

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Definisi Bencana

Menurut UU No. 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan 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.

Pengertian bencana menurut (Kunz *et al.*, 2014) bahwa bencana merupakan suatu kejadian mendadak yang mengganggu berfungsinya aktifitas suatu komunitas atau masyarakat. Bisa menyebabkan kerugian manusia, material, ekonomi dan lingkungan yang melebihi kemampuan masyarakat atau komunitas untuk mengatasi penggunaan sumber dayanya sendiri. Menurut

(Louis 2016) definisi bencana yaitu suatu insiden yang tidak bisa diprediksi dan terduga yang memiliki hasil dampak yang negatif.

World Health Organization (WHO) 2015 juga memaparkan bahwa *disaster* merupakan suatu kejadian yang mengganggu kondisi normal keberadaan masyarakat. Menyebabkan tingkat penderitaan itu melebihi kapasitas penyesuaian dari komunitas yang terkena dampak.

Dampak dari bencana sangatlah kompleks dan bersifat multidimensional, bencana bukan hanya berdampak pada kehidupan sosial masyarakat, tetapi juga berimbas terhadap pertumbuhan ekonomi dan perdagangan serta rusaknya lingkungan akibat bencana. Sehingga konsep implamentasi penanggulangan bencana menjadi prioritas dalam membangun kesiapsiagaan serta memaksimalkan potensi sumber daya yang ada.

2. Jenis Bencana

Menurut Ramli (2010) bencana ada bermacam-macam menurut sumber atau penyebabnya. *United Nation For Development Program* (UNDP) mengelompokkan bencana atas 3 (tiga) jenis yaitu bencana alam, bencana non alam dan bencana sosial.

Sedangkan menurut undang-undang No. 24 tahun 2007, bencana diklasifikasikan atas tiga jenis yaitu :

- a. Bencana alam (*natural disaster*), antara lain berupa kejadian alam seperti banjir, gempa bumi, gunung meletus, badai, angin puting beliung dan lainnya.
- b. Non-alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa non-alam yaitu berupa wabah penyakit, epidemi, pencemaran lingkungan, kegagalan industri.
- c. Bencana sosial yaitu kejadian karena perbuatan manusia seperti kerusuhan dan konflik sosial dalam masyarakat, peperangan antar suku, tabrakan pesawat udara atau kendaraan dan lainnya

3. Kesiapsiagaan rumah sakit

Menurut Aryono (2016) ada beberapa indikator yang dapat mempengaruhi kemampuan rumah sakit dalam memberikan respon terhadap bencana diantaranya yaitu :

1. Kemampuan rumah sakit menyediakan tambahan tempat secara tiba-tiba untuk perawatan dan evakuasi sekunder ke rumah sakit lain bila rumah sakit yang bersangkutan tidak mampu. Rumah sakit yang paling dekat daerah bencana dapat dibentuk menjadi triase area.
2. Medikasi dan persediaan bahan – bahan.
3. Integritas struktur.
4. Kekuatan infrastruktur.
5. Staf terlatih.
6. Prosedur tanggap dan prosedur respon bencana secara sempurna yang termasuk dalam *disaster plan*.
7. Rumah sakit yang bisa berfungsi sesuai dengan rencana penanggulangan bencana.

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) mendefinisikan istilah rumah sakit yang aman (*hospital safety*) adalah rumah sakit yang fasilitas layanannya tetap dapat diakses dan berfungsi pada kapasitas maksimum. Serta dengan infrastruktur yang sama, sebelum, selama, dan segera setelah dampak keadaan darurat dan bencana.

Zhong *et al* (2014) memaparkan bahwa ketahanan rumah sakit dapat didefinisikan sebagai kemampuan instansi untuk melawan dan merespons dengan cepat bencana. Sambil mempertahankan fungsi kritis, dan kemudian memulihkan keadaan semula.

Menurut Othman, Beydoun dan Sugumaran (2014) manajemen bencana (*Disaster Management*) merupakan suatu rangkaian kegiatan yang melibatkan pengambilan keputusan secara kolaboratif yang sering dicirikan dengan tingkat kerumitan yang tinggi. Serta melibatkan berbagai aspek sumber pengetahuan yang didistribusikan

sepanjang waktu, melalui ruang dan sumber daya manusia.

Aladhrai *et al* (2015) mengemukakan bahwa kemampuan untuk memberikan respon yang efektif sangat bergantung pada ketahanan rumah sakit. Hal ini berupa tingkat keamanan keseluruhan (misalnya struktural, nonstruktural, dan fungsional).

Hasil penelitian yang lain yaitu Dami *et al* (2014) memaparkan bahwa 82% Departemen kegawatdaruratan mendapat manfaat dari rencana bencana rumah sakit. Kesiapsiagaan di rumah sakit merupakan komponen penting bagi sistem perawatan kesehatan.

Undang - Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana dalam undang - undang tersebut, terdapat ketentuan umum yang mendefinisikan tentang penyelenggaraan penanggulangan bencana merupakan serangkaian upaya yang meliputi penetapan kebijakan pembangunan yang berisiko. Timbulnya bencana yang bisa mengancam publik berupa kegiatan

pengeghaan bencana, kesiapsiagaan bencana, tanggap darurat bencana dan rehabilitasi.

Definisi tersebut terlihat bahwa penanggulangan bencana merupakan suatu upaya untuk meminimalisir risiko bencana pada fase sebelum, saat dan setelah bencana. Pada fase sebelum bencana dilaksanakan upaya pengharusan penanggulangan bencana dalam pembangunan, pengeghaan, mitigasi, pengalihan risiko dan kesiapsiagaan bencana. Pada fase saat bencana terjadi dilaksanakan upaya tanggap darurat (*respon emergency*). Pada fase setelah bencana terjadi dilaksanakan upaya pemulihan dampak bencana.

4. *Hospital Safety Index*

World Health Organization (WHO) dengan dukungan sekelompok ahli dari berbagai negara, mengembangkan indeks keselamatan rumah sakit sebagai alat untuk membuat penilaian cepat dan dapat diandalkan di rumah sakit. Ini memberikan gambaran tentang tingkat keselamatan sebuah rumah sakit, yang

merupakan hal penting bagi sebuah komunitas, dan karena itu harus terus berfungsi setelah kejadian buruk.

Menurut *World Health Organization (WHO) 2015* rumah sakit yang tergabung dalam jaringan kesehatan memiliki fungsi yang berbeda dalam tingkat keamanannya yang mampu berkontribusi secara aktif, terus menerus dan berkesinambungan. Manual ini melengkapi indeks keselamatan rumah sakit dan bertujuan untuk meningkatkan keamanan dan kapasitas respon rumah sakit dalam kejadian buruk. Ada beberapa aspek yang terdapat pada *Hospital Safety Index* diantaranya yaitu :

1. Aspek struktural

Aspek struktural merupakan bagian yang menjaga kedudukan bangunan termasuk pondasi, dinding, lantai, atap, kerangka atap. Kegagalan salah satu elemen ini dapat menyebabkan masalah serius termasuk penghancuran total bangunan.

Penilaian kerentanan struktural sebuah rumah sakit dan latar belakang pada disain, konstruksi, dan kondisi struktur saat ini. Sangat penting untuk mengidentifikasi kerusakan dengan cepat yang dapat terjadi sebagai akibat dari kejadian buruk dan untuk melakukan intervensi sebelum terjadi kerusakan tersebut.

Desain dan jenis bahan yang digunakan di dalam gedung tingkat keamanan digolongkan sebagai: rendah, rata-rata dan tinggi. Untuk setiap item yang dipertimbangkan, anggota tim evaluasi harus menandai tingkat keselamatan di setiap elemen yang sesuai dalam formulir yang termasuk dalam lampiran dari manual ini.

2. Non struktural

Aspek non struktural adalah yang bukan merupakan bagian dari sistem beban - beban dari fasilitas kesehatan. Komponen ini tidak dilekatkan pada struktur bangunan dan elemen arsitektur

misalnya dinding, jendela, pintu, plafon, dll akan tetapi berupa sistem yang sangat penting untuk fungsi rumah sakit seperti sistem kelistrikan, sistem air dan pembuangan limbah, komunikasi, dan sistem pemanas, ventilasi, dan penyejuk udara dan isi bangunan termasuk peralatan dan perlengkapan medis dan laboratorium, peralatan kantor, dan perabotan.

Melihat dari kasus fasilitas perawatan kesehatan, biaya elemen nonstruktur ini lebih tinggi dari biaya struktur. Studi menunjukkan bahwa komponen nonstruktural umumnya mencakup lebih dari 60% dari total biaya rumah sakit.

Aspek nonstruktur ini membahas kelompok elemen berikut

- a. Sistem kritis (*lifeline*) yang meliputi sistem kelistrikan, telekomunikasi, persediaan air, penyimpanan bahan bakar, gas medis, air limbah dan saluran air hujan, yang kesemuanya penting bagi rumah sakit untuk berfungsi. Gangguan

layanan ini jika terjadi darurat bisa mematikan fasilitas.

- b. Sistem untuk pemanasan, penyejuk udara, ventilasi, dan / atau air panas, termasuk peralatan, saluran dorong, dan pipa.
- c. Perabotan, unit penyimpanan, dan peralatan kantor, termasuk dukungan dan penahan metode, dan perlindungan isinya.
- d. Peralatan, perlengkapan medis dan laboratorium yang digunakan untuk diagnosis dan perawatan, dengan mempertimbangkan kondisi dan tingkat keselamatan mereka saat ini.

3. Aspek Fungsional

Rumah sakit sangat penting untuk menyediakan perawatan kesehatan secara efektif, efisien, dan tepat waktu. Serta memberikan perawatan untuk orang sakit memiliki implikasi teknis, administratif, etika, dan hukum yang hadir setiap saat dan dalam segala

situasi, bahkan saat keadaan darurat dan situasi bencana.

Koordinasi antara rumah sakit dan institusi lain di jaringan pengiriman kesehatan sangat penting jika layanan diberikan kepada populasi dalam situasi darurat. Untuk alasan ini, penting untuk memperbaiki kesiapan rumah sakit, dengan mempertimbangkan aspek fungsional yang dijelaskan di sini.

Kapasitas fungsional rumah sakit selama dan setelah kejadian bahaya alamiah yang parah (juga terjadi) juga bergantung pada organisasi teknis dan administratif personilnya. Bagaimana hal ini mempengaruhi kemampuan mereka untuk merespons situasi tersebut. Aspek ini membahas organisasi umum otoritas rumah sakit, pelaksanaan rencana dan program, ketersediaan sumber daya, tingkat perkembangan dan kesiapan personilnya, dan tingkat keselamatan layanan prioritas yang diperlukan agar fasilitas berfungsi. Penting bagi para manajer rumah

sakit untuk menilai para evaluator dengan rencana bencana dan semua dokumentasi yang relevan.

Aspek ini membahas kerentanan fungsional yang paling umum berkaitan dengan rumah sakit, yang menekankan rincian organisasi terkait dengan kesiapsiagaan darurat dan kesiapsiagaan bencana. Ini terutama mengacu pada tingkat kesiagaan untuk keadaan darurat dan bencana besar personil di rumah sakit, dan sampai tingkat mana rencana bencana tersebut telah diimplementasikan.

B. Penelitian Terdahulu

Tabel 1. Penelitian Terdahulu

Peneliti	Judul	Metode	Variabel	Hasil	Perbedaan
Anneliese Willems (2013)	Interprofessional non-technical skills for surgeons in disaster response: A qualitative study of the Australian perspective	Kualitatif Wawancara semi terstruktur secara mendalam	Respon bencana dan pelatihan untuk tanggap bencana dan mengeksplorasi rintangan dan fasilitator untuk interprofessional Berlatih di tim bedah menanggapi bencana	Ahli bedah membutuhkan pelatihan keterampilan non-teknis untuk melakukannya mencapai praktik terbaik dalam tanggap bencana. Ahli bedah mempertimbangkan untuk terlibat dalam manajemen bencana Harus dilatih dalam keterampilan ini, dan keterampilan ini seharusnya dimasukkan ke dalam kursus persiapan bencana dengan fokus interprofessional.	Variabel penelitian, responden penelitian, tempat penelitian, waktu penelitian

Sayyed Morteza Hosseini Shokouh (2014)	Prerequisites of Preparedness against Earthquake in Hospital System: A Survey from Iran	Kuantitatif cross-sectional observasi dokumen dan kuesioner	15 rumah sakit yang berafiliasi dengan SBUMS, Iran pada tahun 2012	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 86,7% rumah sakit berada pada tingkat kesiapan yang baik, dengan rata-rata $85,9 \pm 15,5$. Tingkat kesiapan minimum dan minimum terkait dengan mitigasi bahaya konstruksi ($56,6 \pm 35,6$) dan dukungan untuk layanan vital ($97,2 \pm 6,0$) dimensi	Variabel penelitian, responden penelitian, tempat penelitian, waktu penelitian
Farah Mulyasari (2013)	Disaster Preparedness: Looking through the Lens of Hospitals in Japan	Kualitatif Metode survei dengan kuesioner	Struktural, nonstruktural, fungsional, Dan sumber daya manusia	Hasilnya menunjukkan bahwa mayoritas rumah sakit responden memenuhi kesiapan fungsional, yang berguna selama masa	Variabel penelitian, responden penelitian, tempat penelitian, waktu

				darurat bencana, sedangkan tiga pilar lainnya-struktural, nonstruktural, dan sumber daya manusia - perlu diperkuat.	penelitian
Nidaa A. Bajow (2014)	Evaluation and Analysis of Hospital Disaster Preparedness in Jeddah	Kuantitatif Dengan menggunakan kuesioner	Struktur, arsitektur dan perabotan, keamanan fasilitas, lokasi rumah sakit, pemeliharaan, rencana darurat dan bencana, komunikasi dan koordinasi	Hasil ini menunjukkan bahwa rumah sakit yang dalam penelitian ini memiliki alat dan indikator kesiapsiagaan rumah sakit namun dengan kurangnya pelatihan dan manajemen selama bencana.	Variabel penelitian, responden penelitian, tempat penelitian, waktu penelitian

C. Landasan Teori

Landasan teori yang digunakan dalam penelitian ini merujuk pada panduan *Hospital Safety Index* yang dirilis oleh *World Health Organization* 2015. Merupakan suatu pedoman rumah sakit untuk meningkatkan kesiapsiagaan rumah sakit dalam menghadapi bencana.

Sebuah rumah sakit yang aman dapat didefinisikan sebagai jasa pelayanan kesehatan yang layanannya tetap dapat diakses dan berfungsi pada kapasitas maksimum dan infrastruktur yang memadai, selama dan setelah dampak peristiwa besar. Ini menyiratkan stabilitas struktural, ketersediaan layanan dasar, dan organisasi di dalam rumah sakit. Panduan ini melengkapi indeks keselamatan rumah sakit dan bertujuan untuk meningkatkan kapasitas keselamatan dan respon rumah sakit dalam kejadian dampak yang lebih buruk.

Panduan ini rumah sakit menengah dan kecil didefinisikan sebagai kompleksitas rendah, yang bersama dengan rumah sakit besar, membentuk jaringan kesehatan.

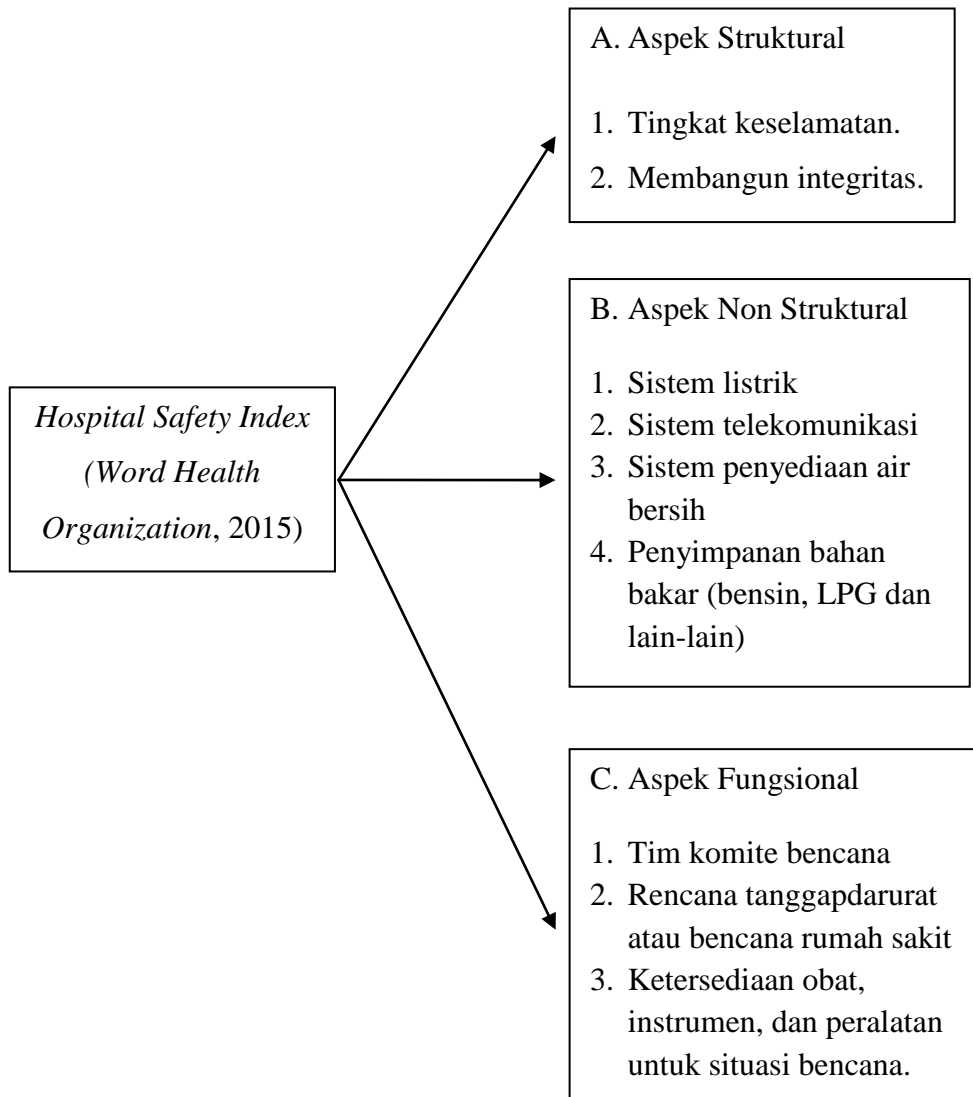
Diantaranya adalah rumah sakit primer, yang menyediakan spesialisasi khas tertentu (Kebidanan dan Ginekologi, Pediatri, Penyakit Dalam, dan Operasi Umum), Rumah Sakit yang beroperasi 24 jam per hari dan memiliki layanan rawat inap (dalam kasus rumah sakit menengah dengan 50 tempat tidur atau Kurang dan di rumah sakit kecil dengan 20 tempat tidur atau kurang).

Memastikan bahwa rumah sakit perawatan kesehatan yang aman selama keadaan darurat adalah tanggung jawab kolektif dan melibatkan partisipasi aktif pemerintah daerah, sektor dan institusi terkait lainnya, dan masyarakat umum. Tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam usaha ini pekerjaan mereka dapat berkontribusi untuk meningkatkan atau mengurangi risiko di tempat kerja mereka.

Sudah diketahui bahwa respons pertama terhadap bencana dengan sumber daya lokal yang tersedia yaitu rumah sakit, oleh karena itu, harus siap memberikan layanan tanpa gangguan setelah kejadian buruk.

Panduan ini menguraikan risiko yang paling sering terjadi di rumah sakit dengan kompleksitas menengah dan rendah, dan dirancang untuk membangun kapasitas rumah sakit ini sehingga mereka dapat terus memberikan layanan setelah kejadian buruk terjadi.

D. Kerangka teori

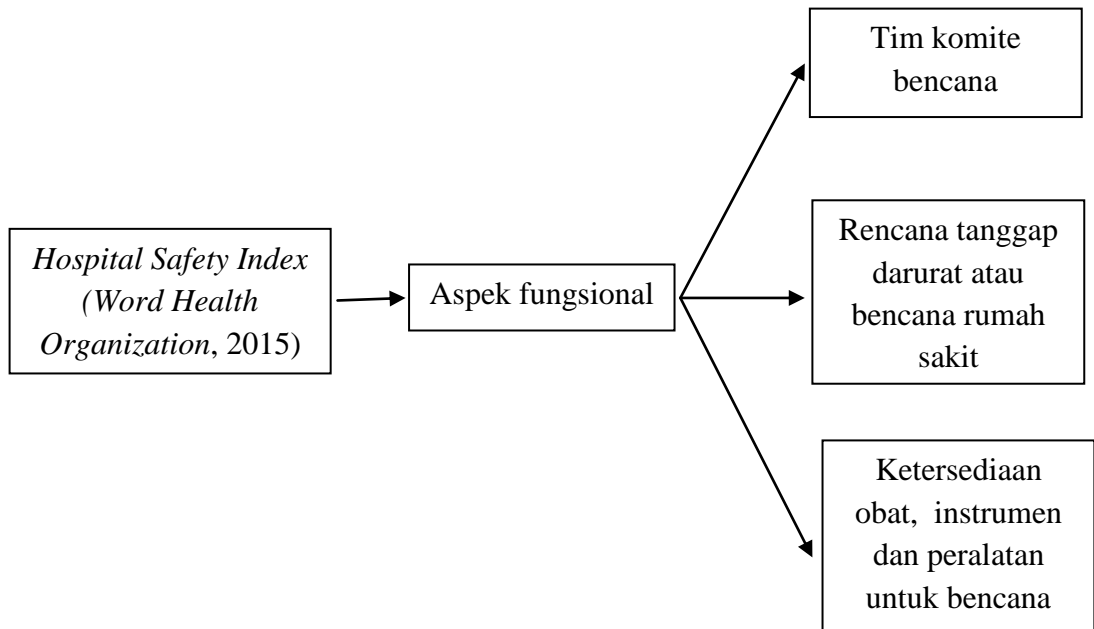


Gambar 2. Kerangka Teori

Sumber : Hospital Safety Index (Word Health Organization, 2015)

E. Kerangka Konsep

Berdasarkan dasar teori yang telah diuraikan, maka dibentuk kerangka konsep penelitian yaitu :



F. Pertanyaan Penelitian

Dari kerangka kosep penelitian diatas maka muncul
Pertanyaan penelitian yaitu :

- a. Bagaimana kesiapsiagaan Tim komite bencana di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.
- b. Bagaimana Kesiapsiagaan Rencana tanggap darurat di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.
- c. Bagaimana Kesiapsiagaan ketersediaan obat, persediaan instrumen, dan peralatan untuk situasi bencana di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul.