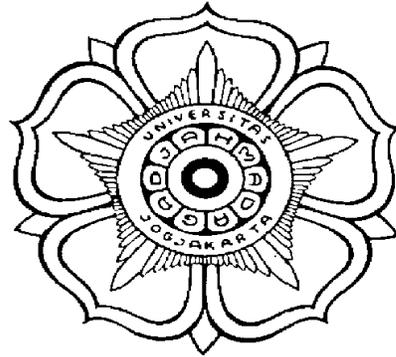


**PENGETAHUAN PERAWAT INSTALASI RAWAT DARURAT
RSUP DR. SARDJITO DALAM KESIAPAN MENGHADAPI BENCANA
PADA TAHAP *PREPAREDNESS***

Karya Tulis Ilmiah

Untuk Memenuhi Sebagian Peryaratan Memperoleh
Derajat Kesarjanaan Keperawatan Universitas Gadjah Mada



**Disusun oleh:
LAILI NUR HIDAYATI
04/175096/KU/11084**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA
2008**

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**PENGETAHUAN PERAWAT INSTALASI RAWAT DARURAT
RSUP DR. SARDJITO DALAM KESIAPAN MENGHADAPI BENCANA
PADA TAHAP *PREPAREDNESS***

Disusun oleh:

LAILI NUR HIDAYATI

04/175096/KU/11084

Telah diujikan dan diseminarkan

Pada tanggal : 11 Maret 2008

Oleh Tim Penguji:

Penguji I

Penguji II

Penguji III

Sutono, S.Kp.
NIP. 140 208 066

Syahirul Alim, S.Kp.
NIP. 132 313 586

Sri Setiyarini, S.Kp., M.Kes.
NIP. 140 310 080

Mengetahui,

Dekan

u.b. Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

Prof. dr. Iwan Dwiprahasto, M.Med.Sc., Ph.D
NIP. 131 860 994

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamin, puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan taufiq dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **"Pengetahuan Perawat Instalasi Rawat Darurat RSUP Dr. Sardjito dalam Kesiapan Menghadapi Bencana pada Tahap *Preparedness*"**. Karya Tulis ilmiah ini digunakan untuk memenuhi sebagian syarat memperoleh derajat kesarjanaan Keperawatan Universitas Gadjah Mada.

Pada penelitian yang peneliti lakukan banyak pihak yang sangat berperan dalam membantu peneliti, untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang tersebut dibawah ini:

1. Prof. dr. Iwan Dwiprahasto, M.Med.Sc., Ph.D selaku Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada,
2. Ibu Lely Lusmilasari, S.Kp., M.Kes. selaku Kepala Bagian Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada,
3. Bpk Sutono, S.Kp. selaku dosen pembimbing I atas nasehat, saran dan dengan sabar membimbing peneliti dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini,
4. Bpk Syahirul Alim, S.Kp. selaku dosen pembimbing II atas nasehat, saran dan semangat yang diberikan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini,
5. Ibu Sri Setiyarini, S.Kp. M.Kes. selaku dosen penguji yang telah memberikan banyak masukan dan kritikan untuk perbaikan dalam Karya Tulis Ilmiah ini,
6. Ibu Sumartinah, S.Kp. selaku kepala perawat IRD RSUP Dr. Sardjito, serta

seluruh perawat IRD RSUP Dr. Sardjito atas informasi dan kesediaannya menjadi responden dalam penelitian ini.

7. Staf Perpustakaan FK-UGM atas bantuan data dan literturnya,
8. PSIK A FK-UGM angkatan 2004, teman-teman seperjuangan atas dukungan dan sarannya,
9. serta semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu per satu.

Peneliti menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu, kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak sangat peneliti harapkan demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Yogyakarta, Maret 2008

Penulis

HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillahirabbil' alamin Segala puji dan syukur hanyalah untukMu Ya Rabb..ALLAH SWT
= Sesungguhnya segala hal yang bisa aku capai dalam hidupku adalah karena kasih sayang-Mu
kepadaku, bukan karena usahaku semata =

Karya Tulis Ilmiah ini kupersembahkan kepada kedua orang tuaku...

bpk H.Sukemi n ibu Hj. Surtinah..mb Fit, ms Mitro n ponakan kecilku Salwa Sobrina...

Yang telah memberikan doa, cinta dan kasih sayang yang tak ternilai kepadaku selama ini serta
selalu memberikan dukungan padaku...

Untuk seluruh keluarga besarku, Simbahku satu-satunya, bapak wali aq, bude, bulik, mb Fatma,
ms Sur n Ipin (keluarga seperjuangan koe..hehe..), mb Siti, ms Aidi, ms Madi, mb Sam n jg sodara-
sodara aq dik Rani, dik Ririn serta ponakan2ku...Rehan, Naura, Zaidan, Aufa, Khansa,
Hanan...kalian membutku lebih bersabar dan menjadikan hidup ini lebih berwarna setiap hari.

Terima kasih atas segala hal yang diberikan selama ini...keluargaku yang selalu ada dalam setiap
langkahku, cinta dan kasih kalian mengiringiku untuk menemukan makna kehidupan ini...

Teman-teman terbaikku yang selalu memberikan semangat padaku, terima kasih telah menjadi
pendengar keluh kesahku selama dalam penyelesaian karya kecil ini...Doa dan Usaha...

smoga Allah meridoi setiap perjuangan dan pengorbanan hambaNya...

Sobatku dari kecil, Deni...Cmangat2!!!

Temen2 13; Elly...my twins, trima kasih sudah mau mendengarkan keluh kesahku dan membuat
hidupku lebih ceria; Erlin, trima kasih atas saran, bantuan dan kerjasamanya dalam penyelesaian
karya ini; Tantri, temen modul abadiku, alhamdulillah qta bisa melewati sgala suka duka dalam
setiap perjuangan modul, skills lab dan kuliah dengan lancar; Alin, makasih ya dah boleh
numpang kostnya sebagai base camp; Narni, temenku dari mulai ospek, trima kasih dah sabar
dengerin cerita-ceritaku; Erna, salut ma kesabaran n kesetiaanmu.hehe.; Wuri, temen sma n
kuliahku, dirimu pancen 'ngedab-edabi'; Rini, sabar Bu...don't be panic; Heni, keep istiqomah,
smoga km mendapatkan yang terbaik; Nino kamu keren dah; Hesti; Choyy...CmangaT2!!!

Tmen2 Psikopat, Ita, trima kasih atas kesabaranmu, bantuan, saran dan semangatnya selama ini;
Fika, bersamamu kurasakan kedamaian; Galuh, Selamat ya...n makasih atas doa dan nasehatnya
yang slalu mengingatkan Laili; Nita, tetep Smangat, kamu pasti bisa mengambil hikmah dari
semua ini.

Untuk para bodyguard Psikopat...papah Ery, Soni, Eki, Bangun, Akhid n Arif...mkasih telah
membuat kelas ini lebih beragam dengan kebersamaan kalian.

Untuk ms Heri, pak Sugeng, pak Hari, ms Yuli, mb Vira, Pak Edi dan semua asisten kelas PSIK,
terima kasih telah bersabar dan menemani kami selama kami di PSIK ini.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
INTISARI	x
ABSTRACT	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
E. Keaslian Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	10
1. Pengetahuan	10
2. Instalasi rawat darurat	10
3. Perawat IRD	12
4. Bencana	14
5. Siklus penanggulangan bencana	16
6. Kesiapsiagaan/ <i>Preparedness</i> dalam menghadapi bencana	20
7. Kegiatan pokok pada tahap <i>preparedness</i> dalam menghadapi bencana	22
B. Landasan Teori	28
C. Kerangka Konsep Penelitian	30
D. Pertanyaan Penelitian	31
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	32
B. Waktu dan Tempat Penelitian	32
C. Populasi dan Sampel	32
D. Variabel Penelitian	33
E. Definisi Operasional	33
F. Instrumen Penelitian	35
G. Uji Validitas dan Reliabilitas	38
H. Analisis Data	41
I. Jalannya Penelitian	43
J. Hambatan Penelitian	44
K. Keterbatasan Penelitian	45

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	46
1. Karakteristik identitas responden	46
2. Pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam kesiapan menghadapi bencana pada tahap <i>preparedness</i>	47
3. Pelatihan penanganan bencana oleh perawat IRD RSUP Dr.Sardjito	48
4. Peralatan dan sumber daya yang menunjang pelayanan keperawatan dalam menghadapi bencana di IRD RSUP Dr.Sardjito	49
5. Jaringan komunikasi untuk perawat IRD RSUP Dr. Sardjito	51
6. Pengembangan subsistem transportasi dalam membantu penanganan penderita gawat darurat di IRD RSUP Dr.Sardjito	51
7. Kerjasama lintas sektor yang dilakukan oleh IRD RSUP Dr.Sardjito dalam menghadapi bencana	52
B. Pembahasan	52
1. Pelatihan penanganan bencana	57
2. Peralatan dan sumber daya yang menunjang keperawatan	58
3. Jaringan komunikasi	60
4. Pengembangan subsistem transportasi	61
5. Kerjasama lintas sektor	63
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	67
B. Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Kisi-kisi kuesioner pengetahuan secara kognitif dalam kesiapan penanggulangan bencana (Kuesioner-1)	36
Tabel 2. Kisi-kisi kuesioner pengalaman dalam penanggulangan bencana yang telah lalu (Kuesioner-2)	37
Tabel 3. Karakteristik Perawat IRD RSUP Dr. Sardjito	46
Tabel 4. Pengetahuan Perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam Kesiapan Menghadapi Bencana pada Tahap <i>Preparedness</i> pada Bulan Oktober-November 2007	47
Tabel 5. Pengalaman Perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam Penanggulangan Korban Bencana Gempa 27 Mei 2006 di IRD RSUP Dr. Sardjito	48

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2. Persetujuan sebagai Responden Penelitian (Inform Consent)
- Lampiran 3. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4. *Check List* Observasi
- Lampiran 5. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen
- Lampiran 6. Surat Ijin Penelitian

**PENGETAHUAN PERAWAT INSTALASI RAWAT DARURAT
RSUP DR. SARDJITO DALAM KESIAPAN MENGHADAPI BENCANA
PADA TAHAP *PREPAREDNESS***

INTISARI

Latar belakang: Bencana alam sebagai peristiwa alam dapat terjadi dimana saja dan kapan saja. Sektor kesehatan merupakan bagian penting untuk *preparedness* (kesiapsiagaan) dan tanggap bencana. Pengalaman penanganan korban bencana gempa 27 Mei 2006 di RSUP Dr. Sardjito, ketika banyak korban gempa berdatangan dalam jumlah besar dan serempak, terlihat banyak korban terlambat ditangani dikarenakan sistem penanggulangan korban bencana belum tertata rapi. RSUP Dr. Sardjito sebagai RS rujukan, khususnya di IRD diperlukan kesiapan yang baik untuk penanganan korban bencana. Kesiapan dapat dilihat melalui penanganan gawat darurat sehari-hari karena bencana merupakan eskalasi kasus kegawatdaruratan sehari-hari.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam kesiapan menghadapi bencana pada tahap *preparedness*.

Metodologi: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan *Cross Sectional*. Sampel penelitian adalah 45 perawat IRD RSUP Dr. Sardjito. Variabel penelitian yaitu pengetahuan perawat dalam kesiapan menghadapi bencana pada tahap *preparedness*. Pengumpulan data menggunakan instrumen kuesioner dan lembar observasi serta dianalisis dengan perhitungan mean.

Hasil: Pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito menghadapi bencana secara kognitif dapat dikategorikan Baik (82%); Peralatan dan sumber daya yang menunjang pelayanan keperawatan Baik (72%); Jaringan komunikasi Baik (82%); Pengembangan subsistem transportasi Baik (76%); Pelatihan yang berhubungan dengan penanganan bencana Baik (80%); Kerjasama lintas sektor dengan instansi terkait Baik (77%). Hasil *cross check* dengan observasi dan wawancara dengan kepala perawat IRD terdapat beberapa kekurangan dalam *preparedness* menghadapi bencana, khususnya dalam hal pelatihan penanggulangan bencana, penggunaan radio komunikasi dan belum adanya MoU dengan pihak terkait dalam penanggulangan bencana.

Kesimpulan: Pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam kesiapan menghadapi bencana pada tahap *preparedness* secara keseluruhan dikategorikan Baik. Namun, untuk pelatihan, komunikasi dan kerjasama lintas sektor dalam penanganan bencana masih perlu lebih disempurnakan lagi.

Kata kunci: Pengetahuan, perawat IRD, bencana, *preparedness*.

EMERGENCY ROOM NURSES' KNOWLEDGE AT DR. SARDJITO HOSPITAL RELATED TO READINESS OF DISASTER IN PREPAREDNESS STAGE

Laili Nur Hidayati¹, Sutono², Syahirul Alim²

ABSTRACT

Background: Natural disaster as natural incident could be happen anytime and anywhere. The health sector plays an important part in preparedness and response towards natural disasters. The experience of earthquake management at May 27th 2006, when many victims came in massive number to Dr. Sardjito Hospital, it seems that those victims were handled lately because of the disaster management system doesn't structure well yet. Dr. Sardjito Hospital as a reference hospital, especially in the emergency department needed a well preparedness in disaster management. This preparedness could be shown in daily emergency because the disaster are an escalation of daily emergency.

Objective: The purpose of this study was to find out the knowledge of nurses in emergency department of Dr. Sardjito Hospital in management disaster in the preparedness phase.

Method: This study was a descriptive study with cross sectional design. Sample of this study were 45 emergency nurses of Dr. Sardjito Hospital. The variable of this study was the knowledge of nurses to management natural disasters. This study used instruments including questionnaire and observation check list. Data were analyzed with content analysis.

Result: The knowledge of emergency nurse Dr. Sardjito Hospital in disaster management were categorized Sufficient (82%), equipments and resources that support nursing services Sufficient (72%), communication networks Sufficient (76%), development of transportation subsystem Sufficient (76%), training related to disaster Sufficient (80%), the cross sector cooperation were conducted with related institutions Sufficient (77%). The cross check of the result with observation and interview with the senior nurse of emergency department still limited in management disaster preparedness, especially on the training related to disaster preparedness, lack of usage of radio communication and inexistence of MoU with related institution in the disaster management.

Conclusion: The knowledges of nurses in emergency department Dr. Sardjito Hospital categorized Sufficient for all aspects in disasters management. But, for training, communication and a cross sector cooperation in disaster preparedness needed to be more perfect.

Key words: Knowledge, emergency nurse, disaster, preparedness

¹.Nursing Education Program Student, Faculty of Medicine, Gadjah Mada University

².Nursing Education Program, Faculty of Medicine, Gadjah Mada University

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Bencana alam sebagai peristiwa alam dapat terjadi setiap saat dimana saja dan kapan saja. Bencana adalah sesuatu yang tidak kita harapkan. Beberapa tahun terakhir ini, berbagai bencana terjadi pada hampir seluruh bagian dunia. Data Internasional menyebutkan, bencana dengan skala besar yang terjadi misalnya gempa bumi di Los Angeles pada tahun 1994, gempa bumi Hanshin-Awaji di Jepang pada tahun 1995, el nino di Peru tahun 1998, tsunami Aceh di Indonesia pada tahun 2004, badai Katrina yang melanda wilayah Amerika Serikat pada tahun 2005, gempa bumi Yogyakarta di Indonesia pada tahun 2006, angin puting beliung di berbagai daerah di Indonesia pada tahun 2007 dan masih banyak lagi bencana yang telah terjadi di dunia ini (www.guardian.co.uk).

Negara Indonesia merupakan salah satu negara yang tergolong rawan terhadap kejadian bencana alam, hal tersebut berhubungan dengan letak geografis Indonesia yang terletak diantara dua samudera besar dan terletak di wilayah lempeng tektonik yang rawan terhadap gempa bumi. Banyak gunung berapi yang masih aktif merupakan potensi munculnya bencana gempa bumi, awan panas, lahar, banjir dan letusan gunung berapi. Disamping bencana alam, Indonesia mempunyai potensi munculnya bencana akibat ulah manusia seperti penggundulan hutan, penebangan liar yang dapat menyebabkan terjadinya banjir, tanah longsor, kebakaran hutan dan konflik sosial. Seiring dengan perkembangan industrialisasi dan makin meningkatnya penggunaan bahan kimia, bahan

radioaktif berpotensi timbulnya bencana akibat ulah manusia (DepKes RI, 2006). Pada akhirnya, bencana tersebut menimbulkan kerusakan dan kerugian material bahkan korban jiwa serta mengakibatkan adanya pengungsian besar-besaran dan terganggunya kehidupan sosial ekonomi masyarakat (Bakornas PBP, 2006).

Bencana alam ditinjau dari letak geografi, kondisi topografi, keadaan iklim, dinamika bumi, faktor demografi dan kondisi sosial ekonomi masyarakat, maka kemungkinan terjadinya bencana yang diakibatkan oleh alam di wilayah Indonesia cukup besar yang setiap saat bisa terjadi tanpa dapat diperkirakan secara tepat tentang waktu, tempat maupun intensitasnya (Harinto, 1994).

Gempa bumi Yogyakarta adalah sebuah gempa bumi tektonik kuat terjadi pada hari Sabtu, tanggal 27 Mei 2006 jam 05:53:57 WIB dengan pusat gempa 8.26 LS – 110.31 BT (37.2 km selatan kota Yogyakarta, kedalaman 33 km). Magnitudo gempa 5.9 Skala Richter. Gempa dirasakan sangat kuat di DIY bagian selatan dan sekitarnya yang dikenal sebagai daerah rawan gempa, khususnya gempa bumi tektonik sebagai akibat fenomena geologis. Berdasarkan catatan pustaka bahwa tingkat kegempaan/seismisitas pernah terjadi bahkan berulang kali dan kejadiannya tanpa dapat diperkirakan sebelumnya bagi kehidupan manusia. Fenomena tersebut mempunyai dampak luas, baik langsung maupun tidak langsung. Untuk itu, diperlukan tindakan-tindakan persiapan agar bisa mencegah dan mengurangi kemungkinan terjadinya bencana (Bakornas PB, 2006).

Belajar dari pengalaman musibah gempa di DIY-Jateng, istilah *disaster preparedness* atau kesiapsiagaan bencana menjadi lebih sering dibicarakan. Semua orang berpendapat, seandainya kita memiliki kesiapsiagaan terhadap

bencana gempa, mungkin tidak akan jatuh korban sebanyak itu. Namun, semua berbicara *preparedness* setelah musibah terjadi (Fuad, 2006).

Sektor kesehatan membentuk suatu bagian penting untuk kesiapsiagaan dan tanggapan terhadap bencana. Mekanisme pengaturan dan responsnya memerlukan perencanaan yang sangat teliti, yang juga harus memperhitungkan kerentanan suatu negara atau wilayah tertentu, kebijakan dan peraturan kesehatan tentang bencana, dan organisasi administratif maupun teknis dari institusi sektor kesehatannya. Pertimbangan itu juga harus mencakup koordinasi mekanisme, pengembangan rencana dan program teknis, pelatihan dan penelitian, dukungan logistik serta keuangan. Walaupun institusi kesehatan dapat mengembangkan rencana kesiapsiagaan dalam menghadapi bencana, setiap negara diharapkan memiliki suatu kebijakan yang jelas mengenai pencegahan dan pengelolaan bencana. Perundangan harus mewajibkan institusi kesehatan untuk mengembangkan rencana kesiapsiagaan dan tanggapan, mengesahkan rencana tersebut sebagai bagian dari aktivitas normal institusi, menggunakan simulasi guna menguji rencana tersebut, dan untuk menentukan sumber dana guna pengembangan dan pemeliharaan rencana tersebut (Pan American Health Organization, 2006).

Indonesia mengalami bencana secara beruntun dalam kurun waktu 3 (tiga) tahun terakhir ini, baik bencana alam maupun bencana akibat ulah manusia. Mengingat tingginya frekuensi bencana yang terjadi, sudah saatnya bencana harus dapat ditangani secara professional. Selama ini penanggulangan bencana lebih banyak ditujukan kepada periode saat bencana terjadi berupa bantuan tanggap

darurat. Padahal sesungguhnya penanggulangan bencana sudah harus dimulai pada periode pra bencana. Belajar dari pengalaman beberapa negara lain diketahui bahwa kegiatan penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana pada periode pra bencana dapat mengurangi kualitas dan kuantitas korban secara bermakna. Salah satu kegiatan penanggulangan bencana pada periode pra-bencana adalah sistem peringatan dini yang merupakan subsistem awal dalam kegiatan kesiapsiagaan (DepKes RI, 2002).

RSUP Dr. Sardjito sebagai rumah sakit unggulan dan rujukan dari rumah sakit yang ada di Yogyakarta diharapkan mempunyai persiapan untuk menghadapi semua kemungkinan bencana yang akan terjadi setiap saat. RSUP Dr. Sardjito merupakan RS tipe A, dengan klasifikasi Instalasi Rawat Darurat klas bintang empat. IRD RSUP Dr. Sardjito mempunyai tenaga keperawatan dengan jumlah secara keseluruhan 54 orang perawat, dengan perincian 34 perawat di ruang pemeriksaan, 10 perawat di ruang *Intermediate Care* (IMC) dan 10 perawat di kamar operasi. Perawat ini sudah mengikuti pelatihan dasar, seperti PPGD (Penanganan Penderita Gawat Darurat) dan BLS (*Basic Life Support*).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti didapatkan informasi mengenai pengalaman dalam penanganan korban gempa bumi Yogyakarta pada 27 Mei 2006. Semua bagian di rumah sakit sudah bersiap-siap untuk menghadapi korban letusan gunung Merapi. Namun, ketika tiba-tiba banyak korban gempa berdatangan dalam jumlah yang besar dan serempak di rumah sakit, terlihat banyak korban yang terlambat ditangani. Penanganan korban yang terlambat ini

dikarenakan sistem penanggulangan korban bencana belum tertata rapi, baik dari prosedur, kesiapan sumber daya manusia, serta fasilitas dan peralatan medis.

Penanganan bencana di rumah sakit dilakukan oleh anggota tim tenaga kesehatan, yang terdiri dari dokter, perawat dan tenaga administrasi. Perawat sebagai salah satu anggota tim tenaga kesehatan yang mempunyai peran besar dalam penanganan korban ini harus dapat mengantisipasi semua kejadian yang akan terjadi di masa yang akan datang (Skeet, 1995). Bencana alam merupakan peristiwa alam yang terjadi berulang, sehingga dapat digambarkan dalam suatu siklus bencana atau *disaster cycles*. Salah satu tahapan dalam siklus bencana tersebut adalah fase *preparedness*, yaitu fase kesiapsiagaan dalam menghadapi bencana.

Kesiapsiagaan RSUP Dr. Sardjito dalam penanganan bencana salah satunya adalah dengan membentuk tim khusus, yaitu Tim Medik Reaksi Cepat (TMRC). Tim ini terdiri dari dokter, perawat, *technician*, ahli gizi serta farmasi yang jumlah anggotanya 70 orang. Tim gabungan RSUP Dr. Sardjito ini diharapkan akan siap setiap saat atau 24 jam penuh untuk menangani korban bencana yang terjadi di seluruh Indonesia. Sistem penanggulangan bencana sudah tertata rapi, sumber daya yang *on call* 24 jam dengan dilengkapi fasilitas dan peralatan medik dan non medik yang sudah tersedia dan siap digunakan setiap saat menuju daerah bencana.

TMRC dengan perencanaan manajemen yang sudah baik tidak akan dapat berfungsi secara optimal tanpa adanya kerja sama dengan kesiapan dari Instalasi Rawat Darurat (IRD) RS rujukannya. Oleh karena itu, RSUP Dr. Sardjito sebagai

salah satu RS rujukan, manajemen di dalam IRD dibutuhkan kesiapan yang baik pula dalam penanganan korban bencana. Kesiapan ini dapat dilihat melalui penanganan gawat darurat sehari-hari. Apabila IRD bisa menangani kasus *emergency* sehari-hari dengan baik maka diharapkan dapat menangani korban bencana, karena bencana merupakan eskalasi kasus kegawatdaruratan sehari-hari.

Manajemen keperawatan yang dibutuhkan dalam fase *preparedness*, misalnya menyiapkan rencana bencana RS, evakuasi pasien di RS, perencanaan untuk penerimaan jumlah pasien yang banyak, menjamin kesiapan peralatan medis dan sistem keperawatan serta pendidikan dan pelatihan perawat untuk meningkatkan teknik keperawatan dan pelatihan bencana. Kompetensi perawat dalam fase *preparedness* adalah pendidikan dalam keperawatan bencana, pelatihan untuk pencegahan bencana, mengamati pelayanan ditinjau dari peralatan dan sumber daya, serta melakukan konfirmasi dan membuat jejaring yang mendukung keperawatan (Ohara, 2007).

Instalasi Gawat Darurat adalah merupakan pintu gerbang rumah sakit, yaitu berfungsi sebagai awal dari pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan termasuk tenaga keperawatan (DepKes, 1999). Tenaga kesehatan sebagai tim, baik perawat, dokter, maupun tenaga administrasi memegang peranan penting dalam pemberian pelayanan keperawatan dan medis di IRD. Perawat sebagai lini depan rumah sakit mempunyai tanggung jawab yang besar dalam penanganan pasien gawat darurat sehari-hari maupun saat terjadi bencana (WHO, 1999).

Melihat fenomena tersebut, peneliti ingin mengetahui bagaimana pengetahuan perawat Instalasi Rawat Darurat RSUP Dr. Sardjito dalam kesiapan menghadapi bencana yang terjadi pada tahap *preparedness*.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana pengetahuan perawat Instalasi Rawat Darurat RSUP Dr. Sardjito dalam kesiapan menghadapi bencana pada tahap *preparedness*?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam kesiapan menghadapi bencana pada tahap *preparedness*.

2. Tujuan Khusus

Untuk mengetahui pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito tentang:

- a. Pelatihan penanganan bencana yang dilakukan oleh perawat IRD RSUP Dr. Sardjito.
- b. Peralatan dan sumber daya yang menunjang pelayanan keperawatan dalam menghadapi bencana di IRD RSUP Dr. Sardjito.
- c. Jaringan komunikasi untuk perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana pada tahap *preparedness*.
- d. Pengembangan subsistem transportasi dalam membantu penanganan penderita gawat darurat di IRD RSUP Dr. Sardjito.

- e. Kerjasama lintas sektor yang dilakukan oleh IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana pada tahap *preparedness*.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat untuk :

1. Bagi Pengelola Rumah Sakit

Memberikan masukan dan pertimbangan dalam menetapkan kebijakan sehubungan dengan kesiapan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana.

2. Bagi Perawat

Memberikan informasi kepada perawat dalam kesiapan penanganan semua kejadian saat terjadi bencana yang akan terjadi di masa yang akan datang.

3. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Sebagai bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar.
- b. Sebagai bahan bacaan dan menambah wawasan bagi mahasiswa kesehatan khususnya mahasiswa ilmu keperawatan mengenai kesiapan dalam menghadapi bencana.

E. Keaslian Penelitian

Sejauh pengetahuan peneliti, penelitian mengenai "Pengetahuan Perawat Instalasi Rawat Darurat RSUP Dr. Sardjito dalam Kesiapan Menghadapi Bencana pada Tahap *Preparedness*" belum pernah dilakukan.

Penelitian lain yang serupa dengan penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Hulummi (2002), "Analisis Kesiapan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Lubuk Linggau untuk Menjadi Unggulan dalam Penanganan Kecelakaan". Tujuan penelitian adalah untuk menganalisis faktor-faktor eksternal dan internal Instalasi Gawat Darurat RSUD Lubuk Linggau dalam rangka pengembangan dan merumuskan strategi pengembangan IGD untuk menjadi unggulan dalam penanganan kasus kecelakaan. Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus, data dianalisis secara kualitatif. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor-faktor eksternal yang meliputi letak geografi, data demografi dan kompetitor sangat mendukung untuk melakukan pengembangan IGD RSUD Lubuk Linggau menjadi unggulan dalam penanganan kasus kecelakaan. Faktor-faktor internal yang mendukung antara lain rekam medik, SOP falsafah dan tujuan, fasilitas fisik sarana dan prasarana, SDM tenaga spesialis dan sistem dokter spesialis *on call*, laboratorium, unit transfusi darah serta OK IGD. Sedangkan, faktor internal yang belum mendukung IGD menjadi unggulan dalam penanganan kecelakaan yaitu SOP pengembangan staf dan pengendalian mutu, fasilitas ruang tunggu, SDM dokter jaga serta keuangan. Strategi pengembangan yang dilakukan adalah pemekaran pasar, pemekaran produk dan strategi masuk pasar.

Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada fokus penelitian, subjek penelitian dan tempat penelitian. Peneliti lebih memfokuskan pada kesiapan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana pada tahap *preparedness*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah orang melakukan penginderaan terhadap sesuatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata (penglihatan) dan telinga (pendengaran). Pengetahuan juga dapat diperoleh melalui pendidikan, pengalaman diri sendiri maupun pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoadmodjo, 2003).

Pengetahuan adalah keseluruhan pemikiran, gagasan, ide, konsep dan pemahaman yang dimiliki manusia tentang dunia dan segala isinya, termasuk manusia dan kehidupannya. Pengetahuan mencakup penalaran, penjelasan dan pemahaman manusia tentang segala sesuatu, juga mencakup praktis/kemampuan teknis dalam memecahkan berbagai persoalan hidup yang belum dibakukan secara sistematis dan metodis (Keraf, 2001). Jenjang pendidikan erat kaitannya dengan pengetahuan yang dimiliki seseorang, semakin tinggi pendidikan memungkinkan pengetahuannya semakin baik.

2. Instalasi rawat darurat

Instalasi Rawat Darurat (IRD) adalah suatu tempat/unit di rumah sakit yang memiliki tim kerja dengan kemampuan khusus dan peralatan yang memberikan

pelayanan pasien gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian upaya penanggulangan pasien gawat darurat yang terorganisir (DepKes RI, 1999).

Pelayanan UGD adalah pelayanan yang harus dapat memberikan pelayanan darurat dengan standar yang tinggi kepada masyarakat yang menderita penyakit akut, yang mengalami kecelakaan dan penyelenggaraannya dilakukan 24 jam. Pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan harus diatur, dipimpin serta diintegrasikan dengan bagian dan instalasi lainnya di rumah sakit tersebut (Sheehy, 1992).

Gawat darurat secara umum didefinisikan sebagai semua kondisi yang dirasakan dengan menempatkan seseorang secara hati-hati atau seseorang sesuai kepentingannya yang membutuhkan dengan segera evaluasi medis atau pembedahan dan pengobatan (Stone dan Humphries, 2004).

Gawat darurat medik adalah suatu kondisi yang dalam pandangan penderita, keluarga atau siapapun yang bertanggungjawab dalam membawa penderita ke rumah sakit, memerlukan pelayanan medik segera. Kondisi tersebut berlanjut hingga petugas kesehatan yang profesional menetapkan bahwa keselamatan penderita atau kesehatannya tidak terancam. Namun, keadaan gawat darurat yang sebenarnya adalah suatu kondisi klinik yang memerlukan pelayanan medik segera. Kondisi tersebut berkisar antara yang memerlukan pelayanan ekstensif segera dengan rawat inap di rumah sakit dan yang memerlukan pemeriksaan diagnostik atau pengamatan, yang setelahnya mungkin memerlukan atau mungkin juga tidak memerlukan rawat inap (Hanafiah, 1998).

Pasien-pasien yang dirawat di rumah sakit sekitar 45–70 % masuk melalui IRD (Huang, 2004). IRD merupakan suatu instalasi yang memerlukan berbagai disiplin ilmu kedokteran, serta berfungsi memberikan pelayanan gawat darurat kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakaan. Pelayanan gawat darurat yang diberikan bersifat terus menerus selama 24 jam dan 7 hari dalam seminggu. Klasifikasi IRD terdiri dari IRD kelas A Pendidikan, IRD kelas B Pendidikan dan Non Pendidikan, IRD kelas C dan IRD kelas D (DepKes RI, 1999).

Instalasi Rawat Darurat harus mempunyai penegasan yang baik dalam perencanaan bencana yang sumbernya dapat dipindahkan saat terjadi bencana alam atau bencana akibat ulah manusia. Prosedur perencanaan untuk manajemen korban bencana disediakan kesiapan yang lebih baik untuk gawat darurat ini. Perencanaan seharusnya menyeluruh dan meliputi prinsip dasar medis dan perawatan di IRD (Sheehy, 1992).

3. Perawat IRD

Perawat *emergency* adalah perawat yang terdaftar dan terlatih dalam aspek-aspek yang berbeda dari perawatan *emergency* dan mempunyai ilmu *Basic Life Support* (BLS), *Advances Cardiac Life Support* (ACLS), *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), *triage* dan bencana medis serta sudah bekerja di departemen *emergency* beberapa tahun. Keperawatan gawat darurat adalah perawatan kepada individu dari berbagai tingkat usia yang mengalami perubahan fisik dan emosional yang membutuhkan tindakan berkelanjutan dan biasanya bersifat berkala, primer dan akut. Perawat gawat darurat bersifat multidimensional,

mencakup tanggung jawab, fungsi, peran dan ketrampilan yang membutuhkan *body of knowledge* yang spesifik. Inti dari keperawatan gawat darurat ditunjukkan dengan praktek gawat darurat, lingkungan dengan kejadian yang ada dan pengguna kegawatan itu sendiri (Sheehy, 1992).

Menurut Sheehy (1992) karakteristik khusus dari praktek keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut: (1) pengkajian, diagnosa dan pengobatan yang mendesak serta situasi yang tidak mendesak meliputi individu dari semua umur, sering dengan data pasien yang terbatas; (2) triage dan prioritas; (3) siapsiaga bencana. Karakteristik yang melekat dalam perawatan gawat darurat adalah gabungan secara alamiah dari tim perawatan kesehatan gawat darurat dan kualitas perawatan tergantung dari konsep tim. Anggota dari tim ini meliputi dokter, perawat, asisten dokter, paramedis dan teknisi medis gawat darurat sebagai sebaik-baiknya penanggung jawab pertama. Semua anggota tim gawat darurat ini harus berfungsi sebagai kolega sehingga perawatan pasien dapat optimal untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian. Keperawatan gawat darurat berkenaan dengan situasi yang tidak terencana yang membutuhkan intervensi, keterbatasan sumber daya, kebutuhan penanganan yang segera serta adanya faktor kontekstual yaitu keparahan penyakit, jumlah pasien yang tidak dapat diperkirakan serta variasi dalam setting geografis.

Tenaga kesehatan sebagai tim, baik perawat, dokter, maupun tenaga administrasi memegang peranan penting dalam pemberian pelayanan keperawatan dan medis di IRD. Kebutuhan bagi perencanaan kegawatan oleh staf pelayanan kesehatan telah lama dikenal dan kebanyakan rumah sakit yang mempunyai

perencanaan insiden besar akan menempatkannya ke dalam tindakan yang nantinya menjadi suatu kebutuhan. Tenaga kesehatan dalam sebuah rumah sakit yang paling banyak adalah perawat. Semua perawat mempunyai tanggung jawab dalam perencanaan dan keterlibatan dalam menangani korban. Perawat harus mengetahui apa yang akan mereka lakukan baik ketika mereka sedang bekerja atau tidak bekerja sewaktu insiden terjadi. Perawat harus mengetahui bagaimana memobilisasi bantuan, mengevakuasi pasien-pasien dan mencegah penyebaran bencana. Perawat juga harus mengenal diri mereka sendiri dengan perencanaan-perencanaan ini yang akan merefleksikan posisi rumah sakit mereka dalam hubungan mengatasi perencanaan masyarakat (Skeet, 1995).

4. Bencana

Bencana merupakan kejadian yang menyebabkan terjadinya banyak korban (pasien gawat darurat), yang tidak dapat dilayani oleh unit pelayanan kesehatan seperti biasa, terdapat kerugian materiil dan terjadinya kerusakan infrastruktur fisik serta terganggunya kegiatan normal masyarakat (DepKes RI, 2006b).

Bencana dapat didefinisikan sebagai setiap kejadian yang menyebabkan kerusakan, gangguan ekologis, hilangnya nyawa manusia atau memburuknya derajat kesehatan atau pelayanan kesehatan pada skala tertentu yang memerlukan respon dari luar masyarakat atau wilayah yang terkena (WHO, 1999).

Klasifikasi bencana menurut DepKes RI (1999), dibagi menjadi 2 jenis, yaitu (1)Bencana alam, antara lain: letusan vulkanik, gempa bumi, tanah longsor, banjir, serangan hama tanaman pangan, wabah, kemarau panjang, kebakaran hutan, gelombang tsunami, gelombang panas, dan gas alam beracun; (2)Bencana karena

ulah manusia, antara lain: perang, letusan gas bumi, kecelakaan radiasi, polusi, keracunan, kebakaran gedung/gedung runtuh, kecelakaan transportasi darat, laut, udara dan kerusuhan sosial (terorisme, SARA).

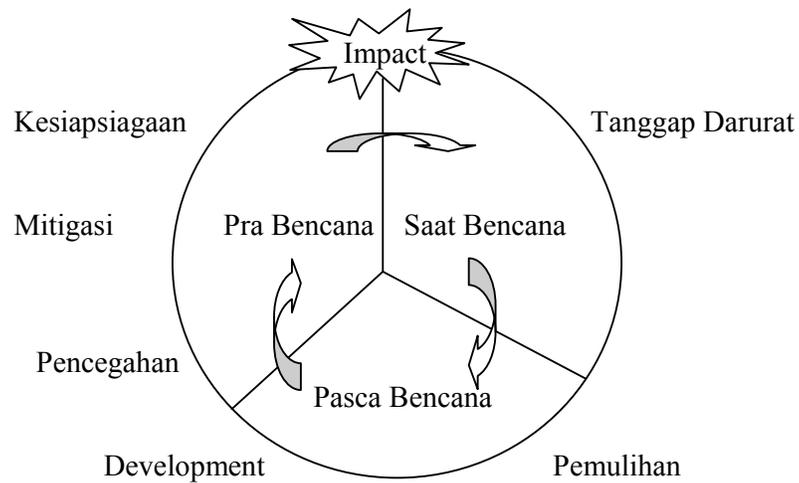
Bencana dapat terjadi secara tiba-tiba dan menyebabkan semua orang panik. Bencana dapat mengakibatkan kerusakan dari kecil sampai besar. Gedung-gedung, sistem infrastruktur, jaringan utilitas dan lainnya akan mengalami kerusakan. Untuk mengurangi dampaknya, maka perlu meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap bencana melalui tindak penyelamatan dan pertolongan (*rescue and relief*) bencana. Tindakan tersebut bertujuan untuk memberikan tanggap darurat yang efektif dan difokuskan pada pertolongan serta bantuan sementara untuk membantu korban segera setelah bencana terjadi (Bakornas PBP, 2006).

Letak geografis Indonesia yang diapit oleh dua benua (Australia dan Asia) dan dua samudra (Pasifik dan Hindia), yang membujur pada daerah tropis banyak memiliki hutan-hutan, gunung berapi yang masih aktif. Disamping itu bila ditinjau dari peta tektonik, Indonesia terletak pada 3 jalur gunung berapi dan 3 jalur lempengan kulit bumi. Kondisi tersebut menyebabkan wilayah Indonesia menjadi sangat rawan terhadap berbagai bencana alam. Timbulnya peristiwa bencana alam merupakan hal yang sulit diduga dan dihindari karena hal tersebut berada diluar jangkauan manusia, dilain pihak bencana dapat pula disebabkan oleh sikap dan perilaku serta perbuatan manusia yang lalai, lengah, ketidak pahaman serta kurangnya pengertian atau pengetahuan (Harinto, 1994).

5. Siklus penanggulangan bencana

Bencana merupakan peristiwa alam yang terjadi berulang, sehingga dapat digambarkan dalam suatu siklus penanggulangan bencana (*disaster cycles*). Dalam suatu lingkaran manajemen bencana (*disaster management cycle*) ada dua kegiatan besar yang dilakukan. Pertama adalah sebelum terjadinya bencana (*pre event*) dan kedua adalah setelah terjadinya bencana (*post event*). Kegiatan setelah terjadinya bencana dapat berupa *disaster response/emergency response* (tanggap bencana) ataupun *disaster recovery*. Kegiatan yang dilakukan sebelum terjadinya bencana dapat berupa *disaster preparedness* (kesiapsiagaan menghadapi bencana) dan *disaster mitigation* (mengurangi dampak bencana). Disamping itu, ada yang menyebut istilah *disaster reduction*, sebagai perpaduan dari *disaster mitigation* dan *disaster preparedness* (Makki cit Susetyo, 2006).

Menurut DepKes RI (2006a) manajemen siklus penanggulangan bencana terdiri dari: (1) *impact* (saat terjadi bencana); (2) *Acute Response* (tanggap darurat); (3) *Recovery* (pemulihan); (4) *Development* (pembangunan); (5) *Prevention* (pencegahan); (6) *Mitigation* (Mitigasi); (7) *Preparedness* (kesiapsiagaan). Aktivitas yang dilakukan untuk menangani masalah kesehatan dalam siklus bencana dibagi menjadi 2 macam, yaitu pada fase akut untuk menyelamatkan kehidupan dan fase sub-akut sebagai perawatan rehabilitatif.



Gambar 1. Siklus Penanggulangan Bencana (DepKes, 2006a, 2007)

Menurut DepKes RI (2006a) untuk mengetahui manajemen penanggulangan bencana secara berkesinambungan, perlu dipahami siklus penanggulangan bencana dan peran tiap komponen pada setiap tahapan, sebagai berikut:

a. Kejadian bencana (*impact*)

Kejadian/peristiwa bencana yang disebabkan oleh alam atau ulah manusia, baik yang terjadi secara tiba-tiba atau perlahan-lahan, dapat menyebabkan hilangnya jiwa manusia, trauma fisik dan psikis, kerusakan harta benda dan lingkungan, yang melampaui kemampuan dan sumberdaya masyarakat untuk mengatasinya.

b. Tanggap darurat (*acute response*)

Upaya yang dilakukan segera setelah kejadian bencana yang bertujuan untuk menanggulangi dampak yang timbul akibat bencana, terutama penyelamatan korban dan harta benda, evakuasi dan pengungsian.

c. Pemulihan (*recovery*)

Proses pemulihan kondisi masyarakat yang terkena bencana baik dampak fisik dan psikis, dengan memfungsikan kembali sarana dan prasarana pada keadaan semula. Hal ini dilakukan dengan memperbaiki prasarana dan pelayanan dasar (jalan, listrik, air bersih, pasar, Puskesmas dll) dan memulihkan kondisi trauma psikologis yang dialami anggota masyarakat.

d. Pembangunan (*development*)

Merupakan fase membangun kembali sarana dan prasarana yang rusak akibat bencana. Pembangunan ini dapat dibedakan menjadi 2 tahapan. Tahapan yang pertama yaitu rehabilitasi yang merupakan upaya yang dilakukan setelah kejadian bencana untuk membantu masyarakat memperbaiki rumah, fasilitas umum dan fasilitas sosial serta menghidupkan kembali roda ekonomi. Tahapan yang kedua yaitu rekonstruksi, yang merupakan program jangka menengah dan jangka panjang yang meliputi program fisik, sosial dan ekonomi untuk mengembalikan kehidupan masyarakat pada kondisi yang sama atau lebih baik.

e. Pencegahan (*prevention*)

Tindakan pencegahan yang harus dilaksanakan antara lain berupa kegiatan untuk meningkatkan kesadaran/kepedulian mengenai bahaya bencana. Langkah-langkah pencegahan difokuskan pada intervensi terhadap gejala-gejala alam dengan tujuan agar menghindarkan terjadinya bencana dan atau menghindarkan akibatnya dengan cara menghilangkan/memperkecil kerawanan dan meningkatkan ketahanan/kemampuan terhadap bahaya.

f. Mitigasi

Upaya yang dilakukan untuk mengurangi dampak bencana, baik secara fisik struktural dengan pembuatan bangunan-bangunan fisik maupun non-fisik struktural melalui perundang-undangan dan pelatihan. Mitigasi merupakan semua aktivitas yang dilakukan untuk menghilangkan atau mengurangi derajat risiko jangka panjang dalam kehidupan manusia yang berasal dari kerusakan alam dan buatan manusia itu sendiri (Stoltman *et al.*, 2004).

g. Kesiapsiagaan (*preparedness*)

Upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana, melalui pengorganisasian langkah-langkah yang tepat guna dan berdaya guna. Persiapan adalah salah satu tugas utama dalam *disaster management*, karena pencegahan dan mitigasi tidak dapat menghilangkan *vulnerability* maupun bencana secara tuntas. Langkah-langkah *preparedness* harus berhubungan dengan tindakan-tindakan yang ditentukan pada rencana tanggap darurat. Langkah-langkah tersebut menggambarkan pula organisasi, fungsi, sumberdaya dan prosedur untuk menanggapi setiap keadaan maupun *contingency plan*.

Pada saat prabencana upaya pencegahan dan mitigasi serta kesiapsiagaan berperan yang sangat besar. Pada saat kejadian bencana upaya tanggap darurat merupakan kegiatan utama, sedangkan pada pasca bencana upaya pemulihan dan rekonstruksi lebih menonjol (DepKes RI, 2006a).

Permasalahan utama dalam penanggulangan bencana berupa hasil yang tidak adekuat untuk kapasitas penanggulangan dalam respon bencana dan berhubungan dengan pengurangan risiko bencana. Disamping itu, termasuk didalamnya tidak

konsistennya dari mitigasi bencana kedalam perencanaan yang tersendiri (Suprayoga, 2007).

6. Kesiapsiagaan/Preparedness dalam menghadapi bencana

Preparedness merupakan persiapan yang harus dimiliki ketika bencana. Empat aspek dinamika proses kesiapsiagaan bencana yaitu perencanaan, pendidikan, *drills*, dan evaluasi (Sheehy, 1992).

Menurut UU Nomor 24 Tahun 2007, kesiapsiagaan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna.

Menurut Dinas Kesehatan DIY (2005), dalam kesiapsiagaan menghadapi musibah massal (keadaan bencana), ketentuan umum sebuah rumah sakit harus: (1)mempunyai *disaster plan* yang diberlakukan di dalam instansi pelayanan kesehatan maupun jajaran pemerintah daerah serta instansi terkait dalam wilayah tempat Unit Gawat Darurat (UGD) tersebut berada untuk menangani korban bencana; (2)mempunyai kerjasama dengan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya dalam menghadapi musibah massal/keadaan bencana yang terjadi di daerah wilayah kerjanya melalui Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT).

Departemen Kesehatan RI (1999) mengemukakan bahwa tiap RS harus mempunyai *disaster plan* agar bila terjadi bencana dapat melakukan tindakan pertolongan secara cepat dan tepat dengan kebutuhan. *Disaster plan* tersebut hendaknya disesuaikan dengan kondisi RS masing-masing dan pada dasarnya harus mencakup berbagai masalah, diantaranya adalah: (1)kejelasan tempat masuk

bencana ke RS; (2)sistem aktivasi RS dalam memobilisasi tenaga dokter, paramedik, tenaga lain serta sarana dan prasarana yang diperlukan; (3)sistem koordinasi dan pengendalian intra RS; (4)penyiapan ruang cadangan dalam rumah sakit untuk penerimaan korban, tindakan dan ruang perawatan; (5)koordinasi antar RS; (6)sistem informasi data korban dan informasi pada keluarga; (7)sumber cadangan logistik medik dalam hal persediaan intra RS bila tidak mencukupi; (8)alternatif cara pelayanan bila terjadi gangguan/kerusakan bangunan RS setempat akibat bencana baik bencana alam maupun ulah manusia.

Pada tahap kesiapsiagaan ini, rencana penanganan bencana di rumah sakit mengacu pada organisasi yang ada di dalam rumah sakit itu sendiri dan memfokuskan pada aspek-aspek sebagai berikut: (1)sumber daya manusia; (2)ketersediaan obat-obatan; (3)peralatan medis untuk penanganan kedaruratan; (4)informasi; (5)pengembangan rencana kedaruratan; (6)pelatihan; (7)keselamatan pasien; (8)pengungsian. Rencana itu juga memuat sistem cadangan, yaitu: komunikasi, listrik, persediaan air, transportasi serta harus menjadi bagian dari jaringan respons bencana rumah sakit, dengan prosedur yang jelas untuk rujukan dan pemindahan pasien (Pan American Health Organization, 2006).

Kegiatan perencanaan aksi nasional dalam kerangka kesiapsiagaan, antara lain: pengembangan dalam sistem informasi dalam area yang mudah dijangkau, sistem peringatan dini, peningkatan pengetahuan masyarakat dan membangun kemampuan organisasi untuk mengurangi risiko bencana. Hal ini merupakan kewajiban di masing-masing departemen sesuai dengan tanggung jawabnya (Suprayoga, 2007).

7. Kegiatan pokok pada tahap *preparedness* dalam menghadapi bencana

Menurut Departemen Kesehatan RI (1999), keberhasilan manajemen bencana pada tahap *acute respons* ditentukan oleh keberhasilan manajemen kesiapan bencana (pada tahap *preparedness*). Pada tahap *preparedness* ini terdiri atas enam kegiatan pokok, antara lain:

a. Pengembangan SPGDT (Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu)

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) adalah sebuah sistem yang merupakan koordinasi berbagai unit kerja (multi sektor) dan didukung berbagai kegiatan profesi disiplin dan multi profesi untuk menyelenggarakan pelayanan terpadu penderita gawat darurat baik dalam keadaan sehari-hari maupun dalam keadaan bencana (DepKes RI, 2006).

Sistem ini telah diperkenalkan oleh Departemen Kesehatan sejak tahun 1985, yang merupakan sistem pelayanan pasien gawat darurat dari tempat kejadian sampai ke sarana pelayanan kesehatan, yang berpedoman pada respon cepat yang menekankan pada *time saving is life and limb saving*. Implementasi SPGDT dapat dibagi dalam Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu-Sehari-hari (SPGDT-S) dan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu-Bencana (SPGDT-B) (DepKes RI, 2006a).

b. Pengembangan Sumber Daya

Logistik adalah istilah yang dipakai untuk aktivitas yang mendukung yang dipusatkan dengan menyediakan dan mengirimkan sumber-sumber usaha penyelamatan. Sumber ini dapat berupa sumber daya manusia, peralatan, makanan

dan air, fasilitas yang meringankan anggota dan semacamnya (Stone dan Humphries, 2004).

Bagian logistik adalah bagian yang menyediakan barang dan jasa dalam jumlah, mutu dan waktu yang tepat dengan harga yang sesuai. Logistik menurut bidang pemanfaatannya, barang dan bahan yang harus disediakan di rumah sakit dapat dikelompokkan menjadi: persediaan farmasi, persediaan makanan, persediaan logistik umum dan persediaan teknik (Aditama, 2006).

Sumber daya manusia (SDM) adalah faktor sentral dalam suatu organisasi (Gomes *cit* Parsan, 2005). Tersedianya SDM dalam jumlah yang cukup dengan mutu dan motivasi yang tinggi serta kemampuan antar disiplin, antar profesi, maupun antar sektor akan menentukan keberhasilan dalam penanganan keadaan gawat darurat (DepKes RI, 1999).

SDM ini dapat dilihat dari pengetahuan dan tingkat pendidikannya. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah orang melakukan penginderaan terhadap sesuatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata (penglihatan) dan telinga (pendengaran). Pengetahuan juga dapat diperoleh melalui pendidikan, pengalaman diri sendiri maupun pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan (Notoadmodjo, 2003).

Menurut Dinas Kesehatan DIY (2005), sumber daya manusia yang perlu standarisasi pada UGD, meliputi: (1)Jenis petugas (medis, paramedis, administrasi, penunjang, dll); (2)Tingkat kemampuan (spesialisasi, ketrampilan

khusus); (3)Keberadaan (*stand by, on call*); (4)Jumlah petugas (perbandingan antara jumlah pasien dan beban kerja). Kriteria sumber daya manusia untuk UGD di rumah sakit tipe A adalah: dokter sub spesialis untuk semua jenis *on call* (<30 menit), dokter spesialis untuk semua jenis *on site*, dokter PPDS/+GELS *on site* 24 jam, dokter umum *on site* 24 jam kerja bergilir 5 orang, perawat kepala S1 (jam kerja) dan DIII (diluar jam kerja) semuanya sudah PPGD+BLS, perawat *on site* 24 jam 26 orang bergilir, non medis total minimal 28 orang, serta triage dokter umum PPGD terlatih 2 orang dan perawat.

Fasilitas yang disediakan harus dapat menjamin efektivitas bagi pelayanan kepada masyarakat termasuk pelayanan unit gawat darurat di RS dengan waktu pelayanan 24 jam. Sarana dan prasarana, peralatan dan obat yang disiapkan sesuai dengan standar yang ditetapkan Departemen Kesehatan serta adanya subsistem pendukung baik subsistem komunikasi, transportasi termasuk pelayanan ambulans dan subsistem keselamatan kerja (DepKes RI, 2006b).

Fasilitas dan peralatan yang perlu standarisasi pada UGD menurut Dinas Kesehatan DIY (2005), meliputi: (1)Gedung/bangunan (luas, jenis ruangan dan susunannya, akses dari dan ke UGD, hubungan dengan unit kerja lain); (2)Peralatan, meliputi Ambulans Gawat Darurat (AGD), peralatan diagnostik, terapi dan perawatan. Kriteria fasilitas dan peralatan untuk UGD di rumah sakit tipe A adalah sebagai berikut: mempunyai luas gedung >2000 m³ dengan terdapat bangunan disekitar UGD yang dapat digunakan jika terjadi musibah massal, akses dari dan ke UGD dapat menampung >5 AGD, akses khusus ke UGD dengan 2 jalur AGD sejajar, lokasi dekat jalan raya, mudah dicapai dari dalam RS, terdapat

berbagai macam jenis ruangan yang lengkap, hubungan dengan unit lain mudah, terdapat konsultan, peralatan medis diagnostik umum lengkap dengan jumlah memadai, peralatan medis diagnostik utama lengkap yang terdapat 2-4 trolley, peralatan non medis yang memadai serta sarana pendukung semua lengkap.

c. Pengembangan subsistem komunikasi.

Menurut DepKes RI (2006b), peran komunikasi pada penanggulangan penderita gawat darurat dilatarbelakangi karena *time saving is live and limb saving*. Selain itu, kondisi kegawat daruratan yang mungkin terjadi sehari-hari atau bencana tertentu dapat menimbulkan korban individu atau korban massal. Pentingnya peran komunikasi dalam penanggulangan penderita gawat darurat juga dikarenakan adanya peningkatan kasus gawat darurat dan adanya perubahan epidemiologi penyakit. Potensi terjadinya bencana yang cukup tinggi (baik bencana alam/akibat ulah manusia) dan kondisi geografis Indonesia yang berbentuk kepulauan, belum semua daerah memiliki sarana komunikasi dan transportasi yang memadai juga menjadi latar belakang penting adanya peran komunikasi dalam penanggulangan penderita gawat darurat.

Komunikasi dalam kegiatan pelayanan kasus gawat darurat sehari-hari memerlukan sebuah sub sistem komunikasi yang terdiri dari jaring penyampaian informasi, jaring koordinasi dan jaring pelayanan gawat darurat sehingga seluruh kegiatan dapat berlangsung dalam satu sistem terpadu. Jaring komunikasi adalah suatu jejaring atau komando untuk mengkomunikasikan informasi dalam suatu kejadian bencana. Komunikasi tersebut diharapkan menjadi penghubung semua

fase penanganan gawat darurat sehari-hari dan bencana (pra RS, intra RS, antar RS, lintas sektor) (DepKes RI, 2006b).

Tata cara berkomunikasi adalah singkat, jelas dan benar. Komponen dalam komunikasi mencakup pengirim berita, penerima berita dan penerus berita (DepKes RI, 2006b).

d. Pengembangan subsistem transportasi

Evakuasi dan transportasi merupakan salah satu bagian penting dalam pelayanan gawat darurat. Melalui evakuasi dan transportasi yang tepat dapat membantu penanganan penderita gawat darurat dengan baik. Evakuasi adalah transportasi yang terutama ditujukan dari rumah sakit lapangan menuju ke rumah sakit rujukan atau transportasi antar rumah sakit dikarenakan ada bencana yang terjadi pada satu rumah sakit dimana pasien harus dievakuasikan ke rumah sakit lain (DepKes RI, 2006b).

Upaya transportasi dibagi menjadi dua macam, yaitu transportasi untuk penolong dan transportasi untuk korban. Transportasi untuk penolong dari tim setempat dapat memobilisasi semua fasilitas kendaraan yang dimiliki instansi kesehatan setempat baik pemerintah maupun swasta dan untuk tim bantuan diusahakan mendapatkan prioritas fasilitas transportasi yang ada agar dapat segera sampai ke tempat kejadian. Transportasi untuk korban dengan menggunakan ambulans yang ada (ambulan darat, laut dan udara) atau sarana lain yang diperlukan sesuai kebutuhan yang disempurnakan berdasarkan situasi dan kondisi setempat (DepKes RI, 1999).

e. Latihan-latihan gabungan

Pelatihan (*drills*) penanganan bencana menyediakan kesempatan untuk pendidikan personel rumah sakit mengenai kesiapsiagaan bencana. Pelatihan ini membantu kita untuk kreatif dalam memilih alternatif untuk respon bencana sehingga dapat mempersiapkan lebih baik untuk bencana yang sesungguhnya (Sheehy, 1992). Departemen Kesehatan RI (1999) menyatakan bahwa dalam Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Bencana (SPGDB) perlu dilakukan kegiatan evaluasi. Kegiatan evaluasi tersebut dapat dilaksanakan pada waktu betul-betul terjadi bencana. Namun karena bencana jarang terjadi maka evaluasi dapat dilakukan pada latihan-latihan yang simulasi bencana, dengan demikian SPGDB sudah dapat ditingkatkan mutunya jauh sebelum bencana terjadi.

Simulasi dapat digunakan untuk menguji sebuah ketentuan-ketentuan baik berupa prosedur tetap (protap) maupun petunjuk pelaksanaan (juklak) atau petunjuk teknis (juknis). Ketentuan tersebut perlu diuji agar dapat diketahui apakah semua rancangan dapat diimplementasikan pada kenyataan yang sebenarnya di lapangan (DepKes RI, 2006).

Menurut Dinas Kesehatan DIY (2005) standarisasi pendidikan dan pelatihan di UGD, meliputi: (1)Pelatihan Dasar, yaitu *Basic Life Support* (BLS), Penanganan Penderita Gawat Darurat (PPGD) dan *General Emergency Life Support* (GELS); (2)Pelatihan Lanjut, yaitu *First Responder*, Instruktur PPGD dan *Acute Trauma Life Support* (ATLS), *Acute Cardiac Life Support* (ACLS) dan *Pediatric Advanced Life Support* (PALS). Kriteria pendidikan dan pelatihan untuk UGD di rumah sakit tipe A adalah: mampu melakukan pelatihan BLS awam,

BLS/PPGD paramedis, BLS/GELS medis; jumlah pelatihan yang dilakukan dalam setahun >2 kali; jadwal pelatihan terencana dan didokumentasikan; serta mengadakan pelatihan penanganan musibah massal terjadwal, teratur dan ada dokumentasi.

f. Kerjasama lintas sektor

Kesiapsiagaan menghadapi bencana merupakan suatu aktivitas lintas-sektor yang berkelanjutan. Kegiatan tersebut membentuk suatu bagian yang tak terpisahkan dalam sistem nasional yang bertanggung jawab untuk mengembangkan perencanaan dan program pengelolaan bencana (pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, respons, rehabilitasi atau rekonstruksi). Upaya kesiapsiagaan bencana mempunyai tujuan khusus, yaitu menjamin bahwa sistem, prosedur dan sumber daya yang tepat siap ditempatnya masing-masing untuk memberikan bantuan yang efektif dan segera bagi korban bencana sehingga dapat mempermudah langkah-langkah pemulihan dan rehabilitasi layanan (PAHO, 2006).

Kerjasama dapat dilakukan antara pihak rumah sakit dengan pihak kepolisian, pemadam kebakaran, *rescue team* (tim SAR), Badan Meteorologi dan Geofisika (BMG), mengadakan pelatihan gabungan dengan tim bantuan medis mahasiswa dan pihak-pihak lain yang terkait dalam penanggulangan bencana.

B. Landasan Teori

Bencana adalah peristiwa yang menyebabkan terjadinya banyak korban gawat darurat disertai dengan rusaknya infrastruktur dan terganggunya fungsi

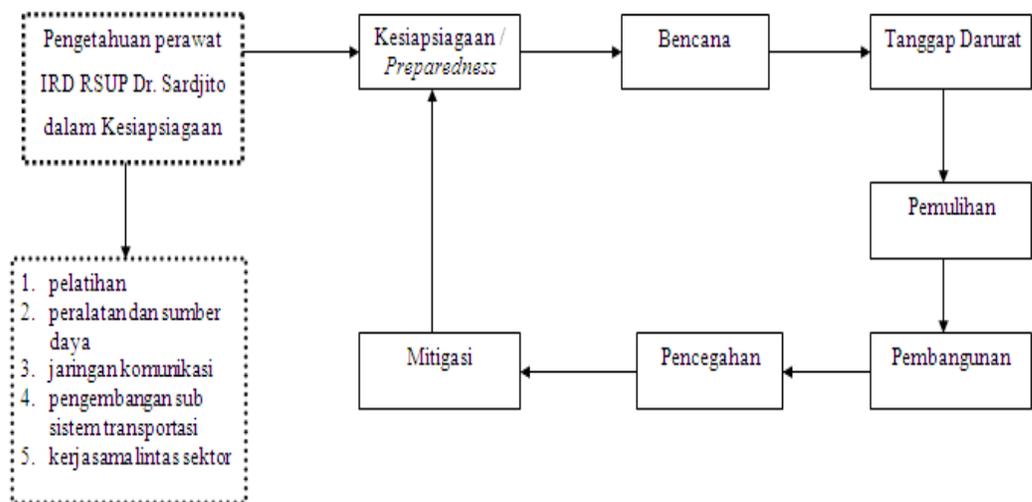
masyarakat. Pertolongan yang diberikan tidak dapat dilakukan seperti biasa. Pada saat prabencana upaya pencegahan dan mitigasi serta kesiapsiagaan berperan yang sangat besar. Pada saat kejadian bencana upaya tanggap darurat merupakan kegiatan utama, sedangkan pada pasca bencana upaya pemulihan dan rekonstruksi lebih menonjol (DepKes RI, 2006a). Dengan memperhatikan siklus penanggulangan bencana yang berlaku, manajemen bencana tidak hanya pada tahap *acute response*, bahkan yang lebih penting dan menentukan hasil adalah manajemen persiapan pada tahap *preparedness* (DepKes RI, 1999).

Rumah sakit merupakan terminal terakhir dalam menangani pasien gawat darurat. Oleh karena itu, kesiapan dari rumah sakit, khususnya instalasi rawat darurat harus memiliki tim kerja dengan kemampuan khusus dan peralatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien gawat darurat dalam upaya penanggulangan pasien gawat darurat secara terorganisir. Tim kerja ini harus mampu memberikan penanganan yang cepat, tepat dan aman serta dapat diakses secara mudah untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (DinKes DIY, 2005).

Pada tahap kesiapsiagaan ini, rencana penanganan bencana rumah sakit mengacu pada organisasi yang kompleks yang ada di dalam rumah sakit itu sendiri. Manajemen dalam penanggulangan bencana terdiri dari enam kegiatan pokok, yaitu : pengembangan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), pengembangan sumber daya, pengembangan sub sistem komunikasi, sub sistem transportasi, latihan-latihan gabungan, dan kerjasama lintas sektor (DepKes RI, 1999).

Perawat *emergency* sebagai salah satu anggota tim kerja, harus mempunyai kesiapan khusus dalam penanganan korban bencana untuk dapat memberikan pelayanan keperawatan dengan baik dan terorganisir. Perawat ini mempunyai tanggung jawab untuk persiapan dan berjalannya sebuah *emergency department*. Mereka akan bekerja dengan sangat teliti dengan dokter *emergency* untuk meyakinkan bahwa triase dan area pengobatan telah disiapkan dan disusun dengan tepat.

C. Kerangka Konsep Penelitian



Sumber : Departemen Kesehatan RI (2006a; 2007)

Keterangan:

----- = area yang diteliti

D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam kesiapan menghadapi bencana pada tahap *preparedness*?
2. Bagaimana pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito tentang:
 - a. Pelatihan penanganan bencana yang dilakukan oleh perawat IRD RSUP Dr. Sardjito?
 - b. Peralatan dan sumber daya yang menunjang pelayanan keperawatan dalam menghadapi bencana di IRD RSUP Dr. Sardjito?
 - c. Jaringan komunikasi untuk perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana pada tahap *preparedness*?
 - d. Pengembangan subsistem transportasi dalam membantu penanganan penderita gawat darurat di IRD RSUP Dr. Sardjito?
 - e. Kerjasama lintas sektor yang dilakukan oleh IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana pada tahap *preparedness*?

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan metode kuantitatif. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*. Pengambilan data dengan menggunakan kuesioner dan lembar observasi.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober sampai dengan bulan November 2007. Penelitian dilakukan di Instalasi Rawat Darurat RSUP Dr. Sardjito.

C. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat IRD RSUP Dr. Sardjito yang jumlah keseluruhan ada 54 orang perawat. Sampel penelitian ditentukan dengan metode *total sampling*, sehingga keseluruhan populasi yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan dapat dijadikan sebagai subjek penelitian yaitu 45 orang perawat.

Kriteria inklusi perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam penelitian ini adalah lama kerja perawat minimal 1 tahun dan bukan dalam tahap rotasi. Kriteria eksklusi perawat IRD RSUP Dr. Sardjito yang ditentukan dalam penelitian ini adalah perawat yang sedang cuti dan perawat yang tidak bersedia menjadi responden.

D. Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu pengetahuan perawat dalam kesiapan menghadapi bencana pada tahap *preparedness*.

E. Definisi Operasional

1. Pengetahuan adalah persepsi atau kesan dalam pikiran dari proses pendidikan (kognitif) dalam persiapan penanggulangan bencana dan pengalaman penanggulangan bencana yang telah lalu yang dimiliki oleh perawat IRD RSUP Dr. Sardjito. Pengetahuan ini dapat diukur menggunakan kuesioner. Pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana dikategorikan Baik jika prosentase mean 76-100%; Cukup jika 56-75%; dan Kurang jika <55%.
2. Instalasi Rawat Darurat adalah suatu unit bagian di RSUP Dr. Sardjito yang memberikan pelayanan gawat darurat selama 24 jam kepada masyarakat.
3. Perawat IRD adalah perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Darurat RSUP Dr. Sardjito yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan khusus untuk menangani pasien gawat darurat sehari-hari maupun dalam situasi bencana.
4. Bencana adalah peristiwa alam yang menyebabkan terjadinya banyak korban gawat darurat disertai dengan rusaknya infrastruktur dan terganggunya kegiatan normal masyarakat.
5. Kesiapan perawat adalah keadaan siap sedia dan berjaga-jaga perawat IRD RSUP Dr. Sardjito untuk menghadapi bencana yang dilihat dari pengetahuan

dan pelatihan perawat dengan didukung fasilitas dan peralatan dalam keadaan siap yang tinggal menggunakan saja.

6. *Preparedness* menghadapi bencana adalah kesiapsiagaan yang harus dimiliki perawat IRD RSUP Dr. Sardjito setiap saat untuk menghadapi bencana. Kesiapsiagaan dalam penanggulangan bencana ditinjau dari pengetahuan perawat mengenai bencana yang meliputi pelatihan penanganan bencana, pengembangan sumber daya, pengembangan sub sistem komunikasi, sub sistem transportasi, dan kerjasama lintas sektor.
7. Pelatihan penanganan bencana adalah pendidikan dan atau simulasi baik di dalam kelas maupun di luar kelas untuk mempersiapkan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menangani korban bencana. Pelatihan ini dapat diketahui dengan wawancara kepada kepala perawat IRD RSUP Dr. Sardjito.
8. Logistik adalah fasilitas peralatan dan sumber daya yang disediakan untuk memenuhi kebutuhan RSUP Dr. Sardjito. Peralatan dan sumber daya ini dapat diketahui dengan observasi secara langsung di IRD RSUP Dr. Sardjito dan wawancara kepada kepala perawat IRD RSUP Dr. Sardjito.
9. Jaringan komunikasi adalah suatu jejaring atau komando untuk mengkomunikasikan informasi dalam suatu kejadian bencana di RSUP Dr. Sardjito. Jaringan komunikasi ini dapat diketahui dengan wawancara kepada kepala perawat IRD RSUP Dr. Sardjito.
10. Transportasi adalah memindahkan penderita gawat darurat dengan aman tanpa memperberat keadaan penderita ke sarana kesehatan yang lebih memadai. Transportasi ada dua macam, yaitu transportasi untuk penolong menuju ke

daerah bencana dan transportasi untuk korban/evakuasi menuju IRD RSUP Dr. Sardjito. Transportasi ini dapat diketahui dengan wawancara kepada kepala perawat IRD RSUP Dr. Sardjito.

11. Kerjasama lintas sektor merupakan bentuk kerjasama yang dilakukan IRD RSUP Dr. Sardjito dengan instansi lain dalam penanggulangan bencana pada tahap *preparedness*. Kerjasama ini dapat diketahui dengan wawancara kepada kepala perawat IRD RSUP Dr. Sardjito.

F. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner dan lembar observasi yang disusun oleh peneliti berdasarkan tinjauan pustaka. Kuesioner digunakan untuk mengetahui pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam kesiapan menghadapi bencana, yang terdiri dari 43 item pernyataan dan dibagi menjadi dua bentuk kuesioner, yaitu kuesioner-1 dan kuesioner-2. Kuesioner-1 untuk mengetahui pengetahuan perawat secara kognitif sedangkan kuesioner-2 digunakan untuk mengetahui pengalaman perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam penanggulangan bencana yang telah lalu, yaitu penanganan korban bencana gempa 27 Mei 2006.

Kuesioner-1 meliputi pengetahuan secara kognitif mengenai kesiapsiagaan bencana yaitu pada nomor 1-5, logistik yang menunjang pelayanan keperawatan pada nomor 6-10, jaringan komunikasi perawat nomor 11-15, pengembangan sub sistem transportasi pada nomor 16-20, pelatihan penanganan bencana nomor 21-25, serta kerjasama lintas sektor nomor 26-30.

Kuesioner-1 menggunakan skala *Likert* dengan menggunakan pernyataan yang *favourable* dan *unfavourable*. Kisi-kisi kuesioner pengetahuan dalam kesiapan penanggulangan bencana dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Kisi-kisi kuesioner pengetahuan secara kognitif dalam kesiapan penanggulangan bencana (Kuesioner-1)

No	Aspek	Nomor pernyataan		Jumlah
		<i>favourable</i>	<i>unfavourable</i>	
1.	Pengetahuan mengenai bencana	1,4	2,3,5	5
2.	Logistik yang menunjang keperawatan	6,7,9	8,10	5
3.	Jaringan komunikasi	11,12,13,15	14	5
4.	Pengembangan sub sistem transportasi	16,19,20	17,18	5
5.	Pelatihan penanganan bencana	21,23,25	22,24	5
6.	Kerjasama lintas sektor	27,29	26,28,30	5
Jumlah		17	13	30

Penilaian kuesioner pada skala *Likert* diberikan skor dari jawaban yang telah disediakan. Pada pernyataan *favourable* diberikan skor sebagai berikut: Sangat Setuju (SS) diberi skor 4, Setuju (S) diberi skor 3, Tidak Setuju (TS) diberi skor 2 dan Sangat Tidak Setuju (STS) diberi skor 1. Skor pada pernyataan *unfavourable* adalah sebagai berikut: Sangat Setuju (SS) diberi skor 1, Setuju (S) diberi skor 2, Tidak Setuju (TS) diberi skor 3 dan Sangat Tidak Setuju (STS) diberi skor 4.

Kuesioner-2 menggunakan skala *Guttman* yang berupa data interval dengan dua jawaban alternatif (Sugiyono, 2006). Kuesioner-2 menjelaskan mengenai pengalaman perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menangani korban bencana gempa 27 Mei 2006 disusun dalam bentuk pernyataan dengan jawaban Ya dan Tidak. Kisi-kisi kategori pernyataan kuesioner pengalaman dalam penanggulangan bencana dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Kisi-kisi kuesioner pengalaman dalam penanggulangan bencana yang telah lalu (Kuesioner-2)

No	Aspek	Nomor pernyataan		Jumlah
		<i>favourable</i>	<i>unfavourable</i>	
1.	Pengetahuan mengenai bencana	1	-	1
2.	Logistik yang menunjang keperawatan	3,10	4,5	4
3.	Jaringan komunikasi	6,7	2	3
4.	Pengembangan sub sistem transportasi	8	9	2
5.	Pelatihan penanganan bencana	13	11	2
6.	Kerjasama lintas sektor	-	12	1
Jumlah		7	6	13

Kuesioner mengenai pengalaman perawat dalam menangani korban bencana yang telah lalu ini terdiri dari 13 item pernyataan. Pernyataan harus dijawab oleh responden dengan memberi tanda (V) pada kolom yang sudah disediakan. Penilaian pernyataan *favourable* pada jawaban Ya diberi skor 1 dan jawaban Tidak diberi skor 0, sedangkan untuk pernyataan *unfavourable* pada jawaban Ya diberi skor 0 dan jawaban Tidak diberi skor 1.

Lembar observasi digunakan sebagai triangulasi untuk *cross check* data yang diperoleh melalui kuesioner dan juga sebagai sarana untuk memperoleh data yang lebih akurat yang mendukung tujuan khusus penelitian. Tujuan khusus penelitian ini meliputi: pelatihan penanganan bencana, fasilitas dan peralatan yang mendukung pelayanan keperawatan, jaringan komunikasi, pengembangan subsistem transportasi serta kerjasama lintas sektor yang dilakukan oleh IRD RSUP Dr. Sardjito. Observasi dilakukan di ruangan IRD RSUP Dr. Sardjito. Lembar observasi ini berdasarkan standar Departemen Kesehatan RI (2005) mengenai pedoman unit gawat darurat yang meliputi sumber daya manusia,

fasilitas dan peralatan, sarana pendukung, sistem kendali mutu, serta bidang pendidikan dan pelatihan.

G. Uji Validitas dan Reliabilitas

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan lembar observasi. Uji validitas dan reliabilitas instrumen kuesioner dilakukan di ruang IRD rumah sakit lain yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan responden penelitian yaitu perawat IGD RS Bethesda Yogyakarta.

Uji validitas dan reliabilitas instrumen dilakukan pada bulan September 2007 kepada 10 orang perawat IGD RS Bethesda yang didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Uji Validitas

Uji validitas kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skor total kuesioner tersebut. Teknik korelasi yang digunakan adalah teknik korelasi *product moment*. Untuk mengetahui nilai korelasi tiap-tiap pertanyaan tersebut *significant*, maka perlu dilihat pada tabel nilai *product moment*. Apabila nilai r hitung lebih besar r tabel, maka pertanyaan dalam kuesioner tersebut memenuhi taraf *significancy*. Sebaliknya untuk pertanyaan yang tidak memenuhi taraf signifikan maka harus diganti atau direvisi, atau dihilangkan (Notoatmodjo, 2005).

Penilaian validitas instrumen dengan korelasi *product moment* dari Pearson ini menggunakan *level of confidence interval 95%* atau tingkat kesalahan 5% ($\alpha = 0,05$) (Notoadmodjo, 2005).

Penghitungan dari hasil uji validitas, nilai r hitung untuk masing-masing item pernyataan berkisar antara 0,60 – 0,87 dan didapatkan 13 item yang tidak valid (nomor 2, 4, 6, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29) dari 30 item keseluruhan pernyataan. Item yang tidak valid kemudian dilakukan revisi menjadi bentuk pernyataan dengan menggunakan kata-kata yang mudah dipahami. Setelah pernyataan yang tidak valid tersebut direvisi lalu dilakukan konsultasi mengenai pemahaman terhadap revisi pernyataan tersebut kepada orang yang lebih ahli. Dari hasil konsultasi didapatkan hasil bahwa pernyataan dalam kuesioner tersebut dapat dipahami, sehingga dapat dipergunakan untuk penelitian. Jadi, keseluruhan pernyataan yang digunakan dalam penelitian ini adalah tetap 30 item pernyataan.

Hasil uji validitas untuk kuesioner-2, nilai r hitung untuk masing-masing item pernyataan berkisar antara 0,59 – 0,94, sehingga didapatkan 6 item yang tidak valid (nomor 3, 5, 7, 8, 10, 12) dari 13 keseluruhan pernyataan. Item yang tidak valid kemudian dilakukan revisi menjadi bentuk pernyataan dengan menggunakan kata-kata yang lebih mudah dipahami. Pernyataan yang telah direvisi dapat digunakan sebagai instrumen penelitian, sehingga jumlah keseluruhan pernyataan untuk kuesioner-2 adalah tetap yaitu 13 pernyataan.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas instrumen untuk kuesioner-1 dengan menggunakan rumus koefisien reliabilitas Alfa Cronbach (Sugiyono, 2005), yang rumusnya sebagai berikut:

$$r_{11} = \left[\frac{k}{(k-1)} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_1^2} \right]$$

Keterangan:

r_{11} = reliabilitas instrumen

k = banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sum \sigma_b^2$ = jumlah varian butir

σ_1^2 = varians total

Uji coba instrumen dilakukan pada 10 orang responden dan tingkat signifikansi 5%, maka kuesioner dikatakan reliabel jika nilai koefisien reliabilitasnya (r) > 0,6 (Arikunto, 2002).

Reliabilitas diketahui dengan melihat pada tabel nilai *product moment*. Apabila nilai r hitung lebih besar r tabel, maka pertanyaan dalam kuesioner tersebut memenuhi taraf *significancy* dan instrumen tersebut sudah dinyatakan reliabel. Uji reliabilitas kuesioner-1 menghasilkan nilai r sebesar 0,8164 yang berarti kuesioner ini reliabel.

Pada kuesioner-2 uji reliabilitas dengan menggunakan rumus K-R 20 (*Kuder Richardson*) karena jumlah butir pertanyaannya ganjil dan mempunyai skor 1 dan 0 (Arikunto, 2002). Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(\frac{V_t - \sum pq}{V_t} \right)$$

Keterangan:

r_{11} = reliabilitas instrumen

k = banyaknya butir pertanyaan

V_t = varians total

p = proporsi subjek yang menjawab betul pada sesuatu butir (proporsi subjek yang mendapat nilai 1)

q = $1 - p$

Uji reliabilitas kuesioner-2 menghasilkan nilai r sebesar 1,00 yang berarti kuesioner ini reliabel atau jika digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama, akan menghasilkan data yang sama. Instrumen lembar observasi tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

H. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan mengecek kelengkapan data dan mengecek kembali instrumen. Kuesioner dicek lagi kelengkapan dan identitas pengisinya, serta tidak ada kekurangan pengisian atau halaman. Selanjutnya, dilakukan tabulasi yang meliputi skoring item-item pernyataan penelitian, membuat daftar tabel karakteristik responden kemudian mengolah data dengan memberikan kode dan melakukan analisis data.

Data yang diperoleh diolah dan dianalisis dengan menggunakan teknik analisis statistik sederhana. Bentuk kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tertutup, dimana perawat akan menjawab pernyataan dengan memberikan tanda (V) pada kolom yang disediakan sesuai dengan keadaan

responden. Pernyataan dalam kuesioner-1 disusun *favorable* dan *unfavorable*, agar tidak terjadi kecenderungan pengisian jawaban yang sama oleh responden. Keseluruhan jawaban responden dari kuesioner-1 dihitung sesuai dengan skor yang diperoleh. Data yang sudah ada lalu dihitung dengan menggunakan rumus *mean* atau rata-rata dari data tersebut kemudian dihitung prosentasenya. Rumus penghitungan *mean* (Sugiyono, 2006) adalah sebagai berikut:

$$Me = \frac{\sum X_i}{n}$$

$$P = \frac{Me}{\sum T} \times 100\%$$

Keterangan :

Me = *Mean* (rata-rata)

Σ = Epsilon (baca jumlah)

X_i = nilai X ke i sampai ke n

n = jumlah individu

P = penghitungan prosentase

T = skor total benar

Pengolahan data untuk kuesioner-2 dihitung dengan cara yang sama seperti pada kuesioner-1. Prosentase dari masing-masing bentuk kuesioner tersebut kemudian dikelompokkan sesuai dengan kriteria prosentase Arikunto (2002) dengan kategori sebagai berikut, dinyatakan pengetahuan secara kognitif dan juga pengalaman dalam penanganan bencana yang lalu dikatakan Baik jika prosentase mean 76-100%; Cukup jika 56-75%; dan Kurang jika <55%.

Data hasil observasi dan wawancara kemudian dirangkum sebagai *cross check* dan untuk mengetahui secara lebih jauh lagi dengan melihat secara langsung mengenai tujuan khusus yang sudah ditetapkan. Setelah data dianalisis dilanjutkan dengan pembahasan, perumusan kesimpulan dan menyusun laporan hasil penelitian.

I. Jalannya Penelitian

Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan oleh peneliti sendiri. Penelitian dilakukan setelah melalui prosedur perizinan di RSUP Dr. Sardjito khususnya di instalasi rawat darurat sesuai dengan tempat penelitian.

Peneliti memilih responden penelitian yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditentukan. Responden yang sudah dipilih kemudian diberi penjelasan tentang rencana penelitian dan responden diminta kesediaannya sebagai sampel penelitian serta dijelaskan cara-cara mengisi kuesioner. Pengambilan data kuesioner dilakukan dengan membagikan kuesioner oleh peneliti kepada responden dan pengisian dilakukan saat responden mempunyai waktu luang tidak sedang menangani pasien. Pengisian kuesioner dilakukan oleh responden sendiri dan peneliti menunggu responden dalam mengisi kuesioner sehingga setelah selesai mengisi, kuesioner dapat langsung dikembalikan kepada peneliti.

Pengambilan data dengan lembar observasi dilakukan oleh peneliti dan dilaksanakan pada saat pengambilan data dengan kuesioner tersebut. Observasi dilakukan dengan meminta bantuan kepada kepala perawat IRD untuk

menunjukkan seluruh bagian yang ada dalam IRD RSUP Dr. Sardjito agar dapat melakukan pengamatan ke lapangan secara langsung. Apabila terdapat pernyataan yang tidak bisa dilihat secara langsung maka dengan melakukan wawancara dengan kepala perawat IRD tersebut, misalnya untuk item pernyataan sistem kendali mutu serta bidang pendidikan dan pelatihan.

Kuesioner yang telah diisi responden kemudian diolah oleh peneliti, sebagai berikut: (1) mengecek nama dan kelengkapan identitas responden; (2) mengecek kelengkapan data; (3) memberi skor untuk setiap kuesioner dan membuat tabel data mentah berdasarkan kriteria yang telah ditentukan. Setelah semua data terkumpul, peneliti melakukan analisis data dengan menggunakan rumus penghitungan *mean*, menghitung prosentase akhir dari data yang diperoleh dan menyajikan data sesuai dengan kategori yang telah ditentukan. Hasil dari penghitungan tersebut selanjutnya dapat dijadikan dasar untuk menjawab pertanyaan penelitian yang dikemukakan terhadap masalah yang diteliti dan kemudian membuat kesimpulannya.

J. Hambatan Penelitian

Hambatan yang dialami peneliti dalam melakukan penelitian ini adalah mengenai jadwal responden yang tidak tepat karena responden kadang saling tukar-menukar jadwal dinas sehingga dalam menemui responden menjadi agak sulit. Hambatan teknis ini dapat teratasi oleh peneliti dengan baik dengan kerjasama oleh pihak-pihak terkait yang membantu jalannya penelitian ini.

K. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini mempunyai banyak keterbatasan antara lain:

1. Penelitian menggunakan metode dekriptif kuantitatif dengan rancangan *cross sectional* dan hanya menggunakan satu variabel penelitian yaitu pengetahuan sehingga cakupan hasil penelitian masih sedikit dan terbatas. Selain itu, penilaian variabel dilakukan dengan instrumen berupa kuesioner kepada perawat IRD sehingga kurang bisa mengeksplorasi secara lebih banyak mengenai kesiapan perawat dalam menghadapi bencana pada tahap *preparedness*.
2. Instrumen kuesioner yang tidak valid dalam uji validitas dan reliabilitas instrumen hanya dilakukan revisi pernyataan dan konsultasi dengan ahli. Instrumen hasil revisi tidak diujikan lagi karena setelah dilakukan revisi pernyataan sudah lebih dapat dipahami dan juga dikarenakan keterbatasan waktu penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik identitas responden

Penelitian dilakukan pada bulan Oktober sampai dengan November 2007 di IRD RSUP Dr. Sardjito. Subjek penelitian adalah perawat yang bekerja di IRD sebanyak 45 orang dari 54 orang perawat. Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi: umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama kerja dan ruang kerja di IRD. Adapun deskripsi dari karakteristik responden pada tabel di bawah ini:

Tabel 3. Karakteristik Perawat IRD RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
Bulan Oktober-November 2007 ($n=45$)

No	Karakteristik Identitas Responden	Frekuensi $n = 45$	Persentase (%)
1.	Umur (tahun):		
	20–29	11	24,45
	30–39	15	33,33
	40–49	13	28,89
	> 50	6	13,33
2.	Jenis Kelamin:		
	Wanita	26	57,78
	Pria	19	42,22
3.	Pendidikan Terakhir:		
	S1 Keperawatan	5	11,11
	D3 Keperawatan	34	75,56
	SPK	6	13,33
4.	Lama Kerja (tahun):		
	1–10	14	31,11
	11–20	20	44,44
	> 20	11	24,45
5.	Ruang Kerja di IRD:		
	Kamar Periksa	26	57,78
	Kamar Operasi	11	24,45
	<i>Intermediet Care</i>	8	17,77

Sumber: data primer

Tabel 3 menunjukkan umur responden sebagian besar antara 30-39 tahun yaitu sebanyak 33,33%. Jenis kelamin responden sebagian besar wanita sebanyak 57,78%. Pendidikan terakhir responden sebagian besar D3 Keperawatan yaitu sebesar 75,56%, masa kerja responden terbanyak adalah antara 11-20 tahun yaitu sebanyak 44,44%. Pembagian ruang kerja perawat terbanyak adalah di kamar periksa yaitu sebanyak 57,78%.

2. Pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam kesiapan menghadapi bencana pada tahap *preparedness*

a. Pengetahuan secara kognitif

Tabel 4. Pengetahuan Perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam Kesiapan Menghadapi Bencana pada Tahap *Preparedness* pada Bulan Oktober-November 2007

No	Pernyataan	Skor Rata-rata	% Rata-rata	Kategori
1.	Pengetahuan mengenai bencana	148	82	Baik
2.	Pelatihan penanganan bencana	144	80	Baik
3.	Logistik yang menunjang keperawatan	141	79	Baik
4.	Jaringan komunikasi	147	82	Baik
5.	Pengembangan sub sistem transportasi	136	76	Baik
6.	Kerjasama lintas sektor	137	77	Baik

Sumber: data primer

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui secara keseluruhan bahwa nilai rata-rata pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito mengenai kegiatan dalam kesiapan menghadapi bencana pada tahap *preparedness* termasuk dalam kategori Baik. Persentase kesiapan paling rendah pada pengembangan sub sistem transportasi yaitu sebesar 76%.

- b. Pengalaman penanggulangan korban bencana gempa 27 Mei 2006 di IRD RSUP Dr. Sardjito

Tabel 5. Pengalaman Perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam Penanggulangan Korban Bencana Gempa 27 Mei 2006 di IRD RSUP Dr. Sardjito

No	Pernyataan	Skor Rata-rata	% Rata-rata	Kategori
1.	Pengetahuan mengenai bencana	44	100	Baik
2.	Pelatihan penanganan bencana	22	50	Kurang
3.	Logistik yang menunjang keperawatan	36	82	Baik
4.	Jaringan komunikasi	39	88	Baik
5.	Pengembangan sub sistem transportasi	39	88	Baik
6.	Kerjasama lintas sektor	42	95	Baik

Sumber: data primer

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa sebagian besar nilai rata-rata pengalaman perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam Penanggulangan Korban Bencana Gempa 27 Mei 2006 di IRD RSUP Dr. Sardjito dapat dikategorikan Baik. Namun, untuk aspek pelatihan dalam penanganan bencana memperoleh persentase paling rendah yaitu sebesar 50% dan dikategorikan kurang.

3. Pelatihan penanganan bencana oleh perawat IRD RSUP Dr. Sardjito

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui mengenai pengalaman dalam pelatihan penanganan bencana mendapatkan persentase paling rendah dengan kategori Kurang. Hal ini dikarenakan sebelum terjadinya bencana gempa tersebut, sudah lama tidak dilakukan pelatihan dalam penanganan bencana. Pelatihan terakhir yang diadakan dalam mempersiapkan penanganan korban letusan gunung Merapi, hanya sebagian kecil perawat IRD RSUP Dr. Sardjito yang mengikuti pelatihan.

Pelatihan penanganan bencana oleh perawat IRD RSUP Dr. Sardjito juga dapat diketahui dengan melakukan wawancara dengan kepala perawat IRD RSUP

Dr. Sardjito. Peneliti tidak bisa melihat secara langsung dikarenakan saat dilakukan penelitian tidak ada pelatihan penanganan bencana. Pelatihan ini sudah dilakukan sebanyak 2 kali dalam setahun setelah terjadinya bencana gempa bumi 27 Mei 2006. Pengetahuan secara kognitif mengenai pelatihan dalam penanganan korban bencana menjadi lebih baik setelah dilakukan pelatihan lagi, seperti terlihat dalam tabel 4 yaitu memperoleh presentase 80% dan dapat dikategorikan Baik.

4. Peralatan dan sumber daya yang menunjang pelayanan keperawatan dalam menghadapi bencana di IRD RSUP Dr. Sardjito

Pengetahuan secara kognitif dan pengalaman dalam penanganan bencana yang telah lalu dalam aspek peralatan dan sumber daya yang menunjang pelayanan keperawatan sudah dilakukan dan dipersiapkan dengan baik. Data dari hasil pengisian kuesioner kemudian dilakukan *cross check* dengan observasi dan wawancara yang dilakukan kepada kepala perawat IRD RSUP Dr. Sardjito.

Peralatan dan sumber daya yang menunjang pelayanan keperawatan ini dapat diketahui dari pengisian kuesioner. Selain itu, dengan melihat (observasi) secara langsung oleh peneliti yang dibantu oleh kepala perawat IRD RSUP Dr. Sardjito. Observasi dilakukan berpedoman pada lembar *check list* observasi, yaitu membandingkan antara standar dari Departemen Kesehatan RI (2005) dengan kenyataan yang ada di IRD RSUP Dr. Sardjito.

Hasil observasi dan wawancara untuk setiap item pernyataan sebagian besar sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan. Sumber daya manusia yang ada di IRD RSUP Dr. Sardjito yaitu terdapat dokter subspecialis yang *on call*, dokter

spesialis dan dokter PPDS *on site*, serta dokter umum juga *on site* 24 jam. Perawat kepala untuk yang S₁ selalu ada pada jam kerja dan perawat kepala D₃ ada selama 24 jam. Perawat pelaksana *on site* 24 jam dengan shift kerja yang bergilir. Tenaga pelayanan non medis selalu ada dan melayani 24 jam yang meliputi tenaga tata usaha dan keuangan, pekarya serta tenaga keamanan dan ketertiban (kamtib). Untuk kamtib masih menjadi satu bagian dengan RS. *Triage* dilakukan oleh dokter umum PPGD dan dibantu perawat terlatih, yang dalam keseharian selalu ada petugas *triage* pokok 1 orang dan konsultan 1 orang.

Fasilitas dan peralatan sebagian besar juga sudah sesuai dengan standar dari Departemen Kesehatan untuk IGD klas bintang IV. Luas gedung bangunan IRD yang >2000m³ yang dapat menampung >5 AGD dengan 2 jalur AGD sejajar. Lokasi IRD dekat jalan raya serta mudah dicapai dari dalam RS. Semua jenis ruangan yang diperlukan untuk pelayanan kesehatan sudah ada, namun untuk ruang rontgen, ruang laboratorium dan ruang depot darah masih menjadi satu bagian dengan RS. Akses hubungan komunikasi dengan unit lain mudah dilakukan. Peralatan medis dan nonmedis sudah tersedia lengkap di IRD RSUP Dr. Sardjito. Sarana pendukung fasilitas di IRD RSUP Dr. Sardjito juga sudah lengkap sesuai dengan standar dari Departemen Kesehatan.

5. Jaringan komunikasi untuk perawat IRD RSUP Dr. Sardjito

Jaringan komunikasi pada keadaan gawat darurat sehari-hari dengan menggunakan telepon dan hal ini juga dilakukan pada saat terjadi bencana. Hal ini dikarenakan belum adanya sistem komunikasi yang disusun secara khusus yang digunakan pada saat terjadi bencana. Peralatan untuk komunikasi sudah tersedia

secara lengkap di IRD RSUP Dr. Sardjito. Namun, untuk peralatan radio komunikasi kurang dapat berfungsi secara optimal dikarenakan tidak semua petugas kesehatan bisa menggunakan dan tidak ada yang *stand by* menjaga radio komunikasi tersebut. Apabila terdapat informasi darurat misalnya dari daerah bencana dengan menggunakan pesawat HT karena jaringan telepon tidak bisa digunakan, jika tidak ada yang *stand by* maka informasi tersebut akan terabaikan.

6. Pengembangan subsistem transportasi dalam membantu penanganan penderita gawat darurat di IRD RSUP Dr. Sardjito

Pengetahuan mengenai transportasi yang dilakukan dalam membantu penderita gawat darurat di IRD RSUP Dr. Sardjito dapat dikategorikan Baik. Transportasi ini dapat diketahui lebih mendalam dengan melakukan wawancara kepada kepala perawat IRD RSUP Dr. Sardjito. Dari hasil wawancara dapat diketahui bahwa peralatan transportasi yang utama, yaitu ambulans gawat darurat. Ambulans ini diletakkan di parkir bagian belakang RS dan hanya menyediakan 1 ambulans yang berada di IRD RSUP Dr. Sardjito.

Gambaran keadaan yang terdapat di Instalasi Rawat Darurat RSUP Dr. Sardjito untuk kelancaran dalam transportasi, sebagian besar sudah sesuai dengan standar dari Departemen Kesehatan (2005) dengan mempunyai akses dari dan ke IRD dapat menampung >5 AGD (Ambulans Gawat Darurat), akses khusus ke IRD mempunyai 2 jalur AGD yang sejajar, serta didukung dengan lokasi IRD yang dekat dengan jalan raya. Lokasi IRD ini juga mudah dicapai dari dalam RS. Namun, masih terdapat berbagai kendala, yaitu tidak adanya supir ambulans yang tetap dan selalu siap kapan saja diperlukan. Jika terdapat kondisi gawat darurat,

apabila ada supir mobil RS yang sedang tidak ada tugas, maka dapat bertugas sebagai supir ambulans meskipun belum pernah mengikuti pelatihan PPGD awam. Apabila tidak ada supir maka perawat IRD yang akan bertugas sebagai supir dan jika perawat semua bertugas maka dokter juga akan bertindak sebagai supir.

7. Kerjasama lintas sektor yang dilakukan oleh IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana

Kerjasama lintas sektor yang dilakukan dalam menghadapi bencana ditinjau dari persepsi (pengetahuan) perawat sudah dapat dikategorikan Baik. Berdasarkan hasil wawancara, untuk penanggulangan bencana belum ada kerjasama secara tertulis (MoU) dengan pihak yang terkait dalam kesiapsiagaan pada penanggulangan bencana. Kerjasama yang dilakukan IRD RSUP Dr. Sardjito berdasarkan ketetapan dari Gubernur DIY sebagai pusat koordinasi dalam penanggulangan bencana.

B. Pembahasan

Penelitian ini menggambarkan pengetahuan mengenai kebiasaan sehari-hari kegiatan yang ada di IRD dan mengilustrasikan pentingnya pemahaman yang lebih baik pada fenomena sehari-hari sehingga dapat digunakan sebagai dasar perkiraan yang lebih akurat bagaimana IRD sebuah RS akan menghadapi kejadian bencana yang besar dan memberikan pelayanan yang dibutuhkan. Pelayanan IRD sehari-hari dapat menyebabkan IRD penuh sesak dalam melayani pasien jika tidak mempunyai fasilitas yang adekuat dan sumber daya manusia yang handal.

Berdasarkan hasil pengisian kuesioner dapat diketahui pengetahuan mengenai kesiapan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana pada tahap *preparedness* termasuk dalam kategori Baik dengan terdapat kekurangan pada pelatihan untuk pengalaman penanganan bencana yang telah lalu. Pelatihan yang dilakukan lagi setelah terjadi bencana gempa bumi 27 Mei 2006 menjadikan tenaga kesehatan khususnya perawat menjadi lebih baik dalam menangani korban bencana. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat sudah siap untuk menangani semua kejadian bencana yang bisa terjadi secara mendadak dan sulit diperkirakan sebelumnya. Hasil observasi ruangan dan wawancara dengan kepala perawat IRD yang dilakukan peneliti, menunjukkan bahwa di IRD RSUP Dr. Sardjito masih terdapat beberapa kekurangan dalam kesiapsiagaan menghadapi bencana, misalnya pada aspek pelatihan penanganan bencana yang tidak teratur, penggunaan peralatan komunikasi yang kurang optimal, belum adanya supir ambulans yang selalu siap *stand by*, serta belum adanya bentuk kerjasama yang tertulis (MoU) dengan lintas sektor yang terkait dalam penanggulangan bencana.

Pengetahuan secara kognitif mengenai kesiapan dalam menghadapi bencana pada tahap *preparedness* untuk pengetahuan mengenai bencana dan jaringan komunikasi dari hasil pengisian kuesioner memperoleh presentase paling tinggi yaitu 82%. Pengetahuan yang sangat baik ini dikarenakan semua perawat IRD RSUP Dr. Sardjito sudah mengikuti pelatihan penanganan penderita gawat darurat serta pengalaman yang cukup banyak dalam penanganan pasien sehari-hari. Jaringan komunikasi dapat berjalan dengan baik melalui telepon yang dilakukan secara intra dan antar rumah sakit dengan alur komunikasi yang sama seperti pada

saat penanganan gawat darurat sehari-hari karena belum adanya jaringan komunikasi khusus menangani bencana. Keadaan bencana mungkin dapat mengakibatkan kerusakan dalam sistem komunikasi melalui sambungan telepon sehingga komunikasi dilakukan dengan radio komunikasi atau pesawat HT. Oleh karena itu, semua tenaga kesehatan khususnya perawat diharapkan dapat mengoperasikan radio komunikasi tersebut dengan baik.

Pengetahuan secara kognitif dalam kesiapan penanganan bencana ini yang memperoleh prosentase rendah yaitu kerjasama lintas sektor (77%) dan pengembangan subsistem transportasi (76%). Kerjasama lintas sektor masih rendah dikarenakan belum adanya bentuk kerjasama secara tertulis (MoU) dengan pihak terkait dalam penanganan bencana sehingga kurang bisa menggambarkan dengan jelas mengenai bentuk kerjasama ini. Pada pengembangan subsistem transportasi memperoleh prosentase paling rendah dapat dikarenakan ambulans sebagai alat transportasi utama, belum mempunyai sopir ambulans yang selalu *stand by* kapanpun ambulans digunakan.

Pada setiap kejadian bencana selalu timbul kerugian bagi manusia, yang dapat berupa kerugian materi yaitu hilangnya harta benda, rusaknya tempat tinggal, hilangnya mata pencaharian. Selain itu, juga mengakibatkan gangguan badani yang berupa kesakitan sampai kematian (Kusanto, 2007).

Keadaan korban bencana yang mengalami kesakitan dan bahkan kematian, maka yang pertama kali akan dicari oleh para korban dan kerabatnya apabila mengalami bencana adalah fasilitas kesehatan. Biasanya korban yang timbul pada keadaan bencana jumlahnya sangat banyak dan karena sifatnya yang bersifat

mendadak, maka apabila tidak dipersiapkan secara baik akan dapat merepotkan tenaga kesehatan yang ada.

Rumah Sakit dalam keadaan sehari-hari biasanya hanya menyediakan tenaga, obat-obatan, peralatan kesehatan dan penunjang yang cukup untuk melayani jumlah pasien yang datang dalam keadaan normal tanpa bencana. Apabila RS kedatangan pasien dalam jumlah yang sangat banyak dan dalam waktu yang sangat mendadak, maka RS tersebut menjadi kewalahan dalam melayaninya. Apalagi kalau RS tersebut juga menjadi korban akibat bencana tersebut. Tenaga kesehatan yang sangat dibutuhkan pada saat seperti ini jumlahnya terbatas, pemanggilan tenaga kesehatan yang berada di luar RS terhambat karena gangguan sarana telekomunikasi. Selain itu, dapat juga tenaga kesehatan ada yang turut menjadi korban akibat bencana, obat-obatan dan peralatan medis yang rusak akibat bencana, kendala pemesanan dan pengiriman obat-obatan dan peralatan medis secara mendadak dan dalam jumlah banyak, serta keharusan RS untuk menyediakan tempat perawatan, sarana perawatan dan makanan serta minuman dalam jumlah yang banyak; semuanya ini hal-hal yang harus diperhitungkan dalam manajemen RS khususnya dalam menghadapi bencana. Oleh karena itu, dalam hal ini RS tidak bisa lagi menggunakan manajemen normal dalam menangani pasien tetapi harus cepat berubah menggunakan manajemen bencana agar dapat mengatasi korban dan memberikan pelayanan dengan baik.

Pada tahap *preparedness* dalam siklus penanggulangan bencana, kesiapan perawat dalam menghadapi bencana dapat diketahui dari pengetahuan secara kognitif dan juga pengalaman dalam menangani korban bencana yang telah lalu.

Pengetahuan mengenai bencana ini meliputi beberapa aspek, antara lain: logistik (peralatan dan sumber daya) yang menunjang keperawatan, jaringan komunikasi, pengembangan subsistem transportasi, pelatihan penanganan bencana, dan kerjasama lintas sektor. Pengetahuan yang dimiliki perawat menggambarkan kesiapan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana, dapat dilihat dari tabel 4 termasuk dalam kategori Baik untuk semua aspek dalam kesiapsiagaan (*preparedness*) menghadapi bencana.

Pengetahuan mengenai bencana diperoleh dari tingkat pendidikan (kognitif) maupun pengalaman penanganan korban bencana yang telah lalu. Pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana dapat dilihat pada tabel 4 hasil penelitian yang dilakukan termasuk dalam kategori Baik, yaitu 82% dan semua perawat yang bekerja di IRD ini sudah pernah mengikuti pelatihan PPGD.

Perawat sebagai profesi mempunyai ciri memberikan pelayanan keperawatan berdasarkan pada ilmu pengetahuan. Hal ini berarti perawat harus mempunyai ilmu pengetahuan yang kokoh sebagai dasar pemberian asuhan keperawatan. Keperawatan sebagai suatu profesi mempunyai badan ilmu (*body of knowledge*) yaitu ilmu terapan sebagai sintesa dari berbagai disiplin ilmu. Hal inilah yang memungkinkan perawat dapat meningkatkan kompetensi yang dimiliki melalui pendidikan terutama pendidikan keperawatan berlanjut yang dilandasi *long life education* (Gaffar, 1999).

Peningkatan pengetahuan perawat ini dapat dilakukan dengan memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengikuti seminar atau melakukan diskusi

kasus yang terjadi di IRD sebagai sarana berbagi pengalaman dalam penanganan pasien. Selain itu, perawat dapat secara aktif mencari informasi dengan membaca jurnal-jurnal penelitian. Pengetahuan dalam menghadapi bencana pada tahap *preparedness* ini meliputi:

1. Pelatihan penanganan bencana

Pada tabel 4 dapat diketahui pelatihan dalam penanganan bencana dapat dikategorikan Baik yaitu sebesar 80%. Pelatihan yang dilakukan oleh IRD RSUP Dr. Sardjito adalah melakukan pelatihan *Basic Life Support* (BLS) awam, BLS paramedis dan medis dengan jumlah pelatihan lebih dari 2 kali dalam setahun. Penyusunan jadwal pelatihan dapat dilakukan secara terencana dan didokumentasikan. Pelatihan khusus untuk penanganan musibah massal tergabung dengan TMRC. Namun hal ini hanya berlaku beberapa kali saja setelah terjadi bencana gempa bumi 27 Mei 2006 dan untuk sekarang, tim penanggulangan bencana ini belum merencanakan untuk pelatihan lagi. Pelatihan seharusnya tetap dilakukan sebagai evaluasi dalam kesiapan menghadapi bencana yang akan terjadi di masa mendatang.

Pelatihan penanganan bencana sangat dibutuhkan oleh semua tingkatan pemerintah. Pelatihan ini ditujukan untuk mengembangkan kemampuan masyarakat dalam menangani semua kejadian bencana. Kegiatan pelatihan berubah-ubah dari fokus yang kecil (kursus) sampai ke tingkat yang luas dengan skala regional (*drills*) dengan banyak responden yang ikut berperan serta didalamnya.

Pelatihan meliputi standar pelatihan dalam berbagai perintah dan manajemen suatu kejadian bencana, struktur organisasional dan prosedur operasional (pelaksanaan), disiplin serta pelatihan penggunaan teknologi yang mendukung dalam penanganan bencana. Pelatihan secara kenyataannya meliputi interaksi multidisiplin, *multijurisdictional* dan multisektor untuk meningkatkan sumber daya yang tersedia yang dapat digunakan selama periode penanganan kejadian bencana (Walsh, 2005).

2. Peralatan dan sumber daya yang menunjang keperawatan

Pada tabel 4 dapat diketahui bahwa secara keseluruhan IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana pada tahap *preparedness* termasuk dalam kategori Baik (79%) mengenai fasilitas dan peralatan yang menunjang keperawatan. Setelah dilakukan *cross check* data dengan observasi, dapat dilihat bahwa fasilitas dan peralatan medis serta non medis, untuk IRD RSUP Dr. Sardjito sebagai RS unggulan dan rujukan di Yogyakarta sudah memenuhi persyaratan yang ditentukan. Namun, untuk ketersediaan ruang tertentu, misalnya ruang rontgen, laboratorium dan depot darah belum terdapat di IRD, tetapi masih bergabung dengan bagian dari RS. Jarak ruang rontgen dengan pintu masuk IRD berjarak sekitar 10 meter dan untuk pengambilan depot darah berjarak sekitar 20 meter dari IRD, sedangkan untuk pemeriksaan laboratorium, sampel harus dibawa ke ruang laboratorium yang berada di luar IRD. Hal ini dapat menyebabkan kurang efektif waktu dan untuk penegakan diagnosis menjadi lama, padahal dalam keadaan gawat darurat sebagai tenaga kesehatan harus bergerak cepat dan tepat dalam menangani pasien.

Berdasarkan hasil observasi di ruangan IRD dan wawancara dengan kepala perawat IRD RSUP Dr. Sardjito ini, dapat diketahui gambaran fasilitas dan peralatan yang ada di IRD RSUP Dr. Sardjito serta sumber daya yang ada di IRD RSUP Dr. Sardjito. Secara keseluruhan keadaan yang terdapat di IRD sudah memenuhi standar yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan (2005).

Sumber daya manusia yang ada di IRD RSUP Dr. Sardjito telah memenuhi standar DepKes (2005). Gambaran sumber daya manusia yang terdapat di IRD RSUP Dr. Sardjito antara lain: terdapat dokter subspecialis yang *on call* (siap di unit masing-masing) adalah subspecialis jiwa, THT, kulit, saraf, urologis, ortopedi dan thorax, untuk dokter spesialis yang ada di ruangan IRD siap 24 jam (*on site*), yaitu terdapat dokter spesialis bedah, penyakit dalam, anak, kebidanan dan anastesi. Dokter umum selalu ada setiap saat di IRD. Perawat yang bertugas di IRD RSUP Dr. Sardjito untuk jumlahnya sudah melebihi standar DepKes, yaitu jumlah perawat yang bertugas di IRD terdapat 54 perawat dan sudah mendapatkan pelatihan PPGD.

Tenaga non medis di IRD RSUP Dr. Sardjito untuk tata usaha dan keamanan serta ketertiban masih menjadi satu bagian dengan RS secara umum. Petugas informasi hanya bertugas pada pagi hari, petugas keamanan dan ketertiban bertugas pada pagi dan sore hari, petugas tata usaha dan keuangan bertugas 24 jam secara bergilir, serta pekarya juga bekerja 24 jam penuh secara bergilir.

3. Jaringan komunikasi

Komunikasi merupakan elemen dasar dan interaksi manusia yang memungkinkan seseorang untuk mendapatkan, mempertahankan dan meningkatkan kontak dengan orang lain (Potter & Perry, 2005).

Berdasarkan pada tabel 4 dapat dilihat bahwa jaringan komunikasi yang ada di IRD RSUP Dr. Sardjito dapat dikategorikan Baik yaitu sebesar 82%. Komunikasi sebagai subsistem penunjang penanggulangan penderita gawat darurat sangat diperlukan untuk menjamin kelancaran dan kegiatan.

Fasilitas dan peralatan non medis yang mendukung komunikasi yang ada di IRD RSUP Dr. Sardjito dilihat dari observasi yang dilakukan oleh peneliti, semua tersedia dan lengkap sesuai standar yang ditetapkan Departemen Kesehatan. Namun, untuk penggunaan pesawat HT tidak ada yang *stand by* menjaga, sehingga jika terdapat informasi yang masuk melalui pesawat HT tidak bisa langsung diterima. Pada saat keadaan bencana terdapat kemungkinan di daerah bencana tidak bisa menggunakan jaringan telepon untuk berkomunikasi untuk memberitahukan adanya bencana di daerah tersebut, sehingga pemberitahuan bencana dilakukan dengan menggunakan pesawat radio tersebut. Jika tidak ada yang mendengarkan adanya informasi yang masuk maka dapat mengakibatkan keterlambatan dalam memberikan pertolongan dari IRD RS menuju ke daerah bencana.

Komunikasi yang dilakukan intern RS dengan menggunakan telepon dan untuk komunikasi diluar RS atau di lapangan dengan menggunakan pesawat HT. Kendaraan ambulans juga sudah dilengkapi dengan HT. Frekuensi untuk pesawat

HT RSUP Dr. Sardjito adalah 150.425 MHz. Kendala yang ditemui adalah tidak semua petugas bisa memanfaatkan atau menggunakan radio komunikasi tersebut, sehingga penggunaan alat tersebut menjadi kurang optimal. Selain itu, dalam keadaan sehari-hari sering para petugas di IRD mengabaikan komunikasi yang dilakukan pada pesawat HT tersebut. Petugas baru akan merespon pesawat HT tersebut jika ada panggilan untuk RSUP Dr. Sardjito atau pada saat terjadi bencana, maka pesawat HT akan terus dipantau untuk mengetahui perkembangan situasi/keadaan bencana di lapangan. Jaringan komunikasi antarperawat di RSUP Dr. Sardjito khususnya di IRD belum ada. Pada saat terjadi bencana baru akan dilakukan koordinasi darurat ke seluruh bagian di RS.

Menurut DepKes (2006b) pada saat terjadi bencana alam maupun buatan manusia perangkat telepon yang biasanya menjadi fasilitas utama komunikasi jarak jauh yang dipergunakan oleh masyarakat rawan mengalami gangguan (lumpuh), untuk itu perlu penataan subsistem komunikasi pada keadaan gawat darurat atau bencana. Komunikasi tersebut diharapkan menjadi penghubung semua fase penanganan gawat darurat dan bencana (pra RS, intra RS, antar RS dan lintas sektor).

4. Pengembangan subsistem transportasi

Transportasi digunakan untuk meminimalkan terjadinya kematian dan menghindari kecatatan dengan memindahkan penderita gawat darurat dengan aman tanpa memperberat keadaan penderita ke sarana kesehatan yang lebih memadai. Pada tabel 4 dapat diketahui pengembangan subsistem transportasi di

IRD RSUP Dr. Sardjito dalam menghadapi bencana termasuk dalam kategori Baik yaitu sebesar 76%.

Gambaran keadaan yang terdapat di Instalasi Rawat Darurat RSUP Dr. Sardjito untuk kelancaran dalam transportasi, sebagian besar sudah sesuai dengan standar dari Departemen Kesehatan (2005) dengan mempunyai akses dari dan ke IRD dapat menampung >5 AGD (Ambulans Gawat Darurat), akses khusus ke IRD mempunyai 2 jalur AGD yang sejajar, serta didukung dengan lokasi IRD yang dekat dengan jalan raya. Lokasi IRD ini juga mudah dicapai dari dalam RS. Namun, masih terdapat berbagai kendala, yaitu tidak adanya supir ambulans yang tetap dan selalu siap kapan saja diperlukan. Jika terdapat kondisi gawat darurat, apabila ada supir mobil RS yang sedang tidak ada tugas, maka dapat bertugas sebagai supir ambulans meskipun belum pernah mengikuti pelatihan PPGD awam. Apabila tidak ada supir maka perawat IRD yang akan bertugas sebagai supir dan jika perawat semua bertugas maka dokter juga akan bertindak sebagai supir.

Transportasi dalam sistem penanggulangan gawat darurat terdiri dari: (1) luar RS (pra RS) yang merupakan upaya penanggulangan pasien gawat darurat yang dilakukan sebelum pasien dibawa ke RS; (2) komponen dalam RS (intra RS) merupakan upaya penanggulangan pasien gawat darurat yang dilakukan di IRD RS. Sarana transportasi yang digunakan oleh RS adalah kendaraan pengangkut, peralatan medis dan nonmedis, petugas (tenaga medis/peralatan medis) serta obat untuk *life saving & life support*. Kendaraan yang digunakan untuk transportasi harus bisa mengangkut berbagai perlengkapan dan berbagai obat-obatan yang diperlukan untuk bisa memberikan perawatan darurat yang optimum dari tenaga

medis yang mengawalnya. Perlengkapan dan prosedur penerangan kendaraan darurat juga harus diperhatikan. Pemakaian radio komunikasi 2 arah (timbang balik) dengan radio tujuan juga harus ada. Hal yang terakhir inilah yang sering menjadi kendala karena pada beberapa ambulans, radio untuk komunikasi dengan menggunakan HT dan tidak semua petugas bisa menggunakannya.

Evakuasi dan transportasi dalam keadaan bencana merupakan salah satu bagian penting dalam pelayanan gawat darurat. Pada evakuasi pasien dilakukan saat keadaan pasien telah stabil dan telah mendapatkan penanganan seperlunya (imobilisasi) sebelum kemudian dilakukan rujukan. RS saat melakukan rujukan perlu mempunyai tata cara tertulis untuk penanganan pasien yang akan dirujuk (dapat dilakukan antar dan intra RS) dalam Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu maupun Bencana. RS rujukan harus diberitahu terlebih dahulu agar RS tersebut sudah siap menerima rujukan dan penderita yang dirujuk.

5. Kerjasama lintas sektor

Kerjasama lintas sektor yang dilakukan IRD RSUP Dr. Sardjito dalam penanganan bencana dapat dikategorikan Baik (77%). Penanganan bencana di RSUP Dr. Sardjito dilakukan satu koordinasi yang berpusat pada Gubernur DIY. Pada saat terjadi bencana terdapat perintah Gubernur dan dilakukan koordinasi sesuai dengan prosedur tetap yang disusun oleh Gubernur DIY kepada instansi-instansi terkait yang berperan serta dalam penanganan bencana. Kerjasama dilakukan atas dasar perintah dan tidak terdapat surat bukti kerjasama (MoU) secara tertulis, sehingga dari masing-masing instansi bertugas sesuai dengan profesi masing-masing dan hanya bertanggungjawab terhadap Gubernur DIY.

Penanganan penderita gawat darurat dapat terlaksana dengan baik bila Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) yang meliputi pelayanan gawat darurat pra RS sampai RS dan antar RS telah terbentuk. SPGDT dapat terbentuk bila ada komitmen dari semua unsur yang terlibat baik lintas sektor terkait maupun lintas program serta dukungan penuh dari masyarakat dan masing-masing profesi terkait.

Komponen-komponen penting dalam SPGDT yaitu: (1)komponen pra RS, komponen RS dan komponen antarRS; (2)komponen penunjang: komunikasi dan transportasi; (3)komponen sumber daya manusia: petugas kesehatan (dokter, perawat, paramedis) dan nonkesehatan (awam umum, awam khusus, polisi, PMI); (4)komponen sektor-sektor terkait (sektor kesehatan dan nonkesehatan) (DepKes, 2006b). Kerjasama lintas sektor yang dapat terjalin dengan baik ini diharapkan dapat meminimalkan angka kematian dan kecacatan yang dapat terjadi saat kejadian bencana.

Menurut UU Nomor 24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana, dapat diketahui kegiatan yang dapat dilakukan dalam tahap kesiapsiagaan, sebagai berikut:

- (1) penyusunan dan uji coba rencana penanggulangan kedaruratan bencana;
- (2) pengorganisasian, pemasangan, dan pengujian sistem peringatan dini;
- (3) penyediaan dan penyiapan barang pasokan pemenuhan kebutuhan dasar;
- (4) pengorganisasian, penyuluhan, pelatihan, dan gladi tentang mekanisme tanggap darurat;
- (5) penyiapan lokasi evakuasi;

- (6) penyusunan data akurat, informasi, dan pemutakhiran prosedur tetap tanggap darurat bencana; dan
- (7) penyediaan dan penyiapan bahan, barang, dan peralatan untuk pemenuhan pemulihan prasarana dan sarana.

Pada tahap *preparedness* dalam manajemen RS, tindakan yang dapat dilakukan difokuskan pada pengembangan rencana-rencana untuk menghadapi bencana yang akan datang. Tindakan yang sudah dan sedang dilakukan di RSUP Dr. Sardjito antara lain: penyusunan prosedur tetap RS bila menghadapi bencana, penyusunan *disaster plan* dan sosialisasinya, membentuk tim penanggulangan bencana RS yang beranggotakan semua komponen RS. Kegiatan selanjutnya agar tim dapat bekerja dengan baik maka perlu mempersiapkan hal-hal yang dibutuhkan oleh tim penanggulangan bencana tersebut, sehingga apabila sewaktu-waktu dibutuhkan selalu dalam keadaan siap sedia. Hal yang penting lainnya yang belum dilakukan adalah membentuk jejaring RS untuk memudahkan koordinasi dan dapat saling membantu antartanaga kesehatan dalam keadaan bencana. Selama ini yang dilakukan, cara untuk berkomunikasi saat terjadi bencana adalah dengan melakukan koordinasi darurat menggunakan telepon dan tanpa persiapan atau pelatihan sebelumnya.

Semua sektor dalam sistem perawatan kesehatan difokuskan untuk mengembangkan kemampuan seluruh penduduk untuk dapat merespon kejadian bencana yang besar di masa yang akan datang. Instalasi Rawat Darurat (IRD) sebuah rumah sakit (RS) mempunyai peran penting dalam kesiapsiagaan bencana

karena mereka menghubungkan antara luar rumah sakit dan sumber daya dalam rumah sakit.

Kerusakan dalam jumlah besar dapat terjadi saat terjadi bencana alam yang merupakan sebuah peringatan dan juga tidak dapat diprediksi kejadiannya. Hal ini dapat menyebabkan fasilitas kesehatan khususnya RS menjadi kewalahan dari segi staf RS, obat-obatan, peralatan medis dan kebutuhan fasilitas lainnya. Sebagian besar IRD sebuah RS dihadapkan pada tuntutan yang penting dalam kesehariannya karena sudah menjadi komitmen mereka untuk mempersiapkan dalam menghadapi hal-hal yang tidak terencana, gawat dan nongawat dalam melayani semua pasien yang datang (McCarthy *et al*, 2006).

Peneliti dalam penelitian ini mengambil contoh pengalaman dalam menangani korban gempa 27 Mei 2006 karena hal tersebut merupakan pengalaman dalam menangani korban bencana dengan skala besar. Pengalaman ini merupakan sesuatu hal yang dapat memberikan gambaran kepada seluruh komponen rumah sakit pada umumnya dan perawat IRD pada khususnya sebagai lini depan penerimaan serta penanganan korban bencana yang datang ke RS.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan perawat IRD RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dalam menghadapi bencana, yang meliputi:

1. Persepsi dalam persiapan menghadapi bencana dan pengalaman perawat dalam menghadapi bencana yang telah lalu sudah baik,
2. Pelatihan yang berhubungan dengan penanganan bencana sudah baik namun pelatihan belum dilakukan secara teratur,
3. Peralatan dan sumber daya yang menunjang pelayanan keperawatan sudah tersedia dengan baik,
4. Jaringan komunikasi sudah dilakukan dengan baik menggunakan telepon, namun ketika terjadi bencana komunikasi dengan telepon dapat lumpuh sehingga digantikan dengan radio komunikasi dan ini belum dapat berfungsi secara optimal karena banyak petugas belum dapat mengoperasikan peralatan radio komunikasi,
5. Pengembangan subsistem transportasi sudah dilakukan dengan baik namun masih terdapat kekurangan dengan tidak adanya supir ambulans yang tetap dan selalu siap kapan saja diperlukan,
6. Kerjasama lintas sektor dalam penanganan bencana sudah dilakukan dengan baik, akan tetapi masih perlu disempurnakan lagi karena belum adanya surat bukti kerjasama (MoU) secara tertulis.

B. Saran

1. Rumah sakit

Agar kegiatan dalam penanganan korban bencana menjadi lebih baik lagi, sebaiknya lebih dioptimalkan lagi dalam pelatihan penanganan bencana yang dilakukan secara teratur yang mencakup semua peralatan pendukung termasuk cara mengoperasikan radio komunikasi. Selain itu, perlu diadakan kerjasama secara tertulis yang mencakup multi sektor agar terdapat pembagian tugas kerja yang jelas saat penanganan bencana.

2. Penelitian selanjutnya

Peneliti menyarankan agar dilakukan penelitian dengan jumlah sampel yang lebih besar dan meneliti lebih dalam lagi tentang implementasi dalam penanganan korban bencana. Penelitian yang meliputi seluruh ruangan yang ada di RS, karena persiapan dalam menghadapi bencana harus dilakukan oleh seluruh komponen RS dengan baik sehingga dapat bekerja sama dengan baik saat menangani korban bencana.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y., 2006. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. edisi kedua. Jakarta: UI-Press
- Arikunto, S., 2002. *Prosedur Penelitian suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Bakornas PBP., 2003. *Gempa Bumi: Profil dan Karakteristik*
http : www.bakornasbp.go.id diakses tanggal 27 April 2007
- Bakornas PB., 2006. Laporan Perkembangan Penanganan Bencana Gempa Bumi di Jogjakarta dan Jawa Tengah. *Buletin Jogja*, Juni/Vol. 08
http://www.bakornasbp.go.id/html/BuletinJogja/Buletin08.doc diakses tanggal 17 April 2007
- DepKes RI., 1992. *Penanganan Pasien Gawat Darurat*. Direktorat Jendral Pelayanan Medis. Direktorat RS Khusus dan Swasta
- ., 1999. *Sistem Pelayanan Gawat Darurat dan Kebijakan-Nasional : Materi Seri Pelatihan PPGD*. Jakarta: Departemen Kesehatan
- ., 2002. *Pedoman Koordinasi Penanggulangan Bencana di Lapangan*. Jakarta: Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan, Sekretariat Jendral Departemen Kesehatan
- ., 2006a. *Pedoman Puskesmas dalam Penanggulangan Bencana*. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat
- ., 2006b. *Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)*. Jakarta : Departemen Kesehatan
- ., 2007. *Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana: Technical Guidelines for Health Crisis Responses on Disaster*. Jakarta: Departeme Kesehatan RI
- DinKes DIY., 2005. *Pedoman Unit Gawat Darurat*. Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta
- Fuad, A., 2006. Manajemen Bencana: Dimanakah dalam Kurikulum Kedokteran Kita?. *Buletin*
http://fuadanis.blogspot.com.mht diakses tanggal 27 April 2007
- Gaffar, L.O., 1999. *Pengantar Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC

- Hanafiah, M.J., 1998. Etika Medik dalam Penanganan Penderita Gawat Darurat. *Majalah Kedokteran Indonesia*, Juni/Vol. 48/No.6, p : 225-228
- Harinto., 1994. *Peranan Nasional dalam Kesiapsiagaan Menghadapi Bencana Alam*. dipresentasikan dalam Simposium Nasional Mitigasi Bencana Alam, UGM, 16 – 17 September 1994
- Huang, S.H., Chen, P.L., 2004. Using a Balanced Scorecard to Improve the Performance of an Emergency Department. *Nursing Economics*, May-June/Vol. 22/No.3, p: 140 -146
- Hulummi, M., 2002. Analisis Kesiapan Instalasi Gawat Darurat RSUD Lubuk Linggau untuk Menjadi Unggulan dalam Penanganan Kecelakaan. *Tesis*. Yogyakarta: Program Pascasarjana UGM
- Keraf, A. S. Mikhael, D., 2001. *Ilmu Pengetahuan Sebuah Tinjauan Filosofis*. Yogyakarta: Kanisius
- Kusanto, A., 2007. Manajemen Rumah Sakit dalam Menghadapi Bencana. *Jurnal Majalah Kedokteran Damianus*. Vol. 6 No.2 Mei 2007
- McCarthy, Aronsky dan Kellen., 2006. The Measurement of Daily Surge and Its Relevance to Disaster Preparedness. *Academy Emergency Medicine Journal* 06.046.
<http://www.aemj.org> diakses pada tanggal 15 Mei 2007
- Notoadmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- , 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Ohara, M., 2007. *Disaster Management-Hospital's First Response System at Disaster Stricken Area through experience in Japan*. dipresentasikan dalam Workshop on Disaster and Rehabilitation Nursing TOT Project, RS Sardjito, 23 – 24 Maret 2007
- Pan American Health Organization., 2006. *Bencana Alam: Perlindungan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Parsan, L., 2005. Analisis Kesiapan Dinas Kesehatan dalam Mengalokasikan Anggaran Kesehatan di Kabupaten Muna Propinsi Sulawesi Tenggara pada era desentralisasi. *Tesis*. Yogyakarta: Program Pascasarjana UGM
- Potter, P.A., Perry, A.G., 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses & Praktek*. edisi IV. Vol I. Jakarta: EGC.

- Sheehy, S.B., 1992. *Emergency Nursing: Principles and Practice*. St. Louis: Mosby Year Book
- Skeet, M., 1995. *Tindakan Paramedis terhadap Kegawatan dan Pertolongan Pertama*. Jakarta: EGC
- Stoltman, J.P. et al., 2004. *International Perspective on Natural Disaster : Occurrence, Mitigation and Consequence*, Doordecht : Kluwer Academic Publishers
- Stone, C.K. and Humphries, R.L., 2004. *Current Emergency Diagnosis and Treatment*. 5th ed. International Edition. The Mc Graw-Hill Companies, Inc.
- Sugiyono., 2005. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- ., 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Suprayoga, H., 2007. *The Role of Government in the Management and Coordination for Post Disaster Recovery*. dipresentasikan dalam International Seminar on Post-Disaster Reconstruction: Assistance to Local Governments and Communities Urban and Regional Development Institute (URDI), Yogyakarta, 8-10 Juli 2007
- Susetyo, H., 2006. Menuju Kebijakan Penanggulangan Bencana yang Efektif. *Inovasi Online*. Edisi Vol.8/XVIII/November 2006
[http:// www.io.ppi-jepang.org.htm](http://www.io.ppi-jepang.org.htm) diakses tanggal 16 April 2007
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
[http:// www.indonesia.go.id](http://www.indonesia.go.id) diakses tanggal 30 Juni 2007
- Walsh, Donald W. Et al., 2005. *National Incident Management System: Principles and Practice*. Boston: Jones and Bartlett Publisher
- WHO., 1999. *Community Emergency Preparedness: A Manual for Managers and Policy-makers*. Geneva. Switzerland
www.guardian.co.uk diakses tanggal 30 Juni 2007
- Yulianti, T.S., 2002. Pelayanan Studi tentang Kualitas UGD menurut Persepsi Pasien di Rumah Sakit DR. Oen Solobaru Sukoharjo. *Skripsi*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran UGM

LAMPIRAN

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Laili Nur Hidayati

NIM : 04/175096/KU/11084

adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada yang akan melakukan penelitian dengan judul **”Pengetahuan Perawat Instalasi Rawat Darurat RSUP Dr. Sardjito dalam Kesiapan Menghadapi Bencana pada Tahap *Preparedness*”**. Penelitian ini adalah untuk keperluan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Untuk itu saya mohon kesediaan dan persetujuan Bapak/Ibu/Saudara untuk membantu pelaksanaan penelitian ini dengan bersedia menjadi responden, menandatangani lembar persetujuan serta mengisi kuesioner. Data yang diperoleh akan dijamin kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk keperluan penelitian ini.

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas perhatian dan kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mengucapkan terima kasih.

Peneliti,

Laili Nur Hidayati

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN (INFORM CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama :

Alamat:

menyatakan setuju untuk menjadi responden dalam penelitian yang berjudul **”Pengetahuan Perawat Instalasi Rawat Darurat RSUP Dr. Sardjito dalam Kesiapan Menghadapi Bencana pada Tahap *Preparedness*”** dan akan memberikan keterangan yang sebenarnya yang diperlukan dalam penelitian tersebut.

Saya telah dijelaskan bahwa jawaban dalam kuesioner ini bersifat sukarela dan hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian. Oleh karena itu, saya akan secara sukarela berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian agar menjadi maklum dan terima kasih.

Yogyakarta,

Responden

KUESIONER PENELITIAN

**”PENGETAHUAN PERAWAT INSTALASI RAWAT DARURAT RSUP
DR. SARDJITO DALAM KESIAPAN MENGHADAPI BENCANA
PADA TAHAP *PREPAREDNESS*”**

Nomor Kode Responden : _____

--	--

Tanggal pengisian :

Identitas Responden :

1. Nama :

2. Umur : tahun

3. Jenis Kelamin :

4. Pendidikan terakhir :

5. Lama kerja di IRD : tahun

6. Ruangan tempat bekerja :

7. Status kepegawaian :

Petunjuk pengisian kuesioner :

1. Isilah identitas responden sesuai dengan keadaan Anda.
2. Bacalah setiap pernyataan dengan teliti
3. Pilihlah salah satu jawaban yang Anda anggap benar atau sesuai dengan diri Anda, dengan cara memberi tanda (V) pada kolom yang tersedia.

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

NO	PERNYATAAN	JAWABAN			
		SS	S	TS	STS
1.	Bencana merupakan peristiwa yang menyebabkan timbulnya banyak korban dan terganggunya kegiatan normal masyarakat.				
2.	Kesiapsiagaan menghadapi bencana baru akan dilakukan jika sudah ada perkiraan akan terjadi bencana				
3.	Urutan siklus manajemen bencana adalah bencana- mitigasi – rekonstruksi – pencegahan – kesiapsiagaan – fase akut – pemulihan.				
4.	Tahap kesiapsiagaan perlu lebih dikembangkan di institusi kesehatan dan masyarakat umum				
5.	Sebagai perawat IRD, Anda merasa tidak perlu mengikuti pelatihan penanganan bencana.				
6.	Logistik dapat berupa sumber daya, fasilitas dan peralatan yang disediakan untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit.				
7.	Anda sebagai perawat IRD, saat terjadi bencana dapat dihubungi sewaktu-waktu (<i>on call</i>) jika sedang tidak bertugas.				
8.	Shift kerja saat terjadi bencana yang melebihi jam kerja sehari-hari tidak membebani kehidupan Anda.				
9.	Peralatan medis dan non medis yang ada di IRD untuk penanganan korban bencana dapat dipersiapkan dalam waktu kurang dari 5 jam				
10.	Fasilitas dan peralatan untuk <i>life saving</i> (<i>emergency kit</i>) tidak perlu dilakukan pengecekan kelengkapan dan fungsinya.				

NO	PERNYATAAN	JAWABAN			
		SS	S	TS	STS
11.	Jaringan komunikasi merupakan suatu jejaring atau komando untuk mengkomunikasikan informasi dalam suatu kejadian bencana.				
12.	RS tempat Anda bekerja dibentuk <i>hospital disaster plan</i> untuk kesiapsiagaan penanganan bencana.				
13.	Sistem koordinasi dan pengendalian RS disimulasikan secara rutin untuk mengetahui hambatan yang ada.				
14.	Pasien rujukan dari RS lain datang ke RS tempat Anda bekerja tanpa harus menginformasikan sebelumnya.				
15.	Untuk koordinasi dalam penyampaian informasi, khususnya dalam keadaan bencana dengan menggunakan jaringan komunikasi RS.				
16.	Transportasi dalam penanganan korban bencana ada dua macam, yaitu transportasi untuk penolong dan transportasi untuk korban				
17.	Salah satu bentuk transportasi untuk penolong adalah dengan evakuasi				
18.	Ambulans tidak perlu diparkir di depan IRD				
19.	<i>Emergency kit</i> selalu ada di dalam ambulans tempat Anda bekerja sehingga siap digunakan kapanpun.				
20.	Sebagian besar perawat IRD tempat Anda bekerja dapat menjalankan ambulans untuk transportasi korban bencana				
21.	Pelatihan penanganan bencana dapat berupa pendidikan dan atau simulasi untuk mempersiapkan penanganan korban bencana				
22.	Pelatihan penanganan korban bencana hanya dapat dilakukan di luar ruangan				

NO	PERNYATAAN	JAWABAN			
		SS	S	TS	STS
23.	Pelatihan PPGD sangat penting untuk mendukung pelayanan gawat darurat sehari-hari dan bencana.				
24.	Periode pelatihan penanganan bencana yang efektif dapat dilakukan 1 tahun sekali				
25.	Pelatihan penanganan bencana digunakan sebagai evaluasi sistem penanggulangan gawat darurat bencana untuk meningkatkan mutu penanganan korban bencana.				
26.	Kerjasama lintas sektor dalam menanggulangi bencana adalah bentuk kerjasama yang dilakukan di dalam rumah sakit tempat Anda bekerja.				
27.	RS tempat Anda bekerja mempunyai kerjasama dalam menanggulangi bencana dengan instansi lain yang terkait.				
28.	RS dapat menangani korban bencana tanpa harus bekerja sama dengan pihak kepolisian, pemadam kebakaran dan pemerintah daerah setempat.				
29.	RS mengadakan kerjasama dengan fasilitas kesehatan terdekat untuk menangani korban yang sudah bisa dipulangkan, tetapi masih memerlukan perawatan.				
30.	Kerjasama tidak perlu dilakukan dengan pihak badan meteorologi dan geofisika.				

Kuesioner-2

Apakah Anda berpartisipasi aktif dalam penanganan korban gempa 27 Mei 2006 di RS tempat Anda bekerja?

Jika YA, lanjutkan menjawab pernyataan dibawah dengan memberikan tanda (V) pada kolom yang sudah disediakan sebagai berikut, sesuai dengan keadaan saat Anda menangani pasien korban gempa 27 Mei 2006 :

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1.	RS tempat Anda bekerja mempunyai perencanaan penanganan bencana untuk kesiapsiagaan dalam menghadapi bencana yang dapat terjadi setiap saat.		
2.	RS tidak mempunyai tanda peringatan khusus (<i>early warning</i>) saat terjadi suatu bencana.		
3.	Tenaga kesehatan yang ada di IRD cukup memadai dalam penanganan korban bencana		
4.	Tidak ada pembagian tugas saat bencana dan siapapun yang tidak mempunyai tanggungjawab pekerjaan membantu rekan lainnya dalam merawat pasien.		
5.	Shift kerja saat terjadi bencana melebihi shift kerja sehari-hari.		
6.	Jaringan komunikasi antar tenaga kesehatan di RS dapat berjalan lancar saat terjadi bencana.		
7.	RS mempunyai jaringan komunikasi diantara perawat dalam penanganan korban bencana.		
8.	Prioritas penanganan korban gempa diatur dengan melakukan triase		
9.	Sebagian besar pasien korban gempa yang datang ke RS terlambat ditangani oleh petugas kesehatan.		
10.	Tempat penampungan korban di RS mendukung dalam melakukan pelayanan kesehatan dan keperawatan.		

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
11.	Daftar laporan yang berisi informasi keadaan pasien meliputi nama, alamat, umur, trauma yang dialami, pengobatan yang diberikan dan ruang perawatan di RS tidak perlu ditempel di papan pengumuman.		
12.	Pelatihan atau simulasi penanganan korban bencana belum pernah dilakukan sebelum terjadi bencana gempa tersebut.		
13.	Evaluasi penanganan korban gempa selalu dilakukan secara rutin untuk mengetahui dan meningkatkan proses pelayanan kepada pasien korban gempa.		

- Terima Kasih -

CHECK LIST OBSERVASI
”PENGETAHUAN PERAWAT INSTALASI RAWAT DARURAT
RSUP DR. SARDJITO DALAM KESIAPAN MENGHADAPI BENCANA
PADA TAHAP *PREPAREDNESS*”

1. Sumber Daya Manusia

NO	Kriteria	Standar	Yang ada di IRD
1.	Dokter Sub spesialis	Semua jenis <i>On call</i> (<30)	Subspesialis yang <i>on call</i> yaitu subspesialis urologis, ortopedi dan thorax.
2.	Dokter Spesialis	Semua jenis <i>On site</i>	Sesuai dan terdapat dokter spesialis bedah, anak, kebidanan dan anastesi.
3.	Dokter PPDS /+ GELS (untuk RS Pendidikan)	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam
4.	Dokter Umum (+ GELS)	<i>On site</i> 24 jam Kerja bergilir 5 orang (2-1-1-1)	<i>On site</i> 24 jam
5.	Perawat Kepala S 1 D III (PPGD + BLS)	Jam kerja Di luar jam kerja	Ada Ada 24 jam
6.	Perawat (PPGD + BLS)	<i>On site</i> 24 jam 26 orang bergilir (8-6-6-6)	<i>On site</i> 24 jam
7.	NON MEDIS TU/Keu (24 jam) Kamtib (24 jam) Pekarya (24 jam)	Total minimal 38 orang (2-1-1-1) : 5 orang (5-4-4-4) : 17 orang (4-4-4-4) : 16 orang	Ada Ada Ada
8.	Triage	Dokter umum PPGD 2 orang Perawat terlatih	Ada, triase pokok 1 orang dan konsultan 1 orang

2. Fasilitas dan Peralatan

NO	Kriteria	Standar	Yang ada di IRD
1	GEDUNG I. Luas gedung Ada bangunan disekitar UGD yg dpt digunakan jika terjadi musibah masal	> 2000 m ³ Ada	Luas gedung 2400 m ³ Ada. Ruang laborat dan poliklinik

	II.- Akses dari dan ke UGD	Menampung > 5 AGD	Bisa menampung > 5 AGD
	- Akses khusus ke UGD	2 jalur AGD sejajar	Sesuai
	- Lokasi dekat jalan raya	V	V
	- Mudah dicapai dari dalam RS	V	V
	III. Jenis Ruangan		
	1. R. Pendaftaran	1 – 22 ada	V
	2. R. Pembatas		V
	3. R. Resusitasi		V
	4. R. Observasi		V
	5. R. Infeksi		V
	6. R. Operasi Minor		V
	7. R. Operasi Mayor		V
	8. R. Recover		V
	9. R. Rontgen		Ada bergabung dengan RS
	10. R. Lab		berjarak 50 m
	11. R. Depot darah		Ada bergabung dengan RS
	12. R. Kamar jaga dokter		Tergabung dengan RS → unit transfusi darah
	13. Nurse Station		V
	14. R. Obsgyn		Ada, hanya berupa meja dan kursi tanpa sekat
	15. R. Anak/Neonatus		V
	16. R. Tunggu		V
	17. R. Depot bat		V
	18. R. Balut/gips		V
	19. Gudang		V
	20. R.Toilet		V
	21. R. Perpustakaan		V
	IV. Hubungan dengan Unit Lain :	Mudah	Mudah
	o Laboratorium		
	o Rontgent		
	o OK		
	o Dokter jaga		
	o Konsultan	Ada	Ada
	- Telp. Intern		
	- Telp. Ekstern	> 2	
	- Line khusus UGD		
	o Luar UGD	Ada	Bisa dengan menggunakan
	- RS lain		

	- Instansi lain		telepon
2.	PERALATAN		
	I. Medis Diagnostik		
	1. Umum		
	o Stetoskop	> 2	8 buah
	o Tensimeter	> 2	8 buah
	o Termometer	> 2	Setiap perawat 1
	o Poliklinik set	> 4	
	2. Utama		
	o Trolley Emergency Set	2 – 4 trolley	5 trolley
	1 Ambubag(dewasa, anak)		
	3 ETT (dewasa, anak)		
	2 Laringoskope (dewasa, anak)		
	1 magil forcep		
	2 Pipe Oro (Ma, gued)		
	1 Unit Suction		
	1 tabung O ₂		
	2 Jarum besar		
	1 Collar splint		
	o Jarum infuse infuse set (2x jumlah bed)	30 – 50	50
	o Balut bidai (2x jumlah bed)	30 – 50	50
	o Sterilisator	2	2
	o EKG	2	2
	o Defibrilator	2	2
	o Minor Surgery	4 – 8 set	8 set
	3. Tambahan		
	o Partus set	> 2	3 set
	4. NGT	½ jumlah bed	Ada
	5. Urine cateter	½ jumlah bed	Ada
	6. Nebulizer	2	2
	o Pulse oxymeter	2	2
	o Inkubator	> 2	2
	II. Non medis		
	1. Administrasi :		
	o Meja pendaftaran	Ada	Ada
	o Information desk	Ada	Ada (hanya pagi)
	o Kasir	Ada	Ada
	2. Telepon	> 2 line	4 line
	3. Fax	1	1
	4. Komputer / printer	> 2	> 5
	5. Pesawat HT	5 – 10 buah	Ada
	6. Pesawat CB	1	1
	7. Alat pemadam kebakaran	Ada	Ada

	8. Tempat sampah	Ada	Ada tersendiri medis dan nonmedis
	9. AC	> 2	> 5
	10. Aiphone	> 2	1
	11. Lampu penerangan	20 (neon 40 watt)	Sesuai
	12. TV	1	>3
	13. Loud speaker	1	>2
	14. Wartel	1	1
	15. ATM	1	2
	16. LAN	1	Ada
	17. Internet	1	Ada

3. Sarana Pendukung

NO	Kriteria	Standar	Yang ada di IRD
1	Obat / farmasi		
	Obat bantuan hidup (Adrenalin, SA, O ₂ , dsb)	Lengkap	Lengkap
	Obat stabilisasi (Infus, Bicnat, dsb)	Lengkap	Lengkap
	Obat untuk terapi cepat (Cedocard, xylocard, AHT rx cepat, obat nebulizer)	Lengkap	Lengkap
2	Alat medis / bahan habis pakai		
	Cair : Antiseptik, Desinfektan, Anestesi, Bahan Lab	Lengkap	Lengkap
	Padat	Lengkap	Lengkap
3.	Rontgen		
	Konvensional	Lengkap	Lengkap
	USG	Lengkap	Lengkap
	CT Scan	Lengkap	Lengkap
4.	Laboratorium		
	Lab sederhana	Lengkap	Lengkap
	Lab lengkap	Lengkap	Lengkap
	Lab canggih	Lengkap	Lengkap
5.	Ruang ICU		
	Umum	Lengkap	Lengkap
	Cardiac	Lengkap	Lengkap
	Pediatric	Lengkap	Lengkap
	Neonatus	Lengkap	Lengkap
6.	Ruang luka bakar	Lengkap	Lengkap
7.	Ruang dekontaminasi	Lengkap	Lengkap
8.	Ruang hemodialisis	Lengkap	Lengkap

4. Sistem Kendali Mutu

NO	Kriteria	Standar	Yang ada di IRD
I.	AUDIT 1. Tim Audit	Ada Ka UGD, Ka SMF, Medis, Paramedis, semua instansi terkait	Semua ada
	2. Audit pelayanan a. Waktu penanganan (max. tanpa rujuk) b. Tenaga medis (waktu kedatangan dokter <i>on call</i>) (max) c. Frekuensi evaluasi pelayanan pasien	1,5 jam 15 menit 2 x/minggu	45 menit dengan tindakan maks 2 jam < 5 menit dengan aiphone; triase 0 mnt Setiap hari diadakan evaluasi
	3. Audit Medik Frekuensi evaluasi kasus bermasalah	2 x/minggu	Evaluas dikumpulkan setiap rabu; rapat koordinasi bulanan dengan direktur pelayanan medik
	4. Audit administrasi a. Lama pendaftaran (max) b. Frekuensi evaluasi administrasi	5 menit 1 bulan/kali	5 menit Setiap minggu pada hari Selasa
II.	PENGOLAHAN DATA INFORMASI Sistem Pengolahan data	Komputer on line inter RS	Komputer on line
III.	PROGRAM PEMBINAAN DAN PENGEMBANGAN		
	1. Program Pelatihan untuk tenaga medik & paramedik	1 bulan/kali	Pelatihan saat pertemuan rapat anggota mengenai materi seminar yang diikuti
	2. Jumlah tenaga medis yang dikirim untuk pelatihan tiap periode	4 orang	3 orang
	3. Rencana Program sekolah untuk tenaga medis & paramedis	2 orang/tahun	4 orang/tahun

5. Bidang Pendidikan dan Pelatihan

NO	Kriteria	Standar	Yang ada di IRD
1.	Kemampuan melakukan pelatihan	Mampu melakukan pelatihan BLS awam BLS/PPGD paramedis BLS/PPGD Medis	Pelatihan BLS/PPGD awam BLS/PPGD paramedis GELS medis
2.	Jumlah pelatihan yang dilakukan	Setahun > 2 kali	> 5 kali/tahun
3.	Penyusunan jadwal pelatihan dan pendokumentasian	Jadwal terencana dan didokumentasikan	Jadwal terencana dan didokumentasikan
4.	Menyelenggarakan pelatihan penanganan musibah massal	Terjadwal, teratur, ada dokumentasi	Sesuai dan dilakukan setiap Selasa tiap bulan sekali; namun sekarang sudah jarang dilakukan

VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER-1

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P
H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SATU	3,8000	,4216	10,0
2.	DUA	2,4000	,5164	10,0
3.	TIGA	2,2000	,4216	10,0
4.	EMPAT	3,9000	,3162	10,0
5.	LIMA	3,5000	,5270	10,0
6.	ENAM	3,8000	,4216	10,0
7.	TUJUJUH	3,8000	,4216	10,0
8.	DELAPAN	2,4000	,5164	10,0
9.	SEMBILAN	3,2000	,4216	10,0
10.	SEPULUH	3,3000	,4830	10,0
11.	SEBELAS	3,2000	,4216	10,0
12.	DUABELAS	3,8000	,4216	10,0
13.	TIGABELAS	3,2000	,4216	10,0
14.	EMPATBELAS	3,2000	,4216	10,0
15.	LIMABELAS	3,2000	,4216	10,0
16.	ENAMBELAS	3,7000	,4830	10,0
17.	TUJUBELAS	1,8000	1,0328	10,0
18.	DELAPANBELAS	2,9000	,5676	10,0
19.	SEMBILANBELAS	3,2000	,4216	10,0
20.	DUAPULUH	3,6000	,5164	10,0
21.	DUASATU	3,7000	,4830	10,0
22.	DUADUA	3,1000	,3162	10,0
23.	DUATIGA	3,8000	,4216	10,0
24.	DUAEMPAT	1,4000	,5164	10,0
25.	DUALIMA	3,6000	,5164	10,0
26.	DUAENAM	1,3000	,4830	10,0
27.	DUATUJUJUH	3,7000	,4830	10,0
28.	DUALAPAN	3,2000	,4216	10,0
29.	DUASSEMBILAN	3,6000	,5164	10,0
30.	TIGAPULUH	3,2000	,4216	10,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	94,7000	33,7889	5,8128	30

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SATU	90,9000	30,5444	,6580	,8002
DUA	92,3000	33,7889	-,0444	,8256
TIGA	92,5000	30,5000	,6680	,7999
EMPAT	90,8000	35,0667	-,3679	,8283
LIMA	91,2000	29,5111	,6985	,7955
ENAM	90,9000	33,4333	,0365	,8206
TUJUH	90,9000	30,5444	,6580	,8002
DELAPAN	92,3000	29,5667	,7044	,7956
SEMBILAN	91,5000	30,2778	,7158	,7982
SEPULUH	91,4000	29,1556	,8435	,7910
SEBELAS	91,5000	30,5000	,6680	,7999
DUABELAS	90,9000	30,5444	,6580	,8002
TIGABELAS	91,5000	30,5000	,6680	,7999
EMPATBLS	91,5000	30,5000	,6680	,7999
LIMABLAS	91,5000	30,5000	,6680	,7999
ENAMBLAS	91,0000	34,6667	-,1953	,8299
TUJUBLAS	92,9000	36,5444	-,3061	,8641
DLAPNBLS	91,8000	29,2889	,6800	,7953
SMBLNBLS	91,5000	30,2778	,7184	,7982
DUAPULH	91,1000	34,3222	-,1322	,8288
DUASATU	91,0000	31,7778	,3264	,8112
DUADUA	91,6000	32,7111	,2703	,8134
DUATIGA	90,9000	30,5444	,6580	,8002
DUAEMPAT	93,3000	34,9000	-,2258	,8323
DUALIMA	91,1000	31,4333	,3607	,8098
DUAENAM	93,4000	36,0444	-,4291	,8378
DUATUJUH	91,0000	31,7778	,3264	,8112
DUALAPAN	91,5000	30,2778	,7184	,7982
DUASMBLN	91,1000	33,2111	,0523	,8219
TIGAPLUH	91,5000	30,5000	,6680	,7999

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 10,0

N of Items = 30

Alpha = ,8164

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	SATU	3,8000	,4216	10,0
2.	TIGA	2,2000	,4216	10,0
3.	LIMA	3,5000	,5270	10,0
4.	TUJUH	3,8000	,4216	10,0
5.	DELAPAN	2,4000	,5164	10,0
6.	SEMBILAN	3,2000	,4216	10,0
7.	SEPULUH	3,3000	,4830	10,0
8.	SEBELAS	3,2000	,4216	10,0
9.	DUABELAS	3,8000	,4216	10,0
10.	TIGABLAS	3,2000	,4216	10,0
11.	EMPATBLS	3,2000	,4216	10,0
12.	LIMABLAS	3,2000	,4216	10,0
13.	DLAPNBLS	2,9000	,5676	10,0
14.	SMBLNBLS	3,2000	,4216	10,0
15.	DUATIGA	3,8000	,4216	10,0
16.	DUALAPAN	3,2000	,4216	10,0
17.	TIGAPLUH	3,2000	,4216	10,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	55,1000	31,4333	5,6065	17

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SATU	51,3000	28,4556	,6225	,9455
TIGA	52,9000	27,8778	,7586	,9430
LIMA	51,6000	27,3778	,6849	,9446
TUJUH	51,3000	28,4556	,6225	,9455
DELAPAN	52,7000	27,1222	,7519	,9430
SEMBILAN	51,9000	28,3222	,6536	,9449
SEPULUH	51,8000	26,8444	,8702	,9404
SEBELAS	51,9000	27,8778	,7586	,9430
DUABELAS	51,3000	28,4556	,6225	,9455
TIGABLAS	51,9000	27,8778	,7586	,9430
EMPATBLS	51,9000	27,8778	,7586	,9430
LIMABLAS	51,9000	27,8778	,7586	,9430
DLAPNBLS	52,2000	27,5111	,6046	,9469
SMBLNBLS	51,9000	28,3222	,6536	,9449
DUATIGA	51,3000	28,4556	,6225	,9455
DUALAPAN	51,9000	28,3222	,6536	,9449
TIGAPLUH	51,9000	27,8778	,7586	,9430

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 10,0

N of Items = 17

Alpha = ,9472

VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER-2

Penghitungan Validitas Instrumen Kuesioner-2 dengan rumus *Product Moment*

$$r_{11} = \left[\frac{k}{(k-1)} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_1^2} \right]$$

Nomor Pernyataan	Skor Item Korelasi	Analisis
1	0,595	Valid
2	0,637	Valid
3	0	Tidak valid
4	0,936	Valid
5	0	Tidak valid
6	0,595	Valid
7	0	Tidak valid
8	0	Tidak valid
9	0,510	Valid
10	0	Tidak valid
11	0,637	Valid
12	0	Tidak valid
13	0,946	Valid

Penghitungan Reliabilitas Instrumen Kuesioner-2 dengan Rumus KR-20

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(\frac{V_t - \sum pq}{V_t} \right)$$

sebelum harga-harga tersebut dimasukkan dalam rumus, maka dihitung varians totalnya terlebih dahulu.

$$St^2 = \frac{X^2}{n}$$

$$Xt^2 = \sum Xt^2 - \frac{(\sum Xt)^2}{n} = 1303 - \frac{(115)^2}{10}$$

$$= 1303 - 1322,5 = -19,5$$

$$St^2 = \frac{X^2}{N} = \frac{(-19,5)^2}{10} = \frac{380,25}{10}$$

$$= 38,025$$

$$Vt = St^2$$

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(\frac{V_t - \sum pq}{V_t} \right)$$

$$= \left(\frac{13}{13-1} \right) \left(\frac{38,025 - 2,59}{38,025} \right)$$

$$= 1,08 \times 0,93$$

$$= 1,00$$