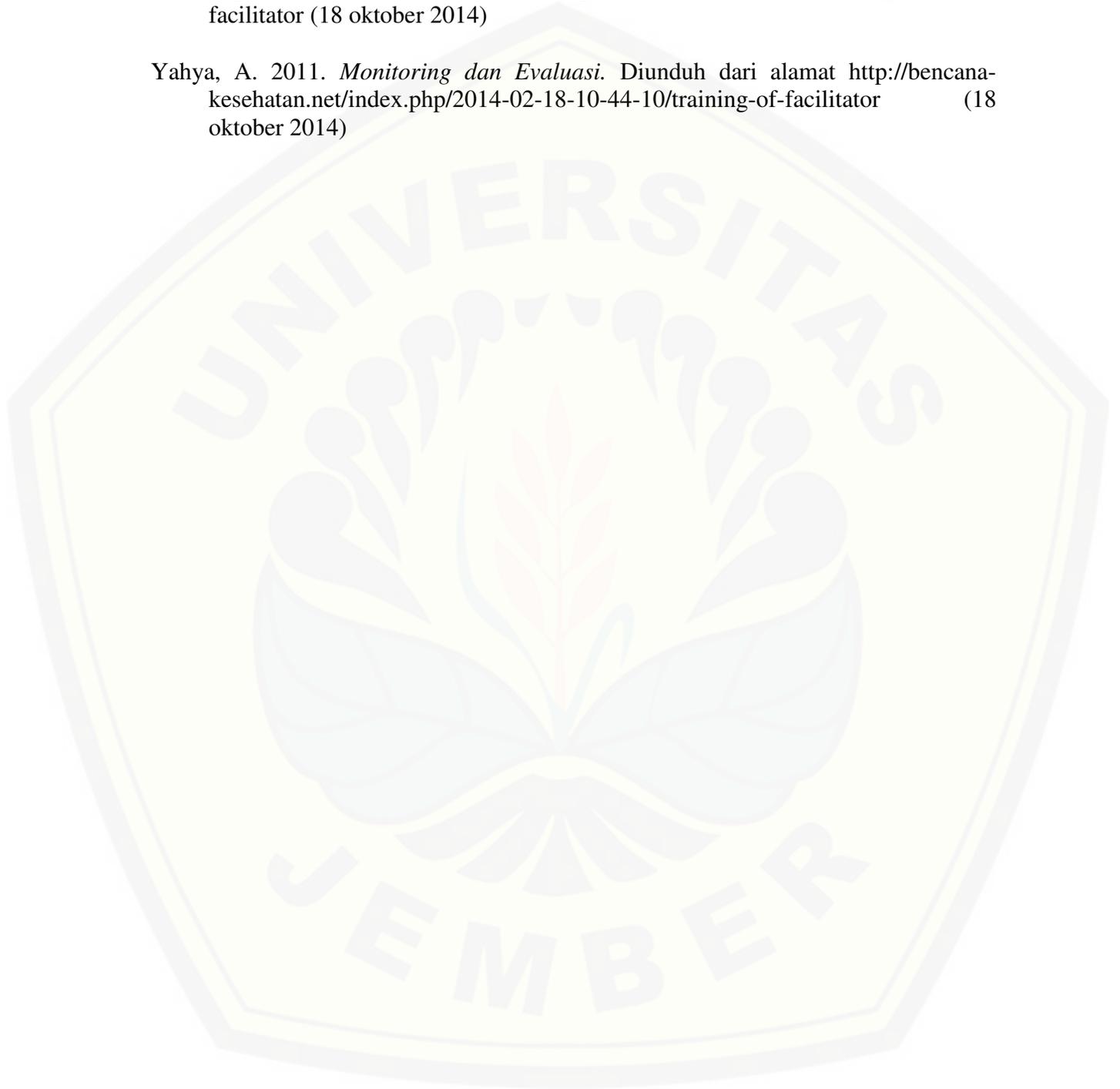
- Anonim, 2010. *Wajah Sistem Kesehatan Nasional*. [serial online]. <http://sistemuntukitasemua/2010/11/rumah-sakit-pun-punya-rencana-saat.html?m=1> (18 Oktober 2014)
- Anonim, 2014. *Jalan Raya Balung-Wuluhan Banjir*. [serial online]. <http://news.memotimuronline.com/?p=1242> (26 Februari 2015)
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Bina Aksara
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten Jember. 2013 *Peta Rawan Bencana Kabupaten Jember*. Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten Jember
- Bungin, 2001. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta : Penerbit Kencana
- Danu, S. S. 2011. *Logistik*. Diunduh dari alamat <http://bencana-kesehatan.net/index.php/17-hospital-disaster-plan/training-rsud-sidoarjo/141-in-house-training-hari-ke-empat> (18 Oktober 2014)
- Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, 2009. *Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Donna, B. 2011. *Hospital Disaster Plan*. [serial online]. <http://bencana-kesehatan.net/index.php/17-hospital-disaster-plan/training-rsud-sidoarjo/360-hospital-disaster-plan-hari-ketiga>. (4 November 2014)
- Federal Emergency Management Agency / FEMA 141. 1993. *Emergency Management Guide for Business and Industry*. FEMA Publication
- Hamidi.2005. *Metode Penelitian Kualitatif*. Malang: UMM Press
- Hendrianto, 2012. *Pemanfaatan Media Tradisional dalam Membangun kesiapsiagaan Masyarakat Menghadapi Bencana*. Diunduh dari alamat. <http://madina.co.id/index.php/opini/4721-pemanfaatan-media-tradisional-alam-membangunkesiapsiagaan-masyarakat-menghadapi-bencana.html>. (30 September 2014)

- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 066/MENKES/SK/II/2006 tentang Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana
- Muhammad, A. N. 2007. *Analisis Kebijakan Tata Ruang Kawasan Bencana Kecamatan Panti Kabupaten Jember Kaitannya dengan Konsep Tata Ruang Tanggap Bencana*. UNEJ : tidak diterbitkan
- Mulyono. 2008. *Manajemen Administrasi dan Organisasi Pendidikan*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Murni, T, W. *Peran Tenaga Teknis Perumahsakitin Dibidang Manajemen Fasilitas dan Keselamatan dalam Penanggulangan Kegawat Daruratan dan Bencana di Rumah Sakit*. Diunduh dari alamat http://hpeq.dikti.go.id/streaming/files/Semilokarsp_20Mrt2014_Materi. (18 Oktober 2014)
- Moleong, L. J. 2009. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- National Disaster Management Guidelines Authority, 2013. *Hospital safety*. National Disaster Management Guidelines
- National Fire Protection Association / NFPA 1600. 2007. *Standard on Disaster/Emergency Management and Business Continuity Programs*. 1 Batterymarch Park, Quincy, Massachuestts.
- Nazir, M. 2003. *Metode Penelitian*. Bogor : Ghalia Indonesia.
- Notoatmojo, S. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan* . Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurjanah et al. 2013. *Manajemen Bencana*. Bandung:Alfabeta
- Pedoman Koordinasi Penanggulangan Bencana di Lapangan. 2002. Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan
- Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Kedaruratan Kompleks. 2001. Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan
- Pedoman Pengelolaan Rumah Sakit Lapangan Untuk Bencana. 2008. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta

- Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana, Edisi Revisi. 2011. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta
- Pokja IGD dan Yanmed RSD Dr. Soebandi Jember.2010. *Pedoman Penanganan Bencana Rumah Sakt (Hostal Disaster Plan) RSD Dr. Soeband Jember.*
- Putra, Y, M. 2014. *Banjir Landa Sejumlah Desa di Tujuh Kecamatan di Jember.* [serial online]. <http://m.republika.co.id/berita/nasional/daerah/14/12/29/nhchg/2-banjir-landa-sejumlah-des-a-di-tujuh-kecamatan-di-jember> (26 Februari 2015)
- Ramli, S. 2010. *Pedoman Praktis Manajemen Bencana (Disaster manajemen).* Jakarta : Dian Rakyat
- Ristrini et al, 2011. *Analisis Implementasi Kebijakan Kesiapsiagaan Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan di Provinsi Sumatera Barat.* Diunduh dari alamat. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/download/2982/2215>. (18 Oktober 2014)
- Siswanto. 2012. *Pengantar Manajemen.* Jakarta: PT Bumi Aksara
- Solicha, Z. 2013. *BPBD Jember Pantau Lima Titik Rawan Bencana.* [serial online]. <http://www.antarajatim.com/lihat/berita/104119/bpbd-jember-pantau-lima-titik-rawan-bencana> (30 September 2014)
- Sugiyono. 2010. *Metode penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D.* Bandung: Alfabeta
- Sukarna. 2011. *Dasar-Dasar Manajemen.* Bandung : CV. Mandar Maju.
- Tim Penyusun Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana RSUP Dr. M. Djamil Padang. 2010. *Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3BRS).*[serial online]. <http://www.angelfire.com/nc/neurosurgery/Hosdipapl.html#jenis>. (4 November 2014)
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
- Wartatmo, H. 2011. *Prinsip Hospital Disaster Plan.* Diunduh dari alamat <http://bencana-kesehatan.net/index.php/16-hospital-disaster-plan/pelatihan-hdp/330-hari-ke-1-selasa-5-juli-2011> (18 oktober 2014)

Willy. 2010. Dasar-dasar logistic pada hospital disaster plan. Diunduh dari alamat <http://bencana-kesehatan.net/index.php/2014-02-18-10-44-10/training-of-facilitator> (18 oktober 2014)

Yahya, A. 2011. *Monitoring dan Evaluasi*. Diunduh dari alamat <http://bencana-kesehatan.net/index.php/2014-02-18-10-44-10/training-of-facilitator> (18 oktober 2014)



LAMPIRAN A



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

LEMBARAN PERSETUJUAN RESPONDEN

(Inform Consent)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subyek dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Elista Retno Anjarsari

NIM : 072110101053

Judul : Analisis Perencanaan Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah
Balung

Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan risiko atau dampak apapun terhadap saya atau profesi saya serta kedinasan. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal-hal yang belum jelas dan telah diberikan jawaban dengan jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember,.....2015

Informan

(.....)

LAMPIRAN B



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

**PANDUAN WAWANCARA (*INTERVIEW GUIDE*) UNTUK INFORMAN
KUNCI**

A. Organisasi

1. Apakah Rumah Sakit Daerah Balung sudah membentuk Tim Penyusun Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit? Kalau sudah ada siapa saja?
2. Apakah Rumah Sakit Daerah Balung sudah membentuk Tim Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit? Kalau sudah ada siapa saja?
3. Apakah sudah ada struktur organisasi dari Tim Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit Balung?

B. Komunikasi

1. Apakah di Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada sistem komunikasi yang digunakan untuk berkoordinasi saat terjadi bencana? Kalau ada alat komunikasi apa yang digunakan?

C. Pembiayaan

1. Apakah Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada perencanaan tentang anggaran yang digunakan untuk Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit?

2. Kalau sudah ada dana itu berasal dari mana?
3. Apakah dana tersebut sudah mencukupi untuk kegiatan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung?



LAMPIRAN C



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

PANDUAN WAWANCARA (*INTERVIEW GUIDE*) UNTUK INFORMAN
UTAMA

A. Organisasi

1. Apakah Rumah Sakit Daerah Balung sudah membentuk Tim Penyusun Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit? Kalau sudah ada siapa saja?
2. Apakah Rumah Sakit Daerah Balung sudah membentuk Tim Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit? Kalau sudah ada siapa saja?
3. Apakah sudah ada struktur organisasi dari Tim Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit Balung?
4. Apa tugas dan fungsi dari masing-masing anggota Tim Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit Daerah Balung?
5. Masing-masing anggota Tim Penyiagaan Bencana apakah sudah jelas tugas dan fungsinya?

B. Sistem Komunikasi

1. Adakah sistem komunikasi yang digunakan untuk menyampaikan informasi kejadian pertama oleh petugas kepada Ketua Tim Penanggulangan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung ? kalau ada, menggunakan sistem apa ?

2. Adakah sistem komunikasi yang sudah disepakati untuk melakukan koordinasi antar unit rumah sakit atau antar rumah sakit dalam keadaan bencana? Kalau ada, menggunakan sistem apa?
 3. Adakah sistem komunikasi yang digunakan untuk mengendalikan kegiatan operasional di lapangan saat terjadi bencana ? Kalau ada, menggunakan sistem apa?
- C. Pelaksanaan Operasional
1. Apakah sudah ada sistem peringatan dini (*alarm system*) kejadian bencana di Rumah Sakit Daerah Balung?
 2. Apakah sudah dibentuk Tim Reaksi Cepat di Rumah Sakit Daerah Balung ? kalau sudah dibentuk, siapa saja ?
 3. Apakah sudah dibentuk Tim RHA / Tim Penilaian Cepat Kesehatan di Rumah Sakit Daerah Balung ? kalau sudah dibentuk, siapa saja ?
 4. Apakah sudah dibentuk Tim Bantuan Kesehatan di Rumah Sakit Daerah Balung? kalau sudah dibentuk, siapa saja ?
 5. Bagaimana mekanisme kerja Tim Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung?
 6. Apakah anggota Tim Penyiagaan Bencana sudah mendapatkan pelatihan tentang kebencanaan? Kalau iya, berapa kali dan pelatihan tentang apa?
 7. Bagaimana prosedur pengiriman Tim Reaksi Cepat, Tim RHA dan Tim Bantuan Kesehatan ketika terjadi bencana di luar Rumah sakit (*eksternal disaster*)?
 8. Ketika terjadi bencana di luar rumah sakit (*eksternal disaster*), bagaimana prosedur pengiriman bantuan logistik dari rumah sakit?
 9. Apakah di Rumah Sakit Daerah Balung sudah menyediakan Pos Penyiagaan Bencana? Kalau ada, pos apa saja dan dimana?
 10. Apakah di Rumah Sakit Daerah Balung sudah disediakan daerah *triage*?
 11. Ketika Rumah Sakit Daerah Balung menerima korban masal, apakah sudah ada penyediaan ruangan khusus untuk menangani hal tersebut?

12. Apakah sudah ada rencana darurat bila terjadi kekurangan sumberdaya saat teradi bencana ?
13. Apakah sumber daya yang ada sudah memadai sesuai dengan ukuran dan kebutuhan rumah sakit?
14. Apakah di Rumah Sakit Daerah balung juga disediakan SDM cadangan dalam menangani bencana?
15. Terkait dengan jumlah SDM, apakah di Rumah Sakit Daerah Balung SDMnya sudah mencukupi?
16. Ketika terjadi bencana di dalam rumah sakit (*internal disaster*) yang menyebabkan rumah sakit lumpuh total, apa yang akan dilakukan?
17. Apakah sudah ada rute evakuasi yang akan digunakan saat teradi bencana ?
18. Apakah sudah ada tanda arah yang jelas tentang jalur evakuasi yang akan digunakan saat terjadi bencana ?
19. Apakah jalur evakuasi sudah aman ? misalnya memiliki pencahayaan yang jelas dan tidak terhalang oleh apapun.
20. Apakah Rumah Sakit Daerah Balung punya sumber cadangan untuk penerangan darurat saat bencana terjadi ? (ketika terjadi pemadaman listrik oleh PLN saat bencana)
21. Apakah sudah ada tempat berkumpul aman (*assembly poin*) setelah evakuasi ?
22. Apakah sudah tersedia alat transportasi khusus untuk keadaan bencana? misalnya ambulance untuk evakuasi para korban dan mobil untuk mobilisasi tim ?
23. Bagaimana prosedur pengiriman ambulans ke daerah yang terjadi bencana?
24. Ketika bencana sudah selesai, apakah dilaksanakan evaluasi Tim Penyiagaan Bencana? Kalau iya, dilaksanakan dengan cara apa?

D. Pembiayaan

1. Apakah Rumah Sakit Daerah Balung sudah ada perencanaan tentang anggaran yang digunakan untuk Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit?

2. Kalau sudah ada dana itu berasal dari mana?
 3. Apakah dana tersebut sudah mencukupi untuk kegiatan penyiagaan bencana di Rumah Sakit Daerah Balung?
- E. Koordinasi, Diseminasi dan Sosialisasi
1. Apakah Rumah Sakit Daerah Balung sudah melakukan koordinasi dengan instansi di luar rumah sakit? Kalau sudah dengan siapa saja?
 2. Apakah perencanaan penyiagaan yang dibuat sudah disosialisasikan kepada semua karyawan rumah sakit?

LAMPIRAN D



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

PANDUAN WAWANCARA (*INTERVIEW GUIDE*) UNTUK INFORMAN
TAMBAHAN

1. Apakah Anda sudah tahu tentang *Hospital Disaster Plan*?
2. Apakah Anda tahu tentang Tim Penyiagaan Bencana di Rumah Sakit daerah Balung?
3. Apakah Anda pernah mendapatkan sosialisasi tentang *Hospital Disaster Plan*? Kalau pernah berapa kali dan tentang apa?
4. Apakah Anda pernah mendapatkan pelatihan tentang penyiagaan bencana? Kalau pernah berapa kali dan tentang apa?
5. Sudah adakah sistem yang digunakan untuk peringatan dini kejadian bencana di Rumah Sakit Daerah Balung ?
6. Adakah sistem komunikasi yang digunakan untuk menyampaikan informasi kejadian pertama oleh petugas kepada Ketua Tim Penanggulangan Bencana di Rumah Sakit Daerah Balung ? kalau ada, menggunakan sistem apa ?
7. Apakah sudah ada rute evakuasi yang akan digunakan saat terjadi bencana ?
8. Apakah sudah ada tanda arah yang jelas tentang jalur evakuasi yang akan digunakan saat terjadi bencana ?
9. Apakah sudah ada tempat berkumpul aman (*assembly poin*) setelah evakuasi ?

LAMPIRAN E



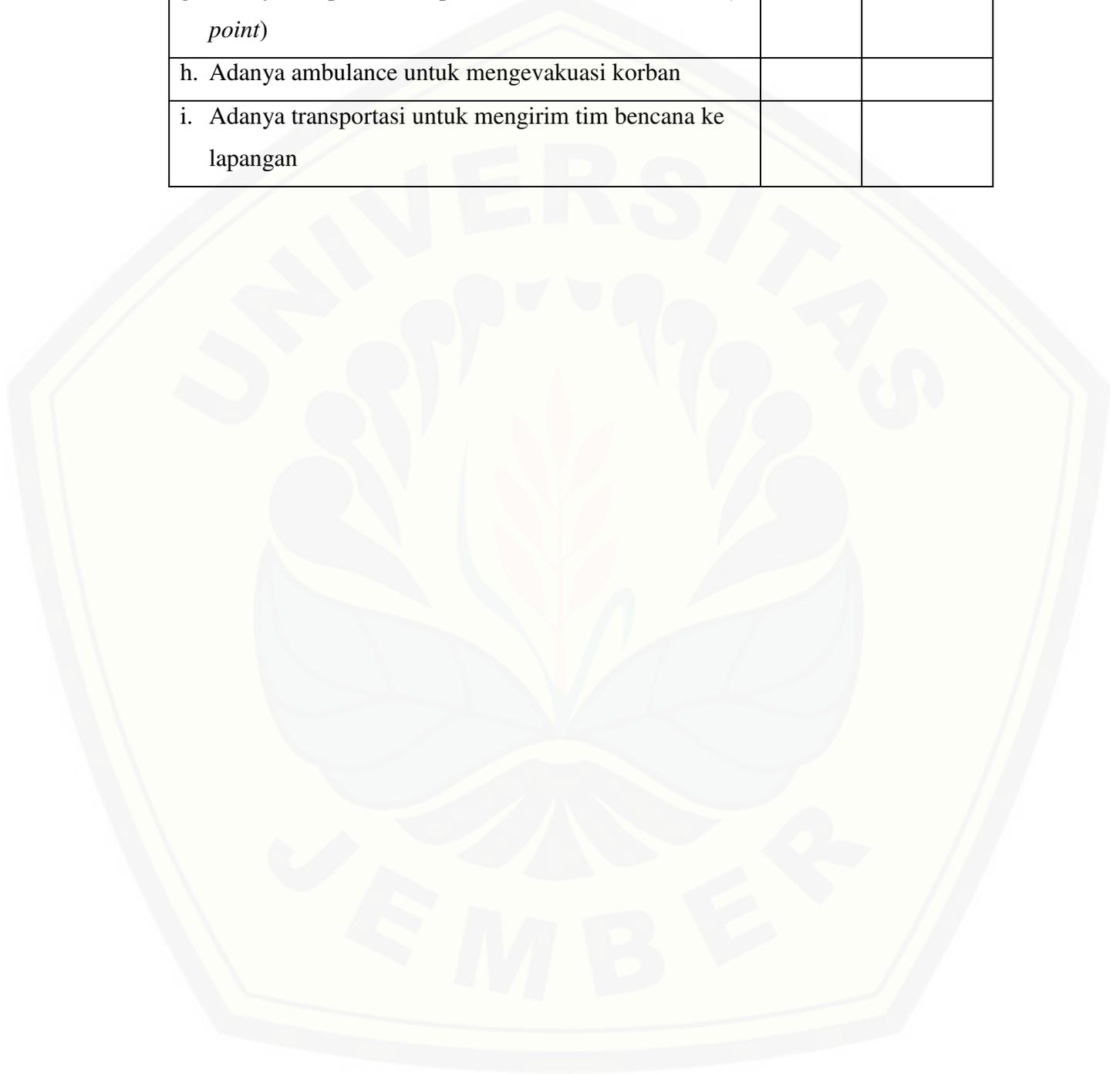
KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

LEMBAR OBSERVASI

I. *Planning*

	Ada	Tidak Ada
1. Organisasi		
a. Struktur organisasi Tim Penyiagaan Bencana bagi Rumah sakit Daerah Balung		
2. Komunikasi		
a. Komunikasi penyampaian informasi		
b. Komunikasi koordinasi		
c. Komunikasi pengendalian saat terjadi bencana		
3. Pelaksanaan operasional		
a. Tahap kesiagaan awal		
1) Adanya alat untuk peringatan dini terjadinya bencana		
b. Tahap Operasional		
a. Pos Penyiagaan Bencana		
b. Penyediaan ruang tambahan untuk penerimaan korban masal		
c. Daerah <i>Triage</i>		
d. Jalur evakuasi		
e. Denah jalur evakuasi		

f. Tanda panah penunjuk arah evakuasi		
g. Adanya tempat berkumpul setelah evakuasi (<i>assembly point</i>)		
h. Adanya ambulance untuk mengevakuasi korban		
i. Adanya transportasi untuk mengirim tim bencana ke lapangan		



LAMPIRAN F



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

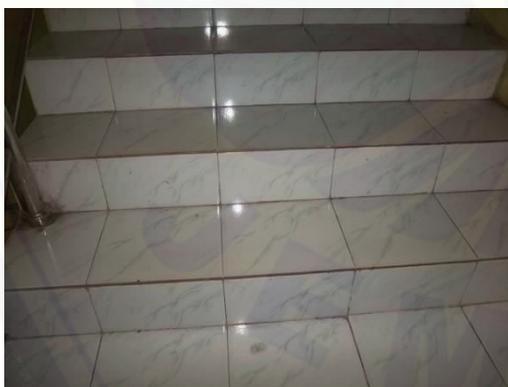
LEMBAR DOKUMENTASI



Gambar 1. Wawancara mendalam dengan anggota tim 118



Gambar 2. Wawancara mendalam dengan anggota tim siaga bencana



Gambar 3. Tangga untuk jalur evakuasi



Gambar 4. Tempat Berkumpul Aman



Gambar 5. Jalur evakuasi pasien



Gambar 6. Jalur Evakuasi



Gambar 7. Ambulan 118



Gambar 8. Ruang Tunggu IGD