

**ANALISIS KESIAPAN MENGHADAPI BENCANA DI INSTALASI
RAWAT DARURAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF.
ANWAR MAKKATUTU KABUPATEN BANTAENG**

***ANALYSIS OF DISASTER FACING READINESS IN EMERGENCY
CARE INSTALLATION (ECI) OF PROFESSOR ANWAR
MAKKATUTU HOSPITAL OF BANTAENG REGENCY***



Oleh :

Muh. Amir Achmad

P 1508201018

PROGRAM S2 EMERGENCY DAN DISASTER

FAKULTAS KEDOKTERAN UNHAS

2012

Lampiran lembar pernyataan keaslian tesis

PERNYATAAN KEASLLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Muh Amir Achmad

Nomor Mahasiswa : P1508201018

Program Studi : Biomedik (Emergency Dan Disaster
anagement)

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis/disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakann hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan 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 ,.....

Yang menyatakan

Muh Amir Achmad

Abstrak

Muh. Amir Achmad. Analisis Kesiapan Menghadapi bencana di IRD RSUD Prof Anwar makkatutu Kab Bantaeng (dibimbing oleh Husni Tanra dan Ridwan Amiruddin)

RSUD Prof. Anwar Makkatutu merupakan rumah sakit milik pemerintah, Kabupaten Bantaeng dan merupakan pusat rujukan di Kabupaten Bantaeng. RSUD Prof. Anwar Makkatutu merupakan satu-satunya rumah sakit yang melayani masyarakat Kabupaten Bantaeng, juga melayani penduduk tetangga seperti Kabupaten Bulukumba dan Jeneponto

Penelitian ini bertujuan mengetahui kesiapan IRD RSUD prof Anwar Makkatutu kab Bantaeng dalam menghadapi bencana, dilakukan studi deskriptif dengan rancangan komparasi atas standar yang baku terhadap keadaan di IRD melalui pendekatan kuantitatif data sekunder dan kualitatif.

Responden penelitian ini adalah petugas IRD sebanyak 32 orang. Dilanjutkan dengan wawancara dengan Direktur, Kepala IRD dan Penanggung jawab perawatan IRD. Digunakan analisa univariat dari data kuisisioner kemudian dilakukan pembobotan sehingga dihasilkan skor kesiapan IRD, selanjutnya dianalisis kesenjangan melalui wawancara.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa IRD Prof Anwar makatutu kab Bantaeng memiliki kesiapan 78 % dalam menghadapi bencana. Yang menjadi kendala yaitu masih belum optimalnya organisasi dan tata laksana IRD, masih kurangnya alat komunikasi dan sistem komunikasi dan transportasi di IRD , masih adanya ruangan di IRD yang belum ada dan belum maksimal. Semua hal tersebut perlu perhatian dan perencanaan pada pembangunan IRD pada RSUD Prof Anwar Makkatutu yang baru.

Kata Kunci : Analisis kesiapan Menghadapi Bencana, di Instalasi gawat darurat,

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRAC	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xii
I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
E. Ruang Lingkup Penelitian	6
II. TINJAUAN PUSTAKA	

A.	Tinjauan Umum Tentang Bencana.....	7
B.	Manajemen Penanggulangan Bencana Rumah Sakit.....	16
C.	Rencana Penyiagaan Bencana Rumah Sakit	24
D.	Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu	28
E.	Safe Community.....	32
F.	Brigade Siaga Bencana	33
G.	Intalasi Rawat Darurat.....	36
H.	Perangkat Lunak.....	38
III.	METODE PENELITIAN	
A.	Jenis dan Desain Penelitian.....	43
B.	Waktu dan Lokasi Penelitian	43
C.	Populasi dan Sampel	45
D.	Pengumpulan Data	45
E.	Wawancara Mendalam	46
F.	Alat Pengumpulan Data	46
G.	Pengolahan Data	47
H.	Analisis Data	47
I.	Defenisi Operasional	48
J.	Kerangka Konsep.....	51
IV.	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A.	Gambaran Umum Rumah Sakit Prof Anwar Makkatutu	53
B.	Hasil Penelitian.....	55
V.	KESIMPULAN DAN SARAN	

A. Kesimpulan.....	85
B. Saran.....	86

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
Tabel 4.1	Observasi Ketentuan Umum IRD RSUD Prof. Anwar Makkatutu	57
Tabel 4.2	fasilitas dan perawat IRD RSUD Prof . Anwar Makkatutu kabupaten Bantaeng.....	58
Tabel 4.3	Kesiapan Organisasi dan Tatalaksana IRD.....	59
Tabel 4.4	Kebijakan dan Prosedur (SOP) IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.....	59
Tabel 4.5	Distribusi Responden Berdasarkan Umur di IRD RSUD Prof.Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.....	60
Tabel 4.6	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.....	61
Tabel 4.7	Distribusi Responden Berdasarkan Status Kepegawaian di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.....	61
Tabel 4.8	Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.....	62
Tabel 4.9	Distribusi Responden Berdasarkan Lama Kerja di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.....	62.
Tabel 4.10	Distribusi Responden Berdasarkan Pelatihan PPGD di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.....	63

Tabel 4.11	Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Biaya dalam Pelaksanaan Pelatihan di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.....	63
Tabel 4.12	Kesiapan Sumber Daya Manusia/Ketenagaan Berdasarkan Jenis dan Waktu Bertugas.....	64
Tabel 4.13	Hasil Observasi Kesiapan Perlengkapan Non Medis.....	65
Tabel 4.14	Hasil Observasi Fasilitas alat dan Obat.....	66
Tabel 4.15	Observasi Ruang IRD Berdasarkan Fisik Sarana dan Prasarana.....	67

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Wilayah negara kesatuan Republik Indonesia memiliki kondisi geografis, geologis, hidrologis, dan demografis yang memungkinkan terjadinya bencana, baik yang disebabkan oleh faktor alam, faktor non alam maupun faktor manusia yang menyebabkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis yang dalam keadaan tertentu dapat menghambat pembangunan nasional (UU RI No 24 tahun 2007).

Kondisi daerah rawan bencana berisiko menimbulkan kerusakan, luka dan kematian yang memerlukan tanggapan cepat dan tepat dari seluruh komponen masyarakat khususnya sarana pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan dalam penanganan kasus-kasus emergensi seyogyanya lebih siap menghadapi dampak bencana baik bencana di luar rumah sakit maupun di dalam rumah sakit. Rumah sakit dalam keadaan bencana pun diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan sehari-hari di samping juga melayani korban akibat bencana dan secara aktif membantu dalam penyelamatan nyawa korban bencana.

Indonesia yang terletak pada pertemuan tiga lempengan besar seperti lempengan Eurasian, lempengan Pasifik dan lempengan Indo-Australia menyebabkan indonesia terancam bencana alam, Selain

itu bersamaan dengan meningkatnya bencana akibat ulah manusia (Depkes RI, 2001).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia selama dekade 1990 telah menyusun *Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Bencana/ Sehari-hari* (SPGDT-B/S) yang ditetapkan melalui surat keputusan Direktorat Jendral Pelayanan Medik No.HK. 00. 06. 3. 4.1630 dan mencanangkan Deklarasi Makassar 2000 yang antara lain berupaya memasyarakatkan SPGDT-B/S dan dibentuknya Brigade Siaga Bencana atau Brigade Gawat Darurat.

Ditinjau dari segi epidemiologi, Indonesia tengah mengalami transisi epidemiologi penyakit di mana pada saat bersamaan di jumpai "*triple burden*" Masalah kesehatan yaitu masalah kesehatan lama seperti diare, ISPA, kurang gizi, tingginya MMR, dan IMR. Masalah kesehatan yang lama muncul kembali seperti TBC, Malaria, dan masalah-masalah kesehatan baru akibat penyakit tidak menular seperti cedera, keracunan, NAPZA, penyakit vascular dan lain-lain, serta munculnya penyakit AIDS. Perubahan pola penyakit tersebut telah diikuti dengan peningkatan kasus-kasus gawat darurat baik karena meningkatnya kasus darurat sehari-hari maupun karena musibah massal, bencana alam atau ulah manusia (Guntur, 2001).

Penelitian yang dilakukan di 7 (tujuh) rumah sakit di wilayah Cirebon, hasil penelitian menunjukkan bahwa Rumah Sakit Umum Daerah di wilayah Cirebon tidak siap menghadapi kegawat daruratan bencana/sehari-hari. Penyebab ketidaksiapan adalah Kurangnya

dukungan para Direktur Rumah Sakit, Kurangnya kepedulian kepala IRD dan Kurangnya sosialisasi serta dukungan akan kelengkapan sumber daya (Suhardi E, 2003).

RSUD Prof. Anwar Makkatutu merupakan rumah sakit milik pemerintah, Kabupaten Bantaeng dan merupakan pusat rujukan di Kabupaten Bantaeng. RSUD Prof. Anwar Makkatutu merupakan satu-satunya rumah sakit di kawasan selatan provinsi Sulawesi Selatan yang melakukan mitra kerja sama dengan Brigade Siaga Bencana (BSB) dalam melayani pasien. RSUD Prof Anwar Makkatutu selain melayani penduduk Kabupaten Bantaeng, juga melayani penduduk tetangga seperti Kabupaten Bulukumba dan Jeneponto.

BSB Kabupaten Bantaeng telah melayani Kasus kerja sama dengan RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng. 2237 Kasus, sebanyak 49,2 % diantaranya adalah kasus kecelakaan lalu lintas. Dan pada tahun 2009 sampai 2011 BSB Kabupaten Bantaeng telah merujuk pasien ke RSUD Prof Anwar Makkatutu sebanyak 1754 Pasien (BSB Kabupaten Bantaeng 2011).

Rumah Sakit Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng merupakan Rumah sakit Tipe C milik pemerintah Kabupaten Bantaeng. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan untuk yang memberikan pelayanan dasar yang bersifat pokok seperti rawat jalan, rawat inap, gawat darurat kebidanan/kandungan dan imunisasi, juga memberikan pelayanan penunjang seperti radiologi, ultrasonografi, rehabilitasi medik, laboratorium, unit pelayan transfusi darah, serta

pelayanan rujukan. Rumah sakit ini berkapasitas 85 tempat tidur dengan jumlah tenaga 182 orang; terdiri dari 20 orang tenaga medis, 111 orang tenaga perawat dan 51 orang tenaga non medis non perawatan (Profil RS Daerah Bantaeng, 2010)

B. Rumusan masalah

Kesiapan penanggulangan gawat darurat seperti terdapat dalam sistem penanggulangan gawat darurat terpadu bencana/ sehari-hari meliputi sub sistem komponen rumah sakit adalah persyaratan dalam keberhasilan penanggulangan gawat darurat bencana atau sehari-hari. Saat ini belum diketahui kesiapan RSUD Prof. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng untuk menghadapi bencana, maka yang jadi pertanyaan dalam penelitian ini adalah:

“Bagaimana kesiapan *Instalasi Rawat Darurat* di RSUD Prof Anwar Makkatutu kabupaten Bantaeng dalam penanggulangan gawat darurat terpadu baik dalam bencana maupun sehari-hari ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui kesiapan IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu kabupaten Bantaeng dalam penanggulangan gawat darurat terpadu baik dalam bencana maupun sehari-hari.

2. Tujuan Khusus

1. Untuk Mengetahui kesiapan organisasi dan tata laksana di IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng melaksanakan SPDGT-B/S.

2. Untuk Mengetahui kesiapan sumber daya manusia di IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng melaksanakan SPDGT-B/S.
3. Untuk Mengetahui kesiapan sistem komunikasi di IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng melaksanakan SPDGT-B/S.
4. Untuk Mengetahui kesiapan alat kesehatan dan obat di IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng melaksanakan SPDGT-B/S.
5. Untuk Mengetahui kesiapan ruangan IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng melaksanakan SPDGT-B/S.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1. Manfaat praktis

Menjadi salah satu informasi penting bagi penentu kebijakan di tingkat RSUD Prof Anwar Makatutu Kabupaten Bantaeng, tentang gambaran rencana tanggap darurat terpadu di rumah sakit saat ini untuk dilakukan tindak lanjut.

2. Manfaat Akademis

Dalam bidang akademik atau ilmiah memperoleh gambaran tentang rencana tanggap darurat terpadu di rumah sakit sehingga berguna sebagai 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 Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

4. Manfaat Bagi Petugas Rumah Sakit

Bagi petugas rumah sakit dapat menjadi referensi bagaimana pelaksanaan tanggap darurat terpadu sehari-hari dan bencana di RSUD Prof Anwar makkatutu Kabupaten Bantaeng

E. Ruang Lingkup Penelitian

- a. Penelitian pada IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu kabupaten Bantaeng.
- b. Penelitian menggunakan data IRD maupun bagan yang terkait di RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.
- c. Penelitian ini dilanjutkan dengan wawancara mendalam.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang 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 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 penyebab 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 yang 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. Kebakaran adalah suatu kejadian tapi kerusakan bangunan, peralatan dan korban manusia, bila tidak dapat diatasi dengan sumber daya setempat adalah merupakan bencana.

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 2 (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*).

4. Permasalahan Kesehatan Akibat Bencana

Masalah kesehatan pada korban bencana yang sering terjadi:

- 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 (lanjut). Kasus-kasus trauma banyak terjadi pada korban bencana gempa bumi, tsunami, tanah longsor, banjir, angin puyuh, kerusakan, 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, kerusakan, tindakan teror bom, dan lain-lain.

d) Keluhan psikologis dan gangguan psikiatrik (stres pascatrauma)

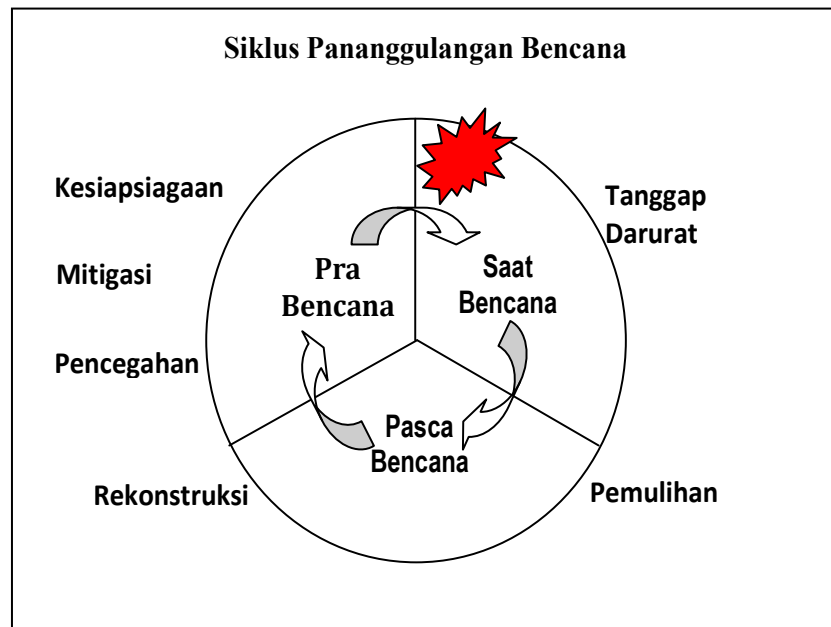
Stres pascatrauma adalah keluhan yang berhubungan dengan pengalaman selama bencana terjadi. Kasus ini sering ditemui hampir di setiap kejadian bencana.

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.

5. Siklus Penanggulangan Bencana

Upaya yang dilakukan dalam manajemen penanggulangan bencana dibagi dalam tiga tahap sesuai dengan siklus dibawah ini:



Sumber : Depkes RI, 2009 Dalam Pedoman Penyiagaan Bencana Bagi RS

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.
- 2) Informasi ini dapat diperoleh dengan melihat keadaan geografis wilayah setempat.
- 3) 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.
- 4) 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 Pemda, RSUD, TNI, POLRI, Dinas Kessos, PMI, Ormas, LSM, 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 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 di Kabupaten/Kota.

2. Respon pelayanan saat bencana (tanggap darurat)

Menurut Nurdin Perdana, 2007: Respon pelayanan pada saat bencana terdiri dari pelayanan medis (*Medical Support*) dan pelayanan manajemen (*Management Support*).

- a. Pelayanan Medis (*Medical Support*)

Pada pra rumah sakit terdiri dari tim lapangan, tim ambulans, komando lapangan dan personil terlatih.

Pada layanan rumah sakit perlu mempertimbangkan : rumah sakit yang rusak atau ditinggalkan petugasnya sehingga tidak dapat berfungsi, beban rumah sakit lebih besar dari pelayanan sehari-hari tapi tidak memerlukan bantuan dari luar dan ada rumah sakit yang melebihi kapasitas sehingga memerlukan bantuan dari luar.

b. Dukungan Manajemen (*Management Support*)

Dukungan manajemen meliputi:

- 1) Organisasi (komando dan koordinasi) bila ada bencana di daerah, komando setempat memerlukan pendampingan baik dari medical support maupun managerial support dari personil yang terbiasa dan memiliki kepedulian besar dalam penanggulangan bencana.
- 2) Sumber daya manusia dapat berasal dari dalam maupun dari luar daerah bencana, rumah sakit yang memiliki perencanaan penanggulangan bencana mempersiapkan daftar institusi mana dan nama-nama beserta nomor yang akan dihubungi dan diminta bantuannya ketika terjadi bencana.
- 3) Logistik, dalam hal ini farmasi, peralatan medis serta kebutuhan korban lainnya dibidang kesehatan.
- 4) Pembiayaan/ keuangan

- 5) Komunikasi, ada persiapan sebagai antisipasi ketika sarana telepon/ Hp tidak berfungsi misalnya radio panggil
- 6) Sarana transportasi dan evakuasi korban
- 7) Penemuan secara aktif dan surveylans epidemiologi
- 8) Pencatatan dan pelaporan
- 9) Pemberian informasi kepada masyarakat

3. Pasca bencana (pemulihan/rehabilitasi dan rekonstruksi)

- a. Mobilisasi sumber daya manusia bidang 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

Rumah Sakit memiliki kecenderungan kerentanan bila dihadapkan terhadap situasi-situasi bencana. Hal ini tampak jelas dari praktik-praktik 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:

1. 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.
2. Ketergantungan terhadap fasilitas lainnya: Rumah Sakit seperti kebanyakan bangunan-bangunan lainnya bergantung pada suplai air, listrik, peralatan telekomunikasi, pengumpulan sampah dan bahan bakar.
3. Material berbahaya: Rumah Sakit banyak menyimpan material-material berbahaya seperti racun dan radiasi serta gas medik yang mudah terbakar.
4. Barang-barang berbahaya: pada kejadian-kejadian seperti gempa bumi, berbagai peralatan dan fasilitas di dalam RS 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 *reinforcement* nya. 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 ditembok 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 (tujuh) macam masalah yang dihadapi yaitu:

1. *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 (*struktural 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.

2. *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, alkes, 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:
 - a. Petunjuk arah terpasang mulai dari jalan raya
 - b. Akses masuk gawat darurat tidak terhambat oleh mobil parkir, penjual makanan, buah, koran dan lain-lain.
 - c. Pintu masuk dapat menampung tiga sampai lima ambulance sekaligus dengan atap cukup tinggi, dapat menahan sinar matahari dan hujan.
 - d. *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.

- e. Aliran AC gawat darurat harus terpisah dari rumah sakit supaya kalau pasien terkontaminasi rumah sakit aman dari kontaminan.
- f. *Triase area*, daerah ini dapat dipindahkan kepintu gerbang bila jumlah pasien diperkirakan melebihi kapasitas rumah sakit.
- g. 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.
- h. 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.
- i. Ruang observasi/ *holding area* berdampingan dengan ruang resusitasi, sehingga dalam keadaan bencana massal

ruangan ini dapat berubah untuk pasien-pasien dengan tag merah.

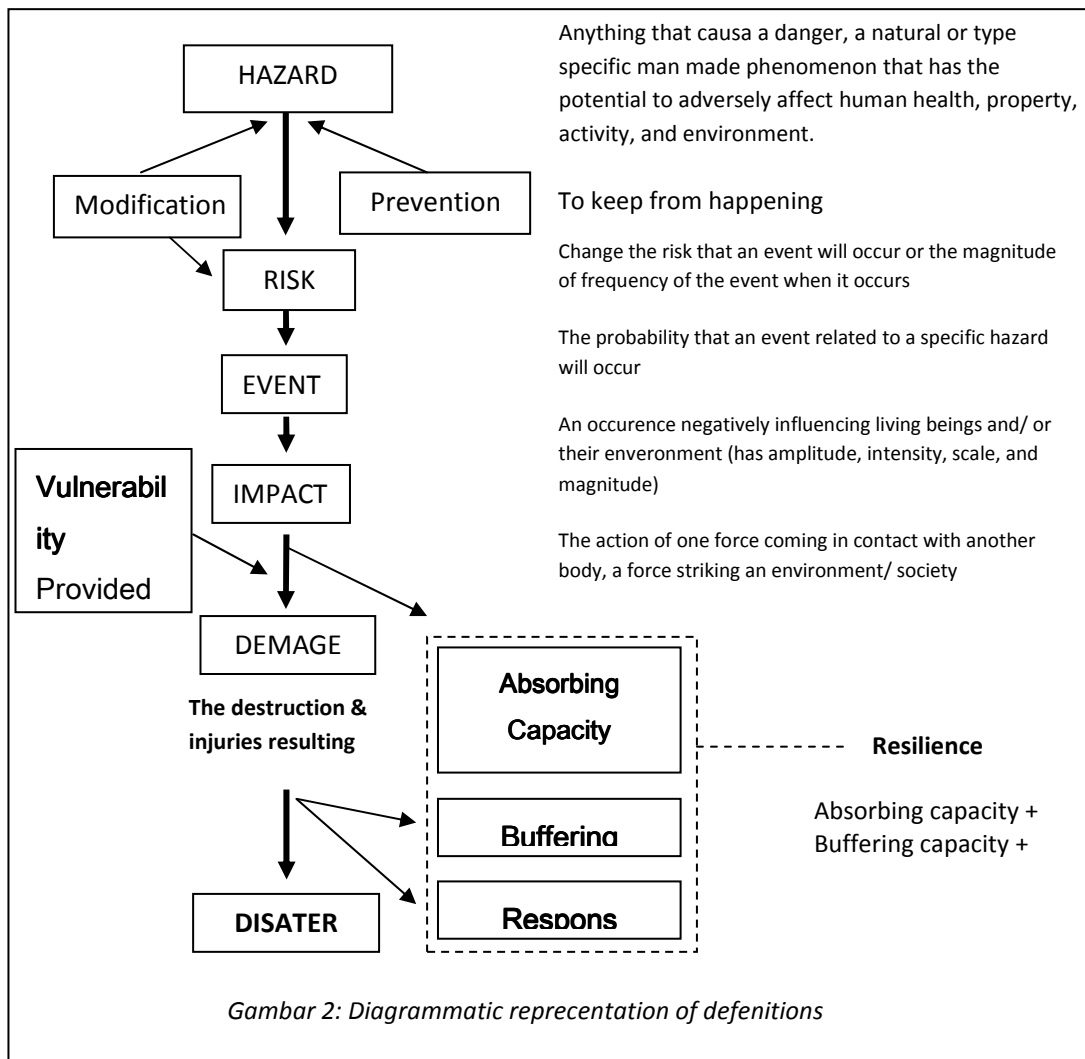
- j. Unit gawat darurat sebaiknya berdampingan dengan ruang X-Ray, USG, CT-Scan, laboratorium, Bank Darah, Kamar Operasi Sentral, ICU, ICCU, SICU, PICU, NICU dan merupakan *Cluster* yang terpisah dari bagian rumah sakit lainnya karena bagian-bagian ini bekerja 24 (dua puluh empat) jam sedang yang lainnya tidak.
- k. *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 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, AGD 118, *Security/ Police, Rescue/ Dinas Pemadam Kebakaran*.

3. *Urban Disaster Plan* bila bencana-korban massal terjadi di dalam kota
4. *Rural Disaster Plan* bila bencana-korban massal terjadi diluar kota.
5. *Regional Disaster Plan* bila bencana korban massal terjadi diluar propinsi dimana rumah sakit berada.
6. *National Disaster Plan* bila bencana korban massal dinyatakan sebagai bencana nasional
7. *Disaster Plan* bila menghadapi peperangan, serangan terorisme, huru-hara dan lain-lain (Pusponegoro AD, 2011).

Tahapan manajemen penanggulangan bencana:



Sumber: Health Disaster Management Guidelines For Evaluation & Research :35

- a. *Prevention*: merupakan tindakan untuk mencegah terjadinya *hazard* menjadi event.
- b. *Mitigation*: merupakan suatu langkah untuk mengurangi risiko sehingga dapat meminimalisir terjadinya *event* yang terjadi.
- c. *Preparedness*: merupakan suatu langkah antisipatif dalam menghadapi *event* yang akan 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:
- a) *Absorbing capacity*; merupakan kemampuan untuk meredam *event* yang telah terjadi.
 - b) *Buffering capacity*; merupakan kemampuan dalam mempersiapkan cadangan-cadangan kebutuhan saat terjadinya kebakaran yang berkontak dengan komunitas.
 - c) *Response*; merupakan suatu tindakan dalam menanggulangi *damage* yang disebabkan oleh kebakaran.
 - d) *Recovery and Development*; *Recovery* diartikan sebagai mengembalikan suatu keadaan pascabencana menjadi keadaan semula seperti bencana terjadi, sedangkan *development* diartikan sebagai pembangunan daerah pascabencana menjadi lebih baik lagi dari keadaan prabencana.

C. Rencana Penyiagaan Bencana Rumah Sakit

Untuk kepentingan akreditasi, setiap rumah sakit harus memiliki *Hospital Disaster Plan*. Dalam Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit Departemen Kesehatan, manajemen penanggulangan bencana di rumah sakit terdiri dari:

Pengorganisasian, Komunikasi, pelaksanaan operasional, pembiayaan, koordinasi, diseminasi dan sosialisasi.

a. Organisasi

Setiap rumah sakit harus memiliki struktur organisasi Tim penanggulangan bencana yang dibentuk oleh tim penyusun dan ditetapkan oleh Pimpinan Rumah Sakit.

b. Komunikasi

Dalam keadaan bencana dibutuhkan komunikasi terpadu yang terdiri dari komunikasi penyampaian informasi, komunikasi koordinasi (administrasi dan logistik) serta komunikasi pengendalian.

1) Komunikasi penyampaian informasi

Informasi kejadian pertama kali dilakukan oleh petugas yang mengetahui kejadian kepada operator (sistem informasi)/ 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.

2) Komunikasi koordinasi (administrasi dan logistik)

Adalah sistem komunikasi menggunakan jejaring yang disepakati dalam penyampaian dalam pelayanan administrasi

(umum, keuangan) dan logistik. Koordinasi dapat dilakukan internal antar unit rumah sakit dan instansi (eksternal).

3) Komunikasi pengendalian

Adalah sistem komunikasi untuk mengendalikan kegiatan operasional dilapangan.

c. 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.

2) Tahap aksi awal (*Initial Action Stage*)

Dimulai dengan melakukan pengiriman Tim Reaksi Cepat/ Tim Aju/Advance Team untuk external disaster berkoordinasi dengan Tim Reaksi cepat di tingkat daerah. Kemudian memberlakukan Pedoman Penanganan Bencana Rumah Sakit secara partial sesuai dengan kejadian bencana. Selanjutnya melakukan mobilisasi dan aktivasi sumberdaya (SDM dan fasilitas) dan diakhir tahap ini melengkapi informasi melalui komunikasi dan melakukan koordinasi.

3) Tahap Operasional (*operation Stage*)

Pada tahap ini memberlakukan P3B-RS secara penuh, dimulai dengan melakukan briefing kepada Tim Penanganan Bencana

Rumah Sakit. Lalu mengirimkan tim ke lapangan, menyiapkan rumah sakit untuk menerima korban massal di Rumah Sakit, melakukan penanganan medis di lapangan, melakukan transportasi evakuasi (rujukan), penanganan korban cedera, pengungsian dan korban meninggal dunia. Terakhir dari tahap ini menilai dan melakukan hospital evacuation dan tindakan-tindakan yang diperlukan sesuai dengan kondisi bencana.

4) Tahap Konsolidasi (*Consolidation Stage*)

Pada tahap ini melaksanakan debriefing, menyusun laporan dan melakukan evaluasi dan penyiagaan kembali.

d. Pembiayaan

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

1) 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.

2) 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.

3) 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 bencana 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.

e. Koordinasi, diseminasi dan sosialisasi

Koordinasi dilakukan antar unit kerja didalam unit rumah sakit dan antar instansi diluar 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)

D. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu. Kebijakan desentralisasi yang mulai diterapkan pada tahun 2001 seperti diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 telah menetapkan wewenang pemerintah pusat provinsi sebagai daerah otonomi. Wewenang pemerintah pusat dalam hal ini wewenang Departemen Kesehatan RI yang berkaitan dengan pengembangan dan pemantapan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPDGT) antara lain adalah menetapkan standar dan akreditasi sarana pra sarana kesehatan, penetapan standar pendidikan dan pendayagunaan tenaga kesehatan, menetapkan pedoman pembiayaan kesehatan, penyediaan obat essential, penapisan dan penembangan teknologi (Guntur, 2001).

SPDGT adalah unsur cure dari safe community, yang di landasi aspek time management sebagai implementasi time saving is life and limb saving mengandung unsur kecepatan atau quick response dan ketepatan berupa pertolongan pertama di tempat kejadian oleh orang awam dan awam khusus yang terlatih dan oleh tenaga kesehatan profesional kegawat daruratan (yang di Amerika di sebut

paramedik). Unsur kecepatan ditunjang oleh sistem komunikasi dan transportasi yang handal, untuk unsur ketepatan meliputi base life support and advance live support sesuai dengan permasalahan yang dihadapi.

Pengembangan SPDGT untuk menanggulangi kegawat daruratan sehari-hari (SPDGT-S) dan bencana (SPDGT-S) merupakan bagian integral dari strategi pembangunan kesehatan nasional yang antara lain:

Manajemen yang berpedoman pada paradigma sehat yaitu menjaga keseimbangan antara manajemen resiko (upaya promotif dan preventif) dan manajemen penyakit (kuratif dan rehabilitatif).

Memperhatikan profesionalisme yaitu pengembangan SPGDT berdasarkan standar yang disepakati secara profesional antara semua stakeholder terkait dan di dukung peran serta masyarakat. Desentralisasi dimana pada setiap advokasi dan pemberdayaan daerah untuk pengembangan SPGDT yang sesuai dengan kebutuhan dan kekhususan daerah (lokal).

Menata sistem pembiayaan yang efektif dan efisien untuk menunjang penanggulangan penderita gawat darurat baik tingkat pra rumah sakit, rumah sakit dan rujukan antar rumah sakit.

Standar dalam SPGDT mempunyai beberapa kriteria antara lain:

1. *Technical Efficacy* dan *safety* yaitu intervensi pelayanan sesuai standar harus mampu menghasilkan outcome sesuai yang di harapkan.

2. *Cost effectiveness* yaitu biaya untuk melakukan intervensi pelayanan sesuai standar tidak menghalangi aksesibilitas, akseptabilitas, dan afordabilitas dari sisi pasien dan menguntungkan dari sisi provider.
3. *Equity* yaitu intervensi pelayanan sesuai standar harus menjangkau setiap individu, keluarga dan komunitas termasuk resiko tinggi dan kelompok rawan.
4. *Integration* dan *continuity* yaitu standar pelayanan harus menjamin bahwa berbagai intervensi dilakukan secara terpadu dan menjamin kesinambungan.
5. *Client satisfaction* atau kepuasan pelanggan baik internal maupun eksternal adalah faktor utama dalam menetapkan standar karena klien baik secara individu maupun secara kolektif adalah penentu utama mutu kualitas.

SPGDT- B terdiri dari tahap persiapan yang sangat menentukan keberhasilan manajemen bencana pada tahap acute response. Pada tahap ini dilakukan penyusunan Hospital Disaster Plan, dilanjutkan pemetaan SDM, sarana pra sarana, penyusunan PROTAP pada setiap lokasi dan penyebar luasan protap ke semua unit terlibat, dan cukup penting pelatihan petugas di setiap unit yang terlibat dan selalu disertai dengan pemantauan tempat-tempat berpotensi terjadi bencana secara periodik, Tahap terjadinya bencana dan tahap pasca bencana.

- a. Deklarasi Makassar 2000

Pada tanggal 15 November 2000 dalam rangka Hari Kesehatan Nasional, Departemen Kesehatan mencanangkan Deklarasi Makassar.

b. Isi dari Deklarasi Makassar 2000 sebagai berikut:

Meningkatkan rasa cinta berbangsa dan bernegara, demi terjalannya kesatuan dan persatuan guna menghindari disintegrasi bangsa, di mana rasa sehat dan aman merupakan perekat keutuhan bangsa.

Mengusahakan peningkatan serta pendayagunaan sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang ada, guna menjamin rasa sehat dan aman, yang merupakan hak asasi manusia. Memasyarakatkan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Bencana/ Sehari-hari (SPGDT) secara efektif dan efisien.

Meningkatkan peran serta masyarakat dalam pelaksanaan SPGDT melalui pendidikan dan pelatihan. Membentuk Brigade Gawat Darurat (Gadar) yang terdiri dari komponen lintas sector baik medik maupun nonmedik, berperan dalam pelaksanaan SPGDT dengan melibatkan peran serta masyarakat.

Dengan terlaksananya butir-butir tersebut diatas, diharapkan tercapai keterpaduan pemerintah dan masyarakat dalam menciptakan keadaan sehat dan aman bagi bangsa dan negara (safe Community) menghadapi gawat darurat sehari-hari maupun bencana.

Terlaksananya SPGDT menjadi dasar menuju “Indonesia Sehat 2010 dan Safe Community”.

E. Safe Community

Pengertian umum adalah lingkungan aman dan sehat bagi masyarakat yang hidup di dalam suatu komunitas, yang terjamin health security oleh upaya lintas sektor meliputi promotif, preventif, untuk mengendalikan perilaku dan lingkungan dan upaya intra sektor kesehatan meliputi kuratif dan rehabilitatif melalui pemantapan SPGDT pra RS antar RS.

Dalam Deklarasi Makassar 2000 disebutkan dalam bentuk Brigade Gawat Darurat untuk menciptakan rasa aman dan sehat bagi masyarakat

.Dasar – dasar Konsep Safe Community.

Perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Tenaga kesehatan berbudi luhur dan teguh memegang etika profesi meliputi informed consent, do good (beneficent), do no harm (non maleficent) dan justice. Etika ini selanjutnya menjadi kode etik.

Pemberdayaan dengan mendorong pengembangan inovasi menuju kemandirian. Adil dan merata merupakan arahan dalam menyediakan sarana dan prasarana safe community. Pengutamaan dan manfaat, penyelenggara safe community mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang

mengutamakan pendekatan preparedness (kesiagaan) masyarakat, pencegahan terjadi kegawat daruratan serta mendorong quick response dan rehabilitasi dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kondisi daerah. Di arahkan memberi manfaat bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

F. Brigade Siaga Bencana

Brigade Siaga Bencana (BSB) merupakan tim reaksi cepat dan sekaligus sebagai tim pelaksana penanggulangan masalah kesehatan, sekaligus sebagai innovator, antisipator dan komunikator yang memacu pengembangan ketahanan dan kesiapan masyarakat serta pencegahan dan mitigasi dalam penanggulangan masalah gawat darurat dan bencana, menuju safe community (Guntur, 2003).

Barisan Siaga Bencana (BSB) merupakan bagian integral dari pembangunan kesehatan, BSB akan berperan sebagai agent of change yang handal dalam upaya desentralisasi yang sekaligus menghadapi globalisasi khususnya dalam penanganan gawat darurat dan bencana serta pengungsi BSB bermanfaat antara lain. Para pengambil keputusan hendaknya mendukung pengadaan dan pemberdayaan BSB meliputi aspek administrasi mamajemen, SDM, teknologi, dan pembiayaannya dalam antisipasi masalah kesehatan, reaksi cepat mengatasi kegawat daruratan dan bencana. Akhirnya akan teralokasi dalam REPETA/ REPETADA dan APBN/ APBD.

Bagi pelaksana akan mendorong koordinasi dalam pengadaan dan pemanfaatan sumber daya yang ada melalui peran Bakornas, Satkorlak dan Satlak.

BSB terdiri dari komponen lintas sektor baik medik maupun non medik, berperan dalam pelaksanaan SPGDT dengan melibatkan peran serta masyarakat. Pada fase akut BSB lebih dari 3-24 jam setelah kejadian gadar /gawat darurat BSB yang berintikan dokter mahir BLS (Basic Life Support), ALS (Advance Life Support), ATLS (Advance Traumatic Life Support), dan ACLS (Advance Cardiac Life Support), dokter PPDS RS.Pendidikan, perawat terampil BLS bersama tenaga kesehatan setempat akan mengawal penderita menuju sasaran rujukan spesialisik bila perlu mendapat tindakan definitif. Sedang pada fase kronis/ recovery BSB selain tanaga kesehatan di atas perlu diperkuat tenaga lain yang sesuai, terdiri tanega kesehatan masyarakat, tenaga sosial kesehatan, bekerja sama dengan unsur lintas sektor terkait, menangani masalah kesehatan masyarakat pasca gadar mempercepat fase rocovery menuju keadaan sehat dan aman.

Barisan Siaga Bencana berperan memacu: Community Preparedness, sebagai ketahanan dan kesiagaan masyarakat menghadapi gadar dan bencana. Prevention, sebagai upaya pencegahan timbulnya gadar, bencana. Mitigation, sebagai upaya mengantisipasi untuk meringankan dampak gadar dan bencana.

1. Komponen dan indikator SPGDT.

a. Komponen – komponen SPGDT

Komponen pra rumah sakit, komponen rumah sakit, komponen antar rumah sakit. Komponen pununjang komunikasi dan transportasi. Komponen sumber daya manusia petugas kesehatan (dokter, perawat/ paramedis) dan non kesehatan (awam umum, awam khusus, polisi, PMK, PMI). Komponenen sektor-sektor terkait (sektor kesehatan dan non kesehatan). Komponen–komponen tersebut harus dapat berinteraksi secara efektif dan efisien untuk dapat menjamin berhasilnya pelayanan gawat darurat yang bermutu. Peningkatan mutu hanya dapat dicapai apabila dilakukan perbaikan pada semua komponen tanpa terkecuali.

b. Indikator SPGDT

Indikator mutu dalam penanggulangan penderita gawat darurat adalah indikator proses dengan respon time (waktu tanggap) sedang untuk indikator hasil dinilai dengan angka kelangsungan hidup (survival rate).

G. Instalasi Gawat Darurat

a. Klasifikasi Instalasi Rawat Darurat (DepKes 1999).

1. Pelayanan utama IRD ditetapkan sesuai standar klasifikasi ditambah jenis pelayanan sesuai dengan jumlah/jenis kunjungan yang diterima dan kesiapan menangani korban massal

2. Klasifikasi Instalasi Rawat Darurat terdiri dari:
 - a. IRD kelas A Pendidikan
 - b. IRD kelas B pendidikan dan non pendidikan (BI dan BII)
 - c. IRD Kelas C
 - d. IRD Kelas D
3. Diharapkan setiap rumah sakit memiliki IRD yang sesuai dengan kelasnya, walaupun demikian kelas rumah sakit dapat berbeda dengan kelas IRD yang dimilikinya.

b. Ketentuan Umum Instalasi Rawat Darurat (Depkes, 1999).

1. Organisasi IRD didasarkan pada organisasi multidisiplin dan multiprofesi.
2. Terdapat unsur pimpinan IRD, pimpinan harian yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan IRD, mempunyai struktur organisasi.
3. Dalam pelayanan IRDD menggunakan pola urutan pelayanan TRIAGE-Resusitasi/Stabilisasi-Diagnostik-Terapi Definitif sesuai fasilitas dan kemampuan yang tersedia dan didukung dengan rekam medik 24jam.
4. Dapat bekerjasama dengan instansi terkait lain diluar rumah sakit dan unit kerja lain didalam rumah sakit.
5. Dalam kesiagaan menghadapi musibah massal/bencana:
 - a. Mempunyai "Disaster Plan" intra rumah sakit untuk menangani korban bencana yang terjadi didalam rumah sakit

sendiri maupun korban musibah/ bencana yang terjadi di luar rumah sakit.

b. Mempunyai kerja sama dengan rumah sakit sekitarnya dalam menghadapi musibah masal/ bencana yang terjadi di daerah wilayah kerjanya (SPGDT/B).

6. Memiliki sarana penunjang

a. Penunjang Medis : Radiologi dan laboratorium klinik, depot farmasi, depot darah.

b. Penunjang Non Medis : Komunikasi khusus (Telepon, Radio medik).

7. Memiliki personalia yang lulus pelatihan PPGD

8. Memiliki program pelatihan darurat untuk berbagai jenjang

H. Perangkat Lunak

Organisasi dan Tata Laksana

Adanya standar operasional prosedur (SOP) sesuai akreditasi rumah sakit yaitu terdiri dari :

1. Falsafah dan Tujuan

SOP : 1 Jadwal jaga, daftar absen, laporan jaga harian dokter on call

2. Surat keputusan pembentukan IRD

3 Surat keputusan penetapan kebijakan tentang penerimaan pasien

4. Evaluasi

2. Administrasi dan Pengelolaan

- SOP : 1 Surat keputusan direktur rumah sakit tentang struktur organisasi, uraian tugas
2. Surat keputusan direktur tentang kepala IRD memiliki sertifikat PPGD
 3. Surat keputusan direktur rumah sakit tentang kepala perawat (Kepala Perawat memiliki sertifikat PPGD)
 4. Disaster Plan (Latihan sekali setahun)
 5. Rekam medis, Triase, Rujukan, Transportasi, pelayanan transfuse
 6. Koordinasi dengan unit lain

3. Staf dan pimpinan

- SOP : 1 Daftar tenaga dan kualifikasi tenaga dan sertifikat pelatihan
2. Pola kebutuhan staf oleh direktur rumah sakit
 3. Daftar hadir, notulen rapat, laporan rapat

4. Fasilitas dan Perawatan

1. Informasi masyarakat
2. Lokasi Gawat Darurat (akses langsung kendaraan roda empat)
3. Pemisahan ruang (Triase, resusitasi, tindakan, observasi, ruang istirahat petugas, ruang tunggu)
4. Zoning ruangan dalam keadaan musibah massal
5. Komunikasi dan prosedur penggunaan

6. Penggunaan alat dan obat life saving
7. Daftar alat dan obat life saving

4. Kebijakan dan prosedur

- SOP :
- 4.1 Kasus pemerkosaan
 - 4.2 Kasus keracunan massal
 - 4.3 Asuransi kecelakaan
 - 4.4 Kasus dengan korban massal
 - 4.5 Kasus 5 (lima) besar “True Emergency”
 - 4.6 Kasus kegawatan di ruang rawat
 - 4.7 Tanggung jawab dokter
 - 4.8 Batasan tindakan medic
 - 4.9 Kasus-kasus tertentu yang mengancam
 - 4.10 Pelayanan persalinan normal dan tidak normal

5. Pelatihan dan peningkatan SDM

- 1 IRD-A : Mampu memberikan pelatihan PPGD untuk dokter, paramedik dan awam
- 2 IRD-B : Mampu memberikan pelatihan PPGD untuk dokter, paramedik dan awam
- 3 IRD-B2 : Mampu memberikan pelatihan PPGD untuk paramedik (in house training) dan awam
- 4 IRD-B2 : Mampu memberikan pelatihan PPGD Awam
- 5 IRD-D : Belum Mampu memberikan pelatihan PPGD

6. Evaluasi dan Kendali Mutu

Semua IRD A-D dalam manajemen rekam medic harus membuat pelaporan data, evaluasi, kerja rutin, minimal dalam bentuk audit pelayanan, audit kematian dan tindak lanjut.

Penelitian Terkait Kesiapsiagaan dan Tanggap Darurat pada Rumah Sakit

Peneliti/ Tahun	Masalah Utama	Karakteristik			Temuan
		Subjek	Instrumen	Metode/ Desain	
Eddy Suhardi Sarim, 2003	Analisis kesiapan menghadapi bencana di instalasi rawat darurat RSUD sewilayah Kab.Cirebon	Petugas UGD, Direktur	Kuesioner	Survey	Wilayah Cirebon tidak siap menghadapi kegawat daruratan bencana/sehari-hari. Setelah dilakukan analisa kesenjangan maka yang menjadi alasan ketidak siapan adalah; Pertama: Kurangnya dukungan para Direktur Rumah Sakit Umum Daerah terhadap Sistem penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Bencana sehari-hari (SPGDT-B/S, kurangnya sosialisasi tentang standar klasifikasi IRD di Indonesia, standar kendaraan pelayanan medik dan yang penting juga adalah keterbatasan RSUD termasuk Pemerintah Kota dan Kabupaten. Kedua: kurangnya kepedulian Kepala IRD selaku manajer penanggulangan kegawat daruratan terpadu bencana dalam mengelola sumber daya akibat kurangnya dukungan manajemen.

					Ketiga: kurangnya sosialisasi SPGDT-B/S serta dukungan akan kelengkapan sumber daya IRD dari Depaertemen Kesehatan Khususnya Direktorat Jendral Pelayanan Medik
Lisnawati Nurfarida 2010	Kesiapsiagaan perawat Puskesmas dalam managemen bencana di puskesmas Bantul Yogyakarta	Petugas Puskesmas	Kusioner	Survey	Sebagian besar peran –peran tidak dijadikan sebagaimana mestinya, dikarenakan belum adanya persiapan dari pihak institusi dalam persiapan bencana.
Agung Cahyo, 2007	Kajian kesiapsiagaan masyarakat dalam mengantisipasi bencana gempa bumi dan tsunami di Nias Selatan	Petugas Puskesmas	Kusioner	Survey	Salah satu bentuk dari rencana kegiatan dalam kesiapsiagaan bencana alam adalah pertolongan pertama.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif metode kombinasi kuantitatif dan kualitatif. Pertama menggunakan metode kuantitatif dengan tehnik pengumpulan data dengan observasi dan komparasi antara standar baku dengan keadaan yang sebenarnya, kemudian dilanjutkan dengan metode kualitatif dengan tehnik pengumpulan data wawancara mendalam untuk memberikan gambaran yang lebih lengkap. Penelitian deskriptif memberikan gambaran tentang analisis kesiapan menghadapi bencana di instalasi rawat darurat rumah sakit umum daerah Prof. Anwar Makkatutu kabupaten Bantaeng.

B. Waktu dan Lokasi Penelitian

1. Waktu

Penelitian ini direncanakan pada bulan Mei - Juli 2012

2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di rumah sakit Prof. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, alasan dipilihnya lokasi ini adalah karena rumah sakit Prof. Anwar Makkatutu kabupaten Bantaeng merupakan rumah sakit pusat rujukan di Sulawesi Selatan bagian selatan dan kabupaten Bantaeng memiliki brigade siaga bencana

3. Gambaran singkat lokasi penelitian

RSUD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu Bantaeng didirikan pada tahun 1921 dan merupakan warisan pemerintah Belanda, sehingga sebagian bangunanya terutama pada ruang perawatan masih merupakan bangunan yang berada di jantung kota Bantaeng terletak di sebelah selatan provinsi Sulawesi Selatan dengan posisi 5 derajat 21'23"-5 derajat 32'26" lintang selatan dan 119 derajat 51'42" Bujur Timur dengan batas wilayah :

1. Sebelah Utara : Kabupaten gowa
2. Sebelah Timur : Kab. Bulukumba
3. Sebelah Selatan : Laut Plores
4. Sebelah Barat : Jeneponto

Sedangkan nama rumah sakit diambil dari nama salah satu putra daerah kabupaten Bantaeng yang merupakan guru besar pada Bagian ilmu kulit dan kelamin fakultas kedokteran Universitas Hasanuddin.

RSUD Prof. Dr.H.M.Anwar Makkatutu selain melayani penduduk Kabupaten Bantaeng juga melayani penduduk tetangga seperti Kabupaten Bulukumba dan Jenoponto.

Sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang terbesar ditingkat kabupaten maka RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng selain memberikan pelayanan dasar yang bersifat pokok seperti rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, kebidanan kandungan dan imunisasi juga memberikan pelayanan penunjang seperti radiologi,

ultrasonografi, rehabilitasi medis, laboratorium dan bank darah rumah sakit serta pelayanan rujukan.

Berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1284/ MENKES /SK /XII /2004 tanggal 17 Desember 2004 tentang peningkatan kelas RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu dari rumah sakit tipe D menjadi rumah sakit kelas C.

c. Populasi dan Sampel

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/ subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiono 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah petugas IRD Rumah Sakit Prof. Anwar Makkatutu Bantaeng, Sarana dan alat kesehatan, Perangkat Informasi, Komunikasi.

Sampel dalam penelitian ini petugas IRD Rumah Sakit Prof. Anwar Makkatutu Bantaeng, Sarana dan alat kesehatan, Perangkat Informasi, Komunikasi .

d. Pengumpulan Data

- a. Data primer dengan kuesioner terstruktur kepada petugas Instalasi Gawat Darurat
- b. Data sekunder di ambil dari dokumen unit terkait dengan SPGDT- B/S di RSUD yang bersangkutan antara lain;

1. SOP Rumah Sakit

2. Hospital disaster plan
3. Data kepegawaian di IRD
4. Data sarana prasarana di IRD
5. Data Rekam medik

E. Wawancara Mendalam

Analisis penyebab ketidaksesuaian dengan standar Departemen Kesehatan maka penelitian dilanjutkan dengan tahap analisis melalui wawancara mendalam, dengan pendekatan menjawab pertanyaan what, when, where, why, who, dan How dari setiap dengan materi yang di bahas antara lain;

1. SPGDT di RSUD Prof Anwar Makkatutu kab. Bantaeng
2. Organisasi dan tata kerja IRD
3. Hospital disaster plan
4. Sarana prasarana
5. Personalia
6. Ruang-ruang di IRD
7. Alur pasien pada pelayanan IRD

F. Alat Pengumpul Data

Kuesioner yang disusun berdasarkan standar klasifikasi instalasi rawat darurat rumah sakit di Indonesia berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 856/Menkes/SK/X/2009.

Hasil kuesioner dibandingkan dengan angka standar yang ada pada surat keputusan tersebut, dan wawancara mendalam kepada informan

untuk dianalisis kesenjangan dari hasil kuesioner guna mendapat penjelasan penyebab tidak terpenuhinya masing-masing standar yang sudah ditetapkan.

G. Pengolahan

Kuesioner / formulir yang sudah diisi oleh informen/ responden kemudian dianalisis perbandingan dengan standar departemen kesehatan dan dihitung dengan pembobotan dari setiap item dari kategori selanjutnya dihitung persentase kesiapannya. Kemudian dilakukan wawancara mendalam serta mempelajari data sekunder kemudian diolah melalui tahapan pengumpulan data, penyuntingan, reduksi, data kemudian dengan teks naratif yang siap dianalisis.

H. Analisis Data

Analisis kuantitatif yaitu analisis terhadap data terkumpul atau data riil di lapangan dikomparasi dengan standar Depkes dari masing-masing variabel kemudian dianalisa kesenjangan.

Triangulasi dengan analisis terhadap data terkumpul dengan analisis kualitatif yang menggunakan proses berpikir di mana yang di buat awal adalah data terkumpul dan didiskusikan. Mengambil kesimpulan kesiapan melalui pembobotan dari setiap kategori.

I. Definisi Operasional

1. Kesiapan SPGDT – B/ S di IRD adalah terpenuhinya standar sumber daya manusia, perangkat keras, perangkat lunak, dan perangkat

informasi di IRD sesuai dengan SK Direktur Jendral Pelayanan Medik No. HK.00. 06. 3. 4. 1630 tahun 1999 dalam upaya optimalisasi fase hospital acute medical response.

Sangat siap : bila 100 % standar terpenuhi

Siap : bila 75 – 99 % standar terpenuhi

Cukup siap : bila 50 – 74 % standar terpenuhi

Tidak siap : bila < 50% standar terpenuhi.

Dalam pengukuran terhadap kesiapan di pergunakan pembobotan pada setiap kategori yang ada dalam standar. Nilai bobot di tetapkan bersama beberapa Kepala IRD pada Rapat Kerja Kepala IRD se Indonesia pada juli 2003 di Bandung. Kemudian jumlah kategori sesuai (n) dikalikan bobot. Jumlah kategori dan bobot sebagai berikut:

Standar 1 Ketentuan Umum dengan N1 = 8 kategori, bobot = 15 : N x b = 120

Standar 2 Organisasi tata laksana N2 = 6 kategori, bobot = 20 : N x b = 120

Standar 3 Ketenagaan N3 = 8 kategori, bobot = 45 : N x b = 360

Standar 4 Fisik sarana prasarana N4 = 6 kategori, bobot = 30 : N x b = 180

Standar 5 Fasilitas alat dan obat N5 = 11 kategori, bobot = 20 : N x b = 220

Jumlah Nx b = 1.000

$$\text{Nilai kesiapa} = \frac{n \times \text{bobot} \times 100\%}{(N(1-5) \times \text{Bobot})}$$

n = jumlah item yang sesuai standar

bobot = ditetapkan sesuai urutan prioritas (rapat Ka.IRD)

N = jumlah kategori

2. Dokter spesialis adalah tenaga medis dengan spesialisasi yang terkait dengan kegawat daruratan

Sesuai standar : jika 4 dokter spesialis (bedah, obsgin anak, penyakit dalam), on call dalam 24 jam

Tidak sesuai standar : jika <4 dokter spesialis (bedah, obsgin anak, penyakit dalam), on call dalam 24 jam

3. Dokter umum adalah tenaga medis yang bekerja di Instalasi Gawat Darurat

Sesuai standar : jika on site 24 jam

Tidak sesuai standar : Jika on site < 24 jam

4. Prosedur tetap dan Kebijakan adalah mekanisme pengelolaan pelayanan kesehatan dalam penanggulangan gawat darurat terpadu bencana/sehari-hari sesuai SK Direktur Jendral Pelayanan Medik No. HK.00. 06. 3. 4. 1630 tahun 1999

Sesuai standar : Jika memiliki 10 Standar protap

Tidak sesuai standar : Jika memiliki < 10 standar protap

5. Perawat adalah tenaga keperawatan perawat yang bekerja di Instalasi Gawat Darurat,

Sesuai standar : On site 24 Jam dan pernah mengikuti Emergency Nursing atau pelatihan kegawatdaruratan

Tidak sesuai standar : On site 24 Jam dan tidak pernah mengikuti Emergency Nursing atau pelatihan kegawatdaruratan

6. Peralatan adalah alat kesehatan teknis yang dipakai dalam pertolongan kegawatdaruratan:

Sesuai standar : Jika memiliki 11 set alat kesehatan

Tidak sesuai standar : Jika memiliki < 11 set alat kesehatan

7. Obat – obatan adalah obat habis pakai yang digunakan ketika ada kasus kegawatdaruratan,

Sesuai standar : Jika memiliki 15 jenis obat Emergency

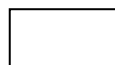
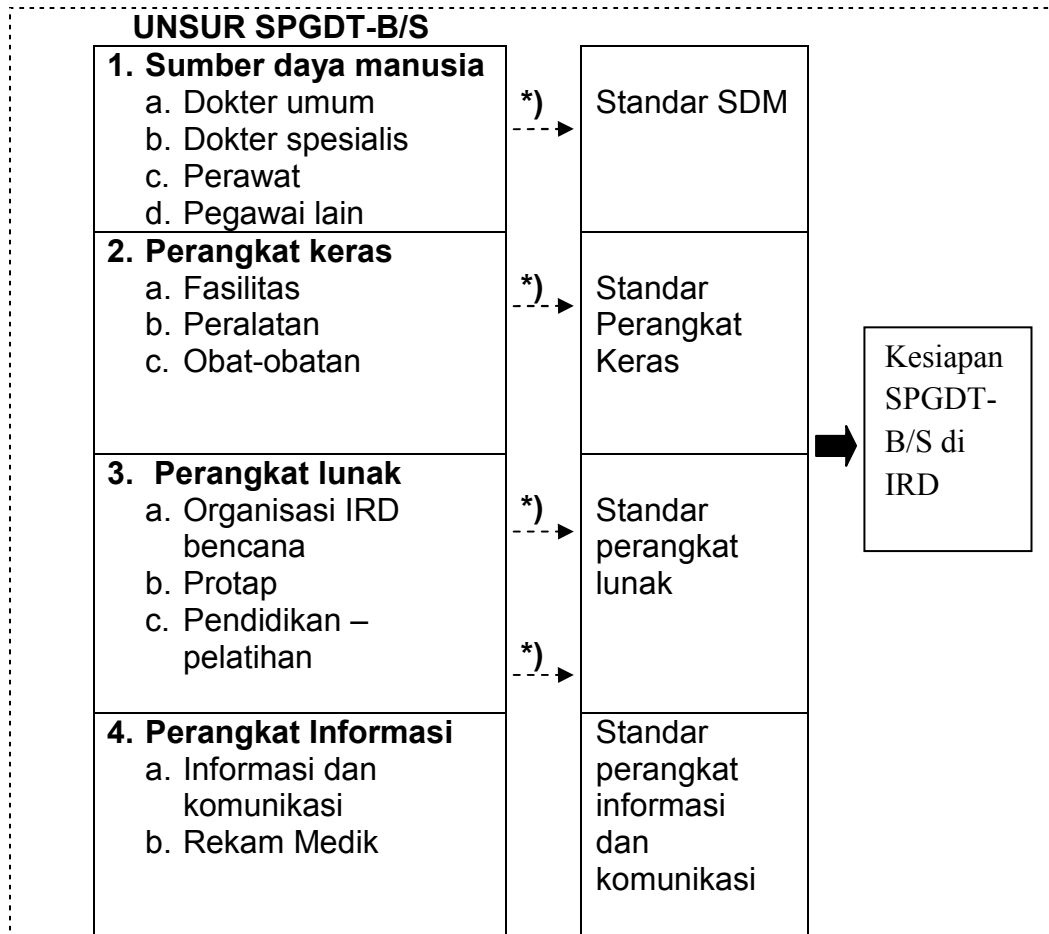
Tidak sesuai standar : Jika memiliki < 15 Jenis obat Emergency

8. Ruang IRD adalah sarana fisik gedung yang digunakan dalam pelayanan kegawatdaruratan.

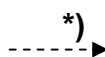
Sesuai standar : Jika memiliki 8 ruangan tindakan

Tidak sesuai standar : Jika memiliki < dari 8 ruangan tindakan

J.Kerangka Konsep



Area Penelitian



Analisa Kesenjangan

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit RSUD Prof. Anwar Makkatutu

RSUD Prof. Anwar Makkatutu merupakan rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Bantaeng dan merupakan pusat rujukan di Kabupaten Bantaeng.

RSUD Prof. Anwar Makkatutu merupakan satu-satunya rumah sakit di kawasan selatan provinsi Sulawesi Selatan yang melakukan mitra kerja bersama dengan Brigade Siaga Bencana (BSB) dalam melayani pasien. RSUD Prof Anwar Makkatutu selain melayani penduduk Kabupaten Bantaeng, juga melayani penduduk tetangga seperti Kabupaten Bulukumba dan Jeneponto.

BSB Kabupaten Bantaeng telah melayani Kasus kerja sama dengan RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng. 2237 Kasus, sebanyak 49,2 % diantaranya adalah kasus kecelakaan lalu lintas. Dan pada tahun 2009 sampai 2011 BSB Kabupaten Bantaeng telah merujuk pasien ke RSUD Prof Anwar Makkatutu sebanyak 1754 Pasien (BSB Kabupaten Bantaeng 2011).

Rumah Sakit Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng merupakan Rumah sakit Tipe C milik pemerintah Kabupaten Bantaeng. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan untuk yang memberikan pelayanan dasar yang bersifat pokok seperti rawat jalan, rawat inap, gawat darurat kebidanan/ kandungan dan imunisasi, juga

memberikan pelayanan penunjang seperti radiologi, ultrasonografi, rehabilitasi medik, laboratorium, unit pelayanan transfusi darah, serta pelayanan rujukan. Rumah sakit ini berkapasitas 85 tempat tidur dengan jumlah tenaga 182 orang; terdiri dari 20 orang tenaga medis, 111 orang tenaga perawat dan 51 orang tenaga non medis non perawatan (Profil RS Daerah Bantaeng, 2010)

1. Karakteristik Informan

Karakteristik informan yang terdiri dari Direktur dan Kepala Instalasi Rawat Darurat ikut menentukan kesiapan IRD dalam menghadapi bencana. Ternyata dilihat dari usia Direktur RSUD Prof Anwar Makkatutu adalah 50 tahun, yang tinggal di Kabupaten Bantaeng, latar belakang pendidikan Magister Kesehatan.

Kepala Instalasi Rawat Darurat RSUD Prof. Anwar Makkatutu Bantaeng adalah seorang perempuan dengan usia 35 tahun yang memiliki latar belakang pendidikan S1 Kedokteran dengan lama bekerja 6 tahun.

Penanggung jawab perawat IRD adalah seorang laki-laki dengan usia 43 tahun yang memiliki latar belakang pendidikan DIII keperawatan dan Sarjana Kesehatan masyarakat.

B. Hasil Penelitian

1. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Prof. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng untuk menganalisis kesiapan menghadapi bencana di IRD Rumah sakit Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng. Penelitian ini dimulai dengan mengurus izin penelitian di Kantor RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng. Kemudian pengambilan data dilakukan mulai tanggal 26 Juni sampai 01 Agustus 2012 , kemudian dilanjutkan dengan pengolahan data sampai September 2012.

Data yang dikumpulkan untuk keperluan analisis kesiapan IRD menghadapi bencana di Kabupaten Bantaeng yang meliputi kesiapan sumber daya, perangkat keras, perangkat lunak dan perangkat informasi.

Rumah Sakit Prof. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng merupakan Rumah Sakit tipe C milik pemerintah Kabupaten Bantaeng. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan yang seharusnya memiliki kemampuan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilisasi dalam pelayanan 24 jam. Klasifikasi membedakan kemampuan dalam melakukan diagnose dan tindakan terapi definitive dapat diketahui melalui antara lain kesediaan SDM, fasilitas peralatan, sarana pendukung, adanya system kendali mutu serta fasilitas pendidikan dan pelatihan.

2. Hasil Observasi Ketentuan Umum, Kesiapan Organisasi dan Tata Laksana IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu Bantaeng

Dari hasil observasi ketentuan umum standar rumah sakit tipe C didapatkan bahwa 75% kategori ketentuan umum dimiliki oleh IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten bantaeng.

Tabel 41. Observasi Ketentuan Umum IRD RSUD Prof. Anwar Makkatutu

No.	Ketentuan Umum	Kondisi Nyata	kesesuaian
1.	IRD didasarkan pada organisasi multidisiplin dan multi profesi	Ada	Sesuai
2.	Unsur pimpinan IRD, pimpinan harian yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan IRD, mempunyai struktur organisasi.	Ada	Sesuai
3.	Pelayanan IRD menggunakan pola urutan pelayanan triage-resusitasi/ stabilitasi-diagnostik-terapi defenitif sesuai fasilitas dan kemampuan yang tersedia dan didukung dengan rekam medik	Tdk ada	Tdk sesuai
4.	Bekerja sama dengan instansi terkait lain di luar rumah sakit dan unit-unit kerja di dalam rumah sakit.	Ada	Sesuai
5.	Dalam kesiagaan menghadapi musibah massal/ bencana a. Mempunyai “disaster Plan” intra rumah sakit dan luar rumah sakit b. Mempunyai kerjasama dengan rumah sakit disekitarnya dalam menghadapi musibah massal yang terjadi di daerah wilayah kerjanya	Ada Ada	Sesuai Sesuai
6.	Memiliki sarana penunjang: a. Penunjang medis : radiologi dan laboratorium klinik, depot farmasi, dan depot darah b. Penunjang non medis: komunikasi khusus (telepon, radio medik)	Ada Tdk ada	Sesuai Tdk sesuai

7.	Memiliki personalia yang lulus PPGD	Ada	Sesuai
8.	Memiliki program pelatihan darurat untuk berbagai jenjang.	Ada	Sesuai

Nilai kesiapan ketentuan umum

Ketentuan umum 8 kategori (N1) = 8 Kategori, Bobot 15,

$N \times b = 120$

$$\begin{aligned} \text{ketentuan umum} &= \frac{6 \times 15}{8 \times 15} \times 100\% \\ &= 75\% \end{aligned}$$

Dari hasil Observasi di RSUD Prof Anwar Makkatutu Bantaeng didapatkan administrasi dan manajemen tata laksana penanganan bencana yang sudah terpola namun belum maksimal. SOP masih ada sekitar 40 % belum tersedia.

Table 4.2 Fasilitas dan Perawatan IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng

No	Fasilitas dan Perawatan	Kondisi nyata	Kesesuaian
1	Informasi masyarakat	Ada	Sesuai
2	Lokasi gawat darurat (akses masuk roda empat)	Ada	Sesuai
3	Pemisahan ruang (triase, resusitasi, tindakan observasi, ruang istirahat petugas, ruang tunggu)	Terpisah	Sesuai
4	Zooming ruangan (Surge capacity) dalam keadaan	Ada tapi kecil	Tidak Sesuai

	musibah missal		
5	SOP komunikasi	Tidak ada	Tidak Sesuai
6	SOP penggunaan alat dan obat life saving	Ada	Sesuai
7	Daftar alat dan obat life saving	Ada	Sesuai

Tabel 4.3. Kesiapan Organisasi dan Tatalaksana IRD

No	Komponen organisasi dan tata laksana	Jumlah Item	Ada	Tidak Ada
1	Falsafah dan tujuan SOP	4	3	1
2	Administrasi dan pengelolaan SOP	6	6	0
3	Staf dan Pimpinan	3	1	2
4	Fasilitas dan peralatan	7	2	5
5	Kebijakan dan Prosedur	10	6	4
6	Pelatihan dan peningkatan SDM	1	1	0
Jumlah		31	19	12

Organisasi dan Tatalaksana N II

Organisasi dan tatalaksana (N2)= 6 Kategori, Bobot 20, N x b = 22

$$\text{Organisasi dan tatalaksana} = \frac{19 \times 20}{31 \times 20} 100\%$$

$$= 61,2 \%$$

Tabel 4.4. Kebijakan dan Prosedur (SOP) IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng

No	Kebijakan dan Prosedur (SOP)	Kondisi nyata	Fungsi	Kesesuaian
1	Kasus perkosaan	Ada	Berfungsi	Sesuai
2	Keracunan massal	Tidak ada	Tdk berfungsi	Tidak Sesuai
3	Asuransi kecelakaan	Tidak ada	Tdk berfungsi	Tidak Sesuai
4	Kasus dengan korban	Tidak ada	Tdk berfungsi	Tidak Sesuai
5	Kasus lima besar true emergency	Tidak ada	Tdk berfungsi	Tidak Sesuai
6	Kasus kegawat daruratan di ruang gawat darurat	Ada	Berfungsi	Sesuai
7	Tanggung jawab dokter	Ada	Berfungsi	Sesuai
8	Batasan tindakan medis	Ada	Berfungsi	Sesuai
9	Kasus-kasus tertentu yang mengancam jiwa	Ada	Berfungsi	Sesuai
10	Pelayanan persalinan normal dan tidak normal	Ada	Berfungsi	Sesuai

3. Ketenagaan dan sumber daya manusia

RSUD Prof. Anwar Makkatutu memiliki dokter sub spesialis dan dokter spesialis 4 besar (spesialis penyakit dalam, spesialis anak, spesialis bedah, spesialis kebidanan dan kandungan) dengan waktu bertugas di IGD on call (panggilan konsul melalui telepon). Dokter umum di IGD on site 24 jam, melayani pasien yang masuk di Instalasi Rawat Darurat. Jumlah tenaga dokter umum masih kurang dalam setiap sip.

.Table 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Umur di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng

Umur	N	%
20 – 29	24	75
30 – 39	6	19
40 – 45	2	6
Jumlah	32	100

Umur responden yang paling banyak adalah kelompok umur 20-29 tahun 24 responden (75,0 %), sedangkan yang paling sedikit adalah kelompok umur 40-45 tahun sebanyak 2 responden (6,0 %).

Table 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng

Jenis Kelamin	N	%
Laki-Laki	12	37,5
Perempuan	20	62,5
Jumlah	32	100

Distribusi responden menurut jenis kelamin menunjukkan yang terbanyak adalah perempuan sebanyak 20 orang (62,5 %), dan laki-laki sebanyak 12 orang(37,5%).

Table 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Status Kepegawaian di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng

Jenis Profesi	Status Kepegawaian					
	PNS		Non PNS		Jumlah	
	N	%	N	%	N	%
Dokter	6	86	1	14	7	100
Perawat	11	44	14	56	25	100
Jumlah	17	53	15	47	32	100

Distribusi responden menurut pekerjaan responden yang paling banyak adalah kelompok PNS, yaitu 17 orang (53 %), sedangkan non PNS yaitu 15 orang (47,0 %).

Table 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng

Pendidikan	N	%
S1	10	31
D3	22	69
Jumlah	32	100

Distribusi menurut tingkat pendidikan responden yang paling banyak adalah kelompok 32 orang (69%), sedangkan yang S1 sebanyak 10 (31,0%)

Table 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Kerja di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng

Jenis	Lama Kerja
-------	------------

Profesi	0 – 5		> 5		Jumlah	
	N	%	N	%	N	%
Dokter	5	71	2	29	7	100
Perawat	17	68	8	32	25	100
Jumlah	22	69	10	31	32	100

Berdasarkan tabel diatas responden yang masa kerjanya antara 0-5 tahun sebanyak 22 orang (69%) dan responden yang masa kerjanya >5 tahun sebanyak 10 orang (31%).

Table. 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan Pelatihan PPGD di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng

Jenis Profesi	Pelatihan PPGD					
	Pernah		Tidak pernah		Jumlah	
	N	%	N	%	N	%
Dokter	6	85	1	15	7	100
Perawat	24	96	1	4	25	100
Jumlah	30	94	2	6	32	100

Berdasarkan tabel di atas bahwa responden yang pernah pelatihan PPGD sebanyak 30 orang (94%), dan yang belum pernah pelatihan PPGD sebanyak 2 orang (6%).

Table 4.11 Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Biaya dalam Pelaksanaan Pelatihan di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng

Jenis Profesi	Sumber Biaya					
	Pribadi		Pemerintah		Jumlah	
	N	%	N	%	N	%
Dokter	6	100	0	0	6	100
Perawat	19	80	5	20	24	100
Jumlah	25	83	5	17	30	100

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa responden yang menggunakan biaya pribadi dalam pelaksanaan pelatihan sebanyak 25 orang (83%), dan yang menggunakan biaya pemerintah sebanyak 5 orang (17%).

Tabel 4.12 Kesiapan Sumber Daya Manusia/ Ketenagaan Berdasarkan Jenis dan Waktu Bertugas .

No	Ketenagaan	Standar	kesesuaian
1	Dokter Sub Spesialis	-	-
2	Dokter Spesialis	4 Besar On Call	Sesuai
3	Dokter PPDS1 + PPGD	-	-
4	Dokter umum + PPGD	On Site 24 jam	Sesuai
5	Perawat Kepala S1 dan DIII	Jam kerja/ luar jam kerja	Sesuai
7	Paramedik Ambulance 1. TU/Keuangan 2. Kamtib 3. Pekarya	On site 13 orang	Sesuai
8	Triase	Dokter Umum PPGD	Sesuai

Perhitungan Standar Ketenagaan berdasarkan kuantitas tenaga

Ketenagaan (N3)= 8 Kategori, Bobot 45, N x b = 36

$$\begin{aligned} \text{Kesiapan ketenagaan} &= \frac{8 \times 45}{8 \times 45} \times 100\% \\ &= 100 \% \end{aligned}$$

4. Administrasi dan Manajemen IRD

Standar administrasi dan manajemen IRD RSUD Prof. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng sudah baik, alur penerimaan pasien sudah ada tetapi dalam perencanaan kebutuhan tenaga belum maksimal seperti belum adanya daftar tenaga, pola kebutuhan tenaga.

5. Ketersediaan Fisik dan Prasarana

Ketersediaan sarana untuk gedung bagi RSUD Prof. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng walaupun masih dalam tahap renovasi tetapi sudah sesuai standar .

Fasilitas ruangan intalasi rawat darurat di RSUD Prof. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng dari jumlah dan jenis ruangan sebagian besar sudah ada ruangan pertemuan, ruang triase, ruang administrasi dan ruang jenazah, ruang rontgen, ruang laboratorium, ruang observasi bedah dan non bedah.

6. Kesiapan Sarana Komunikasi dan Informasi

Dalam melaksanakan tugas, agar sesuai fungsinya IRD harus dilengkapi sarana komunikasi seperti telepon, mesin faxcimile, radio pesawat stationer dan handy talkie, tetapi pada RSUD Prof. Anwar Makkatutu hanya memiliki sarana komunikasi telepon.

Tabel 4.13 Hasil Observasi Kesiapan Perlengkapan non Medis

No	Peralatan Non Medis Komunikasi	Kondisi nyata	Kesesuaian
1	Telepon	ada	Sesuai
2	Fax	Tidak ada	Tidak sesuai
3	Radio : Pesawat stasioner (RIG)	Tidak ada	Tidak sesuai
4	Pesawat HT(Handy Talkie)	Tidak ada	Tidak sesuai

7. Kesiapan alat kesehatan dan obat

IRD RSUD Prof. Anwar Makkatutu dilengkapi dengan peralatan medik umum, medik utama, meedik tambahan yang memadai baik jenis maupun jumlahnya, serta obat dan cairan infus tersedia cukup,

Table 4.14 Hasil Observasi Fasilitas alat dan Obat

No	PERALATAN MEDIK UMUM	Kondisi nyata	Kesesuaian
1	Alat non medis (HT, RIG) telpone dan fax.	Tdk lengkap (2 Buah)	Tdk sesuai
2	Transportasi ambulans gawat darurat dan mobil jenazah	Lengkap	sesuai
3	Penunjang diagnostik radiologi	Sementara renovasi	Tdk sesuai

4	Penunjang diagnostic laboratorium	Lengkap	sesuai
5	Peralatan medic umum	Lengkap	sesuai
6	Peralatan utama	Lengkap	sesuai
7	Jam infuse dan balut bidai	Lengkap	sesuai
8	Sterilisator, EKG, Devibrilator Minor Surgery	Lengkap	sesuai
9	Alat tambah	tidak lengkap	Tdk sesuai
10	Obat utama dan tambahan	Lengkap	Sesuai
11	Cairan infuse utama dan tambahan	Lengkap	Sesuai

Perhitungan Alat dan Obat

Alat dan Obat (N5)= 11 Kategori, Bobot 20, N x b = 220

$$\begin{aligned} \text{Kesiapan alat dan obat} &= \frac{8 \times 20}{11 \times 20} \times 100\% \\ &= 72,7 \% \end{aligned}$$

8. Kesiapan ruangan IRD

Table 4.15 Observasi Ruang IRD Berdasarkan Fisik Sarana dan Prasarana

NO	Sarana dan Prasarana	Kondisi nyata	Kesesuaian
1	Luas IRD > 200 m ²	300 m ²	Sesuai
2	Ruang	15 m ²	Sesuai

	Penerimaan		
3	Ruang Tindakan	40 m ²	Sesuai
4	Ruang Operasi	28 m, ²	Sesuai
5	Ruang Observasi	24 m ²	Sesuai
6	Ruang Khusus	Sementara Renovasi	Belum sesuai

Standar IV Fisik Sarana dan Prasarana

Alat dan Obat (N4)= 6 Kategori, Bobot 30, N x b = 180

$$\begin{aligned} \text{Kesiapan Fisik sarana dan prasarana} &= \frac{5 \times 20}{6 \times 20} \times 100\% \\ &= 83 \% \end{aligned}$$

9. Kesiapan Perangkat Lunak

Prosedur tetap sudah cukup baik sebagian besar sudah ada system pelayanan pasien pada kasus gawat darurat sehari-hari sudah terkoordinasi namun dalam keadaan bencana belum ada disaster plan.

RSUD Prof. Anwar Makkatutu telah dapat memberi latihan kepada masyarakat awam tentang kegawat daruratan bencana/ sehari-hari, bekerjasama dengan BSB Kabupaten Bantaeng sedangkan untuk pelatihan bagi perawat dan dokter juga sudah siap dengan adanya program pelatihan BTCLS dan ATCLS.

10. Hazard Kabupaten Bantaeng

Pada bagian utara daerah ini terdapat dataran tinggi yang meliputi pegunungan Lompobattang. Karena daerah ini merupakan tekstur pegunungan maka berpeluang terjadi tanah longsor terutama

dimusim penghujan dan di dataran rendah seperti di kawasan perkotaan biasa terjadi banjir.

Dibagian selatan membujur dari barat ke timur terdapat dataran rendah yang meliputi pesisir pantai dan persawahan. Dengan daerah yang berbatasan dengan laut Flores maka peluang untuk terjadi Tsunami cukup besar apa bila sewaktu-waktu terjadi gempa bumi.

Kabupaten Bantaeng merupakan jalur penerbangan udara nusantara yang biasa dilalui oleh jalur penerbangan udara nusantara. Penerbangan dari Makassar ke kabupaten tetangga Selayar dapat berpotensi terjadinya kecelakaan transportasi udara.

Kejadian bencana di Kabupaten Bantaeng dalam 10 tahun terakhir diantaranya adalah sebagai berikut

1. Kejadian banjir di Kabupaten Bantaeng tahun 2006
2. Februari 2006 banjir di daerah Kabupaten Bantaeng, Sinjai dan Bulukumba, 3 ruas jalan terputus dan 55 korban jiwa.
3. Banjir bandang di Kabupaten Bantaeng pada tanggal 9 Juni 2008 17 rumah rusak 1 jembatan putus, 1 korban jiwa dan 53 rawat jalan.
4. September 2008 gelombang pasang dan angin kencang menelan 1 korban jiwa.

Perhitungan kesiapan IRD RSUD Prof. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng

1. Ketentuan umum	= 75%
2. Organisasi dan tatalaksana	= 61%
3. Ketenagaan	= 100 %
4. Fasilitas dan sarana	= 83 %
5. Alat dan obat	= 73%
Nilai Kesiapan	= $\frac{392}{5 \text{ item}}$ = 78,3 % (siap)

11. Wawancara

1). Kepala Instalasi Rawat Darurat

- a. Pengertian Sistem Pengelolaan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) Di RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng.

Kepala IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng sudah mengerti tentang SPGDT sesuai dengan pernyataan beliau:

*“ Saya sudah dilatih PPGD dan pelatihan penanganan disaster kerjasama BSB Kabupaten Bantaeng pada tahun 2010”.Ketika ada bencana.... Seperti banjir, tanah lonsor, angin topan kami bekerja sama dengan Dinas kesehatan, Brigade Siaga Bencana, Depsos, BAPEDALDA, PMI ,dengan arahan Bapak Bupati kami menangani pasien. Kami masing masing memiliki anggaran yang sudah ada.
(SN, 50 Thn, S2, 12082012)*

- b. Organisasi dan Tata kerja IGD

IRD Prof. Dr Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng sudah memiliki struktur organisasi IRD dan mengetahui tugas pokok beserta fungsinya:

“ Struktur organisasi IRD kami sudah buat di RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu kabupaten Bantaeng sejak pembangunan di RS kami,. Ketika ada gawat darurat atau bencana maka kami langsung bertidak untuk penanganan pasien. Dan itu kami lakukan dengan rutin .Meskipun jumlah personil kami terbatas, “ (R, 35 Thn, S1, 19082012)

c. Hospital Disaster Plan

Kegiatan perencanaan dalam penanggulangan bencana belum disusun dalam satu dokumen petugas IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu kabupaten bantaeng telah memahami SPGDT namun dalam kegiatan manajemen khususnya perencanaan disaster plan belum maksimal.

“ penyusunan disaster plan belum kami laksanakan, karena kami belum dilatih untuk penyusunan program tersebut”.Kami melaksanakan penanganan pasien kerja sama dengan BSB. BSB mengantar pasien yang ada di masyarakat dan kami tangani....Kalau perlu rujukan ke Makassar kami rujuk dengan menggunakan ambulance RS dan kalau terpakai kami memakai ambulance dari BSB (LH, 41, B,SI, 12082012).

d. Sarana prasarana

Standar prasarana gedung IRD sudah sesuai dengan standar gedung yang direkomendasikan oleh Depkes.

“ Pembangunan IRD RS kami sudah sesuai dengan standar depkes karena baru-baru ini kami di kunjungi oleh kementerian kesehatan tentang rencana pembangunan RS Kami, UGD berada di lantai satu dan dua. Dan ruangan kami sudah ditambah dan kami akan optimalkan pemanfaatannya diharapkan RS kami menangani pasien di Kabupaten Bantaeng kami” (SF, 50 Thn, S2, 12082012)

e. Sarana di IRD

Sarana di IRD meliputi sarana: komunikasi, transportasi, obat dan alat medis terdiri alat medis umum, utama dan tambahan; namun sampai saat ini belum lengkap.

“saya belum tahu ada dua jenis ambulans”

“kami belum ada ambulans gawat darurat”

*“Komunikasi kami terbatas pada telepon, untuk obat cukup tetapi Alat medis utama kurang, menunggu bantuan dari daerah dan dari DEPKES”
(R, 35 Thn, S1, 19082012)*

f. Alur pasien pada pelayanan IGD

Alur IRD pasien RSUD Prof Dr Anwar Makkatutu sudah benar, tetapi belum dituangkan dalam standar operational procedure.

*“SOP alur pasien IRD sudah ada”
(R, 35 Thn, S1, 19082012)*

g. Sumber Daya Manusia/Personalia

Direktur RS Prof Dr Anwar Makkatutu menyatakan bahwa Dokter umum di RSUD Prof Dr Anwar Makkatutu Bantaeng masih kurang , dokter spesialis 4 besar sudah ada namun belum terpenuhi secara maksimal. Perawat yang

bekerja di IRD belum mencukupi dan masih ada yang perlu pelatihan PPGD.

“Dokter umum IRD beberapa orang akan lanjut spesialis”

Jadi kepala IGD kadang juga ikut sip jaga.

“Dokter spesialis tidak on site diUgd tetapi mereka on Call setiap saat dalam pelayanan 24 jam di Rumah sakit.

“Kami menunggu penerimaan paramedis perawatan dari pemerintah kabupaten Bantaeng”

“ Kami usahakan untuk mengangkat tenaga kontrak yang dibiayai oleh APBD Kabupaten Bantaeng”. Kami juga sudah mengusulkan untuk biaya pelatihan BTCLS untuk perawat namun tidak semuanya terealisasi sehingga beberapa petugas UGD Kami yang pergi pelkatihan dengan biaya sendiri. (SN, 50 Thn, S2, 12082012)

h. Alur permintaan alat dan bahan medis habis pakai

RSUD Prof Dr Anwar Makkatutu masih kekurangan BMHP (bahan medis habis pakai) maupun peralatan medis.

“Bahan medis habis pakai masih cukup tetapi alat kesehatan yang masih kurang saat ini kami menunggu bantuan dan petunjuk teknis dari pusat dan daerah. Alat kesehatan yang baru akan menjadi alat pada rumah sakit kami yang baru nanti. (R, 35 Thn, S1, 19082012)

i. Manajemen Dukumen IRD

Manajemen dokumen pasien pada Instalasi rawat darurat RSUD Prof Anwar Makatutu kab Bantaeng belum maksimal karena dokumen pasien IRD masih gabung dengan dokumen rawat jalan di rekam medik.

Pada kenyataannya hal ini belum dilaksanakan;

“Manajemen dokumen sama dengan perawatan rawat jalan”

“Saat ini belum ada manajemen dokumen khusus IRD”

“IRD hanya mencatat dan melaporkan kegiatan harian yang dikumpulkan ke Ruang RekamMedik”

A. Pembahasan Hasil Penelitian

1. Kesiapan Sumber Daya Manusia di Instalasi Rawat Darurat

a. Kesiapan Dokter Umum

9. Menurut keputusan Menteri kesehatan Nomor 856/menkes/SK/IX/ 2009 RSUD dengan klasifikasi C memiliki standar minimal harus mempunyai Dokter Umum dengan kualifikasi PPGD yang bekerja ON SITE 24 . Sedangkan menurut SK Direktur Jendral Pelayanan Medik No. HK.00. 06. 3. 4. 1630 tahun 1999 Sebuah RS Tipe C harus memiliki dokter umum dengan pelatihan PPGD sebanyak minimal 5 orang.

RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu Bantaeng sudah memiliki jumlah tenaga dokter umum yang on site 24 jam di IRD 7 orang. Namun rumah sakit ini akan kekurangan tenaga dokter di IRD bila tenaga dokter umum ada yang akan mengikuti program pendidikan lanjutan spesialis ataupun magister kesehatan.

Maka dari itu untuk menghindari kekurangan dokter umum di IRD Direktur RSUD Prof Anwar Makkatutu harus memahami dan memperhatikan Sistem Penanggulangan Gawat Terpadu B/S

(bencana/sehari-hari) di rumah sakit; yang dilanjutkan dengan kebijakan-kebijakan operational dalam Sumber Daya Manusia jumlah dan jenis serta kemampuannya. Selain itu kepala IRD perlu wewenang lebih luas dalam mengatur IRD dengan prinsip-prinsip manajemen.

b. Kesiapan Dokter Spesialis

Untuk IRD kelas C harus memiliki dokter spesialis dengan jaga on-call dalam waktu 30 menit setelah dipanggil melalui telepon.

Pada penelitian di IRD Prof. Dr. Anwar Makkatutu kelas C sudah mempunyai dokter spesialis 4 besar dan anastesi yang siap on call dalam 30 menit. Saat ini rumah sakit ini memiliki pelayanan spesialis jantung, saraf, mata, THT, jiwa, kulit kelamin, dan patologi Klinik.

c. Kesiapan Perawat dan Pegawai Lain

Perawat di IRD kelas C minimal 13 orang tenaga perawat yang bekerja 24 jam bergiliran jaga. Jaga pagi 4 orang, jaga siang 3 orang, jaga malam 3 orang dan istirahat 3 orang. Non medis meliputi pekarya, tenaga tata usaha dan keuangan serta keamanan yang bekerja 24 jam dengan 3 kelompok giliran jaga.

Kesemuanya dikomandoi oleh kepala perawat dengan kualifikasi SI/DIII yang sudah mendapat sertifikat PPGD-BLS yang bekerja di jam kerja atau dapat juga di luar jam kerja.

RSUD Prof Anwar Makkatutu Kab bantaeng sudah memenuhi standar tersebut dengan jumlah tenaga perawat 25 orang yang telah tergabung dalam 3 sip yaitu 8 Pagi, 6 sore, 6 malam, 5 istirahat. Sedangkan pegawai lain sudah. Kepala IRD adalah dokter dengan pendidikan S1. Sedangkan penanggung jawab keperawatan IRD adalah seorang perawat DIII keperawatan dan lanjut pendidikan sarjana kesehatan masyarakat.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Alinea Dewi Elisanti di RSUD Islam Ahmad Yani Surabaya menyatakan bahwa kesiapan sumber daya manusia, obat dan alat kesehatan sangat mempengaruhi kesiapan penanganan di IRD. Jumlah tenaga yang cukup akan mengurangi beban kerja di instalasi rawat darurat di rumah sakit.,

2. Kesiapan Perangkat Keras di Instalasi Rawat Darurat

a. Kesiapan Fasilitas

Prasarana gedung untuk IRD kelas C adalah $>200\text{m}^2$ dengan ruang Triase pemeriksaan menggunakan penyekat non permanen (gorden), yang digunakan untuk nurse station, triase, resusitasi, tindakan, observasi, alat dan obat.

Prasarana gedung IRD RSUD Prof. Dr Anwar Makkatutu sudah memenuhi standar luas gedung dan memenuhi syarat. Hal ini disebabkan oleh ;

- 1) Adanya analisis kebutuhan gedung pada pembangunan awal RSUD Prof. Anwar Makkattu

2) Rencana pengembangan gedung RS Prof. Dr. Anwar Makkatutu menjadi rumah sakit pusat rujukan di bagian selatan Sulawesi Selatan.

Pada penelitian Eddy suhardi Sarim didapatkan bahwa masih banyak IRD rumah sakit kelas c belum memenuhi standar luas gedung seperti rumah sakit Kuningan, Wallet, Arja winangun, Majalengka, Indramayu, gunung jati hal ini, disebabkan oleh belum diterapkannya perencanaan SPGDT di IRD rumah sakit.

b. Kesiapan Peralatan

Peralatan yang harus ada meliputi peralatan non medis seperti sarana komunikasi terdiri telepon, faxcimile, radio stationer dan handi talkie. Sarana transportasi terdiri ambulance gawat darurat, mobil jenazah. Ambulance gawat darurat tujuan penggunaan untuk pertolongan gawat darurat pra RS, pengangkutan penderita gawat darurat yang sudah stabil dari lokasi kejadian ketempat tindakan definitive di rumah sakit. Adapun persyaratan teknis kendaraan roda 4 dengan peredam getaran lunak, warna kuning mudah, sirine 1 atau 2 nada, lampu rotator warna biru terletak di tengah atas kendaraan. Sarana penunjang medis terdiri alat rontgen dan laboratorium, dan peralatan medis umum, utama dan tambahan.

Pada penelitian didapatkan peralatan komunikasi yang ada di IRD RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu adalah telepon sedang peralatan komunikasi lainnya belum tersedia . Alat transportasi

yang ada hanya seperti ambulans rujukan atau ambulans transportasi hal ini disebabkan:

- 1). Adanya komitmen dengan BSB Kabupaten Bantaeng dalam penanganan kasus gawat darurat.
- 2). Penanganan pasien pra rumah sakit diberikan kepada BSB dan Dinas kesehatan dalam hal ini puskesmas.

c. Kesiapan Obat-obatan

Obat-obatan yang harus tersedia terbagi menjadi obat utama dan obat tambahan dan cairan infus utama maupun tambahan.

Untuk obat-obatan utama dan tambahan cukup tersedia di RSUD Prof Anwar Makkatutu kab Bantaeng begitu juga cairan infuse. Rencana kedepan pemerintah kab. Bantaeng bekerja sama dengan perusahaan Jepang untuk pendirian pabrik cairan infuse.

Hal ini sejalan dengan penelitian Eddy Suhardi Sarim yang dilakukan pada tahun 2003 yang menyatakan bahwa semua rumah sakit di wilayah Cirebon sudah memiliki kesiapan fasilitas, peralatan dan obat dengan jumlah yang cukup namun perlu perhitungan kesediaan yang cukup yang dapat dimanfaatkan ketika ada disaster

3. Kesiapan Perangkat Lunak di Instalasi Rawat Darurat

a. Kesiapan Organisasi dan Manajemen

Sesuai Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medis Depkes RI No. HK.00.06.3.4.11630 tentang Standar klasifikasi IRD

Rumah Sakit di Indonesia bahwa Organisasi IRD didasarkan pada organisasi fungsional multidisiplin dan multiprofesi.

Ternyata pada penelitian di IRD Prof. Anwar Makkatutu sudah memiliki Struktur Organisasi walaupun hanya dokter umum dan perawat IRD saja, memiliki jalinan kerja sama dengan organisasi lain seperti BSB Bantaeng, Tagana, Bapedalda, Departemen sosial dan dinas Kesehatan dalam penanganan kasus SPGDT sehari-hari dan Bencana. Namun organisasi dan sistem manajemen belum maksimal karena, belum menggunakan sistem manajemen penjagaan mutu terpadu dimana tujuan manajemen ditetapkan terlebih dahulu, seberapa hasil riil yang dicapai, selisih hasil merupakan umpan balik untuk koreksi/perbaikan yang selanjutnya perlu dilakukan factor-fator yang terkait dalam proses pencapaian tujuan. Siklus manajemen IRD RSUD Porf Anwar Makkatutu harus memperhatikan siklus PDCA (Plan-Do-check Action) dengan memperhatikan manusia, materi, metode, fasilitas, dan lingkungan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh St Nurfaidah di rumah sakit Saiful Anwar Malang Jawa Timur, ditemukan bahwa kesiapan organisasi dan manajemen di rumah sakit, termasuk penerapan klinikal pathway sangat menentukan pelayanan kepada pasien. Organisasi Instansi dan metode kepemimpinan yang diterapkankan oleh pimpinan mempengaruhi pelayanan medik kepada pasien.

b. Kesiapan Prosedur Tetap

Untuk tata laksana kerja ditetapkan melalui berbagai standar operational prosedur (SOP); pada penelitian ini memperhatikan 10 SOP yang mutlak ada ternyata 4 SOP belum ada yaitu : SOP kasus dengan korban massal, keracunan massal, asuransi kecelakaan dan kasus lima besar true emergency. hal ini disebabkan;

- 1). Penyusunan SOP menjadi wewenang tenaga Medis Fungsional untuk menyusun prosedur penanganan
- 2). Belum tersosialisasikannya manfaat SOP secara maksimal

c. Kesiapan Pendidikan dan Pelatihan

RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng telah menagadakan pendidikan dan pelatihan tentang penanganan dan pengelolaan kegawatdaruratan sehari-hari dan bencana bagi perawat dan dokter.

Simulasi yang telah dilakukan diantaranya:

- 1). Gladi penanggulangan banjir tahun 2008
- 2). Gladi penanganan KLB / wabah, logistik dan pengolahan data, tahun 2011.
- 3) Simulasi penanganan kebakaran kerjasama dengan Damkar, BSB dan RSUD Prof Anwar Makkatutu diadakan pada bulan juli 2011

Adapun sumber dana kegiatan tersebut bersumber dari anggaran pendapatan belanja kabupaten Bantaeng. Pada bulan

Februari tahun 2012 diadakan pelatihan BTCLS di RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng Kerjasama dengan BSB Makassar. ada juga pelatihan yang dananya dari swadaya perawat dan dokter dimana tenaga dokter dan perawat mengikuti biaya pelatihan PPGD dengan biaya sendiri.

Pemerintah Kab. Bantaeng dalam hal ini pihak rumah sakit dan BSB perlu mengadakan simulasi secara berkesinambungan demi untuk meningkatkan koordinasi dalam penanganan bencana

d. Kesiapan Rekam Medik di Instalasi Rawat Darurat

Dalam Upaya kendali mutu maka Rekam medik menjadi sangat penting agar dapat membuat laporan, evaluasi kerja rutin, minimal dalam bentuk audit, dan tindakan lanjut.

Saat ini IRD RSUD Prof. anwar Makkatutu tidak mengelolah rekam medik, setelah dilakukan pelayanan langsung dikirim ke bagian medik begtiu juga yang sudah menggunakan komputerisasi tetap ditangani oleh Bagian rekam medik rumah sakit.

Pada penelitian Noory Nurania tahun 2006 di rumah sakit Umum Majalaya Bandung didapatkan bahwa system rekam medik rumah sakit umum majalaya sudah berjalan sesuai dengan petunjuk penyelenggaraan rekam medik rumah sakit umum. Namun pengolahan datanya masih menggunakan system manual sehingga pencarian data rekam medis menggunakan waktu yang cukup lama.

e. Dalam penatalaksanaan bencana sehari-hari dan bencana massal (massa disaster) IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu Kab. Bantaeng melakukan kerjasama dengan BSB, Dinas kesehatan, Depsos, dan Bapedalda, serta PMI Semua organisasi tersebut melakukan pelayanan gawatdarurat dimasyarakat baik dalam tahap pra rumah sakit maupun di dalam rumah sakit dengan mengedepankan aspek manajemen demi menciptakan kesamarataan, efisiensi, dan mutu pelayanan kesehatan, tanpa mengabaikan kearifan lokal yang dimiliki kabupaten Bantaeng berupa pengembangan rencana tata ruang di wilayah kabupaten Bantaeng. Kearifan lokal yaitu ;

1. Adanya azas kebersamaan dalam penanganan bencana
2. Adanya pembagian zona rawan bencana yaitu kawasan rawan banjir, kawasan rawan gelombang pasang dan kawasan rawan tanah longsor. Dalam penanganan bencana di Kabupaten Bantaeng menerapkan sistem SPGDT meliputi tahapan

a. Pra rumah sakit meliputi,

- 1) Pencarian dan penyelamatan
- 2) Perawatan dilapangan meliputi; Triase, Pertolongan pertama, dan pos medis lanjutan.

3) Pos penatalaksanaan evaluasi

Semua kegiatan pra rumah sakit dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dan BSB.

b. Intra rumah sakit

Pelayanan intr rumah sakit yang dilaksanakan oleh RSUD Prof Anwar Makkatutu yaitu: Penerimaan, triase, resusitasi, pemeriksaan fisik, intervensi defenitif ICU, ICCU dan rawat inap.

B. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan-keterbatasan, diantaranya adalah;

1. Penelitian dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif yang difokuskan pada Instalasi Rawat Darurat di RSUD Prof. Dr. Anwar Makkatutu sebagai responden/informan. Responden berjumlah 32 orang dan 3 orang informan dengan wawancara
2. Sistem penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Bencana/Sehari-hari, tidak hanya terpadu intra rumah sakit tetapi sangat penting adanya keterpaduan antara rumah sakit dengan sarana pelayanan kesehatan dan instansi lain di Kabupaten Bantaeng.
3. Data yang diambil sangat mungkin melibatakan subjektivitas peneliti. Untuk mengurangi subjektivitas peneliti melakukan triangulasi sumber, metode dan analisa untuk tujuan memvalidasi data sehingga data yang diperoleh dianggap cukup valid.

4. Penelitian ini dilakukan dalam waktu tidak terlalu lama kurang lebih 2 bulan sehingga penggalian analisa kesenjanganpun terbatas.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian analisis kesiapaan menghadapi bencana di Instalasi Rawat Darurat Rumah Sakit Prof Anwar Makkatutu Kab Bantaeng disimpulkan bahwa:

1. Kesiapan organisasi dan tata laksana sudah terpola namun belum maksimal karena zooming ruangan (surge capacity) dalam bencana massal belum ada dan SOP komunikasi dan prosedur penggunaan belum ada .
2. Kesiapan sumber daya manusia di IRD RSUD Prof Anwar Makkatutu Kab. Bantaeng sudah sesuai dengan apa yang di anjurkan oleh Kementrian Kesehatan
3. Kesiapan sistem komunikasi sudah siap. Komunikasi antara beberapa organisassi dan lembaga terkait sudah berjalan. Namun sistim kominikasi perlu di perbaiki dan perlu adanya penambahan sarana komunikasi seperti HT dan sarana komunikasi lain dalam pelayanan di IRD.
4. Kesiaapan alat kesehatan dan obat di IRD sudah siap untuk menangani gawat darurat sehari-hari dan bencana. Obat emergency ada di IRD sebagian lagi ada di depot farmasi.
5. Ruang IRD sudah terpisah tiap bagian dan sudah sesuai standar dan ruangan IRD akan di pindahkan ke gedung yang baru yang rencananya akan menjadi 2 Lantai untuk IRD.
6. Kesiapan SPGDT sehari-hari dan bencana RSUD Prof Anwar Makkatutu Bantaeng menurut perhitungan yang disepakati oleh raker kepala RD di bandung pada bulan juli 2003 adalah 78 % berarti rumah sakit cukup siap dalam menangani bencana.

B. SARAN

1. Pemerintah Kabupaten Bantaeng harus membuat perencanaan kegiatan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas tenaga dalam kesiapsiagaan dan penanganan bencana sehari-hari dan mass disaster.
2. Untuk Pembangunan RSUD Prof Anwar Makkatutu Kab. Bantaeng yang baru perlu memikirkan organisasi tatalaksana yang bagus dan zooming yang bisa digunakan dalam disaster.
3. Perlu adanya pelatihan PPGD secara berkala dan pelatihan hospital disaster Plan bagi Direktur, kepala IRD dan petugas IRD yang lain demi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam penanganan bencana di rumah sakit.
4. RSUD Prof Anwar Makkatutu Kab. Bantaeng harus menyusun anggaran tentang sarana komunikasi selain telepon demi untuk memperkuat system komunikasi yang ada baik intra rumah sakit maupun dengan lembaga terkait dalam penanganan disaster.
5. Perlu adanya perencanaan ruangan IRD, zooming ruangan (surge cavacity) dan pengadaan alat kesehatan serta obat-obatan yang matang dan sesuai dengan ketentuan dari Depkes dalam pembangunan sarana dan prasarana RSUD Prof Anwar Makkatutu yang baru.
6. Direktur RSUD Prof Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng harus melakukan perencanaan sumber daya manusia untuk mengikuti pendidikan lanjutan, mutasi pegawai bagi dokter dan perawat perlu dipertimbangkan demi peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agung Cahyo, 2007. Kajian kesiapsiagaan masyarakat dalam mengantisipasi bencana gempa bumi dan tsunami di nias selatan. <http://www.penanggulanganbencana.depkes.go.id/article/view/18/1369/>. Diakses 24 mei 2012
- Ahmad Toriq – detikNews, 2011. Korban Kebakaran Rumah Sakit di India Jadi 89 Jiwa. <http://news.detik.com/read/2011/12/10/010026/1787755/1148/korban-kebakaran-rumah-sakit-di-india-jadi-89-jiwa>. diakses tanggal 10 maret 2012
- Alexander. 2007. ***Peran Rumah Sakit dalam Bencana***. <http://alexanderkomala.wordpress.com/2010/11/25/project-blok-4-2-post-xv-peranan-rumah-sakit-dalam-bencana/>
- Amiruddin, Ridwan. 2011. ***Epidemiologi Perencanaan dan Pelayanan Kesehatan***. Cet. 1 Masagena Press: Makassar.
- Ariani, Wahyu. 2008. ***Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dalam Bisnis: Dua Metode yang Tidak untuk Dipertentangkan***. Optimal, Vol. 5, No. 2, Yogyakarta
- Armyn Nurdin. 2009. ***Disaster Epidemiology***. Learning Design. Master Program S2 Emergency dan Disaster Management Medical Faculty of Hasanuddin University
- Asrul A, Joedo P. 2003. ***Metode Penelitian Kedokteran dan kesehatan Masyarakat***. Binarupa Aksara: Batam Centre
- Boy Subirosa. 2011. ***Pemasaran Kelas Dunia Untuk Rumah Sakit***, Salemba Medika: Jakarta
- Budiono, A.M. Sugeng., R.M.S Jusuf & Adriana Pusparini. 2008, ***Bunga Rampai Hiperkes & KK***. Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang
- Bruno Hersche dan Olivier C. Wenker 2011. ***Principles Of Hospital Disaster Planning***.
- De Boer, Jan. et al. 2003. ***Order in Chaos***. LiberChem Publication solutions, Culemborg. The Netherlands.
- Departement of Health Philippines, 2000. ***Guidelines on Hospital Preparednes and response planning***. 1st Edition Manila.

Depkes RI, 2006. Keputusan menteri kesehatan republik indonesia Nomor: 066/menkes/SK/II/2006, **Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (Sdm) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana, Jakarta.**

Depkes RI, 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan No.Nomor : 432/Menkes/SK/IV/2007, Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit.* Depkes RI. Jakarta.

Depkes RI, 2009. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/SK/XI/2009 Tentang standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit. Depkes RI. Jakarta.

Depkes RI, 2009. ***Pedoman Perencanaan dan Penyiagaan Bencana bagi Rumah Sakit.*** Dirjen bina pelayanan medik, Jakarta.

Dinas Keseharan Provinsi Sulawesi Selatan. 2010 . ***Informasi Data Executif di Sulawesi Selatan tahun 2007-2009.*** Makassar

Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. 2009. *Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana Bagi Rumah Sakit.* Depkes RI. 2009.

Friedman, Mary Mcgoldrick, 2004. Tracer Methodologi and the new joint Commision Home Care and Hospice survey Process. www.homehealthcarenurseonline.com. Diakses pada 28 maret 2012.

Grace E W R, *Emergency Disaster Plan.* St Vincent's Hospital

Jan De Boer & Remmen Jacqou, 2003. *Order in Chaos Modelling Medical Disaster Management Using Emergo Metrics.* Second Revised Edition. LiberChem Publication Solutions, Culemborg. The Nederlands. ISBN 90 7749 201 1

Kepolisian Republik Indonesia. 2010. Standar Sistem ManajemenKeadaan Darurat. Panduan Instruktur.

Kompas 30 Juli 2010, *Rumah Sakit dan Sekolah Harus Aman* .Jakarta. <http://kesehatan.kompas.com/read/2010/07/30/0932345> diakses tanggal 12/9/2011

Lisnawati, Nurfarida 2010. Kesiapsiagaan Perawat Puskesmas dalam Menajemen Bencana di Puskesmas Bantul Yogyakarta. <http://www.manajemenbencana.depkes.go.id/article/view/08/1569/>. Diakses 24 mei 2012

- Montana State Hospital. 2011. *Fire, Emergency and Disaster Plan*.
<http://msh.mt.gov/volumei/emergencyresponse/fireemergencydisasterplan.pdf> diakses tanggal 20/9/2011
- Najib, 2011. *RSUD Mataram Terbakar, Ratusan Pasien Dievakuasi*.
<http://www.babuju.com>. diakses tanggal 12/9/2011
- Nugroho PN, 2011. *Statistik Bencana 2011*.
<http://www.penanggulangankrisis.depkes.go.id/article/view/17/1369/Statistik-Bencana-2011.htm> diakses tanggal 14 Maret 2012.
- Nursalam, 2003. ***Konsep dan Penerapan metodologi penelitian keperawatan. Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrument Penelitian Keperawatan***. Edisi Pertama-Jakarta : Salemba Medika
- PAHO, 1993. *Administration Issues*. 525 Twenty-third Street, NW Washington, D C 20037 USA. ISBN 92 75 12100 1
- Peraturan Daerah Kabupaten Bantaeng. 2012. ***Rencana Tata Ruang Wilayah Kabupaten Bantaeng***. Bantaeng
- Perdana Nurdin, 2007. *Ketahanan Komunitas Pada Daerah Rawan Bencana di Indonesia*. Disertasi PPS Unhas. Makassar
- Pusponegoro AD, 2011. *The Silent Disaster Bencana Dan Korban Massal*. CV Sagung Seto Jakarta.
- Pusponegoro, Aryono, Dkk. 2009. ***Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana bagi Rumah sakit***. Depkes RI Dirjen Bina Pelayanan Medik, Jakarta.
- PPS Unhas, 2006. ***Pedoman Penulisan Tesis dan Disertasi***, Edisi 4. Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
- Riluation, 2009. *Kebakaran Hebat Kembali Landa Kota Palu*.
<http://www.ppk-depkes.org/berita-terkini/1576-kebakaran-di-kota-palu.html> diakses tanggal 12/2/2012.
- Saksena, Ravi, et.al. 2010. Hospital preparedness for emergencies dan disaster. USAID, USA.
- Sarim, Suhardi E (2003) *Analisis kesiapan menghadapi bencana di instalasi rawat darurat rumah sakit umum daerah se-wilayah pembangunan Cirebon tahun 2003*. Tesis.
<http://digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail....> diakses tanggal 12 November 2011

Smith, Marthew dan Smith, Philip W, 2009. ***Hospital Preparedness in nebraska: a Pandemic Influenza Survey***. American Journal of Disaster Medicine. www.ncbi.nlm.nih.gov.

Sopiyuddin Dahlan. 2009. Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan. Salemba Medika. Jakarta.

Sundenes Knut Ole & Bilnbaum Marvin L. 2002. *Health Disaster Management Guidelines For Evaluation and Research in the Utstein Style*. United Nations Department of Humanitarian Affairs. WHO

Siti Irene, dkk. (2010). *Sosialisasi Pendidikan Mitigasi Pada Lingkungan Rawan Bencana*

.....*Kejadian Bencana Indonesia 2011*.
<http://www.bnpb.go.id/userfiles/image/rekapbencana/bahan%20web%281%29.jpg> diakses tanggal 14 Maret 2012

Kuesioner

PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS HASANUDDIN

PENELITIAN ANALISIS KESIAPAN MENGHADAPI BENCANA DI

RUMAH SAKIT PROF. ANWAR MAKKATUTU KAB BANTAENG

IDENTITAS INFORMAN

- | | |
|-----|---|
| 1. | Nama : |
| 2. | Tempat Tanggal Lahir : |
| 3. | Umur : |
| 4. | Status : PNS, Honorer, |
| 5. | Profesi : 1 |
| 6. | Pendidikan Terakhir : |
| 7. | Lama Bekerja di UGD : |
| 8. | Pelatihan Emergency : a. |
| 9. | b. BTCLS, BCLS, BTLS,
Emergency Nursing
Tahun Pelatihan : |
| 10. | Sumber Biaya : |
| 11. | Jabatan : |

STANDAR IRD RSUD KELAS C

	FASILITAS DAN PERAWATAN	Sesuai Standar	Tidak Sesuai
1	Informasi masyarakat		
2	Lokasi gawat darurat (akses masuk roda empat)		
3	Pemisahan ruang (triase, resuitasi, tindakan observasi, ruang istirahat petugas, ruang tunggu)		
4	Zooming ruangan dalam keadaan musibah massal		
5	SOP komunikasi		
6	SOP penggunaan alat dan obat life saving		
7	Daftar alat dan obat life saving		
	KEBIJAKAN DAN PROSEDUR (SOP)		
1	Kasus perkosaan		
2	Keracunan massal		
3	Asuransi kecelakaan		
4	Kasus dengan korban		
5	Kasus lima besar true emergency		
6	Kasus kegawat daruratan di ruang gawat darurat		
7	Tanggung jawab doktetr		
8	Batasan tindakan medis		
9	Kasus-kasus tertentu yang mengancam jiwa		
10	Pelayan persalinan normal dan tidak normal		

KETENAGAAN /SDM KELAS C**JENIS / WAKTU BERTUGAS / JUMLAH KEBUTUHAN**

NO	TENAGA	JUMLAH	JENIS	WAKTU KERJA
1	Dokter spesialis			
2	Dokter Umum +PPGD			
3	Perawat paramedic + PPGD			
4	TU / keuangan			
5	Kambtib			
6	Pekarya			
7	Triase			

FASILITAS ALAT OBAT IRD RSUD KELAS C

NO	FASILITAS	JUMLAH	SESUAI STANDAR	TIDAK SESUAI STANDAR
	Peralatan Non Medis Komunikasi			
1	Telepon			
2	Fax			
3	Radio : Pesawat stasioner (RIG)			
4	Pesawat HT			
	TRANSPORTASI			
5	Ambulance gawat darurat			
6	Mobil jenazah			
	PENUNJANG DIAGNOSTIK			
1	Radiologi			
2	Laboratorium			

PERALATAN MEDIK UMUM

NO	PERALATAN MEDIK UMUM	JUMLAH	SESUAI STANDAR	TIDAK SESUAI STANDAR
1	Poliklinik set (gunting, pinset dll)		Sesuai	
2	Tensi meter	2	sesuai	
3	Stetoskop	2	Sesuai	
4	Termometer	2	Sesuai	
	UTAMA			
	Trolley emergency set isi	3	Sesuai	
1	1 ambubag (dws / ank)	1	Sesuai	
2	3 EET (dws /ank)	2/2	Sesuai	
3	2 Laringoskop (dws / ank)	1	Sesuai	
4	1 Magil Forcep	1	Sesuai	
5	2 Pipe Orofaring (mayo / gudel)	1	Sesuai	
6	1 unit suction	1	Sesuai	
7	1 Tabung O2	5	Sesuai	
8	2 Jarum besar (12-14g)	4	Sesuai	
9	1 Collar splint	-		Tdk sesuai standar
10	Jarum infus (infus set : 2x jml bed)	8	Sesuai	
11	Balut bidai (2x jml kasus trauma)	-		Tdk sesuai standar
12	Sterilisator	1	Sesuai	
13	EKG	1	Sesuai	
14	Defibrilator	-		Tdk sesuai standar

15	Minor surgery	-		Tdk sesuai standar
16	Partus set	-		Tdk sesuai standar
17	NGT	2	Sesuai	
18	Urine cath	1	Sesuai	
19	Nebulizer	1	Sesuai	
20	Pulse oxymeter	-		Tdk sesuai standar

OBAT-OBATAN UTAMA

NO	NAMA OBAT	JUMLAH	SESUAI STANDAR	TIDAK SESUAI STANDAR
1	Adrenalin	8	sesuai	
2	Lidocain	3dos	Sesuai	
3	Sulfas atropin		Sesuai	
4	O2		Sesuai	
	TAMBAHAN			
1	Aminopilin	20	Sesuai	
2	Bicnat	20	Sesuai	
3	ATS	5	sesuai	
4	ABU	-		Tdk sesuai
5	CTM	200	Sesuai	
6	Diuretik	120	Sesuai	
7	Antispasmodik	60	Sesuai	
8	Analgetik	200	Sesuai	
9	Antibiotik		Sesuai	

	Cairan infus		Sesuai	
	Utama : Kristaloid (RL, Nacl 0,9%)		Sesuai	
	Tambahan Koloid (Hemocel, Hes 6%)		Sesuai	
	Dextrose 5%		Sesuai	

FISIK SARANA DAN PRASARANA

NO	STANDAR IRD KELAS C	SESUAI STANDAR	TIDAK SESUAI STANDAR
1	Luas > 1000 m ²	28 m ²	
2	Ruang Tunggu	3x6	
3	Ruang Administrasi	6 m ²	
4	Ruang Triase	42m ²	
5	Ruang Tindakan	40 m ²	
6	Ruang Resusitasi	12 m ²	
7	Ruang Obsevasi	24 m ²	
8	Ruang Infeksi	-	Tdlk sesuai
9	Ruang Operasi	28 m ²	
10	Ruang Rontgen		Tdk sesuai
11	Ruang Recovery		Tdk sesuai
12	Ruang Laboratorium	Sesuai	
13	Ruang Depot darah		Tdk sesuai
14	Ruang Gudang		Tdk sesuai

15	Ruang Dokter	6 m ²	
16	Ruang perpustakaan		Tdk sesuai
17	Ruang Pertemuan		Tdk sesuai
18	Ruang Jenazah	Sesuai	

FISIK SARANA DAN PRASARANA

NO	STANDAR IRD KELAS C	SESUAI STANDAR	TIDAK SESUAI STANDAR
1	Luas > 200 m ²		
2	Ruang utama : Ruang dengan sekat non permanen (gordyin) Digunakan untuk : -Adm dan Nurse station -Triase -Resuitasi -Obsevasi -Alat dan obat	sesuai Sesuai Sesuai sesuai	
3	Ruang tambahan : -Ruang tunggu (keluarga) -Ruang alat tenun steril -Kamar dokter jaga	Sesuai Sesuai Sesuai	
4	Ruang penunjang : -Ruang Rontgen -Ruang laboratorium -Ruang Laboratorium -Ruang OK (sdapat digabung dengan yang biasa di RS)	Sesuai Sesuai	Tdk sesuai Tidak sesuai

No	Inisial resp.	Umur	JK	Status	Profesi	Pendidikan terakhir	Lama bekerja	Pelatihan emergency	Sumber biaya
1	A	28	L	1	1	1	1	1	1
2	AD	31	P	1	1	1	2	1	1
3	P	26	P	1	1	1	1	1	1
4	M	26	P	1	1	1	1	1	1
5	S	35	P	1	1	1	1	1	1
6	PR	25	P	1	1	1	2	1	1
7	ML	24	P	2	1	1	1	2	3
8	PTH	26	L	2	2	2	1	1	1
9	SRK	25	P	1	2	2	1	1	1
10	S	27	L	2	2	2	1	1	1
11	LA	43	L	1	2	1	2	1	1
12	RSM	45	P	1	2	2	2	1	2
13	SRI	28	P	1	2	2	1	1	1
14	F	28	L	1	2	2	1	1	1
15	K	28	P	2	2	2	2	1	2
16	J	26	P	2	2	2	2	1	2
17	SB	25	L	2	2	2	2	1	2
18	R	35	P	2	2	2	1	1	1
19	N	31	P	1	2	2	2	1	2
20	STR	25	L	1	2	2	1	1	1
21	FR	25	L	2	2	1	1	2	3
22	D	26	P	1	2	2	1	1	1
23	E	24	P	2	2	2	1	1	1
24	AK	22	L	2	2	2	1	1	1
25	SY	24	L	1	2	2	1	1	1
26	DS	26	P	2	2	2	1	1	1
27	EN	28	P	2	2	2	1	1	1
28	HR	38	P	1	2	1	2	1	1
29	SR	27	P	1	2	2	2	1	2
30	F	22	P	2	2	2	1	1	1
31	ARD	24	L	2	2	2	1	1	1
32	AR	32	L	2	2	2	1	1	1