

Kode>Nama Rumpun Ilmu: 371/ Ilmu Keperawatan

**LAPORAN KEMAJUAN
PENELITIAN KERJASAMA DALAM NEGERI**



**PENGEMBANGAN MODUL EVAKUASI PASIEN DALAM
MENINGKATKAN KESIAPSIAGAAN PERAWAT
DI RUMAH SAKIT Jiwa**

Disusun oleh :

Peneliti Utama : Dr. H. Asep Setiawan, S.Kp.,M.Kes.
Peneliti Anggota : Achmad Husni, SKM, M.Kep.
Hj. Henny Cahyaningsih, S.Kp., M.Kes., AIFO
Komaryati, SKep., Ners.
Winda Ratna Wulan, SKep., Ners., MKep., Sp.Kep.J

**JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG
TAHUN 2020**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan ridho-Nya laporan kemajuan penelitian dapat kami selesaikan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Penulis menyadari sepenuhnya tanpa bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, berbagai hambatan dan kendala alhamdulillah dapat kami lalui berkat bimbingan dari reviewer, oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Dr. Ir. H.R. Osman Sjarief, MKM selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bandung
2. Dr. Rr. Nur Fauziah, SKM, M.Kes selaku Kepala Pusat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Poltekkes Kemenkes Bandung
3. Dr. H. Asep Setiawan, S.Kp, M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bandung
4. Tim Pakar dari Pusdiklatnakes PPSDMK Kementerian Kesehatan RI serta tim reviewer Poltekkes Kemenkes Bandung
5. Semua pihak yang terlibat yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa laporan kemajuan penelitian ini masih banyak kekurangan memerlukan masukan kritik dan saran untuk perbaikan penelitian selanjutnya. Semoga semua kebaikan bapak dan ibu dijadikan sebagai amal pahala dan mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Bandung, Desember 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka	6
2.2 Kerangka Pikir Penelitian.....	18
2.3 Hipotesis	18

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian	19
3.2 Partisipan Penelitian.....	19
3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	20
3.5 Definisi Operasional	20
3.6 Instrument Penelitian.....	21
3.7 Pengumpulan Data	22
3.8 Analisa Data	25
3.9 Etika Penelitian	27

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 Hasil Penelitian	28
4.1.1 <i>Focus Group Discussion (FGD)</i>	28
4.1.2 <i>Systematic Literature Review</i>	31
4.2 Keterbatasan Penelitian	38

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	39
5.2 Saran	

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pergeseran lempeng bumi tersebut berpotensi juga terjadi pada kasus yang belakangan ini santer dibicarakan di Jawa Barat yaitu potensi bencana sesar lembang. Dari sekian banyak struktur sesar yang berkembang di Jawa Barat, ada tiga struktur regional yang memegang peranan penting, yaitu Sesar Cimandiri, Sesar Baribis dan Sesar Lembang. Ketiga sesar tersebut untuk pertamakalinya diperkenalkan diungkapkan dalam buku *Geology of Indonesia* yang ditulis oleh Van Bemmelen (1949) dan diduga ketiganya masih aktif hingga sekarang (BMKG,2017). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Wardhiny (2014), mengenai kajian analisis resiko bencana sesar, wilayah Kabupaten Bandung Barat termasuk ke dalam salah satu zona sesar utama di Jawa Barat yaitu sesar lembang, wilayah ini di lalui oleh sesar lembang aktif yang lumayan cukup besar dan dapat terjadinya gempa bumi. Lebih lanjut, ia mengatakan mitigasi bencana ini harus gencar dilakukan sejak saat ini. Sebab, guncangan Sesar Lembang yang diperkirakan membentang sepanjang 29 kilometer dari wilayah Padalarang hingga kawasan Gunung Manglayang ini tidak dapat diprediksi kapan terjadinya. Guncangan gempa di Sesar Lembang diperkirakan bisa 0,3 - 0,5 g setara dengan 8-9 *MMI (Modified Mercalli Intensity)* atau sama dengan gempa di Lombok yang baru saja terjadi yaitu 7 *Scala Richhter* (Lipi.go.id)

Sesar Lembang adalah sebuah retakan memanjang barat timur dari kaki Gunung Manglayang hingga ke Padalarang Sesar lembang ini memanjang hampir 29 kilometer melintasi wilayah Kabupaten Bandung Barat. Wilayah

tersebut merupakan wilayah pemukiman yang padat dan dapat berpotensi membahayakan. Sehingga perlu adanya sosialisasi tentang kesiapsiagaan untuk mengantisipasi apabila sewaktu-waktu gempa terjadi. Pakar Mitigasi ITB yang bergabung dalam tim tersebut Irwan Meilano dampak serius dari aktivitas sesar lembang terkait dengan korban jiwa dari hasil simulasi yang pernah dilakukan diperkirakan ribuan orang. (Tempo.co).

Diwilayah sesar tersebut terdapat beberapa pelayanan kesehatan yang salah satunya dimana terdapat Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. Penelitian yang dilakukan oleh Safrina, *et al* (2015) mengenai evaluasi titik evakuasi gempa bumi pada badan layanan umum daerah rumah sakit jiwa dengan menggunakan metode kualitatif memperoleh hasil bahwa kesiapsiagaan staf saat sebelum dilakukan sosialisasi dan simulasi bencana mengungkapkan sangat panik dan tidak mengetahui apa yang seharusnya dilakukan, sebagian besar staf menyatakan tidak mengetahui lokasi yang tepat dan aman untuk mengevakuasi pasien saat terjadi bencana.

Rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan dituntut harus mempunyai rancangan *hospital disaster plan*, dimana dalam kondisi bencana rumah sakit sudah mempunyai rencana tindakan yang akan dilakukan ketika terjadi *internal disaster* yaitu rumah sakit yang terkena dampak bencana maupun *eksternal disaster* yaitu rumah sakit pemberi bantuan dalam penanggulangan bencana yang terjadi diluar rumah sakit. Kesiapan rumah sakit jika hanya fokus pada penanganan *eksternal disaster*, maka dapat mengakibatkan terancamnya keselamatan pasien yang sedang dirawat apabila terjadi *internal disaster*. 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.

Dalam menghadapi bencana internal dimana hal yang paling pertama yang harus diperhatikan untuk keselamatan pasien yaitu mengevakuasi pasien ketika dalam kondisi bencana. Salah satu kegiatan yang terdapat dalam *hospital disaster plan* pada perencanaan tanggap darurat adalah sistem evakuasi saat terjadi bencana. Evakuasi adalah pemindahan pasien atau korban dari satu tempat yang berbahaya ke tempat yang lebih aman. Salah satu standar perlindungan terhadap potensi bahaya adalah standar rencana evakuasi. Terdapat dua fase yang menentukan dalam evakuasi gedung, yaitu *fase pre-evacuation* dan *fase movement*. *Fase pre-evacuation* tahap sebelum penghuni gedung meninggalkan ruangan, *fase movement* merupakan pergerakan dari penghuni gedung menuju area aman (Soehatman 2010).

Sistem evakuasi di rumah sakit akan berbeda dengan sistem evakuasi pada bangunan perkantoran lainnya hal tersebut dikarena rumah sakit mempunyai objek yang berbeda yaitu tidak hanya karyawan, tamu atau pengunjung melainkan terdapat pasien yang mempunyai resiko tinggi yang harus dilakukan evakuasi.

Melihat latar belakang di atas maka perlu adanya suatu penelitian mengenai pengembangan modul evakuasi pasien pada peningkatan kesiapsiagaan yang dimiliki oleh perawat puskesmas dalam menghadapi bencana di rumah sakit di daerah rawan bencana sesar lembang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti merumuskan masalah dalam penelitian ini yaitu bagaimana pengembangan modul evakuasi pasien dapat meningkatkan kesiapsiagaan di rumah sakit pada perawat dalam kondisi bencana sesar Lembang.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana pengembangan modul evakuasi korban dapat meningkatkan kesiapsiagaan pada perawat dalam kondisi bencana sesar Lembang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis sistem evakuasi pasien untuk respon darurat *internal* dan eksternal *disaster* di rumah sakit jiwa
2. Mengetahui kebutuhan pengembangan modul evakuasi pasien dalam meningkatkan kesiapsiagaan perawat di rumah sakit jiwa

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Aspek Teoritis

Secara aspek teoritis penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan mengenai model pembelajaran manajemen bencana dalam melakukan evakuasi pasien untuk meningkatkan kapasitas dan kompetensi dalam upaya kesiapsiagaan terhadap kondisi bencana di rumah sakit.

1.4.2 Secara Praktisi

Secara praktis penelitian ini dapat diterapkan dalam upaya preventif atau mitigasi dalam peningkatan kapasitas individu maupun masyarakat dalam melakukan evakuasi pada kondisi bencana.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1 Analisis Resiko Bencana

Bencana (*disaster*) merupakan suatu fenomena yang terjadi karena komponen-komponen pemicu (*trigger*), ancaman (*hazard*), dan kerentanan (*vulnerability*) bekerja bersama secara sistematis, sehingga menyebabkan terjadinya risiko (*risk*) pada komunitas (BPBD,2007). Dalam manajemen bencana, risiko merupakan probabilitas kerugian yang akan dialami sebagai dampak dari kejadian yang tidak diharapkan. Risiko sangat erat kaitannya dengan bahaya (*hazzard*) dan kerentanan (yang dianalogikan dibawah) dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{RISIKO} = \text{BAHAYA} \times \text{KERENTANAN}$$

Bahaya (*hazzard*) didefinisikan sebagai potensi terjadinya peristiwa alam atau buatan manusia yang menimbulkan akibat negatif (Purwana,2013). Kerawanan adalah tingkat kepekaan struktur masyarakat, jasa,atau lingkungan yang mungkin mengalami kerusakan atau terganggu oleh dampak sebuah bahaya. Misalnya, rumah sakit dalam menghadapi potensi kebakaran (bahaya), apabila rumah sakit tersebut telah mempersiapkan dengan baik dengan adanya suatu pedoman penanggulangan bencana kebakaran oleh karena itu, rumah sakit telah menurunkan tingkat kerentanannya, maka rumah sakit tersebut akan mengalami dampak kebakaran yang relatif lebih rendah. Kerentanan merupakan kombinasi dua hal yaitu kerawanan dan ketahanan. Ketahanan

adalah sejauh mana rumah sakit mampu menahan kerugian dan kerawanan adalah tingkat keterpaparan terhadap risiko. Dengan kata lain, pada saat menentukan kerentanan sebuah rumah sakit terhadap dampak bahaya, maka perlu menumbuhkan kemampuan sumber daya manusia dan lingkungan tersebut dalam usaha mengantisipasi, penanggulangan, dan pemulihan dari bencana tersebut (Kementerian Kesehatan, 2007).

Manajemen risiko bencana secara umum dapat dilakukan dengan cara:

1. Pengaturan pemanfaatan ruang, yaitu dengan pemetaan daerah rawan bencana kemudian mengalokasikan pemanfaatan ruang untuk pembangunan berintensitas tinggi ke luar area rawan bencana.
2. Keteknikan, yang dilakukan dengan rekayasa teknis terhadap lahan, bangunan, dan infrastruktur yang disesuaikan dengan kondisi, keterbatasan dan ancaman bencana.
3. Peningkatan pendidikan dan pemberdayaan masyarakat untuk mengurangi tingkat kerentanan dan keterisolasian masyarakat.
4. Kelembagaan, yaitu dengan struktur organisasi dan tata cara kerja yang jelas, fungsi perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan yang aplikatif, dan tercukupinya ketersediaan sumber daya manusia, pembiayaan dan perlengkapan (Widiati, 2008).

2.1.2 Kesiapsiagaan Rumah Sakit

Organisasi kesehatan dunia World Health Organization (2007) menjelaskan bahwa kesiapsiagaan adalah kegiatan atau tindakan yang dilakukan sebelum kejadian berlangsung untuk memastikan respon yang

efektif terhadap dampak bahaya, termasuk strategi keseluruhan, kebijakan, struktur kelembagaan dan manajemen yang diarahkan untuk membantu dan melindungi masyarakat yang beresiko mengancam kehidupan dan mengambil tindakan yang tepat dalam menghadapi ancaman yang akan segera terjadi.

Sedangkan, menurut UU RI No. 24 Tahun 2007 Pasal 1 angka 7 menjelaskan bahwa kesiapsiagaan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna. Indonesia sendiri dalam manajemen penanggulangan bencana menitik beratkan pada upaya sebelum terjadi bencana hal ini tertulis dalam Kepmenkes RI Nomor 876/Menkes/SK/XI/2016 tentang kebijakan strategi nasional penanganan krisis dan masalah kesehatan lain, disebutkan bahwa penanganan krisis dan masalah kesehatan lain lebih menitik beratkan pada kegiatan sebelum terjadinya bencana yaitu upaya pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan.

Berdasarkan peraturan regulasi yang ada tertulis dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, maka bencana dapat dibedakan menjadi tiga tipe, yaitu (Purwana, 2013):1) Bencana alam, yaitu bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa alam seperti gempa bumi, banjir, kekeringan, angin topan gunung, meletus, tsunami, dan tanah longsor. 2) Bencana non alam, yaitu bencana yang diakibatkan oleh peristiwa non alam seperti kegagalan teknologi, epidemi, dan wabah penyakit. 3) Bencana sosial, yaitu bencana yang dipicu oleh peristiwa akibat tindakan manusia seperti konflik dan

terror. Bencana tersebut menimbulkan sebuah dampak salah satunya berdampak pada kelangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Potensi Bencana di rumah sakit tersebut harus dikelola dengan baik supaya tidak mengakibatkan banyaknya korban jiwa. Kesiapsiagaan rumah sakit salah satunya dengan membuat *Hospital Disaster Plan*, Perencanaan yang harus disiapkan dalam menghadapi ancaman bencana dibedakan menjadi dua yaitu *internal disaster* (bencana terjadi di rumah sakit) dan *ekternal disaster* dimana terjadi bencana di luar rumah sakit.

Berikut merupakan beberapa bencana yang dapat memberikan dampaknya pada rumah sakit:

1. Gempa bumi dan tanah longsor

Pasien di rumah sakit memiliki mobilitas terbatas, khususnya pasien rawat inap. Oleh sebab itu, kerentanan pasien rawat inap dirumah sakit lebih tinggi daripada masyarakat umum (Dirjen Bina Pelayanan Medik Depkes RI, 2007).

2. Letusan gunung berapi

Letusan gunung berapi dapat memberikan dampak berupa hancurnya bangunan rumah sakit. Jumlah korban jiwa apabila hal demikian terjadi cenderung lebih tinggi sebab pasien memiliki keterbatasan mobilitas (Dirjen Bina Pelayanan Medik Depkes RI,2007).

3. Badai angin

Konstruksi bangunan rumah sakit pada umumnya didisain untuk dapat menahan kekuatan angin sehingga rumah sakit dapat di jadikan kawasan evakuasi ketika terjadi bencana badai angin. Persoalan

menjadi lain apabila bencana badai angin diikuti dengan bencana sekundernya misalnya gelombang laut yang dapat merusakkan bangunan rumah sakit sehingga fungsinya tidak dapat berjalan normal (Dirjen Bina Pelayanan Medik Depkes RI, 2007).

4. Epidemi/KLB

Wabah dan Kejadian Luar Biasa merupakan ancaman yang diakibatkan oleh menyebarnya penyakit menular yang berjangkit di suatu daerah tertentu. Epidemi/wabah/KLB dapat mengakibatkan meningkatnya jumlah penderita penyakit dan korban jiwa. Wabah penyakit pada umumnya sangat sulit dibatasi penyebarannya, sehingga kejadian yang pada awalnya merupakan kejadian lokal dalam waktu singkat bisa menjadi bencana nasional yang banyak menimbulkan korban jiwa. (Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional dan Badan Koordinasi Nasional Penanganan Bencana, 2006).

5. Kebakaran

Kebakaran merupakan salah satu bentuk bencana yang semakin sering terjadi. Kebakaran dapat terjadi di mana saja, seperti di hutan, lahan, pemukiman, maupun gedung-gedung perkantoran. Hal tersebut dapat terjadi karena faktor alam maupun ulah manusia, baik disengaja maupun tidak disengaja (Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional dan Badan Koordinasi Nasional Penanganan Bencana, 2006).

Berdasarkan uraian tersebut, dapat dikatakan bahwa rumah sakit memiliki kerawanan yang cukup besar atas terjadinya bencana. Hal ini

dikarenakan terdapat berbagai potensi bencana yang mungkin terjadi di dalam rumah sakit sendiri, maupun di luar rumah sakit atau bencana dalam masyarakat. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1653/Menkes/SK/XII/2005 tentang Pedoman Penanganan Bencana Bidang Kesehatan bahwa tidak terdapat perbedaan dalam hal penanganan bencana antara Rumah Sakit Jiwa dengan Rumah Sakit Umum. Hal ini ditunjukkan bahwa pedoman penanganan bencana disusun dengan maksud untuk memberikan gambaran tentang peran semua unit jajaran kesehatan, sedangkan tujuannya agar semua unit jajaran kesehatan tersebut dapat mempelajari, memahami dan melaksanakan tugas penanganan bencana dengan sebaik-baiknya sesuai dengan peran dan fungsi masing-masing.

Peraturan Pemerintah RI Nomor 21 tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana, Kesiapsiagaan merupakan bentuk operasional penyelenggaraan penanggulangan bencana pada situasi yang terdapat potensi bencana dengan salah satu bentuk kegiatan yang terkait dengan sumber daya manusia adalah pengorganisasian, pelatihan dan gladi tenang mekanisme tanggap darurat. Dalam hal tersebut khususnya kesiapan sumber daya manusia yang memang harus dipastikan mempunyai suatu kemampuan dalam melakukan penanggulangan bencana secara cepat tepat dan akurat. Menurut Peraturan Kepala BNPB Nomor 4 Tahun 2008 faktor yang mempengaruhi kesiapsiagaan petugas dalam menghadapi bencana, didasarkan dari upaya kesiapsiagaan yang dilakukan antara lain: 1). Pengaktifan pos siaga bencana dengan segenap unsur pendukungnya, 2). Pelatihan simulasi atau gladi teknis bagi setiap sektor penanggulangan bencana (SAR, sosial, kesehatan,

prasarana dan pekerjaan umum), 3). Inventarisasi sumber daya pendukung kedaruratan, 4). Penyiapan dukungan dan mobilisasi sumber daya, 5). Penyiapan sistem informasi dan komunikasi yang cepat dan terpadu guna mendukung tugas kebencanaan, 6). Penyiapan instrumen sistem peringatan dini (*early warning*), 7). Penyusunan rencana kontijensi (*contingency plan*), 8). Mobilisasi sumber daya (personil dan sarana).

Dalam manajemen bencana secara umum indikator kesiapsiagaan dari beberapa peneliti yang dilakukan diantaranya ISDR (2006), Sutton dan Tierney (2006), Perry dan Lindell (2008), mengungkapkan pada umumnya kesiapsiagaan mencakup beberapa hal diantaranya yaitu :

1) Pengetahuan dan Sikap

Pengetahuan dan sikap (*Knowledge and Attitude*) yang dimiliki seseorang mempengaruhi sikap dan kepedulian untuk siap dan siaga dalam mengantisipasi bencana, terutama bagi mereka yang bertempat tinggal di daerah yang rentan terhadap bencana alam. Indikator pengetahuan dan sikap individu/rumah tangga merupakan pengetahuan dasar yang semestinya dimiliki oleh individu meliputi pengetahuan tentang bencana, penyebab dan gejala-gejala, maupun apa yang harus dilakukan bila terjadi Bencana (ISDR/UNESCO 2006).

2) Rencana Tanggap Darurat

Rencana tanggap darurat (*Emergency Planning*) merupakan suatu rencana yang dimiliki oleh individu atau masyarakat dalam menghadapi keadaan darurat di suatu wilayah akibat bencana alam (Sutton dan Tierney, 2006). Rencana tanggap darurat menjadi bagian yang penting dalam suatu proses

kesiapsiagaan, terutama yang terkait dengan evakuasi, pertolongan dan penyelamatan, agar korban bencana dapat di minimalkan (ISDR/UNESCO, 2006). Rencana tanggap darurat sangat penting terutama pada hari pertama terjadi bencana atau masa dimana bantuan dari pihak luar belum datang. Rencana kesiapsiagaan menghadapi bencana seperti pembuatan peta, penampungan sementara, nomor hotline informasi, posko, gladi pelatihan/simulasi, analisis resiko dan perencanaan kontijensi.

3) Sistem Peringatan Dini

Sistem peringatan (*Warning System*) merupakan serangkaian sistem untuk memberitahukan akan timbulnya kejadian bencana maupun tanda-tanda alam lainnya yang meliputi tanda peringatan dan distribusi informasi jika akan terjadi bencana. Sistem peringatan dini yang baik dapat mengurangi kerusakan yang dialami oleh masyarakat (Gissing, 2009). Sistem yang baik diungkapkan oleh Sutton dan Tierney (2006) ialah dimana masyarakat mengerti informasi yang akan diberikan oleh tanda peringatan dini tersebut atau tahu apa yang harus dilakukan jika suatu saat tanda peringatan dini bencana berbunyi/menyala. Oleh karena itu, diperlukan juga adanya latihan/simulasi untuk sistem peringatan bencana ini.

4) Sumber Daya Mendukung

Sumber daya yang mendukung merupakan salah satu indikator kesiapsiagaan yang mempertimbangkan bagaimana berbagai sumber daya yang ada digunakan untuk mengembalikan kondisi darurat akibat bencana menjadi kondisi normal (ISDR/UNESCO, 2006). Indikator ini umumnya melihat berbagai sumber daya yang dibutuhkan individu atau masyarakat dalam

upaya pemulihan atau bertahan dalam kondisi bencana atau keadaan darurat yang dapat berasal dari internal maupun eksternal dari wilayah yang terkena bencana. Sumber daya menurut Sutton dan Tierney dibagi menjadi 3 bagian yaitu sumber daya manusia, sumber daya pendanaan/logistik, dan sumber daya bimbingan teknis dan penyediaan materi.

5) Modal Sosial

Modal sosial sering diartikan sebagai kemampuan individu atau kelompok untuk bekerja sama dengan individu atau kelompok lainnya. Masyarakat atau individu yang memiliki ikatan sosial yang lebih baik antara satu dengan yang lainnya akan lebih mudah dalam melakukan kesiapsiagaan yang ada. Selain itu modal sosial yang baik diantara masyarakat di wilayah yang rentan terhadap bencana akan mengurangi kerentanan itu sendiri (Martens, 2009). Modal sosial yang solid antara penduduk akan mempermudah masyarakat dalam melakukan mobilisasi pada saat evakuasi akan dilakukan. Modal sosial juga dapat menjadi pengerak indikator kesiapsiagaan yang lainnya seperti menyetujui tempat evakuasi yang sama, sepakat dalam mengikuti pelatihan, dan bersama-sama dalam melakukan tindakan kesiapsiagaan lainnya (Sutton dan Tierney 2006).

2.1.3 Peran Perawat pada Kondisi Bencana

Manajemen penanggulangan bencana membutuhkan penanganan yang berbeda dan dinamis dari setiap fase ataupun siklusnya. Begitupun peran dari seorang perawat, seperti yang diklasifikasikan *International Council of Nurses* terdiri dari fase pencegahan dan mitigasi, fase

kesiapsiagaan, fase respon tanggap darurat, dan fase rehabilitasi dan rekonstruksi (ICN & WHO, 2009). Sedangkan menurut Undang-undang nomor 24 tahun 2007, peran perawat dalam penanggulangan bencana dapat disesuaikan dengan tahapan atau siklus bencana berlangsung.

Peran perawat memegang peranan penting dalam setiap fase bencana guna menangani permasalahan kesehatan pada saat bencana. Menurut Ibrahim (2014) menjelaskan bahwa ketidaksiapsiagaan perawat dalam kedaruratan bencana akan berdampak pada perawatan dan keselamatan pasien atau korban serta dapat meningkatkan angka trauma dan kematian pada korban. Oleh karena itu, mempersiapkan kesiapsiagaan bencana sejak dini kepada tenaga kesehatan ataupun masyarakat yang rentan bencana merupakan hal yang sangat penting untuk menghindari dan meminimalisir jumlah korban saat terjadi bencana.

2.1.4 Evakuasi Pasien pada saat *Internal Disaster*

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat, berpotensi mengalami bencana. Rumah sakit harus memiliki tanggap darurat yang merencanakan sistem evakuasi saat bencana terjadi. Sistem evakuasi di rumah sakit berbeda dengan bangunan pada umumnya. Menurut Hermanto, dkk (2015) evakuasi merupakan tindakan pemindahan orang atau penghuni dari satu tempat yang berbahaya ke tempat yang lebih aman. Salah satu standar perlindungan terhadap potensi bahaya adalah standar rencana evakuasi. Terdapat dua fase yang menentukan dalam evakuasi gedung, yaitu fase pre-

evacuation dan fase movement. Fase pre-evacuation tahap sebelum penghuni gedung meninggalkan ruangan, fase movement merupakan pergerakan dari penghuni gedung menuju area aman.³ Sistem evakuasi di rumah sakit berbeda dengan sistem evakuasi pada bangunan umum lainnya karena rumah sakit mempunyai objek yang berbeda karena tidak hanya pekerja dan tamu atau pengunjung melainkan terdapat pasien yang mempunyai resiko tinggi.

Menurut Krishnamurt (2018) mengungkapkan dalam protokol evakuasi yang efisien adalah wajib ketika pasien yang paling sehat mungkin dievakuasi terlebih dahulu, karena strategi ini memungkinkan evakuasi sejumlah besar pasien dalam waktu singkat. Evakuasi pasien yang paling sehat adalah strategi yang efektif ketika kecepatan sangat penting, memindahkan semua pasien melalui tangga menggunakan alat transportasi improvisasi seperti selimut, papan, dan kasur. Pendekatan umum yang harus diikuti jika terjadi gempa adalah sebagai berikut:

1. Tetap tenang. Jangan panik atau berlari melalui atau di luar gedung. Titik bahaya terancam adalah hanya di luar pintu dan dekat dengan struktur luar dinding karena bahaya puing jatuh.
2. Jika Anda berada di dalam gedung, tetaplah di tempat Anda berada. Jika memungkinkan, tutupi meja, meja, atau bangku, atau di pintu, lorong, atau di dinding bagian dalam. Area ini adalah yang paling bersuara struktural saat gempa.

3. Menjaga pengunjung, pasien, dan karyawan lain keluar dari tangga dan eskalator.
4. Yakinkan dan bantu pasien dan pengunjung.
5. JANGAN TINGGALKAN PASIEN ANDA.
6. Jika Anda berada di luar, jauhi bangunan. Jauhi dinding, tiang listrik, kabel yang jatuh, dan pohon. Periksa semua peralatan listrik dan peralatan listrik, dan gunakan telepon hanya untuk keadaan darurat.
7. Setelah gempa, karyawan akan menilai kerusakan daerah khusus untuk yang ditugaskan dan melaporkan semua bahaya.
8. Rumah sakit menyediakan pusat informasi dengan jumlah pasien yang akan dievakuasi dan tingkat keparahan kondisi setiap pasien.

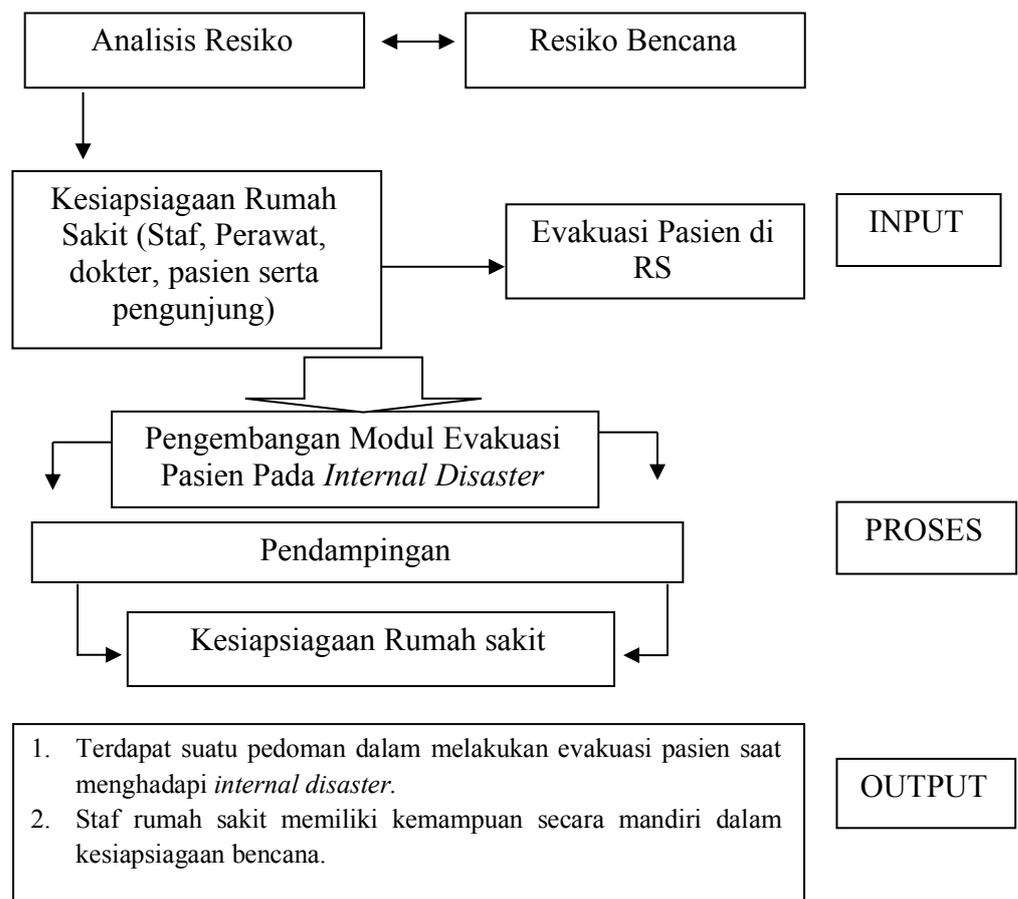
Pendekatan spesifik untuk evakuasi pasien adalah sebagai berikut:

1. Pindahkan pertama yang paling tidak akut, paling stabil. Terapkan tanda pengenal untuk semua yang dipindahkan
2. pasien yang tergantung pada ventilator berventilator portable jika ada dan berikan oksigen menggunakan tabung oksigen portabel untuk mereka yang membutuhkan pemberian oksigen terus menerus.
3. Lepaskan cairan i / v yang tidak penting atau dorong tangan cairan i / v menggunakan jarum suntik besar dalam perjalanan evakuasi.
4. Selama bencana hilangnya daya listrik termasuk untuk ventilator pasien menggunakan kantong Ambu.
5. Pantau kondisi atau auskultasi menggunakan perangkat pemantauan bertenaga baterai.

6. Untuk bayi yang membutuhkan termoregulasi tambahan, kasur penghangat bahan kimia dapat digunakan. Ini harus ditutup dengan selimut sebelum meletakkan bayi di atasnya.

2.2 Kerangka Pikir Penelitian

Gambar 2.3
Kerangka pikir penelitian



2.3 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep diatas dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

H₁ : terdapat pengaruh modul evakuasi pasien di RS saat kondisi bencana terhadap peningkatan kesiapsiagaan perawat Rumah Sakit Jiwa.

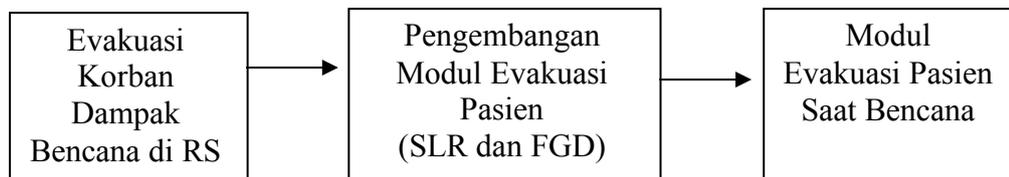
BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *kualitatif methods* dengan pendekatan *systematic literature review*. Desain ini merupakan serangkaian kegiatan yang berkaitan dengan metode pengumpulan data pustaka, membaca serta mencatat dan mengolah bahan penulisan (Nursalam, 2016 : hlm 39) Menurut Gora (2019: hlm 285) mengemukakan bahwa studi literatur merupakan bagian utama dalam sebuah riset kualitatif dan selain mendukung data sekunder, literatur sangat dibutuhkan dalam pendalaman teori.

Bagan 3.1 kerangka konsep penelitian



3.2 Partisipan Penelitian

Pada penelitian ini partisipan adalah kelompok yang homogen yaitu perawat yang memiliki pengalaman evakuasi pasien di rumah sakit ataupun mempunyai wawasan informasi dalam melakukan evakuasi pasien di rumah sakit jiwa. Partisipan dipilih dengan metode *purposive sampling*. Pada penelitian ini jumlah partisipan sebanyak 3 orang, yang mana sebelumnya peneliti melakukan proses diskusi dengan Ketua Hospital Disaster plan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. Pengambilan partisipan dihentikan saat setelah proses wawancara dengan partisipan ke tiga, karena peneliti telah memperoleh informasi yang cukup atau memadai untuk dilakukan analisa

sesuai dengan tujuan penelitian, serta informasi yang diberikan secara umum sama dengan ungkapan dari partisipan lain.

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.3.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat yang terletak di Kabupaten Bandung Barat.

3.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April sampai dengan bulan Desember 2020.

3.4 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 1
Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil ukur	Skala
Modul Evakuasi Pasien di Rumah Sakit	Panduan untuk melakukan evakuasi pasien yang efektif di rumah sakit jiwa terhadap dampak bahaya dan manajemen untuk membantu dan melindungi pasien yang beresiko mengancam kehidupan akibat bencana	<i>Indepth interview</i> <i>FGD</i>	-	-
		<i>Systematic Literature Review (SLR)</i>		

3.5 Instrumen Penelitian

Alat pengumpul data adalah peneliti dan alat bantu pengumpul data adalah *recorder* dan catatan penelitian.

3.5.1 Peneliti sebagai Instrument

Polit dan Beck (2010) menyatakan bahwa peneliti merupakan instrumen penelitian itu sendiri sehingga peneliti penting melakukan pemahaman fenomena yang diteliti, dalam hal ini mengevakuasi pasien di rumah sakit dalam meningkatkan kesiapsiagaan saat terjadi bencana. Menurut Moleong, (2017) kedudukan peneliti dalam pengumpulan data penelitian kualitatif mempunyai peranan yang sangat strategis dengan keunggulan fisik dan psikologisnya yang fleksibel, yang mana didalam diri peneliti mempunyai berbagai macam instrumen pengumpul data yang lengkap seperti panca indra serta pikiran yang bisa digunakan untuk menngungkapkan hal-hal yang tidak terdeteksi oleh keenam indra tubuhnya. Peneliti telah menetapkan fokus penelitian, memilih *informant* sebagai sumber data, mengumpulkan data, menguji kualitas data, serta menginterpretasikan data sampai dengan membuat kesimpulan.

3.5.2 Alat Perekam Suara

Alat perekam suara yang digunakan untuk merekam pernyataan *informant* selama proses wawancara agar diperoleh pernyataan detail *informant* tersebut. Alat perekam suara dan video yang digunakan adalah aplikasi Zoom Recording. Sebelum menggunakan alat tersebut, peneliti melakukan uji coba, mengatur volume suara, dan jarak yang sesuai antara alat dan sumber suara. Peneliti juga akan memberikan informasian meminta izin

kepada *informant* sebelum menggunakan alat perekam tersebut.

3.5.3 Catatan Penelitian

Catatan penelitian digunakan untuk mencatat hal-hal yang ditemui dan kata kunci penting yang perlu digali secara mendalam selama wawancara. Hal yang perlu dicatat seperti waktu, tanggal, tempat dan deskripsi proses wawancara yang meliputi interaksi sosial, pengaturan lingkungan fisik, siapa yang hadir dan peristiwa khusus yang ditemui. Pencatatan telah dilakukan selama dan segera setelah proses wawancara untuk memasukan bahwa data reliabel dan mencegah hilangnya informasi yang dibutuhkan. Pada tahap penelitian melakukan *Fokus Group Diskusi*. *Indepth interview* dilakukan dengan menggunakan kisi-kisi pertanyaan untuk bahan dalam melakukan pengembangan modul evakuasi pasien di Rumah Sakit yang akan diberikan dengan tujuan untuk menggali lebih dalam terkait persoalan yang dihadapi dalam melakukan evakuasi pasien di Rumah Sakit ketika bencana.

3.6 Pengumpulan Data

3.6.1 Tahap Persiapan

Penelitian dilaksanakan setelah dinyatakan lolos uji etik yang diselenggarakan oleh komisi etik penelitian Poltekkes Kemenkes Bandung. Kemudian peneliti mengajukan surat izin penelitian kepada KESBANGPOL Kabupaten Bandung Barat dengan mengikuti prosedur yang telah ditetapkan untuk mendapatkan izin penelitian.

3.6.2 Tahap Pelaksanaan

a. *Wawancara/ Focus Group Discussion (FGD)*

Pengumpulan data akan dilakukan dengan cara *in depth interview*. Proses wawancara menggunakan *In-depth interview* merupakan wawancara mendalam yang berisi suatu isu tetapi mempunyai lebih banyak detail. Tujuan teknik ini adalah memperoleh informasi mendalam tentang fenomena dengan menstimulasi partisipan lebih terbuka dan menyampaikan pendapat dan ide tentang pengalaman terhadap suatu fenomena (Sugiyono, 2014). Wawancara dilakukan dengan berdialog dan tanya jawab dengan pihak-pihak terkait dalam proses pengembangan modul evakuasi pasien saat bencana di rumah sakit jiwa. Hasil-hasil wawancara kemudian dituangkan dalam struktur ringkasan, yang dimulai dari penjelasan ringkas identitas, deskripsi situasi atau konteks, identitas masalah, deskripsi data, unitisasi dan ditutup dengan pemunculan tema. Peneliti memilih responden/ Informant dalam penelitian ini perwakilan dari rumah sakit jiwa, Ketua Umum Ikatan Perawat Jiwa, Kepala Badan penanggulangan Bencana Daerah (BPBD), Ketua Himpunan Perawat Manajemen Indonesia, melakukan kegiatan *Focus Group Discussion (FGD)*. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pertanyaan terbuka mengenai evakuasi pasien saat kondisi bencana di rumah sakit jiwa.

b. *Systematic Literature Review*

Teknik Pengumpulan Data Penulis menggunakan metode literature review yang akan digunakan untuk melakukan pengumpulan data, yang

mana teknik pengumpulan data ini digunakan ketika peneliti bermaksud melakukan sebuah studi pendahuluan bertujuan untuk menemukan pokok dari permasalahan yang akan di teliti (Sugiyono, 2013). Peneliti memilih literature review sebagai metoode yang akan digunakan untuk mengumpulkan data yakni dengan maksud mendapatkan atau menggali informasi yang lebih dalam dan mendetail dengan berbagai macam bentuk dokumentasi dari penelitian terdahulu. Sebagaimana yang telah dipaparkan Arikunto (2006) mengenai literature review yakni mengumpulkan data terkait hal hal atau variabel variabel berupa buku buku, transkrip, catatan, majalah, surat kabar, pasasti, agenda, notulen rapat dan sebagainya. Penulis memilih untuk melakukan studi melalui dokumentasi karena dapat memperkuat data serta bukti yang ada serta dapat melengkapi hasil penelitian dari literature review yang lebih akurat dan terpercaya.

Literature Review ini di sintesis menggunakan metode naratif dengan mengelompokkan data-data hasil ekstraksi yang sejenis sesuai dengan hasil yang diukur untuk menjawab tujuan. Jurnal penelitian yang sesuai dengan kriteria kemudian dikumpulkan dan dibuat ringkasan jurnal meliputi nama peneliti, tahun terbit jurnal, negara penelitian, judul penelitian, metode dan ringkasan hasil atau temuan. Ringkasan jurnal penelitian tersebut dimasukan ke dalam tabel diurutkan sesuai alphabet dan tahun terbit jurnal dan sesuai dengan format tersebut di atas. Untuk lebih memperjelas analisis abstrak dan full text jurnal dibaca dan dicermati. Ringkasan jurnal tersebut kemudian dilakukan analisis

terhadap isi yang terdapat dalam tujuan penelitian dan hasil/temuan penelitian. Analisis yang digunakan menggunakan 10 analisis isi jurnal, kemudian dilakukan koding terhadap isi jurnal yang direview menggunakan kategori evakuasi pasien. Data yang sudah terkumpul kemudian dicari persamaan dan perbedaannya lalu dibahas untuk menarik kesimpulan.

3.6.3 Tahap terminasi

Setelah selesai melakukan penelitian, peneliti memberikan *reinforcement positif* terhadap responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian.

3.7 Analisa Data

Menganalisis data penelitian merupakan suatu langkah yang sangat kritis, apakah menggunakan data statistic atau non statistic. Analisis data adalah proses mengatur urutan data, mengorganisasikannya kedalam suatu pola, kategori dan satuan uraian sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis seperti yang disarankan oleh data. Dalam penelitian ini analisis data dilakukan secara berkesinambungan dari awal sampai akhir penelitian, baik dilapangan maupun diluar lapangan dengan mempergunakan teknik seperti yang dikemukakan oleh Miles dan Huberman:

a. Reduksi data

Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis data yang menajamkan, mengaharapkan hal-hal penting, menggolongkan mengarahkan, membuang yang tidak dibutuhkan dan mengorganisasikan data agar sistematis serta

dapat membuat satu simpulan yang bermakna. Jadi, data yang diperoleh melalui observasi, wawancara dan pengkajian dokumen dikumpulkan, diseleksi, dan dikelompokkan kemudian disimpulkan dengan tidak menghilangkan nilai data itu sendiri.

b. Penyajian data

sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dalam pengambilan tindakan. Proses penyajian data ini mengungkapkan secara keseluruhan dari sekelompok data yang diperoleh agar mudah dibaca dan dipahami, yang paling sering digunakan untuk penyajian data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif. Data dapat menggambarkan bagaimana pengembangan modul evakuasi pasien di rumah sakit jiwa.

c. Kesimpulan dan verifikasi Data

Setelah data dipolakan, difokuskan, disusun secara sistematis kemudian disimpulkan sehingga makna data dapat ditemukan. Namun, kesimpulan tersebut hanya bersifat sementara dan umum. Untuk memperoleh kesimpulan yang “grounded” maka perlu dicari data lain yang baru untuk melakukan pengujian kesimpulan tentatif tadi terhadap pengembangan modul evakuasi pasien di rumah sakit jiwa saat terjadi bencana.

d. Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data

Menurut Lincoln dan Guba (1985, dalam Polit dan Beck 2010) mengemukakan untuk mendapatkan keabsahan data, diperlukan teknik pemeriksaan didasarkan atas sejumlah kriteria tertentu, yaitu *credibility* (dapat dipercaya), *dependendability* (konsisten), *transferability* (dapat

digunakan dalam konteks berbeda) dan *confirmability*. Dengan teknik pemeriksaan data kemudian didiskusikan dengan rekan-rekan sejawat selanjutnya dianalisis dengan membanding teori dari beberapa pendapat ahli. Dengan cara teknik diatas diharapkan tingkat kepercayaan, keteralihan, kebergantungan dan kepastian data dapat disajikan secara objektif dan dapat dipertanggung jawabkan.

3.8 Etika Penelitian

Penelitian ini telah disetujui oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Bandung dengan nomor 12/KEPK/EC/X/2020. Penelitian ini menganut prinsip pertimbangan etika yang dinyatakan oleh *The Five Right of Human Subject in research*.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini memaparkan tentang hasil penelitian yang didapatkan dari kegiatan FGD dan systematic literature review yang telah dilaksanakan yang kemudian dilanjutkan dengan pembahasan terhadap hasil yang didapatkan berdasarkan hasil-hasil penelitian.

4.1. Hasil Penelitian

Ekstraksi data dilakukan dengan cara melaksanakan *Focus Group Discussion (FGD)* dengan Pakar Keperawatan Jiwa, Asosiasi/ Himpunan Keperawatan dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten Bandung Barat, serta untuk mendapatkan data tambahan kami melakukan *literature review* dari 10 jurnal yang sudah terakreditasi, untuk lebih jelasnya hasil FGD dan literature review adalah sebagai berikut :

4.1.1 *Focus Group Discussion (FGD)*

Tema-tema yang teridentifikasi dari hasil FGD berdasarkan panduan pertanyaan terkait dengan evakuasi pasien saat terjadi bencana dalam meningkatkan kesiapsiagaan perawat di Rumah Sakit Jiwa, diantaranya :

- 1) Pembuatan pedoman/Standar Oprasional Prosedur Evakuasi
- 2) Sosialisasi Standar Oprasional Prosedur
- 3) Kesiapan Fasilitas Sarana Prasarana
- 4) Simulasi Evakuasi pasien
- 5) Proses Evakuasi Pasien
- 6) Kompetensi perawat bencana

Tema-tema yang didapatkan diperkuat dengan pernyataan-pernyataan yang disampaikan langsung oleh informan.

1) Pembuatan pedoman/ Standar operasional Prosedur Evakuasi

Data informasi dari informan yang dianggap sebagai ungkapan yang signifikan terhadap pentingnya ada suatu pedoman standar operasional prosedur dalam evakuasi pasien saat ada bencana.

Informan menyampaikan:

“... Ya berarti kita buat protokol prepedes ya...”

2) Sosialisasi Standar Operasional Prosedur

Standar Operasional prosedur yang dibuat oleh masing-masing rumah sakit dalam melakukan evakuasi di sosialisasikan baik ke tenaga kesehatan ataupun pasien awal datang di ruangan tersebut

Informan mengungkapkan:

“...nah setelah itu kan berarti disosialisasikan , seperti kita kalau ada pertemuan di gedung kan disosialisasikan diawal nanti kalau terjadi begini lewat sini seterusnya dan seterusnya , nah sudahkan semua pasien diorientasikan saat dia datang dan secara periodik diorientasikan , nah itu masih pra bencana itukan.”

Dalam melakukan sosialisasi prosedur evakuasi pasien banyak cara yang bisa dilakukan hal ini diungkapkan oleh *informan* lain mengatakan:

“... evakuasi kedaruratan harus disosialisasikan bisa melalui pamflet, plakat ataupun spanduk dan pelatihan.”

3) Simulasi Evakuasi pasien

Simulasi evakuasi di rumah sakit sangat penting saat pra bencana dilakukan hal ini diungkapkan oleh *informan* :

“....harus disiapkan siapa tenaganya jadi kayanya kalau ada bencana RS itu sudah siap punya standart tersendiri itu ya MFK (manajemen fasilitas dan keselamatan) itu didalamnya ada bencana , ada bencana khusus dalam RS, sampai diharuskan training sampai diharuskan simulasi...”

Informant lain mengatakan :

“Menurut peraturan ada pasal yang mewajibkan untuk melakukan simulasi evakuasi tapi tidak dijelaskan secara tersirat, sedangkan menurut Kepala BNPB tidak aturan yang mengharuskan melakukan simulasi evakuasi

Kegiatan simulasi evakuasi seiring dengan terbiasanya dilakukan dapat meningkatkan kesiapsiagaan maka hal ini perlu dilakukan secara rutin. Dimana *Informant* mengatakan bahwa :

“Setelah skenario itu dibuat semuanya kemudian lakukan simulasi kalau saya waktu RN diluar negeri saya tuh setiap 30 hari sekali walaupun tidak ada kebakaran saya harus ikut simulasi menggunakan apar , tujuannya untuk apa ? karena jarang sekali digunakan akan lupa , jika terjadi kejadian itu , jadi bisa juga dibuat simulasi 1 bulan sekali”

4) Proses Evakuasi Pasien

Proses evakuasi pasien harus segera dilakukan setelah terjadinya bencana, hal ini diungkapkan dari informant sebagai berikut:

“....tadi sudah mulai dari pra bencana, kemudian terjadinya kondisi bencana langkah berikutnya kita evakuasi ke lapangan terbuka dulu,....”

Dalam melakukan evakuasi pasien maka penanggung jawab pasien saat terjadinya bencana tersebut yang harus melakukan evakuasi pasien tersebut

Informant menyampaikan :

“Ya balik lagi kepada tim tadi kan tim ada PPJA ya masing masing bertanggung jawab kepada pasiennya”

Pada kondisi setelah dilakukan evakuasi dan ditempatkan di posko lapangan maka lakukan assessment pada pasien tersebut baik fisik maupun mentalnya hal ini diungkapkan oleh *informant* yaitu :

“assessment nya tetap seperti assesment bencana fisik , baru ditambahkan assement kesehatan jiwa”

5) Kompetensi perawat bencana

Dalam melakukan penanggulangan bencana diperlukan kompetensi khusus yang dimiliki oleh perawat tidak terkecuali dalam melakukan tindakan evakuasi pasien saat terjadinya bencana

Informant mengatakan :

“..... berdasarkan itu perlu disiapkan perawat dengan kualifikasi kompetensi dasar manajemen disaster , ini perawat yang perannya hanya staf RS dia harus punya kompetensi manajemen disaster umum mulai dari kejadian apakah itu disaster dalam atau luar RS...”

Informant lain mengungkapkan :

“Jadi memang setuju harus ada kompetensi khusus terutama untuk tindakan triage dan evakuasi, triage menurut saya harus tenaga profesional...”

4.1.2 *Systematic Literatur Review*

Untuk melengkapi dan memperkaya pengembangan modul evakuasi pasien saat terjadi bencana di Rumah Sakit Jiwa maka melakukan *systematic literatur review* pada 10 jurnal yang telah terakreditasi. Hasil *systematic literature review* diuraik pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.1 Identitas Jurnal Literatur review

Penulis	Judul	Nama Jurnal, Nomor dan Tahun Terbit	Jenis dan Rancangan Penelitian	Hasil Penelitian
Jamie Ranse, dkk	Leadership Opportunities for Mental Health Nurses in the Field of Disaster Preparation, Response, and Recovery	<i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 36:391–394, 2015 Copyright © 2015 Informa Healthcare USA, Inc. ISSN: 0161-2840 print / 1096-4673 online DOI: 10.3109/01612840.2015.1017062	Systematic Literature Review	hasil penelitian dari sejumlah peristiwa bencana internasional untuk menggambarkan manfaat dan kebutuhan kepemimpinan keperawatan kesehatan mental dalam konteks bencana. Aspek kepemimpinan kesehatan mental dalam pendidikan, kebijakan, praktik klinis, dan penelitian telah diuraikan. Secara khusus, dikatakan bahwa pemimpin perawat kesehatan mental adalah posisi yang baik untuk meningkatkan pengiriman bencana yang komprehensif layanan kesehatan untuk orang-orang yang terkena bencana terkait kesiapan untuk, respon dan pemulihan dari mental masalah kesehatan yang timbul dari bencana.
Yasmita Anis Astari1*, Daru Lestantyo2, Ekawati2	Faktor <i>predisposing, enabling, dan reinforcing</i> yang berhubungan dengan kesiapsiagaan perawat rumah sakit jiwa dalam menghadapi bahaya kebakaran	JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal) Volume 8, Nomor 6, November 2020 ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346 http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm	cross sectional	dasarakan hasil penelitian dapat diketahui bahwa terdapat hubungan antara faktor – faktor <i>predisposing</i> , seperti pengetahuan dan sikap dengan kesiapsiagaan perawat rumah sakit jiwa dalam menghadapi bahaya kebakaran. Sedangkan, tidak terdapat hubungan untuk faktor <i>predisposing</i> lain seperti karakteristik individu (umur, jenis kelamin, masa kerja, dan tingkat pendidikan) dengan kesiapsiagaan perawat rumah sakit jiwa dalam menghadapi bahaya kebakaran nsosialisasikan dan mema-sang SOP tanggap darurat kebakaran yang telah ada di dekat papan petugas <i>red code</i> disetiap bangunan rumah sakit jiwa khususnya di ruang UPIP sebagai upaya untuk memudahkan perawat dalam mengambil keputusan saat terjadi kebakaran
Valerio Villamil Salcedo,1 Alejandro Molina López2	General evacuation measures in disaster situations for hospitalized mental patients.	Salud Mental 2014;37:365-371 ISSN: 0185-3325 DOI: 10.17711/S.M.0185-3325.2014.0	Systematic Literature Review	Dianjurkan, terutama bagi penghuni psikiatri, untuk menerima pelatihan dalam intervensi krisis, manajemen kelompok (idealnya terapi kelompok), kepemimpinan (terutama untuk membantu mengatur komunitas atau tempat tinggal), dan triase (untuk menilai kontingensi) serta secara aktif berpartisipasi latihan evakuasi dan

	Literature review and suggestions	43		dukungan vital dasar, sebelum menghadiri untuk memberikan bantuan; aspek-aspek ini mungkin tampak utopis tetapi mereka layak jika ada visi pencegahan dalam psikiatri latihan
Arif Munandar	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita	Health Science and Nursing (IcoSIHSN 2019) Volume 15	Penelitian kualitatif : studi Fenomologi	Perawat di rumah sakit jiwa sukma pearl di Provinsi Nusa Tenggara Barat sudah menjalankan perannya sebagai perawat dalam upaya kesiapsiagaan bencana karena yang mereka miliki pengetahuan dan pengalaman yang terlibat dalam bencana pengelolaan. Peran yang dapat mereka selesaikan di rencana bencana meliputi: 1) Pembuatan, Pembaruan, dan Menerapkan Rencana Bencana, 2) melakukan risiko
Nizar B. Said a,b, Alex Molassiotis b, Vico C.L. Chiang	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada baduta di wilayah kerja puskesmas buntu batu kabupaten enrekang	International Journal of Disaster Risk Reduction journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/ijdr	Survey online internasional	di saat ini bertujuan untuk mengevaluasi kesiapan psikologis di antara perawat dengan pengalaman bantuan bencana. Temuan menyarankan itu self-efficacy, harga diri, optimisme disposisional, kecemasan sifat, dan PTSD dapat dianggap sebagai prediktor untuk menilai kesiapan psikologis perawat untuk bencana. Terungkap juga bahwa perawat memiliki lebih sedikit pelatihan dalam kesiapsiagaan psikologis daripada kesiapsiagaan bencana umum. Secara khusus, perawat pria menerima pelatihan yang relatif lebih sedikit kesiapsiagaan bencana dan psikologis, serta mental bencana kesiapan kesehatan, jika dibandingkan dengan perawat wanita. Sesuai pelatihan dapat memengaruhi kemandirian diri, optimisme disposisional, dan harga diri; dan mengurangi kecemasan dan gejala PTSD. Hasilnya disorot pentingnya mempertimbangkan kesiapan psikologis dalam perencanaan dan pelatihan bencana masa depan untuk perawat
Anatoly Kreinin; Tatiana Shakera; Ayala Sheinkman; Taman Levi; Vered Tal; Jacob Polakiewicz	Evacuation of a Mental Helath During a Forest Fire in Israel	Disaster Medicine and Public Health, Inc. DOI: 10.1017/dmp.2014.53	Sistematic Literature Review	Puskesmas Tirat Carmel berhasil evakuasi pada bulan Desember 2010 saat terjadi kebakaran hutan yang melanda di pegunungan carmel di dekatnya. Sebanyak 228 pasien berhasil dievakuasi dari pusat dalam waktu 45 menit. Tidak ada korban jiwa atau cedera yang terkait dengan evakuasi yang terjadi. Kami percaya bahwa fungsi yang efisien dari staf administrasi dan medis memberikan model yang dapat direplikasi yang dapat berkontribusi pada tingkat kesadaran dan kesiapan anggota staf rumah sakit untuk bencana alam dan buatan manusia. Untuk meningkatkan tingkat kesiapsiagaan untuk evakuasi di masa

				<p>depan ditentukan, 2 model evakuasi di RS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evakuasi yang diatur total, di mana pasien dievakuasi ketika rumah sakit menerima peringatan evakuasi 2. Evakuasi mendesak, di mana keputusan di tempat dibuat untuk mengevakuasi pasien, tanpa menerima peringatan evakuasi. <p>2 fase evakuasi di RS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fase evakuasi internal, yang mensyaratkan urutan evakuasi rumah sakit 2. Fase evakuasi eksternal, yang meliputi pengembangan komponen kontrol, komunikasi dengan petugas eksternal, dan pemindahan pasien ke alternatif di fasilitas pasien <p>6 prinsip tindakan yang memandu fase evakuasi internal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga agar departemen tetap teratur selama proses evakuasi. 2. Penataan urutan tindakan di dalam departemen untuk mempersiapkan pasien untuk evakuasi 3. Mengatur akses transportasi segera untuk mengurangi risiko pajanan 4. Menciptakan aliansi dengan layanan keamanan untuk memastikan kontrol dan memperkuat rasa perlindungan 5. Menjaga kendali pasien selama proses evakuasi mulai dari keberangkatan menuju ruang terbuka dan saat naik bus <p>lakukan exit cepat dari ruangan, menaiki kendaraan evakuasi dengan cepat, dan berangkat dengan cepat</p>
Mari Kay Shibley	Evacuation and Relocation of a Locked Psychiatric Unit	California Hospital Association: Disaster Planning for California Hospitals: Planning for today, tomorrow and beyond	Narrative Review	<p>Sharp Mesa Vista Hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 158 pasien psikiatrik - 2 bangunan; 1 gedung induk dan 1 gedung remaja anak 3 lantai - Populasi: anak, Remaja, dewasa dan lansia/senior - Program rawat inap: gangguan suasana hati dan pikiran, detoksifikasi dan rehabilitasi alkohol, gangguan psikiatri akut, kesehatan perilaku senior dan program anak / remaja <p>Situasi yang membutuhkan evakuasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diperlukan penggantian Air Handling Unit (AHU) lama pada gedung remaja anak 3 lantai

				<ul style="list-style-type: none"> - Derek besar di tempat parkir depan untuk mengangkat dan melepas unit - AHU lama terletak di belakang gedung - Bobot dan stabilitas AHU lama tidak diketahui <p>Bangunan, Unit dan populasi</p> <p>Bangunan 3 lantai:</p> <p>Lantai 1: kosong pada akhir pekan, kecuali ruang staf</p> <p>Lantai 2: kosong karena merombak pekerjaan</p> <p>Lantai 3: Unit anak, remaja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unit akut anak & remaja 21 tempat tidur terkunci - Umur 5-17 - Diagnosis: depresi, gangguan pikiran, bunuh diri, menyerang, autis dan kadang-kadang, cacat perkembangan - Risiko kawin lari yang tinggi - Resiko bunuh diri yang tinggi - Risiko serangan tinggi <p>Perencanaan dan Koordinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operasi konstruksi dan derek - Penutupan tempat parkir - Pembatasan pengunjung - Persiapan: logistik evakuasi - kepegawaian - keamanan - Layanan makanan dan nutrisi (FANS) - terapi rekreasi - perlengkapan dan perlengkapan <p>Persiapan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi area untuk relokasi dari 21 pasien. Kemana mereka akan ditempatkan? Rencanakan: Taman dan sayap timur; sayap utara - Identifikasi kebutuhan pasien: obat-obatan, makanan, air, keamanan dan kenyamanan. Apa yang pasien butuhkan? <p>Rencanakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bawa obat-obatan pasien, atau gunakan - Identifikasi medical issues dan rencana yang lainnya - Layanan makanan dan nutrisi pasien - Walk plan dengan keamanan - Pusat informasi keamanan - Identifikasi resiko - Identifikasi potensi risiko populasi pasien rawat inap dan
--	--	--	--	---

				<p>mengurangi risiko yang ada sebelum evakuasi.</p> <p>Apa resiko kita?</p> <p>Rencanakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien kabur: # 1 risiko untuk evakuasi ini. Risiko tertinggi pergi ke lokasi kunci alternatif, 2 staf untuk 1 pengawalan pasien ke evakuasi • Resiko bunuh diri: Risiko tertinggi pergi ke lokasi terkunci alternatif atau diletakkan di: 1: 1 selama evakuasi • Resiko menyerang/Akut: Risiko tertinggi pergi ke lokasi terkunci alternatif atau diletakkan di: 1: 1 selama evakuasi <p>- Apakah kita mengaktifkan Sistem Komando Insiden Rumah Sakit:</p> <p>Staff</p> <ul style="list-style-type: none"> - Staff rutin - 1:1 - Meningkatkan pegawai untuk support relokasi - Keamanan - FANS - Terapi rekreasi - Petugas keamanan senior <p>Sekuriti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat parkir sebelum / selama pekerjaan derek - Pemantauan keamanan - Pencegahan pasien kabur selama relokasi - Keamanan di pintu pemadam kebakaran di East Wing 1 untuk mencegah akses pasien anak / remaja ke unit dewasa - Dukungan yang diperlukan untuk acara Code Green apa pun <p>Food dan nutrition</p> <p>Wing Timur: Tidak ada ruang makan selama relokasi untuk BBQ pasien anak</p> <p>Unit anak dan remaja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan pizza di taman - Menyediakan snack, air - Menyediakan demonstrasi makanan—es cream <p>Terapi rekreasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membutuhkan extra staff untuk kegiatan bermain pasien anak - Alat bermain: craft/kerajinan tangan untuk di tempat evakuasi - Berikan aktifitas yg membuat anak menjadi sibuk: bola <p>Alat-alat yang harus disiapkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tensimeter
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Glukotes - 2 laptop untuk medical record - Tempat Obat-obatan emergensi - <i>Transfer phone; unit phones to charge Nurse hospital cell phone.</i>
Hiroshi Nukui, Sanae Midorikawa, Michio Murakami, Masaharu Maeda, Akira Ohtsuru	Mental Health of Nurses after the Fukushima complex disaster: a Narrative review	Journal of Radiation research, Vol.59, No.S2, 2018, p.ii108-11113 doi: 10.1093/jrr/ry023 Advance Access Publication: 13 April 2018	Narrative Review	<p>Gangguan kesehatan mental terkait pekerjaan diakui sebagai masalah nyata dalam konteks membantu penanggap, termasuk profesional kesehatan, karena hasil kesehatan yang merugikan setelah bencana parah.</p> <p>Gempa Bumi Besar Jepang Timur, yang terjadi pada Maret 2011 adalah bencana kompleks yang belum pernah terjadi sebelumnya yang menyebabkan lebih dari 18.000 kematian dan orang hilang dan diikuti oleh kecelakaan nuklir di PLTN Fukushima Daiichi. Ulasan naratif ini terutama berfokus pada efek psikologis pada perawat Rumah Sakit karena pengalaman mereka selama bencana kompleks Fukushima. Kami juga melihat investigasi lain ke dalam kesehatan mental perawat diberikan pendidikan tentang radiasi dan risiko kesehatan yang terkait, dan juga bahwa ada pendekatan komprehensif untuk perawatan kesehatan mental untuk perawat selama fase kronis. Kasus rumah sakit khusus bencana (core disaster): Di rumah sakit core disaster; mereka menyiapkan pengaturan tempat tidur di pintu masuk rumah sakit untuk menerima pasien darurat yang diangkut.</p>
Meidiana Dwiyantri, Irwan Hadi, reza Indra Wiguna, Hasanah Eka Wahyu Ningsih	Perbaran Risiko Gangguan Jiwa pada Korban Bencana Alam Gempa di Lombok Nusa Tenggara Barat	Journal of Holistic Nursing And Health Science. Volume 1, Nomor 2, Oktober 2018. Vailable Online at https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/hnhs	Mix thode approach kuantitatif dan kualitatif dengan pengumpulan data secara survey.	<p>Survey dilakukan pada sekitar 88 korban bencana alam gempa di wilayah kerja Puskesmas Penimbung dan Puskesmas Gangga.</p> <p>Hasil menunjukkan masalah-masalah yang ditemukan pada korban setelah bencana alam gempa bumi yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketakutan akan terjadikembali gempa 2. Mengalami maslaah keluarga hubungan suami istri, anak, cucu, gagal menikah 3. Masalah diri sendiri: merasa sendiri, masalah ekonomi, sering menyendiri dan merasa sedih <p>Issue makhluk halus, aspek spiritual, keluhan fisik: [egal, sakit pinggang, kaki dan hipertensi. Masalah yang berisiko terjadi gangguan jiwa.</p>
Liza Safrina, Hermansya, T. Budi Aulia	Analisis Titik Evakuasi gempa bumi dan	Idea Nursing Journal ISSN: 2087-	Deskriptif Kualitatif berfokus pada	<p>Hasil penelitian: diskusi dengan 8 perawat yang pernah melakukan evakuasi bencana gempa bumi pada 26 Desember 2004 menyatakan:</p>

	tsunami pada badan layanan umum daerah Rumah Sakit Jiwa Aceh	2879. Vol.VI No.2 2015	penelitian lapangan/survey sebagai data primer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situasi panik pada petugas karena ketidak tahuan bagaimana proses evakuasi saat terjadi bencana. 2. Sulitnya mengarahkan pasien menuju ke tempat yang aman dari gempa bumi, lantai ruangan dan selasar yang licin, tangga sangat sempit sehingga sulit dilalui pasien menuju halaman. 3. Area tempat berkumpulnya pasien yang dirasakan kurang memungkinkan untuk digunakan sebagai lokasi/titik evakuasi karena permukaan tanah yang bergelombang, sempit bahwa ber rawa-rawa dan becek. <p>Belum ada SOP yang baku tentang evakuasi bencana.</p>
--	--	------------------------	--	---

4.2. Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan pada pengalaman langsung peneliti dalam proses penelitian ini, ada beberapa keterbatasan yang dialami dan dapat menjadi beberapa faktor yang dapat lebih diperhatikan bagi peneliti-peneliti yang akan datang dalam menyempurnakan penelitiannya maka penelitian ini tentu memiliki kekurangan yang perlu terus diperbaiki dalam penelitian-penelitian kedepannya. Beberapa keterbatasan dalam penelitian ini, antara lain :

- 1) Proses perijinan melakukan implementasi penelitian dengan melakukan pengujian penerapan modul dalam kesiapsiagaan perawat di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat dikarenakan sedang dalam kondisi wabah Covid-19 sehingga tidak bisa dilakukan secara langsung penerapan hasil pengembangan Modul Evakuasi Pasien saat terjadi bencana ini.
- 2) Modul yang dirancang oleh Tim Peneliti hanya dilakukan uji tim pakar dalam menyelesaikan pengembangan modul evakuasi pasien pada saat terjadi bencana di Rumah Sakit Jiwa.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian kualitatif dengan teknik wawancara (*Focus Group Discussion*) dan *study literature review* yang dilakukan peneliti dapat diambil beberapa kesimpulan. Kesimpulan tersebut dipaparkan sebagai berikut:

- 1) Pada tahap pra bencana perlu adanya standar prosedur operasional evakuasi, sosialisasi Standar Operasional Prosedur (SOP) dan teknik penyelamatan kepada seluruh komponen, orientasi pasien pada awal masuk rumah sakit, simulasi evakuasi pasien dan kesiapan fasilitas sarana dan prasarana meliputi : jalur evakuasi, penentuan titik kumpul, perencanaan shelter kesehatan, peralatan medis darurat.
- 2) Tahap intra bencana meliputi : proses evakuasi pasien, triase pasien, assessment pasien dan shelter kesehatan yaitu : Pos Kesehatan Lapangan Trauma Fisik, Pos Kesehatan Lapangan Trauma Psikologis terbagi ke dalam dua ruangan, dimana Pos Kesehatan Lapangan Rawat Intensif dan Pos Kesehatan Lapangan Pemulihan
- 3) Tahap pasca bencana : masa pemulihan dimana dilakukan kembali assessment sarana dan prasarana serta assessment pasien.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan keterbatasan serta beberapa permasalahan yang belum terselesaikan dalam melakukan penelitian ini,

sehingga peneliti mengajukan beberapa saran antara lain sebagai berikut:

- 1) Rumah sakit sebagai penerima layanan kesehatan diharapkan selalu siap dalam memberikan pelayanan, maka perlunya dibentuk *Hospital Disaster Plan* guna mempersiapkan terhadap ancaman bencana baik berupa *internal disaster* ataupun *eksternal disaster*.
- 2) Pedoman Modul Evakuasi Pasien saat terjadi bencana di Rumah Sakit Jiwa ini, bisa menjadi sumber referensi dalam melakukan simulasi dan dasar untuk pengembangan lebih lanjut mengetahui keefektifannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aryono, Sujudi. (2016). Kepmenkes RI Nomor 882/ Menkes/SK/X/2009 tentang Pedoman Penanganan Evakuasi Medik
- Bencana, B. N. P. (2010). Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 17 Tahun 2010 Tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Pasca Bencana. *Jakarta: BNPB*.
- BNPB. (2018). Data Informasi Bencana Indonesia (DIBI). *Nopember 2018*. <https://doi.org/10.1086/305782>
- Cutter, S. L., Ahearn, J. A., Amadei, B., Crawford, P., Eide, E. A., Galloway, G. E., ... & Scrimshaw, S. C. (2013). Disaster resilience: A national imperative. *Environment: Science and Policy for Sustainable Development*, 55(2), 25-29.
- Cohen, L., et al.(2007). *Research Methods in Education*. (Sixth edition).New York: Routledge.
- Dr Chandrasekhar Krishnamurti.(2018). *Hospital Preparedness And Response During Earthquakes*.OSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS), vol. 17, no. 1, 2018, pp. 53-57
- Gregg, C.E., Houghton, B.F., Johnston, D.M., Paton, D. and Swanson, D.A., 2004. The Perception of Volcanic Risk in Kona Communities from Mauna Loa and Hualalai Volcanoes, Hawaiki.*Journal of Volcanology and Geothermal Research*, 130: 179-196, 2004
- Indonesia, D. K. R. (2006). Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan Dalam Penanggulangan Bencana. *Jakarta: Kementerian Kesehatan*.
- Indonesia, P. R. (2008). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2008 tentang Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
- Keputusan Menteri Kesehatan. KEPMENAKES 1087 MENKES /SK/VIII/2010. jakarta : s.n.
- Kumajas, dkk. (2013). Hubungan fungsi manajemen kepala ruangan dengan kinerja perawat di Badan Layanan Umum Rumah Sakit. Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Manado.
- Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia. lipi.go.id
- Mahmud, (2011). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Pustaka Setia.

- Notoatmodjo, Soekidjo. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta : PT. Rineka Cipta, 2010
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta : Rineka Cipta.
- Panduan pelatihan. (2018). Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS). Bapelkes Batam dan Lembaga Kajian Keperawatan Indonesia
- Permenkes No 001 tahun 2012 tentang Isten Rujukan Pelayanan Perseorangan
- Perry, R. W., & Lindell, M. K. (2008). Volcanic risk perception and adjustment in a multi-hazard environment. *Journal of Volcanology and Geothermal Research*, 172(3-4), 170-178.
- Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan (PPK) Kemenkes RI. 2011. Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana. Jakarta : Kemenkes
- Pusat Penanggulangan Krisis (PPK) Kesehatan. 2013. Buku Tinjauan Penanggulangan Krisis Kesehatan tahun 2012. Jakarta:Kementrian Kesehatan R.I.
- Ramli, Soehatman.(2010). *Manajemen Bencana*. Jakarta : Dian rakyat..
- Saryono, A. S. (2011). Metodologi penelitian kebidanan DIII, DIV, S1 dan S2. *Yogyakarta: Nuha Medika*.
- Satria, B., & Sari, M. (2017). Tingkat resiliensi masyarakat di area rawan bencana. *Idea Nursing Journal*, 8(2), 30-34.
- Sugiyono. 2010. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta
- UNISDR. Indonesia Declares State Of Emergency In Wake Of Heavy Floods
Brigitte Leoni. <http://www.unisdr.org>
- Undang-undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. jakarta : s.n.
Undang-undang No.24 Tentang Penanganan Bencana. (2007)
- Wardhiny, B. K. (2014). Kajian Analisis Resiko Bencana Sesar Dalam Penyusunan Arahana Pemanfaatan Ruang Berbasis Mitigasi Bencana Sesar (Studi Kasus Kecamatan Lembang).
- Wijaya, S. (2010). *Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat*. Denpasar : PSIK FK Unud

Lampiran 1 Instrumen Penelitian

Instrumen Kisi-kisi pertanyaan dalam melakukan kegiatan *Focus Group Discussion* (FGD). Variable/submateri yang harus dikembangkan dalam modul yaitu :

1. Saat apa yang tepat untuk mengambil keputusan mengevakuasi di rumah sakit jiwa?
2. Bagaimana cara yang paling efektif dalam mengevakuasi pasien jiwa / gangguan mental?
3. Jenis pasien yang membutuhkan evakuasi segera?
4. Jenis pengobatan apa yang dilakukan pasien dibutuhkan sebelum evakuasi?
5. Siapa yang akan bertanggung jawab untuk evakuasi?
6. Dimana tempat paling aman untuk evakuasi?
7. Bagaiman penentuan jalur evakuasi ?
8. Bagaimana melakukan identifikasi pasien?
9. Kompetensi apa yang dibutuhkan dalam melakukan evakuasi?
10. Bagaimana Perawatan di tempat posko?
11. Tindakan untuk kembali pasien ke unit atau rumah sakit mereka setelah insiden tersebut diselesaikan?
12. Persiapan apa yang harus dilakukan dalam meningkatkan kesiapsiagaan mengevakuasi pasien
13. Bagaiman proses therapi lanjutan setelah dilakukan evakuasi.

Lampiran 2 Persetujuan Kaji Etik



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
POLTEKKES KEMENKES BANDUNG
MINISTRY OF HEALTH, BANDUNG HEALTH POLYTECHNIC

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"

No. 12/KEPK/EC/X/2020

Protokol penelitian yang diusulkan oleh
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Dr. H. Asep Setiawan, S.Kp, M.Kes
Principal In Investigator

Nama Institusi : Prodi Keperawatan Bandung
Name of the Institution Poltekkes Kemenkes Bandung

Dengan judul:
Title

"PENGARUH MODUL EVAKUASI PASIEN DALAM MENINGKATKAN KESIAPSIAGAAN PERAWAT DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI JAWA BARAT"

"THE EFFECT OF PATIENT EVACUATION MODULE IN IMPROVING THE PREPAREDNESS OF NURSES IN MENTAL HOSPITAL OF WEST JAVA PROVINCE"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 13 Oktober 2020 sampai dengan tanggal 13 Oktober 2021.
This declaration of ethics applies during the period October 13, 2020 until October 13, 2021.

October 13, 2020
Professor and Chairperson,

Dr. Supriatman, SKM., M.Sc



Lampiran 3 Hasil Pengolahan Data Sementara

Ekstraksi dan Sintesa Data

1. Ekstraksi data dilakukan dengan cara melaksanakan Focus Group Discussion (FGD) dengan Pakar Keperawatan Jiwa, Asosia dan dari BPBD Kabupaten Bandung Barat, untuk mendapatkan data kami melakukan literature review dari 10 jurnal yang sudah terakreditasi, untuk lebih jelasnya hasil FGD dan literature review adalah sebagai berikut :

1.1 Focus Group Discussion : Prof. Budi Ana Keliat, Ph.D

Asep Setiawan	Baik prof barangkali ini kita mulai saja , terimakasih prof ini kami terkait evakuasi pasien di RS umum kan sudah ada prof protokol protokolnya nah yang di RSJ ini yang menjadi konsen yang salah satu ingin kita ungkap prof terutama ketika ada bencana upaya menyelamatkan mereka dalam tahap kejadian itu seperti apa itu barangkali tujuan kami prof mohon informasinya mohon masukannya , sehingga kami juga memiliki kontribusi bagi RSJ tidak selamannya kami di RS umum
Prof. Budiana	ee.... kita kalau bicara tentang bencana alam , bencana alam yang baru pernah kita terjadi itu hanya banjir. Banjir dijakarta tinggal kita evakuasi saja ke RSJ Bogor , kalau bencana alam lain waktu kami pergi ke sentani RSJ ga ada masalah ,waktu kita merapi karna di jateng juga RSJ kita ada 3 kalau gasalah atau 4 ya itu juga ga ada masalah sih cuman dipindahin aja gitu , yang banyak akan kami bahas adalah ggn jiwa yang kita temukan dipengungsian .
Asep Setiawan	Nah mungkin juga prof sebagai bahan diskusi kami adalah misalkan seandainya RSJ itu terkena gempa , nah bagaimana alur mengevakuasi pasien sampai ke shulter yang selamat gitu prof , jadi kejadian bencananya melanda RS nya
Prof, B	Nah namun belum pernah ada kejadian di Indonesia ya
Asep	Nah iya iya belum
Prof . Budia	Pedomannya masih tetap pedoman umum tinggal rasio pasien
X	Waktu dilombok prof
Prof. B	Kami kelombok , RS nya kena tapi kita pindah ke tempat yang aman , kemudian RS itu punya halaman yang luas kemudian kami turun kesana , kemudian kita pasang tenda dalam situasi yang ga aman dan kita rawat pasien itu di tenda jadi bikin RS khusus
Asep	Ok jadi masih dilingkungan situ ya , waktu lombok RSJ itu rata semua ya prof ya
Prof	Ga semua rata sih cuman dibagian depan , tapi pada waktu itu kita juga tinggal disitu kan , pada waktu itu masih ada gempa gempa dikin tenda di luar ee..... halaman RS ditempat yang aman , jadi paling nanti kalau mau seperti itu ya carikan lapangan ya untuk dibuatkan jadi tendanya itu persis seperti ruangan ruangan , berapa pasien di ruangan itu , ruangan level berapa dia , cuman memindahkan aja seperti bedol desa aja dia

Asep	Kalau diurutkan nih dok dibariskan pasien yang mana dulu yang.... yang.... saya kurang paham betul ini ada bu winda ini yang nambahin
Prof budi	Ga ada pasien yang mana dulu pasien kan ada disetiap ruangan , ruangan itu sudah sesuai karna menggunakannya intermediet dan cuman dua kan , dan rasio perawat diruangan itu sudah disesuaikan itnggal perawatnya dengan sekian jumlah pasien yang sudah menjadi tanggung jawabnya , nah itulah yang menjadi tanggung jawab terhadap pasien itu , kemudian tahapan pertamanya cari halaman , kita pindahkan kesitu dulu sama kaya yang lain hanya kalau disini sama kaya rumah sakit umum ga ada bedanya hanya kemungkinan tanda & gejala pasien akan meningkat karna kan ini adalah stresor bagi dia
	Adakah pendampingan khusus untuk pasien pasien yang gelisah dengan pasien pasien yang relatif tenang gitu , ketika di evakuasi kami melakukan revio literatur prof salah satunya adalah kemungkinan pemberian medikasi oleh dokter pada pasien pasien tertentu gitu dok pada saat evakuasi itu
	Barangkali untuk urusan medikasi , kalian harus libatkan langsung psikiaternya, tapi yang kita ketahui itu adalah menurut riset hanya bicara tentang pasien yang meningkat dimasyarakat , kalau di RS ini hanya penabahan stresor , kalau di RS justru lebih aman kan karan tenaga kesehatan yang diruangan itu lah yang bertanggung jawab terhadap pasien tersebut untuk melakukan bantuan , berarti ada bantuan bagaimana BNPB ikut membantu itu harus kepada leaader ruangan itu , diruangan itu kan ada kepala ruangnya , kepala tim nya ketua tim itu kan bertanggung jawab kepada sejumlah pasien , dan dia ada PPJPnya perawat penanggung jawab pasiennya , berarti pada sekeliling itu aja dia , pada saat kami melakukannya pada saat tsunami diaceh di RSJ disana juga kita ga punya masalah banyak , kebetulan juga kami nginap di ruang rawat inap di RSJ jadi pasien tetep ada disana , hanya memang ada gempa - gempa susulan kita ajarkan sampai kita bikin nyanyi nyanyiakan “bila ada gempa masuk ke blabla bla “ itu kami sosialisasikan pada mereka semua dan kebetulan kalau ada tanda tanda gempa kalau kita lagi dikamar atau tempat kita kerja dimeja itu pasti selalu ada minuman ada gelas ada air jadi kalau itu sudah goyang itu sudah terbiasa kita langsung lompat keluar semua walaupun itu di RSJ . ya pengalaman saya dua kali ya itu di RSJ mutiara sukma di mataram dan RSJ di aceh , RSJ Magelang wakt ada erupsi merapi 2010 kebetulan juga gada terlalu masalah di RSJ tapi pada saat itu juga kita koordinasi disana
asep	euu prof euu yang tadi saya tertarik terkait dengan yang lagu – lagu itu lagu lagu untuk mengenal kan respon bencana , maksudnya itu bisa dilakukan sejak awal ya prof ya pada saat kondisi normal bisakita sosialisasikan ya prof ya ?

Prof	Bisa aja bisa aja “ Bila ada gempa masuk ke ruang meja , bila ada gempa jauhilah kaca , bila ada gempa lari kelapangan , bila ada gempa “ hahaha nah itu kan ada nyanyiannya tuh kebetulan kita dulu sering ketempat bencana nyanyiannya jadi sekarang aja nyanyiannya
Asep	Bu winda di RSJ Cisarua ada ga nyanyian yang begitu ?
Bu winda	Belum ada pak , boleh juga itu baru bikinnya untuk cuci tangan 6 langkah WHO di seluruh ruangan kalau gempa belu, kayanya bagus juga kalau itu prof di ikuti cara seperti itu
	Ya berarti kita buat protokol prepreedes ya , kesiapan ya jadi tidak selalu di intra bencana , karna kemarin juga RS jiwa mintanya di spesifikasi pada gempa , karna RSJ prov kita itu kan prov di sesar lembang , dan sesar lembang tu memang rentan dengan kondisi gempa , silahkan bu winda bu komariati kalau ada...
Prof	Kalau mau barangkali dilihat sitausi Rsnnya luas engga halammannya , yang engga luas halammannya setau saya hanya Klaten, kalai RSJ yang lain halammannya pada luas , sehingga kalau usul saya sih kalau mau pasang tenda itu ya di dalam RS saja
Asep	Kalau di RSJ prov ada dua lapang bola malah disayap timur sama sayap selatan kalau ga salah
Prof	Iya hehehe kalau dilombok kita itu gitu kalau ada pasien yang bisa dipulangkan dipulangkan kalau yang tidak kita pasang tenda dihalaman ya kebetulan rata rata RSJ halammannya luas luas
Asep	Hal oprof bdi , prof kalau yang konsep BPBD itu mencari jalur evakuasi itu terpendek antara ruangan ke lapangan , nah dalam kontek pengamanannya prof , adakah pengamanan khusus , kan kami kalau mohon maaf ni kalau ilmu saya sangat kurang terkait ilmu keperawatan jiwa , misalkan pencegahan melarikan diri pasien jiwa saat evakuasi bagaimana mengamankan mereka ?
Prof	Ya balik lagi kepada tim tadi kan tim ada PPJA ya masing masing bertanggung jawab kepada pasiennya , paling kalau mau kan ada temen temen dari BPBD nah itu nanti dibawah leader ketua tim atau pun PPJA itu , gitu
Asep	Kalau pelimpahan BPBD pasti kan setelah kejadian , kalau ini mah ketika plek gempa pada saat kejadian gitu prof
Prof	Yaa sama aja seperti RS lain, ya kan ga bisa cari bantuan , ya orang yang disitu yang terdekat kepala ruangan , ketua tim , dengan PPJA , kan kita pertamanya ngambil SDM yang ada disitu , kemudian paling dibantu security , kan security ga cukup satu ruangan satu jadi yang perlu diperdayakan banyak ya ini kepala ruangan ketua tim PPJA, karna kita kan sudah punya sistem diruangan pasien siapa tanggung jawab siapa , hanya yang perlu dilakukan simulasi kan , kalau jalur evakuasi itu kan harus sudahkan dengan adanya eu... gaharus dilakukan kan tentang jalur evakuasi itu standar kan , ini kan bicara tentang pengamanan pasien kan

Asep	Silahkan bu winda dan bu komariyati yang dari jiwa nih yang dari RS yang bisa di eksplor alhamdulillah prof bu hadir
Winda	Ya pak asef terimakasih kalau saya sudah jelas , karna kebetulan saya juga hadir ketika dilombok, jadi gambarannya memang seperti yang prof budi ceritakan
Asep	Bik prof selanjutnya untuk terkait setting ruangan di tenda itu pengelompokan pasien akan di sesuaikan dengan ketika diruangan biasa ?
Prof	Ya bedol desa , saat terjadi bencana alam ya ratu RT satu RW kita bawa sama sama ketempat yang bersama-sama , seperti itu
Asep	Nah Kalau terkait dengan karakteristik pasien prof , apakah tendanya kita pisah atau bagaimana ?
Prof	Nah kan begitu kita keluar , kan belum ada tenda , nah peristiwanya apa ? contoh peristiwanya rubuh semua atau bagaimana ? kan kita harus simulasi kalau geduang ruangan itu rubuh , nah mulai dari bagaimana keluar dari ruangan itu, itu kan standar umum hanya penanggung jawabnya tadi harus sudah jelas .
Asep	Nah pertanyaan saya prof , apakah dari beberapa ruangan itu ideal nya kita pisahkan pertenda lagi berdasarkan karakteristik pasiennya prof ?
Prof	Tergantung kalau misalnya cuman 6 orang pasien , masa kau bikin 1 tenda besar cuman 6 orang , karna nanti kan nanti umumnya kita buat kalau kemarin kami di lombok karna kami bikin tendanya di halaman itu secara bertahap kita angkat jga tempat tidur , kita tidak tidur dibawah , tapi sekan itu secara bertahap tidur di bawah dulu , itu kan secara bertahap kan , jadi begitu keluar dari ruangan ayo harus tau dimana lokasi yang akan aman , berkumpul harus dihitung kan ,ada ga yang cedera kan langsung triage kan disitu kan , makannya apa yang terjadi management ruangan kadang kadang belum bagus kan operan kita benega kita operan , tau ga kita beerapa pasien kita, tiap orang tau ga pasiennya , jadi begtu terjadi bencana dia harusnya mencari pasien dia itu , kan beda kita dengan RS umum kan kala RS umumkan pakai infus pakai apa segala , kalau ini kan nda ada itu kan , jadi pertanggung jawaban perawat terhadap sejumlah pasien yang menjadi tanggung jawab dia itu sangat penting sekali didalam proses manajemen asuhan yang akan berguna pada waktu kapan saja pun ada kejadian. Kira bicara pra bencana dulu deh , berarti semua harus aware kemungkinan ada bencana , kemudian apa yang harus kita lakukan pra bencana ? standar bencana yang ada aja dulu kemudaiannya apa tambahannya untuk jiwa kan gitu , ga bertentangan dengan BNPB , nah setelah itu kan berarti disosialisasikan , seperti kita kalau ada pertemuan di gedung kan disosialisasikan diawal nanti kalau terjadi begini lewat sini seterusnya dan seterusnya , nah sudahkan semua pasien diorientasikan saat dia datang ? dan secara periodik diorientasikan , nah itu masih pra bencana itukan

Asep	Termasuk yang lagu itu prof ya ?
	Iya bila ada gempa lindungi kepala , ambil bantal mu , saya dulu gitu waktu di aceh saya ambil bantal langsung lari saya ke lapangan , dilombok juga saya gitu lagi meeting dalam ruangan langsung lari keluar , bila ada gempa masuk kolong meja , mejanya yang kokoh ga bukan meja yang sembarangan kalau meja yang sembarangan itu kadang kadang di foto tuh dibawah kursi , ya hancur juga kursi chitosnya , harusnya kemjea yang kokoh kan , bila ada gempa hindarilah kaca, bila ada gempa lari kelapangan ,
	Katanya tuh kata RSJ prov jabar itu belum ada tu prov
	Hahaha soalnya dari prov jabar belum pernah ada yang jadi relawan ke bencana alam
	Nah loh bu winda
	Kebetulan kan kalau kami jadi relawan itu biaya sendiri hanya semua perbekalan yang kita bawa yang kita berikan kepada mereka itu kami kumpulkan biasanya dari IPKJI se indonesia jadi rata rata kami itu ada 10 – 20 jt untuk membeli bahan bahan apa yang kita perlukan yang kita berikan kepada masyarakat , dan relawan itu ga boleh menggunakan uang itu harus menggunakan uang sendiri
Asep	Nah prof pengalaman prof nih , ketika bahan yang paling urgent diperlukan saat intra bencana mereka apa prof ?
Prof	Pada pasien ggn jiwa ? ya bikin dapur umum penyediaan kebutuhan dasarnya , kalau bicara kebutuhan dasar sama dengan yang lain , waktu di aceh juga kita malah RSJ bikin dapur umum
Asep	Saya sempat ke RSJ pada saat itu saya tanya ke direktornya pasca bencana tsunami ini berapa lama temen temen dirawat ? mereka bilang sampai 100 hari, karna sulit dikembalikan kemasyarakatnya karena sudah tidak ada keluarganya
Prof	Iya karena bencana internasional kalau aceh kemarin.
Yogas	Izin prof untuk bertanya untuk mengenai tadi saya tertarik dengan assesment saat terjadinya bencananya ini harus dilakukan assesent apakah pasienitu bisa dipulangkan atau tidak assesment yang dilakukan saat bencana itu
Prof	Sebentar sebentar dulu kita kan tadi sudah mulai dari pra bencana , kemudian terjadinya kondisi bencana langkah berikutnya kita evakuasi ke lapangan terbuka dulu , kemudian kita koordinasi dengan pihak RS harusnya mereka sudah mempunyai persediaan tenda sebelum ada dari BNPB sebelum ada dari dinsos dan sebagainya ,nah pada waktu itu terjadi kita masih berkumpul berasma sama di tenda itu , nah selanjutnya tentu kita sesuaikan kalau bisa satu tenda itu seberapa besar tendanya seberapa muatnya nah kan gitu , pada tahap awal kan itu kita pasti tidur dibawah , belum di setting tendaitu sebagi RS , nah baru disitu lah dilakukan assesment kan

Yogas	Assesment yang dilakukan itu ada perubahan tidak antara standar yang biasa dilakukan seperti hal biasanya pasien pulang atau ada khusus buat kondisi bencana ?
Prof	Jangan dilupakan , assesment nya tetap seperti assesment bencana fisik , baru ditambahkan assesment kesehatan jiwa , jangan nanti lupa kita dianggap selamat itu pasien ada juga yang udah kena runtuh ada juga yang ketindes , dsb jadi asepek seperti itu sama dimanapun
Yogas	Ehmm pasti tetep melakukan triage dalam kondisi fisik ya
Prof	Iya dan nanti triage jiwanya kan kita sudah terbiasa yang mana intensif yang mana intermediet , bisa saja pasien intermediet nya masuk keruang intensif atau akut ya kan , karena ita anggap ini stresor kan
Yogas	Kalau dari segi karakteristik pasien juga itu yang perlu diperhatikan dalam melakukan evakuasi selain dari kondisi fisiknya mungkin kearah kondisi jiwanya psikisnya itu apa saja mungkin prof yang mungkin paling penting kita perhatikan ?
Prof	Kan dibagi dua tadi kan di RS , itu harusnya winda bisa cerita tu kita kan sekarang cuman ada intermediet dengan intensif gatau di RS kalian masih ada ruang tenang , ruang setengah tenang , ruang ini biasanya sih tinggal dua , diwinda bagaimana heni dengan winda
Asep	Bu teti gimana di jiwa cisarua
Bu teti	Siap prof di RS prov jabar hanya ada 2 intensif dan pemulihan / ruang tenang
Prof	Iya betul jadi cuman 2 itu kan dan nanti kan rasio tenangnya sesuai dengan yang dinesnyasudah disesuaikan itu , hanya perlu dilakukan assesment ulang adakah yang meningkat menjadi intensif ya kan , karena ini ada stresor gitu , kemudian yang intermediet itu tinggal di asses juga yang mana yang bisa pulang , jadi jangan lupa nanti assesment fisiknya barangkali pada waktu rubuh tadi ada yang terkena ada yang cedera seperti itu triagenya juga harus ada ya kan sehingga harus dipikirkan juga emergencynya ke RS umum kalau di RS Jiwa itu ga ada pelayanan umum yang memadai , jadi berarti harus juga diidentifikasi pada situasi bencana jika terjadi apa kemana ? kalau lukanya seperti apa , apakah pasiennya pasein pita apa ini merahkah berarti tidak bisa ditangani disitu, pita kuning kah , atau yang bagaimana ? gitu atau memang tidak ada sama sekali masalah fisik , karena kan bencana alam selalu mempengaruhi kesehatan fisik. Yo kita tadi sudah mulai dari sebelum bencana ya , berarti udah tau kan ya RS harus menyediakan apa itu kan secara umum harusnya ya kan bukan hanya untuk pasien kita ya , harus menyediakan apa , kemudian simulasi simulasi apa yang harus dilakukan , supaya nanti kalau terjadi bencana evakuasi itu terjadi dengan baik kan gitu , sudah ada kah tanda tanda jalur evakuasinya , dan saya pikir hal ini diakreditasi pun sudah ada

	<p>kan winda teti ya. Kemudian apa perilaku yang perlu disiapkan . tadi saya sudah mendetail bahwa perawat yang dines itu kalau dia penanggung jawab harus tau berapa jumlah pasien berapa jumlah tenaga , kalau dia ketua tim dia harus haru berapa perawat , kan kita bicaranya bukan hnya evakuasi pasien jug tenaga kesehatannya kan , hanyakan tenaga kesehatannya jadi double peran , ya dia pun meningkat stresnya tapi tanggung jawabnya kepada pasien , kita melatih perawat tapi perawat itu juga korban , jadi apa yang kita latihkannya itu digunakannya untuk dirinya kemudian dia pake untuk pasien, seperti itu , jadi perawatnya udah harus tau setiap shift dines , kadang kadang kan ga ada operan yang bener jadi tolong sekalian itu penekanan gitu , dan setiap kali shift dines dia tau mana pasien yang total care , mana pasien yang parsial care mana pasien yang self care , selain sudah terbagi di ruangan ruangan tadi , ruangan tadi yang total care pasti di intensif kan kemudian dipemulihan cuman dua itu dia , nah nanti diruangan pemulihan ini mana yang self care mana yang parsial care gitu kan itu sudah jadi tanggung jawab si perawat kan , jadi itu yang paling penting setiap shift dines untuk mewaspadai kalau terjadi bencana</p> <p>Nah kemudian terjadi bencana , kalau kami dulu saya kebetulan kerja diaustralia di RS ya itu kalau kami dulu , yang megang kunci aja juga sudah jelas siapa , kadang kan pintu itu dikunci harus jelas siapa yang megang kunci , kunci pintu depan itu siapa , kalau kami dulu itu pake slempang tu merah dengan biru maka dia yang megang kunci depan ataukah ada CS yang gantian megang kunci , ataukah ada satpam yang megang kunci , karna kan kita bicara jalur evakuasi harus jalurnya tidak ada hambatan kan , berarti pintu itu penting , itu aspek lain lagi didalam evakuasi , termasuk nanti kalian bagi bagaimana evakuasi di ruangan intensif dengan diruang pemulihan , saya ndak tau seluruh RSJ apakah pasiennya itu enggak di kunciin lagi dikamar , kalau tadi ditanya prioritas , prioritas utama adalah jangan sampai pasien tertinggal terkunci dikamar , tapi kan itu kembali tanggung jawab si PPJA tadi kan. Jalur harus jelas ini di intensif dulu ya kemudian pasiennya harus jelas dan udah tau kemana titik kumpulnya itu kan sama dengan bencana yang lain kan.</p>
Asep	Prof terkait pemegang kunci , kunci kamar tuh mungkin apakah PPJA atau ketua timnya ?
Prof	Kalau saya anjurin sih semua perawat itu harus punya kunci pintu depan , kalau saya anjurin ya karna saya ini bu kost kostan jadi setiap anggota kamar punya kunci kamar , kunci pintu depan punya kunci gerbang jadi ga tunggu tungguan , kalau saya anjurin sih begitu. Dan harapannya juga , gatau saya kalau di winda apakah pasiennya masih dikurung kurung ? apalagi kalau diikat aduh , mudah mudahan ga lagi .
Asep	Bu winda bu teti kaya ruang garuda itu masih dikunci ga kamar kamar pasien bu teti bu winda

Prof	Sudah pasiennya di iket , pintunya di kunci dikasih obat suntik pula kacau dia 3 macam itu restrainnya
Asep	Bu teti Bu winda mohon informasinya , misalkan ruang garuda atau ruang apalah itu saya lupa zaman dulu yang ruang ruang gawat itu masih dikunci yang ruang ruang gelisah ?
X	Euu kalau yang tenang seperti VIP lakukan , itu sudah pasien sudah sama sekali tidak dikunci , jadi mau dia beraktivitas juga euuu sudah bisa keluar masuk sendiri
Prof	Kitakita lagi masih membahas yang intensif
X	Kalau yang intensif itu masih dikunci , euu untuk kondisi kondisi yang memang perlu seperti itu prof
Prof	Berapa lama dia mereka dikunci ?
Asep	Kuncinya satu ya bu winda dipegang siapa tu ?atau tadikata prof budi semua perawat yang memegang pasien didalam itu semua pegang kunci ?
X	Kuncinya kunci slot sih pak
Asep	Oh bukan kunci gembok ya , tapi tidak juga di fiksasi ?
X	Engga , liat kondisi sih pak , kalau membahayakann diri sendiri atau orang lain lingkungan di fiksasi tapi itu pun dengan pengawasan tapi kalau sudah relatif tenang ya kita lakukan untuk tidak di fiksasi lagi
Asep	Nah prof. Mohon sarn nih prof , itu prof dengan kasus seperti barusan katanya di RSJ ada pasien pasien dengan sesuai kebutuhan kondisi pasien masih di fiksasi , kamarnya juga masih dikunci tapii kuncinya kunci slot prof
Prof	Ya sama juga si perawat itu harus tau bagaimana cara membuka dengan cepat dan mengevakuasi pasiennya dengan dengan cepat , jangan dia gatau pasien ku dimana ya pasien ku dimana ya , terus dia melarikan diri duluan , bisa ga kita membuat peraturan seperti peraturan kapal, kapten kapal itu belakangan setelah selamat anggotanya bisa ga ?
X	Bisa prof
Prof	Iya itu juga dimasukan
X	Jadi dibuat kebijakan untuk itu siap
Asep	Jadi katim ya , kalau pagi karu itu orang yang terakhir keluar ruangan sore malam katim yang terakhir keluar ruangan oh penanggung jawab shif
Prof	Jadi kita masih bicara dalam ruangan ya begitu terjadi runtuh atau bagaimana kan gitu
Asep	Iya prof bu teti bu komariati bu wina silahkan sekaligus di eksplor ya dikarenakan kami keterbatasan sekali keilmuan keperawatan jiwanya makannya di tim penelitiannya ada tim jiwa ini , ada prof budi makanya kita eksplor lebih detail , karena saya kebayang ungkapan prof budi tadi ya , sudah mah dikunci di fiksasi dapat obat CPZ lagi misalkan udah dikasih obat CPZ pada tidur semua itu

prof	<p>Kalau masih begitu berarti belum pelatihan intensif itu RUFAnya berarti belum jalan itu, udah ya dari ruangan tadi ya berarti masing-masing perawat punya pasiennya ya kemudian terjadi gempa berarti sudah harus tau langkah-langkahnya, berarti kemana dulu dia masing-masing perawat mengumpulkan pasiennya make sure pasiennya itu ada semuanya, kemudian pasiennya yang sudah ada segera berkoordinasi dengan yang lainnya, itu yang saya bilang tadi berarti PPJA duluan lari keluar membawa pasien yang udah selamat ini yang maksudnya tidak tertimpa, pokoknya pasien yang sudah ditemukan langsung si PPJA membawa kelapangan sambil si katim makesure apakah sudah semua tadi keluar, jadi nanti yang keluar ruangan itu kepala ruangan dan ketua tim jadi si kepala ruangan bilang pasien mu berapa udah keluar belum semua? udah larilah mereka ini juga berikutnya gitu kan sampai ketempat evakuasi itung dulu itung, nah itu sama juga kan dengan yang dibencana yang biasa kan, jadi masing-masing PPJA ngumpulin nih pasien ke lengkap pasien ke lengkap gitu makannya operan itu harus jelas perawat A pasiennya sopo perawat B pasiennya sopo, MPKP kalian sudah sampe mana, gitoo. Sudah ini kan bicara ga ada luka ga ada yang ketindes kan.</p> <p>Kita bikin kondisi kedua ada pasien yang ga kelihatan, berartikan harus dicari kan kalau tidak memungkinkan lagi engga mencarinya berarti itu yang kita laporkan kepada orang bencana kan karna dia punya alat punya cara bagaimana mencari, ya kan mungkin sudah ketimpa timpa dsb, dan itu ada peraturannya sampai berapakali 24 jam kita mesti menghentikan pencarian nah kembali lagi kan jangan jangan yang dicari itu kaga ada, karena sebenarnya tadi pagi pasiennya sudah pulang, karena tidak operan jadi tidak tau. Bedakan operan di RSJ dengan di RS umum, operan RSJ selesai operan dimeja, kita keliling bukan keliling ke tempat tidur, keliling aku mencari pasien yang jadi tanggung jawab ku ada atau tidak, kalau RS umum kita keliling memang pasiennya di tempat tidur pasang infus pasang oksigen kan kalau ini kan gentayangan pasiennya diruangan. Jadi itu kunci banget tuh itu setiap kepala ruangan tau jumlah pasiennya tau jumlah perawatnya tau jumlah Csnya, nah itu kan tanggung jawabnya semua tu, kemudian katim tau dibagiannya lagi tau berapa perawatnya berapa pasiennya kemudian PPJA tau lagi, jadi komando berjenjang itu harus jelas berarti setiap shift harus tau semuanya kan, nah sekarang balik ke logbook, coba dilihat di logbook kalian ditulis engga? berapa pasien ke hari ini? jangan jangan logbook nya udah ditulis sampai seminggu atau bahkan belum ditulis</p>
X	Ditulis prof, sekarang di rsj prov jabar itu kita harus mengisi TRK itu kegiatan kita harian beserta nama pasien dan PPJA
Prof	Sekarang aku tanya kau menulisnya kapan? menjelang pulang atau menjelang operan?

X	Menjelang pulang
Prof	Salah besar , harus sebelum dong ,kau ndak tau masa menjelang pulang kau tulis pasien yang kau rawat
X	Hoh soalnya saya di poliklinik rawat jalan
Prof	Sama disitu pun kau harus catet kan pasien mu berapa tadi berapa tadi , logbook harus ditulis sebelum operan , sebelum memulai pekerjaan kalau di Rajal begitu satu pasien dia tulis di logbooknya begitu pasien kedua dia tulis di logbooknya , kalau diruangan dia sudah tau dari sejak operan berapa pasien yang akan dia rawat , udah beres kita diruangan sekarang atau masih ada pertanyaan kalian untuk diruangan ?
Asep	Ini prof , beraarti misal nih kalau kepala ruangan itu keluar terakhir ya berikutnya dia akan inventaris euh misalkan nih PPJA ada berapa pasien yang ada
Prof	Ga dia ga ke PPJA dia ke Katim
	Oh iya ya katim baik, nah ketika ditemukan oh ada pasien yang kurang
Prof	Ya kan kalian sudah punya strategi kalau saat bencana , apakah dia yang mencari atukah ada aturan yang harus BPBD yang mencari nanti ? . kan tergantung kalau udah berjatuhan semuanya masa harus dia yang mencari , itulah nanti yang dilaporkan setelah di tempat evakuasi masih ada satu pasien kami , kan itu yang saya bilang tadi tau taunya karna ga operan pasien itu sudah pulang tadi pagi , dibongkarin lah itu semua terus terakhir ooooo iya lupa pasiennya udah pulang. Uдах terasa belum bahwa begitu pentingnya operan.
Asep	Tapi rasanya prof waktu saya kesana operannya sudah baik , dicek satu satu
Prof	Kalau saya dulu saat Registerd nurse kerja diluar itu sebelum operan saya sudah nanyain kedines malem karna saya udah tau dipapan bahwa pasien saya 5, saya udah nanyain ke dines malam apa tadi yang terjadi tentang ini apa tentang ini dst itulah yang saya tulis di logbook saya , kalau kita sekarang kita datang dines pagi duduk duduk kan sebelum operan makannya perawat kita belum level kan dengan tenaga kesehatan lain . kalau kami disana begitu dulu saya kerja di sydney dulu 2 tahun , sebelum operan sudah ku tanya siapa yang merawat pasien ku tadi malam, aku udah tanya kondisinya kalau engga kita korupsi sebetulnya kan , kita udah datang tapi kita engga kerja , padahal tadi udah nyeklok. Makannya pemerintah suka rugi gaji pegawai negerikan. Nah kita lanjutin ya kan sudah dibawa ke tenda berarti tahap pertama disitu adalah mengecek sama kalau kita keluar saat bencana kan langsung dibarisin gitu kan dibarisin dicek ada yang ketinggalan atau engga gitu kan nah itu dulu yang dicek, setelah dicek berarti dengan situasi darurat apapun disitu langsung disetting seperti ruangan kan walaupun belum ada tempat duduk , walaupun kita masih dirumput , ya berarti tugasnya siapa disitu ? tugasnya katim , karu berkoordinasi dengan kepala bidang, jadi

	<p>harus jelas karu itu melaporkan kebutuhan tenda dan peralatan kebutuhan dasar lain dan berkoordinasi dengan pimpinan di RS mau diapain apakah kita akan bertenda ria di RS atau kah ada ditetapkan tempat mengungsi , kan itu keputusannya keputusan dari RS kan. Sudah jelas ya , jadi karu yang berkoordinasi dengan kepala bidang dan pimpinan RS 2 disitu keputusannya bikin tenda di RS atau sudah ditetapkan tempat untuk mengungsi .</p> <p>Nah udah selesai sampai disitu berarti sekarang perawatan di tenda /tempat mengungsi sama seperti kita setting ruangan kan ?</p>
Asep	Dengan kondisi pasien pasti stresnya meningkat prof ya akan sangat jarang turun ya
Prof	<p>Itu kan tadi sudah kita katakan , euu bahwa itu tanggung jawab masing masing kalau yang di intensif dia mungkin akan ada perubahan , kalau di pemulihan dia mungkin ada perubahan tinggal situasi seperti itu aja , karna kita sudah setting setting ruangan kan sudah berjalan lagi sistim RS</p> <p>Kemudian kalau udah terjadi setting ruangan , langsung lakukan assesment tadi apakah memang kondisinya , kemudian sekalian disitu diidentifikasi dan semua keluarga pasien harus diberi tahu , balik lagi berarti diruangan harus punya kan ? punya wa group dengan keluarga pasien , bisa wa group bisa japri terserah dan harusnya dengan situasi saat ini , hal itu sudah terjadi di RS , gatau deh udah terjadi belum teti ? punya ga wa group dengan keluarga pasien ?</p>
Teti	Untuk wa group sepertinya belum prof
Prof	<p>Waduh berarti belum ada ngaruh nih pandemi , padahal penelitian saya udah mengatakan 2 kali aja kita edukasi keluarga pasien , maka akan memanjang waktu kambuh dan akan memendek lama rawat , itu 2 kali apalagai kalau setiap hari , di RSJ bogor diruang MPKP yang pertama itu cuman 11 hari pasien dirawat dan udah bisa pulang kalau itu kita minta 2 kali keluarga pasien dateng dan pada penelitian saya cuman 23 hari lama rawat dan itu dipakai tu waktu di BPJS, itu cuman 1x visit pasien dan 2x edukasi keluarga</p> <p>Saya gatu temen temen di RS pakah masih visit pasien apakah masih keliatan diruangan itu oh disana perawat si anu lagi ngomong sama pasien ini oh disini perawat si ini lagi interaksi sama pasien ini. Jangan sampe nanti kalau sudah di tenda bertambah tidak interaksi dengan pasien karena siperawat nya cemas dan khawatir , sama speerti sekarang kami mau minta DKPJS gratis untuk perawat RS umum menolak mereka padahal mereka cemas , kan kami buat kan kami undang orang RS setelah hari pertama dia bilang untuk apa kami itu ? padahal itukan untuk mengatasi kecemasan supaya imunitas meningkat seperti yang sekarang ini,</p> <p>Setelah skenario itu dibuat semuanya kemudian lakukan simulasi kalau saya waktu RN diluar negeri saya tuh setiap 30 hari sekali walaupun tidak ada kebakaran saya harus ikut simulasi menggunakan apar , tujuannya untuk apa ? karena jarang sekali</p>

	digunakan akan lupa , jika terjadi kejadian itu , jadi bisa juga dibuat simulasi 1 bulan sekali
Asep	Memang prof kami tu waktu penelusuran literatur evakuasi bencana di RSJ itu sangat kesulitan prof , sulit ssekali mendapatkan yang sudah fix diluar negeri pun hanya mendapat riset yang study literatur review LSR , tu memang yang point point yang saya kirim ke prof yang akan didiskusikan itu dapat nya , nah tapi dengan penjelasan prof tadi sudah bisa kami terlihat alurnya gitu prof dari mulai prabencanaanya kemudian pada saat intra , kemudian sampai di tenda ya prof ya
Prof	Di tenda kan proses pemulihan dan pemulangan kan yang terpenting segera memberi informasi kepada keluarga maka itu yang saya bilang tadi perlu ada wa group
Asep	Nah pengalaman lombok prof pasien dari tenda kembali ke ruangan berapa lama prof ?
Prof	Ya setelah kondisi stabil dari pemerintah , kan pasti ada itu dari BNPBnya kan apakah kita sudah aman masuk keruangan ? kemudian waktu di lombok itu gedung baru lagi yang pada rusak . Jadi pemberitahuan kepada keluarga pasien itu penting sekali apalagi kalau ada yang cedera kan jangan dianggap pasien ggn. Jiwa dilupakan oleh keluarganya kita bisa disuh
Asep	Prof terkait terapi terapi modalitas di tenda itu akan lebih intens ya dok ?
Prof	Kita kan punya standar balik lagi tergantung si perawat kalau di RSJ itu pasiennya gabisa mencet bel tolongin saya , perawatnya harus benar benar profesional kalau pasiennya 3 harus berapa kali dia visit ke pasien ? balik lagi logbook tadi ga bener kalau logbook tadi mana teti tadi sudah bisa ngomong belum ?
Teti	Iya gimana dok ?
Prof	Oke ngisi logbook sebelum operan apa mau pulang ? aku nanyanya realitanya di RS
Teti	Disini setelah dilakukan baru di tulis
Asep	Prof dulu itu pernah saya ke RSJ dan kami menyebutnya Rencana kerja harian
Prof	Tapi kan sekarang akreditasi namanya logbook
Asep	Nah itu sudah diutarakan sejak dengan bu teti masih inget ga ? bu teti kerjaan perawat pagi ini itu apa saja ketika operan itu
Prof	Mereka ini sudah hebat MPKP nya dulu sep , hanya ga tau saya sekarang speerti apa , itu bicara soal logbook doang tet , itu akhirnya pentingnya bukan main kan dan saya tadi saya sudah ceirta bagaimana saya kerja diaustralia itu menjadi penting baget Oke udah selesai kan sampai ke tenda ditenda berarti pelayanannya tadi kau nanyakan kembali menanyakan logbook , aku mau tanya tetisama semuanya , berapakali perawat visit ke pasien sekali dines ? dan apa saja yang dilakukan ?
Teti	Euuu visit prof pertama saya kembali apa yang akan saya lakukan selanjutnya mengikuti RTL dari shift sbelumnya

Prof	Oke berarti belum sesuai Dx keperawatan , harusnya berdasarkan Dx Keperawatan Dxnya ada 3 hari ini aku ngerjakan euh tentang ini , ini belum di latih ke Dx 1 , dx 2 dx 3 berarti belum seperti itu . sehingga 7 jam kerja 5 jam itu visit , 5 jam kalau setengah jam 1 pasien berarti minimal 10 itu pun kita masih rendah dari dokter itu , udah kan 10 visit kita kepada pasien kita ?
Asep	10 visit per pasien prof ?
Prof	Ih engga 10 visit 1 dines 30 menit 30 menit , 30 menit itu 3 Dx dikerjakan , jadi kan itu kebiasaan sekarang yang nanti diteruskan di kebiasaan itu di tenda sep. Balik lagi kita ketenda tadi berarti kan RKH/ logbook itu menjadi penting diawal dan jelas mau ngapain. Dan silahkn dibaca stuat kita bukan hanya menyelesaikan kemampuan mengendalikan gejala tetapi sekalian proses pulang kan. Ok balik lagi kalau tadi kan masih yang aman aman , kalau ada yang masalah fisik berartikan dirujuk ke fisik kan ? nah sekarang sudah adakah koordinasi dengan rS umum di sebelah RS nya bagaimana evakuasi , kemudian harus diputuskan kondisi fisik seperti apa yang harus dirujuk , kondisi fisik seperti apa tetep dirawat ditenda , triage lagi disitukan itu sudah triage fisik harusnya kalian sudah tau itu.
Asep	Temen temen bagaiman ada lagi yang perlu ditanyakan pada prof budi ? Secara alur terimakasih prof kami sudah mendapatkan gambaran yang sistematis dari sejak pra bencana yang bisa kita siapkan , sampai kejadian didalam gedungkemudian evakuasi menuju tenda dan kegiatan di tenda sudah kami dapat prof
Prof	Dan itu jangan lupa tadi tenda itu ada keluarga kemudian pasien , kemudian tadi masalah fisik kalian lakukan triage mana yang harus dirujuk mana yang bisa dirawat di tenda , itu kan udah punya standar kalian kan ikuti itu hanya dari sekarang harus ada koordinasi dengan RS karna ada beberapa RS yang tidak menerima Pasien Ggn, Jiwa
Asep	Iya betul prof mungkin RS RS ynag punya unit psikiatri masih bisa ya
Prof	Gapapa juga sebetulnya itukan masih sama dengan sakit DM, hipertensi atau bikinlah lagi ditempat mu itu ada 1 tenda khusus yang mereka terluka
Yogas	Jadi mungkin prof idealnya ada pos kesehatan lapangan yang cidera fisik ya
Prof	Iya itu alternatif yang kalian bisa sampaikan , kalau untuk fisik itu sudah ada standarnya dari kalian kan malah itu bagus kan bisa nanti ekstend temen temen perawat jiwa bisa ikutan kesana kan
Asep	Baik prof budi terimakasih banyak , pasti kami akan sangat senang ketika kami mencoba menyusun sebuah buku saku buat perawat di RSJ nanti barangkali kami pun akan meminta pendapat prof lagi apa yang kita susun , kan ini merupakan bentuk kontribusi kami pada profesi gitu prof.

Prof	Iya baik sukses untuk kalian peduli keperawatan jiwa
------	--

Pada tabel diatas dapat disimpulkan bahwa untuk penganan pada situasi bencana tetap menggunakan pedoman umum dari BNPB, untuk proses penyelamatan pasien dibawa ke lapangan terbuka yang aman sesuai jalur evakuasi yang telah ditetapkan. PPJA harus memperhatikan kondisi kejiwaan pasien mana yang termasuk intensive atau intermediate, hal ini perlu dilakukan untuk proses penyelamatan pasien.

Setelah tenda terpasang dilakukan triase fisik dan triase kejiwaan untuk penempatan pasien di tenda, selanjutnya kepala ruangan menginventarisir SDM baik dari segi jumlah maupun kondisinya, penanggung jawab pasien didalam tenda selama masa pemulihan tetap oleh PPJA

Selanjutnya menurut narasumber pada persiapan pra bencana pasien dengan gangguan jiwa bisa dilakukan sosialisasi tentang kesiapsiagaan menghadapi bencana dengan cara melatih dan menyanyikan lagu seperti berikut “ Bila ada gempa masuk ke ruang meja , bila ada gempa jauhilah kaca , bila ada gempa lari kelapangan , bila ada gempa “

2. Focus Group Discusion : Prayetni

Iyet	Tadinya saya tuh mau nanya tuh di wa ke pak asef , saya mau nanya nya tu gini apa sih Dx jiwa pada saat kita menghadapi bencana tahap pre hospital kan kalau perawat kan perannya itu ata uada riset masalah keperawatan jiwa yang muncul saat kejadian bencana itu apa , sehingga pada saat komunikasi ke pasiennya itu beda gitu harus sama perawat jiwa. Nah yang perlu kita persiapkan ketika terjadi bencana itu respon respon pasien jiwa itu kaya apa ? sama ga sih sama kaya pasien biasa ? kalau sama ya mungkin manajemen diasaster umum aja
Winda	Euh izin menjawab ya bu kalau di RS saya ga bicara dulu tapi waktu kejadian di lombok itu Dx yang muncul pertama itu cemas , kemudian gg. Istirahat tidur , kemudian PTSD
Asef	Bu winda mohon maaf saya motong ini ada kejadian langsung kebakaran ada pasien ngumpet itu diagnosa yang spesifik ada ga
Winda	Ada isolasi sosial
Iyet	Iya isos saya dapet tuh yang begini yang harus keluar tatalaksana management pasien care pada bencana , nah tentunya temen temen harusnya sudah punya data base kira kira Dx jiwa yang lazim terjadi pada saat masa mitigasi kan mitigasi juga pada pasien jiwa tidak semudah pasien biasa melatih. Nah makannya nanti modul nya itu sop sopnya itu pendekatan pendekatan kekhususan pasien jiwa
Winda	Ibu iyet kalau dari gambaran dari prof budi memang sudah terpikirkan yang baik dilakukan yang sudah kami lakukan pada kejadian lain , sepertinya bisa kami cobakan untuk kebencanaan ini seperti fase awal sebelum terjadi bencana kata prof ymag nyanyi

	nyanyi itu bisa seperti sosialisasi cuci tangan who , untuk nanti kalau ada bencana evakuasinya bagaimana ? itu sudah terpikirkan dikami itu kalau jum'atsuka ada salah satu kegiatan rehabilitasi suka ada jalan jalan , nah itu mungkin bisa kita simulasi bekerja sama dengan rehab , kalau ada bencana lewatnya jalur ini ini.
Iyet	Iya betul sampe misalnya prinsip pasien jiwa kita itu harus ada stimulus orientasi lingkungan gitu ya , jadi gambaran gambaran alur bencana itukan harus diulang diulang di ulang .
Winda	Bu iyeth mohon izin disini untuk kekhususan jiwa itu disini kebetulan banyak kasus skizofrenia , biasanya ada penurunan memori saya sudah coba kan untuk cuci tangan itu sudah membudaya, kemudian mungkin nanti akan ada stress dari pasien selain dari tanda tanda gejala positif dan negatif , kalau pengalaman saya di gempa lombok kemarin kita melakukan play terapi , yang kami lakukan play terapinya jenis drawing terapi nah disitu kalau hasil yang saya dapat mereka tuh menggambarkan bahwa gempa itu salah satu yang menakutkan gitu Kemudian kalau gangguan istirahat tidur nanti ada karna kan kalau diruangan itu kan tenang nyaman , kalau di tenda itu memang situasinya sangat tidak memungkinkan jadi mungkin bisa diajarkan relaksasion progresif seperti itu bu iyet yang spesifiknya Kalau yang lainnya untuk kekhsusan yang jiwanya sebaiknya kita mengikuti SP SP yang sudah ada vacuumnya di indonesia.
Iyet	Iya maksud saya begitu bu winda. Nah mungkin nanti modulya kearah itu pak asep
Asep	Ya justru itu maksudnya , bu winda kalau sosialisasinya hanya pada pasien yang direhabilitasi saja itu berarti pasiennya pasien intermediet semua ya ? kalau sosialisasi evakuasi kalau ada gempa , tapi bagaimana sosialisasi kondisi gawat darurat bencana pada pasien intensif
Winda	Izin bu iyeth kalau pengalaman dari cuci tang
Teti	Ya pak nanti akan koordinasi dengan tim k3rs itu untuk sosialisai pada pasien karena kemarin yang dilakukan simualasi adalah hanya sebatas ke pegawai.
Iyet	Iya jadi begini mba teti mungkin ada management profil pasien khussu jiwa bagi bencana , profil pasien yang mana yang sosialisasinya sudah mandiri , yang mana mungkin di sosiasliasikannya adalah keluarga misalnya , yang mana dia memang ga bisa disosialisasikan harus perawat yang bantu full pada saat evakuasi kan begitu nah ii disebut management disaster sesuai dengan kondisi jiwa nah gitu , kalau management disaster fisik kita mah sudah tau , nah ini untuk jiwa gitu nah nanti temen temen bikin panduannya itu ada batasan batasan management bencana khusus jiwa salah satunya profil pasien jiwa kan ciri khas perawat itu kan kalau kebutuhan fisik dia pake oren clusternya membantunya , nah ini justru kalau bantuannya adalah keterampilan jiwa dalam rangka mencapai tujuan keperawatan bencana , kira kira profil pasiennya seperti apa gitu , nah ini yang diminta di modul ini gitu . nah itu

	<p> mungkin nanti dimodulnya harus ada batasan management batasan management disasster khusus kliennya masalah jiwa , walaupun itu komprehensif , fisik pasti kita ikutkan tapi plus kekhususannya sip ya temen temen , ini saya belum bisa share screen ya ?</p>
Asep	Sudah bu
Iyeth	<p>Iya dikit aja sounding , ini pengantar aja hospital disaster planning itu udah ada dan bagus banget baik peraturan kementeriannya ga usah bermasalah lagi ya bahwa RS itu memang di siapkan untuk keselamatan pasien maka kepengitngan itu eu resiko manajemen resiko bencana itu tinggal ngambil saja ya temen temen , kemudian euu ini kesiapan Rsnnya mungkin nah di modul ini kan dalam rangka kesiapan staff terlatihnya gitu kan atau kalau di RSJ tadi ada teknik misalnya kita mengorientasikan kondisi lingkungan nah kita dalam kondisi orientasikan lingkungan atau keaadn disasster itu bentuknya apa ? apakah leaflet apakah apa di tembok atau bentk film film di puter , ini kan yang menjadi hal hal khusus yang perlu disiapkan oleh kita gitu ya pasien umum biasa aja untuk dijelaskan mitigasi prepatenes jangankan pasien petugasnya aja minta ampun nyuruhnya , ya kan apalagi ini pasien jiwa</p> <p>Beda dengan dijepang , ya dijepang itu saya ikut workshop khusus disasster wow , kalau masyarakat umum jangan ditanya deh dia kalau ada goyang goyang dikit serentak seluruh yang ada dikota itu berhenti minimal berapa detik pengumuman segera datang , bahwa bencana begini begini begini itu disemua informasi , maka sekian menit kemudian jalan atau karna ini resiko sekian menit kemudian udah bunyi itu amblan, kan udah begitu dikita RS umumnya apalagi di RSJ , nah itu yang harus dipikirkan oleh temen temen euu di rSJ kira kira strategi apa ya yang cocok dengan kompetensi jiwanya. Dan hanya perawat jiwa yang tau spesifik itu , tapi nah organisasi yang memadai misalnya pengorganisasian tadi ya saya setuju memang kalau sudah eu tatalaksana bencana diruangan , yang pertama adalah sistim pemberian asuhan keperawatan , itu kalau jalan untuk kepentingan apa pun aman itu ya , dan ini memang yang harus kita kawal , infrastruktur yang tangguh juga khusus untuk di klien jiwa apa ? tentunya tidak infrastruktur yang umum tapi plus apa ya mungkin ubin licin tidak tapi plus dengan tanda tanda apa , nah itu membedakan satu intervensi yang memang khusus intervensi therapeutic bagi pasien jiwa</p>
Asep	Iya yang maksud saya tadi tanya ke prof budi
Iyeth	<p>Lah iya tapi kan ga keluar , keluarnya umum mahasiswa saya sedang bikin itu pak asep misalnya nih alarm jatuh untuk lansia karena biasanya lansia ggn. Persepsi sensoris , maka dia bikin stimulus panaas , apa stiulus suara gitu , maka bentuk alarmnya tu beda dengan yang biasa , ini kan dengan yang jiwa lazim , gitu nanti dipasangnya diruang yang mana misalnya</p>
Asep	<p>Kalau ada evakuasi di pasien anu tinggal diarah kan nyebrang yang saya mau tanyakan ini pasiennya suruh melarikan diri , lari kepintu kabur lah dia kalau di fiksasi kan tidak mungkin nah itu yang kita</p>

	<p>pikirkan khasnya, kalau di RS umum pasiennya pre op masih bisa lari kita tinggal pak jalan kesana ke pintu depan nyebrang ke tempat parkir pasti nurut gitu , nah di RSJ ini ga mungkin kaya gitu kan ya untuk beberapa pasien</p>
Iyeth	<p>Makannya temen temen jiwa membuat kualifikasi profil pasien jiwa gitu , pasti pada aspek dasarnya kayanya kemampuan komunikasi atau kemampuan insidenya apa itukan yang bisa ngomong temen temen jiwa gitu , jadi mengkombinasikan kondisi fisik dengan kondisi psikologis yang menurut saya karna dia pasien jiwa yang dominan adalah masalah masalah keperawatan jiwa , misalnya yang mengalami masalah orientasinya realita itu komuniaksinya kaya apa sih untuk membawa dia evakuasi kesana , kemudian yang apalagi ya , nah itu tekniknya apa langkahnya itu mungkin yang harus sampe kesitu jadi baik yang kelengkapan fisik tapi kelengkapan mental helpnya itu kearah mana nah itu justru yang kita tidak bisa jwab karna kita bukan ahli jiwa , gitu ya pak asep di manual manualnya jadi templetnya umum tapi didalamnya itu selain umum ada hal hal spesifik contoh sekarang gerontik deh mulai setting ruangan setting tepat tidur kan beda semua berubah dalam rangka safety loh itu safetynya pasien gerontik , nah pasien jiwa itu kaya apa ? kan ga mungkin sama percis kecuali dia sudah pada tahap rehabilitasi , komunikasinya juga baik , tapi kalo yang masih akut itu kalau evakuasi kaya apa gitu, mungkin ada yang memang harus difiksasi , tapi dengan cara yang bener ya didorong mau gamau kan mungkin nah sop sop itu lah , buatlah sop sop itu dibab berapa saya bilang bab 5 tuh sop sp , intervensi spesifik manajemen bencana pada kasus mental health nah itulah yang memerlukan Sp jiwa ga bisa orang biasa ,selain sop sop yang fisik , sop biasa gitu , terus staff terlatih nanti saya kasih kualifikasi staffnya seperti apa , terus ini keselamatan ini diakreditasi sudah ada ya pak asep, ngapain kemudian harus disiapkan siapa tenaganya jadi kayanya klau ada bencana RS itu sudah siap punya standart tersendiri itu ya MFK (manajemen fasilitas dan keselamatan) itu didalamnya ada bencana , ada bencana khusus dalam RS ,sampe diharuskan training sampe diharuskan simulasi , nah sekarangkan tinggal substansi euu manajemen ini apa itu yang harus disusun jadi saya apresiasi sama temen temen RSJ di bandung ini bisa dipake nasional ya kalau kita validasi di rSnya menjadi panduan nasional itu keren banget jadi ada bedanya manajemen disaster</p>
Asep	<p>Masalahnya bu iyeth standar akreditasi itu terpenuhi yang terpenuhi itu dokumennya tapi ketika implementasi itu ga pernah ada , misalkan nih kapan ada bencana simulasi bencana , kapan ada simulasi evakuasi vertikal itu ga ada yang bisa jawab RS ?</p>
Iyeth	<p>Ya itu terus bisa akreditasinya paripurna</p>
Asep	<p>Ya kalau rentang gradenya masuk A ya A</p>
Iyeth	<p>Ya karna belum bencana jadi belum ketahuan bisa atau engga gitu ya nunggu bencana dulu gitu ?</p>

X	Jangan atuh bu , waktu simulasi saat penilai gitu alhamdulillah gitu bu
Iyeth	Ya simulasi kan itu bagian kecil saya tau ko saat simulasi manajemen resiko saat di ICU gitu kan bahaya karna alat , bahaya karna zat kimia , itukan simulasi kecil gitu , jadi ya tapi memang beda pak asep
Asep	Bu icu nya dilantai 4 ventilator semua , mau dievakuasi bagaimana coba katanya , dengan simulasi akan lebih banyak resikonya dibanding tidak simulasi , malah begitu jawabnya
Iyeth	<p>Astagfirullah itu mah eksersion itu mah pak asep ngaco itu , yang paling patu itu temen temen aduh kalau punya duit banyak kita jalan jalan ke jepang yo , itu sop sekecil apapun tingkat kepatuhannya jadi mau ada ga ada bahaya itu mereka tetap lakukan itulah hebat, sampe saya bilang iseng ni orang ya , tapi mereka bilang kita lupa sedikit aja bisa terjadi bahaya yang ruginya yang menghancurkan semua, itu sudah menjadi budaya mereka habit perilaku , nah bisa ga kita menyumbangkan instrument monitoring yang itu terlaksana gitu , tinggal gitu dari aspek manajemen pak .</p> <p>Ya balik lagi kalau bisa ya dia di RS jiwa spesifik ini standar standarnya alurnya sama semua yang dibicarakan dengan prof tadi mulai dekontaminasi , utusan , triage itu sama aja cuman isinya ya apakah triage pasien jiwa , triage hanya untuk fisik saja ? ya kalau dalam keadaan emergency ABC kan , gitu termasuk di jalan tol kita pernah simulasi dan saya pernah ikut betul dalam tim simulasi ABC , alasan evakuasi ini lah yang menyebabkan perawat jalan tol mulai sekolah loh temen temen , tadinya semuanya SPK semuanya perawat jalan tol itu , rapat kita sama direktur jasa marga lah perawat jalan tol kan cuman hanya ngasih obat merah katanya, kurang ajar saya bilang , coba temen temen cerita pada saat metromini kebakaran di tol , yang susah kan saat memutuskan evakuasi mana yang harus dibantu segera mana yang sudah meninggal ditinggirkan mana yang harus dibantu segera ABC nya sehingga segera keadaan bisa segera dievakuasi dan yang menjamin transportnya itu tidak bahaya nah itu kan prinsip prinsip evakuasi , nah kalau pasien jiwa apakah cuman itu gitu loh ? evakuasinya , ada ga tambahan masalah lain misalnya komunikasi yang menenangkan mereka , itu apa kaya apa bentuknya sopnya apa kan gitu karna pasiennya beda , bukan hanya ABC kita iket katanya ga boleh gitu malah dia nambah takut bencana kita iket trauma tambah apa kita kan gatau itu masalah nya apa , nah ke khasan yang begini yang perlu sounding antara himpunan emergency , temen management sama temen jiwabikin tuh kompetensinya khususnya kombinasi itu yang disebut skill mix kompetensi untuk satu pasien care yang kondisinya emergency rumusnya begitu tu , itu begitu temen temen ini kan tujuan evakuasi ya pasti melakukan pencarian korban ada yang bilang no. 4 menemukan sama keluarga , nah untuk jiwa mungkin ini hal yang khusus lagi menemukan keluarga sehingga prof tadi menjjukan ada wa group atau sebagainya karena</p>

<p>menemukan ke keluarga itu dalam rangka akuntabilitas disusun aja gitu disusun sop nya tapi khussu jiwa , nah ini pola dari ICN, nah ini sudah ada kan templetnya evakuasi ada nya di respon awal ya triage mulai dari prepatness nah ini dari ICN tinggal temen temen mengembangkan detail, pengalaman saya dengan bencana itu masalahnya di evakuasi , evakuasi ga bener , triage ga ener pasien numpuk diruangan ga karuan diruangan , ada yang bahaya ada yang masih jadi satu itu kan triage dan evakuasi yang salah ya terus manajemen evakuasi RS yang memang sudah terdaftar untuk evakuasi , ada RS tama RS terdekat dimana bencana itu datang kemudian ada RS rujukan kalau dari RS itu ga bisa kemana , seperti bencana demo dulu ada RS yang meninggal itukan di kampus kita salemba kejadiannya mau masuk cipto lailahailallah padahal dari kampus salemba mau masuk pake lewat kamar jenah baru ke IGD , sama kereta api bintaro itu juga pas kita lagi kuliah itu ikut evakuasi. Jadi memang setuju harus ada kompetensi khusus terutama untuk tindakan triage dan evakuasi , triage menurut saya harus tenaga profesional , kecuali sudah diputuskan oh pasiennya aman boleh dievakuasi biasa asal sampai boleh itu sama masyarakat biasa , tapi kalau evakuasi harus dengan alat tertentu dalam rangka menjaga paten jalan nafas nah itukan ga bisa sembarangan , nah ini ditambah dengan maslah jiwa gitu kan memndikan jiwa aja beda , kalau lagi yang ngamuk ngamuk , nah yang kita cari masalh keperawatan yang bedanya itu , supaya pendekatan kita memenuhi kebutuhan utama disaster itu tercapai , kemudian evakuasi udara hati hati dengan evakuasi udara karena setiap ketinggian sekian TTV berubah sehingga monitoring pasien di udara itu berbeda , nah itu kan teori teori evakuasi yang gabisa kita liht manajemen dia pindah saja , tapi pindah dengan manajemen safety nah disitulah kompetensi profesional , nah menurut saya pedoman yang kita kembangkan harus sampe ke hal substansi itu , karena kalau hanya disaster itu pusat krisis sudah bikin , malah menhan sudah bikin , BNPB sudah bikin itu manajemen umum tapi manajemen yang spesifik tentunya kan diisi oleh tenaga yang spesifik nah itu yang harus kita cari berdasarkan itu perlu disiapkan perawat dengan kualifikasi kompetensi dasar manajemen disaster , ini perawat yang perannya hanya staf RS dia harus punya kompetensi manajemen disaster umum mulai dari kejadian pakah itu disaster dalam dan luar RS , lalu syarat ketersediaan tempat manajemen disaster umum ini harus dimiliki oleh perawat staff RS siapapun orangnya dan perlu dipersiapkan juga kompetensi perawat dengan kompetensi khusus menurut saya itu ada di PK 2 kan PK 2 itu ada di anak , maternitas, rawat jalan , jiwa termasuk plus kompetensi kekhususan disaster ditempat itu masing masing. Supaya apa misal anak pada saat disaster aspek tumbuh kembang nya terganggu itu berdampak sampe pos berikutnya maka keluarlah intervensi spesifiknya apa yang menyertai kompetensi disaster yang umum.</p>

<p>Nah maka nanti kemampuan manajerial perawatnya IPCP (inter profesional colabortive practice) maka itu harus masuk dalam modul bagaimana mereka berkolaborasi secara interprofesional jdi modulnya itu cantik gitu loh ada SOP manajemen dalam rangka pelayanan disaster yang komprehensif, cepat benar tepat itu jalan tapi substansi .</p> <p>Kemudian untuk penguatan manajemen disaster untuk penguatan profesi gitu ya perlu penguatan kompetensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepemimpinan bencana 2. Kerja tim bencana 3. Koordinasi kerja dibuat bagan 4. Komunikasi SBAR atau media lainnya 5. Self management <p>Bagaimana perawat bisa balance antara kebutuhan pribadi dengan kebutuhan pasien dan lingkungan.</p> <p>6. Emotional intelegency</p> <p>Nah untuk tenaganya ditetapkan kualifikasi kliniknya tadi ya evakuasi untuk yang profesional minimal PK 2 nanti pas kejadian bencananya bagaiman bu ? asumsinya PK 2 kan hampir ada di semua ruangan yang perlu ada itu CPDnya yang kita bekali manajemen disaster yang spesifik setiap kualifikasi maknanya kompetensi, kewenangan klinik uraian tugas , indikator kinerja , prof bicara logbook tadi itu tadi di uraian tugas dan kinerja , tetap melakukan kredensialing jangan sampe dia melakukan intervensi selama bencana tapi dia tidak legal , tidak tersertifikasi , tidak punya SPKRKK dampaknya apa ? berarti ada daftar kewenangan klinis yng ada dikomite yang disiapkan kalau terjadinya bencana untuk RS RS yang resiko bencananya tinggi baik kondisi ruangan atau kondisi alat dan kaya nya kita wajib deh indonesia bentar bentar bencana yang tidak terduga gitu. Contohnya bom di rasuna said yang di hotel mariot , 5 menit kemudian ambulans datang , langsung ke fatmawati, itu ada alurnya terus menyiapkan perawat perawat apa yang masuk kesitu kan harus ada kewenangan klinis , jadi disiapkan mungkin daftar kewenangan klinis untuk emergency yang tadi ya yang PK 2+, kemudian difasilitasi haru di improf kompetensinya baik formal maupun informal ya untuk peluang karir , kemudian perlu kesiapan perlengkapan dan dukungan yang perlu di siapkan, kemudian mengikuti sistim manajemen SDM yang ada</p> <p>Mungkin itu pak asep yang waktu du malaysia ahkan triage kasus disaste itu tidak harus dokter , yang waktu kita simulasi yang jadi comando itu ners ya ners disaster , kerenbanget gitu jadi ga semuanya medical kalo dikemenkes ngomongin disaster kayanya dari ujung ke ujung didominasi oleh medis. Mungkin itu pak asep sebagai pengantar untuk melengkapi modul yang disusun temen temen jadi yang selai sifatnya teknikal ada nuansa manajemennya yang kita yakini satu Management teknis klinis itu tanpa di support oleh fungsi manajemen saya yakin pelaksanaannya tidak akan</p>
--

	efektif , mungkin itu pak asef terimakasih wassalammualaikum wr wb
Asep	Terimakasih bu iyeth saya malah jadi mikir jauh ya , kalau kemudian kita masukan semua komponen kaya tadi leadershipnya ini akan menjadi sebuah buku besar gitu ya tinggal bagaimana penatalaksanaan bencana di tingkat RS dan mudah mudahan ada tim yang bisa menyelesaikan buku besar ini , ini akan sangat banyak capter yang ibu iyet kemukakan tadi ya
Iyeth	Engga ah saya cuman 5 chapter 1. Pendahuluan 2. Batasan tentang management bencana rumah sakit di dalam diluar dan langkah langkahnya 3. Management pasien carenya , mulai dari masuk sampae keluar nah itu pengelolaannya disitu pak asef , ada focus askepnya 4. Profil perawat nya 5. Sop sop
Asep	Ini akan menjadi penterjemahan disaster hospital plan , khusus untuk perawat
Iyeth	Iya tapi dalam rangka include dari bagian tim itu ya
Asep	Mudah mudahan ini riset kedua ya. Baik ibu yeth sangat jelas terimakasih kami sebagai panduan terimakasih sekali untuk waktunya semoga dilindungi dari wabah ini tetap produktif , semoga bermanfaat di profesi , nanti insyaallah akan konsulkan draft ini ke bu iyeth dan prof budi , termasuk kita akan mendapat 3 masukan lagi dari HIPGABI , BPBD , terimakasih bu iyeth
Iyeth	Iya sama sama , iya yo salam buat temen temen semuanya sukses semoga lebih bagus modulnya risetnya.

Pada tabel diatas dapat disimpulkan bahwa menurut narasumber untuk menghadapi bencana tahap pre hospital perlu tatalaksana manajemen pasien care dan seharusnya sudah punya data base kira kira diagnosa jiwa yang lazim terjadi pada saat masa mitigasi kan mitigasi juga pada pasien jiwa tidak semudah pasien biasa melatih

Pada modul yang akan disusun harus ada management profil pasien khuss jiwa profil tersebut penting untuk membuat kualifikasi profil pasien jiwa gitu , pasti pada aspek dasarnya kayanya kemampuan komunikasi atau kemampuan, profil pasien yang mana yang bisa dikutsertakan untuk sosialisasi mandiri , yang mana mungkin di sosialisasikannya oleh keluarga misalnya , yang mana dia memang tidak bisa disosialisasikan harus perawat yang bantu full pada saat evakuasi kan begitu nah ii disebut management disaster sesuai dengan kondisi jiwa

Pengembangan modul harus menyertakan tentang kesiapan tenaga dan manajemen fasilitas dan keselamatan selanjutnya menurut narasumber untuk penguatan manajemen disaster untuk penguatan profesi gitu ya perlu penguatan **kompetensi**

1. Kepemimpinan bencana
2. Kerja tim bencana

3. Koordinasi kerja dibuat bagan
4. Komunikasi SBAR atau media lainnya
5. Self management
6. Bagaimana perawat bisa balance antara kebutuhan pribadi dengan kebutuhan pasien dan lingkungan.
7. Emotional intelegency

3. Focus Group Discusion : BPBD Kabupaten Bandung Barat

Saepul uyum	<p>evakuasi kedaruratan : harus disosialisasikan bisa melalui pamflet, plakat ataupun spanduk dan pelatihan</p> <p>Persyaratan evakuasi : tangga darurat, jalur evakuasi, titik kumpul, satuan kerja merupakan penanggung jawab jika terjadi bencana, untuk penanganan bencana mengacu kepada peraturan Menteri, BPBN, Kepala Dinas Kesehatan atau SOP yang ada pada instansi Strategi pelaksanaan harus mengacu kepada SOP yang telah dibuat oleh Rumah Sakit dan di syahkan oleh Direktur</p> <p>Pelaksanaan evakuasi tidak perlu diberitahukan kepada pasien,</p>
Asep	Batasan informasi yang tidak boleh di share ke pasien?
Saepul uyun	<p>Hal-hal yang tidak perlu disampaikan kepada pasien yaitu kondisi pasien pada saat itu dan yang lebih tahu adalah perawat sendiri pada saat jaga/dinas</p> <p>Informasi bisa disampaikan asal tidak menimbulkan kepanikan dan stress kepada pasien, jadi harus memperhatikan factor psikologi/kejiwaan pasien, menurut aturan memang tidak boleh diinformasikan kepada pasien</p>
Tety	Pasien tidak boleh diberitahu pada kondisi evakuasi apakah sudah merupakan standar?
Saepul Uyun	Secara umum menurut aturan dan standar bahwa pasien tidak perlu dikasih tahu pada saat akan dilakukan evakuasi
Tetty	Berarti kembali kepada kondisi pasien
Saepul Uyun	Mungkin sharing karena kami belum tahu tentang kondisi pasien Rumah sakit jiwa
Tetty	Di Rumah sakit Jiwa belum pernah melakukan simulasi evakuasi pada pasien langsung, jika memang pasien tidak boleh dikasih tahu berarti kami harus melakukan triase kondisi psikologisnya sehingga bisa menentukan pasien mana yang perlu dikasih tahu
Saepul Uyun	Betul seperti itu, yang penting pasien bisa diselamatkan, karena tujuannya pasien bisa diselamatkan tidak terkena reruntuhan terjadi gempa atau bencana yang lainnya
Husni	apa yang harus ada dan disiapkan oleh perawat dan pasien perencanaan pra bencana?
Saepul Uyun	Kita harus memilah dan milih pasien pada perencanaan persiapan simulasi pra bencana

Asep	Pada kontek penyiapan evakuasi pasien dalam Batasan waktu adakah regulasi yang mengikat kapan simulasi evakuasi harus dilakukan?
Saepul Uyun	Menurut peraturan ada pasal yang mewajibkan untuk melakukan simulasi evakuasi tapi tidak dijelaskan secara tersirat, sedangkan menurut Kepala BNPB tidak aturan yang mengharuskan melakukan simulasi evakuasi
Husni	Bu Tetty, kalua simulasi evakuasi tersebut bisa tidak dimasukan kedalam terafi aktifitas kelompok?
Tetty	Sepertinya bisa dimasukan kedalam kegiatan terafi aktifitas kelompok
Asep	Disimulasikan juga melindungi diri dibawah tempat tidur, meja yang kuat
winda	Posisi dan kompetensi apa saja yang harus ada di masing-masing ruangan?
Saepul Uyun	Menurut Permenkes di setiap satuan kerja harus ada Tim Keadaan Krisis (TKK), yang terpenting untuk Rumah Sakit harus mempunyai Tim Reaksi Cepat untuk menangani kondisi darurat
Winda	Untuk pemetaan appakah terkait dengan kondisi wilayah atau kondisi pasien?
Asep	Masalahnya bu iyeth standar akreditasi itu terpenuhi yang terpenuhi itu dokumennya tapi ketika implementasi itu ga pernah ada , misalkan nih kapan ada bencana simulasi bencana , kapan ada simulasi evakuasi vertikal itu ga ada yang bisa jawab RS ?
Saepul Uyun	Pemetaan untuk kondisi pasien juga penting dan memang harus ada
Yogas	Pembuatan jalur route utama dan alternatif
Saepul Uyun	Pihak satgas harus bisa menilai secara cepat kondisi darurat untuk membuat route alternative jika route utama tidak bisa dilalui dan harus ada dalam pedoman evakuasi
Yogas	Apakah harus dibuatkan penandaan pada perencanaan
Saepul Uyun	Harus ada dan ini penting penting diketahui terutama untuk tamu/pengunjung
Winda	Hal yang perlu ada pada modul evakuasi?
Saepul Uyun	Denah bangunan fisik, pemetaan wilayah dan kondisi pasien, SDM pada suatu instansi

Berdasarkan penjelasan dari narasumber dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan evakuasi dan sosialisasi kesiapsiagaan menghadapi bencana stndarnya sama dengan rumah sakit umum lainnya hal tersebut mengacu kepada peraturan yang telah ada. Pada pelaksanaan evakuasi menurut narasumber, pasien tidak perlu dikasih tahu mengingat kemungkinan akan menjadikan stressor bagi pasien apalagi pada pasien dengan gangguan jiwa, hal ini sesuai dengan peraturan Menteri, demikian juga pada perencanaan dan pelaksanaan simulasi bencana perawat harus memilah dan memilih tentang kondisi kejiwaan pasien dalam hal ini ini perawat harus melakukan triase kejiwaan pasien. Menurut narasumber untuk sosialisasi symbol dan alur evakuasi harus ada kejelasan antara jalur utama dan jalur alternative terutama untuk tamu atau pengunjung pasien, selain itu menurut

narasumber bahwa pelaksanaan simulasi evakuasi bisa diintegrasikan kedalam play terafi dan terafi aktifitas kelompok

Lampiran 4 Produk Penelitian (*Prototype*)



MODUL

EVAKUASI PASIEN
DALAM MENINGKATKAN
KESIAPSIAGAAN PERAWAT
DI RUMAH SAKIT JIWA



POLTEKKES KEMENKES
BANDUNG

EVAKUASI PASIEN JIWA SAAT TERJADI BENCANA

A. Pendahuluan

Evakuasi merupakan salah satu upaya yang dilakukan oleh petugas/tim dalam memindahkan pasien dari tempat yang tidak aman ke tempat yang aman bagi pasien. Pada saat terjadi *internal disaster* maka, pasien harus segera dilakukan evakuasi guna menyelamatkan dari dampak yang dihasilkan akibat bencana di rumah sakit tersebut. Dalam melakukan evakuasi memerlukan suatu tindakan yang tepat guna meminimalisir terjadinya dampak negative yang dihasilkan saat proses evakuasi berlangsung. Karakteristik pasien yang berbeda di Rumah Sakit Jiwa dengan Pasien Rumah Sakit Umum ini menjadi bagian yang harus kita perhatikan dan pertimbangkan. Dalam melakukan evakuasi pasien jiwa saat terjadi bencana ada beberapa tahap diantaranya: Tahap Pra Bencana, Intra Bencana dan Pasca Bencana.

B. Tahap Pra Bencana

1. Pembuatan Pedoman/ Standar Oprasional Prosedur Evakuasi

Pelayanan kesehatan rumah sakit sangat perlu suatu pedoman dalam melakukan evakuasi pasien saat terjadinya bencana, terlebih rumah sakit terletak pada area rawan bencana. Adanya suatu pedoman merupakan langkah antisipasi saat terjadi bencana di rumah sakit. Dengan adanya ketetapan serta peraturan tentang evakuasi saat terjadi keadaan darurat dari pihak terkait, maka dapat mengurangi resiko saat terjadi bencana.

2. Sosialisasi Standar Oprasional Prosedur Evakuasi

Melakukan kegiatan sosialisasi untuk standar oprasional prosedur evakuasi ini sangat penting dilakukan. Beberapa hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan kesiapsiagaan staf saat sebelum dilakukan sosialisasi menyatakan sangat panik dan tidak mengetahui apa yang seharusnya dilakukan, sebagian besar staf menyatakan tidak mengetahui lokasi yang tepat dan aman untuk mengevakuasi pasien saat

terjadi bencana. Dengan dilakukan Sosialisasi ini dapat menambah pengetahuan dalam melakukan prosedur evakuasi yang dapat meningkatkan kesiapsiagaan dalam menghadapi proses evakuasi saat terjadinya bencana

3. Kesiapan Fasilitas Sarana Prasarana

a. Jalur Evakuasi

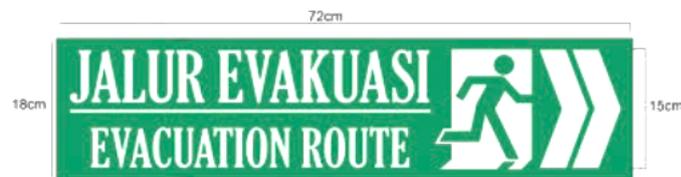
Penentuan jalur evakuasi pasien harus diperhatikan alternative jalur-jalur yang dapat dilalui menuju titik berkumpul (*assembly point*). Pertimbangkan jarak dan waktu yang ditempuh menuju titik berkumpul(*assembly point*). Perancangan jalur evakuasi dengan cara menentukan lintasan terpendek menuju titik berkumpul (*assembly point*), bisa menggunakan metode untuk penentuan lintasan terpendek ialah Algoritma Floyd-Warshall. Algoritma Floyd-Warshall adalah salah satu varian dari pemrograman dinamis, yaitu suatu metode yang melakukan pemecahan masalah dengan memandang solusi yang akan diperoleh sebagai suatu keputusan yang saling terkait. Solusi-solusi tersebut dibentuk dari solusi yang berasal dari tahap sebelumnya dan ada kemungkinan solusi lebih dari satu (Novandi, 2007). Menurut Handaka (2010) dimana terdapat beberapa kelebihan Algoritma Floyd-Warshall dibandingkan dengan metode lainnya. Kelebihan tersebut diantaranya algoritma ini mempunyai jenis *all pairs* yang artinya penentuan lintasan terpendek dapat ditentukan dari semua pasangan simpul, kecepatan dalam penentuan lintasan terpendek sangat cepat apabila diterapkan dalam suatu sistem, performansinya stabil, dan keputusan yang nantinya diambil saling terkait. Algoritma Floyd-Warshall yang menerapkan pemrograman dinamis lebih menjamin keberhasilan penemuan solusi optimum untuk kasus penentuan lintasan terpendek (*single pair shortest path*). Solusi lintasan terpendek dari masing-masing ruang dalam bangunan rumah sakit dapat ditentukan dengan menerapkan Algoritma *Floyd-Warshall*. Terdapat dua tahap dalam perancangan peta evakuasi. Tahap yang pertama ialah perancangan alur evakuasi dengan menggunakan **Algoritma Floyd-Warshall** untuk menentukan lintasan terpendek. Tahap kedua ialah

penandaan peta evakuasi.

Tahap pertama terdiri dari enam tahap, yaitu pembuatan *block plan hospital*, penentuan letak titik berkumpul (*assembly point*), penentuan node, pemilahan titik berkumpul (*assembly point*) untuk masing-masing ruang, penentuan jarak masing-masing ruang ke titik berkumpul (*assembly point*), dan penentuan alternatif evakuasi.

Tahap kedua merupakan perancangan penandaan peta evakuasi.

Dalam hal ini, warna dan bahan penandaan peta evakuasi disesuaikan. Jalur evakuasi dibuat dengan menggunakan tinta yang menyala saat gelap (*glow in the dark*), ditandai dengan jelas serta dilakukan pemasangan yang tidak terhalang oleh benda lain.



Gambar : desain jalur evakuasi

Jumlah dan kapasitas jalur evakuasi menyesuaikan dengan jumlah penghuni dan ukuran gedung. Kebutuhan Jalur Evakuasi juga dipengaruhi oleh waktu rata-rata untuk mencapai lokasi yang aman (*assembly point*). Trisakti (2007).

b. Penentuan letak titik berkumpul (*assembly point*)

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Liza, S. dkk penentuan titik evakuasi bencana dianggap efektif dalam melakukan *drill* (simulasi) evakuasi bencana dengan menggunakan peta titik evakuasi bencana yang telah dirancang. Salah satu syarat dalam pembuatan titik berkumpul (*assembly point*) adalah halaman yang cukup luasnya sehingga mencukupi jumlah orang yang akan dievakuasi pada area tersebut dan sebaiknya cukup rata dan tidak bergelombang.

Berikut standar *desain assembly point* yang dianjurkan



Gambar : desain assembly point

c. Perencanaan Posko Kesehatan Lapangan

Posko Kesehatan Lapangan harus direncanakan sebelum terjadinya bencana. Hal ini Rumah sakit mungkin menjadi tidak dapat digunakan yang diakibatkan dampak dari bencana tersebut. Rumah sakit lapangan adalah rumah sakit yang terbentuk setelah bencana untuk tujuan menyediakan perawatan kesehatan yang aman pelayanan kepada korban bencana dan kelanjutan pengobatan pasien rawat inap untuk sementara waktu di daerah aman yang telah ditentukan sebelumnya di dekat rumah sakit. Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), tidak mengusulkan untuk mendirikan rumah sakit lapangan jika Rumah sakit ini masih berfungsi selama bencana dan memiliki perlengkapan yang baik serta tim tersedia dalam penanganannya. Pembuatan posko kesehatan lapangan dalam proses evakuasi pasien dampak dari *internal disaster* pada rumah sakit jiwa dilakukan pembagian kedalam 3 (tiga) Posko kesehatan diantaranya: Posko Kesehatan Lapangan Trauma Fisik, Posko Kesehatan Lapangan Pemulihan, dan Posko Kesehatan Lapangan Rawat Intensif.

d. Peralatan Medis Darurat

4. Orientasikan Pasien Pada Awal Masuk Ruangan

Penting mengorientasikan ruangan dan jalur evakuasi pada pasien dengan kategori intermediet (pemulihan).

5. Simulasi Evakuasi Pasien

Dalam beberapa hasil penelitian yang dilakukan kepada tenaga kesehatan di rumah sakit masih ada sebagian besar mengatakan bahwa kesiapsiagaan dalam melakukan evakuasi masih rendah dimana Saat Melakukan evakuasi menyatakan situasi panik pada petugas karena ketidak tahuan bagaimana proses evakuasi saat terjadi bencana. Sejumlah pelajaran bisa dipetik dari rumah sakit yang pernah mengalami evakuasi, yang paling penting semua rumah sakit harus **memiliki rencana evakuasi rumah sakit yang dipraktekkan** dan terperinci sebelum ancaman yang akan datang. Rojek, A. and Little, M. (2013). Hasil penelitian yang dilakukan Liza, S. (2010) seluruh informan menyatakan kegiatan simulasi dan *drill* bermanfaat untuk mengevaluasi kesiapsiagaan menghadapi bencana serta menyatakan tidak panik karena mereka sudah tahu arah dan lokasi evakuasi yang harus dilalui.

B. Tahap Intra Bencana

1. Proses Evakuasi Pasien

Pada saat terjadi bencana maka proses evakuasi pasien terdapat dalam 2 model yang bisa dipilih tergantung pada pedoman evakuasi yang di buat oleh instansi / rumah sakit yaitu:

- 1) Model evakuasi total dimana evakuasi dilakukan setelah ada suatu keputusan yang diambil oleh Penanggung Jawab dari *hospital disaster plan*. Ketika menggunakan model evakuasi total maka pasien dan tenaga kesehatan melakukan perlindungan diri di ruangan dengan berlindung ke benda yang dapat melindungi bagian tubuh (bawah meja yang kuat, bawah tempat tidur, dll) sampai ada instruksi boleh dilakukan evakuasi ke luar dengan mengikuti jalur evakuasi yang sudah di rancang.

- 2) Model evakuasi mendesak dimana proses evakuasi pasien secara langsung tanpa menunggu instruksi keputusan dari penanggung jawab *hospital disaster plan*. Tenaga kesehatan langsung membawa pasien dengan mengikuti petunjuk arah evakuasi menuju titik berkumpul (*assembly point*). Proses evakuasi pasien jiwa yang mempunyai karakteristik yang berbeda dengan pasien umum maka pasien dengan kategori pemulihan bisa dilakukan dengan mengintruksikan supaya mengikuti jalur evakuasi dengan pendampingan tenaga kesehatan akan tetapi pada pasien dengan kategori rawat intensif bisa dilakukan evakuasi dengan dibawa langsung oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab pada pasien tersebut untuk menuju titik berkumpul yang sudah di buat sesuai dengan pedoman.

2. Titik Berkumpul (*assembly point*).

Setelah semua dilakukan evakuasi dan berada di titik berkumpul, maka proses selanjutnya dilakukan indentifikasi pasien kembali kesesuaian jumlah pasien rawat inap di ruangan tersebut. Ketika proses identintifikasi tidak sesuai maka melaporkan kepada koordinator lapangan/ penanggungjawab *hospital disaster plan* di rumah sakit jiwa tersebut.

3. Triage Pasien

Triage merupakan tindakan yang paling dasar yang seharusnya dimiliki anggota tim dalam manajemen penanggulangan bencana. Triage merupakan suatu teknik penilaian dan mengklasifikasikan tingkat kegawatan korban bencana. Triage dibagi menjadi dua, yaitu triage lapangan dan triage dalam rumah sakit. Untuk triage dalam rumah sakit biasanya dilakukan oleh perawat atau dokter instalasi gawat darurat dan mengenai triage lapangan, harusnya seorang *first responder* (yang pertama kali menangani bencana) menguasai metode triage lapangan tersebut. Pentingnya triage untuk memilih siapa yang harus ditangani lebih awal dan siapa yang bisa ditunda atau diakhirkan. Hal Ini menjadi kunci utama supaya penanganan bencana mampu menyelamatkan jiwa sebanyak-banyaknya dalam kondisi bencana. Triage awal yang dilakukan setelah proses evakuasi pasien jiwa dimana

dilakukan pemilahan terlebih dahulu kondisi pasien yang mengalami Trauma Fisik dan Non Trauma Fisik. Dimana dengan pasien yang mengalami Trauma Fisik dilakukan evakuasi ke Posko Kesehatan Lapangan Trauma Fisik dan Pada Pasien yang Non trauma Fisik dilakukan pemeriksaan RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) untuk mengidentifikasi pasien ke Posko Kesehatan Lapangan Rawat Intensif atau Posko Kesehatan Lapangan Pemulihan.

4. Posko Kesehatan Lapangan

Pembuatan posko kesehatan lapangan dalam mengevakuasi pasien dampak dari *internal disaster* pada rumah sakit jiwa dilakukan pembagian kedalam 3 posko kesehatan lapangan diantaranya :

a. Pos Kesehatan Lapangan Trauma Fisik

Pada pasien yang mengalami trauma fisik dilakukan tindakan di posko kesehatan lapangan trauma fisik. Tindakan yang dilakukan di posko kesehatan lapangan trauma fisik ini yaitu :

1) Triage

Tenaga kesehatan yang berada di posko kesehatan lapangan melakukan triage terlebih dahulu. Triage bisa menggunakan metode START (*Simple Triage and Rapid Treatment*) untuk menilai tingkat kedaruratan pasien tersebut.

2) Treatment

Tindakan yang bisa dilakukan di posko kesehatan lapangan trauma fisik ini bisa dilakukan segera dalam penanganan pasien yang mengalami trauma fisik.

3) Transfer

Jika kondisi pasien tidak memungkinkan untuk dilakukan tindakan di posko kesehatan lapangan trauma fisik dikarenakan keterbatasan peralatan penanganan, maka persiapkan pasien untuk kebutuhan dilakukan transfer. Transfer pasien dilakukan ke rumah sakit rujukan sekitar lokasi bencana yang sudah dibuatkan system sebagai rumah sakit rujukan saat terjadi bencana.

b. Pos Kesehatan Lapangan Rawat Intensif

c. Pos Kesehatan Lapangan Pemulihan

A. Tahap Pasca Bencana

Pada tahap pasca bencana melakukan *assessment* kembali dan melanjutkan proses pelayanan kesehatan atau intervensi yang telah direncanakan oleh tenaga kesehatan pada pasien tersebut. Untuk melihat intervensi penanganan pasien bisa dilihat pada **Lampiran Intervensi Keperawatan**.

DAFTAR PUSTAKA

Handaka, M.S. (2010). Perbandingan Algoritma Dijkstra (Greedy), Bellman-Ford (BFS-DFS), dan *Floyd-Warshall* (Dynamic Programming) dalam Pengaplikasian Lintasan Terpendek pada Link-State Routing Protocol. Bandung: ITB.

Irwan Iftadi, dkk. (2011). Perancangan Peta Evakuasi Menggunakan Algoritma Floyd- Warshall untuk Penentuan Lintasan Terpendek: Studi Kasus. *Performa* Vol.10, No. 2

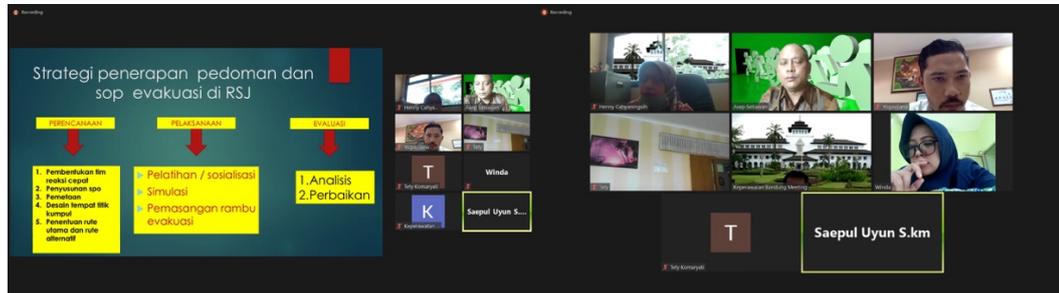
Novandi, R.A.D. (2007). Perbandingan Algoritma Dijkstra dan Algoritma *Floyd-Warshall* dalam Penentuan Lintasan Terpendek (Single Pair Shortest Path). Bandung: ITB.

Rojek, A. and Little, M. (2013), Review: Evacuating Australian hospitals. *Emerg Med Australas*, 25: 496-502. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12160>

Trisakti, Trisakti, B. (2007). Simulasi Jalur Evakuasi untuk Bencana Tsunami Berbasis Data Penginderaan Jauh (Studi Kasus Kota Padang, Provinsi Sumatera Barat). *Jurnal Penginderaan Jauh* Vol, 4, No. 1

Lampiran 5 Dokumentasi Kegiatan Penelitian

1. Kegiatan *Focus Group Discussion (FGD)*



2. Kegiatan workshop *Systematic Literature Review* dan Pembuatan Pengembangan Modul Evakuasi Pasien

