BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Perawat

2.1.1 Definisi Perawat

Definisi perawat berdasarkan UU RI. No. 23 tahun 1992 mengenai kesehatan, perawat merupakan mereka yang mempunyai kemampuan dan wewenang melakukan tindakan keperawatan dari ilmu yang dimiliki dan diperoleh melalui pendidikan keperawatan.

Menurut Tyalor C Lillis C Lemone (1989) mendefinisikan perawat merupakan seseorang yang berperan dalam merawat, membantu dan melindungi seseorang akibat sakit, luka dan proses penuaan.

Definisi perawat berdasarkan ICN (*international council of nursing*) tahun 1965, perawat merupakan seseorang yang telah menyelesaikan sekolah di pendidikan keperawatan yang memenuhi persyaratan dan berwenang di negeri yang bersangkutan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bertanggung jawab dalam peningkatan mengenai kesehatan, pencegahan penyakit dan pelayanan penyakit (Ritonga et al. 2020).

2.1.2 Fungsi Perawat

Menurut kozier, 1999 adapun fungsi perawat ada tiga yang dijalankan sesuai peran dan fungsinya dalam memberikan pelayanan kesehatan dan disesuaikan dengan kondisi pasien pada saat itu, antara lain (Ritonga et al. 2020) :

1. Fungsi independen

Dalam hal ini, perawat memiliki hak untuk membuat keputusan independen dan mengambil tindakan terbaik berdasarkan pengetahuan mereka tentang perawatan. Perilaku mandiri harus didasarkan pada pengetahuan keperawatan. Selain itu, keputusan dan tindakan perawat sepenuhnya menjadi tanggung jawab pengasuh tanpa melibatkan pihak lain.

2. Fungsi dependen

   Perawat dapat menjalankan perintah dari dokter seperti pemasangan infus, pemberian obat, pengambilan sampel darah, penyuntikan dan sebagainya. Berbeda dari fungsi sebelumnya yang menjadi tanggung jawab penuh perawat, maka dalam fungsi ini yang bertanggung jawab secara penuh adalah dokter

3. Fungsi interdependen

   Dalam fungsi ini, perawat dapat bekerjasama dengan berbagai pihak lain yang terlibat dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik, seperti dokter, ahli gizi, fisioterapis dan ahli untuk memberikan tindakan keperawatan bagi pasien. misalnya dalam merawat pasien diabetes, perawat akan bekerja sama dengan ahli gizi dalam menentukan kebutuhan asupan makanan pasien.

2.1.3 Peran Perawat Dalam Tahapan Penanggulangan Bencana

Perawat sangat diperlukan dalam tahapan penanggulangan bencana, baik sebelum, selama maupun sesudahnya. Kompetensi inti keperawatan adalah kemampuan untuk mengobati cedera dan penyakit, membantu individu dan keluarga yang menderita penyakit fisik dan mental, serta bekerja untuk

meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat. Selain itu, perawat harus memahami bagaimana rencana penanggulangan bencana dibuat di semua tahapan bencana sebelum memenuhi tugasnya. Menurut (Kurniadi 2021) adapun peran perawat dalam tahapan penanggulangan bencana :

a. Peran perawat pada tahap pra bencana

1) Pada fase pra bencana, perawat dapat melakukan tugas-tugas seperti: Memberikan pelatihan dan pendidikan kesiapsiagaan masyarakat yang bertujuan untuk mengurangi risiko bencana melalui latihan simulasi penanggulangan bencana dan memberikan pertolongan pertama pada korban luka di lokasi bencana.
2) Bekerja sama untuk mengidentifikasi risiko bencana, terutama untuk kelompok risiko seperti lansia, cacat, anak kecil dan perempuan yang lainnya bertujuan untuk mengurangi kematian dan kesakitan, membantu dan mendukung pengembangan strategi untuk mengurangi dampak berbahaya dari bencana.
3) Mengidentifikasi sumber daya dengan membangun sistem komunikasi yang baik antar pemangku kepentingan untuk meningkatkan perencanaan bencana, yang dapat mengurangi mortalitas dan morbiditas saat terjadi bencana.

b. Peran perawat dalam tahap saat bencana

Perawat harus memahami UU RI No. 24 Tahun 2007 tentang tanggap darurat, yaitu:

1) Memperhatikan peringatan dini bencana yang diberikan oleh pemerintah/pemerintah kota atau instansi pemerintah kabupaten
2) Relokasi situs ke area pos yang ditunjuk

3) Evakuasi korban atau harta benda
4) Setelah itu dilakukan penilaian risiko bencana dengan membuat daftar kebutuhan dasar masyarakat
5) Pencegahan dan pengendalian pengungsi
6) Peningkatan sarana dan prasarana. Pada saat yang sama, perawat dapat menyusun daftar informasi tentang korban dan meneruskannya ke Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) atau dinas sosial.

c. Peran perawat dalam pemulihan.

Selama fase pemulihan, perawat dapat terlibat dengan konseling atau pembinaan untuk membantu orang kembali ke kehidupan normal. Membantu memulihkan kondisi fisik yang membutuhkan pemulihan jangka panjang untuk kembali normal, bahkan dalam kondisi dimana terjadi kecacatan. Saat ini, banyak korban yang sudah tidak mampu lagi, sehingga menjadi tanggung jawab mereka sebagai pengasuh untuk membiayai perawatan dan pengobatan sampai mereka mampu secara finansial dan sosial. Fase pemulihan terdiri dari:

1) Rehabilitasi ditujukan untuk memulihkan kondisi daerah bencana dimana kondisi normal atau lebih baik sama sekali tidak aman
2) Rekonstruksi. yang bertujuan untuk membangun kembali sarana dan prasarana yang rusak akibat bencana dengan lebih baik dan lebih lengkap. Upaya termasuk misalnya :
    a. Perbaikan lingkungan dan sanitasi
    b. Peningkatan pelayanan kesehatan
    c. Pemulihan Psikososial

2.1.4 Kompetensi Perawat Dalam Menghadapi Bencana

Sebagai kelompok profesional kesehatan berdedikasi terbesar yang bekerja dalam situasi sulit dengan sumber daya terbatas, perawat memainkan peran penting dalam bencana dengan melayani sebagai responden pertama, tenaga kesehatan, mengkoordinasi perawatan dan fasilitas, informan atau pendidikan dan pembimbing. Namun, sistem kesehatan dan penyampaian layanan kesehatan dalam situasi bencana hanya berhasil jika perawat memiliki pengetahuan bencana dasar atau dapat merespons dengan cepat dan efektif (Al-Maaitah et al. 2019)

Ketika mengembangkan keahlian, struktur organisasi didefinisikan untuk memastikan semua aspek manajemen bencana masuk dalam keahlian tersebut. Rangkaian Penanggulangan Bencana dipilih sebagai struktur organisasi karena sejumlah alasan, diantaranya proses yang diakui secara global, peran perawat yang diintegrasikan ke dalamnya, memberikan cara yang konsisten untuk mengatur keterampilan dan meningkatkan kemampuan untuk mengembangkan kurikulum yang mengintegrasikan bencana. Kompetensi ini dikelompokkan menjadi empat bidang yaitu komponen mitigasi/pencegahan, kompetensi kesiapsiagaan, kompetensi respon, dan kompetensi pemulihan/rehabilitasi. Dalam 4 bidang tersebut terdapat 10 domain yaitu :

1) Pengurangan resiko, promotif dan preventif
2) Pengembangan dan rencana kebijakan
3) Praktik etis, hukum dan tanggung jawab
4) Komunikasi dan pertukaran informasi
5) Pelatihan dan kesiapan
6) Peduli terhadap masyarakat

7) Perawatan terhadap individu dan keluarga
8) Pengobatan psikologi
9) Penanganan kelompok rentan
10) Pemulihan jangka panjang individu, keluarga dan masyarakat

(Annals et al. 2009)

2.1.5 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kesiapan Perawat

Faktor yang mempengaruhi kesiapan perawat adalah perbedaan individu meliputi usia, lama bekerja, pengalaman penguatan sebelumnya dan pengalaman dalam evakuasi (Baack 2011). Faktor pertama adalah perbedaan individu. Menurut Ogedegbe (2012) usia & pengalaman kerja mempengaruhi kinerja fungsi perawat terutama dalam situasi penguatan, perawat junior tentu lebih memiliki semangat yang tinggi menurut perawat senior. Namun tindakan perawat senior lebih berpengalaman, teliti & cepat menurut perawat junior.

Lamanya masa kerja dibagi menjadi empat kategori (≤ 1 tahun, 2-lima tahun, 6-10 tahun & > 10 tahun), pengukuran lama kerja perawat dapat dilakukan dengan 3 cara yaitu, yang pertama kelayakan karyawan yang merupakan kriteria mengenai persyaratan perawat, kedua, karakteristik individu yang berkaitan dengan senioritas dan junioritas yang seringkali dipercaya dan diyakini sebagai karyawan yang relatif senior dipandang memiliki kinerja yang tinggi, sedangkan yang junior masih perlu dikembangkan dan dibina lagi, yang ketiga kualitas kinerja pegawai yang dilihat dari produktivitas dan disiplin kerja seseorang, sehingga dapat memberikan informasi tentang kemampuan kerja perawat dalam minat dan bakat yang dimiliki. Perawat secara aktif terlibat dalam perencanaan & kesiapan.

Perawat harus memiliki keterampilan dan pengetahuan teknis sehingga mereka dapat membantu dalam kesiapsiagaan dan selama fase pemulihan. Menurut Zarea, dkk (2014) perawat dan dokter merupakan ujung tombak kesehatan saat terjadi bencana dan mengirimkan bantuan saat terjadi kondisi darurat. Menurut Savage & Kub (2009) perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, baik darurat maupun berkelanjutan, misalnya perawatan bayi baru lahir, pendidikan, pengenalan masyarakat, mengidentifikasi penyakit dan imunisasi, serta saat kesiapsiagaan dan tanggap bencana. Menurut Stevenson (2008) tim pelayanan kesehatan harus siap menghadapi kasus kesehatan jiwa pasca bencana. Hal ini berlaku tidak hanya untuk petugas kesehatan yang terlatih untuk menangani masalah psikologis tetapi juga untuk menangani stres pascatrauma, depresi dan masalah sosial ekonomi di masyarakat.

Oleh karena itu, penting untuk mengetahui tingkat komitmen kerja seorang perawat karena dapat mempengaruhi kinerja dan fungsi diri perawat. Selain itu, kompetensi individu semakin tinggi ketika individu memiliki banyak pengalaman. Menurut ANA (2002) kebijakan forum penanggulangan bencana wajib mengembangkan kebijakan internal dengan memperhatikan jumlah perawat yang memiliki pendidikan kesiapsiagaan bencana. Dalam memberikan pelayanan kesehatan dan pendidikan harus dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun dengan tujuan perawat memiliki pengetahuan tentang kebijakan penanggulangan bencana (Wahidah 2016).

2.2 Konsep SPGDT

2.2.1 Definisi SPGDT

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) merupakan sistem pelayanan terpadu multiprofesional dan multidisiplin. Pelayanan untuk keadaan darurat secara terpadu, mulai dari pelayanan pra rumah sakit, pelayanan rumah sakit dan sistem rujukan. SPGDT didirikan pada tanggal 15 November 2000 dengan Deklarasi Makassar. Salah satu program mereka adalah mengupayakan peningkatan dan penggunaan fasilitas yang ada untuk menjamin rasa aman dan sehat, yang merupakan bagian dari hak asasi manusia dan sosial dari SPGDT harian dan bencana secara keseluruhan efektif dan efisien. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 menyebutkan bahwa SPGDT adalah pelayanan kegawatdaruratan korban/pasien terpadu berbasis call center dengan menggunakan kode akses telekomunikasi 119 dan melibatkan masyarakat (Riza Fikriana 2018).

Di Indonesia, SPGDT atau biasa disebut EMS (Pelayanan Medis Darurat) di negara lain belum menunjukkan hasil yang maksimal, sehingga banyak masyarakat yang mengeluh ketika membutuhkan pelayanan kesehatan. Meskipun hampir setiap kota di negara kita memiliki unit gawat darurat dari semua jenis rumah sakit, baik rumah sakit pemerintah maupun swasta, berbagai jenis layanan ambulan dan berbagai institusi kesehatan lainnya, namun integrasi perawatan pasien gawat darurat tidak sistematis, justru kurang komunikasi yang baik antara fasilitas, pelayanan kesehatan dan petugas kesehatan, terutama dengan masyarakat pengguna, tampaknya berjalan sendiri-sendiri (Yudhanto et al. 2021).

2.2.2 Tujuan SPGDT

SPGDT bertujuan untuk memberikan pertolongan pertama pada keadaan darurat medis, memberikan bantuan rujukan ke rumah sakit yang tersedia, dan mengkoordinasikan layanan informasi pengobatan yang ditemui pasien sebelum menerima perawatan medis rumah sakit (Yudhanto et al. 2021).

2.2.3 Pengembangan Program Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)

Adapun bentuk program dari SPGDT yang terdiri dari 4 tahapan, yaitu :

1. Sistem komunikasi

   Sistem komunikasi ini dikelola oleh pusat komando nasional berbasis call center dengan menggunakan kode telekomunikasi 119, terintegrasi dengan PSC dan layanan kesehatan serta terhubung dengan kepolisian, pemadam kebakaran, dll.

2. PSC (Public Safety Center)

   PSC merupakan service center yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal-hal yang berkaitan dengan situasi darurat/menjadi garda terdepan pelayanan untuk respon cepat. Menurut keputusan Menteri Kesehatan, kabupaten atau kota di seluruh Indonesia wajib menetapkan dan melaksanakan program PSC sesuai dengan kemampuan dan kapasitas masing-masing daerah. Bagian penting dari implementasi program PSC adalah perlunya sistem yang mencakup peraturan hukum internal, call center, alur/SOP koordinasi, kebijakan masing-masing satuan kerja perangkat daerah (SKPD), jaringan kerjasama dan hal-hal yang terkait

dengan kebutuhan koordinasi, termasuk lintas kerjasama, lintas batas sektor atau instansi terkait lainnya dalam mekanisme pendanaan PSC.

3. NCC (National Command Center)

   Pusat Komando Nasional bertanggung jawab kepada Kementerian Kesehatan dan memiliki tanggung jawab sebagai berikut, memilah panggilan, meneruskan ke PSC, dokumentasi, pemantauan serta pelaporan dan evaluasi.

4. Fasilitas layanan kesehatan

   Untuk ketersediaan pelayanan kesehatan, terdapat rumah sakit, klinik dan puskesmas yang dapat memberikan pelayanan kegawatdaruratan sesuai SOP dengan pendekatan multidisiplin. Untuk rumah sakit harus memperbaharui informasi rumah sakit.

2.2.4 Landasan Hukum SPGDT

1. UU No 36 Th 2009 pasal 85, tentang kesehatan
   1) Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, hak pemerintah maupun swasta wajib memberikan pelayanan kesehatan pada bencana bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan'
   2) Fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang menolak pasien atau meminta uang muka terlebih dahulu
2. UU No 44 Th 2009 pasal 29, tentang Rumah sakit
   1) Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban
      a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit

b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
h. Menyelenggarakan rekam medis;
i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
j. Melaksanakan sistem rujukan;
k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;

l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana.

3. Kepmenkes 856/2009 tentang standar IGD RS

   Setiap RS wajib memiliki standar Instalasi Gawat Darurat sehingga dapat memberikan pelayanan dengan respon cepat dan penanganan yang tepat serta pelayanan gadar wajib memiliki kemampuan seperti : mampu melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gadar dan melakukan resusitasi dan stabilisasi (life saving)

2.3 Konsep Bencana

2.3.1 Definisi Bencana

Menurut UN ISDR 2004 bencana adalah peristiwa besar yang mengganggu aktivitas masyarakat dan menyebabkan kerusakan hingga kerugian dalam hal materi, ekonomi, ekologi atau melebihi kemampuan manusia yang terkena dampak untuk bertahan hidup dengan sumber dayanya sendiri**.** Pengertian bencana dalam Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2007 terkait penanggulangan bencana, menyebutkan bahwa bencana adalah rangkaian peristiwa yang menimpa kehidupan masyarakat akibat bencana alam maupun non alam yang mengancam nyawa dan mengganggu aktivitas manusia hingga kehilangan aset, kerusakan, kerugian serta mengganggu psikologis. (Sholichin 2021)**.**

2.3.2 Klasifikasi Bencana

Menurut (Arsyad 2017b) di dalam Undang Undang No 24 Tahun 2007 bencana dikelompokkan menjadi 3 yaitu :

1. Bencana alam

   Bencana alam adalah bencana yang ditimbulkan oleh fenomena alam seperti banjir, gempa bumi, tanah longsor, tsunami, gunung meletus, dan kekeringan

   a. Banjir

      Banjir adalah bencana yang sering terjadi di Indonesia. Banjir merupakan sebagian fenomena alam berhubungan dengan aktivitas manusia yang timbul akibat pengumpulan beberapa faktor, yaitu: curah hujan, keadaan sungai dan keadaan pasang surut laut. Potensi risiko banjir saat ini karena kondisi sungai yang rusak, kerusakan wilayah daerah tangkapan air, keadaan tata ruang wilayah, rencana pembangunan yang kurang sistematis dan kelalaian masyarakat. (Arsyad 2017b)

      Indonesia adalah negara dengan banyak kota - kota besar dengan kepadatan penduduk di suatu daerah, salah satunya di kota Jakarta atau kota dengan sebutan metropolitan yang hampir semua kegiatan terjadi di kota, sehingga banyaknya lapangan pekerjaan yang tersedia. Semakin banyak penduduk maka semakin banyak pula permukiman yang kumuh, bahkan hunian tersebut dibangun di tepian sungai yang mengganggu aliran air. Pembangunan sarana tempat tinggal di bantaran sungai mengakibatkan penyempitan aliran air sungai,

sehingga menyebabkan sungai meluap dan mengakibatkan banjir. Selain itu, dengan jumlah penduduk Jakarta yang besar, jumlah sampah pun bertambah, sehingga menjadi penyebab kedua terjadi banjir di Jakarta. (Purnama 2017)

b. Gempa bumi

Gempa bumi adalah getaran yang terjadi di permukaan bumi akibat pelepasan energi dari dalam secara tiba tiba yang menciptakan gelombang seismik. Gempa bumi biasa disebabkan oleh pergerakan kerak bumi, jika gempa berpusat di dasar laut maka bisa menyebabkan tsunami. Peristiwa yang diakibatkan oleh gempa bumi antara lain terjadinya kerusakan sarana/fasilitas (rumah, sekolah, rumah sakit, bangunan lainnya), pembangunan infrastruktur fisik (jalan, jembatan, bendungan, laut/bandara, jaringan listrik dan telekomunikasi, dll) dan bencana susulan berupa tsunami dan korban berjatuhan serta panik.

c. Tanah longsor

Tanah longsor adalah pergerakan massa tanah atau batuan, atau kombinasi dari keduanya, yang turun atau keluar dari suatu lereng dan diakibatkan oleh terganggunya kestabilan tanah atau batuan pembentuk lereng tersebut. Pergerakan bumi ini dipicu oleh hujan deras, lereng bebatuan yang tidak stabil. Bencana yang ditimbulkan adalah relokasi atau penutupan bangunan akibat gerakan tanah longsor.

d. Tsunami

Gelombang air besar yang disebabkan oleh gempa di dasar laut, letusan gunung berapi bawah laut. Namun, tidak semua fenomena

tersebut dapat memicu terjadinya tsunami. Syarat utama terbentuknya tsunami adalah deformasi (deformasi berupa pengangkatan atau tenggelamnya badan batuan yang terjadi secara tiba-tiba dalam skala besar) di bawah laut. Ada empat faktor gempa bumi yang dapat menyebabkan tsunami, yaitu, pusat gempa berada di laut, intensitas gempa tinggi, kedalaman gempa dangkal, dan terjadi deformasi vertikal dasar laut.

e. Gunung meletus

Gunung meletus adalah peristiwa yang terjadi akibat terdorongnya keluar endapan magma di dalam perut bumi oleh gas yang intensitasnya tinggi. Indonesia merupakan bagian dari Cincin Api Pasifik atau gunung berapi aktif di dunia. Cincin Api Pasifik membentang dari pantai barat Amerika Selatan, berlanjut di sepanjang pantai barat Amerika Utara dan meliputi Kanada, Semenanjung Kamnachka, Jepang, Indonesia, Selandia Baru, dan Kepulauan Pasifik Selatan. Ada sekitar 240 gunung berapi di Indonesia, hampir 70 di antaranya masih aktif. Pada letusan gunung api, bencana dapat disebabkan oleh material letusan yang jatuh, awan panas, aliran lahar, gas beracun, abu vulkanik, dan bencana sekunder berupa aliran lahar yang dapat merusak seluruh jaringan irigasi.

f. Kekeringan

Keadaan kekurangan pasokan air pada suatu daerah dalam masa yang berkepanjangan. Berbagai daerah di Indonesia mengalami kekeringan hampir setiap musim kemarau. Hal ini terkait erat dengan

semakin berkurangnya peran bumi sebagai penampung air. Penurunan aktivitas ini diduga karena rusaknya ekosistem akibat penggunaan lahan yang berlebihan. Akibat dari kekeringan ini adalah gagal panen, akibat paling buruk dari kekurangan pangan adalah banyak gejala kekurangan gizi bahkan kematian.

2. Bencana non alam

   Bencana non alam adalah bencana yang disebabkan oleh peristiwa non alam atau karena ulah dan kelalaian manusia diantaranya berupa kegagalan teknologi, modernisasi dan wabah penyakit. Hasilnya, peristiwa ini berupa gagalnya memajukan teknologi, gagalnya melakukan modernisasi, ataupun wabah penyakit yang bisa menjadi pandemic dan endemic.

3. Bencana sosial

   Bencana sosial adalah sebuah peristiwa yang sudah biasa terjadi di masyarakat seperti konflik, aksi teror, perang antar suku, agama dan ras, perebutan kekuasaan dan sabotase. Sehingga keadaan suatu kelompok masyarakat tidak bisa dikendalikan, serta mengabaikan tata tertib yang disepakati.

2.3.3 Dampak Bencana

a. Jumlah korban yang terdampak bencana
b. Layanan kesehatan yang tidak ada pergerakan
c. Morbiditas dan mortalitas meningkat
d. Jumlah anak kurang gizi meningkat
e. Rusaknya sarana dan prasarana

2.4 Konsep Manajemen Bencana

2.4.1 Definisi Manajemen Bencana

Manajemen bencana dapat didefinisikan sebagai upaya atau kegiatan yang berkaitan dengan pencegahan bencana, mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat dan pemulihan yang dilakukan pra bencana, tanggap pada saat bencana dan pasca bencana. Manajemen bencana adalah proses dinamis yang dikembangkan menjadi manajemen klasik seperti perencanaan, pengorganisasian, membagi tugas, arahan dan pengendalian. Proses tersebut juga melibatkan berbagai organisasi yang kerja sama dalam pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat dan rehabilitasi (Arsyad 2017a). Bencana merupakan akibat dari terjadinya kejadian luar biasa (bahaya) di suatu masyarakat yang rentan, sehingga masyarakat tidak dapat menahan berbagai akibat dari suatu kejadian luar biasa. Pada dasarnya, tujuan dari manajemen bencana adalah untuk menyelamatkan manusia dari bencana dengan cara mengurangi kemungkinan situasi berbahaya atau mengatasi kerentanan. Dalam UU No. 24. Tahun 2007 “Penyelenggaraan penanggulangan bencana merupakan rangkaian upaya yang meliputi penyusunan strategi pengembangan risiko bencana, upaya pencegahan bencana, upaya tanggap darurat, dan rehabilitasi.” Adapun 5 model manajemen bencana yaitu : (Purnama 2017).

a. Disaster management continuum model

   Model ini mungkin yang paling terkenal karena terdiri dari langkah-langkah yang jelas sehingga mudah dilaksanakan. Dalam model ini tahapan penanggulangan bencana adalah krisis, pertolongan, rehabilitasi, rekonstruksi, mitigasi, kesiapsiagaan dan peringatan dini.

b. Pre-during-post disaster model

Model ini membagi langkah-langkah tindakan seputar bencana. Ada kegiatan yang harus dilakukan sebelum bencana, saat bencana dan setelah bencana. Model ini sering digabungkan dengan model kesinambungan penanggulangan bencana.

c. Contract-expand model

Model ini mengatakan bahwa semua tahapan penanggulangan bencana (krisis, tanggap darurat, rehabilitasi, rekonstruksi, mitigasi, kesiapsiagaan dan peringatan dini) harus terus dilakukan di daerah yang rawan bencana. Perbedaan kondisi bencana dan non bencana yaitu pada saat bencana terjadi tahapan tertentu yang lebih maju (darurat dan tanggap darurat) sementara langkah lain seperti rehabilitasi, rekonstruksi dan mitigasi dianggap kurang penting.

d. The crunch and release model

Penanggulangan bencana ini menekankan pada upaya pengurangan kerentanan untuk mencegah bencana. Ketika masyarakat tidak rentan, kemungkinan terjadinya bencana lebih kecil, meskipun bahaya tetap ada.

e. Disaster risk reduction framework

Model ini menekankan kontribusi manajemen bencana untuk mengidentifikasi risiko bencana berupa kerentanan dan bahaya, serta mengembangkan kapasitas untuk mengurangi risiko.

2.4.2 Tahapan Manajemen Bencana

Menurut UU 24/2007 dalam (Fillah et al. 2016), penanggulangan bencana adalah serangkaian tindakan yang meliputi penyusunan strategi pengembangan risiko bencana atau pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, rehabilitasi dan

rekonstruksi. Kegiatan tersebut masing-masing memiliki tugas dan tujuan yang berkaitan dengan penanggulangan bencana alam pra bencana, saat bencana dan setelah bencana dan sangat penting dalam menghadapi bencana alam. Dalam mengatasi penanggulangan bencana, ada 3 tahapan yang dilaksanakan diantaranya :

1. Pra bencana
    a. Pencegahan

        Menurut Smith 1992 pencegahan adalah tindakan untuk mengurangi secara tuntas atau secara signifikan konsekuensi ancaman melalui pengelolaan dan transformasi fisik dan lingkungan. Langkah-langkah ini bertujuan untuk menekan ancaman dengan mengurangi tekanan, mengatur dan mendistribusikan energi atau material ke area yang lebih luas atau dalam jangka waktu yang lebih lama (Sholichin 2021).

    b. Mitigasi

        Tindakan untuk mengurangi risiko bencana dan dampak bencana terhadap masyarakat yang tinggal di daerah rawan bencana, baik melalui pembangunan fisik maupun melalui peningkatan kesadaran dan penguatan kemampuan menghadapi ancaman bencana (Arsyad 2017b). Menurut Smith 1992 tindakan mitigasi mencakup tindakan yang tidak direncanakan seperti tindakan peraturan, pemberian sanksi dan penghormatan untuk mendorong perilaku yang lebih tepat, serta informasi dan komunikasi untuk memungkinkan orang membuat keputusan yang tepat. Merencanakan kegiatan, termasuk investasi

modal, untuk membangun struktur tahan bencana dan/atau memperbaiki struktur yang ada agar lebih tahan bencana (Sholichin 2021).

c. Kesiapsiagaan

Tahap kesiapsiagaan adalah tahap untuk mengantisipasi bencana yang dilakukan dengan mempertimbangkan berbagai tindakan untuk meminimalkan kerugian akibat bencana dan membuat rencana sehingga pekerjaan pertolongan dan pemeliharaan yang efektif dapat dilakukan jika terjadi bencana (Sholichin 2021). Kesiapsiagaan ini sebenarnya merupakan bagian dari manajemen kedaruratan, namun letaknya sebelum terjadinya bencana. Ada juga peringatan dini pada tahap ini, yaitu serangkaian tindakan untuk mewaspadai masyarakat terhadap potensi bencana dari fasilitas yang disetujui sesegera mungkin (Arsyad 2017a).

2. Saat bencana

Saat bencana adalah fase tanggap darurat. Tanggap darurat adalah fase mengambil berbagai tindakan darurat yang nyata untuk melindungi diri sendiri atau harta benda. Pada fase ini dilakukan tindakan penyelamatan dan pertolongan serta tindakan pertolongan pertama bagi korban luka akibat bencana. Selain "fungsi penyelamatan dan pertolongan/pelayanan medis darurat", level ini juga mencakup perawatan orang-orang yang terluka selama mengungsi atau dievakuasi, serta langkah-langkah untuk mengatasi masalah kesehatan selama pemulihan di pengungsian (Sholichin 2021).

Langkah-langkah yang dilaksanakan secara konkrit adalah:

a. petunjuk evakuasi
b. pencarian dan penyelamatan korban
c. Memastikan keamanan di lokasi bencana
d. Penilaian kerusakan bencana
e. Distribusi dan pengerahan peralatan dalam situasi darurat
f. Pengiriman dan pengiriman barang material
g. Organisasi tempat penampungan evakuasi dan lain-lain.

3. Setelah bencana

a. Fase pemulihan/rehabilitasi

Fase pemulihan sulit dibedakan secara pasti dan untuk berapa lama, namun fase ini merupakan fase dimana individu/komunitas dapat menggunakan keterampilannya sendiri untuk mengembalikan aktivitasnya seperti semula (sebelum bencana). Orang-orang melakukan perbaikan darurat ke rumah mereka, pindah ke perumahan sementara, pergi ke sekolah atau kembali bekerja sambil membangun kembali lingkungan mereka. Kemudian mereka mulai menerapkan pemulihan yang menyelamatkan jiwa dan mengambil langkah untuk membuka kembali bisnis. Instansi pemerintah juga mulai mengembalikan layanan seperti semula dan mulai menyusun rencana rekonstruksi sambil terus membantu para korban. Namun, fase ini hanya pemulihan dan tidak akan menghasilkan operasi normal seperti sebelum bencana. Dengan kata lain, fase ini merupakan fase transisi dari keadaan krisis ke keadaan istirahat (Sholichin 2021).

b. Fase rekonstruksi

Mengembalikan semua pembangunan sarana dan prasarana, lembaga di daerah setelah bencana baik di tingkat pemerintah maupun masyarakat dengan tujuan utama memperluas dan mengembangkan kegiatan ekonomi, sosial dan budaya, memelihara ketertiban dan keikutsertaan masyarakat dalam segala aspek kehidupan sosial sebagai akibat dari bencana (Arsyad 2017a).

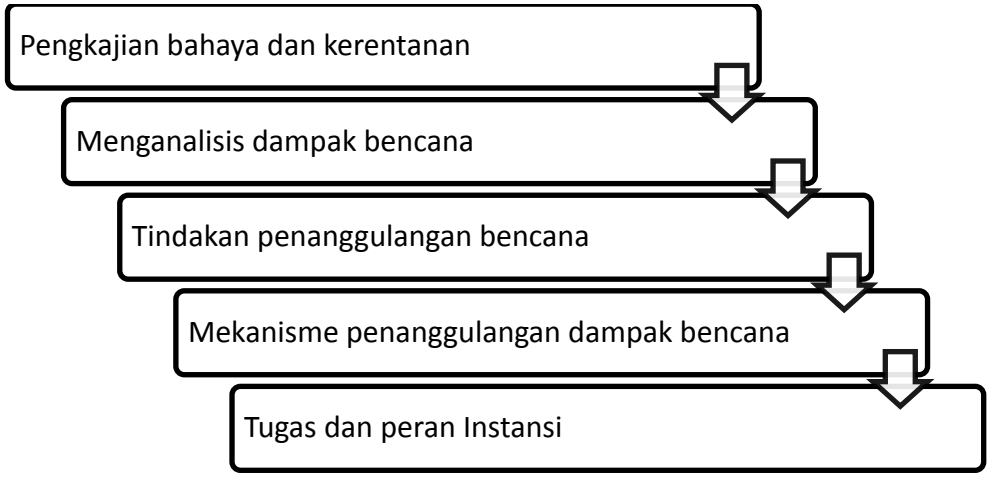
2.4.3 Peran Instansi dan Potensi Masyarakat

Menurut (Arsyad 2017b) adapun peran instansi dan potensi masyarakat, sebagai berikut :

a. Masyarakat sebagai pelaku pertama dalam penanggulangan bencana, sekaligus sebagai korban bencana, yang dimana harus mampu menghadapi bencana dalam batas-batas tertentu agar bencana tidak meluas lebih jauh.
b. Swasta, peran swasta belum dirancang secara optimal. Peran swasta cukup penting saat terjadi bencana, yakni memberikan bantuan. Keterlibatan swasta yang lebih besar ini sangat membantu dalam meningkatkan ketahanan nasional dalam penanggulangan bencana.
c. Lembaga – lembaga non pemerintah, seperti LSM yang pada prinsipnya LSM memiliki fleksibilitas dan kemampuan yang cukup untuk menghadapi bencana. Dengan koordinasi yang baik, LSM tersebut dapat terlibat dalam penanggulangan bencana sebelum, saat bencana, dan pasca bencana.
d. Perguruan Tinggi/Lembaga Riset Penanggulangan Bencana dapat efisien dan efektif apabila dilaksanakan berdasarkan penerapan ilmu pengetahuan

dan teknologi yang tepat. Oleh karena itu, kontribusi para ahli dari lembaga pendidikan dan penelitian sangat diperlukan.

e. Media massa memiliki kapasitas yang besar untuk membentuk opini publik. Oleh karena itu, peran media sangat penting dalam membangun pertahanan masyarakat terhadap bencana melalui kecepatan dan ketepatan melalui informasi kebencanaan berupa peringatan dini, kejadian bencana dan penanggulangannya, serta pendidikan kebencanaan pada masyarakat.
f. Lembaga internasional, pada prinsipnya pemerintah dapat menerima bantuan baik sebelum bencana maupun dalam keadaan darurat dan pasca bencana. Namun, harus sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku.



Gambar 2. 1 Proses penyusunan Penanggulangan Bencana

2.5 Kesiapsiagaan

2.5.1 Definisi Kesiapsiagaan

Menurut (Arsyad 2017b) kesiapsiagaan adalah kegiatan untuk mencegah bencana atau memastikan pelaksanaan tanggapan yang cepat dan tepat jika terjadi bencana. Persiapan tersebut dilakukan oleh badan - badan yang berwenang baik secara teknis maupun administratif yang dikoordinir oleh BNPB dan BPBD.

Tindakan pencegahan merupakan tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah yang dilaksanakan bersama dengan lembaga kota dan komersial. Lembaga atau badan BNPB dan BPBD mengkoordinasi dalam bentuk :

a. Penyusunan dan menguji rencana penanggulangan bencana
b. Organisasi, pemasangan dan menguji sistem peringatan dini
c. Pelaksanaan dan persiapan pengiriman kebutuhan
d. Pengorganisasian, konseling, pelatihan dan pendidikan dalam situasi tanggap darurat
e. Penyiapan tempat evakuasi atau pengungsian
f. Menyusun informasi dan data yang akurat serta memutakhirkan prosedur penanggulangan bencana
g. Pengiriman dan penyiapan bahan, barang dan peralatan untuk pemulihan prasarana dan sarana.

2.5.2 Macam – Macam Aspek Kesiapsiagaan

Menurut (Arsyad 2017a) secara umum, penanggulangan risiko bencana dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa aspek dalam bentuk sembilan kegiatan sebagai berikut:

1. Pengukuran awal

   Ada proses dinamis antara komunitas dan institusi seperti :

   a. Melakukan penilaian awal risiko bencana (bahaya dan kerentanan)
   b. Membuat sumber data yang fokus pada potensi bahaya yang dapat mempengaruhi
   c. Mengantisipasi kebutuhan baru dan sumber daya yang tersedia

2. Perencanaan

Memiliki rencana untuk kesiapsiagaan dengan :

a. Cari tahu tujuan dan arah kegiatan yang disiapkan
b. Menetapkan peran dan tanggung jawab yang lebih spesifik baik dari masyarakat atau lembaga dalam keadaan darurat
c. Libatkan organisasi masyarakat, LSM, pemerintah lokal dan nasional, lembaga bantuan dengan komitmen jangka panjang untuk daerah rawan bencana.
d. Rencana institusional

   Baik koordinasi vertikal maupun horizontal antara masyarakat dan lembaga, hindari membentuk struktur kelembagaan baru dalam pengurangan risiko bencana, tetapi bekerja sama dalam mengembangkan jaringan dan sistem dengan, mengukur kekuatan komunitas dan struktur yang ada, mencerminkan tanggung jawab atas pengetahuan yang ada, dan mengklarifikasi tugas dan tanggung jawab secara sederhana dan tepat.
e. Sistem informasi

   Mengkoordinasikan peralatan untuk mengumpulkan dan menyebarluaskan peringatan dini bencana dan pengukuran kerentanan yang dibagikan baik di dalam lembaga maupun lintas organisasi kepada masyarakat luas.
f. Pusat sumber daya

   Mempersiapkan bantuan dan pemulihan yang diperlukan secara terbuka dan dengan peraturan khusus. Pengaturan atau dokumen tertulis harus tersedia untuk memastikan bahwa barang dan jasa yang dibutuhkan tersedia, termasuk, dana penanggulangan bencana, perencanaan dana bencana, mekanisme koordinasi peralatan, serta penyimpanan

g. Sistem peringatan

Sarana yang efektif untuk mengkomunikasikan peringatan kepada masyarakat umum harus dikembangkan meskipun sistem komunikasi yang memadai tidak ada. Selain itu, masyarakat internasional harus diperingatkan tentang bahaya mengizinkan akses bantuan dari internasional.

h. Mekanisme respon

Jika terjadi bencana, tanggapannya banyak dan berasal dari berbagai cakupan, sehingga harus diperhatikan dan diselaraskan dengan rencana kesiapsiagaan. Hal ini juga harus dikomunikasikan kepada masyarakat yang terlibat dalam koordinasi dan terlibat dalam munculnya bencana tersebut

i. Pelatihan dan pendidikan terhadap masyarakat

Mereka yang terkena dampak bencana yang akan datang harus belajar tentang berbagai jenis program informasi bencana dan mengetahui apa yang akan terjadi dan apa yang harus dilakukan ketika terjadi bencana. Direkomendasikan agar pelatih program pelatihan dan pendidikan sistem peringatan juga mengenal kebiasaan dan permasalahan masyarakat setempat dan kemungkinan perbedaan/konflik dalam pelaksanaan rencana tersebut.

j. Praktik

Kegiatan untuk mengimplementasikan item yang disiapkan dalam rencana kesiapsiagaan bencana diperlukan untuk menekankan kembali instruksi yang terkandung dalam program dan untuk mengidentifikasi kesenjangan

yang mungkin muncul dalam rencana kesiapsiagaan. Selain itu, untuk menerima informasi tambahan terkait dengan peningkatan rencana.

2.6 Unit Gawat Darurat (UGD)

2.6.1 Definisi UGD

Instalasi Gawat Darurat adalah unit pelayanan rumah sakit yang memberikan pelayanan gawat darurat secara terpadu melalui keahlian dari berbagai bidang kepada pasien yang kritis dan cacat (Kemenkes, 2006). Sesuai dengan arahan tentang rekayasa sarana dan prasarana, ruang gawat darurat adalah unit pelayanan kesehatan yang mampu menangani keadaan darurat dari diagnosis awal hingga resusitasi dan stabilisasi pasien hingga manajemen darurat, termasuk kemampuan untuk menghadapi situasi darurat yang disebabkan oleh kecelakaan dan bencana massal. mendapatkan rujukan pasien dan mentransfer rujukan pasien ke fasilitas kesehatan lain yang berukuran sama atau lebih besar di dalam dan di luar fasilitas kesehatan yang ada (Kementerian Kesehatan, 2007).

Jika bidang kesehatan memiliki otonomi, dimana salah satu tugas negara adalah membuat standar dan pedoman, maka dengan menyiapkan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), diharapkan semua pihak dapat memperbaiki dan melakukan persiapan tersebut baik pra rumah sakit - layanan darurat rumah sakit melalui akses ke sumber daya standar. Kedaruratan medis adalah kejadian yang dapat terjadi secara tiba-tiba pada seseorang atau sekelompok orang yang dapat mengancam jiwa, sehingga memerlukan tindakan yang cepat dan tepat untuk mengurangi angka kejadian kematian dan menghindari cedera yang tidak perlu (Departemen Kesehatan, 2004). Layanan ambulans adalah layanan pertama dalam keadaan darurat yang membutuhkan manajemen yang

baik, pendanaan yang melibatkan sumber daya keuangan, personel yang baik dan terlatih serta perkembangan teknologi yang selalu up to date di bidang medis. Klasifikasi yang membedakan pelayanan kegawatdaruratan setiap rumah sakit adalah kemampuan untuk melakukan asesmen awal dan penanganan pasien kegawatdaruratan yang diketahui lebih akut, ketersediaan staf, ketersediaan fasilitas dan peralatan, ketersediaan layanan pendukung, ketersediaan sistem kendali mutu . dan ketersediaan layanan pendidikan (Departemen Kesehatan, 2004).

2.6.2 Ketentuan Umum Unit Pelayanan Gawat Darurat

a. Organisasi Unit Pelayanan Gawat Darurat didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi.
b. Mempunyai struktur fungsional organisasi UGD yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana yang bertanggung jawab dalam melaksanakan pelayanan gawat darurat di unit Pelayanan Gawat Darurat dengan wewenang penuh.
c. Dalam melaksanakan pelayanan di UGD harus mempunyai alur pelayanan sebagai berikut:
    1) Pelayanan Triage (screening)
    2) Ruang Resusitasi/stabilisasi
    3) Ruang observasi sesuai dengan fasilitas dan kemampuan yang tersedia di dukung terapi definitive
    4) Pelayanan rekam medik 24 jam.
d. Unit pelayanan gawat darurat harus bisa bekerja sama dengan unit pelayanan medis terkait dengan ada diluar maupun di dalam instansi

pelayanan tersebut baik pra rumah sakit maupun rumah sakit dalam menyelenggarakan terapi definitif.

e. Dalam kesiagaan menghadapi bencana
    1) Mempunyai disaster plan yang diberlakukan di dalam instansi pelayanan kesehatan maupun jajaran pemerintah daerah serta instansi terkait dalam wilayah tempat pelayanan gawat darurat tersebut berada untuk menangani korban bencana.
    2) Mempunyai kerja sama dengan sarana dan fasilitas kesehatan disekitarnya dalam menghadapi keadaan bencana yang terjadi di daerah wilayah kerjanya.
f. Memiliki sarana penunjang
    1) Penunjang medis : Radiologi, laboratorium klinik, depo farmasi dan depo penyediaan darah.
    2) Penunjang non medis : komunikasi khusus (telepon, radio medik) dan ambulan.
g. Memiliki personalia yang terampil, ditunjang oleh kemampuan yang diperoleh melalui berbagai pelatihan atau kursus.
h. Memiliki program pelatihan untuk pelayanan gawat darurat sesuai dengan klasifikasi Unit Pelayanan Gawat Darurat Tersebut.(Depkes, 2004)

2.7 Alat Ukur *Emergency Preparedness Information Questionnaire*

EPIQ adalah alat yang dijelaskan dalam literatur secara komprehensif dapat menilai keterbiasaan perawat dengan delapan dimensi kompetensi kesiapsiagaan darurat. Menggunakan EPIQ, merupakan tahap awal pengembangan program penelitian kesiapsiagaan darurat. Tujuannya adalah untuk

lebih memahami kebutuhan kesiapsiagaan darurat perawat dan cara terbaik untuk memberikan keterampilan dan prosedur tanggap darurat. EPIQ dapat digunakan untuk mensurvei perawat dalam berbagai praktik, untuk menentukan kebutuhan pelatihan khusus mereka, dalam berbagai dimensi kesiapsiagaan darurat. EPIQ adalah instrumen 44-item yang menilai keterbiasaan yang dilaporkan sendiri oleh perawat dengan delapan dimensi kesiapsiagaan darurat dan mencakup ukuran yang dilaporkan sendiri dari keseluruhan kesiapan untuk kejadian darurat berskala besar. Setiap item individu diukur pada skala keterbiasaan 5 poin, mulai dari 1 – tidak terbiasa hingga 5 - sangat terbiasa (Garbutt et al. 2008). Total subskala EPIQ yang dijumlahkan mengukur keakraban yang dilaporkan sendiri oleh perawat dengan aspek kesiapsiagaan darurat. Ini mencakup delapan dimensi kesiapsiagaan darurat yang diukur pada skala Likert dari 1 = tidak familiar hingga 5 = sangat familiar (Baack 2011)

Dalam studi mereka, Garbutt, Peltier dan Fitzpatrick (2008) meneliti instrumen yang mengukur kesiapan perawat untuk situasi darurat dengan mempelajari Kuesioner Informasi Kesiapsiagaan Darurat (EPIQ). Tujuan dari survei itu sendiri adalah juga untuk memeriksa persepsi perawat tentang bencana, termasuk langkah-langkah yang dilaporkan sendiri dari keseluruhan kesiapsiagaan untuk keadaan darurat besar. Instrumen ini awalnya dikembangkan pada tahun 2004 dan digunakan dalam studi ekstensif oleh Wisniewski, Dennik-Champion dan Peltier (2004) dan dilakukan evaluasi oleh Garbut Peltier dan Fitzpatrick (2008). (Baack 2011). Dalam penelitian (Wisniewski et al. 2004) sebagai seorang yang memngembangkan EPIQ bahwa Alpha koefisien yang dihasilkan berkisar antara 0,827 hingga 0,94, yang menunjukkan tingkat keandalan internal yang

tinggi. Memberikan urutan peringkat rata-rata skor keterbiasaan yang dinilai sendiri untuk masing-masing dimensi ini. Skor keterbiasaaan secara keseluruhan adalah 2,29, menunjukkan tingkat keterbiasaan yang dilaporkan rendah dengan kesiapsiagaan darurat. Meskipun skornya masih relatif rendah, perawat paling terbiasa dengan triase dan masalah pertolongan pertama dasar (skor keterbiasaan rata-rata - 3,15).

Temuan ini juga tidak terduga mengingat kategori kesiapan ini paling konsisten dengan pelatihan sejarah perawat. 3 dimensi kesiapsiagaan darurat yang paling dikenal berikutnya adalah deteksi (2,85), mengakses sumber daya penting dan pelaporan (2.74), dan sistem komando insiden (2.70). Perawat paling tidak terbiasa dengan komunikasi dan konektivitas (2.08) dan epidemiologi dan pengambilan keputusan klinis (2.12) (Wisniewski et al. 2004). Sedangkan dalam penelitian (Garbutt et al. 2008) Reliabilitas tiap dimensi sangat tinggi, dengan-nilai mulai dari 0,83 hingga 0,94, dan nilai untuk seluruh instrumen sangat tinggi pada 0,97. Responden perawat melaporkan rata-rata skor kesiapsiagaan darurat secara keseluruhan sebesar 2,3. Skor yang relatif rendah ini menunjukkan korelasi positif dengan kurangnya pendidikan kesiapsiagaan darurat dalam program keperawatan. Meskipun perawat merasa relatif tidak siap di sebagian besar dimensi, dimensi dengan skor terendah adalah komunikasi dan konektivitas (skor, 2,1), diikuti oleh pengambilan keputusan epidemiologi dan klinis (skor, 2,2), masalah psikologis dan populasi khusus (skor, 2.4), isolasi, dekontaminasi, dan karantina (skor, 2.5), sistem komando insiden (skor, 2.7), melaporkan dan mengakses sumber daya kritis (skor, 2.8), dan agen biologis (skor, 2.9). Perawat melaporkan keterbiasaan terbesar dengan triase (skor, 3,2) ini adalah satu-satunya

dimensi kesiapsiagaan darurat dengan skor keterbiasaan rata – rata di atas 3,0. Konsep triase secara tradisional telah dimasukkan dalam program pendidikan keperawatan (Garbutt et al. 2008).

Skor Jumlah EPIQ menurut Gaarbut [n=618, M=90,0, SD=31,7, Kisaran = 41 - 205]. Dengan median masuk rentang skor menjadi skor 82,5, rata-rata 90 menunjukkan bahwa secara keseluruhan kompetensi yang dirasakan perawat berkaitan dengan keterbiasaan mereka dengan bencana relatif rendah, yang menunjukkan bahwa perawat tidak siap untuk merespon secara efektif dalam situasi bencana. Data menunjukkan bahwa perawat merasa mereka tidak terlalu mengenal kegiatan tanggap darurat dan kesiapsiagaan untuk peristiwa darurat berskala besar. Dengan skor perawat tentang keterbiasaan dalam kesiapsiagaan terhadap situasi bencana menunjukkan bahwa perlunya pelatihan pada perawat (Baack 2011).

Tabel 2. 1 Pernyataan indikator 8 dimensi Emergency Preparedness Information Questionnaire

		1	2	3	4	5
I	**Please rate your degree of familiarity with the Incident Command System (ICS) and your role within it. 5=very familiar and 1 not familiar**					
1	The content of emergency operations plan (EOP) in your agency/organization.					
2	To which functional group in the Incident Command System (ICS) you would be assigned during a large-scale emergency event.					
3	The physical location where you would report to if a large-scale emergency event occurred.					
4	Assess and respond to site safety issues for self, co-workers, and victims during a large-scale emergency					

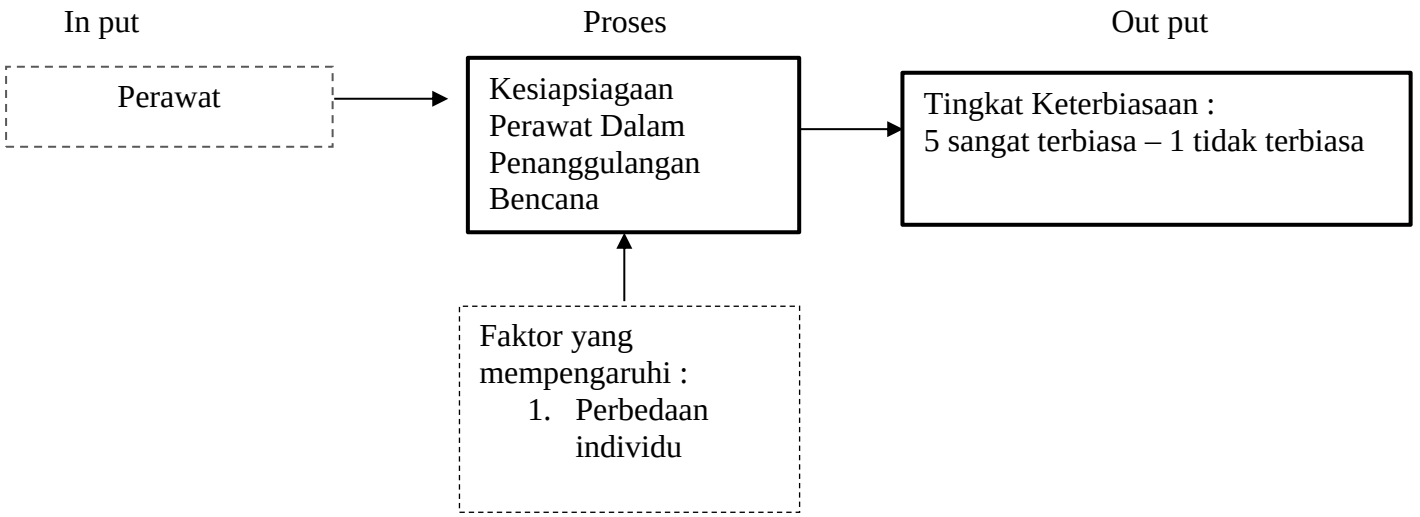
		1	2	3	4	5
	event.					
5	The strategic rationale used to develop the ICS response/action plan.					
6	Your agency's preparedness for responding to a large-scale emergency event.					
7	Differences between decision-making processes in the Incident Command System for a large-scale emergency event and non-emergency situations.					
8	Tasks that should NOT be delegated to volunteers in a large-scale emergency event.					
II	**Please rate your responses to your familiarity with ethical issues in triage. 5=very familiar and 1=not familiar.**					
9	How to perform a rapid physical assessment of a victim of a large-scale emergency event.					
10	How to perform a rapid mental health assessment of a victim of a large-scale emergency event.					
11	How to assist with triage in a large-scale emergency event.					
12	General issues related to the proper handling of the dead during a large-scale emergency event (ethical, legal, cultural, and safety).					
III	**Please rate your responses to your familiarity with epidemiology and surveillance. 5=very familiar and 1 not familiar**					
13	History and physical assessment surveillance data for creating a high index of suspicion that a patient has been exposed to a category A, B, or C biological agent.					

		1	2	3	4	5
14	When to report an unusual set of symptoms to an epidemiologist.					
15	Diseases that are immediately reportable to state health departments.					
16	Ability to identify the exacerbation of an underlying disease due to exposure to a chemical or biological agent, or to radiation.					
IV	**Please rate your responses to your familiarity with decontamination. 5=very familiar and 1 =not familiar**					
17	Selection of the appropriate personal protective equipment (PPE) when caring for patients exposed to a biological, chemical or radiological agent.					
18	The decontamination procedures stated in your facility's Emergency Operations Plan.					
19	The impact on the environment from a large-scale emergency event.					
V	**Please rate your responses to your familiarity with communication/connectivity. 5=very familiar and 1 =not familiar.**					
20	The procedure used to document provision of care in a large-scale emergency event.					
21	Chain of custody during a large-scale emergency event.					
22	Procedures for communicating critical patient information to those transporting patients.					
23	Effectively present information about degree of risk to various audiences.					
24	Identify the different abilities of key partners in your Emergency					

		1	2	3	4	5
	Operations Plan (EOP).					
25	Appropriate debriefing activities following a large-scale emergency event.					
26	Use of all types of communication devices (phone, fax, email, satellite phones, PDAs, etc).					
VI	**Please rate your responses to your familiarity with Psychological issues. 5=very familiar and 1=not familiar**					
27	Appropriate psychological support for all parties involved in a large-scale emergency event.					
28	Provide health counseling/education to patient regarding the long-term impact of chemical, biological, radiological, nuclear and explosive (CBRNE) agents.					
29	Signs of post-traumatic stress in patients seen for routine health care following an event.					
30	How to evaluate a teenager to detect post-traumatic mental health problems.					
VII	**Please rate your responses to your familiarity with special populations. 5=very familiar and 1=not familiar.**					
31	Procedures for providing care to children/youth during a large-scale emergency vent in cases where prior consent from parent/legal guardian is not possible.					
32	The appropriate care of sensitive/vulnerable patient groups during a large-scale emergency (i.e., aged, pregnant, women and the disabled.					

		1	2	3	4	5
VIII	**Please rate your responses to your familiarity with accessing critical resources. 5=very familiar and 1=not familiar.**					
33	During an event, where to quickly access up-to-date resources about specific (chemical, biological, radiological, nuclear, and explosive) agents.					
34	Determine the appropriate agency to which reportable disease are to be directed.					
35	The process for gaining access to the Strategic National Stockpile (SNS).					

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep