

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi**

Pada awal tahun 1966, tepatnya tanggal 09 Dzulqo'dah atau bertepatan dengan tanggal 01 maret 1966 berdirilah sebuah Klinik dan Rumah Bersalin di kota Bantul yang diberi nama Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul. Sebagai sebuah karya tokoh-tokoh Muhammadiyah dan 'Aisyiyah pada waaktu itu. Seiring berjalannya waktu perkembangan klinik dan RB PKU Muhammadiyah Bantul semakin pesat ditandai adanya pengembangan pelayanan di bidang kesehatan anak baik sebagai upaya penyembuhan maupun pelayanan di bidang pertumbuhan dan perkembangan anak pada tahun 1984. Hal inilah yang menjadi dasar perubahan Rumah Sakit Bersalin menjadi Rumah Sakit Ibu dan Anak dengan Surat Keputusan Ijin Kanwil Depkes Prooins DIY no 503/1009/PK/IV/1995 yang selanjutnya pada tahun 2001 berkembang menjadi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul dengan diterbitkannya ijin

operasional dari Dinas Kesehatan No : 445/4318/2001. Saat ini RSU PKU Muhammadiyah Bantul telah mendapatkan akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dari KARS.

1. Nama Rumah Sakit: RSU PKU Muhammadiyah Bantul.
2. Alamat : Jln.Jendral Sudirman 124 Bantul Yogyakarta.
3. Telepon : (0274)367437, 368238, 368587, 6462935.
4. Fax : (0274) 368586.
5. Website : rspkubantul.com
6. Email :admin@pkubantul.compkubantul@gmail.com
7. No Ijin Operasional : 159/01/DP.V/2016
8. NPWP : 01.143.030.3-543.000
9. Akte Perusahaan : Nomor 81 Tanggal Akta : 22-08-1914
10. Pemilik : Pimpinan Pusat Muhammadiyah
11. Pendiri : Pimpinan Daerah Muhammadiyah Kab. Bantul
12. Tanggal Berdiri : 1 Maret 1966M / 09 Dzulqo'dah 1385
13. Jenis Lembaga Pemilik : Yayasan
14. Tipe / Kelas Rumah Sakit : C
15. Akreditasi Kemenkes : Nomor : KARS-SERT/70/XII/2014 tanggal 9 Desember 2014.

16. Direksi:

Direktur Utama : dr. Widiyanto Danang Prabowo, MPH

Direktur Penunjang Medis : dr. Rizka Irfansyah

Direktur Pel. Medis : dr. Moch. Junaidy Heriyanto, Sp.B

Direktur Keu & SIMRS : Mamik Mardiyatuti, SE

Direktur SDI & Bindatra : M. Jamaluddin Ahmad P.Si

Visi dan misi

a. Visi :

Terwujudnya Rumah Sakit yang Islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global, dan menjadi kebanggaan umat.

b. Misi :

Berdakwah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan mengutamakan peningkatan kepuasan pelanggan serta peduli pada kaum dhu'afa.

Falsafah :

RSU PKU Muhammadiyah Bantul merupakan perwujudan ilmu, iman dan Amal Sholeh.

Motto :

Layananku Ibadahku

Tujuan :

1. Menjadi media dakwah Islam melalui pelayanan kesehatan untuk meraih ridho Allah.
2. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat termasuk kaum dhua'fa melalui pelayanan kesehatan yang Islami dan berstandar mutu internasional.
3. Terwujudnya pelayanan prima yang holistik sesuai perkembangan ilmu pengetahuan.
4. Terwujudnya profesionalisme dan komitmen karyawan melalui upaya pemberdayaan yang berkesiambungan.
5. Meningkatnya pendapatan melalui manajemen yang efektif dan efisien sehingga terwujud kesejahteraan bersama.
6. Menjadikan rumah sakit sebagai wahana pendidikan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan.

Nilai

Nilai-nilai dasar yang dianut dan dikembangkan dalam proses pelayanan dan tata organisasi adalah :

Ketaatan, Kebenaran, Amanah, Menyampaikan, Rendah Hati, Ketaqwaan, Disiplin, Tulus Ikhlas, Kesabaran, Santun, Lemah lembut / Ramah tamah, Ketenangan, Profesionalisme, Bertanggung Jawab, Kepedulian, Keberkatan, Istiqomah, Kasih sayang, Adil.

## **B. Profil Manajemen Bencana RS PKUMuhammadiyah**

### **Bantul**

Sebagaimana kita ketahui bahwa wilayah indonesia adalah wilayah yang rawan terhadap bencana. Posisi geografis yang berada di wilayah *ring of fire* membuat indonesia mempunyai potensi bencana alam yang sangat tinggi. Termasuk wilayah yogyakarta, mempunyai potensi bencana alam yang mungkin terjadi misalnya gempa bumi, tsunami, letusan gunung berapi, banjir, tanah longsor, dsb.

Secara internal rumah sakit juga mempunyai potensi mengalami bencana seperti hal tersebut diatas. Tetapi secara

spesifik bencana yang mungkin terjadi selain bencana alam seperti gempa bumi adalah kebakaran dan ledakan gas.

Rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat sangat dibutuhkan keberadaannya terutama dalam keadaan bencana. Namun pengalaman memberikan gambaran bahwa beberapa kali rumah sakit Indonesia tidak siap dalam mengelola pelayanan dalam bencana, ketidaksiapan sumber daya manusia, keterbatasan fasilitas dan peralatan serta lemahnya manajemen dalam bencana membuat peran rumah sakit tidak bisa dilaksanakan dengan optimal bahkan bisa terjadi bencana baru di rumah sakit. Hal ini salah satu penyebabnya adalah belum adanya sebuah system yang mengatur penanganan bencana, belum ada Standar Operasional Pelayanan (SOP) yang disepakati oleh semua pihak yang terkait dalam rumah sakit.

Oleh karena itu perlu disusun sebuah prosedur atau manajemen penanganan bencana yang komprehensif, menyeluruh dan terintegrasi dengan semua pihak yang diwujudkan dalam *disaster plan* rumah sakit.

Kapasitas bed yang ada di rumah sakit dalam keadaan normal dan kemungkinan penambahan yang bisa dilakukan pada saat bencana adalah sebagai berikut:

Table 1.Data Bed Rumah Sakit PKU Bantul

No	Nama Bangsal	Eksisting	Surge	Surge + Eksisting
1.	IGD	6	10	16
2.	An Nur	19	19	38
3.	Ar Rahman	18	10	28
1.	Al Arof	31	30	61
2.	Al Kautsar	20	30	50
3.	Al Insan	15	5	20
4.	Al Kahfi	13	10	23
5.	Al Ikhlas	21	15	36
6.	IMC	5	1	6
7.	R. Tunggu ICU	3	7	10
8.	Alfath	5	17	22
9.	An Nisa	13	10	23
10.	Parkir selatan	-	-	20
11.	Aula/ruang pertemuan			10
Jumlah				363

Dari tabel tersebut diatas dapat diketahui bahwa apabila ada bencana yang memungkinkan kenaikan jumlah pasien maka masih dimungkinkan penggunaan bangsal dan tempat lain seperti parkir dan aula sebagai tempat perawatan rawat inap sampai dengan 363 pasien dengan catatan semua bangsal dalam keadaan bisa

digunakan. Data ini memberikan informasi yang sangat penting untuk menentukan perlukah tempat lain sebagai tempat perawatan darurat di luar rumah sakit.

Jumlah dan komposisi karyawan di rumah sakit adalah sebagai berikut:

Tabel 2.Karyawan RSUD Muhammadiyah Bantul

No	Tenaga Kerja	Jumlah
1.	Doker Umum 20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetap 9 orang.</li> <li>2. Kontrak 7 orang.</li> <li>3. Partime 4 orang.</li> </ol>
2.	Dokter Gigi 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetap 1 orang.</li> <li>2. Kontrak –</li> <li>3. Partime 2 orang.</li> </ol>
3.	Dokter Spesialis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bedah Umum : 3 orang (tetap 1, partime 2).</li> <li>▪ Bedah Orthopedi: 2 orang (tetap 1, partime 1).</li> <li>▪ Bedah Digestive: 1 orang (part time).</li> <li>▪ Penyakit Dalam: 5 orang (tetap 2, partime 3).</li> <li>▪ Penyakit Mata: 2 orang (partime).</li> <li>▪ THT: 2 orang (partime).</li> <li>▪ Kulit dan Kelamin: 2 orang (partime).</li> <li>▪ Anak : 3 orang (tetap 1, partime 2).</li> <li>▪ Obsgyn : 5 orang (tetap 1, partime 4).</li> <li>▪ Syaraf : 1 orang (1 tetap).</li> <li>▪ Radiologi: 2 orang (tetap 1, partime 1).</li> <li>▪ Urologi : 1 orang (partime).</li> <li>▪ Paru : 1 orang (partime).</li> <li>▪ Anestesi : 4 orang (tetap 2, partime 2).</li> <li>▪ Pathologi : 1 orang (partime).</li> <li>▪ Bedah Mulut : 1 orang (partime).</li> <li>▪ Jiwa : 2 orang (partime).</li> </ul>
4.	Tenaga Perawat 189	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetap : 157 orang.</li> <li>2. Kontrak : 31 orang.</li> </ol>
5.	Tenaga Bidan 28	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetap : 21 orang.</li> <li>2. Kontrak : 7 orang.</li> </ol>
6.	Tenaga Penunjang 78	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetap : 59 orang.</li> <li>2. Kontrak : 19 orang.</li> </ol>
7.	Tenaga Umum 126	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetap : 117 orang.</li> <li>2. Kontrak : 9 orang.</li> </ol>

### C. Hasil Penelitian

Hasil penelitian dari aspek fungsional terdiri dari 3 komponen, diantaranya yaitu tim komite bencana, rencana tanggapdarurat/bencana rumah sakit dan ketersediaan obat, instrumen, dan peralatan untuk situasi bencana.

Pada penelitian ini, digunakan formulir observasi yang menilai kapasitas fungsional rumah sakit yang berisi 33 item penilaian. Untuk mengisi kuisioner ini, peneliti melakukan wawancara semi-terstruktur dan observasi lingkungan dan dokumentasi terkait. *Evaluation Forms for Safe Hospital* memiliki bentuk hitungan yang menggunakan skala skor. Masing-masing pernyataan akan diobservasi, hasil observasi kemudian dituangkan dalam masing-masing level yang ada (rendah, rata-rata, tinggi). Nilai terendah adalah 0 dan nilai tertinggi adalah 1. *Safety index* diklasifikasikan pada tabel berikut:

Tabel 3. *Hospital Safety Index (2015)*

<i>Safety Index</i>	Klasifikasi	Implementasi
0 - 0,35	C	Keselamatan suatu fasilitas kesehatan dan isinya berada dalam risiko saat menghadapi situasi bencana.
0.36 – 0.65	B	Fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana tapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko.
0.66 - 1	A	Fasilitas kesehatan dapat melindungi hidupmanusia yang ada di dalamnya dan dinilai dapat tetap berfungsi dalam situasi bencana.

Setiap item dinilai, lalu skor tiap item di jumlahkan, kemudian dibandingkan dengan jumlah item yang ada di tiap kelompok indeks (skor kelompok indeks = jumlah skor : jumlah item penilaian). Jadi, apabila semua unsur digabungkan, maka total indeks akan terlihat pada tabel berikut.

Tabel 4.Rekapitulasi Aspek Fungsional RS PKU Muhammadiyah Bantul

No	Kelompok Indeks	Jumlah Skor	Jumlah Item yang Dinilai	Skor Kelompok Indeks
1.	Tim komite bencana,	4	5	0,8
2.	Rencana tanggapdarurat ataubencana rumah sakit	17,5	21	0,83
3.	Ketersediaan obat, instrumen, dan peralatanuntuk situasi bencana	3,5	7	0,5
Rata – rata				0,71

Tabel diatas menunjukkan bahwa *Hospital Safety Index* RS PKU Muhammadiyah Bantul jika dilihat dari segi aspek fungsionalnya memiliki jumlah skor rata-rata 0,71. Berdasarkan tabel *Hospital Safety Index* 2015 diatas RSPKU Muhammadiyah Bantul masuk dalam klasifikasi A (0.66 - 1) berarti fasilitas kesehatan dapat melindungi hidup manusia yang ada di dalamnya dan dinilai dapat tetap berfungsi dalam situasi bencana.

Tabel 5. Rekapitulasi Hasil Wawancara Tim Disaster Medical Commite

<b>Aspek</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Tema</b>
Tim Disaster Medical Commite (DMC)	Manfaat DMC	Lebih efektif, lebih cepat dan lebih integratif karena sudah pelatihan dan upgrading
	Meningkatkan Pengetahuan, Skil	
	Peran DMC	Sebagai komando dan Perencanaan tim. Manajemen bencana dimulai dari pra sampai pasca.
	Pelaksanaan Manajemen Bencana	

1. Tim komite bencana organisasi rumah sakit.
  - a. Tim komite bencana

Tim komite bencana rumah sakit telah secara resmi dibentuk untuk menanggapi keadaan bencana. Sebagai rumah sakit siaga bencana tercermin dari struktur bagan sistem komando penanggulangan bencana pada (lampiran 1), sehingga skor item ini 1. Sebagaimana hasil wawancara dengan responden penelitian dibawah ini tentang manfaat adanya tim komite bencana :

*“Lebih memudahkan untuk koordinasi apabila terjadibencana baik itu bencan internal ataupun eksternal sehingga kita sudah mempunyai*

*jobdisc nya, dengan adanya timyang bertanggung jawab atas tenaganya, saran prasarananya, obat - obatan yang mau dibawa itu semuanya sudah terkelola degan baik.” (responden 6).*

Berdasarkan hasil wawancara diatas dengan informan penelitian didapatkan informasi bahwa Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul telah memiliki tim penanggulangan bencana. Didalamnya melibatkan beberapa unit rumah sakit atau multi kompetensi.

b. Tanggung jawab dan pelatihan anggota komite.

Anggota tim bencana rumah sakit sudah diberikan pelatihan tentang kebencanaan baik di internal maupun di eksternal rumah sakit. Akan tetapi tidak semua personil mendapatkan pelatihan. Sehingga sehingga skor item ini 0,5. Hasil wawancara mendalam dengan responden penelitian didapatkan informasi sebagai berikut :

*“Dengan pelatihan – pelatian, biasanya disinidengan menggunakan apar karena potensi terbesar rumah sakit ini kebakaran dan biasanya rumah sakit setahuan sekali dalam melakukan pelatihan”(Responden 1).*

Dari hasil wawancara diatas diketahui bahwa rumah sakit sudah melakukan pelatihan khususnya tetang penanganan bencana kebakaran.Karenapotensi terbesar rumah sakit adalah bencana kebakaran.

c. Pusat Operasi Darurat (POD).

Lokasi Pusat Operasi Darurat(POD)rumah sakit berada di area yang aman dan mudah dijangkau serta terlindungi. Dilengkapi dengan peta jalur evakuasi, papan informasi, dan tempat tunggu pasien, sehingga skor item 1.

Gambar 1. Peta jalur evakuasi



- d. Direktori pemangku kepentingan eksternal dan kontak lainnya.

Direktori tersedia, *up to date* dan dipegang oleh staf penanganan tanggap darurat utama. Informasi kontak dari pemangku kepentingan eksternal dan layanan dukungan gawat darurat lainnya sebagai sarana komunikasi ketika terjadi bencana, sehingga skor item ini 1.

- e. Kartu aksi tersedia untuk semua personil.

Tim penanganan tanggap darurat bencana rumah sakit belum punya kartu aksi setiap masing-masing personil sebagai ID card. Karena masih dalam proses dan menunggu SK dari direktur, sehingga skor item ini 0,5. Sebagaimana hasil wawancara dengan responden penelitian dibawah :

*“Kalau itu masih dalam proses eee...itu kan sebagai ID card, tapi kalau kostum sudah punya, nunggu SK turun masih dalam pengajuan ke bapak direktur”.*(responden 1).

Hasil wawancara dengan responden penelitian diatas bahwa tim penanganan tanggap

darurat rumah sakit masih belum punya kartu aksi untuk semua personil sebagai ID card. Akan tetapi masih dalam proses, sehingga perlu kelengkapan untuk kesiapan tim bencana rumah sakit.

Tabel 6. Rekapitulasi Hasil Wawancara Rencana Tanggap Darurat

<b>Aspek</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Tema</b>
Rencana Tanggap Darurat (RTD)	Rencana Tanggap Darurat	Ada dua metode respon tanggap darurat bencana yaitu telpon dan surat, kalau IC itu untuk internal DMC itu eksternal Rumah Sakit
	Prosedur Pengiriman Tim Reaksi Cepat	
	Prosedur Perluasan Ruang	Memadatkan ruangan dan Pemilahan kondisi pasien
	Prosedur Triase	

2. Rencana tanggap darurat atau bencana rumah sakit.
  - a. Rencana tanggap darurat atau bencana rumah sakit.

Rencana tanggap darurat bencana rumah sakit sudah terdokumentasi. Akan tetapi dokumen masih dalam proses perbaharuan dan belum

disosialisasikan kepada seluruh tim penanggulangan bencana rumah sakit mengenai tindakan yang harus dilakukan sebelum, selama dan setelah keadaan darurat atau bencana. Sehingga skor item ini 0,5.

*“Manajemen penanggulangan bencana di mulai dari pra saat dan pasca, jadi pra tu kita mengadakan serangkaian kegiatan seperti pelatihan, simulasi, gladi penanggulangan bencana, shring knowledge lokakarya yang terkait dengan kebencanaan”.*(responden 1)

b. Sub rencana spesifik bahaya rumah sakit.

Hasil observasi dan review dokumen hosdip rumah sakit diketahui sudah terdokumentasi dan SPO sudah teruji. Sub rencana respons khusus bahaya rumah sakit misalnya banjir, kebakaran, epidemi, kecelakaan lalu lintas, sehingga skor item ini 1.

c. Penguatan layanan penting rumah sakit.

Dokumen Hosdip Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul telah menguraikan tindakan yang dilakukan oleh tiap unit pelayanan

saat fase responsif yaitu saat rencana tanggap darurat diberlakukan. Rencana tindakan yang dilakukan mulai dari pra-bencana, saat dan pasca bencana di masing-masing unit telah diuraikan dan telah dilatih. Sehingga skor item ini 1.

d. Prosedur untuk mengaktifkan dan menonaktifkan.

Prosedur untuk mengaktifkan dan menonaktifkan rencana tanggap darurat sudah diatur. Pemberlakuan disaster plan dilakukan oleh direktur. Sebagaimana hasil wawancara kepada responden penelitian sebagai berikut:

*“Kalau didalam itu IC, kalau DMT tu diluar, kalau yang DMT katakan lah di magelang tanah longsor, trus di telpon PKU bantu siapaun baik dari peminah maupun muhammdiyah mohon dikirimkan tim RS lapangan, kemudian yang menerima telpon padawaktu itu langsung nelpon pak direktur, pak direktur ada telpon untuk pengiriman tim, ok segera hubungi pak budi, nah nnti saya siapkan tim di grup kita, hari ni untuk merespon kesini 1 dokter 3 perawat dan alat daserta perlengkapan siapa yang bisa nnti dilihat siapa yang bisa kalau sudah nama – nama itu kita siapkan dan driver ambulan serta obat-obatan dan perlengkapannya kalau sudah siap langsung berangkat kelokasi, nanti saya mengirim orangitu ke admin sebagai surat tugas,*

*saya yang juga menguruskan keuangannya, merka berangkat denganbawa obat obatan, uang ke medan lokasi.”(responden 1).*

Hasil wawancara diatas diketahui bahwa komandan penanggulangan bencana menginfokan ke seluruh unit di rumah sakit dan mengaktifkan sistem komando. Pengakhiran disaster plan juga telah diatur. Pengakhiran disaster plan dilakukan dengan berbagai pertimbangan, antara lain pasien telah ditangani dengan baik di rumah sakit atau dirujuk ke rumah sakit lain, fasilitas yang ada di rumah sakit dapat dipergunakan kembali, tetapi sumber daya rumah sakit belum mampu mengambil alih dan rumah sakit belum mampu kembali ke kegiatan normal, sehingga skor item ini 1.

e. Prosedur administrasi khusus untuk bencana.

Prosedur administrasi khusus untuk bencanaberbeda dengan prosedur administrasi sebelum bencana. Prosedur administrasi saat

bencana petugas kesehatan yang aktif mendatangi pasien untuk mendata dan memberikan pelayanan kesehatan, akan tetapi kalau sebelum bencana pasien yang mendatangi petugas kesehatan. Prosedur administrasi khusus untuk situasi bencana sudah terdokumen dan sudah di uji, sehingga skor item ini 1.

- f. Sumber keuangan untuk keadaan darurat dan bencana.

Sumber keuangan rumah sakit untuk keadaan darurat dan bencana sudah terencana. Yaitu berasal dari anggaran rumah sakit sendiri dan dari potongan gaji karyawan yang sudah mencapai nishob sebesar 2,5 persen. Juga dari infak karyawan lain yang belum mencapai nishob. rumah sakit memiliki anggaran khusus untuk situasi darurat dan bencana, serta untuk pemulihan namun anggaran dan akses dana terbatas untuk kebutuhan mendesak, skor 0,5.

Sebagaimana hasil wawancara kepada responden penelitian dibawah :

*“Yang pertama dari anggaran rumah sakit yang telah diprogramkan, kan kita punya proram untuk penanggulangan bencana. yang kedua adalah dari lazizmu rumah sakit, pku bantu kan da skitar 400 karyawan mereka semua bergaji nah yang dah terkena hukum zakat maka ditarik 2 ½ persen yang belum ya infak saya lupa infaknya berapa yang itu gajinya dibawah nisob itu maka tidak terkena zakat, misalnya gaji saya lebih dari 4 juta maka saya kena zakat, nah zakat saya akan dikumpulkan mendjadi lazizmu pku bantu tinggal kalikan 400 karyawan ini semua tidak terkena zakat kan dibawah 4 juta tidak kerkena zakat, yang tidak terkena zakat maka dia terkena infak dan masuk juga ke dalam lazizmu bantu. Lazizmu ini sebagian besar adalah dari dari zakatnya karyawan dan infaknya karyawan nah dana ini di alokasikan untuk bencana”.*(responden 1)

g. Perluasan ruang yang digunakan untuk korban massal.

Perluasan ruangan saat terjadi korban massal telah diidentifikasi. Berupa adanya cadangan bed, veltbed, peralatan-peralatan, persediaan dan prosedur tersedia untuk melakukan perluasan, staf telah dilatih dan sudah diuji, sehingga skor item ini 1. Sebagaimana hasil

wawancara dengan responden penelitian seperti dibawah ini :

*“Kita punya sumber cadangan, kita saat inilayanan yang adalayanan sebelum adanya bencana berarti memberikan ruang gerak, jadi nanti ketika ada bencana maka kita memaksimalkan ruang yang ada dengan memadatkan sehingga nanti terjadi bangsal yang sudah kita susun sedemikian rupa yang kita maksimalkan masuk kesitu semua, jadi nanti asalnya rungan 10 bed kalau dimaksimalkan rungan itu lebih dari 10 bed ketika terjdi bencna.” (responden 4).*

h. Prosedur merawat pasien selama keadaan darurat.

Setelah dilakukan observasi dan pengecekan dokumen hosdip dan SOP diketahui bahwa rumah sakit sudah memiliki prosedur tindakan untuk mengatasi keadaan darurat atau bencana. Melibatkan masuknya korban secara besar-besaran, dan personil telah dilatih, sehingga skor item 1.

i. Triase untuk keadaan darurat dan bencana besar.

Lokasi pemilahan kondisi pasien atau triase sudah terdokumentasi. Prosedur triase ada

dan sumber daya untuk darurat atau bencana telah dilatih dan prosedurnya telah diuji untuk situasi darurat dan bencana mencakup persediaan cukup dari 72 jam kapasitas rumah sakit. Sehingga skor ini, 1. Sebagaimana hasil wawancara dengan responden penelitian dibawah ini :

*“Prosedur triase kalau pas simulasi itu kita membuat buat kartuyang kartunya warna merah kuning hijau, nanti kita labeli nanti yang pasien hijau menyendiri biasanya kita bawa ke selatan sana yang lainnya yang merah sama kuning disini, soalnya pas gempa dulu blom ada pelatihan seperti ini jadinya ya sarampangan, kadang - kadang yang hijau itu malah yang minta didahulukan itu lo soalnya kan bisa minta tolong ta yang lainnya yang merah - merah sudah tidak bisa minta tolong, tapi ya setelah ini setelah ada pelatihan ya lumayan lah kayak yang KLB tu yang merasa fit kita sendirikan nanti dia di cek lab dulu”.*(responden 2)

j. Transportasi dalam keadaan darurat.

Jenis transportasi yang ada di rumah sakit dalam keadaan darurat ada 4 armada ambulan yang semuanya aktif. Berupa Disaster Emergency, Travelo 118, Hyundai, Pregio, dan prosedur sudah diuji ketika terjadi bencana besar. Sehingga skor

item ini 1, Sebagaimana hasil wawancara kepada responden penelitian seperti berikut:

*“Kalo mobilnyakita ada 8, ambulannya ada 6 dan 2 mobil biasa dan aktif semua, di depan ada 4 di belakang 2, dan setiap ambulan lengkap dengan peralatannya, makanya kita banyak kendaraan karena untuk merujuk mengambil cepat kita”(responden 1).*

Gambar 2. Ambulan ketika bencana



Gambar 3. Ambulan kegawatdaruratan



- k. Mekanisme koordinasi dan kesepakatan kerja sama dengan jaringan kesehatan setempat dan instansi lainnya.

Rumah sakit sudah kerja sama dengan jaringan kesehatan setempat dan instansi lainnya ketika terjadi keadaan darurat dan bencana. Bertujuan untuk mendukung fungsi rumah sakit pada saat darurat atau bencana, akan tetapi mekanisme koordinasi belum beroperasi penuh, sehingga skor item ini 0,5.

- l. Keterkaitan dengan rencana tanggap darurat setempat.

Tim penanggulangan bencana rumah sakit sudah punya rencana tanggap darurat. Serta memiliki keterkaitan dengan lembaga instansi kesehatan lainnya dalam tingkat lokal atau penanganan bencana setempat, akan tetapi koordinasi belum beroperasi penuh, sehingga skor item ini 0,5.

m. Sistem rujukan pasien.

Sistem untuk menerima dan merujuk pasien selama keadaan darurat atau bencana sama seperti biasanya. Kalau dalam keadaan bencana ada Sistem Pelayanan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) dan prosedur sudah diuji untuk situasi darurat dan bencana, sehingga skor item ini 1. Sebagaimana hasil wawancara mendalam kepada responden penelitian seperti berikut:

*“Ya tentu untuk komunikasi rujukan kan kita punya spgdt ya sistem penanggulangan, kita berkomunikasi dengan para pihak, kalau kita mengalami collaps maka kita merujuk keluar daerah maka kita aktif berkomunikasi dengan pihak jejaring/kerjasama, kalau misalkan telpon mati maka kita akan ke pusdalop (pusat pengendali operasi), kita ke mereka kami akan merujuk, wah disini sudah penuh, nah disitu nyari informasi ooo...di kalten ada ya ke klaten, jadi nanti kalo ada bencana nanti nginduknya oprasinya kita di pusdalop itu, kaaludaerah bantu maka pusdalop bantu, klo bencananya provinsi maka pusdalop diy, dinkes sudah bermain disini” (responden 1).*

- n. Prosedur untuk berkomunikasi dengan publik dan media.

Prosedur untuk berkomunikasi dengan publik dan media jika terjadi keadaan darurat atau bencana sudah terdokumen berada di bagian Infokom. Akan tetapi untuk SPO berkomunikasi dengan publik dan media belum ada, sehingga skor item ini 0,5.

- o. Mobilisasi dan rekrutmen personil selama darurat atau bencana.

Salah satu upaya untuk meminimalisasi korban bencana adalah dengan kesiapan Sumber Daya Manusia (SDM) yang telah dilatih. Rumah sakit bekerja sama dengan instansi baik instansi pendidikan maupun instansi kesehatan. Sehingga skor item ini 1. Sebagaimana hasil wawancara mendalam kepada responden penelitian seperti berikut:

*“kita bekerja sama dengan para pihak, misalnya disini kurang ketika menangi pasien*

*korban,kita sudah bekerja sama denga fk umy, univ asiyah untuk perawat dan bidan kita sudah bekerja sama dengan instansi yang sesuaidengan profesinya termasuk rm kita juga bekerja sama dengan ugm, pada saat bencana terjadi banyak tenanga rekam medis yang bisa membantu makanya kita yang aktif karena banyak kan, dan juga denga farmasi, kalauada bencana massal rumah sakit sudah kekurangan obat maka pihakfarmasilangsung membantu. (responden 2).”*

p. Rencana evakuasi.

Rumah sakit sudah punya rencana evakuasi dan personil telah terlatih dalam prosedur. Adatanda-tanda yang menunjukkan rute evakuasi di lorong, dan pintu keluar yang jelas dan harus mampu menangani evakuasi setiap saat. Sehingga skor item ini 1.Sebagaimana hasil wawancara mendalam kepada responden penelitian seperti berikut:

*“Ya kan kita punya tempat untuk evakusikan sekarang kita punya lapangan futsal jadi kita beli lahan luas, di samping bombensin disana luas sekali itu tempat evakuasi nanti pasien dibawa kesanakalau rs collaps ya, kalautidak ya dirujuk ya kalau dulu kita pakek sma muhammadiyah bantulkita udah punya itu kalau Cuma 1000 pasien muat, kalau dukumenyan kita*

*menggunakan gedung disana di unit 4, klo alat juga di tempat futsal evakuasinya”(responden 1).*

Gambar .4 Jalur evakuasi



q. Ketersediaan dan kesiapan staf.

Kesiapan rumah sakit dalam merespon bencana terlihat dari tersedia staf yang telah dilatih untuk merespons dalam situasi bencana. Akan tetapi tidak semua staf rumah sakit mendapatkan pelatihan khususnya dalam pelatihan tentang kebencanaan, sehingga skor item ini 0,5.

- r. Sistem peringatan darurat disosialisasikan dan diuji.

Hasil dari observasi review dokumen hosdip dan SOP diketahui bahwa sistem peringatan darurat rumah sakit sudah ada. Personel sudah dilatih dalam sistem untuk merespons dengan tepat, dan prosedur sudah diuji, tapi tidak semua karyawan yang ada di rumah sakit dapat pelatihan. Sehingga skor item ini 0,5.

- s. Sistem alarm.

Setelah dilakukan pengecekan dokumen hosdip dan observasi diketahui bahwa rumah sakit sudah punya sistem alarm atau sinyal siaran dan / atau penerangan. Menunjukkan perlunya tindakan segera seperti evakuasi, personel sudah dilatih dalam sistem untuk merespond dengan tepat, sehingga skor item ini 1. Seperti pada gambar dibawah ini :

Gambar 5. Kode Red RS PKU Muh Bantul



- t. Latihan rencana tanggap darurat di rumah sakit, evaluasi dan tindakan korektif.

Hasil dari review hosdip dan observasi diketahui bahwa latihan rencana tanggap darurat rumah sakit sudah terencana yaitu diadakan setiap tahun dan latihan rencana sub-spesifik bahayatujuannya adalah untuk menemukan kelemahan dalam rangka memperbaikinya. Akan tetapi tidak semua personil dan staf rumah sakit ikut pelatihan, sehingga skor item ini 0,5.

- u. Program persiapan untuk penguatan tanggap darurat dan bencana dan pemulihan.

Setelah dilakukan pengecekan dokumen hosdip dan observasi diketahui bahwa rumah sakit sudah punya program khusus yaitu berupa simulasi kebencanaan. Berupa kebakaran rumah sakit, cara memasang tenda sebagai rumah sakit lapangan, pelatihan kegawatdaruratan, dan worksop untuk memperkuat kesiapan, respon dan pemulihan ketika terjadi bencana. Sehingga skor item ini 1.

Tabel. 7 Rekapitulasi hasil wawancara ketersediaan obat dan peralatan

<b>Aspek</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Tema</b>
Ketersediaan Obat dan Peralatan	Kesiapan obat dan peralatan	Pengadaan logistik sudah siaga tapi jumlah terbatas
	Peralatan yang disediakan	
	Jika obat dan alat habis	Minta bantuan rumah sakit lain dan/ langsung beli

3. Ketersediaan obat, instrumen, dan peralatan untuk situasi bencana.

a. Obat-obatan dan perlengkapan untuk tanggap darurat.

Rumah sakit sudah punya stok obat dan cadangan untuk tanggap darurat bencana dan perlengkapan lainnya. Cadangan obat dan alat cukup untuk sampai 72 jam dalam skala bencana besaran tetapi tidak ada SOP kesiapan obat ketika terjadi bencana. item ini 0,5. Sebagaimana hasil wawancara dibawah ini :

*“Ya untuk penanganan korban bencana saya kira ya eee cukup la ya tetapi dalam jumlah yang terbatas, kalau kita mau kirim stok untuk bencana ya yang penting bagaimana untuk rumah sakit sendiri tu ada”*

Gambar 6. Gudang Farmasi PKU Muh Bantul



- b. Instrumen dan perlengkapan steril untuk respon darurat.

Instrumen yang ada dirumah sakit sudah dalam keadaan steril dan rumah sakit memiliki alat dan persediaan steril yang terbatas untuk memenuhi permintaan pasien perawatan kritis dan tanggapan terhadap keadaan darurat atau bencana. sehingga skor item ini 0,5. Sebagaimana hasil wawancara kepada responden penelitian seperti berikut ini:

*“Kalau alat disini anu mas alatnya tu sudah bentuknya sekali pakai, alat - alat sudah steril itu tidak dipakek beberapa orang, satu orang ganti alat”.(responden 6)*

*“Kan kalau disini alatnya sudah steril, satu kali pakai ya langsung dibuang tidak dipakek lagi” (responden 3).*

- c. Peralatan pendukung kehidupan untuk keadaan darurat.

Instansi kesehatan bisa beroperasi bergantung pada kompleksitas di rumah sakit jumlah dan kondisi peralatan pendukung kehidupan. Untuk menangani pasien korban bencana seperti peralatan resusitasi, ventilator, monitor, sudah tersedia tapi hanya terbatas tidak cukup untuk bencana skala besar. sehingga skor item ini 0,5.

- d. Peralatan perlindungan pribadi dan isolasi untuk penyakit menular dan epidemi.

Ketersediaan peralatan pelindung diri sekali pakaiseperti sarung tangan, masker wajah, pakaian sekali pakai, kacamata pengaman dan yang lainnya sudah ada. Suplaitersedia untuk penggunaan segera, namun dalam jumlah terbatas

untuk kapasitas kurang dari 72 jam, area isolasi ditetapkan. sehingga skor item ini 0,5.

- e. Prosedur surveilans, pencegahan dan pengendalian infeksi.

Kebijakan dan prosedur ada, tindakan pencegahan standar diikuti secara rutin. Personil telah dilatih, namun tingkat sumber daya yang dibutuhkan saat situasi darurat dan bencana termasuk epidemi terbatas, sehingga skor item 0,5.

- f. Makanan dan air minum dalam keadaan darurat.

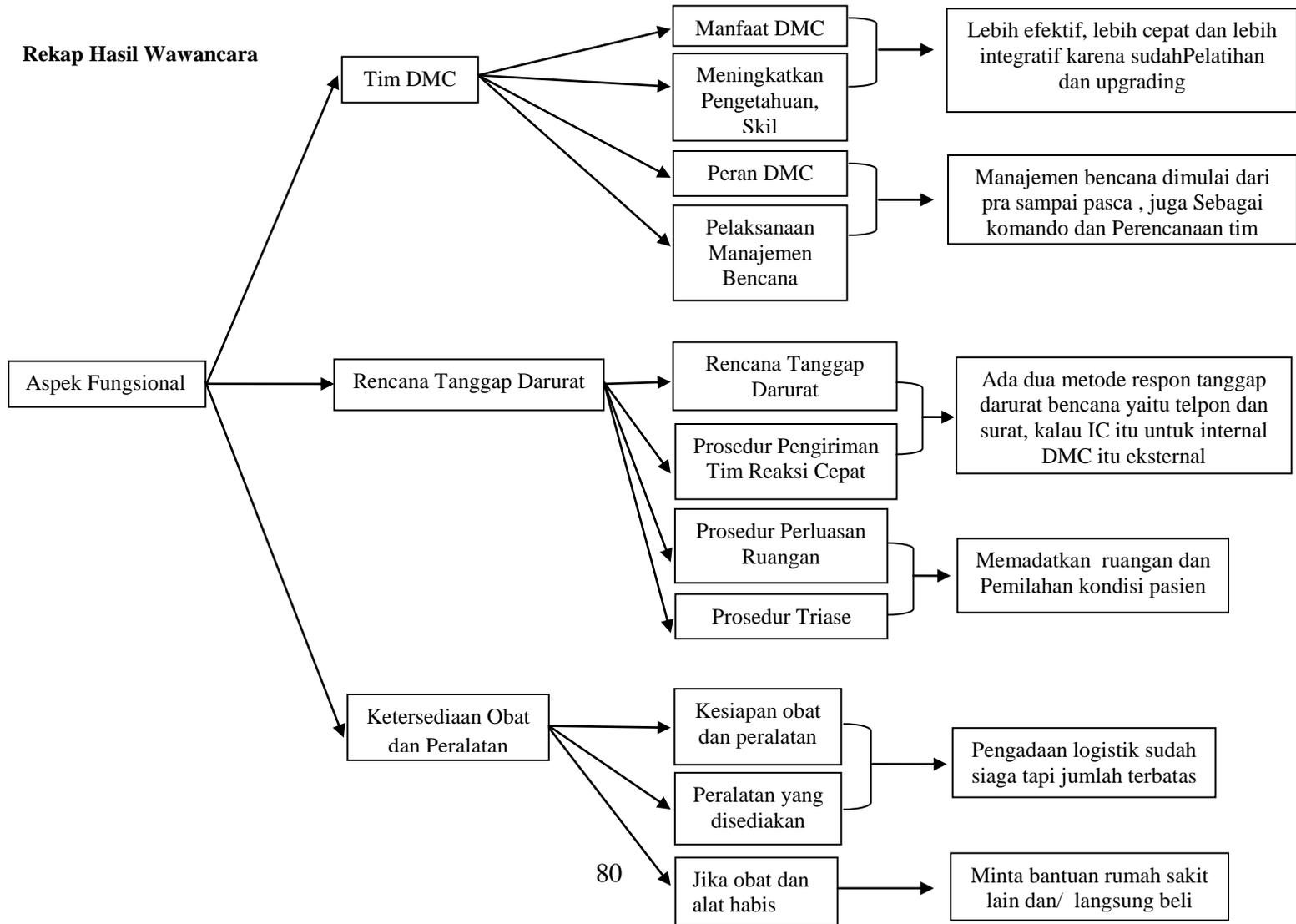
Rumah sakit untuk prosedur menjamin ketersediaan makanan dan air minum bagi pasien dan personil selama keadaan darurat sudah terdokumentasi. Akan tetapi dalam jumlah terbatas kurang dari 72 jam. sehingga skor item ini 0,5.

- g. Staf ditugaskan ke petugas darurat atau respon bencana dan pemulihan.

Staf kebencanaan rumah sakit bisa atau akan menerima instruksi tertulis (misalnya kartu

tindakan, lembar kerja) dan pelatihan mengenai tugas yang harus dilakukan selama keadaan darurat. Akan tetapi tidak semua staf yang menerima pelatihan. sehingga skor item ini 0,5.

Hasil penelitian yang telah dipaparkan diatas terangkum dalam rekapitan dibawah ini:



#### **D. PEMBAHASAN**

Setelah melakukan wawancara kepada responden penelitian kemudian hasil wawancara tersebut diolah (dideskripsikan) dan dikategorikan dimana letak kesamaan dan perbedaannya sehingga menjadi data yang absah. Keabsahan data menggunakan uji validitas dan reabilitas data dengan teknik triangulasi yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya.

Hasil evaluasi dengan menggunakan instrumen *hospital safety index* secara keseluruhan, indeks keamanan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul dalam hal kapasitas fungsional menunjukkan kategori A. Ini mengindikasikan bahwa rumah sakit akan berfungsi dengan baik saat terjadi bencana. Namun tetap direkomendasikan untuk melanjutkan langkah-langkah perbaikan kapasitas fungsional dan langkah-langkah preventif untuk jangka waktu yang lebih panjang.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul terus mengembangkan perencanaan manajemen bencana dengan

melakukan pelatihan dan simulasi kebencanaan baik di internal maupun di eksternal rumah sakit. Hal ini didukung dengan penelitian sebelumnya pada penelitian Mamahit (2013) bahwa pelatihan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja pegawai.

Hal ini berarti bahwa dengan adanya pelatihan maka instansi dapat menghasilkan sumber daya manusia yang memiliki kinerja optimal. Adanya kegiatan pelatihan, pegawai memiliki kesempatan untuk menyerap pengetahuan atau nilai-nilai baru, sehingga dengan pengetahuan baru tersebut para karyawan dapat meningkatkan profesinya dalam melaksanakan tugas yang dibebankan kepadanya.

Pengorganisasian manajemen bencana di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul ini dilaksanakan oleh *Disaster Medical Tim (DMT)*. Secara internal, program ini bertujuan untuk membentuk rumah sakit siaga bencana. Secara eksternal rumah sakit mengadakan pelatihan dan simulasi kesiapsiagaan masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam menghadapi bencana dan mengevakuasi

ketika terjadi bencana serta mengurangi resiko korban yang lebih banyak.

Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa Standar Operasional Prosedur (SOP) menjadi acuan dalam pencapaian sebuah tujuan, namun hal tersebut tidak menjamin bahwa proses yang dilaksanakan berjalan dengan efektif. Proses yang dilaksanakan tidak dapat berjalan dengan baik tanpa adanya suatu pengendalian lingkungan sekitarnya dan dengan adanya pengendalian SOP akan menjadi efektif bagi sebuah organisasi (Mirahesti, 2014).

#### 1. Tim Komite Bencana

Kesiapsiagaan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul terhadap bencana tercermin dari struktur bagan sistem komando penanggulangan bencana. Bagan ini menjelaskan bagaimana sistem komando dipertanggungjawabkan serta peran yang diemban oleh masing-masing divisi dan seksi-seksi di bawah divisi tersebut.

Dokumen rencana kontijensi telah dikemukakan uraian tugas dari masing-masing bagian mulai dari *top management* hingga ke tingkat asisten manajer. Sedangkan pada keadaan tanggap darurat, semua karyawan akan memiliki peran dalam proses kelancaran operasional rumah sakit. Sehingga diperlukan uraian tugas hingga ke karyawan tingkat paling bawah.

Hasil temuan dari penelitian melalui wawancara kepada para responden bahwa dengan adanya tim penanggulangan bencana akan lebih efektif, lebih cepat dan lebih integratif karena sudah pelatihan dan upgrading. Pelaksanaan manajemen bencana di mulai dari pra sampai pasca, juga perannya sebagai komando dan perencanaan tim.

Hal tersebut sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1087 tahun 2010 dalam penelitian Pratamaningtyas, Jayanti, Wahyuni, (2016) tentang standar kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit. Salahsatu

program keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit yaitu pembentukan organisasi kewaspadaan bencana.

Regulasi saat ini rumah sakit dituntut untuk membentuk tim kebencanaan rumah sakit dalam hal ini selain dari syarat akreditasi juga untuk sebagai pusat pelayanan kesehatan. Rumah sakit menjadi rujukan para pasien ketika terjadi korban bencana massal sehingga rumah sakit mampu menangani pasien yang tidak seperti hari biasanya.

Penelitian sebelumnya pada penelitian Nursaadah, Mulyadi, Mudatsir (2013) memaparkan bahwa untuk meningkatkan kesiapsiagaan rumah sakit menghadapi bencana internal maupun eksternal maka langkah yang perlu dilakukan meliputi penyusunan protap bila menghadapi bencana, penyusunan *disaster plan* dan pelatihannya, bentuk tim penanggulangan bencana, melakukan *workshop* tentang penanggulangan bencana, pembentukan tim *mobile* penanggulangan bencana yang

siap dikirim kemanapun dalam waktu 2x24 jam, membentuk jejaring rumah sakit.

Didukung penelitian Harmanto, Widjasena, Suroto (2015) yaitu ketika terjadi insiden berupa *disaster* rumah sakit maka petugas lain sesuai dengan tugas akan melakukan evakuasi pasien, alat medis dan dokumen.

Saat terjadi bencana di internal rumah sakit mobilisasi pasien ke tempat yang lebih aman dengan memperhitungkan pasien akan dievakuasi yang mempunyai angka harapan hidup tinggi, yang dapat diharapkan kelangsungan hidupnya dan memungkinkan untuk membantu menyelamatkan pasien yang lain.

Hasil penelitian diatas senada dengan penelitian sebelumnya pada penelitian Ristrini, Rukmini, Oktarina(2012) bahwa dalam hal penanggulangan bencana baik lingkup di internal maupun eksternal rumah sakit, sudah ada kesamaan kepentingan untuk menanggulangi bencana secara bersama-sama, namun untuk melibatkan berbagai sektor baik di pemerintah maupun swasta serta

unsur kemasyarakatan ini yang memang agak sulit untuk mengkoordinasikan.

Rumah sakit selain siaga dalam adanya tim penanggulangan bencana juga harus siaga dalam informasi peringatan dini yaitu berupa alarm untuk mendeteksi adanya insiden bencana di internal rumah sakit. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya pada penelitian Husna (2012) bahwa salah satu indikator rumah sakit siapsiaga dalam menghadapi bencana baik bencana internal rumah sakit maupun eksternal maka rumah sakit harus mempunyai alat sistem peringatan dini untuk menandakan adanya suatu bencana seperti alarm atau informasi resiko terjadinya bencana.

Hal ini sejalan dengan Depkes RI, (2001) bahwa Sistem peringatan dini juga merupakan subsistem awal dalam kegiatan kesiapsiagaan, agar masyarakat dan jajaran kesehatan terutama di daerah potensi bencana agar dapat lebih mempersiapkan diri menghadapi kemungkinan bencana.

## 2. Rencana Tanggap Darurat

Hasil dari wawancara mendalam mengenai rencana tanggap darurat rumah sakit didapatkan hasil bahwa ada dua metode respon tanggap darurat bencana yaitu telpon dan surat. Respon tim bencana *Incident Comander (IC)* itu untuk internal sedangkan *Disaster Medical Comite (DMC)* itu insiden eksternal rumah sakit.

Salah satu indikator kesiapsiagaan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul dalam menghadapi bencana baik internal maupun eksternal rumah sakit sudah terencana dengan baik. Hal ini terlihat dari hasil wawancara, observasi dan review dokumen hosdip rumah sakit yang meliputi dua metode respon tanggap darurat.

Sebagaimana penelitian sebelumnya pada penelitian Husna C (2012) bahwa rencana untuk keadaan darurat bencana di rumah sakit menjadi bagian yang penting dalam kesiapsiagaan. Terutama berkaitan dengan evakuasi, pertolongan pertama dan penyelamatan agar korban bencana dapat diminimalkan.

Diantaranya juga mengacu pada organisasi yang ada di rumah sakit itu sendiri. Fokus pada pengembangan rencana kedaruratan, pelatihan, informasi, keselamatan pasien dan personel rumah sakit, ketersediaan obat-obatan dan peralatan medis untuk kedaruratan, sistem cadangan untuk komunikasi.

Perencanaan yang jelas dalam manajemen bencana akan meningkatkan pelayanan kesehatan dan koordinasi antar wilayah. Serta koordinasi tim juga akan meningkatkan pengetahuan, komunikasi dan dukungan bagi anggota tim yang kurang berpengalaman (Azizah, Ratnawati, Setyoadi, 2015).

Anggota tim sebaiknya memiliki pengalaman dan pengetahuan di bidangnya, memiliki integritas dan mampu bekerja dalam situasi bencana. Apabila dampak bencana sangat luas, dapat dibentuk beberapa tim (Kemenkes, 2011). tim bencana termasuk didalamnya adalah perawat diseleksi berdasarkan keahlian dan kebutuhan yang diperlukan.

Koordinasi dan komunikasi antar unit merupakan salah satu indikator kinerja yang baik dalam menghadapi insiden bencana. Karena dalam menghadapi korban bencana butuh perencanaan yang matang yang dirancang sebelum kejadian bencana sehingga pelayanan bisa berjalan dengan baik sesuai sistem dan prosedur yang sudah disepakati bersama.

Sebagaimana yang telah di paparkan pada penelitian sebelumnya dalam penelitian Yennizar, Hermansyah, Dirhamsyah, Syahrul (2015) bahwa komunikasi dalam manajemen bencana hal pertama yang harus dilakukan adalah menentukan tempat pusat komando yang diketahui oleh semua orang. Ruang yang representatif serta fasilitas yang memadai seperti alat komunikasi, komputer, printer, akses internet serta fasilitas lainnya harus ada koordinasi yang terus menerus antar penanggung jawab.

Penting untuk disepakati bersama oleh semua karyawan di rumah sakit mengenai titik-titik tertentu yang harus ditentukan. Seperti tempat pusat komando, tempat

jalur evakuasi, tempat titik kumpul dan tempat apar sehingga ketika terjadi bencana di rumah sakit semua karyawan bisa dan mampu menghadapi dengan baik.

Sebagaimana pada penelitian Mustafa (2009), dalam penentuan jalur evakuasi harus disepakati dimana titik kumpul yang aksesnya mudah dan luas. Lintasan atau rute yang dilalui staf dan pasien harus diperhitungkan sependek mungkin untuk mencapai titik evakuasi yang telah ditentukan untuk mencegah kelelahan pada pasien, risiko jatuh dan sebagainya.

Sesuai dengan pernyataan yang dikemukakan oleh Trisakti (2007), jumlah dan kapasitas jalur evakuasi menyesuaikan dengan jumlah penghuni dan ukuran gedung. Kebutuhan jalur evakuasi juga dipengaruhi oleh waktu rata-rata untuk mencapai lokasi yang aman (Titik Kumpul).

Jalur evakuasi merupakan salah satu cara jalan alternatif untuk meminimalisir korban bencana. Hal ini tentunya sebagai rumah sakit harus ada jalur evakuasi yang

baik serta disepakati oleh semua karyawan rumah sakit untuk menolong korban ketempat yang lebih aman.

Hal ini senada dengan Iftadi, Jauhari, Nugroho (2007) juga mengemukakan penentuan lintasan terpendek dan memperhatikan alternatif jalur-jalur yang dapat dilalui menuju titik berkumpul. Jarak yang terpendek merupakan jalur tercepat menuju titik berkumpul.

Didukung oleh Safrina, Hermansyah, Aulia (2015) bahwa untuk mencapai titik evakuasi yang aman maka jalur evakuasi juga sangat menentukan mudah tidaknya staf dan pasien menuju ke area titik evakuasi (*essembly point*). Jalur yang cukup luas lantai yang tidak licin dan memiliki pegangan (*holder*) pada dinding saat menuju titik evakuasi vertikal sangat membantu kelancaran berlangsungnya evakuasi menuju titik kumpul

*World Health Organization* (2015) prinsip manajemen bencana berdasarkan siklus manajemen bencana terbagi dalam 3 fase, yaitu pra-bencana, saat terjadi bencana dan setelah terjadinya bencana. Rencana

kontijensi seharusnya menyebutkan tindakan-tindakan yang dilakukan untuk masing-masing fase bencana, yaitu:

- a. Pra-bencana (*preparedness*): perencanaan, reduksi risiko, pelatihan.
- b. Selama bencana (*response*): aktivasi Rencana Kontijensi.
- c. Pasca-bencana (*recovery*): evaluasi efektivitas Rencana Kontijensi

Paparan WHO diatas didukung dengan penelitian sebelumnya pada penelitian Adzhani, Widjasena, Kurniawan (2016) bahwa untuk melaksanakan pelatihan simulasi tanggap darurat diperlukan 3 (tiga) tahap yaitu tahap persiapan, tahap prapelaksanaan, dan tahap pelaksanaan.

Hasil penelitian pada tahap persiapan dalam pembuatan jadwal rencana sudah dilakukan oleh timDMC sebelum melakukan simulasi. Jadwal tersebut disosialisasikan kepada gedung yang akan dilakukan simulasi. Namun jadwal rencana tersebut setiap tahunnya

tidak tetap, sehingga dalam satu tahun tidak semua gedung mendapatkan simulasi tanggap darurat bencana.

Pada tahap pra pelaksanaan rumah sakit ini sudah melaksanakan sosialisasi skenario ke karyawan yang terlibat dalam simulasi tersebut. Sebelum simulasi berlangsung terdapat *briefing* kepada petugas yang terlibat dalam simulasi. *Briefing* selain mensosialisasikan skenario terdapat pembagian peran. Sosialisasi simulasi juga dilakukan kepada pasien dan keluarga pasien. Kemudian pada tahap pelaksanaan perencanaan yang sudah dibuat dijalankan sesuai dengan rencana.

Salah satu untuk meningkatkan pengetahuan dan skill tim penanggulangan bencana sebagaimana penelitian sebelumnya pada penelitian Karimah, Kurniawan, Suroto (2016) bahwa pelatihan kebakaran untuk karyawan rumah sakit secara rutin setiap satu tahun sekali. Adapun materi pelatihan yang diberikan antara lain tentang *firesafety*, evakuasi, dan bantuan hidup dasar.

Pendidikan dan pelatihan kebakaran merupakan suatu bentuk upaya membekali karyawan rumah sakit dengan pengetahuan dan keterampilan terkait penanggulangan keadaan darurat termasuk kebakaran karena potensi terbesar rumah sakit khususnya Rumah Sakit PKU Muhammadiyah yaitu bencana kebakaran.

Demikian yang tidak kalah pentingnya bagi rumah sakit yaitu pelatihan pemilahan kondisi pasien yang disebut dengan triase, biasanya kalau sudah terjadi insiden bencana baik internal maupun eksternal rumah sakit pasien yang datang akibat korban bencana berbagai macam, mulai dari patah tulang, pendarahan, trauma dan sebagainya, sehingga sebagai petugas kesehatan sudah tahu yang diprioritaskan terlebih dahulu untuk ditangani.

Hal ini sebagaimana penelitian sebelumnya pada penelitian Christian, Jayanti, Widjasena(2015) yaitu pengkategorian pasien sudah digolongkan menjadi pasien dengan ketergantungan penuh (*total care*), pasien dengan ketergantungan sebagian (*parsial care*), dan pasien mandiri

(*minimal care*). Didukung dengan *Word Health Organization* (2011) dalam penelitian Rifai, Harnanto (2016) menyatakan bahwa perawat merupakan *first medical staff* yang memiliki peranan sangat penting ketika terjadi bencana di wilayah kerjanya.

Rumah sakit sebagai instansi pelayanan kesehatan dan sebagai instansi rujukan pasien ketika terjadi korban bencana tidak semua pasien yang datang ke rumah sakit mampu ditangani dengan baik. Hal ini karena kondisi pasien yang terlalu parah ataupun karena faktor fasilitas yang tidak memadai, sehingga dilakukan sistem rujuk pasien ke instansi yang bisa dan mampu meleyani dengan baik untuk keselamatan pasien.

### 3. Ketersediaan Obat, Instrumen, dan Peralatan Untuk Situasi Bencana.

Hasil penelitian melalui wawancara, observasi dan review dokumen diketahui bahwa pengadaan logistik sudah siaga tapi jumlah terbatas jika rumah sakit kehabisan stok maka minta bantuan rumah sakit lain dan/langsung

beli. Karena kalau bantuan rumah sakit biasanya hanya sedikit sedangkan korban bencana biasanya melebihi kapasitas rumah sakit yang sangat banyak.

Kesiapan logistik Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul dalam menghadapi bencana sudah siaga tapi stok dalam jumlah terbatas. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan manajer farmasi bahwa persediaan stok obat dan alat dalam menghadapi bencana bisa mampu bertahan sampai 71 jam atau selama 3 hari.

Salah satu dari beberapa elemen penting kesiapsiagaan adalah tersedianya peralatan dan persediaan dasar atau suplai obat (Lipi, 2006). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya pada penelitian Anjarsari, Khoiri, Sandra, (2014) bahwa yang perlu disiapkan untuk meningkatkan kesiapan logistik antara lain obat–obatan, pos penyiagaan bencana dan daerah *triage*. Untuk *external disaster* obat–obatan dan semua peralatan maupun peralatan habis pakai, obat–obatan *emergency* seperti

betadine, obat anti nyeri, perban untuk jaga-jaga jika ada kekurangan di tempat kejadian.

Perencanaan obat untuk *internal disaster* rumah sakit adalah berkoordinasi dengan unit farmasi rumah sakit. Ketika bencana terjadi unit farmasi rumah sakit yang menyediakan obat, dan obat tersebut sudah siap sebelum bencana terjadi.

Penyediaan alat dan obat merupakan proses pengadaan alat obat yang dibutuhkan di rumah sakit untuk unit pelayanan kesehatan lainnya. Diperoleh dari pemasok eksternal melalui pembelian dari manufaktur, distributor, atau pedagang besar farmasi (permenkes No.63 Tahun 2014).

Penyediaan obat dan alat/bahan habis pakai dalam situasi bencana merupakan salah satu unsur penunjang yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Oleh karena itu diperlukan adanya persediaan obat dan alat/bahan habis pakai sebagai penunjang pelayanan korban. Adapun strategi yang digunakan :

- a. Menyiapkan persediaan obat dan alat/ bahan habis pakai untuk keperluan penanganan korban bencana.
- b. Didistribusikan jumlah dan jenis obat dan alat/bahan habis pakai sesuai dengan permintaan unit pelayanan.
- c. Membuat permintaan bantuan apabila perkiraan jumlah dan jenis obat & alat/bahan habis pakai tidak mencukupi kepada rekanan RSUD PKU Muhammadiyah Bantul dan Dinas Kesehatan Bantul.
- d. Menyiapkan tempat penyimpanan yang memadai dan memenuhi persyaratan penyimpanan obat dan alat/bahan habis pakai yaitu gudang farmasi.
- e. Membuat pencatatan dan pelaporan harian terkait penggunaan alat dan obat yang digunakan.
- f. Melakukan pemusnahan/koordinasikan ke pihak terkait apabila menemukan obat yang telah kadaluwarsa dan atau tidak diperlukan sesuai dengan persyaratan.

Agar penyediaan obat dan perbekalan dapat membantu pelaksanaan pelayanan kesehatan pada saat

bencana, maka jenis obat dan perbekalan kesehatan harus sesuai dengan jenis penyakit yang terjadi akibat bencana tersebut.

Peneliti mengalami kesulitan dalam menilai ketersediaan obat, alat kesehatan, instrumen, gas medis, peralatan elektromedis serta kartu triase. Ini disebabkan karena belum ada standar baku yang mengatur penyediaan bahan dan alat tersebut. Selain itu, ketersediaan obat, bahan dan alat sangat dipengaruhi oleh kondisi bencana. Jumlah pasien yang lebih banyak tentukan membuat rumah sakit lebih cepat kehabisan persediaan obat, bahan dan alat. Jenis bencana juga mempengaruhi persediaan.