

## **Hambatan dan peluang dalam pembuatan *hospital disaster plan*: studi kasus dari Sumatera Utara**

*Obstacles and opportunities in making a hospital disaster plan: the case study from North Sumatera*

Armanda Prima<sup>1</sup> & Andreasta Meliala<sup>1</sup>

### **Abstract**

**Purpose:** This study assessed Kabanjahe District hospital preparedness in coping with earthquake disaster, describes obstacles and opportunities in forming hospital disaster preparedness and availability of hospital disaster plan component. **Methods:** This research used qualitative research method with case study research design. This study examines the contemporary phenomenon of Kabanjahe General Hospital preparedness in anticipating the earthquake disaster. **Results:** Kabanjahe General Hospital is not ready to anticipate earthquake disaster and not yet completed in making hospital disaster plan. **Conclusion:** Obstacles to establish disaster prepared hospitals include the unavailability of budget for disaster management, lack of hospital personnel who understand K3B, have not participated in training of hospital disaster plan preparation, disaster training and hospital have never conducted disaster simulation. While the opportunity is Kabanjahe General Hospital has been working with other agencies in the fulfillment of facilities and preparation of the plan. The availability of Kabanjahe General Hospital for policy components, disaster risk analysis, communications, financing and evaluation monitoring has not been in accordance with the standards. As for organizational components and facilities already available in quantity but not yet organized to anticipate disaster.

**Keywords:** preparedness; hospital; natural disaster; earthquake

---

**Dikirim:** 5 Agustus 2017  
**Diterbitkan:** 1 Desember 2017

---

<sup>1</sup>Departemen Kebijakan Manajemen dan Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada  
(Email: [armanda\\_prima@yahoo.co.id](mailto:armanda_prima@yahoo.co.id))

## PENDAHULUAN

Kabupaten Karo, di Sumatera Utara merupakan daerah rawan gempa vulkanik maupun gempa tektonik. Kerawanan gempa vulkanik di Kabupaten Karo diakibatkan karena terdapat dua gunung berapi aktif (Gunung Sinabung dan Gunung Sibayak) terletak di wilayah ini yang merupakan bagian dari cincin api Pasifik (*ring of fire*). Kabupaten Karo rawan gempa tektonik karena terdapat Patahan Renun yang terbentang dari Aceh Tenggara yang melintasi Kabupaten Karo, Dairi, Samosir hingga mencapai ke Humbang Hasundutan dengan panjang 220 Kilometer yang merupakan ruas patahan terpanjang di Sumatera (1). Koordinator Dewan Pakar Ikatan Ahli Geologi Indonesia (IAGI) Sumatera Utara menyatakan bahwa gempa yang pernah terjadi di Kabupaten Karo tahun 1936 dapat terjadi kembali sehingga patut diwaspadai oleh pemerintah setempat (2).

Fasilitas kesehatan seperti rumah sakit mempunyai peran vital saat terjadi bencana karena berperan pada proses pemulihan ekonomi, psikologis sosial serta menyelamatkan nyawa korban, memberikan perawatan medis, dan menyelamatkan pasien yang ada dan mencegah jatuhnya korban dari personil kesehatan itu sendiri. *World Health Organization* (WHO) memandang sangat perlu untuk membangun rumah sakit yang aman, terutama dari bahaya bencana dan keadaan darurat agar mampu tetap berfungsi maksimal (3).

Rumah sakit Kabanjahe merupakan rumah sakit negeri kelas C dan terbesar yang ada di Kabupaten Karo. Rumah sakit Umum Kabanjahe merupakan rumah sakit rujukan (4). Risiko bencana di Kabupaten Karo yang tinggi menuntut perlu penelitian tentang kesiapsiagaan rumah sakit Kabanjahe dalam mengantisipasi bencana alam terutama gempa bumi.

## METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian ini mengkaji fenomena kontemporer tentang kesiapsiagaan Rumah Sakit Umum Kabanjahe dalam mengantisipasi bencana alam gempa bumi. Studi kasus ini dilakukan dengan wawancara mendalam, telaah dokumen dan observasi lapangan untuk mendeskripsikan variabel penelitian. Subjek penelitian ini adalah pejabat struktural Rumah sakit Kabanjahe berjumlah 10 orang dan teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*.

Variabel penelitian adalah kesiapsiagaan sebagai serangkaian kegiatan dan penyediaan sarana prasarana yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana,

Kebijakan rumah sakit, analisis risiko, pengorganisasian, fasilitas, komunikasi, pembiayaan dan logistik serta monitoring evaluasi.

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah *human instrument* (5). Peneliti memakai beberapa alat bantu yang digunakan pada saat melakukan penelitian yaitu lembar observasi *checklist/dummy* tabel, pedoman wawancara, *tape recorder*, kamera dan buku catatan lapangan.

## HASIL

### *Hospital disaster plan*

Informan mengetahui bahwa *hospital disaster plan* merupakan dokumen berisikan tentang pedoman khusus untuk mengorganisir sumberdaya manusia, logistik dan strategi yang dilakukan ketika terjadi bencana di lingkungan rumah sakit.

“...itu dokumen perencanaan untuk kesiapan penanggulangan bencana. Gitu, jadi dokumen mulai dari persiapan sumberdaya manusia, logistik operasional lainnya...” (01)

Hampir semua informan mengetahui tentang *hospital disaster plan* ketika rumah sakit umum Kabanjahe (RSU Kabanjahe) melakukan kegiatan *workshop* dengan *Non Government Organization* (NGO) *Mercy* dari Malaysia pada Oktober 2016. Setelah itu, *Mercy* juga membantu rumah sakit Kabanjahe dalam membuat kerangka *hospital disaster plan*.

Rumah sakit Kabanjahe telah membentuk tim penanggulangan bencana, namun tim tersebut masih khusus untuk penanganan bencana alam Gunung Sinabung saja, tidak untuk bencana secara umum. Informan mengatakan bahwa pembentukan tim bencana Gunung Sinabung karena bencana tersebut yang masih terus terjadi dan masih kurangnya pengetahuan pihak rumah sakit tentang tim penanggulangan bencana.

“..bencana yang sering terjadi di Kabupaten Karo ini Gunung Sinabung, abu vulkanik lah.... Jadi langsung aja kemarin teman-teman itu berfikir yaudahlah penanggulangan bencana Sinabung gitu..” (02)

### **Analisis Risiko Bencana**

Rumah sakit Kabanjahe belum memiliki dokumen risiko bencana di Kabupaten Karo, namun beberapa informan mengetahui bahwa Kabupaten Karo merupakan daerah rawan bencana terutama erupsi Gunung Sinabung. Informan menyebutkan bahwa

gempa bumi merupakan salah satu potensi bencana yang terjadi di Kabupaten Karo.

*"...kalau sementara ini, erupsi..." (04)*

*"...tapi kurasa kalau belakangan ini gempa ini pun jadi masalah, karena sudah sering kali kan..." (05)*

### **Hazard map**

Rumah sakit Kabanjahe belum memiliki *hazard map* mengenai kerentanan rumah sakit terhadap bencana. NGO *Mercy* dan beserta beberapa staf rumah sakit sebelumnya telah turun dan mengobservasi risiko yang mungkin terjadi di internal rumah sakit ketika terjadi bencana. Hasilnya, terdapat dua temuan utama. Pertama, masih ada lantai yang rusak, selokan yang tidak ditutup, jalan menuju jalur evakuasi yang masih harus melewati parit yang dapat mengakibatkan korban baru ketika terjadi kepanikan saat mengevakuasi pasien.

*"..Jadi kalau terjadi bencana kan ada kepanikan, kita takut nanti ketika lagi kepanikan itu ada yang cidera....banyak sekali lubang-lubang di rumah sakit umum ini..." (02)*

Kedua, ruang rawat inap tidak memiliki penutup antara pasien satu dengan yang lainnya, sehingga tidak terdapat privasi antar pasien. Serta ruang rawat inap yang masih terlalu sempit untuk penanganan pasien sehingga ketika terjadi bencana dipastikan rumah sakit memerlukan ruangan-ruangan darurat.

*"...Ruang rawat inapnya tidak terlalu luas. Jadi nanti kalau terjadi bencana, sudah pasti harus disiapkan ruangan-ruangan darurat..." (02)*

### **Organisasi K3RS**

Rumah sakit Kabanjahe memiliki tim K3RS beserta bidang penanggulangan bencana. Namun koordinator bidang penanggulangan bencana ini tidak oleh ahli K3. Menurut informan tim tersebut belum pernah melakukan pelatihan tentang kebencanaan.

*"...memang tim K3RS kita juga belum pernah ikut pelatihan khusus..." (01)*

### **Tim penanggulangan bencana**

Rumah sakit Kabanjahe sudah memiliki tim penanggulangan bencana, namun berdasarkan SK, tim tersebut masih terkhusus untuk penanganan bencana

Gunung Sinabung saja. Berdasarkan hasil wawancara, hampir semua informan mengetahui bahwa rumah sakit sudah memiliki tim penanggulangan bencana. Pembentukan tim penanggulangan bencana ini dilakukan setelah bencana erupsi Gunung Sinabung terjadi. Hal ini menunjukkan bahwa manajemen hanya terfokus pada fase bencana dan paska bencana. Tim penanggulangan rumah sakit Kabanjahe masih sebatas dibentuk dan belum memiliki tugas dan tanggungjawab masing-masing yang jelas, sehingga penanganan korban bencana hanya dilakukan dengan menggunakan SOP rutin yang sudah ada. Secara tertulis belum ada subjek yang disepakati menjadi komando ketika terjadi bencana di RSUD Kabanjahe, sehingga belum jelas kepada siapa alur penyampaian informasi dan pengambilan keputusan ketika terjadi bencana.

### **Komunikasi**

Rumah sakit memiliki telepon serta *handphone* pribadi yang dapat digunakan sebagai media komunikasi eksternal rumah sakit. Sedangkan untuk di internal, rumah sakit memiliki interkom yaitu telepon yang menghubungkan ruangan setiap ruangan yang ada di rumah sakit, HT dan loudspeaker yang terhubung sampai keseluruhan ruangan rawat inap yang ada di rumah sakit.

Kerjasama rumah sakit dengan pihak eksternal seperti kepolisian, TNI, BNPB dan BPBD hanya berjalan dengan spontanitas tanpa ada nota kesepahaman *Memorandum of Understanding* (MoU). Kerjasama antar instansi ini sangat diperlukan untuk penanganan primer ketika terjadi bencana. Rumah sakit beserta pihak-pihak seperti TNI, Polisi, BNPB, BPBD beserta masyarakat harus mengambil inisiatif awal ataupun selama dan setelah bencana terjadi. Ketergantungan bantuan dari luar daerah menyebabkan harapan hampa akibat tidak dapat langsung datang saat itu juga. Sebaiknya diantisipasi dengan "menggantungkan pada diri sendiri selama 48 jam setelah bencana". Istilah ini dikenal dengan "YO-YO-48 Rule" (6).

### **Pembiayaan dan logistik**

Rumah sakit Kabanjahe tidak memiliki anggaran khusus untuk penanggulangan bencana. Rumah sakit hanya mengalokasikan dana untuk program peningkatan pelayanan kesehatan bagi korban bencana. RSUD Kabanjahe tidak memiliki dana untuk penanggulangan bencana dan sama sekali tidak mengalokasikan kegiatan. Anggapan bahwa dana yang dianggarkan

menjadi silpa dan obat-obatan disediakan menjadi tidak terpakai (*expired*) menjadi penyebabnya.

“...Jadi gini, kita anggarkan terus kasus *engga ada, jadikan bisa nanti uang tidak terpakai...engga mungkin pula anggaran itu dialihkan buat yang lain. Yang bisa jadi silpa bre. Jadi kalau silpa itu jadi catatan pula sama orang pemkab. Gitu kadang-kadang soal penganggaran...*” (03)

Hal tersebut menunjukkan bahwa informan masih memiliki paradigma responsif terhadap bencana yaitu lebih terfokus terhadap pada saat kejadian bencana dan sewaktu paska bencana. Tidak ada upaya untuk mitigasi, pencegahan, kesiapsiagaan sebelum bencana, serta mengurangi risiko bencana. Rumah sakit Kabanjahe juga tidak memiliki obat-obatan dan peralatan khusus bencana

“...misalnya logistik untuk bantuan kemarin siapa yang menyumbang dia sendiri yang membawa gitu...” (04)

Rumah sakit Kabanjahe belum memiliki SOP pendistribusian logistik kebencanaan, padahal SOP tersebut diperlukan agar pihak donatur memiliki alur penyampaian bantuan yang jelas dan rumah sakit dapat mengetahui jumlah kekurangan dan kebutuhan logistik rumah sakit.

### Monitoring dan evaluasi

Bidang diklat RSUD Kabanjahe tidak memiliki data resmi jumlah dokter yang sudah pernah mengikuti pelatihan ATLS/ACLS.

“...2014 kurasa kemarin udah ada itu pelatihan ATLS dan ACLS. Dokter umum kemarin itu, entah ada 3 atau 4...” (03)

Namun informan yang sudah mengikuti pelatihan tersebut mengakui bahwa sertifikat pelatihan mereka tersebut sudah *expired*, karena masa berlaku sertifikat tersebut hanya untuk 3 tahun saja.

“...ada, tapi udah lama. ACLS tahun berapa ya, kayaknya udah mau mati pun itu, ACLS ATLS udah lama. 4 tahun yang lalu. Itu berlakunya 3 tahun...” (07).

Pelatihan penanggulangan kebakaran merupakan salah satu pelatihan yang diperlukan untuk menanggulangi bencana gempa, karena salah satu bencana sekunder yang dapat terjadi akibat gempa adalah

kebakaran. Rumah sakit Kabanjahe telah melakukan pelatihan Kebakaran yang difasilitatori dari rumah sakit Adam Malik Medan.

Rumah sakit Kabanjahe belum pernah melakukan simulasi untuk mengantisipasi terjadinya bencana alam gempa bumi. Informan juga sudah pernah membayangkan bahwa gempa bumi dapat mengakibatkan jatuh korban di internal rumah sakit. Namun untuk menanggulangi kemungkinan terjadinya bencana tersebut masih hanya sebatas menyediakan jalur evakuasi dan titik kumpul saja.

“...untuk sementara gempa kita kan sudah membuat itu jalur evakuasi, satu disana satu disini... Nah masih sebatas itulah yang kami lakukan...” (04)

Rumah sakit Kabanjahe masih hanya melakukan simulasi untuk bencana kebakaran. Namun hasil simulasi tersebut tidak dilakukan evaluasi secara tertulis. Evaluasi hanya dilakukan pada saat simulasi berlangsung. Rumah sakit tidak melakukan evaluasi secara tertulis terkait pelatihan kebakaran yang mereka lakukan. Padahal evaluasi secara tertulis sangat perlu dilakukan untuk menilai perkembangan kemampuan personalia rumah sakit.

## BAHASAN

Penelitian ini menemukan bahwa rumah sakit Kabanjahe yang terletak di daerah rawan bencana belum memiliki *hospital disaster plan*. Faktor penyebab utama adalah pengetahuan pejabat struktural tentang pentingnya *hospital disaster plan* ini masih terbilang baru, setelah diadakan kerjasama dengan NGO *Mercy* dari Malaysia. Rumah sakit Kabanjahe kini masih dalam tahap pengerjaan *hospital disaster plan*.

Hal yang sama juga terjadi di Kabupaten Sleman. Penelitian menunjukkan bahwa terdapat 6 dari 19 rumah sakit yang memiliki *hospital disaster plan*. Penyebab utama 7 dari 13 rumah sakit di Kabupaten Sleman belum memiliki *hospital disaster plan* adalah kurangnya pengetahuan petugas rumah sakit tentang *hospital disaster plan* sedangkan sisanya diakibatkan oleh kurangnya anggaran serta belum adanya kebijakan dari pimpinan rumah sakit (7).

Pada kasus yang ditemukan, rumah sakit Kabanjahe dibantu *Mercy* sebagai pihak ketiga dalam pembentukan kerangka *hospital disaster plan*. Namun, pihak manajemen rumah sakit masih memiliki tugas untuk melanjutkan kerangka tersebut menjadi rencana tertulis utuh. Dalam penyelesaian *hospital disaster plan* tersebut sebaiknya rumah sakit terlebih dahulu

membentuk tim penyusun pedoman penanganan bencana rumah sakit. Tim ini bertugas menyusun *hospital disaster plan*, SOP setiap unit kerja, menyelenggarakan pelatihan dan merencanakan anggaran.

Kesiapan rumah sakit dalam mengantisipasi bencana harus terbagi pada bencana eksternal dan bencana internal. Bencana eksternal merupakan bencana yang terjadi di masyarakat, sedangkan bencana internal merupakan bencana di dalam bangunan rumah sakit. Berdasarkan hasil telaah dokumen dan wawancara mendalam ditemukan bahwa kerangka *hospital disaster plan* yang dimiliki rumah sakit masih hanya mengacu pada bencana eksternal rumah sakit. Hal ini tidak sesuai dengan tujuan umum penyusunan *hospital disaster plan*, yaitu meningkatkan kesiapsiagaan rumah sakit dalam menghadapi bencana eksternal dan internal (8).

Bila rumah sakit hanya fokus untuk bencana eksternal, maka dapat mengakibatkan terancamnya keselamatan pasien yang sedang dirawat apabila terjadi bencana di internal rumah sakit. Hal ini justru bertentangan dengan hak pasien untuk memperoleh keamanan dan keselamatan selama dalam proses perawatan di rumah sakit serta tugas rumah sakit untuk menerapkan standar keselamatan pasien dan kewajibannya untuk memiliki sistem penanggulangan bencana (9). Penyusunan *hospital disaster plan* yang komprehensif diperlukan agar layanan kesehatan rumah sakit dapat dengan terorganisasi dalam menangani dampak bencana eksternal maupun internal (10).

Penilaian risiko merupakan analisis bahaya bagi internal maupun eksternal yang perlu diwaspadai pihak rumah sakit. Informasi yang didapat akan membantu dalam menentukan ruang lingkup dan prioritas dalam penyusunan perencanaan (6).

Gempa bumi merupakan bencana yang dapat menyebabkan korban jiwa dan luka-luka. Jumlah korban bergantung pada materi bangunan, waktu kejadian gempa dan kepadatan penduduk di daerah tersebut. Angka kematian dapat mencapai 85% di dekat pusat gempa. Rasio kematian terhadap cedera menurun sesuai dengan jarak yang semakin jauh dari episenter. Bencana sekunder seperti longsor, lumpur dan kebakaran dapat menyusul paska gempa yang mengakibatkan bertambahnya korban. Jenis-jenis luka yang dapat ditimbulkan seperti trauma, terbakar, patah tulang, luka kepala dan patah tulang. Umumnya permintaan layanan kesehatan membludak pada 24 jam pertama kejadian, jika tidak segera dirawat dengan baik dapat mengakibatkan komplikasi (6).

Gempa bumi merupakan jenis bencana yang dapat mengakibatkan bencana di eksternal maupun internal

rumah sakit. Pasien rawat inap perlu mendapat perhatian karena mobilitas mereka yang terbatas yang mengakibatkan mereka lebih rentan daripada penduduk umum.

Rumah sakit Kabanjahe telah membentuk tim K3RS beserta bidang penanggulangan bencana. Namun koordinator dari bidang penanggulangan bencana tersebut bukan seorang ahli K3 dan belum pernah mengikuti pelatihan kebencanaan. Jumlah ahli K3 Bencana (K3B) pada rumah sakit yang minim menyebabkan kesiapan sumberdaya manusia menjadi sulit untuk dipenuhi. Kasus seperti ini banyak terjadi di berbagai rumah sakit yang lain di Indonesia, dimana staf yang ditunjuk untuk membidangi K3B sebagian besar tidak (belum) memahami ilmu K3 atau terbebani dengan bidang kerja ini (11).

Ilmu K3B dianggap sebagai pengetahuan baru oleh staf rumah sakit. Padahal, teori dan praktik ilmu K3B akan semakin kuat apabila dipraktikkan secara terus-menerus. Pengetahuan K3B yang rendah mengakibatkan staf bingung dalam penyusunan kebijakan, peraturan, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis dalam menyiapkan rumah sakit siaga bencana.

Tim penanggulangan bencana, idealnya dibentuk ketika sudah tersedia terlebih dahulu dokumen *hospital disaster plan*. Namun, tim penanggulangan bencana rumah sakit sudah dibentuk meskipun belum memiliki dokumen perencanaan. Hal tersebut juga terjadi di beberapa rumah sakit di Kabupaten Sleman, dimana terdapat 3 rumah sakit yang sudah memiliki tim penanggulangan bencana namun memiliki *hospital disaster plan* (7). Tidak ada *hospital disaster plan* ini mengakibatkan tidak terorganisasi aktivitas tiap anggota tim saat terjadi bencana.

Rumah sakit Kabanjahe belum memiliki komandan bencana yang jelas dan disepakati yang dapat mengakibatkan kesalahan dalam pengambilan keputusan serta *missed communication*. Komandan bencana merupakan personal yang memberikan komando dari rumah sakit secara keseluruhan dan sumber dayanya selama waktu respon bencana (6).

Bencana sering lebih diperparah akibat sistem komunikasi yang buruk. Dalam hal ini, kunci komunikasi yang efektif guna menanggulangi kondisi darurat adalah persiapan sebelum bencana. Karena pada saat bencana sedang terjadi, seluruh sumberdaya manusia yang ada tidak memiliki waktu lagi untuk berpikir, apalagi membuat rencana. Tanpa ada persiapan untuk mengantisipasi pasti akan terjadi kekacauan. Sistem penanggulangan bencana yang sudah ada akan membangun komunikasi yang efektif sehingga ketika bencana terjadi SDM dapat bekerja

sesuai dengan pedoman tersebut. Kondisi saat krisis tidak memungkinkan untuk menciptakan sistem yang baru (12).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Levinson didapat bahwa komunikasi merupakan tantangan yang dihadapi rumah sakit di kota Connecticut, New Jersey, dan Newyork saat terjadi bencana "*sandy superstorm*". Bencana tersebut mengakibatkan kerusakan tower telepon dan utilitas peralatan komunikasi. Akibatnya 47 rumah sakit kesulitan untuk berkomunikasi dengan rumah sakit dan instansi lainnya (13). Hal serupa juga terjadi di kota San Fransisco pada tahun 1971, akibat gempa bumi terjadi kerusakan bangunan di 50 rumah sakit. Kerusakan terparah terjadi di "Veteran Administration Hospital" di kota Sylmar, dimana 2 bangunan roboh. Namun bantuan dari pihak pemadam kebakaran terlambat datang, akibat telephone tidak berfungsi dan radio komunikasi milik rumah sakit berada di ruangan yang roboh. Bantuan kemudian berdatangan ketika informasi disampaikan secara oral oleh staf rumah sakit kepada pihak terkait (14). Antisipasi kejadian terparah saat bencana yang dapat dilakukan adalah rumah sakit harus mempersiapkan sistem komunikasi alternatif.

Kesiapan fasilitas untuk mengantisipasi bencana merupakan hal yang rumit, mahal serta cakupan sistem yang harus disiapkan meliputi seluruh area rumah sakit. Terbukti dari beberapa item yang dibutuhkan seperti perbaikan selokan, tenda, dan penyediaan fasilitas lainnya seperti apar, RSUD Kabanjahe dapat memenuhi ketika mendapatkan hibah dari organisasi lain. Umumnya bentuk fisik rumah sakit di Indonesia dibuat tanpa aturan dan parameter terkait K3B. Sehingga untuk membentuk rumah sakit yang mampu menghadapi bencana harus melakukan perubahan kondisi yang salah (*re-desain*) yang membutuhkan biaya yang semakin mahal (11).

Selain ketersediaan fasilitas, keselamatan fasilitas rumah sakit ketika terjadi bencana gempa bumi juga perlu dipertimbangkan. Rumah sakit diharapkan menjadi tempat yang aman selama terjadi bencana. Banyak rumah sakit yang tidak dapat beroperasi akibat kerusakan fasilitas mereka. Penelitian lain menunjukkan 70% fasilitas rumah sakit berada dalam kondisi tidak aman dan berisiko, akibatnya rumah sakit tidak dapat berfungsi maksimal akibat kerusakan fasilitas saat terjadi bencana alam gempa bumi (15).

Rumah sakit Kabanjahe tidak menganggarkan dana penanggulangan bencana karena informan masih memiliki paradigma responsif terhadap bencana. Pandangan penanggulangan bencana masih sebatas

saat dan paska terjadi bencana, sehingga pihak manajemen rumah sakit masih memiliki kekhawatiran bahwa dana yang dianggarkan akan menjadi silpa, apabila tidak terjadi bencana.

Keperluan dana rumah sakit pada saat dan paska bencana memang didapat langsung dari pemerintah, namun pihak rumah sakit dapat menganggarkan dana untuk pra bencana seperti simulasi, pelatihan dan pengadaan fasilitas. Paradigma responsif tersebut juga menjadi salah satu isu nasional. Pemerintah sendiri ingin mengubah paradigma tersebut melalui Undang-undang No. 24 Tahun 2007 tentang penanggulangan bencana, menjadi paradigma preventif yang terfokus pada pencegahan dan kesiapsiagaan. Perubahan paradigma tersebut memerlukan waktu yang lama melalui proses pendidikan (16).

Petugas kesehatan RSUD Kabanjahe yang mengikuti pelatihan kebencanaan baik itu ATLS, BTLIS masih sangat sedikit dan sebagian sudah masuk dalam masa kadaluarsa. Sehingga dapat diinterpretasikan bahwa pelatihan terhadap respon bencana masih belum cukup dan kurang kontinuitas. Penyebab kurangnya pelatihan yang diikuti oleh pelayan kesehatan di RSUD Kabanjahe karena rumah sakit tidak ada menganggarkan dana untuk pelatihan bagi mereka. Padahal kesuksesan penanganan bencana sangat bergantung terhadap kemampuan dari pelayan kesehatannya. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pelatihan dan pendidikan dapat mengevaluasi pengetahuan, kemampuan, dan sikap pelayan kesehatan saat merespon bencana. Program pelatihan akan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan ketika konten, metode dan strategi yang dilakukan cocok dengan partisipannya (17,18). Dibalik itu didapati bahwa pelayan kesehatan juga memiliki ketertarikan untuk mengetahui peran mereka ketika terjadi bencana (19). Pendidikan dan pelatihan untuk emergensi sebaiknya dilakukan secara berkesinambungan agar pelayan kesehatan dapat mengembangkan dan mengaplikasikan ilmu dan kemampuan untuk memenuhi tuntutan peran mereka sebagai pelayan kesehatan (18).

Rumah sakit Kabanjahe belum melakukan simulasi bencana kecuali simulasi penanganan kebakaran sebagai syarat akreditasi. Padahal petugas kesehatan berhak untuk mendapatkan pelatihan dan ujian secara teratur tentang tugas mereka sewaktu bencana, sehingga mereka dapat mempraktekkan peran dan tanggung-jawab mereka diluar tugas rutin mereka. Kesiapan rumah sakit untuk menanggulangi bencana bergantung pada kesediaan persiapan serta simulasi. Rencana yang sudah dibuat namun belum diujikan akan menghasilkan pelayanan yang lebih buruk

ketimbang tanpa ada rencana sama sekali, karena hal ini dapat menimbulkan kesan yang keliru tentang keamanan dan tingkat kesiapan rumah sakit.

## SIMPULAN

Rumah Sakit Umum Kabanjahe belum siap untuk mengantisipasi bencana alam gempa bumi. Komponen kebijakan, analisis risiko bencana, komunikasi, pembiayaan dan monitoring evaluasi belum sesuai dengan standar yang ditetapkan. Komponen organisasi dan fasilitas yang dimiliki rumah sakit Kabanjahe sudah tersedia secara kuantitas, namun belum dikaji dan dikaji untuk mengantisipasi bencana.

Manajemen rumah sakit perlu untuk membentuk tim penyusun pedoman penanganan bencana rumah sakit. Rumah sakit umum agar membuat pedoman perencanaan penyiagaan bencana bukan hanya untuk eksternal rumah sakit, melainkan sekaligus untuk internal dan eksternal. Rumah sakit Kabanjahe harus melakukan penguatan terhadap komponen kebijakan, analisis risiko bencana, komunikasi, pembiayaan dan monitoring evaluasi.

### Abstrak

**Tujuan:** Penelitian ini menilai kesiapsiagaan RSUD Kabanjahe dalam menanggulangi bencana alam gempa bumi, mendeskripsikan hambatan dan peluang dalam membentuk rumah sakit siaga bencana serta ketersediaan komponen *hospital disaster plan*. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan rancangan penelitian studi kasus. Penelitian ini mengkaji fenomena kontemporer tentang kesiapsiagaan rumah sakit Kabanjahe dalam mengantisipasi bencana alam gempa bumi. **Hasil:** Rumah sakit Kabanjahe belum siap mengantisipasi bencana alam gempa bumi serta belum selesai dalam membuat *hospital disaster plan*. **Simpulan:** Hambatan untuk membentuk rumah sakit siaga bencana antara lain masih belum tersedia anggaran untuk penanggulangan bencana, kurang personalia rumah sakit yang memahami K3B, belum mengikuti pelatihan penyusunan *hospital disaster plan*, pelatihan kebencanaan serta rumah sakit belum pernah melaksanakan simulasi kebencanaan. Sedangkan peluang yang ada adalah rumah sakit Kabanjahe sudah bekerja sama dengan instansi lain dalam pemenuhan fasilitas dan penyusunan rencana.

Ketersediaan rumah sakit untuk komponen kebijakan, analisis risiko bencana, komunikasi, pembiayaan serta monitoring evaluasi belum sesuai dengan standar, sedangkan komponen organisasi dan fasilitas sudah tersedia secara kuantitas namun belum diorganisir untuk mengantisipasi bencana.

**Kata kunci:** kesiapsiagaan; rumah sakit; bencana alam; gempa bumi

## PUSTAKA

1. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional & Badan Nasional Penanggulangan Bencana. Rencana Aksi Nasional Pengurangan Risiko Bencana 2010-2012, Jakarta;2010. Available at: [www.gitews.org](http://www.gitews.org)
2. Tarigan, J., Karakteristik Gempa Sumatera Utara. Waspada, p.4. Available at: [https://issuu.com/waspada/docs/waspada\\_selasa\\_6\\_oktober\\_2009/6](https://issuu.com/waspada/docs/waspada_selasa_6_oktober_2009/6).
3. Mulyasari F. Kesiapsiagaan Rumah Sakit di Jepang: Pembelajaran Untuk Aceh. Samadi et al., eds. Aplikasi Sains dan Teknologi Pada Pengurangan Risiko Bencana. Banda Aceh. 2014:115-24.
4. Ginting K. Pengaruh Pola Kepemimpinan Dan Metode Penugasan Tim Terhadap Motivasi Kerja Perawat Pelaksana Di RSUD Kabanjahe Tahun 2012 (Master's thesis).
5. Suparyogo I. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta. 2001.
6. Departemen Kesehatan RI. Hospital Preparednes for Emergencies & Disasters (HOPE),2007.
7. Kudiyanana. Analisis Sistem Kesiapsiagaan Rumah Sakit Umum Dalam Menghadapi Bencana di Kabupaten Sleman. Universitas Gadjah Mada;2014.
8. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Perencanaan Penyiagaan Bencana Bagi Rumah Sakit, Jakarta;2009.
9. Presiden RI. UU No 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Indonesia;2009.
10. Lakbala P. Hospital workers disaster management and hospital nonstructural: a study in Bandar Abbas, Iran. Global journal of health science. 2016 Apr;8(4):221.
11. Hariyono W. Analisis Kesiapan Menghadapi Akreditasi Pada Pelayanan Administrasi dan Manajemen Di Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Kabupaten Bantul (Telaah Pembandingan Pada Akreditasi Rumah Sakit Bidang Pelayanan K3B). Kes Mas: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat. 2014 Jan 5;7(2).
12. Departemen Komunikasi & Informatika Badan Informasi Publik. Memahami Bencana, Jakarta;2008.
13. Levinson DR, General I. Hospital Emergency Preparedness and Response During Superstorm Sandy. Washington, DC: US HHS Office of the Inspector General. Published Sept. <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-13-00260.pdf>. 2014 Sep.
14. Reitherman R. Application of earthquake engineering information in hospital emergency response and recovery. Consortium of Universities

- for Research in Earthquake Engineering, Richmond, California. 2004;7.
15. Djalali A, Ardalan A, Ohlen G, Ingrassia PL, Della Corte F, Castren M, Kurland L. Nonstructural safety of hospitals for disasters: A comparison between two capital cities. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2014 Apr;8(2):179-84.
  16. Nuryati. Kesiapsiagaan Dinas Kesehatan Kabupaten Karo Mengantisipasi Bencana Di Kabupaten Karo Provinsi Sumatera Utara. Universitas Padjajaran;2012.
  17. Well E, First F, Dignity P, it Out W, Training CB. Establishing a 'train the trainer' education model for clinical skills development. *Nursing older people*. 2008 Jun 1;20(5).
  18. Gould D, Berridge EJ, Kelly D. The National Health Service Knowledge and Skills Framework and its implications for continuing professional development in nursing. *Nurse Education Today*. 2007 Jan 1;27(1):26-34.
  19. Al Khalaileh MA, Bond E, Alasad JA. Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *International Emergency Nursing*. 2012 Jan 1;20(1):14-23.