

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

Penelitian ini menggunakan beberapa teori yang digunakan sebagai dasar untuk menentukan kerangka berpikir, serta mengkaji atau menganalisis hasil penelitian yang ada, diantaranya adalah teori keamanan nasional, bencana dan manajemen risiko bencana, serta kapasitas.

2.1.1. Keamanan Nasional

Barry Buzan (1991) mengidentifikasi lima bidang utama yang termasuk dalam definisi keamanan, yaitu: (1) keamanan militer yang meliputi dua tingkat pengelolaan kemampuan persenjataan negara (ofensif dan defensif) serta definisi negara sesuai dengan intensitas kekuatan lainnya; (2) keamanan politik yang memperhatikan stabilitas institusi negara, sistem ideologi serta ideologi yang memberikan legitimasi untuk pemerintah; (3) keamanan ekonomi termasuk akses sumber daya, keuangan, dan pasar untuk mempertahankan tingkat kesejahteraan dan kekuasaan negara yang dapat diterima; (4) keamanan sosial termasuk keberlanjutan tradisi meliputi budaya, bahasa, agama, adat istiadat dan identitas nasional, juga termasuk kondisi perubahan yang dapat diterima; (5) keamanan lingkungan dengan memperhatikan kelestarian lingkungan sebagai penunjang bagi sistem yang menjadi sandaran kehidupan manusia. Masing-masing bidang ini tidak dapat berdiri sendiri-sendiri, namun mempunyai hubungan erat satu sama lain.

Tujuh komponen keamanan manusia (*human security*) yang pemenuhannya wajib menjadi tanggung jawab pemerintah setiap negara. Ketujuh komponen tersebut adalah: (1) keamanan ekonomi (*economic security*), (2) keamanan pangan (*food security*), (3) keamanan kesehatan (*health security*), (4) keamanan lingkungan hidup (*environment security*), (5) keamanan personal (*personal security*), (6) keamanan komunitas

(*community security*), dan (7) keamanan politik (*political security*). Tujuh komponen di atas dapat disederhanakan menjadi dua komponen utama, yaitu *freedom from fear* (bebas dari rasa takut) dan *freedom from want* (bebas dari ketidakmampuan untuk memiliki) (UNDP, 2004).

Keamanan tidak hanya sebatas pada urusan menjaga batas-batas teritorial negara (kedaulatan nasional), tetapi juga harus menjamin, memenuhi dan melindungi keamanan warga negara (manusia). Sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945, secara umum tujuan pengelolaan keamanan sepenuhnya ditujukan untuk melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut serta melaksanakan ketertiban dunia.

Keamanan manusia (*human security*) merupakan dasar dari keamanan nasional (*national security*). Perubahan sosial menuju demokratisasi serta proses reformasi dari sektor keamanan yang berlangsung di Indonesia telah berdampak pada perubahan paradigma keamanan, yang semula dari konsep keamanan yang sangat terpusat pada keamanan negara menjadi isu-isu yang lebih bersifat nontradisional seperti *human security* (keamanan yang terpusat pada manusia). Sebagai sebuah konsepsi, *human security* menilai bahwa keamanan juga meliputi keamanan manusia yang didalamnya mencakup masalah kesejahteraan sosial, perlindungan hak-hak kelompok masyarakat, kelompok minoritas, anak-anak, wanita dari kekerasan fisik dan masalah masalah-masalah sosial, ekonomi dan politik. Istilah '*health security*' atau '*human security*' kemudian digunakan untuk menegaskan bahwa kesehatan masyarakat merupakan hal yang penting sebagai salah satu elemen yang menunjukkan kemampuan negara untuk dapat bertahan dalam sistem internasional yang dinamis (Youde, 2006).

WHO mendefinisikan pembangunan *health security capacity* merupakan program utama dalam mengurangi risiko maupun dampak keadaan darurat kesehatan kelompok masyarakat, termasuk pada situasi

pandemi Covid-19 yang bisa memberikan dampak bahaya kesehatan kelompok masyarakat di suatu negara yang melampaui teritorial internasional. Negara Indonesia merupakan 1 dari 194 teritori yang menurut WHO merupakan salah satu negara yang harus mematuhi *International Health Regulation* (IHR, 2005). IHR sejatinya merupakan program pencegahan, perlindungan, pengendalian, dalam menghadapi peristiwa penularan suatu infeksi pada skala internasional berdasarkan tingginya risiko kesehatan penduduk, dengan seminimal mungkin tidak memiliki dampak terhadap lalu lintas perdagangan internasional. Adapun aturan internasional yang wajib dijalankan meliputi: (1) pelaporan kuantitas kasus infeksi baru harian kepada WHO, (2) menjalankan aturan WHO yang berkaitan dengan kondisi gawat darurat kesehatan penduduk yang menjadi *concern* skala internasional; dan (3) menjalankan pengawasan inti di seluruh level, mulai dari layanan dasar, menengah, hingga tingkat nasional, seperti pelabuhan, bandara, maupun perbatasan darat.

Strategi dan sistem keamanan sebuah negara sangat dipengaruhi oleh dinamika lingkungan strategis yang terus berkembang dan terus berubah. Munculnya beberapa ancaman menjadi salah satu faktor memaksa banyak negara untuk kembali menata ulang strategi dan sistem keamanannya yang ditujukan untuk meraih kepentingan nasional (*national interest*), termasuk karena adanya ancaman bencana nonalam berupa pandemi Covid-19.

Penetapan status pandemik global dan bencana nasional menjadi salah satu dari ancaman yang dapat membahayakan keberlangsungan eksistensi bangsa, di Indonesia maupun seluruh negara lainnya di dunia. Beberapa dampak negatif yang ditimbulkan oleh adanya bencana Covid-19 antara lain pada sektor kesehatan (peningkatan angka kesakitan dan kematian akibat Covid-19 dan akibat penyakit kronis yang timbul karena penundaan pencarian perawatan selama bencana Covid-19, serta peningkatan angka infeksi dan kelelahan (fisik dan mental) pada tenaga medis), sektor perekonomian (meluasnya PHK yang berdampak pada

penurunan/kehilangan pendapatan, menurunnya cadangan devisa negara akibat kepentingan penanggulangan Covid-19, pembatasan aktivitas masyarakat yang berpengaruh pada aktivitas bisnis yang kemudian berimbas pada perekonomian), sektor pendidikan (diberlakukannya proses pembelajaran dari rumah memungkinkan orang tua menjadi stres, bahkan tak jarang ditemukan orang tua yang menggunakan cara kekerasan dalam mendidik anak yang menyebabkan anak menjadi terganggu psikologisnya), sektor pariwisata dan hiburan (penurunan kunjungan wisatawan baik domestik maupun internasional, penurunan tingkat hunian hotel), sektor sosial (peningkatan penyalahgunaan narkoba dan alkohol, serta perubahan dalam berinteraksi dan bersosialisasi). Dampak-dampak tersebut akan turut mengganggu keamanan nasional.

Sistem pertahanan keamanan yang total atau menyeluruh sifatnya (pertahanan semesta) tentu saja bertujuan untuk menghadapi ancaman yang juga sifatnya menyeluruh. Pada perkembangan lebih lanjut, terlihat dengan sangat jelas bagaimana negara-negara yang tengah berhadapan dengan ancaman Covid-19 ini berlomba-lomba menyusun strategi yang bersandar pada kemampuan teknologi dan *total defence* (pertahanan semesta). Kenyataan di lapangan membuktikan bahwa bukanlah menjadi hal yang mudah untuk mewujudkan sistem tersebut, karena menjadi tidak sederhana untuk menyatukan langkah dalam satu konsep melawan ancaman Covid-19. Beberapa upaya pengendalian bencana Covid-19 yang sudah dilakukan oleh pemerintah diantaranya dengan membentuk Gugus Tugas percepatan penanggulangan Covid-19, membangun RS Rujukan Covid, pemberian bantuan kepada masyarakat terdampak Covid-19, membuat dan memberlakukan kebijakan PSBB, pemberian edukasi mengenai pola hidup bersih dan sehat, serta upaya lainnya. Beberapa kendala yang dihadapi diantaranya kesadaran masyarakat yang rendah, salah satunya terbukti dengan banyaknya pelanggaran terhadap kebijakan PSBB yang dan proses pembagian stimulus ekonomi yang terkendala dengan data penduduk yang kurang akurat.

Berbagai kendala dan kepanikan masyarakat terkait dampak pandemi Covid-19 akan berkurang jika masyarakat memiliki kemampuan dan ketangguhan dalam menghadapi ancaman bencana, baik sebelum terjadinya bencana (pra-bencana), saat terjadinya bencana (tanggap darurat), maupun setelah terjadinya bencana (pasca bencana). Kesiapan masyarakat untuk menghadapi bencana selain kapasitas yang tinggi yang berarti kesiapsiagaan dan memandang hal tersebut sebagai bentuk ketangguhan (Maarif, 2012). Ketangguhan masyarakat dalam menghadapi segala bentuk ancaman merupakan bentuk terlaksananya keamanan nasional. Upaya-upaya penanggulangan dan percepatan bencana Covid-19 yang ada saat ini merupakan bagian dari upaya pertahanan negara untuk menciptakan keamanan nasional.

Kapasitas suatu negara terkait amannya sektor kesehatan dalam mengurangi risiko krisis akibat pandemi Covid-19 harus tetap dimaksimalkan dengan memulihkan kesiapan atau *preparedness* sebagai program utamanya, seperti integrasi antara sistem surveilans dengan manajemen informasi dan kompetensi sumber daya manusia, yang di dalamnya memuat pengembangan SDM, sarana prasarana maupun pengambilan kebijakan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah.

2.1.2. Bencana dan Manajemen Risiko Bencana

2.1.2.1 Bencana dan Bencana Pandemi Covid-19

Bencana berdasarkan UU 24/2007 tentang Penanggulangan Bencana didefinisikan sebagai peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor nonalam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian material, dan kerugian psikologis atau non materi. Bencana merupakan gangguan serius untuk masyarakat yang menyebabkan kerugian luas dan dirasakan oleh masyarakat, berbagai material dan lingkungan dan berdampak melewati kapasitas manusia untuk

menggunakan sumber daya yang tersedia dalam pemulihannya (Asian Disaster Reduction Center, 2003).

International Strategy for Disaster Reduction (2004) mendefinisikan bencana sebagai suatu kejadian yang secara serius mengganggu kegiatan masyarakat dan mengakibatkan kerugian ekonomi, materi, juga lingkungan bagi kehidupan manusia dan di luar kapasitas masyarakat untuk mengatasinya dengan menggunakan sumber daya yang ada. WHO berpendapat bahwa bencana merupakan suatu peristiwa yang terjadi di suatu wilayah yang menyebabkan kerusakan ekologis, hilangnya nyawa dan penurunan kesehatan yang serius serta pelayanan kesehatan yang membutuhkan bantuan mendadak dari pihak luar. Dalam istilah *major incident*, bencana dapat didefinisikan sebagai “*any incident where the location, number, severity, or type of live casualties requires extraordinary resources*” Hodgetts & Jones (2002).

Bencana merupakan suatu peristiwa atau serangkaian peristiwa yang menimbulkan korban juga kerusakan, kerugian infrastruktur dan harta benda, layanan-layanan penting serta sarana kehidupan pada satu skala melebihi kapasitas norma (Coburn, Spence, & Pomonis, 1994). Bencana merupakan suatu peristiwa maupun rangkaian peristiwa yang membahayakan serta mengancam kehidupan masyarakat, yang diakibatkan oleh faktor alam, nonalam ataupun faktor manusia yang menyebabkan adanya korban jiwa, harta benda, kerusakan lingkungan, serta dampak psikologis (Ramli, 2010). Berdasarkan beberapa pendapat tersebut, secara umum bencana adalah suatu keadaan maupun kejadian yang mengakibatkan kerusakan baik dalam bentuk sarana dan prasarana juga struktur sosial sehingga dapat mengancam kehidupan masyarakat.

Bencana disebabkan oleh beberapa faktor yang mempengaruhi, diantaranya (Nurjanah, Dede Kuswanda, dan Adikoesoemo Siswanto, 2012):

- a. Bahaya (*Hazard*), adalah suatu kejadian alam maupun buatan dengan potensi membahayakan kehidupan manusia,

menimbulkan kerugian harta, benda serta kerusakan lingkungan. Bahaya dikategorikan dalam 2 (dua) jenis, meliputi bahaya alami dan bahaya buatan. Bahaya alami terdiri dari geologi, biologi, hidrometeorologi, serta lingkungan. Bahaya buatan merupakan bahaya yang disebabkan oleh ulah manusia seperti adanya konflik, kegagalan teknologi dan lingkungan.

b. Kerentanan (*Vulnerability*), merupakan suatu keadaan dimana masyarakat mengalami ketidakmampuan dalam menemui ancaman bahaya. Kerentanan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya:

- 1) Kerentanan fisik, adalah keadaan fisik yang berpotensi menimbulkan risiko terhadap faktor bahaya tertentu seperti persentase kawasan terbangun, kepadatan bangunan, jaringan listrik, rasio panjang jalan dan jalan kereta api.
- 2) Kerentanan sosial, yaitu menggambarkan suatu kondisi tingkat kerapuhan sosial dalam menghadapi bencana seperti kepadatan penduduk, laju pertumbuhan penduduk dan persentase penduduk usia balita-lansia.
- 3) Kerentanan ekonomi, yaitu menggambarkan suatu kondisi tingkat kerapuhan ekonomi dalam menghadapi ancaman bencana seperti persentase rumah tangga yang bekerja di sektor rentan dan persentase rumah tangga miskin.
- 4) Kerentanan lingkungan, yaitu menggambarkan suatu kondisi tingkat kerapuhan lingkungan dalam menghadapi bencana meliputi ketersediaan atau kerusakan sumber daya seperti lahan, udara dan air.

c. Risiko bencana (*Disaster Risk*)

Risiko bencana merupakan interaksi antara tingkat kerentanan daerah dengan ancaman bahaya yang ada. Secara umum bahaya menunjukkan kemungkinan terjadinya bencana, baik alam maupun nonalam. Kerentanan menunjukkan kerawanan

yang dihadapi suatu masyarakat dalam menghadapi ancaman. Semakin tinggi bahaya dan kerentanan akan semakin besar resiko bencana yang dihadapi. Upaya yang dapat dilakukan dalam mengurangi resiko bencana yaitu melalui penurunan tingkat kerentanan karena hal ini relative lebih mudah dibandingkan dengan mengurangi atau memperkecil bahaya, sosial dan lingkungan. Oleh karenanya, pengurangan risiko bencana dapat dilakukan dengan mengurangi kerentanan dan/atau meningkatkan kapasitas dalam menghadapi ancaman.

Bencana dapat terjadi karena adanya peristiwa alam maupun akibat perbuatan manusia. Diantara hal-hal yang dapat menimbulkan bencana meliputi adanya bahaya yang bersumber dari alam (*natural hazard*) dan bahaya yang disebabkan buatan manusia (*man-made hazard*) dimana UNISDR (2009) mengelompokkan sebagai bahaya hidrometeorologi (*hydrometeorological hazards*), bahaya geologi (*geological hazards*), bahaya teknologi (*technological hazards*), bahaya biologi (*biological hazards*), serta adanya degradasi kualitas lingkungan (*environmental degradation*), tingginya kerentanan infrastruktur, masyarakat, dan komponen-komponen di dalam kota/wilayah dengan risiko bencana yang tinggi.

Undang-Undang No. 24/2007 membagi jenis bencana kedalam jenis bencana alam, nonalam, dan sosial dengan definisi sebagai berikut:

- a. Bencana alam, yaitu bencana yang disebabkan karena peristiwa atau rangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh alam seperti gempa bumi, gunung meletus, tsunami, banjir, angin puting beliung, kekeringan, serta tanah longsor.
- b. Bencana nonalam, yaitu bencana yang disebabkan karena peristiwa atau serangkaian peristiwa nonalam seperti kegagalan modernisasi, kegagalan teknologi, wabah penyakit, serta epidemi.

- c. Bencana sosial, yaitu bencana yang disebabkan karena peristiwa atau rangkaian peristiwa karena faktor manusia seperti terror, konflik sosial komunitas masyarakat.

Setelah kemunculannya pertama kali pada Desember 2019, WHO akhirnya menyatakan Covid-19 sebagai pandemi global. International Federation of Red Cross (2020) menyebutkan bencana nonalam lebih tepat disebut dengan bencana teknologi atau bencana buatan manusia, hal tersebut diakibatkan karena adanya campur tangan manusia dalam terjadinya bencana tersebut. Menurut International Federation of Red Cross contoh bencana nonalam adalah urbanisasi mendadak, kemiskinan, dan pandemi. Di Indonesia, pandemi Covid-19 sebagai bencana nonalam telah ditetapkan oleh Presiden sebagai bencana nasional melalui Kepres Nomor 12/2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran Covid-19 sebagai Bencana Nasional sejak 13 April 2020. Ketetapan pandemi Covid-19 ke dalam kategori bencana nonalam ini sesuai dengan definisi bencana nonalam yang tertuang dalam UU Nomor 24 Tahun 2007 bahwa bencana nonalam merupakan bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa nonalam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit.

Menurut WHO, istilah pandemi berarti penyebaran penyakit baru ke seluruh dunia (WHO, 2020). Penyakit merupakan sebuah keadaan dimana terdapat gangguan terhadap bentuk atau fungsi salah satu bagian tubuh yang menyebabkan tubuh menjadi tidak dapat bekerja dengan normal (Thomas C. Timmreck, 2005). Dilihat dari penularannya, jenis penyakit dikelompokkan menjadi penyakit menular dan penyakit tidak menular. Penyakit menular adalah penyakit yang dapat ditularkan atau berpindah dari orang yang satu ke orang yang lain, baik secara langsung maupun melalui perantara (Notoadmodjo, 2003). Penyakit Tidak Menular (PTM) juga dikenal sebagai penyakit kronis, tidak ditularkan dari orang ke orang, memiliki durasi yang panjang dan pada umumnya berkembang secara lambat (Riskesdas, 2013). Penyakit menular akan menjadi sangat berbahaya

ketika obat atau vaksin penyembuhnya langka atau belum ditemukan, serta jumlah orang yang terinfeksi tidak stabil dan cenderung meningkat. Situasi penyakit menular menjadi permasalahan internasional bila penyebaran penularannya dari endemi, epidemi menjadi pandemi dengan tingkat infeksi yang tinggi semakin massif, sulit diprediksi dan tidak terkendali melewati perbatasan nasional, regional, benua dan dunia (Fidle, 1998).

Secara umum penggunaan istilah pandemi merujuk pada penyakit yang meluas secara geografis. Beberapa penyakit yang pernah menjadi pandemi antara lain: *Acute Hemorrhagic Conjunctivitis* (AHC), AIDS, kolera, demam berdarah, influenza dan SARS (Morens, Folkers and Fauci, 2009). Dalam sebuah ulasan baru-baru ini tentang sejarah influenza pandemi secara geografis dikategorikan sebagai transregional (dua wilayah/negara yang berbatasan di dunia), antar regional (dua wilayah/negara yang tidak berbatasan atau bertetangga), dan global (Taubenberger and Morens DM, 2009).

Selain ekstensi geografis, pandemi juga menyiratkan perpindahan penyakit atau penyebaran melalui transmisi yang dapat berpindah dari satu tempat ke tempat lain, yang telah terjadi secara historis selama berabad-abad, misalnya seperti pada kasus *Black Death*. Perpindahan penyakit karena penyebaran dari orang ke orang adalah seperti yang disebabkan oleh virus pernapasan (influenza dan SARS), organisme enteric (kolera), atau penyebaran demam berdarah yang dikaitkan dengan perluasan rentang geografis vektor (Menurut Morens, Folkers, dan Fauci, 2009). Istilah pandemi lebih sering dan mudah untuk digunakan pada kasus penyakit infeksi dan kurang umum digunakan untuk menggambarkan penyakit tidak menular, seperti obesitas (Kvicala 2003), atau perilaku berisiko, seperti merokok (Shafey, Dolwick , and Guindon, 2003) yang meluas secara geografis dan meningkat secara global, tetapi tidak menular.

Kondisi pandemi terjadi ketika beberapa faktor dibawah ini terpenuhi (Kelsey, Thompson, and Evans, 1986 dalam Rina, 2020) dan Centers for Disease Control and Prevention (2003):

- a. Peningkatan jumlah atau virulensi agen baru.
- b. Informasi dan sifat lainnya dari agen baru ini belum terdeteksi atau berbeda dari yang pernah ada sebelumnya.
- c. Modus transmisi atau infeksi yang meningkat sehingga orang yang lebih rentan terpapar.
- d. Perubahan kerentanan respons tuan rumah terhadap agen, dan/atau faktor-faktor yang meningkatkan paparan *host* atau melibatkan pengenalan jalur infeksi baru.

Berdasarkan pendapat para ahli di atas, maka terminologi pandemi adalah suatu penyebaran penyakit dalam skala besar dan luas secara geografis, juga menular antar manusia. Pandemi Covid-19 adalah peristiwa menyebarnya penyakit koronavirus di seluruh negara di dunia. WHO (2020) mendefinisikan Covid-19 sebagai penyakit menular yang disebabkan oleh jenis coronavirus yang baru ditemukan yang diberi nama SARS-CoV-2 yang memiliki tingkat infeksius dan virulensi yang tinggi. Virus Covid muncul dari keluarga virus yang identik dengan virus pemicu MERS dan SARS. Walaupun demikian, SARS-CoV-2 dinilai lebih ganas dalam penularan jika dikaitkan oleh virus SARS-CoV atau MERS-CoV yang telah ada sebelumnya (CDC China, 2020). Virus jenis baru serta penyakit yang disebabkan ini tidak diketahui sebelum adanya wabah yang dideteksi di Wuhan pada Desember 2019 lalu dan ditetapkan sebagai pandemi oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tanggal 11 Maret 2020. Coronavirus merupakan sekelompok virus yang mengakibatkan penyakit pada manusia atau hewan. Beberapa varian virus corona terbukti mengakibatkan infeksi saluran pernapasan pada manusia, dari pilek dan batuk biasa hingga infeksi yang lebih serius seperti Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) dan Middle East Respiratory Syndrome (MERS). Virus corona varian terbaru diketahui mengakibatkan penyakit Covid-19. Pada umumnya gejala mulai muncul sekitar 5-6 hari setelah terjadi pajanan, namun waktu kemunculan gejala ini dapat berkisar dari 1-14 hari.

Gejala dari penyakit Covid-19 diantaranya adalah batuk, demam, dan kelelahan. Tanda lain yang kurang umum yang dapat dialami oleh pasien Covid-19 termasuk nyeri badan, nyeri kepala, hidung tersumbat, nyeri tenggorokan, peradangan pada konjungtiva, diare, hilangnya kemampuan untuk merasa atau mencium bau, kemerahan kulit serta perubahan warna pada jari kaki atau tangan. Gejala yang timbul biasanya ringan dan muncul secara bertahap. Sebanyak 80% dari mereka yang terinfeksi dapat sembuh sendiri tanpa perawatan khusus. Sekitar seperlima dari mereka yang terkena Covid-19 berkembang menjadi sakit yang parah dan mengalami kesulitan napas. Pasien lanjut usia dan mereka yang memiliki penyakit penyerta seperti diabetes, penyakit jantung, hipertensi, penyakit paru-paru, juga kanker berisiko lebih tinggi untuk mengalami sakit yang parah, namun semua orang berpotensi untuk terkena Covid-19 dan berkembang menjadi sakit yang parah. Orang-orang dengan gejala tersebut diatas harus secepatnya mendapat pertolongan medis.

Covid-19 dapat menyebar melalui kontak langsung atau tidak secara langsung. Penyebaran covid-19 dapat terjadi antar orang melalui droplet sistem pernafasan saat pasien terkonfirmasi batuk, bersin atau bernyanyi dan berbicara (Lotfi et al., 2020). Selain itu infeksi dapat terjadi ketika seseorang menyentuh permukaan yang terkontaminasi dengan SARS-CoV-2 lalu melakukan kontak langsung dengan membran mukosa seperti mata, hidung atau mulut (McIntosh, 2020). Penyebaran COVID-19 dapat terjadi melalui individu yang terinfeksi tanpa menimbulkan gejala (Rothe *et al.*, 2020). Covid-19 terutama menyebar melalui percikan saluran pernapasan yang dikeluarkan oleh seseorang yang batuk atau memiliki gejala lain seperti demam atau rasa lelah. Banyak orang yang terinfeksi Covid-19 hanya mengalami gejala ringan terutama pada tahap-tahap awal. Karena itu, Covid-19 dapat menular dari orang yang hanya bergejala ringan, seperti batuk ringan, tetapi merasa sehat. Beberapa laporan menunjukkan bahwa orang tanpa gejala dapat menularkan virus ini namun belum diketahui seberapa sering penularan dengan cara tersebut terjadi.

Sampai dengan saat ini belum ditemukan obat yang terbukti dapat mencegah atau menyembuhkan Covid-19. Meskipun beberapa pengobatan barat, tradisional, maupun buatan rumahan dapat meringankan dan mengurangi gejala ringan Covid-19, WHO tidak merekomendasikan tindakan mengobati diri sendiri dengan obat apa pun, termasuk antibiotik. Namun, beberapa uji klinis terkait obat-obatan barat maupun tradisional dalam upaya pencegahan dan pengobatan Covid-19 sedang berlangsung di beberapa tempat. Diantara beberapa upaya yang dapat dilakukan guna melindungi diri dari ancaman Covid-19 yaitu:

a. Cuci tangan secara teratur.

Dalam mencegah penyebaran Covid-19, ada beberapa protokol kesehatan yang dapat dilaksanakan baik secara individu atau pun masyarakat. Mencuci tangan merupakan metode esensial dalam mencegah transmisi SARS-CoV-2. Sebuah penelitian mengungkapkan mencuci tangan yang efektif melibatkan metode WHO menggunakan air dan sabun selama 40-60 detik. Disinfektan berbasis alkohol dapat digunakan. Mencuci tangan harus dilakukan setelah kontak dengan sekresi, ekskresi dan cairan biologikal, sebelum memulai pekerjaan terutama yang berhubungan dengan masyarakat umum, setelah kontak dengan objek yang telah terkontaminasi seperti sarung tangan, baju, masker dan lain sebagainya (Esposito *et al.*, 2020).

b. Hindari menyentuh mata, hidung, dan mulut.

Tangan menyentuh berbagai permukaan benda dan virus penyakit ini dapat tertempel di tangan. Tangan yang terkontaminasi dapat membawa virus ini ke mata, hidung atau mulut, yang dapat menjadi titik masuk virus ini ke tubuh sehingga menjadi sakit (Artayasa, 2020).

c. Terapkan etika batuk/bersin dengan menggunakan siku tertekuk atau tisu untuk menutup hidung dan mulut. Apabila memakai tisu, secepatnya buang tisu sehabis digunakan dan segera mencuci

tangan karena salah satu proses penyebaran Covid-19 adalah melalui inhalasi kontak secara langsung dengan tetesan droplet pasien terinfeksi (Singhal, 2020).

- d. Menjaga jarak minimal 1 meter dari orang lain dan melakukan kegiatan *social distancing* antar sesama komunitas masyarakat. Hindari berdekatan atau kontak fisik dengan orang, mengatur jarak minimal 1 meter, tidak bersalaman, tidak berpelukan, hindari penggunaan transportasi publik (seperti kereta, bus, dan angkot) yang tidak perlu, sebisa mungkin hindari jam sibuk ketika berpergian, tidak berkerumun di fasilitas umum, sebisa mungkin tidak bepergian ke tempat wisata di luar kota atau luar negeri, dihibau agar tidak berkumpul teman dan keluarga secara tatap muka. Untuk sementara waktu, anak dihibau agar bermain sendiri di rumah dan dapat menjalankan ibadah secara mandiri di rumah masing-masing (Kemenkes RI, 2020).
- e. Gunakan masker pada saat kontak maupun berkunjung ke tempat dimana ada penderita Covid-19. Masker mampu memblokir *jets tubulent* dari batuk atau mengontrol infeksi *airborne* dengan cara yang kurang berbahaya (Tang *et al.*, 2020).

Dalam istilah kesehatan, pandemi merupakan terjadinya wabah suatu penyakit yang menyerang banyak korban, yang terjadi serempak di berbagai negara, namun dalam kasus Covid-19, Badan Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan penyakit ini sebagai pandemi karena seluruh warga dunia berpotensi terkena infeksi penyakit Covid-19. Penetapan status *global pandemi* tersebut sekaligus mengonfirmasi bahwa Covid-19 merupakan suatu kondisi darurat kesehatan masyarakat dan telah meresahkan. Artinya, setiap rumah sakit dan klinik di seluruh dunia disarankan untuk dapat mempersiapkan diri menangani pasien penyakit tersebut meskipun belum ada pasien yang terdeteksi.

Penyebaran Covid-19 di Indonesia berlangsung dengan cepat dan hampir menyentuh semua provinsi yang ada di Indonesia. Angka penularan dan kematian akibat Covid-19 juga semakin meningkat dan berdampak tidak hanya pada aspek kesehatan namun juga untuk aspek ekonomi, sosial, politik, budaya, pertahanan keamanan, serta kesejahteraan masyarakat. Melalui Kepres No. 11/ 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Covid-19 pemerintah Indonesia telah memastikan Covid-19 merupakan salah satu penyakit yang telah menyebabkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat (KKM) serta harus dilaksanakan langkah penanggulangan berdasarkan peraturan perundangan yang ada. Disamping itu, pemerintah Indonesia juga mengeluarkan Kepres No. 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran Covid-19 sebagai Bencana Nasional atas pemikiran bahwa Covid-19 telah berpengaruh pada peningkatan jumlah pasien dan kerugian ekonomi, melebarnya jangkauan wilayah yang terkena dampak, serta implikasinya terhadap aspek sosial dan ekonomi di Indonesia.

Kepres Nomor 12 Tahun 2020 juga menyebutkan pelaksanaan penanggulangan Covid-19 sebagai bencana nasional dilakukan oleh Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 sesuai dengan Keputusan Presiden Nomor 7 Tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19), yang kemudian dirubah melalui Keputusan Presiden No. 9 Tahun 2020 tentang Perubahan Keputusan Presiden No. 7 Tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) melalui sinergi antar kementerian/lembaga dan pemerintah daerah. Selain itu pada Kepres Nomor 12 Tahun 2020 ini disebutkan juga perintah kepada Gubernur, Bupati dan Walikota sebagai Ketua Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) di daerah, dimana dalam menetapkan kebijakan di daerah masing-masing harus memperhatikan kebijakan Pemerintah Pusat.

Penetapan status bencana nasional menandakan kondisi darurat. Darurat bencana merupakan salah satu jenis kedaruratan yang dikenal dalam hukum tata negara Indonesia. Darurat lain adalah darurat kesehatan masyarakat (UU No. 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan), darurat sipil, dan maupun manusia yang menimbulkan korban jiwa, kerugian harta benda, kerusakan lingkungan, juga dampak terhadap psikologis. Keadaan darurat bencana ditetapkan oleh Pemerintah untuk jangka waktu tertentu atas dasar rekomendasi Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). Penetapan status darurat bencana dilakukan pemerintah sesuai dengan skala bencana. Skala nasional dilakukan oleh Presiden, skala provinsi oleh Gubernur, dan skala kabupaten/kota dilakukan oleh Bupati/Walikota. Penanggulangan status ini diserahkan kepada BNPB.

Beberapa istilah yang digunakan dalam penanganan Covid-19 sesuai dengan yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Nomor HK.01.07/MENKES/413/2020 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Covid-19 yaitu sebagai berikut:

- a. Kasus *probable*, yaitu orang yang diyakini sebagai suspek dengan ISPA Berat atau gagal nafas akibat aveoli paru-paru penuh cairan (ARDS) atau meninggal dengan gambaran klinis yang meyakinkan Covid-19 dan belum ada hasil pemeriksaan laboratorium RT-PCR.
- b. Kasus suspek, yaitu seseorang yang memiliki salah satu dari kriteria berikut:
 - 1) Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal.
 - 2) Orang dengan salah satu gejala/tanda ISPA, dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi/*probable* Covid-19.

- 3) Orang dengan ISPA berat/pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.
- c. Kasus konfirmasi, yaitu seseorang yang dinyatakan positif terinfeksi virus Covid-19 yang dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium RT-PCR. Kasus konfirmasi dibagi menjadi 2, yakni kasus konfirmasi dengan gejala (simptomatik), dan kasus konfirmasi tanpa gejala (asimptomatik).
- 1) Pada kasus terkonfirmasi dengan gejala/simptom, penemuan kontak erat dihitung mulai 2 (dua) hari sebelum munculnya gejala sampai 14 (empat belas) hari selepas muncul gejala.
 - 2) Pada kasus terkonfirmasi tanpa gejala, penemuan kontak erat dimulai 2 (dua) hari sebelum dan 14 (empat belas hari) hari selepas tanggal dilakukannya pengumpulan sampel kasus konfirmasi.
- d. Kontak erat, adalah orang yang memiliki riwayat kontak dengan kasus *probable* atau konfirmasi Covid-19. Riwayat kontak yang dimaksud antara lain:
- 1) Kontak tatap muka/berdekatan dengan kasus *probable* atau kasus konfirmasi dalam radius 1 meter dan dalam jangka waktu 15 menit atau lebih.
 - 2) Sentuhan fisik langsung dengan kasus *probable* atau konfirmasi (seperti bersalaman, berpegangan tangan, dll).
 - 3) Orang yang memberikan perawatan langsung terhadap kasus *probable* atau konfirmasi tanpa menggunakan APD yang sesuai standar.
 - 4) Situasi lainnya yang mengindikasikan adanya kontak berdasarkan penilaian risiko lokal yang ditetapkan oleh tim penyelidikan epidemiologi setempat.

Selain istilah-istilah tersebut, dalam KMK tersebut juga tercantum istilah lain berupa pelaku perjalanan, *discarded*, selesai isolasi, dan kematian yang didefinisikan sebagai berikut:

- a. Pelaku perjalanan adalah seseorang yang melakukan perjalanan dari dalam negeri (domestik) maupun luar negeri dalam 14 hari terakhir.
- b. *Discarded*, dikatakan *discarded* apabila memenuhi salah satu kriteria berikut:
 - 1) Seseorang dengan status kasus suspek dengan hasil pemeriksaan RT-PCR 2 kali negatif selama 2 hari berturut-turut dengan selang waktu >24 jam.
 - 2) Seseorang dengan status kontak erat yang telah menyelesaikan masa karantina selama 14 hari.
- c. Selesai Isolasi, apabila pasien memenuhi salah satu kriteria:
 - 1) Kasus konfirmasi tanpa gejala (asimptomatik) yang tidak dilakukan pemeriksaan *follow up* RT-PCR dengan ditambah 10 hari isolasi mandiri sejak pengambilan spesimen diagnosis konfirmasi.
 - 2) Kasus *probable*/kasus konfirmasi dengan gejala (simptomatik) yang tidak dilakukan pemeriksaan *follow up* RT-PCR dihitung 10 hari sejak tanggal onset dengan ditambah minimal 3 hari setelah tidak lagi menunjukkan gejala demam dan gangguan pernapasan.
 - 3) Kasus *probable*/kasus konfirmasi dengan gejala (simptomatik) yang mendapatkan hasil pemeriksaan *follow up* RT-PCR 1 kali negatif, dengan ditambah minimal 3 hari setelah tidak lagi menunjukkan gejala demam dan gangguan pernapasan.
- d. Kematian, adalah kasus konfirmasi Covid-19 dimana pasien meninggal.

Sejauh ini, kondisi Covid-19, baik dalam skala global maupun nasional, tetap berisiko sangat tinggi dan bahkan seluruh dunia menghadapi kondisi bersiap untuk hidup berdampingan bersama Covid-19. Pandemi adalah bencana nonalam oleh karenanya penanggulangan Covid-19 dapat memakai kerangka tanggap bencana nasional berdasarkan prinsip-prinsip manajemen risiko pandemi.

2.1.2.2 Manajemen Risiko Bencana

Manajemen risiko adalah cara dan penerapan sistematis dalam pengelolaan sesuatu yang tidak pasti guna meminimalkan kemungkinan timbulnya kerugian dan kerusakan (Asian Disaster Reduction and Response Network, 2010). Manajemen risiko merupakan proses penatalaksanaan risiko yang meliputi identifikasi, penilaian, serta pengendalian risiko yang berpotensi mengancam kelanjutan suatu aktivitas (Widana, 2019). Tujuan dari manajemen risiko adalah untuk memastikan bahwa hasil yang diterima adalah relatif mencukupi dibandingkan secara relatif dengan risiko yang diambil (Widana, 2019).

Manajemen risiko bencana adalah proses sistematis dalam menggunakan peraturan administratif, lembaga dan keterampilan serta kapasitas operasional untuk melaksanakan strategi-strategi, kebijakan-kebijakan dan kapasitas bertahan yang lebih baik untuk mengurangi dampak merugikan yang ditimbulkan ancaman bahaya dan kemungkinan bencana (Asian Disaster Reduction and Response Network, 2010). Manajemen risiko bencana memiliki manfaat dalam menghindari, meminimalkan atau menangkis dampak negatif yang ditimbulkan oleh adanya bahaya melalui kegiatan serta tindakan mitigasi, pencegahan, dan kesiapsiagaan.

Manajemen risiko dari bencana merupakan proses formal dimana faktor risiko diidentifikasi, dianalisis dan ditangani dengan sistematis sehingga kerusakan dan kerugian dapat dihindari atau diminimalkan

melalui upaya manajemen risiko yang dilakukan melalui proses (Widana, 2019):

- a. Menghindari (*avoiding*) sumber bahaya;
- b. Merubah/modifikasi ancaman/*hazard*;
- c. Menghindari (*averting*) arah ancaman terhadap masyarakat yang rentan;
- d. Beradaptasi (*adapting*) dengan ancaman bahaya; serta
- e. Mentransfer risiko kepada pihak lain.

Tindakan manajemen risiko bencana dapat dibedakan antara manajemen risiko bencana prospektif, manajemen risiko bencana korektif, dan manajemen risiko bencana kompensasi yang juga disebut manajemen risiko residual (Asian Disaster Reduction and Response Network, 2010):

- a. Manajemen risiko bencana prospektif, yaitu kegiatan penanganan dan upaya mencegah timbulnya atau meningkatnya bencana baru. Bentuk ini berfokus pada pembahasan risiko yang mungkin berkembang di masa depan tanpa disertai adanya kebijakan untuk mengurangi risiko.
- b. Pengurangan risiko bencana yang bersifat korektif merupakan kegiatan memajemen suatu risiko dalam upaya korektif meminimalkan risiko bencana suatu daerah. Konsep manajemen korektif berguna untuk memajemen antara risiko yang telah ada, maupun yang perlu dikelola dan dikurangi saat ini, dan jenis risiko yang kemungkinan ada pada masa yang akan datang jika tidak ada upaya terkait pengurangan risiko bencana.
- c. Manajemen risiko bencana kompensasi/residual, yaitu program pengelolaan untuk memperkuat ketahanan sosial, serta ekonomi individu dan masyarakat dalam menghadapi risiko residual yang tidak dapat ditangani secara efektif. Kegiatan ini meliputi kesiapsiagaan, respon, dan kegiatan pemulihan.

Secara umum manajemen risiko bencana meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Sebelum bencana, meliputi program-program pembangunan, penilaian risiko, pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, dan peringatan dini.
- b. Tanggap bencana, meliputi tindak evakuasi, menyelamatkan manusia dan mata pencaharian, bantuan darurat, penghitungan kerusakan dan kerugian.
- c. Pasca bencana, meliputi bantuan, rekonstruksi, pemulihan sosial ekonomi, kegiatan pembangunan, dan penilaian risiko.

Dalam menghadapi pandemi Covid-19 di Indonesia, pemerintah melakukan manajemen risiko bencana melalui pendekatan *community based* dan *hospital based*. Strategi percepatan penanganan dengan pendekatan *community based* ditujukan untuk melindungi masyarakat yang masih sehat dan pendekatan *hospital based* digunakan untuk menyembuhkan masyarakat yang sakit. Pendekatan berbasis masyarakat (*community based*) dilakukan peningkatan kualitas pada level komunitas, yaitu dengan upaya-upaya sebagai berikut:

- a. Pembatasan interaksi fisik (*physical distancing*), yaitu tidak berdekatan/berkumpul di keramaian atau tempat-tempat umum, jika terpaksa harus berada di tempat umum gunakan masker, tidak menyelenggarakan kegiatan/pertemuan yang melibatkan banyak orang (*mass gathering*), menghindari perjalanan ke luar kota atau luar negeri, menghindari berpergian ke tempat wisata, membatasi kegiatan berkunjung kerumah teman/saudara/kerabat dan mengurangi penerimaan tamu dirumah, mengurangi frekuensi belanja dan pergi berbelanja, menerapkan *Work From Home* (WFH), menjaga jarak minimal 1 meter, melaksanakan ibadah di rumah, dan untuk anak sebaiknya bermain sendiri di rumah.

- b. Menerapkan protokol kesehatan dengan memakai masker, mencuci tangan dan menjaga jarak, serta menerapkan etika batuk dan bersin, jika terpaksa harus berpergian gunakan tisu saat batuk dan bersin lalu buang tisu ke tempat sampah dan segera cuci tangan, dan jika tidak ada tisu maka tutup dengan lengan atas dan ketiak ketika batuk dan bersin.
- c. Karantina Kesehatan, hal ini sesuai dengan Undang-undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan dimana disebutkan bahwa untuk mengurangi penyebaran suatu wabah maka perlu dilakukan karantina kesehatan, termasuk karantina rumah, rumah sakit, dan wilayah serta pembatasan sosial.

Pada pendekatan *hospital based*, dilakukan peningkatan kualitas pada level rumah sakit yang diantaranya dilakukan dengan memaksimalkan ketersediaan sumber daya, sarana dan prasarana, alat kesehatan, laboratorium, dan obat-obatan.

2.1.3. Kapasitas

Kapasitas merupakan kemampuan dalam melaksanakan tugas dengan efisien, efektif, serta berkesinambungan (Grindle, 1997). Kapasitas meliputi sejumlah pemahaman, keterampilan, *attitude*, motivasi, nilai, kondisi dan dan kondisi yang memberikan peluang kepada individu, lembaga, sektor serta sistem sosial agar dapat melakukan fungsinya untuk memperoleh tujuan yang telah ditetapkan (Balger, 2000). Kapasitas merupakan sifat dimana sistem yang ada memungkinkan untuk tumbuh, bertahan hidup, serta diversifikasi. Kapasitas merupakan kombinasi kemampuan yang memungkinkan sistem untuk membangun relasi, memberi nilai, memperbaharui diri, serta merupakan upaya dan kemampuan yang memberi peluang pada individu dan organisasi untuk melaksanakan sesuatu secara berkesinambungan. (Morgan, 2006).

Kapasitas (*capacity*) merupakan kombinasi seluruh kekuatan atau kemampuan serta sumberdaya yang tersedia di dalam komunitas,

organisasi, dan perorangan yang dapat mengurangi tingkat risiko, atau pengaruh dari bahaya. Kajian kapasitas merupakan proses penentuan sumberdaya, aset, kemampuan, pengetahuan dan hubungan sosial yang dimiliki oleh komunitas, organisasi, dan perorangan untuk mencegah, mitigasi, mempersiapkan dan merespon dan memperbaiki kerusakan dari bencana yang terjadi (USAID, 2010). Kapasitas adalah kemampuan, kompetensi, pengetahuan mengenai nilai, perilaku, sikap, sumber daya, hubungan, serta kondisi yang memberikan peluang pada individu, lembaga, serta sistem yang lebih besar agar menjalankan fungsinya dan memperoleh tujuan yang ditetapkan (Milen, 2004).

UNDP dan Canadian International Development Agency (CIDA) dalam Milen (2004) mendefinisikan peningkatan kapasitas sebagai proses dimana para individu, kelompok, organisasi, institusi, dan masyarakat meningkatkan kemampuan mereka untuk menghasilkan kinerja pelaksanaan tugas pokok dan fungsi (*core functions*), memecahkan permasalahan, merumuskan dan mewujudkan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, serta memahami dan memenuhi kebutuhan pembangunan dalam konteks yang lebih luas dalam cara yang berkelanjutan. Peningkatan kapasitas juga meruakan suatu upaya dalam membangun program untuk efisiensi, efektivitas, dan kemampuan pemerintah dalam merespon (Grindle, 1997). Efisien yang dimaksud adalah waktu dan kapasitas yang diperlukan untuk memperoleh tujuan yang sudah ditetapkan, efektivitas adalah kesesuaian daya dan upaya yang dilakukan untuk mencapai hasil yang diharapkan, sedangkan kemampuan pemerintah dalam merespon mengacu pada upaya mensinkronkan kebutuhan dan kapasitas yang ada (Grindle, 1997). Grindle (1997) juga menyatakan bahwa peningkatan kapasitas harus fokus pada aspek pembangunan SDM, penguatan dan perombakan kelembagaan.

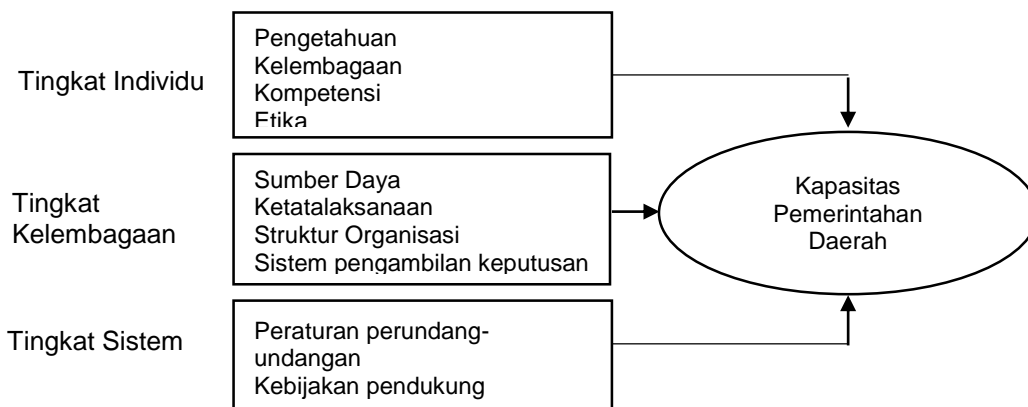
Geene (2003) membedakan kapasitas dalam tiga level, diantaranya individu, organisasi dan sistem. Tingkatan tertinggi yaitu kapasitas sistem. Kapasitas sistem pada kerangka nasional mencakup sub-

komponen wilayah nasional, sedangkan pada kerangka sektoral, seperti bidang kesehatan, kapasitas sistem hanya meliputi komponen terkait bidang tersebut. Sedangkan kapasitas individu merupakan bagian utama dari kapasitas yang mencakup SDM juga jaringan antarpersonal. Kapasitas individu meliputi profesional, manajemen, staf, dan penerima manfaat atau memberikan pengaruh lainnya (Geene, 2003 dalam Tego Suroso, 2021).

Leavit dalam Djatmiko (2004) menjelaskan tingkatan pengembangan kapasitas pada organisasi daerah, yaitu:

- a. Tingkat individu: pengetahuan, kelembagaan, kompetensi, etika;
- b. Tingkat kelembagaan: sumber daya, penatalaksanaan, struktur organisasi, serta sistem pengambilan keputusan;
- c. Tingkat sistem: peraturan perundangan serta kebijakan pendukung.

Tingkatan tersebut diatas dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Tingkatan Pengembangan Kapasitas Organisasi Daerah

Sumber: Perilaku Organisasi (Leavit dalam Djatmiko, 2004)

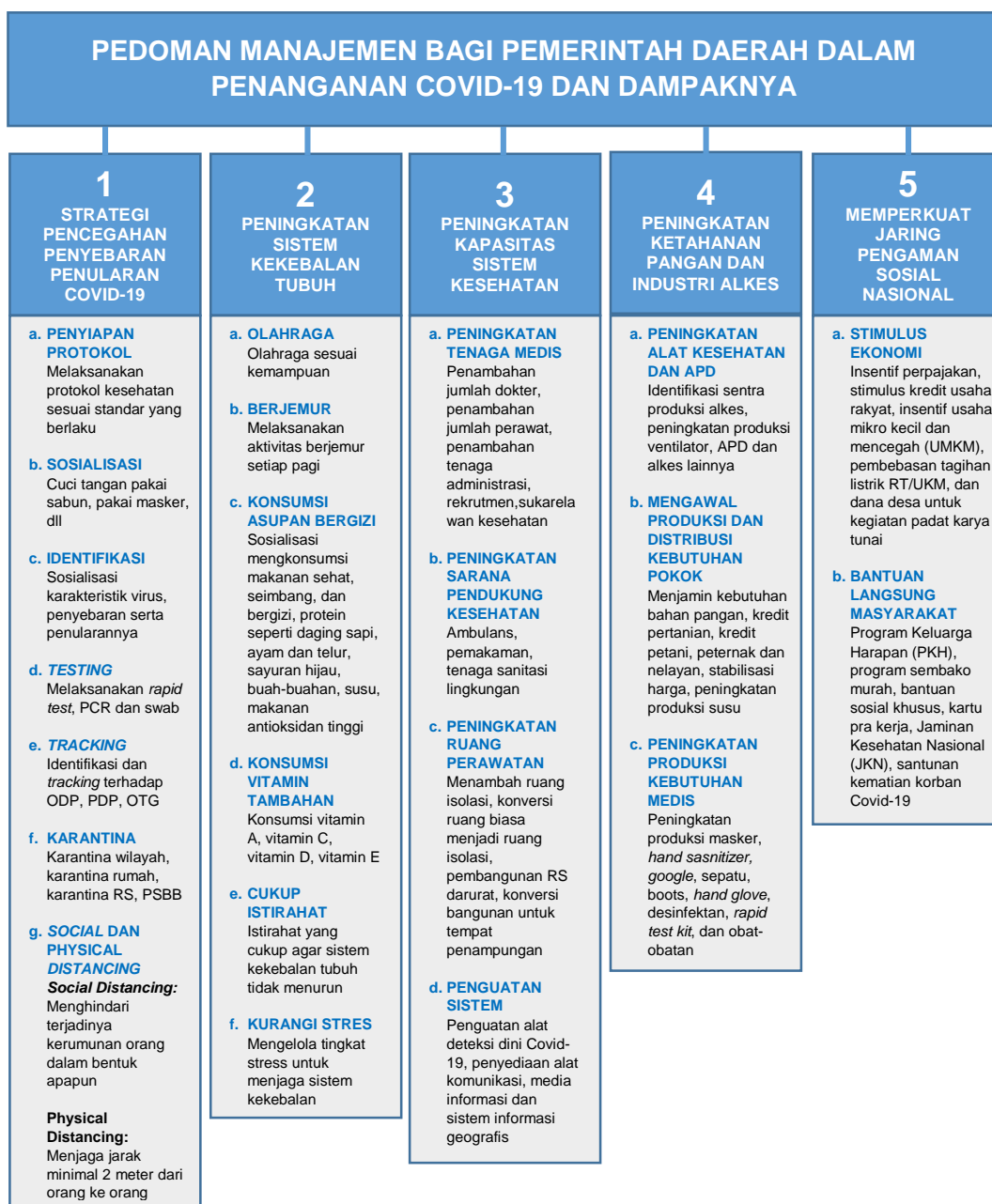
Dalam konsep manajemen bencana, kapasitas diartikan sebagai kombinasi keseluruhan kekuatan, kelengkapan dan sumber daya yang dimiliki sebuah masyarakat, kelompok sosial, yang dapat digunakan untuk meraih tujuan yang disepakati, termasuk yang berkaitan dengan pengurangan risiko bencana dan adaptasi perubahan iklim (UNISDR dalam UNDP, 2010). Kapasitas tersebut dapat berupa sarana prasarana fisik, kelembagaan PRB, program penyesuaian berbasis masyarakat, dan

pengalaman maupun tindakan masyarakat, dan kekuatankekuatan sosial seperti kegiatan sosial kemasyarakatan (ADRRN, 2010). Pengembangan suatu kapasitas sangat erat kaitannya dengan upaya atau cara dalam peningkatan kapasitas masyarakat menuju tangguh bencana atau tangguh menghadapi risiko bencana. Sebagai sasaran akhir adalah masyarakat tangguh bencana, yaitu masyarakat yang mampu manajemen risiko bencana, sehingga dapat manajemen keadaan darurat maupun segera pulih dengan lebih baik setelah terkena dampak bencana.

Kapasitas pemerintah daerah diimplementasikan ke dalam strategi penanganan Covid-19 di masing-masing daerah. Dalam upaya penanganan Covid-19 dan dampaknya bagi pemerintah daerah, pemerintah pusat dalam hal ini Kementerian Dalam Negeri telah menyusun Pedoman Manajemen Bagi Pemerintahan Daerah dalam Penanganan Covid-19 sebagai referensi dan petunjuk dalam melakukan percepatan penanganan Covid-19 agar lebih komprehensif, terstruktur, efektif dan efisien. Hal tersebut dilakukan karena penanganan Covid-19 memerlukan pendekatan yang komprehensif baik dari diri sendiri, masyarakat, maupun pengambil kebijakan. Adapun strategi dalam pedoman manajemen bagi pemerintah daerah tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Strategi pencegahan penyebaran penularan Covid-19;
- b. Strategi peningkatan sistem kekebalan tubuh;
- c. Strategi peningkatan kapasitas sistem kesehatan;
- d. Strategi peningkatan ketahanan pangan dan industri alat kesehatan;
- e. Strategi memperkuat jaring pengaman sosial nasional.

Strategi-strategi dalam pedoman manajemen bagi pemerintah daerah tersebut dapat dijelaskan dalam gambar 2.5 berikut:



Gambar 2.2
Pedoman Manajemen Bagi Pemerintah Daerah dalam Penanganan Covid-19 dan Dampaknya

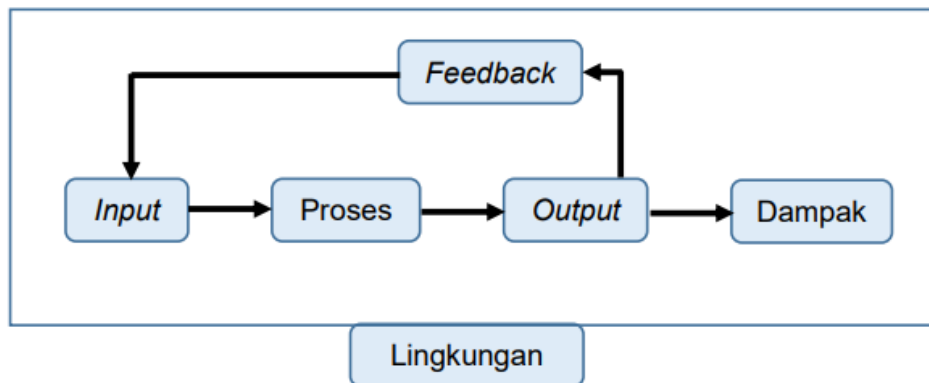
Sumber: Kementerian Dalam Negeri (2020)

Manajemen kapasitas rumah sakit dapat digambarkan sebagai upaya untuk mengoptimalkan ketersediaan tempat tidur rumah sakit untuk menyediakan kapasitas yang cukup untuk evaluasi, perawatan, dan

transfer pasien yang efisien dan bebas kesalahan untuk memenuhi permintaan sehari-hari (Dick dan Agness, 2021). Hal yang menjadi misi terpenting dari sistem perawatan kesehatan adalah perawatan pasien. Aspek manajemen perawatan kesehatan ini sangat penting bagi keberhasilan atau kegagalan rumah sakit, baik dalam hal pemberian perawatan dan kemampuannya untuk bertahan sebagai institusi. Manajemen kapasitas rumah sakit yang buruk adalah akar penyebab waktu tunggu yang lama, kepadatan yang berlebihan, tingkat kesalahan yang tinggi, komunikasi yang buruk, kepuasan yang rendah, dan sejumlah masalah lain yang umum dialami (Dick dan Agness, 2021).

Rumah sakit adalah bagian yang tidak dapat dipisahkan dari keseluruhan sistem layanan kesehatan. Tanggung jawab RS sebagai penyelenggara pelayanan masyarakat diatur dalam Undang-undang Nomor 25 tahun 2009 tentang pelayanan publik khususnya pada pasal 15, yaitu berkewajiban menempatkan pelaksana yang kompeten, menyusun dan menetapkan standar pelayanan, menyediakan sarana prasarana, dan fasilitas pelayanan masyarakat yang mendukung terciptanya iklim pelayanan yang memadai, berkualitas sehingga tercapainya kesehatan masyarakat yang optimal.

Sistem pelayanan kesehatan menjadi bagian penting yang berkontribusi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Melalui sistem ini tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai dengan efektif, efisien dan tepat sasaran. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan ditentukan dari berbagai komponen dalam pelayanan kesehatan, seperti perawat, dokter, atau tim kesehatan lain yang saling menunjang satu sama lainnya. Teori sistem dapat digunakan untuk mempermudah pemecahan masalah pada sistem. Sistem memiliki sub-sub sistem yang saling berkorelasi dan harus saling berpengaruh, meliputi *input* (masukan), proses, *output* (luaran), dampak, *feedback* (umpan balik) dalam suatu lingkungan yang divisualisasikan pada gambar 2.3 berikut:



Gambar 2.3 Bentuk Umum Sistem

Sumber: Teori Sistem dalam A. Aziz Alimul Hidayat (2007)

Berdasarkan gambar diatas, dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. *Input* adalah subsistem yang menyediakan seluruh masukan untuk pengoperasian suatu sistem. Dalam sistem yankes, *input* dapat berbentuk SDM kesehatan, fasilitas-fasilitas, alkes dan obat-obatan, APD, ruang perawatan, dan lain sebagainya.
- b. Proses, merupakan aktivitas yang merubah input menjadi hasil sistem sesuai harapan. Proses dalam suatu sistem kesehatan didefinisikan sebagai bermacam kegiatan dari pelayanan kesehatan seperti peningkatan struktur (fasilitas), SDM, sarana dan prasarana, serta sistem-sistem yang ada.
- c. *Output* (luaran), yaitu hasil yang diperoleh dari sebuah proses. Dalam system pelayanan kesehatan, luaran dapat berbentuk penambahan kapasitas layanan kesehatan, pelayanan lebih bermutu, efisien, dan efektif yang dapat dicapai oleh semua masyarakat agar pasien dapat segera sembuh dan memiliki kesehatan yang optimal.
- d. *Outcome/dampak*, yaitu akibat dari adanya hasil yang didapat dalam jangka waktu yang relatif. Hasil yang dicapai dalam suatu sistem kesehatan akan berdampak pada masyarakat yang sehat dan berkurangnya angka kesakitan serta kematian.

- e. *Feedback*/umpan balik, yaitu hasil yang juga merupakan suatu masukan yang timbul karena adanya suatu sistem yang saling berkorelasi dan berpengaruh. *Feedback* pada sistem pelayanan kesehatan seperti peningkatan kualitas petugas kesehatan, yang juga dapat mengarah pada peningkatan masukan.
- f. Lingkungan, yaitu seluruh kondisi selain sistem yang berpengaruh pada layanan kesehatan. Lingkungan pada konteks sistem pelayanan kesehatan, seperti kondisi sosial yang ada di masyarakat dan lingkungan geografis.

Sistem pelayanan kesehatan terdiri dari subsistem yang dapat memiliki tujuan masing-masing dengan mengacu kepada tujuan umum dari pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang ada dapat diselenggarakan oleh pihak pemerintah maupun swasta. Keputusan Dirjen Pelayanan Kesehatan No. HK.02.02/I/4405/2020 mengenai Pedoman Pemantauan dan Evaluasi Kesiapan RS pada Masa Pandemi Covid-19 menyebutkan beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penanganan Covid-19, yaitu:

- a. Sistem pelayanan kesehatan
Sistem pelayanan kesehatan selama pandemi mengalami perubahan seperti terjadinya penundaan pada pelayanan esensial. Pelayanan esensial yang tertunda meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan penyakit menular dan tidak menular. Selain itu, terjadi peningkatan kapasitas untuk beberapa jenis layanan terkait Covid-19, yaitu permintaan unit perawatan intensif (ICU), tenaga kesehatan, dan ruang isolasi.
- b. Mengurangi risiko infeksi bagi staf dan mencegah risiko infeksi di fasyankes. Penularan Covid-19 yang tinggi di kalangan staf di fasyankes menjadi tantangan besar dalam penanggulangan Covid-19.
- c. Menyediakan pelayanan yang berkualitas.

Kualitas layanan merupakan hal yang penting untuk menyesuaikan kegiatan selama pandemi, selain itu juga memastikan keberlanjutan layanan esensial. Salah satu studi menunjukkan bahwa lebih banyak pasien meninggal karena pelayanan kesehatan yang bermutu rendah dibandingkan dengan keterbatasan akses. Untuk itu, fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit berkewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman, efektif, efisien, tepat waktu, berkeadilan, berorientasi pada kepentingan pasien serta terintegrasi, yang salah satunya dapat dilakukan melalui kegiatan akreditasi RS. Akan tetapi, pelaksanaan akreditasi pada masa pandemi Covid-19 sulit dilakukan karena akan menimbulkan perkumpulan orang dan pemerintah memberikan relaksasi kebijakan dalam pelaksanaan kegiatan persiapan dan survey akreditasi rumah sakit dimana kegiatannya akan mulai dilakukan kembali setelah status Bencana Nasional atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Covid-19 dinyatakan dicabut oleh Pemerintah. Dengan adanya kebijakan ini, maka dibutuhkan pedoman agar komitmen pimpinan rumah sakit dalam menjaga dan melakukan upaya peningkatan mutu dapat terpenuhi.

- d. Mengutamakan kesinambungan layanan esensial dalam kondisi pandemi, sehingga terjadi kesetimbangan antara layanan kesehatan yang rutin dilakukan dengan penerapan penanganan Covid-19.
- e. Melaksanakan sosialisasi kesadaran masyarakat tentang kepatuhan terhadap protokol kesehatan.

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk penanganan Covid-19 di rumah sakit harus disertai dengan upaya menghadirkan kualitas pelayanan yang baik dengan mengutamakan keselamatan pasien dan petugas. Penguatan sistem pelayanan kesehatan dengan menjaga kualitas

pelayanan kesehatan merupakan cara yang tepat untuk mengatasi Covid-19. Kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit dalam upaya penanganan Covid-19 menjadi salah satu fokus utama dalam menentukan mutu pelayanan kesehatan pada masa pandemi seperti saat ini. Pemerintah selaku regulator secara berkala perlu melakukan pemantauan dan evaluasi kesiapan rumah sakit dalam menghadapi pandemi Covid-19.

Pelayanan kesehatan pada situasi pandemi Covid-19 melaksanakan kaidah *surge capacity*. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2006) mendefinisikan *surge capacity* sebagai kemampuan sistem perawatan kesehatan yang melampaui layanan normal untuk memenuhi peningkatan permintaan akan personel, perawatan medis, dan kesehatan masyarakat dalam peristiwa bioterorisme atau permasalahan kesehatan masyarakat skala besar lainnya, seperti keadaan darurat atau bencana. Hick *et al.*, (2004) mendeskripsikan "*surge capacity is the ability to manage a sudden, unexpected increase in patient volume that would otherwise severely challenge or exceed the current capacity of the healthcare system*".

Perbedaan pada saat terjadinya bencana alam bersamaan dengan pandemi, kapasitas pelayanan kesehatan tetap wajib melaksanakan perawatan jalan dan perawatan inap, hingga pemantauan terhadap pasien. Keefektifan pelaksanaan peningkatan kapasitas sangat terkait dengan sub sektor dan pihak lainnya yang tetap memperhitungkan *hazard vulnerability assessments* (HVAs). Oleh karena itu dibutuhkan anggaran yang cukup untuk setiap program perencanaan, pendidikan dan pelatihan, penelitian, alat dan logistik, monitoring, koordinasi, dan semua yang terkait peraturan (Bella Donna dan Hendro Wartatmo, 2020).

Respons terhadap lonjakan yang disebabkan oleh bencana atau pandemi/*surge capacity* bukan hanya tempat tidur atau ventilator, tetapi personel (staf) yang terlatih dengan baik, persediaan dan peralatan (barang) yang lengkap, fasilitas (struktur), dan kebijakan dan prosedur

(sistem) terintegrasi untuk mengembangkan kapasitas lonjakan yang berkelanjutan. Empat komponen utama dari *surge capacity* tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut (Barbisch dan Koenig, 2006):

a. *Structure* (Fasilitas)

- 1) Menggunakan rumah sakit yang sudah tidak berfungsi, dalam hal ini diperlukan ahli rumah sakit dan ahli lingkungan untuk melihat situasi serta tetap mempertahankan standar seperti yang telah terencana dalam *hospital disaster plan*;
- 2) Memanfaatkan fasilitas yang dapat diubah menjadi rumah sakit, seperti wisma atlet atau wisma haji. Dalam pemanfaatan fasilitas ini harus diperhatikan ukuran ruangan, lokasi/kedekatan dengan fasilitas pelayanan kesehatan, dan pusat layanan yang sudah ada.
- 3) Membuat fasilitas bergerak seperti *container* rumah sakit atau *portable* seperti rumah sakit lapangan (tenda).

b. *Staff* (Sumber Daya Manusia/personal)

Komponen Sumber Daya Manusia meliputi relawan, kemampuan SDM, pelatihan, peminjaman staf, perlindungan SDM, kompensasi.

c. *Stuff* (Persediaan dan Peralatan)

Komponen *stuff* meliputi pemenuhan peralatan dan persediaan seperti Alat Pelindung Diri (APD), obat-obatan, ventilator, tempat tidur, ruang isolasi, peralatan medis sampah.

d. *System* (Kebijakan dan Proses Manajemen Terintegrasi)

Komponen *system* meliputi perencanaan kebijakan SDM, peralatan, obat-obatan, sistem komunikasi, IT, pendanaan (*financing*), kerjasama, kesepakatan, sistem rujukan, dan lain sebagainya.

Keberhasilan *surge capacity* diantaranya dipengaruhi oleh perencanaan yang dilakukan sedari awal, koordinasi, dan manajemen sumber daya. Selain itu juga adanya komunikasi yang efektif,

kepemimpinan yang jelas, serta kualitas perawatan yang diberikan oleh rumah sakit selama terjadi lonjakan kasus. Peran pengambil kebijakan kesehatan di seluruh tingkatan sangat diperlukan untuk dapat menyusun rencana dalam keadaan darurat.

2.2. Hasil Penelitian Terdahulu

Penelitian ini disusun dengan memperhatikan penelitian-penelitian sebelumnya yang memiliki beberapa kesamaan dalam penelitian. Beberapa penelitian terdahulu terkait kapasitas rumah sakit yang telah dilakukan oleh sejumlah peneliti sebelumnya memiliki latar belakang permasalahan dan fokus penelitian yang berbeda sehingga penggunaan metode yang dipilih tentu menjadi bervariasi. Kapasitas rumah sakit yang disajikan dapat dinilai dari berbagai aspek. Berikut ini terdapat 9 (Sembilan) penelitian yang dianggap relevan dan berhubungan dengan penelitian ini:

- a. Penelitian yang dilakukan oleh Brendon Sen-Crowe, BS, Mason Sutherland, BS, Mark McKenney, MD, MBA, FACS, and Adel Elkbuli, MD, MPH pada tahun 2020 yang berjudul "*A Closer Look Into Global Hospital Beds Capacity and Resource Shortages During the Covid-19 Pandemi*". Metode penelitian yang digunakan yaitu metode cross sectional dengan memanfaatkan data WHO dan organisasi terkait lainnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kematian Covid-19 secara global kemungkinan dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk sumber daya rumah sakit, personel, dan kapasitas tempat tidur. Daerah berpenghasilan tinggi di dunia memiliki ICU, kapasitas perawatan akut, dan kapasitas tempat tidur rumah sakit yang lebih besar. Pelaporan wajib ICU, perawatan akut, dan kapasitas/hunian tempat tidur rumah sakit dan informasi yang berkaitan dengan virus corona harus diterapkan. Menerapkan pendekatan perawatan kritis berjenjang dan menargetkan perluasan ruang, staf, dan perbekalan dapat berfungsi untuk

memaksimalkan kualitas perawatan selama pemulihan dan risiko bencana di masa depan.

- b. Penelitian yang dilakukan oleh Cybele L. Abad; Mary Ann D. Lansang; Cynthia P. Cordero; Ethel Dominique E. Viray; Beatrice J. Tiangco; Jia An G. Bello; Jan Jorge M. Francisco; Marja B. Buensalido; Maria Fe R. Tayzon; Karl Evans R. Henson, Elizabeth, dan Mediadora pada tahun 2020 yang berjudul "*Early Experience With Covid-19 Patients In A Private Tertiary Hospital In The Philippines: Implications On Surge Capacity, Healthcare Systems Response, And Clinical Care*". Metode yang digunakan adalah peninjauan terhadap catatan medis pasien dewasa Covid-19 yang melakukan perawatan di fasilitas kesehatan pada Maret 2020 dengan menganalisis karakteristik demografis dan klinis. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dalam menanggapi lonjakan pasien Covid-19 rumah sakit TMC (*The Medical City*) Filipina dengan cepat memperkenalkan sistem lalu lintas satu arah, penyaringan khusus (*screening*), *triase*, dan area Departemen Gawat Darurat untuk Covid-19, *clinical pathway*, kontrol teknik, kohort pasien, pencegahan infeksi yang ketat dan tindakan pengendalian. Mayoritas pasien dapat sembuh dari Covid-19. Pasien dengan usia yang lebih tua dan memiliki pneumonia berisiko tinggi untuk mendapatkan hasil yang buruk. Adapun Adaptasi terhadap struktur dan staf rumah sakit dengan cepat dilakukan sebagai respons terhadap lonjakan kapasitas, meskipun tanggapan tersebut terhambat oleh lamanya waktu yang dibutuhkan untuk konfirmasi Covid-19. Studi ini menggarisbawahi kebutuhan mendesak akan respon adaptif yang cepat oleh sistem perawatan kesehatan untuk mengatasi lonjakan kasus.
- c. Penelitian berjudul "Rencana Strategis Penentuan Alternatif Rumah Sakit Rujukan Covid-19 Studi Kasus Kabupaten Bogor"

yang dilakukan oleh Ristiantri, Yusniar Rah Ayu; Syetiawan, Agung; Tambunan, M. Parlindungan; dan Rudy P. Tambunan pada tahun 2020. Metode yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan analisis spasial untuk melihat aksesibilitas fasyankes, khususnya RS rujukan dalam mengakses daerah rentan kasus Covid-19. Perencanaan strategis RS rujukan ditetapkan sesuai dengan daerah yang tidak terjangkau oleh rumah sakit, kemudian penentuan nilai kesiapan RS rujukan dengan analisis *Simple Additive Weighting*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa RS yang memiliki indeks kesiapan tinggi sebanyak 1 rumah sakit, RS dengan indeks kesiapan sedang sebanyak 4 rumah sakit, dan terdapat 13 RS rujukan alternatif dengan kesiapan rendah. Distribusi rumah sakit di Kab. Bogor tidak merata dan terkonsentrasi di pusat/tengah Kabupaten, sehingga semua RS alternatif tersebut sangat cocok menjadi RS rujukan Covid-19. Pemerintah Kab. Bogor perlu berupaya meningkatkan kapasitas rumah sakit.

- d. Penelitian yang dilakukan oleh Yodi Mahendradhata, Ni Luh Putu Eka Andayani, Eva Tirtabayu, Renova G. M., Arifi, Pungkas B. Ali, Medrilzam, Woro Sulistyaningrum, Inti Wikanestri, Anggi Pertiwi, Sri Rahayu, Budi Utomo, Fauzal Muslim, dan Amirah Dhia pada tahun 2021 yang berjudul “Studi Pembelajaran Penanganan Covid-19 Indonesia”. Metode yang digunakan menggunakan kajian pustaka (data sekunder), FGD, dan sumber data lainnya (*online/digital* dan hasil serial diskusi publik). Hasil penelitian menunjukkan pelayanan kesehatan pada saat pandemi tetap melaksanakan kaidah *surge capacity*. hal yang tidak sama terkait bencana yaitu bersama dengan terjadinya pandemi, kapasitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat tetap melaksanakan *surge capacity* perawatan, baik jalan

maupun inap dan pelacakan pasien di semua rumah sakit atau layanan.

- e. Penelitian Jose M. Rodriguez-Llanes; Rafael Castro Delgado; Morten Gram Pedersen; Matteo Meneghini; Pedro Arcos Gonzalez pada tahun 2020 yang berjudul "*Surging Critical Care Capacity For Covid-19: Key Now And In The Future*". Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah telaah data epidemiologis. Hasil dari penelitian ini menyatakan bahwa karakteristik klinis virus, pola epidemiologi, dan peningkatan kapasitas perawatan kritis merupakan hal yang penting yang perlu dipertimbangkan untuk respons sistem kesehatan yang efektif. Dalam fase transisi, butuh pertimbangan terhadap pentingnya layanan perawatan kesehatan Covid dan non-Covid secara bersamaan, dan pentingnya peningkatan kapasitas baru untuk pelayanan. Pada fase transisi baru ini, unit gawat darurat harus menyesuaikan kapasitas lonjakan mereka untuk efek lonjakan yang diakibatkan penundaan layanan kesehatan non-Covid selama pandemi. Sistem kesehatan dan masyarakat harus tetap waspada terhadap potensi munculnya kembali kasus karena langkah-langkah yang dilonggarkan untuk memulai kembali ekonomi dan normal baru. Bagian gawat darurat dan unit perawatan intensif harus mengembangkan strategi lonjakan (*surge capacity*) untuk menangani alur pasien Covid dan non-Covid secara bersama-sama.
- f. Penelitian yang dilakukan oleh Mehmet Guray Guler dan Ebru Gecici pada tahun 2020 dengan judul "*A Decision Support System for Scheduling The Shifts of Physicians During Covid-19 Pandemı̇*". Metode yang digunakan adalah model matematika (MIP/*Mixed Integer Programming* dan DSS/*Decision Support System*) untuk menghasilkan jadwal *shift* seimbang yang yang meminimalkan paparan virus. Hasil dari penelitian ini

menunjukkan bahwa pandemi Covid-19 yang menyebar dengan cepat telah mempengaruhi banyak orang di seluruh dunia. Orang yang terinfeksi mendapatkan perawatan, yaitu orang dengan gejala ringan dikarantina di rumah dan mereka yang bergejala berat dirawat di rumah sakit. Hal ini menyebabkan terjadi peningkatan beban kerja rumah sakit yang berlebihan, sehingga mengakibatkan kelelahan fisik pada tenaga kesehatan. Seiring dengan meningkatnya beban kerja, rasa takut tertular dan menginfeksi lingkungan menimbulkan masalah psikologis pada tenaga kesehatan. Oleh karenanya, penting untuk melindungi profesional perawatan kesehatan dan memberi mereka kondisi kerja yang sesuai. Untuk itu, selain penyediaan alat pelindung seperti sarung tangan, baju terusan, masker, dan kaca mata yang diperlukan untuk perlindungan petugas kesehatan dari virus, pelayanan kesehatan juga harus direncanakan dengan sangat hati-hati. Salah satu isu kritisnya adalah perencanaan jadwal *shift* dokter. Dalam mengatasi pandemi Covid-19, sebagian besar rumah sakit di Turki membuka departemen baru seperti Covid-ICU, Covid-Service, dan Covid-Darurat untuk menanggapi pasien yang terinfeksi dengan cepat. Dalam studi ini, peneliti mengusulkan model MIP (*Mixed Integer Programming*) dan mengembangkan DSS (*Decision Support System*) yang menggunakan model MIP untuk mengatasi masalah penjadwalan dokter di rumah sakit selama pandemi Covid-19. Seluruh dokter harus bekerja di departemen Covid-19 serta departemen mereka sendiri (departemen reguler). Pergantian dokter didistribusikan secara merata dan durasi terpapar virus dikurangi. Jadwal yang dihasilkan memberikan lebih banyak kenyamanan secara mental untuk bekerja dan terdapat waktu tersisa untuk istirahat setelah *shift* intens dengan tidak mengabaikan layanan perawatan di semua departemen.

- g. Penelitian yang dilakukan oleh Amir Hossein Aghapoura; Maziar Yazdanib; Fariborz Jolaia; Mohammad Mojtahedi pada tahun 2019 yang berjudul “*Capacity Planning And Reconfiguration For Disaster-Resilient Health Infrastructure*”. Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dari rumah sakit umum yang bangunannya ditujukan untuk mempersiapkan diri menghadapi akibat bencana, karena bangunan tersebut cukup tangguh untuk menahan saat terjadi bencana. Hasil dari penelitian ini adalah konfirmasi yang jelas bahwa rumah sakit umum percaya restrukturisasi serta rekonfigurasi sumber daya manusia dan fasilitas fisik merupakan faktor kritis utama untuk meningkatkan kesiapsiagaan untuk respons yang efektif terhadap bencana dan pemulihan. Temuan penelitian menggarisbawahi penambahan fasilitas tambahan ke bangsal seperti tempat tidur, personel, peralatan, perubahan fungsi ruang (mengubah bangsal nondarurat menjadi bangsal darurat) dan menambahkan kapasitas ekstra ke bangsal yang sudah ada, menambahkan tenda dan membuat bangsal sementara di ruang sekitar rumah sakit dan membebaskan pasien yang tidak membutuhkan segera perhatian medis dapat menjadi solusi untuk perencanaan kapasitas konfigurasi ulang rumah sakit saat terjadi bencana seperti gempa bumi. Hasilnya menunjukkan bahwa pembuat kebijakan dapat meningkatkan perencanaan sumber daya untuk efektivitas biaya pengurangan risiko bencana dan penilaian mandiri kemampuan. Penemuan ini dapat meningkatkan ketahanan rumah sakit, untuk memastikan bahwa mereka tetap aman, efektif dan proaktif selama dan setelah bencana.
- h. Penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Habib Abiyan Dzakwan pada tahun 2020 dengan judul “Memetakan Kesiapan Pemerintah Daerah dalam Menangani Covid-19” dengan menggunakan metode penelitian telaah dokumen/regulasi. Hasil

penelitian menyatakan bahwa terlepas dari meningkatnya kebutuhan (*demand*) akan peran daerah dalam penanganan Covid-19 di Indonesia beberapa waktu ke depan, yang jauh lebih penting untuk dipastikan adalah kapasitas tiap daerah seiring dengan meningkatnya penyebaran ini. Mengingat bahwa Covid-19 belum ditemukan obat penawarnya, maka elemen utama yang perlu dijamin adalah ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan setidaknya di tingkat provinsi, serta ketersediaan anggaran di tingkat provinsi dalam penanganan Covid-19 baik itu untuk memberikan insentif bagi tenaga medis, melakukan pengadaan alat kesehatan yang dibutuhkan, ataupun membangun sarana prasarana darurat.

- i. Penelitian yang dilakukan oleh Lies Dina Liastuti (Direktur Utama RSCM) pada tahun 2021 yang berjudul Kesiapan RS Cipto Mangunkusumo dalam menghadapi lonjakan kasus covid-19. Hasil penelitian menunjukkan kesiapan rumah sakit terhadap Covid-19 dilakukan dengan berbagai upaya yaitu: pembentukan Tim Percepatan Layanan Covid-19, penambahan kapasitas tempat tidur (35-37%), poli demam, poli ISPA, perawatan (umum dan intensif), pojok sahabat, farmasi, Covid *Board*, radiologi dan laboratorium, penyelarasan serta implementasi standar dan manajemen risiko dalam alur pelayanan untuk pasien Covid, alur operasi *emergency* dan elektif, alur pengunjung, alur pelayanan pasien non-Covid, pelayanan rawat jalan, rawat inap, operasi/tindakan intervensi elektif, operasi/tindakan *emergency*), pengembangan layanan lab, pelatihan rapid antibody, pelatihan rapid antigen, pelatihan swab naso-oro, pengaturan pemenuhan kebutuhan peralatan dan perlengkapan, kebutuhan sumber daya manusia, penguatan sistem kolaborasi, rujukan, dan kerjasama layanan, layanan COMIC (isolasi mandiri dalam pemantauan) dan pengembangan layanan lainnya terkait pandemi. Adapun

pemantapan yang akan dilakukan kedepan yaitu: penentuan kriteria pasien untuk dilayani), pengoptimalan sistem rujukan terintegrasi untuk memastikan terpenuhinya kebutuhan serta mengurangi stagnasi karena rujuk lepas pasien, juga penentuan kriteria pasien isolasi mandiri terpantau.

Adapun persamaan dan perbedaan antara penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan beberapa penelitian terdahulu yang relevan dapat dijumpai pada tabel 2.1 berikut:

Tabel 2.1 Hasil Penelitian Terdahulu

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1	Brendon Sen-Crowe, BS; Mason Sutherland, BS; Mark McKenney, MD, MBA, FACS and Adel Elkbuli, MD, MPH. (2020)	<i>A Closer Look Into Global Hospital Beds Capacity and Resource Shortages During the Covid-19 Pandemi</i>	Angka kematian Covid-19 secara global kemungkinan dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk sumber daya rumah sakit, personel, dan kapasitas tempat tidur. Daerah berpenghasilan tinggi di dunia memiliki ICU, kapasitas perawatan akut, dan kapasitas tempat tidur rumah sakit yang lebih besar. Pelaporan wajib ICU, perawatan akut, dan kapasitas / hunian tempat tidur rumah sakit dan informasi yang berkaitan dengan virus corona harus diterapkan. Menerapkan pendekatan perawatan kritis berjenjang dan menargetkan perluasan ruang, staf, dan perbekalan dapat berfungsi untuk memaksimalkan kualitas perawatan selama pemulihan dan risiko bencana di masa depan.	<ul style="list-style-type: none"> • Meneliti kapasitas rumah sakit (tempat tidur dan sumber daya lainnya) • Bencana yang diteliti sama-sama bencana nonalam pandemi Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan studi kuantitatif potong lintang, statistik deskriptif dan regresi linier, sedangkan penulis menggunakan studi kualitatif. • Lokasi penelitian yang bersifat global (beberapa dunia), sedangkan penulis mengambil lokasi lokal dalam level Kabupaten.

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
2	Cybele L. Abad; Mary Ann D. Lansang; Cynthia P. Cordero; Ethel Dominique E. Viray; Beatrice J. Tiangco; Jia An G. Bello; Jan Jorge M. Francisco; Marja B. Buensalido; Maria Fe R. Tayzon; Karl Evans R. Henson; Regina P. Berba; Elizabeth Paz-Pacheco; Mediadora C. Sanie. (2020)	<i>Early experience with Covid-19 patients in a private tertiary hospital in the Philippines: Implications on surge capacity, healthcare systems response, and clinical care</i>	Menanggapi lonjakan pasien Covid-19 rumah sakit TMC (The Medical City) Filipina dengan cepat memperkenalkan sistem lalu lintas satu arah, penyaringan khusus (<i>screening</i>), triase, dan area Departemen Gawat Darurat untuk Covid-19, <i>clinical pathway</i> , kontrol teknik, kohort pasien, pencegahan infeksi yang ketat dan tindakan pengendalian. Mayoritas pasien sembuh dari Covid-19. Pasien dengan usia yang lebih tua dan memiliki pneumonia berisiko tinggi untuk mendapatkan hasil yang buruk. Adaptasi terhadap struktur dan staf rumah sakit dengan cepat dilakukan sebagai respons terhadap lonjakan kapasitas, meskipun tanggapan tersebut terhambat oleh lamanya waktu yang dibutuhkan untuk konfirmasi Covid-19. Studi ini menggarisbawahi kebutuhan mendesak akan respon adaptif yang cepat oleh sistem perawatan kesehatan untuk mengatasi lonjakan kasus.	<ul style="list-style-type: none"> • Meneliti kapasitas rumah sakit • Topik yang diteliti sama-sama terkait Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Salah satu metode yang digunakan adalah dengan telaah rekam medis pasien, sedangkan penulis tidak menggunakan metode telaah rekam medis pasien. • Lokasi penelitian diambil di salah satu RS di Filipina sedangkan penulis mengambil lokasi penelitian dalam level Kabupaten.

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
3	Ristiantri, Yusniar Rah Ayu; Syetiawan, Agung; Tambunan, M. Parlindungan; dan Rudy P. Tambunan (2020).	Rencana Strategis Penentuan Alternatif Rumah Sakit Rujukan Covid-19 Studi Kasus Kabupaten Bogor	Rumah sakit yang memiliki indeks kesiapan tinggi sebanyak 1 rumah sakit, RS dengan indeks kesiapan sedang sebanyak 4 rumah sakit, dan terdapat 13 RS rujukan alternatif dengan kesiapan rendah. Distribusi rumah sakit di Kab. Bogor tidak merata dan terkonsentrasi di pusat/tengah Kabupaten, sehingga semua RS alternatif tersebut sangat cocok menjadi RS rujukan Covid-19. Pemerintah Kab. Bogor perlu berupaya meningkatkan kapasitas rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> • Meneliti kapasitas rumah sakit (dalam hal ini rumah sakit rujukan Covid-19 dari sebaran dan jumlahnya) • Lokus yang diteliti sama-sama di Kabupaten Bogor 	<ul style="list-style-type: none"> • Metode penelitian yang digunakan adalah analisis spasial, rencana strategis untuk menentukan RS rujukan, dan analisis multi kriteria <i>Simple Additive Weighting</i> untuk menentukan indeks kesiapan RS rujukan. • Tujuan penelitian menentukan lokasi strategis untuk RS rujukan Covid-19, sedangkan penelitian penulis bertujuan mengetahui kapasitas rumah sakit.

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
4	Yodi Mahendradhata, Ni Luh Putu Eka Andayani, Eva Tirtabayu, Renova G. M., Arifi, Pungkas B. Ali, Medrilzam, Woro Sulistyaningrum, Inti Wikanestri, Anggi Pertiwi, Sri Rahayu, Budi Utomo, Fauzal Muslim, dan Amirah Dhia (2021)	Studi Pembelajaran Penanganan Covid-19 Indonesia	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan kesehatan dalam pandemi Covid-19 menggunakan prinsip <i>surge capacity</i>. Berbeda dengan situasi bencana, dalam situasi pandemi pada saat bersamaan kapasitas pelayanan kesehatan harus mengelola <i>surge capacity</i> rawat jalan dan rawat inap sekaligus melacak pasien di sejumlah fasilitas kesehatan. Penanganan <i>surge capacity</i> yang efektif perlu melibatkan sektor lain dan swasta, serta memperhitungkan hazard vulnerability assessments (HVAs). Pendanaan harus tersedia bagi perencanaan, pelatihan, riset, peralatan, logistik, monitoring, koordinasi, dan proses perubahan peraturan atau regulasi. • Permintaan fasilitas kesehatan meningkat seiring dengan meningkatnya kasus Covid-19 melewati kapasitas rawat inap dan perawatan intensif yang ada pada fasyankes. Upaya yang perlu dilakukan adalah meningkatkan sarana isolasi mandiri, meningkatkan kapasitas ruang perawatan dan alat kesehatan terkait Covid-19 berdasarkan peta kapasitas fasilitas layanan kesehatan di seluruh tanah air, menyiapkan model dan regulasi standar dalam mengembangkan rumah sakit darurat dan rumah sakit lapangan jika kondisinya mendesak dan diperlukan fasilitas pelayanan medis tambahan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Topik penelitian kapasitas pelayanan kesehatan (termasuk RS) dalam menghadapi pandemi Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Lokus penelitian pada tingkat nasional (Indonesia), sedangkan lokus penulis pada tingkat Kabupaten • Metode yang digunakan: studi literatur, analisis data sekunder, wawancara berkelompok (FGD), dan sumber informasi lainnya (<i>online/digital</i> dan hasil serial diskusi publik)

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
5	Jose M. Rodriguez-Llanes; Rafael Castro Delgado; Morten Gram Pedersen; Matteo Meneghini; Pedro Arcos González (2020)	<i>Surging critical care capacity for Covid-19: Key now and in the future</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Karakteristik klinis virus, pola epidemiologi, dan peningkatan kapasitas perawatan kritis merupakan hal yang penting yang perlu dipertimbangkan untuk respons sistem kesehatan yang efektif. • Dalam fase transisi, butuh pertimbangan terhadap pentingnya layanan perawatan kesehatan Covid dan non-Covid secara bersamaan, dan pentingnya peningkatan kapasitas baru untuk pelayanan. • Pada fase transisi baru ini, unit gawat darurat harus menyesuaikan kapasitas lonjakan mereka untuk efek lonjakan yang diakibatkan penundaan layanan kesehatan non-Covid selama pandemi. • Sistem kesehatan dan masyarakat harus tetap waspada terhadap potensi munculnya kembali kasus karena langkah-langkah yang dilonggarkan untuk memulai kembali ekonomi dan normal baru. Bagian gawat darurat dan unit perawatan intensif harus mengembangkan strategi lonjakan (<i>surge capacity</i>) untuk menangani alur pasien Covid dan non-Covid secara bersama-sama. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meneliti kapasitas untuk menghadapi lonjakan kasus (<i>surge capacity</i>) pada kasus Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Lokus penelitian hanya di bagian gawat darurat dan perawatan intensive saja • Menggunakan metode telaah data epidemiologis, tentang pentingnya peningkatan kapasitas perawatan kritis untuk Covid-19

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
6	Mehmet Guray Guler dan Ebru Gecici (2020)	<i>A decision support system for scheduling the shifts of physicians during Covid-19 pandemi</i>	Pandemi Covid-19 yang menyebar dengan cepat telah mempengaruhi banyak orang di seluruh dunia. Orang yang terinfeksi mendapatkan perawatan, yaitu orang dengan gejala ringan dikarantina di rumah dan mereka yang bergejala berat dirawat di rumah sakit. Hal ini menyebabkan terjadi peningkatan beban kerja rumah sakit yang berlebihan, sehingga mengakibatkan kelelahan fisik pada tenaga kesehatan. Seiring dengan meningkatnya beban kerja, rasa takut tertular dan menginfeksi lingkungan menimbulkan masalah psikologis pada tenaga kesehatan. Oleh karenanya, penting untuk melindungi profesional perawatan kesehatan dan memberi mereka kondisi kerja yang sesuai. Untuk itu, selain penyediaan alat pelindung seperti sarung tangan, baju terusan, masker, dan kacamata yang diperlukan untuk perlindungan petugas kesehatan dari virus, pelayanan kesehatan juga harus direncanakan dengan sangat hati-hati. Salah satu isu kritisnya adalah perencanaan jadwal <i>shift</i> dokter. Dalam mengatasi pandemi Covid-19, sebagian besar rumah sakit di Turki membuka departemen baru seperti Covid-ICU, Covid-Service, dan Covid-Darurat untuk menanggapi pasien yang terinfeksi dengan cepat. Peningkatan beban kerja tersebut membutuhkan proses perencanaan yang baik dan	<ul style="list-style-type: none"> • Meneliti kapasitas rumah sakit (dari segi SDM) dalam menghadapi pandemi Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Hanya meneliti dari segi SDM (pengaturan beban kerja), sedangkan aspek lain tidak diteliti. • Menggunakan model matematika (MIP dan DSS) untuk menghasilkan jadwal <i>shift</i> seimbang yang yang meminimalkan paparan virus.

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
			<p>mebutuhkan dukungan profesional untuk periode pandemi yang tak terduga ini. Dalam studi ini, peneliti mengusulkan model MIP (<i>Mixed Integer Programming</i>) dan mengembangkan DSS (<i>Decision Support System</i>) yang menggunakan model MIP untuk mengatasi masalah penjadwalan dokter di rumah sakit selama pandemi Covid-19. Seluruh dokter harus bekerja di departemen Covid-19 serta departemen mereka sendiri (departemen reguler). Pergantian dokter didistribusikan secara merata dan durasi terpapar virus dikurangi. jadwal yang dihasilkan memberikan lebih banyak kenyamanan secara mental untuk bekerja dan terdapat waktu tersisa untuk istirahat setelah <i>shift</i> intens dengan tidak mengabaikan layanan perawatan di semua departemen.</p>		

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
7	Amir Hossein Aghapoura; Maziar Yazdanib; Fariborz Jolaia; Mohammad Mojtahedi. (2019)	<i>Capacity planning and reconfiguration for disaster-resilient health infrastructure</i>	<p>Hasil dari penelitian ini adalah konfirmasi yang jelas bahwa rumah sakit umum percaya restrukturisasi serta rekonfigurasi sumber daya manusia dan fasilitas fisik merupakan faktor kritis utama untuk meningkatkan kesiapsiagaan untuk respons yang efektif terhadap bencana dan pemulihan. Temuan penelitian menggarisbawahi bahwa menambahkan fasilitas tambahan ke bangsal seperti tempat tidur, personel, peralatan, perubahan fungsi ruang (mengubah bangsal nondarurat menjadi bangsal darurat) dan menambahkan kapasitas ekstra ke bangsal yang sudah ada, menambahkan tenda dan membuat bangsal sementara di ruang sekitar rumah sakit dan membebaskan pasien yang tidak membutuhkan segera perhatian medis dapat menjadi solusi untuk perencanaan kapasitas konfigurasi ulang rumah sakit saat terjadi bencana seperti gempa bumi. Hasilnya menunjukkan bahwa pembuat kebijakan dapat meningkatkan perencanaan sumber daya untuk efektivitas biaya pengurangan risiko bencana dan penilaian mandiri kemampuan. Penemuan ini dapat meningkatkan ketahanan rumah sakit, untuk memastikan bahwa mereka tetap aman, efektif dan proaktif selama dan setelah bencana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meneliti kapasitas rumah sakit (SDM, fasilitas, lingkungan, aset). 	<ul style="list-style-type: none"> • Penelitian terhadap kapasitas rumah sakit dilakukan dalam konteks bencana umum (gempa bumi)

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
8	Muhammad Habib Abiyan Dzakwan (2020)	Memetakan Kesiapan Pemerintah Daerah dalam Menangani Covid-19	Terlepas dari meningkatnya kebutuhan (demand) akan peran daerah dalam penanganan Covid-19 di Indonesia beberapa waktu ke depan, yang jauh lebih penting untuk dipastikan adalah kapasitas tiap daerah seiring dengan meningkatnya penyebaran ini. Mengingat bahwa Covid-19 belum ditemukan obat penawarnya, maka elemen utama yang perlu dijamin adalah ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan setidaknya di tingkat provinsi, serta ketersediaan anggaran di tingkat provinsi dalam penanganan Covid-19 baik itu untuk memberikan insentif bagi tenaga medis, melakukan pengadaan alat kesehatan yang dibutuhkan, ataupun membangun sarana prasarana darurat.	<ul style="list-style-type: none"> Meneliti peran pemerintah daerah dalam menangani Covid-19 terutama elemen-elemen pada fasilitas pelayanan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> Menggunakan metode telaah dokumen/regulasi Lokus penelitian adalah lingkup nasional (Indonesia)
9	Lies Dina Liastuti (2021)	Kesiapan RS Cipto Mangunkusumo dalam Menghadapi Lonjakan Kasus Covid-19	<p>Kesiapan rumah sakit terhadap Covid-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pembentukan Tim Percepatan Layanan Covid-19 Penambahan kapasitas tempat tidur (3-37%) Penambahan poli demam, poli ISPA, perawatan (umum dan intensif), pojok sahabat, Covid <i>Board</i>, radiologi dan laboratorium Penyelarasan serta implementasi standar dan manajemen risiko dalam alur pelayanan untuk pasien Covid, alur operasi <i>emergency</i> dan elektif, alur pengunjung, alur pelayanan pasien non-Covid, pelayanan rawat jalan, rawat inap, operasi/tindakan intervensi elektif, operasi/tindakan <i>emergency</i>), 	<ul style="list-style-type: none"> Meneliti upaya kesiapan dan peningkatan kapasitas rumah sakit dalam menghadapi pandemi Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> Lokus pada satu rumah sakit tingkat A

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
			<p>Pelatihan rapid antibody dan antigen, pelatihan swab naso-oro, pengaturan pemenuhan kebutuhan peralatan dan perlengkapan, kebutuhan sumber daya manusia, penguatan sistem kolaborasi, rujukan, dan kerjasama layanan, layanan isolasi mandiri dan pengembangan layanan lainnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemantapan yang akan dilakukan kedepan yaitu: penentuan kriteria pasien untuk dilayani), pengoptimalan sistem rujukan terintegrasi untuk memastikan terpenuhinya kebutuhan serta mengurangi stagnasi karena rujuk lepas pasien, juga penentuan kriteria pasien isolasi mandiri terpantau. 		

Sumber: Brendon Sen-Crowe, *et al.* (2020), Cybele L. Abad, *et al.* (2020), Yusniar Rah Ayu Ristiantri, *et al.* (2020), Yodi Mahendradhata, *et al.* (2021), Jose M. Rodriguez, *et al.* (2020), Mehmet Guray Guler dan Ebru Gecici (2020), Amir Hossein Aghapoura, *et al.* (2019), Muhammad Habib Abiyan Dzakwan (2020), Lies Dina Liastuti (2021) .
(Diolah kembali oleh Penulis, (2021))

2.3. Kerangka Pemikiran

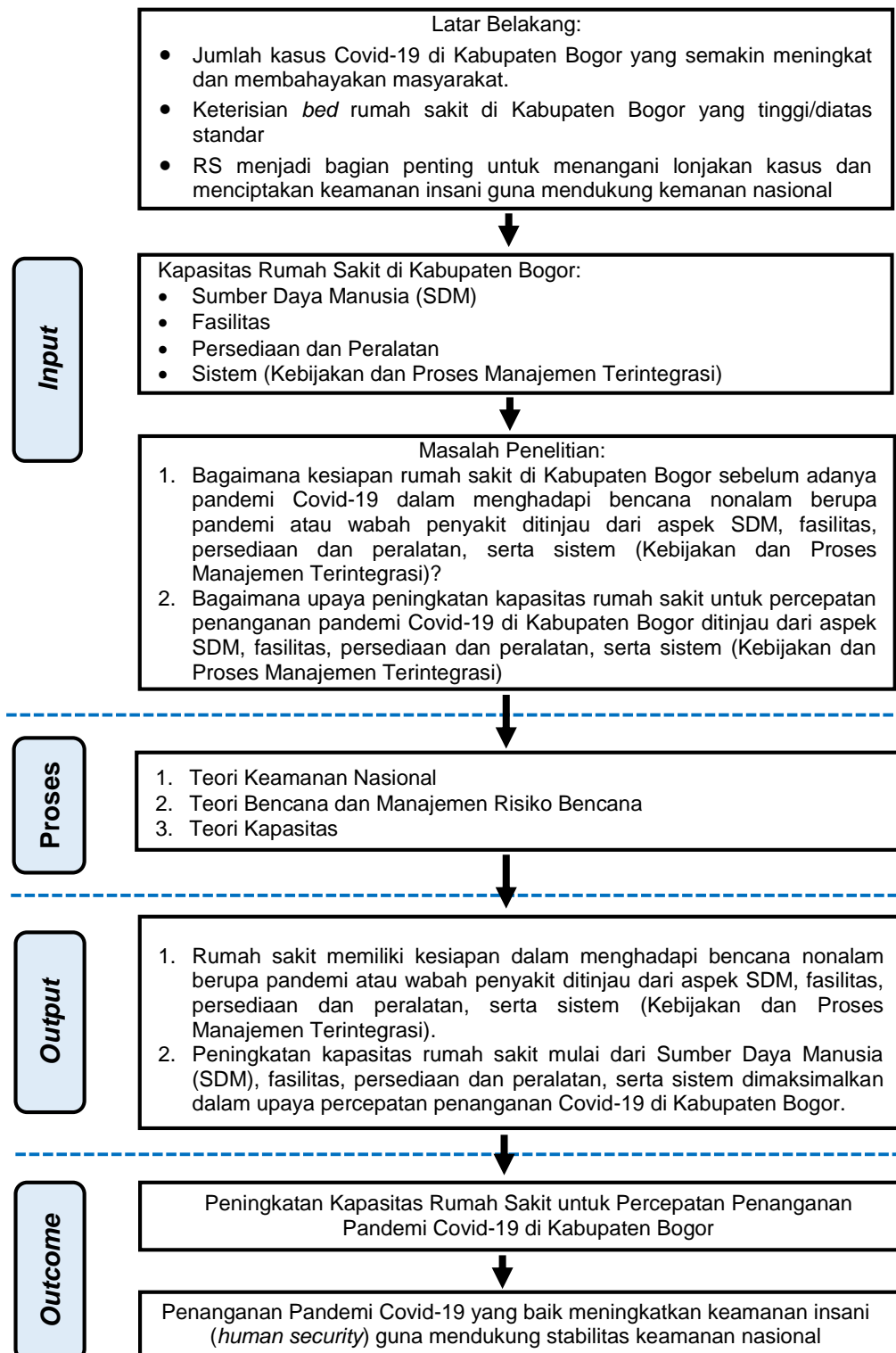
Saat ini seluruh negara di dunia termasuk Indonesia sedang dihadapkan pada bencana pandemi Covid-19 yang menjadi salah satu dari ancaman yang dapat membahayakan keberlangsungan eksistensi bangsa, karena selain berdampak pada aspek kesehatan, pandemi Covid-19 juga telah berdampak pada aspek kehidupan lainnya, seperti ekonomi, sosial, dan politik. Fitria (2021) menyebutkan bahwa pemerintah telah menerapkan berbagai kebijakan untuk penanganan pandemi Covid-19, seperti pembentukan gugus tugas hingga satgas Covid-19, penerapan protokol kesehatan, Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM), dan yang terakhir adalah vaksinasi Covid-19, namun upaya penanganan yang dilakukan pemerintah tersebut belum berhasil mentidakhiri wabah. Setiap harinya kasus Covid-19 masih terus bertambah. Meski pasien sembuh meningkat, namun kematian akibat virus corona juga masih terjadi.

Pendekatan dalam menghadapi pandemi Covid-19 di Indonesia yang digunakan oleh pemerintah yaitu dengan strategi *community based* dan *hospital based*. Strategi percepatan penanganan dengan pendekatan *community based* ditujukan untuk melindungi masyarakat yang masih sehat dan pendekatan *hospital based* digunakan untuk menyembuhkan masyarakat yang sakit. Penguatan sistem pelayanan kesehatan dengan menjaga kualitas pelayanan kesehatan merupakan cara yang tepat dalam mengatasi pandemi Covid-19 (Kemenkes, 2020). Peningkatan kapasitas pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit pada penanganan Covid-19 menjadi salah satu fokus utama dalam upaya percepatan penanganan pandemi Covid-19 (Kemenkes, 2020). Pengalaman Covid-19 menunjukkan bahwa sistem kesehatan di Indonesia masih rawan terhadap pandemi. *Testing, tracing* dan isolasi masih terbatas, sistem surveilans penyakit belum terintegrasi dan belum *real-time* serta kapasitas pengujian laboratorium masih lemah. Fasilitas kesehatan dan farmalkes tidak siap. Terjadi kekurangan APD, ruang isolasi, ruang rawat, ruang ICU, dan ruang

isolasi. Kapasitas tenaga kesehatan terbatas karena kekurangan jumlah tenaga, banyak yang tertular dan meninggal akibat Covid-19 (Think Policy Society, 2020).

Kabupaten Bogor merupakan Kabupaten dengan jumlah kejadian terkonfirmasi positif Covid-19 yang meningkat drastis setiap harinya dan memiliki kerentanan tinggi terhadap Covid-19 karena Kabupaten Bogor merupakan daerah pinggiran Ibukota negara, dan sebagai pusat ekonomi dan padatnya penduduk daerah ini (Yusniar *et al.*, 2020). Oleh karenanya, penguatan sistem pelayanan kesehatan termasuk peningkatan kapasitas rumah sakit sebagai salah satu upaya dalam percepatan penanganan pandemi Covid-19 harus dilakukan. Peningkatan kapasitas rumah sakit dapat dilihat dari aspek Sumber Daya Manusia (SDM), fasilitas, persediaan dan peralatan, serta sistem pelayanan kesehatan. Rumah sakit menjadi bagian penting dalam penanganan pandemi Covid-19, khususnya untuk menangani lonjakan kasus dan menciptakan keamanan insani (*human security*) guna mendukung stabilitas keamanan nasional.

Penelitian ini dilaksanakan berdasarkan sistematika perumusan kerangka berpikir sebagaimana terlihat pada gambar 2.4 berikut:



Gambar 2.4 Kerangka Pemikiran

Sumber: diolah oleh peneliti (2021)