

KESIAPAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
UNDATA PALU DALAM PENANGANAN
KORBAN BENCANA TAHUN 2012

*Readiness of "Undata" Regional General Hospital Palu
in Handling Disaster Victims in 2012*

ISMUNANDAR



PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013

ABSTRAK

ISMUNANDAR, *Kesiapan Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu Dalam Penanganan Korban Bencana Tahun 2012* (dibimbing oleh Cahyono Kaelan dan Syafruddin Gaus)

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui kesiapan Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dalam penanganan korban bencana tahun 2012.

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Undata Palu. penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Informan dalam penelitian ini adalah anggota Tim Penanggulangan Bencana RSUD Undata Palu. Pengumpulan data dengan metode observasi, wawancara, dokumentasi dan audiovisual. Data dianalisis secara kualitatif dengan metode induktif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Tim penanggulangan bencana Rumah Sakit sudah terbentuk, Kesiapan SDM cukup, fasilitas dan sarana penanganan korban bencana masih kurang, SOP penanggulangan bencana masih kurang, tidak ada anggaran khusus untuk penanganan korban bencana. Dari hasil observasi dan wawancara mendalam tergambar bahwa Tim Penanggulangan Bencana Rumah Sakit sudah lama tidak aktif, sudah ada pengembangan SDM melalui pelatihan namun pernah melakukan simulasi penanganan bencana,, belum memiliki fasilitas, sarana prasarana utama/inti yang diperlukan dalam penanganan bencana, sudah memiliki SOP Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Pedoman penanggulangan keadaan darurat serta prosedur penanggulangan bencana, anggaran yang digunakan dalam penanggulangan bencana adalah dana lai-lain (dana taktis).

Kata kunci : Kesiapan Rumah Sakit, Penanganan, Korban Bencana

ABSTRACT

ISMUNANDAR, *Readiness of "Undata" Regional General Hospital Palu in Handling Disaster Victims in 2012* (Supervised by **Cahyono Kaelan** and **Syafruddin Gaus**)

The objective of the research was to find out the readiness of "Undata" Regional General Hospital Palu in Handling the Disaster Victims in 2012.

The research was conducted in "Undata" Regional General Hospital Palu. This was a qualitative design research with the phenomenological approach. Informants in the research were the members of the Disaster Management Team of "Undata" Regional General Hospital Palu. Data Collecting was carried out by the observation, interview, documentation and audiovisual methods. The data were analyzed qualitatively by the inductive method.

The research results indicates that the hospital disaster management team has been established, the human resources readiness has been sufficient, the facilities of the disaster victims handling are still lack, Standard Operating Procedure (SOP) of the disaster management is still lack, there is no specific budget for disaster victim handling. the result of the observations and profound interviews indicates that the Hospital Disaster Management Team has been inactive for long time, there has been the human resources development through the training, however, they have never carried out the simulation for the disaster handling, they do not have the primary facilities/infra-structure needed in the disaster handling. They do not have SOP of work health and safety, guidelines of emergency management, disaster management procedure and the budget used in disaster management is an extra fund (operating fund).

Keywords: Hospital readiness, Handling, Disaster Victims

TESIS

KESIAPAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH UNDATA PALU DALAM PENANGANAN KORBAN BENCANA TAHUN 2012

Disusun dan diajukan oleh

ISMUNANDAR

Nomor Pokok P1508210002

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 22 Mei 2013
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui,

Komisi Penasihat

dr.Cahyono Kaelan, Ph.D,Sp.PA(K),Sp.S

Ketua

dr. Syafruddin Gaus, Ph.D, Sp.An, KMN

Anggota

Ketua Program Studi
Biomedik,

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin,

Prof. dr. Rosdiana Natsir, Ph.D

Prof. Dr. Ir. Mursalim

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ismunandar
Nomor Mahasiswa : P.1508210002
Program Studi : Biomedik
Konsentrasi : *Emergency and Disaster Management*

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Mei 2013

Yang Menyatakan

ISMUNANDAR

PRAKATA

Puji Syukur senantiasa penulis panjatkan ke Hadirat Allah SWT yang tiada hentinya memberikan Rahmat, Hidayah dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “Kesiapan Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu Dalam Penanganan Korban Bencana Tahun 2012”.

Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mencapai derajat Magister Pascasarjana Program Studi Biomedik Konsentrasi *Emergency and Disaster Management* Universitas Hasanuddin Makassar. Banyak kendala yang dihadapi oleh penulis mulai dari penelitian sampai pada penyusunan tesis ini dan keberhasilan penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan dan dorongan berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Prof. Dr. dr. Idrus A. Paturussi, Sp.B., Sp.BO. Selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar yang telah member kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Program Megiater.
2. Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha, M.Sc. selaku Direktur Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Prof. Dr. Ir. Ambo Tuwo, DEA, selaku Asisten Direktur Bidang Kemahasiswaan Program Pasacasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Prof. dr. Rosdiana Natsir, Ph.D. Selaku Ketua Program Studi Biomedik Program Pascasarjan Universitas Hasanuddin Makassar

5. dr. Syafruddin Gaus, Ph.D., Sp.An-KMN selaku Ketua Konsentrasi Emergency and Disaster Management dan juga sebagai Pembimbing II yang telah banyak memberi bimbingan, masukan dan arahan dalam penyelesaian Tesis ini.
6. dr. Cahyono Kaelan, Ph.D., Sp.PA(K), Sp.S. selaku pembimbing I yang tak henti-hentinya memberikan masukan, arahan dan bimbingan dalam penyusunan tesis ini.
7. Udin Djabu, SKM., M.Kes. selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Palu yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Megister.
8. Direktur dan Staf RSUD Undata Palu yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Undata.
9. DR. dr. Nurdin Perdana, M.Kes., Dr. dr. Irfan Idris, M.Kes dan Prof. Dr. Ridwan Amiruddin SKM., M.Kes., M.Sc.PH sebagai anggota komisi penasehat yang telah banyak memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan Tesis ini.
10. Para dosen dan staf Program Studi Biomedik Konsentrasi Emergency dan Disaster Managemen Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
11. Keluarga tercinta, istri dan anak-anakku serta kedua orang tuaku yang tak henti-hentinya memberikan dukungan dan doa demi kelancaran pendidikan dan penyelesain laporan penelitian ini.
12. Rekan-rekan Mahasiswa Emergency and Disaster Management angkatan 2010 yang telah banyak memberi dukungan kepada penulis mulai dari proses pendidikan hingga penyusunan laporan penelitian ini selesai.

Penulis menyadari akan keterbatasan kemampuan, pengetahuan dan pengalaman dalam menyelesaikan tesis ini, sehingga saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan tesis ini.

Makassar, Mei 2013

Ismunandar

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK.....	vi
ABSTRAC.....	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Konsep Manajemen Bencana	9
B. Manajemen Penanggulangan Bencana Rumah Sakit	19
C. Rencana Penyiagaan Penanggulangan Bencana Rumah Sakit	31
D. Koordinasi, Diseminasi dan Sosialisasi	56
E. Kerangka Konsep Penelitian.....	57
BAB III METODE PENELITIAN	58
A. Jenis dan Desain Penelitian	58
B. Pengelolaan Peran Peneliti.....	58
C. Waktu dan Lokasi Penelitian	59
D. Teknik Pengambilan Informan	59
E. Teknik Pengumpulan Data	60
F. Teknik Analisis Data.....	63

	G. Pengecekan Validasi Temuan.....	65
	H. Etika Penelitian	67
BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	70
	A. Gambaran Umum RSUD Undata Palu	70
	B. Hasil Penelitian	73
	C. Pembahasan	100
	D. Keterbatasan	123
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN.....	124
	A. Kesimpulan	124
	B. Saran	126
	DAFTAR PUSTAKA.....	129
	LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 2.1 Proses Terjadinya Bencana	12
Gambar 2.2 Siklus Penanggulangan Bencana	14
Gambar 2.3 Diagramatic Representations of Defentions	27
Gambar 2.4 Struktur Organisasi	32
Gambar 4.1 Profil RSUD Undata Palu	72

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran		Halaman
Lampiran 1.	Penjelasan Penelitian (<i>Informed</i>)	133
Lampiran 2.	Persetujuan menjadi informan penelitian	135
Lampiran 3.	(<i>Consent</i>)	136
Lampiran 4.	Pedoman wawancara	139
Lampiran 5.	Catatan Lapangan	163
Lampiran 6.	Matriks hasil pernyataan informan	
	Surat Permohonan Penelitian dari Program	
Lampiran 7.	Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar	187
	Rekomendasi Ijin Penelitian dari Kantor	
Lampiran 8.	Pelayanan Perizinan Terpadu Daerah (KP2TD)	189
Lampiran 9.	Propinsi Sulawesi Tengah	190
	Surat Keterangan Selesai Penelitian	
	Keputusan Direktur RSUD Undata Palu Nomor : 445/09.21/UDT tentang Pembentukan Panitia Pembina Keselamatan Kerja, Kebakaran dan	
Lampiran 10	Kewaspadaan Bencana (P2K3RS) RSUD Undata Palu	196
Lampiran 11	Pedoman Penanggulangan Keadaan Darurat RSUD Undata Palu	203
Lampiran 12.	Prosedur Penanggulangan Bencana (Disaster Program) RSUD Undata Palu	208
	Dokumentasi Penelitian	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia adalah salah satu Negara di dunia ini yang sangat rawan bencana. Hampir semua jenis bencana bias terjadi di Indonesia. Bencana alam maupun buatan manusia bahkan terorisme pernah dialami Indonesia. Hal ini disebabkan letak geografis, kondisi geografi, serta keadaan psiko-sosio-kultural masyarakatnya (Depkes, 2009)

Rangkaian berbagai bencana di Indonesia seperti Bom, Gempa, Tsunami, kecelakaan pesawat menempatkan Indonesia sebagai Negara yang paling rentang mengalami bencana di Dunia. Bahkan diperkirakan di tahun-tahun berikut, bencana berkembang makin kompleks. Terlihat dari bencana yang ditimbulkan oleh alam (kekeringan, tanah longsor, wabah penyakit dsb) ataupun yang ditimbulkan oleh ulah manusia (kebakaran hutan, longsor, kebocoran pabrik kimia, radiologi, nuklir dsb) seyogyanya ditangani dengan baik bahkan dilakukan berbagai pencegahan.

Sejarah mencatat bahwa Indonesia pernah menjadi tempat terjadinya dua letusan gunung api terbesar di dunia. Tahun 1815 Gunung Tambora yang berada di Pulau Sumbawa, Nusa Tenggara Barat, meletus dan mengeluarkan sekitar 1,7 juta ton abu dan material vulkanik. Sebagian dari material vulkanik ini membentuk lapisan di atmosfer yang memantulkan balik sinar matahari ke atmosfer. Karena sinar matahari yang memasuki atmosfer berkurang banyak, bumi tidak menerima cukup panas

dan terjadi gelombang hawa dingin. Gelombang hawa dingin membuat tahun 1816 menjadi “tahun yang tidak memiliki musim panas” dan menyebabkan gagal panen di banyak tempat serta kelaparan yang meluas. Dalam abad yang sama, Gunung Krakatau meletus pada tahun 1883. Erupsi Krakatau diperkirakan memiliki kekuatan setara 200 megaton TNT, kira-kira 13.000 kali kekuatan ledakan bom atom yang menghancurkan Hiroshima dalam Perang Dunia II.

Bencana yang paling mematikan pada awal abad XXI juga bermula dari Indonesia. Pada tanggal 26 Desember 2004, sebuah gempabumi besar terjadi di dalam laut sebelah barat Pulau Sumatra di dekat Pulau Simeuleu. Gempabumi ini memicu tsunami yang menewaskan lebih dari 225.000 jiwa di sebelas negara dan menimbulkan kehancuran hebat di banyak kawasan pesisir di negara-negara yang terkena. Sepanjang abad XX hanya sedikit bencana yang menimbulkan korban jiwa masif seperti itu. Di Indonesia sendiri gempa bumi dan tsunami mengakibatkan sekitar 165.708 korban jiwa dan nilai kerusakan yang ditimbulkannya mencapai lebih dari Rp 48 triliun, (BNPB, tahun 2010)

Propinsi Sulawesi Tengah merupakan daerah rawan bencana berisiko menimbulkan kerusakan, luka dan kematian yang memerlukan tanggapan cepat dan tepat dari seluruh komponen masyarakat khususnya sarana pelayanan kesehatan. BMKG mencatat 60 gempa terkini dengan magnitude $\geq 5,0$ SR. 2 diantaranya terjadi di Sulawesi Tengah dan

kejadiannya hanya berselang 16 hari. Dalam kurung waktu satu bulan terakhir propinsi Sulawesi Tengah telah terjadi 3 kali bencana yakni gempa bumi, kerusakan dan banjir bandang yang menyebabkan adanya korban jiwa, korban luka-luka dan ratusan warga kehilangan tempat tinggal.

Menurut Yahya A, A, 2009, di setiap kejadian bencana, Institusi Kesehatan terutama Rumah Sakit selalu memegang peran yang sangat penting. Akan tetapi berdasarkan pengalaman di lapangan, terkesan bahwa Rumah Sakit sering kali tidak menunjukkan kesiapan yang memadai menghadapi bencana ini. Akibatnya disetiap kejadian bencana, hambatan dan kekurangan-kekurangan yang sama selalu berulang ditemui oleh Rumah Sakit. Salah satu penyebab ketidaksiapan Rumah Sakit tersebut adalah belum adanya petunjuk yang baku sehingga belum ada persepsi yang sama terhadap kesiapan menghadapi bencana. (Dirjen Yanmed Depkes RI, 2009).

Di sisi lain, Husain F, W, 2009, mengatakan bahwa pada keadaan tertentu rumah sakit menjadi “korban” dari bencana, seperti kejadian gempa bumi disertai Tsunami di Aceh tahun 2004, rumah sakit mengalami “*total collapse*” dari semua sistem yang ada di rumah sakit (infra struktur, sarana, tenaga, peralatan dan lain-lain) dan gempa bumi yang terjadi di Yogyakarta, rumah sakit mengalami “*collaps function*” sementara waktu., (Dirjen Yanmed Depkes RI, 2009).

Rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan dalam penanganan kasus-kasus emergensi seyogyanya lebih siap menghadapi dampak bencana baik bencana diluar rumah sakit maupun didalam rumah sakit. Rumah sakit dalam keadaan bencanapun diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan sehari-hari disamping juga melayani korban akibat bencana dan secara aktif membantu dalam penyelamatan nyawa korban bencana.

Rumah sakit merupakan sarana yang setiap saat dihuni oleh orang-orang yang dalam keadaan sakit maupun sehat (petugas, pasien dan pengunjung) mereka ini merupakan insan yang rentang menjadi korban ketika terjadi suatu benca, petugas kesehatan yang bertugas berusaha menyelamatkan diri namun juga mempunyai peran untuk menyelamatkan pasien maupun keluarga pasien serta pengunjung rumah sakit.

Mengingat pentingnya penanganan korban bencana atau keadaan darurat, sampai saat pemerintah ini sudah mengeluarkan berbagai aturan dan pedoman tentang manajemen bencana diantaranya : UU no 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana; Peraturan Pemerintah nomor 21 tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 342 tahun 2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 145 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan: Keputusan menteri nomor

066 tahun 2006 tentang Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan Dalam Penanggulangan Bencana.

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. (UU No. 44 tahun 2009) pasal lain menyebutkan bahwa pendirian Rumah Sakit bertujuan memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit. Disisi lain untuk kepentingan akreditasi rumah sakit ditetapkan bahwa setiap rumah sakit harus memiliki *Hospital Disaster Plan* secara tertulis. (UU RS tahun 2009).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Undata Palu secara resmi berdiri pada tahun 1972 dengan akreditasi RSU kelas C, Rumah Sakit kelas B Pendidikan tahun 2003. Sejak tahun 1996 RSUD Undata Palu merupakan Pusat Rujukan Tertinggi di Sulawesi Tengah yang mempunyai tugas pokok yaitu menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya pencegahan, penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dan merencanakan penagnan limbah Rumah Sakit serta melaksanakan upaya rujukan sesuai dengan Undang-undang yang berlaku. Jumlah kunjungan setiap hari rata-rata 353 orang untuk rawat jalan maupun rawat inap dengan dukungan SDM sebanyak 904 orang, (laporan RSUD Undata, tahun 2010) dan telah memiliki tim penanggulangan bencana (SPM RSUD Undata, tahun 2010)

Dengan mengacu pada latar belakang di atas, peneliti melakukan penelitian tentang Kesiapan Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dalam Penanganan Korban Bencana tahun 2012..

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dirumuskan permasalahan penelitian yaitu :

1. Apakah Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu sudah membentuk Tim Penanggulangan Bencana Bagi Rumah Sakit?
2. Bagaimanakah kesiapan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dalam Penanganan Korban Bencana tahun 2012?
3. Bagaimanakah kesiapan Sarana Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dalam Penanganan Korban Bencana tahun 2012?
4. Bagaimanakah Prosedur Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dalam Penanganan Korban Bencana tahun 2012?
5. Bagaimanakah kesiapan Keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dalam Penanganan Korban Bencana tahun 2012?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum:

Untuk mengetahui Kesiapan Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dalam Penanganan Korban Bencana tahun 2012.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya pembentukan Tim Penanggulangan Bencana Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dalam Penanganan Korban Bencana tahun 2012.
- b. Diketuainya kesiapan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dalam Penanganan Korban Bencana tahun 2012.
- c. Diketuainya kesiapan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dalam Penanganan Korban Bencana tahun 2012.
- d. Diketuainya kesiapan Prosedur Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dalam Penanganan Korban Bencana tahun 2012.
- e. Diketuainya kesiapan Keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dalam Penanganan Korban Bencana tahun 2012.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1. Manfaat praktis

Sebagai salah satu informasi penting bagi penentu kebijakan di Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu tentang bagaimanakah kesiapan dalam Penanganan korban bencana sehingga pelaksanaannya dapat berjalan dengan efektif.

2. Manfaat Akademis

Di bidang akademik atau ilmiah sebagai gambaran tentang kesiapan Rumah Sakit dalam Penanganan korban bencana dan bagi peneliti selanjutnya semoga dapat dijadikan referensi bagi pengembangan penelitian berikutnya.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Marupakan pengalaman ilmiah yang sangat berharga bagi peneliti dalam melakukan penelitian dan sebagai persyaratan untuk menyelesaikan study pada Program Pascaarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Manajemen Bencana

1. Pengertian Bencana

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis (UU RI No 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana).

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang terjadi secara mendadak/tidak terencana/secara perlahan tapi berlanjut yang menimbulkan dampak terhadap pola kehidupan normal atau kerusakan sehingga diperlukan tindakan darurat dan luar biasa untuk menolong dan menyelamatkan korban baik manusia maupun lingkungannya (Kepmenkes No. 066 tahun 2006)

Bencana juga diartikan sebagai suatu gangguan serius terhadap keberfungsian suatu masyarakat, sehingga menyebabkan kerugian yang meluas pada kehidupan manusia dari segi materi, ekonomi atau lingkungan dan yang melampaui kemampuan masyarakat yang bersangkutan untuk mengatasi dengan menggunakan sumberdaya mereka sendiri. (ISDR, 2004)

2. Jenis bencana

Berdasarkan penyebabnya bencana dikelompokkan menjadi tiga jenis yaitu :

- a. Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor.
- b. Bencana non alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa non alam antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, kebakaran, epidemi, dan wabah penyakit.
- c. Bencana sosial yaitu bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat dan teror.

3. Proses Terjadinya Bencana

Bencana terjadi sebagai dampak dari suatu kejadian yang tidak dapat ditanggulangi dengan sumber daya setempat. Proses terjadinya bencana dimulai dengan keberadaan *hazard* (sesuatu yang dapat menyebabkan bahaya) yang berubah menjadi suatu kejadian. Kejadian tersebut dapat menimbulkan dampak langsung pada manusia maupun lingkungan.

Kalau dampak kejadian tersebut dapat diatasi dengan sumberdaya setempat maka kejadian tersebut dinilai sebagai kecelakaan, tetapi bila dampak kejadian tersebut tidak dapat ditanggulangi dengan sumberdaya setempat, maka kejadian tersebut dinamakan bencana. Dengan demikian pada hakekatnya bencana (*disaster*) adalah dampak dari kejadian.

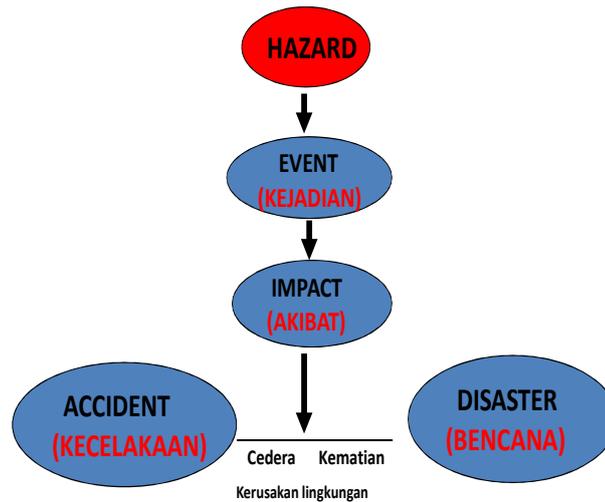
Hazard adalah sesuatu yang berpotensi menyebabkan bahaya (Sundens 2002). *Hazard* ada yang alami seperti sungai, tanah miring, pertemuan patahan lempeng bumi, api, gunung merapi. Selain *hazard* yang alami ada juga *hazard* yang dibuat oleh manusia (*man made hazard*) contohnya bom, dapat menyebabkan ledakan bom; kompor dapat menyebabkan ledakan kompor dan kebakaran, tabung gas dapat menyebabkan ledakan gas. Reaktor nuklir dapat menyebabkan ledakan nuklir. Alat transportasi bila tidak terpelihara atau dikendalikan dengan baik dapat menyebabkan kecelakaan transportasi. Dengan demikian *hazard* perlu diperlakukan dengan hati-hati dan dijaga keseimbangannya, sebab dapat menyebabkan suatu kejadian yang memberi efek merugikan manusia.

Besarnya resiko suatu kejadian ditentukan oleh dua faktor yaitu *hazard* dan kerawanan (*vulnerability*). Makin besar *hazard* makin besar resiko yang mungkin timbul, demikian pula makin rawan suatu kelompok masyarakat kena *hazard* makin besar pula resiko yang mungkin diderita. Kerawanan merupakan kerentanan dari penduduk

serta lingkungan terhadap suatu kejadian. Kerugian yang diakibatkan oleh kejadian disebut dampak (*impact*).

Gambar. 2.1

PROSES TERJADINYA BENCANA



Sumber : Perdana Nurdin

4. Permasalahan Kesehatan Berkaitan dengan Bencana dan Upaya Penanggulangannya.

a. Permasalahan Kesehatan Akibat Bencana

1) Masalah kesehatan pada korban bencana.

Masalah kesehatan pada korban bencana dapat dikelompokkan menjadi dua bagian, yaitu sebagai akibat langsung dan tidak langsung. Akibat langsung merupakan dampak primer yang dialami korban di daerah bencana pada saat bencana terjadi.

Kasus-kasus yang sering terjadi, antara lain :

a) Trauma

Trauma terjadi akibat terkena langsung benda-benda keras/ tajam atau tumpul. Contoh trauma, antara lain: luka robek, luka tusuk, luka sayat, dan fraktur. Pada umumnya kasus trauma perlu penanganan baik ringan maupun berat. Kasus-kasus trauma banyak terjadi pada korban bencana gempa bumi, tsunami, tanah longsor, banjir, angin puyuh, kerusuhan, kecelakaan transportasi, kecelakaan industri, tindakan teror bom dan lain-lain.

b) Gangguan pernapasan

Gangguan pernapasan terjadi akibat trauma pada jalan napas, misalnya masuknya partikel debu, cairan dan gas beracun pada saluran pernapasan. Kasus-kasus gangguan pernapasan banyak terjadi pada korban bencana tsunami, gunung meletus, kebakaran, kecelakaan industri, dan lain-lain.

c) Luka bakar

Luka bakar terjadi akibat terkena langsung benda panas/api/ bahan kimia. Kasus-kasus luka bakar banyak terjadi pada korban bencana kebakaran, gunung meletus, kecelakaan industri, kerusuhan, tindakan teror born, dan lain-lain.

- d) Keluhan psikologis dan gangguan psikiatrik (stres pascatrauma)

Stress pascatrauma adalah keluhan yang berhubungan dengan pengalaman selama bencana terjadi. Kasus ini sering ditemui hampir di setiap kejadian bencana.

- e) Korban meninggal

Korban bencana yang meninggal perlu diidentifikasi untuk mengenali korban meninggal pasca bencana baik untuk kepentingan kesehatan maupun untuk kepentingan penyelidikan dalam hal ini *Disaster Victim Identification* (DVI) semakin dirasakan perlu untuk mengidentifikasi korban.

2) Masalah pada SDM Kesehatan

Masalah SDM kesehatan yang dihadapi dalam penanggulangan krisis akibat bencana di Indonesia, antara lain:

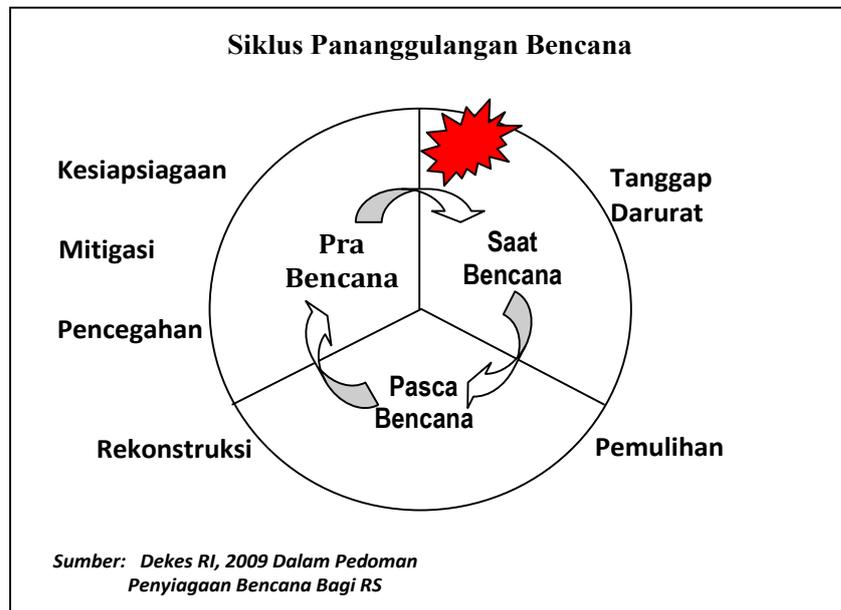
- a) Kurangnya informasi mengenai peta kekuatan SDM di daerah yang terkait dengan bencana
- b) Belum semua tenaga setempat termasuk Puskesmas mampu laksana dalam penanggulangan bencana.
- c) Masih sedikitnya peraturan yang mengatur penempatan SDM kesehatan di daerah rawan bencana.
- d) Distribusi SDM kesehatan masih belum mengacu pada kewenangan suatu wilayah terhadap bencana.

- e) Kurangnya minat SDM kesehatan untuk bertugas di daerah bencana atau konflik karena tidak adanya jaminan keselamatan dan keamanan.
- f) Belum semua daerah mempunyai Tim Reaksi Cepat penanggulangan krisis akibat bencana.
- g) Masih ada daerah yang belum pernah menyelenggarakan pelatihan-pelatihan dalam penanggulangan krisis akibat bencana.
- h) Masih ada daerah yang belum pernah menyelenggarakan gladi penanggulangan krisis akibat bencana.
- i) Pelayanan kesehatan pada saat kejadian bencana seringkali terhambat karena masalah kekurangan SDM kesehatan.
- j) Dibutuhkan masa pemulihan yang cukup lama bagi SDM kesehatan yang menjadi korban bencana sehingga mengganggu kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan di daerah bencana.

b. Upaya Penanggulangan Bencana

Upaya yang dilakukan dalam manajemen SDM kesehatan yang terkait dengan penanggulangan krisis akibat bencana dibagi dalam tiga tahap sesuai dengan siklus penanggulangan bencana berikut ini :

Gambar. 2.2



1) Prabencana (pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan)

a) Penyusunan peta rawan bencana

Penyusunan peta rawan bencana dan peta geomedik sangat penting artinya untuk memperkirakan kemungkinan bencana yang akan terjadi serta kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan dan ketersediaan sumber daya manusia bidang kesehatan berikut kompetensinya. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penyusunan peta rawan bencana adalah

(1) Ancaman (*hazard*), jenis bahaya bencana apa yang mungkin terjadi. Informasi ini dapat diperoleh dengan melihat keadaan geografis wilayah setempat.

(2) Kerentanan (*vulnerability*), sejauh mana akibat dari bencana ini terhadap kehidupan masyarakat (khususnya

kesehatan). Informasi yang dibutuhkan dalam menilai kerentanan yang terkait sumber daya manusia bidang kesehatan berhubungan dengan data tentang inventarisasi ketenagaan yang dimiliki, contohnya dokter ahli, dokter umum, perawat, bidan, sanitarian, ahli gizi, dan lain-lain.

- (3) Penyusunan peta rawan bencana sebaiknya dilakukan secara lintas program (melibatkan unit-unit program yang ada di Dinas Kesehatan) dan lintas sektor (melibatkan instansi terkait seperti Pemerintah Daerah, Rumah Sakit Umum, Tentara Nasional Indonesia, Kepolisian, Dinas Kesejahteraan Sosial, Palang Merah Indonesia, Organisasi Masyarakat, Lembaga Swadaya Masyarakat). Peta rawan bencana secara berkala dievaluasi kembali agar sesuai dengan keadaan dan kondisi setempat.
- b) Penyusunan peraturan dan pedoman dalam penanggulangan krisis akibat bencana yang salah satunya terkait dengan penempatan dan mobilisasi sumber daya manusia bidang kesehatan.
- c) Pemberdayaan tenaga kesehatan pada sarana kesehatan khususnya Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Rumah Sakit, terutama di daerah rawan bencana.
- d) Penyusunan standar ketenagaan, sarana dan pembiayaan.

- e) Penempatan tenaga kesehatan disesuaikan dengan situasi wilayah setempat (kerawanan terhadap bencana).
 - f) Pembentukan Tim Reaksi Cepat (Brigade Siaga Bencana/BSB).
 - g) Sosialisasi sumber daya manusia bidang kesehatan tentang penanggulangan krisis akibat bencana.
 - h) Pelatihan-pelatihan dan gladi.
 - i) Pembentukan Pusat Pelayanan Kesehatan Terpadu atau *Public Safety Center* (PSC) di Kabupaten/Kota.
- 2) Saat Bencana (tanggap darurat)
- a) Mobilisasi SDM kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.
 - b) Pengorganisasian SDM kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.
- 3) Pascabencana (pemulihan/rehabilitasi dan rekonstruksi)
- a) Mobilisasi SDM kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.
 - b) Pengorganisasian sumber daya manusia bidang kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.
 - c) Upaya pemulihan sumber daya manusia bidang kesehatan yang menjadi korban agar dapat menjalankan fungsinya kembali.

- d) Rekrutmen sumber daya manusia bidang kesehatan untuk peningkatan upaya penanggulangan krisis akibat bencana pada masa yang akan datang.
- e) Program pendampingan bagi petugas kesehatan di daerah bencana.

B. Manajemen Penanggulangan Bencana Rumah Sakit

1. Gambaran Bencana *Internal* dan *Eksternal*

a. Bencana Internal

Bencana *Internal* adalah bencana yang terjadi di dalam rumah sakit dan bencana *eksternal* yang berdampak di dalam rumah sakit. Potensi jenis bencana (*hazard*) yang mungkin terjadi adalah

1) Kebakaran

Sumber kebakaran bisa berasal dari dalam gedung bias juga berasal dari luar gedung

2) Gempa Bumi

Lokasi kepeulauan Indonesia berada pada area lempengan bumi di bawah laut yang sewaktu-waktu dapat bergerak dan memiliki banyak gunung berapi yang sangat memungkinkan terjadinya gempa bumi.

3) Kebocoran Gas

Kebocoran gas dapat terjadi pada tabung-tabung gas maupun sentral gas rumah sakit yang dapat disebabkan karena adanya kecelakaan maupun kerusakan dan sabotase.

4) Ledakan

Ledakan dapat terjadi dari kebocoran tabung gas maupun ledakan akibat bahan berbahaya yang ada di rumah sakit.

5) Penyakit Menular

b. Bencana *Eksternal*

Rumah Sakit merupakan tempat rujukan dan sangat memungkinkan untuk menerima korban bencana eksternal maupun memberikan bantuan terhadap korban bencana keluar rumah sakit. Potensi bencana eksternal yang berdampak kepada rumah sakit adalah ledakan bom, kecelakaan transportasi, gempa bumi, tsunami, banjir kebakaran, tanah longsor, letusan gunung berapi dan konflik/kerusuhan.

2. Kesiapsiagaan

Dalam penanganan bencana yang terjadi di Rumah Sakit siap melakukan penanganan pasien termasuk system untuk mendukung proses penanganan tersebut. System ini disusun dengan

diberlakukannya struktur organisasi saat aktivasi system penanggulangan bencana oleh Rumah Sakit.

Persiapan untuk dibangunnya posko baik berupa tenda maupun pengalihan fungsi beberapa ruangan sebagai posko penanganan bencana, diaktifkannya posko komando sebagai sentral aktifitas selama proses penanganan bencana dan proses komunikasi dengan instansi jejaring untuk proses penanganan korban bencana di Rumah Sakit.

Rumah Sakit memiliki kecenderungan kerentanan bila dihadapkan terhadap situasi-situasi bencana. Hal ini tampak jelas dari praktek-praktek yang telah kita lihat di negara Indonesia dalam berbagai kejadian bencana yang telah dihadapi Indonesia, mulai dari daerah konflik hingga bencana alam hingga bencana akibat ulah manusia. Kerentanan terhadap tekanan situasi bencana tersebut disebabkan oleh :

a. Kompleksitas pelayanan

Rumah Sakit memang ditujukan untuk memberikan layanan kesehatan, tetapi ia juga memiliki fungsi sebagai hotel, laundry, perkantoran, laboratorium, restoran dan gudang barang-barang.

b. Ketergantungan terhadap fasilitas lainnya

Rumah Sakit seperti kebanyakan bangunan-bangunan lainnya bergantung pada suplai air, listrik, peralatan telekomunikasi, pengumpulan sampah dan bahan bakar.

c. Material berbahaya

Rumah Sakit banyak menyimpan material-material berbahaya seperti racun dan radiasi serta gas medik yang mudah terbakar.

d. Barang-barang berbahaya

Pada kejadian-kejadian seperti gempa bumi, berbagai peralatan dan fasilitas di dalam Rumah Sakit malahan menjadi suatu benda yang dapat mematikan.

Adapun kerentanan seperti yang disebutkan di atas sulit untuk dimodifikasi karena merupakan bagian sistemik utama dari suatu Rumah Sakit, tetapi bukan berarti tidak dapat dipersiapkan suatu strategi-strategi dalam persiapan menghadapinya. Inilah salah satu pentingnya *disaster plan* bagi suatu rumah sakit (Harahap FA).

Menurut Puspongoro AD, 2011, apapun yang terjadi Rumah Sakit harus tetap melayani pasien. Dalam hal ini dibutuhkan penilaian untuk melihat apakah Rumah Sakit secara struktural dapat bertahan bila terjadi gempa, banjir atau kebakaran dan bagaimana melakukan *reinforcemantnya*. Dengan demikian dapat digunakan untuk menentukan perlu atau tidak perlu dilakukan evakuasi, atau dapat

menggunakan rumah sakit yang lebih aman. Bila hanya bagian plafon yang rusak, kaca pecah, marmer di tembok runtuh, retak-retak yang bukan struktural maka Rumah Sakit masih dapat digunakan.

Rumah Sakit harus mempunyai *disaster plan* yang terkoordinasi dengan Rumah Sakit lain, unsur *security dan rescue*, *disaster plan* kota, kabupaten, propinsi dan nasional. *Disaster plan* harus merupakan sistem yang dapat menanggulangi segala macam bencana.

Untuk Rumah Sakit ada 7 macam masalah yang dihadapi yaitu:

- a. *Disaster Plan* bila rumah sakit rusak karena gempa, banjir, api dan lain-lain, terjadi *struktural collapse* dan *functional collapse*, *Disaster Plan* disini harus sesuai dengan *risk assesment* dan *risk management*. Semua data suatu rumah sakit yang ada di *back up* di Rumah Sakit lain atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sehingga bila terjadi bencana (*structural collapse*), data pasien dan Rumah Sakit masih ada. Dengan demikian setelah dievakuasi *Medical Record* pasien-pasien ada *back up* nya dan tidak usah dilakukan pemeriksaan ulang pada pasien tersebut.
- b. *Disaster Plan* bila unit gawat darurat Rumah Sakit kebanjiran pasien dari dalam Rumah Sakit maupun dari luar Rumah Sakit / Rumah Sakit lain. *Surge capacity* (sarana didalam dan diluar rumah sakit yang dapat dipakai untuk menampung pasien) dan *surge capability* (untuk pasien dengan kebutuhan khusus seperti

bayi baru lahir, ibu mau melahirkan, ibu hamil, balita, orang lanjut usia, penyakit kronis seperti *hipertensi*, jantung, *stroke*, *Diabetes* juga pasien yang memerlukan monitor (EKG) *ventilator* dan lain-lain perlu dibuat naskah kesepahaman (MoU) dalam *disaster plan* dengan farmasi, alat kesehatan, penyalur makanan dan lain-lain. Rancang bangun unit gawat darurat harus disesuaikan dengan *risk/ hazard* yang akan dihadapi sehari-hari maupun bencana dan korban massal meliputi:

- 1) Petunjuk arah terpasang mulai dari jalan raya
- 2) Akses masuk gawat darurat tidak terhambat oleh mobil parkir, penjual makanan, buah, koran dan lain-lain.
- 3) Pintu masuk dapat menampung tiga sampai lima ambulans sekaligus dengan atap cukup tinggi, dapat menahan sinar matahari dan hujan.
- 4) *Decontamination area* untuk dekontaminasi pasien dengan HAZMAT (*Hazardous Material*) atau NUBIKA (Nuklir, Biologi, Kimia) dengan menampung air bekas dekontaminasi. Daerah ini berdampingan dengan tempat cuci brankar.
- 5) Aliran AC gawat darurat harus terpisah dari Rumah Sakit supaya kalau pasien terkontaminasi Rumah Sakit aman dari kontaminan.
- 6) *Triage area*, daerah ini dapat dipindah kepintu gerbang bila jumlah pasien diperkirakan melebihi kapasitas Rumah Sakit.

- 7) Tempat keluarga pasien yang dapat berubah menjadi penampungan pasien dengan *tag/* kartu hijau-kuning. Unit gawat darurat sebaiknya berdampingan dengan poliklinik, gedung parkir, ruang serba guna/ koridor Rumah Sakit yang lebar dengan yang sudah dilengkapi dengan saluran oksigen, *suction*, gantungan infus. Daerah ini akan sangat berguna bila terjadi korban massal untuk menampung pasien-pasien dengan *tag* hijau dan kuning.
- 8) Ruang resusitasi (*true emergency* dan pasien yang potensial menjadi *true emergency* dengan gangguan A (*Airway*), B (*Breathing*) C (*Circulation*) D (*Disability*) E (*Exposure-Hipotermi*) *tag* merah berdampingan dengan *triase area*. Jumlah tempat tidur sesuai dengan 10% sampai 20% jumlah pasien gawat darurat dalam sehari.
- 9) Ruang observasi/ *holding area* berdampingan dengan ruang resusitasi, sehingga dalam keadaan bencana massal ruangan ini dapat berubah untuk pasien-pasien dengan *tag* merah.
- 10) Unit gawat darurat sebaiknya berdampingan dengan ruang X-Ray, USG, CT-Scan, laboratorium, Bank Darah, Kamar Operasi Sentral, ICU, ICCU, SICU, PICU, NICU dan merupakan *Cluster* yang terpisah dari bagian rumah sakit lainnya karena bagian-bagian ini bekerja 24 (dua puluh empat) jam sedang yang lainnya tidak.

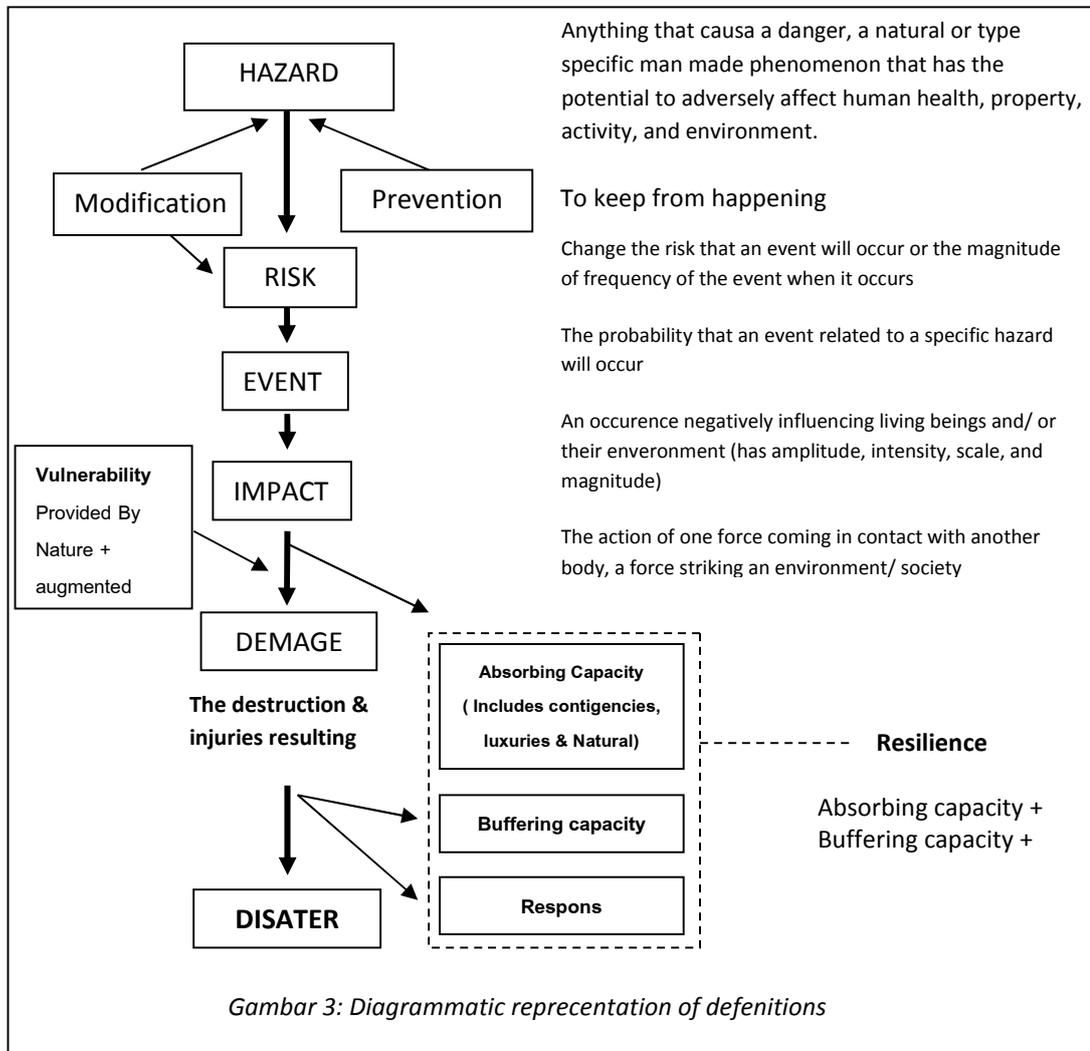
11) *Disaster plan* harus melibatkan instalasi lain dan masing-masing memiliki *disaster plan* yang menunjang *disaster plan* Rumah Sakit seperti *security/satpam*, Farmasi, Dapur, CSSD dan pusat komunikasi UGD/ RS. Satpam bekerja sama dengan Polisi untuk menjamin lalu lintas sekitar Rumah Sakit tidak macet. *Security* yang ketat sehingga tidak sembarang orang dapat masuk ke Rumah Sakit. Bila jumlah pasien masuk unit gawat darurat meningkat cepat, maka satpam memindahkan *triase area* ke pintu gerbang rumah sakit sehingga dapat dilakukan *triase* simultan beberapa pasien sekaligus dan tempat penampungan pasien sesuai *tag* nya dengan *disaster plan* sehingga tidak terjadi *Chaos*. Farmasi harus punya persediaan obat dan alat kesehatan untuk menunjang Unit Gawat Darurat (UGD), Kamar Operasi, menunjang tim yang akan dikirim ketempat bencana. Dapur mempunyai *disaster plan* untuk mensuplai makanan dan minuman yang cukup bagi personal yang bekerja maupun untuk pasien yang dirawat dan pasien korban bencana. CSSD menyediakan alkes dan baju operasi yang cukup. Pusat komunikasi harus mampu mengaktifkan semua personil yang diperlukan termasuk *Incident Commander / Disaster Plan Director*, menghubungi Rumah Sakit lain disekitarnya, Ambulans Gawat Darurat (AGD) 118, *Security/ Police, Rescue/ Dinas Pemadam Kebakaran*.

- c. *Urban Disaster Plan* bila bencana-korban massal terjadi didalam kota
- d. *Rural Disaster Plan* bila bencana-korban massal terjadi diluar kota.
- e. *Regional Disaster Plan* bila bencana-korban massal terjadi diluar propinsi dimana Rumah Sakit berada.
- f. *National Disaster Plan* bila bencana-korban massal dinyatakan sebagai bencana nasional
- g. *Disaster Plan* bila menghadapi peperangan, serangan terorisme, huru hara dan lain-lain. (Pusponegoro AD, 2011)

Tahapan manajemen penanggulangan bencana seperti tampak dibawah ini :

Gambar. 2.3

Diagrammatic Representation of Defentions



Sumber: Pre hospital and Disaster Medicine volume 17/ supplement 3 tahun 2006 (9:35)

- a. *Prevention*: merupakan tindakan untuk mencegah terjadinya *hazard* menjadi *event*. Kebakaran di Rumah Sakit dapat dicegah dengan tidak memakai bahan mudah terbakar. Di Rumah Sakit tidak memakai gorden, *wallpaper*, lantai *linoleum*, menyimpan oksigen dan bahan-bahan kimia yang mudah terbakar jauh dari

gedung rumah sakit. selain itu mencegah/ melarang pasien merokok karena ini merupakan penyebab kebakaran rumah sakit yang paling sering. Modifikasi dapat dilakukan dengan melakukan evakuasi pasien secara *horizontal* dengan pintu kedap api atau evakuasi *vertikal* dengan *lift* yang tahan api, ramp yang landai dan cukup lebar, mematikan oksigen, AC sentral supaya api tidak menyebar.

- b. *Mitigation*: merupakan suatu langkah untuk mengurangi risiko sehingga dapat meminimalisir terjadinya *event* yang terjadi misalnya dengan menyediakan alarm bila ada kebakaran kecil langsung bunyi sehingga dapat dilakukan pemadaman secepatnya sebelum kobaran api meluas. Atau dengan pendirian bangunan/ fasilitas kesehatan yang tahan terhadap api sehingga bila terjadi kebakaran alat/ bahan tersebut tidak terbakar.
- c. *Preparedness*: merupakan suatu langkah antisipatif dalam menghadapi *event* yang akan terjadi. Misalnya sebelum kebakaran meluas, ada sistem peringatan dini, ada petunjuk yang tersedia untuk diikuti oleh semua orang yang ada, sudah disiapkan jalur evakuasi, tempat penyelamatan diri, ada prosedur penyelamatan dalam keadaan darurat, ada rencana tanggap darurat, semua merupakan persiapan dalam menghadapi kebakaran yang mungkin terjadi.

- d. *Resilience*: merupakan suatu ketahanan lokal dari komunitas yang terkena bencana. Masyarakat harus mempunyai *disaster plan*, mengenal *disaster plan* dan pernah berlatih secara periodik dapat meningkatkan kemampuan masyarakat dalam penanganan bencana. *Resilience* ini berguna dalam manajemen bencana dari fase *impact* sampai *damage*. Adapun komponen *resilience* yaitu:
- 1). *Absorbing capacity*; merupakan kemampuan untuk meredam *event* yang telah terjadi. Misalnya dengan membangun bangunan dengan bahan yang tahan terhadap api sehingga bila terjadi kebakaran tidak termakan api/ terbakar.
 - 2). *Buffering capacity*; adalah merupakan kemampuan dalam mempersiapkan cadangan-cadangan kebutuhan saat terjadinya kebakaran yang berkontak dengan komunitas. Misalnya menyiapkan logistik, tempat evakuasi yang tahan terhadap api atau aman terhadap asap, menyiapkan obat.
- e. *Response*; merupakan suatu tindakan dalam menanggulangi *damage* yang disebabkan oleh kebakaran. Misalnya adanya tim untuk evakuasi, ambulans untuk membawa korban. Penanganan korban luka bakar, keracunan gas beracun/ asap, penyediaan O₂ oleh tim penolong. *Security*, *Rescue* dan petugas pemadam kebakaran.
- f. *Recovery and Development*; *Recovery* diartikan sebagai mengembalikan suatu keadaan pascabencana menjadi keadaan

semula seperti sebelum bencana terjadi, sedangkan *development* diartikan sebagai pembangunan daerah pascabencana menjadi lebih baik lagi dari keadaan prabencana.

C. Rencana Penyiagaan Penanggulangan Bencana Rumah Sakit

Berdasarkan SK Menkes Nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit bahwa di Rumah Sakit terdapat unit/tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit (K3RS) yang mempunyai tugas pokok menangani pencegahan dan pengawasan kecelakaan kerja.

Di sisi lain untuk kepentingan akreditasi rumah sakit ditetapkan bahwa setiap Rumah Sakit harus memiliki *Hospital Disaster Plan* (Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit) secara tertulis. Tetapi adanya perencanaan tertulis saja bukan berarti Rumah Sakit tersebut telah siap dalam menghadapi bencana, karena kesiagaan memerlukan pelatihan dan simulasi, sehingga tidak terjadi *the paper plan syndrome*. Kesiagaan Rumah Sakit baru dapat diwujudkan bila perencanaan tersebut ditindaklanjuti dengan terbentuknya Tim Penanggulangan Bencana di Rumah Sakit. Dalam realisasinya harus pula ditetapkan adanya kerja sama dengan instansi-instansi/unit kerja di luar Rumah Sakit (pelayanan ambulans, bank darah, dinas kesehatan, PMI, media dan Rumah Sakit lainnya) serta adanya pelatihan berkala terhadap

staf rumah sakit sehingga staf Rumah Sakit mengetahui dan terbiasa dengan perencanaan yang telah disusun agar dapat diterapkan.

1. Tim Penanggulangan Bencana Rumah Sakit

Struktur tim penanggulangan bencana bagi Rumah Sakit adalah :

a. Ketua :

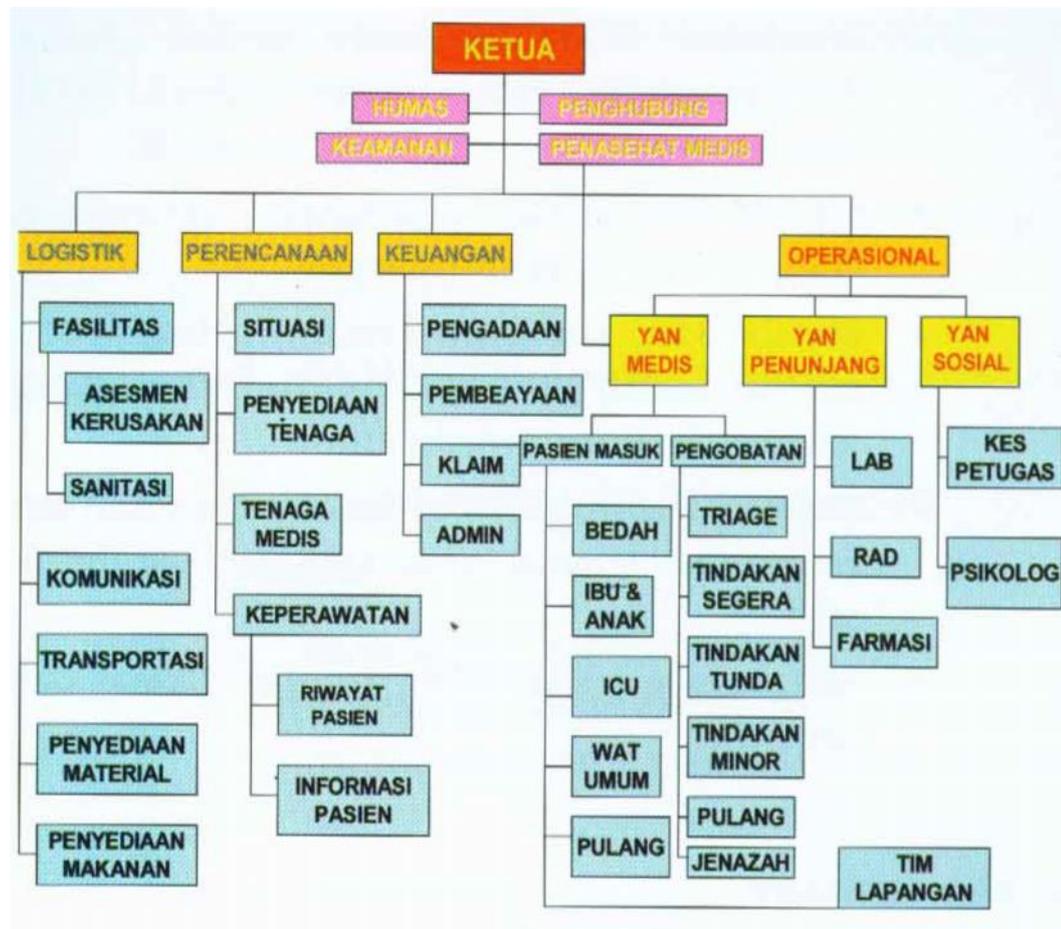
- 1) Dijabat oleh pimpinan rumah sakit
- 2) Dibantu oleh staf yang terdiri dari :
 - a) Penasehat Medik (ketua komite medik/direktur pelayanan/wadir pelayanan medic)
 - b) Humas
 - c) Penghubung
 - d) Keamanan

b. Pelaksana.

Disesuaikan dengan struktur organisai Rumah Sakit, meliputi :

- 1) Operasional
- 2) Logistik
- 3) Perencanaan
- 4) Keuangan

Gambar. 2.4
Struktur Organisasi



Sumber : Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi RS, hal. 15

Uraian Tugas dan Fungsi

(1) Ketua :

- 1) Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan penanggulangan bencana
- 2) Melakukan koordinasi secara *vertical* (BPBD Tingkat I dan II/BNPB) dan *horizontal* (RS lainnya, PMI dll)

- 3) Memberikan arahan pelaksanaan penanganan operasional pada tim di lapangan
- 4) Memberikan informasi kepada pejabat, staf *internal* RS dan instansi terkait yang membutuhkan serta media massa
- 5) Mengkoordinasikan sumber daya, bantuan SDM dan fasilitas dari *internal* dan *eksternal* RS.
- 6) Bertanggung jawab dalam tanggap darurat dan pemulihan.

(2) Pelaksana :

- 2) Operasional :
 - a) Menganalisa informasi yang diterima
 - b) Melakukan identifikasi kemampuan yang tersedia
 - c) Melakukan pengelolaan sumber daya
 - d) Memeriksa pelayanan medis (*triage*, pertolongan pertama, identifikasi korban, stabilisasi korban cedera)
 - e) Menyiapkan tim evakuasi dan transportasi (ambulans)
 - f) Menyiapkan area penampungan korban (cedera, meninggal dan pengungsi) di lapangan termasuk penyediaan air bersih, jamban dan sanitasi lingkungan, bekerja sama dengan instansi terkait
 - g) Menyiapkan tim keamanan
 - h) Melakukan pendataan pelaksanaan kegiatan
- 3) Perencanaan :
 - a) Bertanggung jawab terhadap ketersediaan SDM

- b) *Patient tracking* dan informasi pasien
- 4) Logistik :
- a) Bertanggung jawab terhadap ketersediaan fasilitas (peralatan medis, APD, obat-obatan, makanan, minuman, linen dll.
 - b) Bertanggung jawab pada ketersediaan dan kesiapan komunikasi *internal* maupun *eksternal* RS
 - c) Menyiapkan transportasi untuk tim, korban bencana dan yang memerlukan
 - d) Menyiapkan area untuk isolasi dan dekontaminasi (jika diperlukan)
- 5) Keuangan :
- a) Merencanakan anggaran penyiagaan penanggulangan bencana (pelatihan, penyiapan alat, obat-obatan dll)
 - b) Melakukan administrasi keuangan pada saat penanganan bencana.
 - c) Melakukan pengadaan barang (pembelian yang diperlukan)
 - d) Menyelesaikan kompensasi bagi petugas (bila tersedia) dan klaim pembiayaan korban bencana.

Dalam pelaksanaan penanganan bencana diperlukan dukungan pelayanan medis (*medical support*) maupun dukungan manajerial (*management support*) yang memadai. Dukungan

tersebut harus sudah 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 *life saving* sampai peralatan terapi deponitif.
 - c) Menyiapkan SDM dengan sesuai kemampuan sesuai standart pelayanan dan standar kompetensi.
 - d) Menyiapkan prosedur-prosedur khusus dalam melaksanakan dukungan medis.
- 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/pengiriman pasien.
 - g) Menetapkan masa pengakhiran kegiatan penanggulangan bencana.
 - h) Menyiapkan sarana fasilitas komunikasi di dalam dan di luar Rumah Sakit.

- i) Menangani masalah pemberitaan media dan informasi bagi keluarga korban.
- j) Menyiapkan fasilitas transportasi untuk petugas dan korban/pasien (transportasi darat, laut dan udara)

Untuk meningkatkan kesiapsiagaan Rumah Sakit dalam menghadapi bencana *internal* maupun *eksternal*, Rumah Sakit harus menyiapkan Sumber Daya Manusia (SDM), material (sarana dan prasarana), metode (SOP) dan keuangan.

2. Sumber Daya Manusia (SDM)

a. Perencanaan Kebutuhan SDM

Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dalam penanggulangan krisis akibat bencana mengikuti siklus penanggulangan bencana, yaitu mulai pra, saat dan pasca bencana.

1) Prabencana

Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan pada pada masa prabencana menyangkut penempatan SDM kesehatan dan pembentukan tim penanggulangan krisis akibat bencana. Dalam perencanaan penempatan SDM kesehatan untuk pelayanan kesehatan pada kejadian bencana perlu diperhatikan beberapa hal berikut :

- a) Analisis risiko pada wilayah rawan bencana
- b) Kondisi penduduk di daerah bencana (geografi, populasi, ekonomi, sosial budaya dan sebagainya)

- c) Ketersediaan fasilitas kesehatan
- d) Kemampuan SDM kesehatan setempat
- e) Kebutuhan minimal pelayanan kesehatan di wilayah setempat.

Disamping upaya pelayanan kesehatan (kegiatan teknis medis) diperlukan ketersediaan SDM Kesehatan yang memiliki kemampuan manajerial dalam upaya penanggulangan krisis akibat bencana. Untuk mendukung kebutuhan tersebut, maka tim tersebut harus menyusun rencana:

- a) Kebutuhan anggaran (*contingency budget*).
- b) Kebutuhan sarana dan prasarana pendukung.
- c) Peningkatan kemampuan dalam penanggulangan krisis akibat bencana.
- d) Rapat koordinasi secara berkala.
- e) Gladi posko dan gladi lapangan.

2) Saat dan Pascabencana

Pada saat terjadi 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. Koordinator Tim dijabat oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/ Kota (mengacu Surat

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1653/Menkes/SK/XII/2005).

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 org
- (b) Dokter Spesialis Bedah : 1 org
- (c) Dokter Spesialis Anestesi : 1 org
- (d) Perawat mahir (perawat bedah, gadar) : 2 org
- (e) Tenaga DVI : 1 org
- (f) Apoteker/Asisten Apoteker : 1 org
- (g) Supir ambulans : 1 org

(2) Surveilans Ahli epidemiologi/Sanitarian : 1 org

(3) Petugas Komunikasi : 1 org

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

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 org
 (2) Ahli epidemiologi : 1 org
 (3) Sanitarian : 1 org

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 :

No	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga
1.	Dokter Umum	PPGD/GELS/ATLS/ACLS
2.	Apoteker dan Asisten Apoteker	Pengelolaan Obat dan Alkes
3.	Perawat (D3/Sarjana Keperawatan)	Emergency Nursing/PPGD/BTLS/PONED/PONEK/ICU
4.	Perawat Mahir	Anastesi/Emergency Nursing
5.	Bidan (D3 Kebidanan)	APN dan PONED
6.	Sanitarian (D3/D4 Kesling/Sarjana Kesmas)	Penanganan Kualitas Air Bersih dan Kesling
7.	Ahli Gizi (D3/D4 Gizi/Sarjana Gizi)	Penanganan Gizi Darurat
8.	Tenaga Surveilans (D3/D4 Kesehatan/Sarjana Kesmas)	Surveilans Penyakit
9.	Ahli Entomolog (D3/D4 Kesehatan/Sarjana Kesmas/Sarjana Biologi)	Pengendalian Vektor

Sumber : Depkes, 2006

3) Kebutuhan Jumlah Minimal SDM Kesehatan

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 laboratoruim adalah 2 orang
- (7) Kebutuhan epidemiolog adalah 2 orang
- (8) Kebutuhan entomolog adalah 2 orang
- (9) Kebutuhan sanitarian adalah 4-8 orang

Sementara itu untuk pelayanan kesehatan bagi pengungsi dengan jumlah sampai 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.

b) Rumus untuk menghitung jumlah kebutuhan SDM Kesehatan fasilitas rujukan atau Rumah Sakit :

(1) Kebutuhan dokter umum = $(\text{jml pasien}/40) - \text{jml dokter umum yang ada di tempat}$

Contoh perhitungan:

Andaikan jumlah pasien yang perlu mendapatkan penanganan dokter umum adalah 80 orang/hari, sementara jumlah dokter umum yang masih dibutuhkan adalah : $(80/40) - 1 = 2 - 1 = 1$ orang

c) Jumlah jam Perawat dapat dihitung :

(1) Berdasarkan klasifikasi pasien dalam satu ruangan

(Peny. Dalam: 3,5 jam/hr; Bedah: 4 jam/hr; Gawat: 10 jam/hr; kebidanan: 2,5 jam/hr)

(2) Berdasarkan tingkat ketergantungan keperawatan

(minimal: 2 jam/hr; sedang: 3,08 jam/hr; agak berat: 4,15 jam/hr; dan maksimal: 6,16 jam/hr)

b. Pemberdayaan Tenaga

1) Distribusi

Distribusi dalam rangka penempatan SDM Kesehatan ditujukan untukantisipasi pemenuhan kebutuhan minimal tenaga pada pelayanan kesehatan akibat bencana. Penanggung jawab dalam pendistribusian SDM Kesehatan untuk tingkat Provinsi/Kota adalah Kepala Dinas Kesehatan.

2) Mobilisasi

Mobilisasi SDM Kesehatan dilakukan dalam rangka pemenuhan kebutuhan SDM pada saat dan pascabencana bila :

- a) Masalah kesehatan yang timbul akibat bencana tidak dapat diselesaikan oleh daerah tersebut sehingga memerlukan bantuan dari daerah lain/regional.
- b) Masalah kesehatan yang timbul akibat bencana seluruhnya tidak dapat diselesaikan oleh daerah tersebut sehingga memerlukan bantuan dari regional dan nasional.

Langkah-langkah mobilisasi yang dilakukan :

- a) Menyiagakan SDM Kesehatan untuk ditugaskan ke wilayah yang terkena bencana.
- b) Menginformasikan kejadian bencana dan meminta bantuan melalui :
 - (1) Jalur administrasi/Depdagri (Puskesmas - Camat - Bupati - Gubernur - Mendagri)
 - (2) Jalur administrasi/Depkes (Puskesmas - Dinkes Kab/Kota - Dinkes Prov - Depkes)
 - (3) Jalur rujukan medik (Puskesmas - RS Kab/Kota - RS Prov - RS rujukan wilayah – Dirjen Bina Yanmed/ Depkes)

3) Peningkatan dan Pengembangan

Peningkatan dan pengembangan SDM Kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan untuk penanggulangan bencana SDM Kesehatan dan diarahkan untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan tugasnya secara profesional. Melalui pembinaan yang dilaksanakan secara teratur dan berkesinambungan, diharapkan kinerja SDM Kesehatan dapat meningkat lebih baik. Pembinaan dilaksanakan dengan cara sebagai berikut :

- a) Supervisi dan bimbingan teknis secara terpadu untuk menyelesaikan masalah.
- b) Pendidikan *formal* dalam bidang penanggulangan bencana.
- c) Pelatihan/kursus mengenai teknis medis dan penanggulangan bencana.
- d) Melakukan gladi posko secara terstruktur, terprogram, terarah, dan terkendali serta berkala.
- e) Pertemuan ilmiah (seminar, workshop, dan lain-lain)
- f) Pembahasan masalah pada rapat intern dalam lingkup kesehatan ataupun secara terpadu lintas sektor diberbagai tingkat administratif.

3. Fasilitas, Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

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.

Sistem penanganan bencana secara keseluruhan seharusnya sudah ada sebelum terjadi bencana. Dalam artian bahwa persiapan fasilitas di Rumah Sakit sangat diutamakan demi kelangsungan jalannya penanggulangan bencana secara operasional, misalnya :

- a. Siapa yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan di lapangan.
- b. Apakah tim evakuasi korban sudah siap, dan
- c. Rumah Sakit mana saja yang siap menampung para korban bencana serta kemana akan dirujuk para korban yang tidak dapat ditangani oleh Rumah Sakit tersebut.
- d. Apakah fasilitas alat dan ruangan sudah siap.

Seringkali yang dianggap fasilitas dalam Rumah Sakit hanyalah alat-alat yang dibutuhkan dalam penanganan korban. Penanganan Bencana di Rumah Sakit mempunyai beberapa unsur, yaitu selain kebutuhan dalam bidang medis, juga dalam bidang manajemen.

a. Fasilitas dan sarana prasarana utama/inti yang diperlukan dalam penanganan bencana atau dalam situasi *emergency* yang terdiri dari tiga komponen utama :

1) Umum yang Meliputi :

a) Pos komando, diharapkan dalam ruangan ini terdapat :

(1) Peta RS

(2) Peta kota tersebut dan propinsi

(3) Alat komunikasi (telepon dan radio frekuensi)

(4) Komputer, printer dan internet

(5) Televisi

(6) Nomor-nomor telepon penting (karyawan dan RS terdekat)

(7) Peta bangunan sekitar untuk pelebaran ruangan

(8) Buku protap

(9) Alur sistem komando

b) Humas atau Pusat Informasi :

(1) Papan tulis utk laporan data korban

(2) Meja

(3) Kursi

(4) Telepon

(5) Komputer , printer dan internet

(6) Humas yang mampu berbahasa inggris

c) Dapur umum

- d) Gudang logistik untuk penerimaan bantuan; dibedakan dengan gudang logistik yang sehari-hari
 - e) Tempat berkumpulnya relawan ; relawan disini adalah relawan yang sudah siap untuk masuk tugas di Rumah Sakit. Yang sudah tercatat dengan jelas oleh pihak pencatat relawan di Rumah Sakit tersebut.
 - f) Tempat berkumpulnya keluarga pasien; penting dipikirkan agar tidak lalulalang tidak jelas sehingga membuat situasi Rumah Sakit tambah kacau karena banyaknya keluarga pasien di lorong-lorong rumah sakit.
 - g) *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 untuk dibuka agar pasien dapat ditempatkan ke bangsal tertutup tadi (bangsal tambahan) dengan menggunakan strategi “*surging in place*” guna meningkatkan kapasitas lonjakan di Rumah Sakit (*the hospital’s surge capacity*).
- 2) Penanganan Korban, yang meliputi :
- a) Triage

Dengan menempatkan pasien sesuai dengan kondisinya, seperti merah, kuning, hijau dan hitam.

b) Ruang tindakan;

(1) Ruang tindakan merah jika tidak mampu di terima di ruang gawat darurat maka penting dicarikan dan disiapkan tempat lain yang berdekatan dengan ruang gawat darurat, serta alur ke kamar operasi juga disiapkan agar lebih gampang dan tidak berjauhan.

(2) Ruang tindakan kuning diharapkan juga bisa berdekatan dengan ruang tindakan merah

(3) Ruang tindakan hijau jika tidak ada ruangan maka dapat dialokasikan di lapangan parkir

(4) Sedangkan untuk yang hitam sedapat mungkin alurnya tidak melalui ruangan dalam rumah sakit , jadi melalui luar yang langsung menuju kamar jenazah

c) Kamar operasi; peralatan kamar operasi diharapkan selalu dalam keadaan baik dan siap pakai

(1) Ruang isolasi

(2) Ruang perawatan (*intensive care, intermediate, bangsal*) dan

(3) Kamar jenazah.

3) Fasilitas Penunjang, yang meliputi :

a) Listrik (genset dan UPS)

- b) Sistem supply air bersih.
- c) Gas Medis.
- d) CSSD.
- e) Penyimpanan bahan bakar.
- f) Sistem komunikasi.
- g) Pengolahan limbah dan
- h) Sistem tata udara di *critical area*.

Rencana Cadangan (atau *Plan B*) apabila terdapat kerusakan pada fasilitas dan sarana prasarana yang sedianya disiapkan untuk penanganan bencana. Fasilitas yang disiapkan diluar wilayah rumah sakit misalnya bangunan *nonmedik* seperti, Rumah Sakit hewan, pusat konvensi, aula, hangar, sekolah, area sport dan hotel. Ini penting disiapkan bila Rumah Sakit itu sendiri yang mengalami bencana.

b. Alat-alat Medis dan Penunjang

Alat-alat medis dan penunjang yang diperlukan dalam penanganan bencana atau dalam situasi emergency. Fasilitas medik yang *mobile*/bergerak, sebagai contoh jika Rumah Sakit mempunyai mobil besar yang berisi peralatan operasi dan tempat tidur bagi korban. Alat-alat medis *portable* atau alat yang dapat dibawa-bawa kelapangan bila banyak korban yang diletakkan di halaman Rumah Sakit. Keadaan diatas merupakan bencana yang terjadi diluar rumah sakit (*external disaster*), sehingga kita hanya

bertugas menyiapkan dan membantu korban. Tetapi penting disiapkan jika rumah sakit itu sendiri terkena bencana (*internal disaster*).

c. Fasilitas yang perlu disiapkan jika rumah sakit itu sendiri yang terkena bencana (*internal disaster*) adalah :

- 1) Tanda evakuasi
- 2) Jalur evakuasi cepat
- 3) Tempat berkumpul
- 4) Gudang logistik cadangan
- 5) Pintu darurat
- 6) Ramp
- 7) Jejaring dengan gedung yang berdekatan dengan rumah sakit

Jika fasilitas telah disiapkan, yang harus diperhatikan lagi untuk dipertimbangkan adalah :

- 1) Harus diprioritaskan kebutuhan keadaan darurat
- 2) Jangka waktu fasilitas tersebut akan digunakan
- 3) Biaya yang dibutuhkan untuk penyediaan fasilitas tersebut

4. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Setelah semua fasilitas dipersiapkan maka penting di buat adanya prosedur tetap terhadap ruangan maupun peralatan yang akan digunakan dalam penanggulangan bencana. Semua prosedur tetap disiapkan agar ruangan maupun peralatan dapat selalu terpelihara dan dapat digunakan sewaktu-waktu bila terjadi bencana.

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

a. 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.

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

- 1) Dengan melakukan pengiriman Tim Reaksi Cepat/ Tim Aju/ *Advance Team* untuk external disaster berkoordinasi dengan Tim Reaksi cepat di tingkat daerah.
- 2) Memberlakukan Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana Bagi Rumah Sakit secara partial sesuai dengan kejadian bencana.
- 3) Melakukan mobilisasi dan aktivasi sumberdaya (SDM dan fasilitas).
- 4) Melengkapi informasi melalui komunikasi dan melakukan koordinasi.

c. Tahap Operasional (*Operation Stage*)

- 1) Memberlakukan Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana Rumah Sakit (P3B-RS) secara penuh, dimulai dengan melakukan briefing kepada Tim Penanganan Bencana Rumah Sakit.

- 2) Mengirimkan tim ke lapangan, menyiapkan Rumah Sakit untuk menerima korban massal di Rumah Sakit, melakukan penanganan medis dilapangan, melakukan transportasi evakuasi (rujukan), penanganan korban cedera, pengungsian dan korban meninggal dunia.
- 3) Menilai dan melakukan *hospital evacuation* dan tindakan-tindakan yang diperlukan sesuai dengan kondisi bencana.

d. Tahap Konsolidasi (*Consolidation Stage*)

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

Seringkali terjadi saat obat-obatan yang dibutuhkan maka pemegang kunci tidak berada di tempat . Ini dapat dihindari bila tiap Rumah Sakit disediakan prosedur tetap terhadap ruangan yang akan dipakai maupun peralatan yang akan digunakan. Termasuk juga peralatan listrik maupun peralatan *portable* bila akan dipakai pihak tim evakuasi maupun tim lapangan.

Prosedur tetap yang perlu ada dalam tiap Rumah Sakit seperti :

External disaster :

1. Protap musibah massal dan bencana alam.
2. Protap bencana kimia.
3. Protap KLB (flu burung, flu babi, demam berdarah/DBD).
4. Protap kamar operasi.

5. Protap aktivasi bencana.
6. Protap pelimpahan wewenang.
7. Protap triase (hijau, kuning, merah, biru , hitam).
8. Protap critical care.
9. Protap isolasi.
10. Protap pengadaan dan penyediaan barang.
11. Protap manajemen bantuan.
12. Protap dapur umum.
13. Protap manajemen media.
14. Protap transportasi (medis dan non medis).
15. Protap pemulangan pasien.
16. Protap ambulans.
17. Protap keamanan.
18. Protap sistem komunikasi .
19. Protap pencatatan dan plaporan (rekam medik).
20. Protap logistik.
21. Protap manajemen relawan.
22. Protap mobilisasi internal (SDM,sarana,rasarana).
23. Protap administrasi dan keuangan.
24. Protap rujukan berdasarkan kasus dan kelebihan kapasitas.
25. Protap kamar jenazah.
26. Protap *extensi* kapasitas ruangan.
27. Protap jejaring untuk *extensi* kapasitas.

28. Protap pemakaman jenazah masal (*infeksius* dan *non infeksius*) termasuk prosesi keyakinan.

29. Protap *expatriot*.

30. Protap mobilisasi SDM internal dan external RS

Internal Disaster :

1. Protap jalur evakuasi.

2. Protap aktivasi.

3. Protap *critical care*

Protap–protap yang ada diatas semua disesuaikan dengan keadaan Rumah Sakit. Karena pada Rumah Sakit tipe A akan berbeda kebutuhan dan persiapan yang harus disediakan dengan rumah sakit tipe B, C ataupun D.

5. Keuangan

Penyusunan anggaran untuk penanganan pra bencana, saat bencana dan pasca bencana adalah sebagai berikut:

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 antara instansi, melakukan pelatihan simulasi secara periodik.

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.

c. Pasca Bencana

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

Sumber pembiayaan berasal dari pemerintah sesuai dengan ketentuan UU nomor 24 tahun 2007: pembiayaan didapat dari pemerintah, dapat berupa penggantian berdasarkan laporan yang dibuat oleh rumah sakit difasilitasi oleh Dinas Kesehatan setempat/ Departemen Kesehatan melalui Badan Penanggulangan Bencana Daerah/BPBD. (Dirjen Yanmed Depkes RI, 2009)

Sebagian besar pembiayaan untuk kegiatan-kegiatan Penanggulangan bencana terintegrasikan dalam kegiatan-kegiatan Pemerintahan dan pembangunan yang dibiayai dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional, Propinsi atau Kabupaten/Kota. Kegiatan sektoral dibiayai dari anggaran masing-masing sektor yang bersangkutan. Kegiatan-kegiatan khusus seperti pelatihan, kesiapan, penyediaan peralatan khusus dibiayai dari pos-pos khusus dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional, Propinsi atau Kabupaten/Kota. (Perka BNPB No. 4, 2008)

D. Koordinasi, Diseminasi dan Sosialisasi

Koordinasi dilakukan antar unit kerja didalam unit Rumah Sakit dan antar instansi di luar Rumah Sakit (kepolisian, Pemadam Kebakaran, Palang Merah Indonesia, Rumah Sakit lain, Lembaga Swadaya Masyarakat, Badan Metereologi dan Geofisika, Dinas Kesehatan, Badan Penanggulangan Bencana Daerah dan lain-lain). Realisasi koordinasi dapat berbentuk kesepakatan antar instansi (MoU) bila diperlukan atau berdasarkan pertemuan berkala yang diselenggarakan terus menerus.

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

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

E. Kerangka Konsep Penelitian

