

BAB VI

KESIMPULAN

Bab ini berisikan kesimpulan dari hasil penelitian dan saran untuk penelitian selanjutnya.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan :

1. Penelitian ini mengembangkan dua model lokasi alokasi untuk menentukan jumlah korban, tenaga kesehatan, dan fasilitas kesehatan yang dibuka pasca gempa-tsunami Kota Padang. Model 1 adalah model lokasi alokasi korban dan tenaga kesehatan tanpa adanya *penalty cost* jika *response time* korban lebih besar dari batas waktu yang diperbolehkan sedangkan model 2 adalah model lokasi alokasi korban dan tenaga kesehatan dengan mempertimbang *penalty cost* jika terjadi keterlambatan dalam penanganan korban.
2. Penelitian ini merekomendasikan jika terjadi krisis kesehatan pasca gempa-tsunami Kota Padang seluruh rumah sakit dan puskesmas, 84 TMS di rumah sakit umum dan rumah sakit khusus, 20 TMS yang ada di puskesmas berada di zona hijau dipilih/dibuka dengan total kapasitas 4.046 orang. Sisanya, sebanyak 283.191 orang di akan dialokasikan ke *dummy hospital*. Total dokter umum dialokasikan ke fasilitas kesehatan sebanyak 7.076 orang, dokter bedah sebanyak 11.328 orang, dokter anestesi sebanyak 3.774 orang dan perawat sebanyak 283.035 orang.
3. Rata-rata waktu pelanggaran yang diperoleh dari model 2 lebih kecil dari model 1, artinya model 2 memfasilitasi penanganan korban yang lebih cepat dibanding model 1.
4. Jika korban yang mengalami pelanggaran waktu pada model 1 diberikan *penalty cost* maka total *penalty cost* yang terjadi dengan penghitungan

diakhir lebih besar dibanding *penalty cost* yang diakomodir langsung dalam model seperti halnya model 2. Hal ini mengakibatkan total biaya keseluruhan untuk model 1 lebih besar dibanding model 2.

5. Jika pada model 1 dilakukan perhitungan tanpa menggunakan pembagian lokasi triase, total korban triase kuning yang dialokasikan ke rumah sakit umum, TMS yang berada di rumah sakit umum dan rumah sakit khusus lebih banyak dari triase merah. Disamping itu, total waktu pelanggaran dan total korban yang mengalami waktu pelanggaran untuk model 1 tanpa pembagian lokasi triase lebih besar dari model 1 dengan pembagian lokasi triase. Dengan demikian, pengalokasian korban pada fasilitas Kesehatan dengan mempertimbangkan triase dapat meningkatkan jumlah korban selamat. Seperti halnya model 1, model 2 dengan pembagian lokasi triase juga memfasilitasi penanganan korban yang lebih cepat dibanding tanpa triase.
6. Pada pengolahan data juga dicobakan penggunaan 2 dan 3 *dummy hospital*, dimana didapatkan kesimpulan bahwa desentralisasi *dummy hospital* dapat mengurangi total biaya operasional dan mempercepat penanganan korban bencana yang diperlihatkan oleh total waktu pelanggaran dan jumlah korban yang terlambat ditangani lebih kecil dibanding hanya menggunakan 1 *dummy hospital* yang tersentralisasi.
7. Analisis sensitivitas yang dilakukan yaitu dengan cara mengurangi jumlah korban di pengungsian penambahan kapasitas fasilitas kesehatan, peningkatan *setup cost*, peningkatan dan pengurangan biaya transportasi korban, peningkatan dan pengurangan biaya transportasi tenaga kesehatan, peningkatan dan pengurangan *penalty cost*, peningkatan dan pengurangan jumlah tenaga kesehatan perkorban, peningkatan dan pengurangan persentase penurunan kondisi korban, penambahan jumlah *dummy hospital*. Secara umum hasil perubahan parameter model 1 lebih *sensitive* daripada model 2 dikarenakan selisih persentase biaya pada fungsi tujuan dari perubahan parameter yang didapatkan pada model 1 lebih besar daripada model 2.

6.2 Saran

Penelitian ini mengasumsikan jumlah ambulans atau alat transportasi yang tersedia untuk membawa korban bencana dan tenaga kesehatan pada saat dibutuhkan. Saran untuk penelitian selanjutnya adalah pengembangan model dengan mempertimbangkan ketersediaan ambulans atau alat transportasi yang bisa digunakan untuk membawa korban dan tenaga kesehatan.

