



Bahan Ajar

MANAJEMEN BENCANA DAN KESEHATAN MASYARAKAT

Penyusun:

Oktomi Wijaya, S.K.M., M.Sc
Muchamad Rifai, S.K.M., M.Sc
Yuniar Wardhani, S.K.M., MPH

**Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Ahmad Dahlan
2018**



HALAMAN SAMPUL

BAHAN AJAR MANAJEMEN BENCANA DAN KESEHATAN MASYARAKAT

Disusun Oleh:

Oktomi Wijaya, S.K.M., M.Sc.

Muchamad Rifai, S.K.M., M.Sc.

Yuniar Wardani, S.KM., MPH

UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

2018

HAL BUKU

Manajemen Bencana dan Kesehatan Masyarakat

Disusun Oleh:

Oktomi Wijaya, S.K.M., M.Sc.

Muchamad Rifai, S.K.M., M.Sc.

Yuniar Wardani, S.KM., MPH

Edisi Pertama: Oktober 2018

UCAPAN TERIMAKASIH

Buku pengayaan bahan ajar dengan judul Manajemen Bencana dan Kesehatan Masyarakat ini penulis harapkan memberikan manfaat kepada mahasiswa fakultas kesehatan masyarakat secara khusus dan masyarakat umum. Terwujudnya karya buku pengayaan ini tak lepas dari dukungan berbagai pihak yang telah membantu penulis baik secara materi maupun moral. Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah memberikan dukungan sebagai berikut:

1. Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan Kementrian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi
2. Kepala Desa Potorono yang telah memberikan kesempatan untuk pelaksanaan KKN PPM Desa Tangguh Bencana.

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penulisan buku ini masih terdapat banyak kekurangan sehingga penulis memerlukan masukan dan kritik untuk meningkatkan kualitas buku ini.

Yogyakarta, September 2018

Penulis

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT karena atas rahmat dan ridhoNya penulis dapat menyelesaikan naskah buku pengayaan bagi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan dalam bidang kesehatan masyarakat. Buku ini berisi mengenai materi dasar tentang Manajemen Bencana dalam Bidang Kesehatan Masyarakat untuk menunjang aplikasi materi pada mata kuliah Manajemen Bencana.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang setinggi-tingginya kepada Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi (Kemristekikti) Republik Indonesia, rekan-rekan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan, serta seluruh pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini. Kami sangat mengharapkan kritik dan saran guna menyempurnakan isi buku ini.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Yogyakarta, September 2018

Penulis

Tinjauan Mata Kuliah

Deskripsi singkat mata kuliah:

Mata kuliah manajemen bencana ini membahas tentang kerangka konsep manajemen bencana dimulai dari konsep ancaman bencana, kerentanan, kapasitas dan risiko bencana. Kemudian dibahas juga tentang struktur organisasi penanggulangan bencana di Indonesia, bagaimana peran sektor kesehatan dalam penanggulangan bencana, dampak kesehatan masyarakat dalam penanggulangan bencana, serta peran dan tanggungjawab kesehatan masyarakat dalam penanggulangan bencana.

Relevansi materi:

Dalam bahan ajar ini akan dibahas analisis risiko bencana, rencana penanggulangan bencana daerah dan rencana penanggulangan bencana di rumah sakit, kajian cepat kesehatan serta berbagai isu dalam penanggulangan bencana seperti manajemen gizi, manajemen kesehatan reproduksi, air, sanitasi, dan hygiene, surveillans

Kompetensi:

Dengan bahan ajar ini mahasiswa diharapkan mampu menguraikan manajemen kesehatan masyarakat dalam penanggulangan bencana.

Daftar Isi

Halaman Sampul	i
Hal Buku.....	iii
Ucapan Terimakasih.....	iv
Kata Pengantar	v
Tinjauan Mata Kuliah.....	vi
Daftar Isi.....	vii
BAB 1 Konsep Dasar Manajemen Bencana.....	1
BAB 2 Kebijakan dan Organisasi Penanggulangan Bencana	9
BAB 3 Dampak Bencana Terhadap Kesehatan Masyarakat	14
BAB 4 Rapid Health Assessment	19
BAB 5 Hospital Disaster Plan	25
BAB 6 Pertolongan Pertama Gawat Darurat Bencana.....	42
BAB 7 Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Bencana	52
BAB 8 Gizi Dalam Penaggulangan Bencana	58
BAB 9 Upaya Kesehatan Jiwa dan Psikososial dalam Situasi Bencana	63
Biodata Penulis.....	70

BAB 1

KONSEP DASAR MANAJEMEN BENCANA

Tujuan

1. Untuk Memahami konsep dasar manajemen bencana dan penanggulangannya
2. Untuk Memahami manajemen risiko bencana
3. Untuk Memahami dampak bencana pada kesehatan

Dasar teori

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis. (UU 24/2007 tentang PB)

Ada tiga hal penting yang merupakan unsur suatu bencana : 1) fungsi normal dari sebuah masyarakat terganggu; 2) bencana melebihi mekanisme kemampuan sebuah masyarakat; 3) gangguannya begitu besar sehingga tidak mampu untuk dikembalikan ke fungsi normal kembali tanpa bantuan dari luar atau eksternal. Dengan demikian, bencana memerlukan sejumlah manajemen masalah yang tidak dialami dalam insiden sehari-hari.

Sebuah bencana terjadi sebagai akibat dari interaksi antara ancaman bencana dan masyarakat. Bencana tidak akan selalu terjadi pada masyarakat yang terpapar dengan ancaman bencana. Di samping itu, apabila sebuah bahaya mengancam sebuah daerah yang terpencil atau terisolasi dan tidak mempengaruhi masyarakat, maka hal ini juga tidak bisa dikatakan sebagai bencana. Sebagai contoh misalnya, suatu penyakit yang merebak di sebuah masyarakat yang memiliki struktur kesehatan publik dan perawatan medis yang sudah siap untuk menangani sebuah bencana, bukanlah hal tersebut merupakan sebuah bencana.

Setiap masyarakat memiliki potensi bencana sendiri berdasarkan bahaya yang muncul serta keunikan kepekaan masyarakat terhadap bencana dan kesiapan masyarakat tersebut untuk merespon bencana tertentu. Sebagai contoh misalnya, potensi bencana terjadi apabila orang-orang tinggal di daerah yang rawan gempa bumi, banjir, tornado, bahaya insiden zat kimia dan peristiwa sejenis lainnya. Jika orang-orang memutuskan untuk tidak tinggal di daerah yang mudah terkena banjir, maka tidak akan ada bencana banjir. Jika orang-orang memilih tidak tinggal di sepanjang daerah gempa bumi, maka kita tidak akan mengalami bencana gempa bumi, jika orang-orang tidak tinggal di dekat fasilitas berbahaya (misalnya pabrik kimia), maka peristiwa bencana seperti Bhopal, India atau Chernobyl, Rusia tidak akan terjadi. Oleh karena itu, program dan langkah-langkah yang berhubungan dengan bencana dirancang untuk menghindari bahaya atau risiko bagi masyarakat atau untuk mengubah interaksi mereka.

Bencana secara garis besarnya diklasifikasikan menjadi bencana alam dan bencana yang disebabkan oleh manusia. Contoh dari bencana alam yaitu : Gempa bumi ,Tsunami ,Letusan gunung berapi,Tanah longsor ,Badai topan ,Angin tornado ,Badai salju ,Badai pasir ,Banjir gelombang laut ,Kemarau ,Epidemik ,Panas yang ekstrim ,Kebakaran hutan ,Badai musim dingin ,Longsor salju ,Serangan belalang.

Bencana yang disebabkan oleh manusia contohnya : Bahaya insiden zat kimia ,Peperangan konvensional ,Insiden nuklir, biologis, atau zat kimia ,Gangguan sipil seperti kerusuhan dan demonstrasi ,Runtuhnya gedung ,Ledakan ,Kebakaran ,Kecelakaan lalu lintas.

Karakteristik bencana dapat dibedakan sesuai dengan karakteristik fisik utamanya sebagai berikut

1. Penyebab : alam atau manusia
2. Frekuensi : seberapa sering bencana ini terjadi
3. Jangka waktu : beberapa bencana alam terjadi dalam durasi terbatas (misalnya, letusan gunung berapi), sedangkan bencana yang lain mungkin terjadi dalam jangka waktu yang lebih lama
4. Kecepatan terjadinya : bencana terjadi dengan cepat sebagai dampak dari situasi, memberikan peringatan dalam waktu singkat bahkan tidak ada peringatan sama sekali, atau secara bertahap seperti dalam bencana banjir (kecuali banjir bandang), yang

memungkinkan adanya waktu untuk memberikan peringatan dan mungkin untuk pencegahan atau langkah-langkah mitigasi; bencana bisa terjadi berulang-ulang selama jangka waktu tertentu seperti yang terjadi pada serangkaian guncangan gempa bumi.

5. Ruang lingkup dampak : sebuah bencana bisa bersifat lokal dan hanya mempengaruhi daerah tertentu saja atau sekelompok penduduk di dalam sebuah masyarakat atau menyebar ke seluruh masyarakat yang menyebabkan gangguan layanan dan fasilitas umum
6. Potensi kerusakan : kapasitas bencana yang menyebabkan skala kerusakan tertentu (berat, sedang, atau ringan) dan jenis kerusakan (luka pada perorangan atau kerugian harta benda)

Daerah dampak : daerah dimana bencana muncul, selanjutnya dapat dibedakan menjadi :

1. Total impact area (area terdampak) : daerah dimana bencana telah menjadi paling destruktif
2. Fringer impact area (daerah pinggir) : meskipun dampak bencana terasa, kerugian dan atau luka jauh lebih sedikit bila dibandingkan dengan total impact area
3. Filter area (daerah penyaringan) : daerah di dekat daerah terdampak sebagai tempat bantuan mulai dialirkan baik secara langsung maupun secara spontan
4. Organized aid area (daerah pemberi bantuan) : daerah tempat bantuan formal diberikan secara selektif. Daerah ini dapat diperluas meliputi daerah dukungan masyarakat, regional, nasional, dan internasional

American College of Emergency Physician (ACEP) telah mengklasifikasikan bencana menjadi tiga tingkatan tahapan :

Level 1 : sistem penanganan bencana lokal mampu memberikan respon secara efektif dan bisa menangani kerugian yang diderita.

Level 2 : di samping respon dari daerah setempat, bantuan dan dukungan juga diperlukan dari sumber regional atau masyarakat.

Level 3 : sumber lokal atau daerah atau regional masih kurang dan diperlukan bantuan internasional.

Hal yang perlu diperhatikan adalah :

1. Bencana tidak saja lebih besar dari insiden lain, tetapi bencana memiliki dampak terhadap masyarakat, orang-orang dan sumber daya yang diperlukan untuk meresponnya
2. Bencana menimbulkan masalah jangka panjang untuk mengadakan restorasi dan rehabilitasi. Bencana ini mungkin melebihi kemampuan masyarakat dan sumber daya/ fasilitas masyarakat
3. Bencana menimbulkan kematian, luka dan kecacatan MANAJEMEN risiko BENCANA

Definisi Manajemen risiko Bencana

Untuk kepentingan manajemen bencana, kita mendefinikan risiko sebagai suatu probabilitas kerugian yang akan terjadi sebagai akibat dari peristiwa langsung. Risiko sangat erat hubungannya dengan (bahaya) dan kerentanan, kerentanan adalah sejauh mana kemungkinan struktur masyarakat, jasa atau lingkungan mengalami kerusakan atau terganggu oleh dampak sebuah bahaya. Misalnya, sebuah masyarakat menghadapi potensi banjir (bahaya), apabila masyarakat tersebut telah mempersiapkan dengan baik (oleh karena itu, mereka telah menurunkan tingkat kerentanannya maka masyarakat tersebut akan menderita risiko banjir yang relatif lebih rendah. Kerawanan merupakan kombinasi dua hal yaitu kerentanan dan ketahanan. Ketahanan adalah sejauh mana masyarakat mampu menahan kerugian dan kerentanan adalah tingkat keterpaparan terhadap risiko Dengan kata lain, pada saat menentukan kerentanan suatu masyarakat terhadap dampak bahaya, maka perlu menumbuhkan kemampuan masyarakat dan lingkungan tersebut dalam usaha mengantisipasi, menjangkau dan memulihkan bencana tersebut.

Sebagai contoh misalnya, jika sebuah masyarakat mungkin mengalami bencana tetapi memiliki kemampuan yang terbatas untuk mengantisipasi kerugian dan kerusakan, maka dikatakan masyarakat tersebut sangat rentan. Di sisi lain, jika sebuah masyarakat tidak mungkin mengalami dampak bahaya tetapi mempunyai kemampuan untuk menangani kerugian dan bahaya, maka dikatakan masyarakat tersebut tidak rentan terhadap bencana.

Proses Manajemen risiko Bencana

Di dalam manajemen risiko bencana, bencana-bencana tersebut dijabarkan berdasarkan risikonya bagi masyarakat dan perawatan yang tepat yang diperlukan bagi risiko-risiko yang telah teridentifikasi. Manajemen risiko bencana merupakan aplikasi sistematis dari kebijakan, prosedur dan praktik manajemen untuk :

- Mengetahui konteks (mengetahui ciri-ciri demografi masyarakat seperti kepadatan penduduk, sumber daya, jaringan sosial, status kesehatan, infrastruktur, dan lain-lain)
- Mengidentifikasi risiko bagi masyarakat
- Menilai risiko bagi masyarakat
- Menilai dampak/ akibat dari bencana
- Mengatasi risiko (melalui pencegahan/ mitigasi, kesiapan, tanggapan, dan pemulihan)
- Melanjutkan proses pemantauan dan peninjauan kembali

Pengelola bencana menggunakan pendekatan sistematis ini untuk mengurangi dan apabila memungkinkan untuk mencegah akibat bencana.

Karakteristik Pendekatan Manajemen Bencana yang Efektif, Sebuah pendekatan manajemen bencana yang efektif memiliki empat ciri :

1. Perencanaan tunggal untuk semua ancaman bencana

Pengelolaan rencana menghadapi bencana ini harus menggunakan serangkaian kesepakatan yang telah disetujui untuk mengatasi semua bahaya – baik bencana alam maupun buatan manusia. Daripada mengembangkan rencana dan prosedur yang berbeda untuk setiap bahaya, maka perencanaan manajemen tunggal seharusnya dikembangkan dan ditetapkan untuk semua bahaya yang dihadapi oleh masyarakat

2. Pendekatan menyeluruh

Ada empat unsur dalam pengelolaan bencana yang masing-masingnya harus diperhatikan

- a. Pencegahan dan mitigasi

Tindakan pengaturan dan fisik untuk mencegah terjadinya bencana atau untuk mengurangi efeknya

b. kesiapsiagaan

Perencanaan dan program, sistem dan prosedur, pelatihan dan pendidikan untuk menjamin bahwa apabila bencana benar-benar terjadi, maka sumber daya (tenaga dan peralatan) dapat dimobilisasi dan disebarluaskan

c. Respon

Tindakan yang diambil secara langsung setelah dampak sebuah bencana untuk memperkecil efek dan untuk memberikan kesempatan dan bantuan langsung kepada masyarakat

d. Pemulihan

Restorasi jangka panjang dan rehabilitasi bagi masyarakat yang terkena musibah

3. Keterpaduan instansi dan organisasi

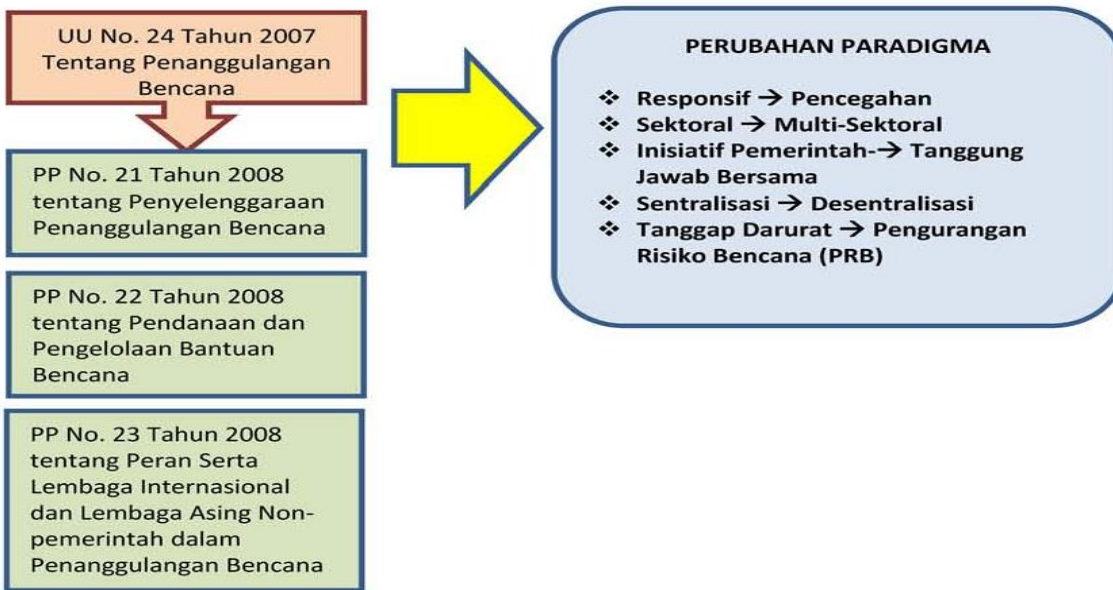
Manajemen bencana yang efektif memerlukan kemitraan yang aktif di antara semua instansi dan pejabat berwenang yang terkait. Hal ini berarti bahwa semua organisasi yang berperan harus bekerjasama di dalam manajemen bencana. Hubungan kerjasama sangat penting dalam hal ini.

4. Kesiapan masyarakat

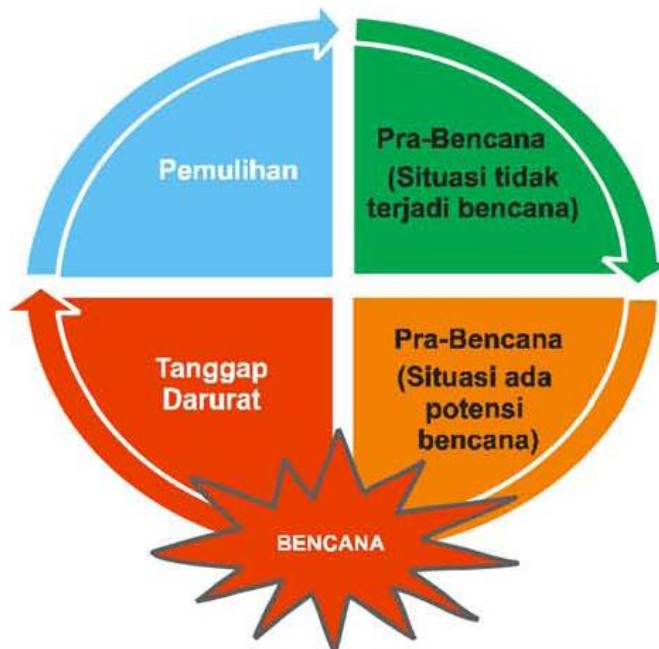
Masyarakat yang siap adalah masyarakat dimana individu-individunya menyadari bahaya dan tahu bagaimana cara melindungi diri mereka, keluarga dan rumah mereka dari bencana. Jika individu dapat melakukan langkah-langkah protektif terhadap bencana, maka hal ini dapat memperkecil tingkat kerentanan mereka.

Perubahan Paradigma Penanggulangan Bencana di Indonesia

Gambar 1 : Perubahan Paradigma Penanggulangan Bencana di Indonesia, dari responsif, sektoral, inisiatif pemerintah, sentralisasi, tanggap darurat menuju · pencegahan, multisektor, tanggungjawab bersama, pengurangan risiko bencana (PRB)



Siklus Penanggulangan Bencana



Sumber: Peraturan Kepala BNPB No. 4 Tahun 2008 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana

Evaluasi

1. Bagaimana konsep dasar manajemen bencana dan penanggulangannya?
2. Bagaimana cara manajemen risiko bencana?
3. Bagaimana dampak bencana pada kesehatan?

REFERENSI

1. UU Republik Indonesia nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 64 tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan
3. UU Republik Indonesia nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025
4. Lampiran UU Republik Indonesia nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025
5. Rancangan Awal Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2015-2019 Buku I Agenda Pembangunan Nasional
6. Rancangan Awal Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2015-2019 Buku II Agenda Pembangunan Bidang
7. Data Informasi Bencana Indonesia, BNPB, tahun 2014
8. Indeks Resiko Bencana Indonesia tahun 2013
9. Peraturan Kepala BNPB nomor 4 tahun 2008 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana

BAB 2

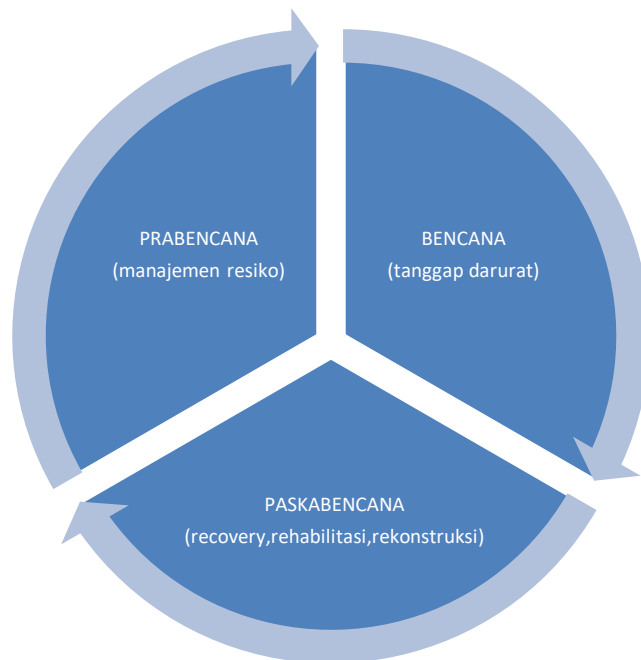
KEBIJAKAN DAN ORGANISASI PENANGGULANGAN BENCANA

TUJUAN

1. Untuk mengetahui paradigma manajemen bencana
2. untuk mengetahui isi UU 24 TAHUN 2007
3. untuk mengetahui organisasi penanggulangan bencana
4. untuk mengetahui sistem klaster

Dasar teori

MANAJEMEN BENCANA



CAPACITY

Kapasitas (capacity) adalah suatu kombinasi semua kekuatan dan sumberdaya yang tersedia didalam semua komunitas, masyarakat atau lembaga yang dapat mengurangi tingkat resiko atau dampak suatu bencana. Ada beberapa komponen capacity yaitu:

1. kelembagaan /kebijakan
 - PERDA terkait penanggulangan bencana

- Kelembagaan penanggulanagn bencana
 - Penanggulangan bencana dalam pembangunan daerah
 - Rencana penanggulangan bencana
 - Anggaran dalam penanggulangan bencana
2. Penguatan kapasitas
 - Sosialisasi penanggulangan bencana
 - Kurikulum/muatan local
 - Pendidikan bencana
 - Desa tangguh
 3. Peringatan dini
 - Peta rawan bencana
 - System peringatan dini
 4. Mitigasi
 - RT/RW berbasis mitigasi
 - Mitigasi bencana structural
 5. Kesiap siagaan
 - rencana kontijensi
 - pusdalops
 - depo logistic
 - relawan

UU No 24 TAHUN 2007 TENTANG PENANGGULANGAN BENCANA

Ketentuan umum

Ada tiga jenis bencana

- bencana alam (gempabumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor).
- Non alam(gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit)
- Social (konflik social antar kelompok atau antar komunitas masyarakat, dan terror)

Pemerintah dan pemerintah daerah menjadi penanggung jawab dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana.

pemerintah

1. Tanggung jawab Pemerintah dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana meliputi:
 - a. pengurangan risiko bencana dan pemaduan pengurangan risiko bencana dengan program pembangunan;
 - b. perlindungan masyarakat dari dampak bencana;
 - c. .penjaminan pemenuhan hak masyarakat dan pengungsi yang terkena bencana secara adil dan sesuai dengan standar pelayanan minimum;
 - d. pemulihan kondisi dari dampak bencana;
 - e. pengalokasian anggaran penanggulangan bencana dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang memadai;
 - f. pengalokasian anggaran penanggulangan bencana dalam bentuk dana siap pakai; dan
 - g. pemeliharaan arsip/dokumen otentik dan kredibel dari ancaman dan dampak bencana.
2. Wewenang Pemerintah dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana meliputi:
 - a. penetapan kebijakan penanggulangan bencana selaras dengan kebijakan pembangunan nasional;
 - b. pembuatan perencanaan pembangunan yang memasukkan unsur-unsur kebijakan penanggulangan bencana;
 - c. penetapan status dan tingkatan bencana nasional dan daerah;
 - d. penentuan kebijakan kerja sama dalam penanggulangan bencana dengan negara lain, badan-badan, atau pihakpihak internasional lain;
 - e. perumusan kebijakan tentang penggunaan teknologi yang berpotensi sebagai sumber ancaman atau bahaya bencana;
 - f. perumusan kebijakan mencegah penguasaan dan pengurasan sumber daya alam yang melebihi kemampuan alam untuk melakukan pemulihan; dan
 - g. pengendalian pengumpulan dan penyaluran uang atau barang yang berskala nasional.

Pemerintah daerah

1. Tanggung jawab pemerintah daerah dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana meliputi:

- a. penjaminan pemenuhan hak masyarakat dan pengungsi yang terkena bencana sesuai dengan standar pelayanan minimum;
 - b. perlindungan masyarakat dari dampak bencana;
 - c. pengurangan risiko bencana dan pemaduan pengurangan risiko bencana dengan program pembangunan; dan
 - d. pengalokasian dana penanggulangan bencana dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang memadai.
2. Tanggung jawab pemerintah daerah dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana meliputi:
 - a. penjaminan pemenuhan hak masyarakat dan pengungsi yang terkena bencana sesuai dengan standar pelayanan minimum;
 - b. perlindungan masyarakat dari dampak bencana;
 - c. pengurangan risiko bencana dan pemaduan pengurangan risiko bencana dengan program pembangunan; dan
 - d. pengalokasian dana penanggulangan bencana dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang memadai.

System klaster

1. integrasi system
2. kolaborasi kapastas
3. koordinasi bantuan

SISTEM PENDEKATAN KLASSTER PADA PENANGANAN BENCANA

Konsep sub klaster kesehatan

- layanan kesehatan
- kesehatan jiwa
- sanitasi dan kualitas air
- DVI
- KIA
- Gizi
- Kesehatan reproduksi

- Logistic kesehatan

Hal yang harus diingat

1. BNPB dan BPBD harus berperan sebagai pemimpin dalam pengelolaan bencana
2. Kementerian teknis hanya bisa melibatkan perencanaan anggaran pembangunan pada fase PRA-BENCANA dan REHAB-REKON
3. Perencanaan anggaran TANGGAP DARURAT tidak bisa diakomodasikan dalam struktur anggaran kementerian teknis (DANA SIAP PAKAI HANYA DI BNPB)

EVALUASI

1. Bagaimana paradigma manajemen bencana saat ini?
2. apa isi UU 24 TAHUN 2007?
3. Bagaimana organisasi penanggulangan bencana?
4. Bagaimana sistem klaster diindonesia?

REFERENSI

UU Republik Indonesia nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana

Peraturan Kepala BNPB nomor 4 tahun 2008 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana

BAB 3

DAMPAK BENCANA TERHADAP KESSEHATAN MASYARAKAT

Tujuan

1. Untuk memahami dampak dari bencana
2. Untuk memahami dampak bencana terhadap kesehatan masyarakat
3. Untuk memahami peran kesehatan masyarakat dalam menanggapi bencana

Dasar teori

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis

Salah satu dampak bencana terhadap menurunnya kualitas hidup penduduk dapat dilihat dari berbagai permasalahan kesehatan masyarakat yang terjadi. Bencana yang diikuti dengan pengungsian berpotensi menimbulkan masalah kesehatan yang sebenarnya diawali oleh masalah bidang/sektor lain. Bencana gempa bumi, banjir, longsor dan letusan gunung berapi, dalam jangka pendek dapat berdampak pada korban meninggal, korban cedera berat yang memerlukan perawatan intensif, peningkatan risiko penyakit menular, kerusakan fasilitas kesehatan dan sistem penyediaan air . Timbulnya masalah kesehatan antara lain berawal dari kurangnya air bersih yang berakibat pada buruknya kebersihan diri, buruknya sanitasi lingkungan yang merupakan awal dari perkembangbiakan beberapa jenis penyakit menular.

Dampak bencana terhadap kesehatan masyarakat relatif berbeda-beda, antara lain tergantung dari jenis dan besaran bencana yang terjadi. Kasus cedera yang memerlukan perawatan medis, misalnya, relatif lebih banyak dijumpai pada bencana gempa bumi dibandingkan dengan kasus cedera akibat banjir dan gelombang pasang. Sebaliknya, bencana banjir yang terjadi dalam waktu relatif lama dapat menyebabkan kerusakan sistem sanitasi dan air bersih, serta menimbulkan potensi kejadian luar biasa (KLB) penyakit-penyakit yang ditularkan melalui media air (water-borne diseases) seperti diare dan leptospirosis. Terkait dengan bencana gempa bumi, selain dipengaruhi kekuatan gempa, ada tiga faktor yang dapat

mempengaruhi banyak sedikitnya korban meninggal dan cedera akibat bencana ini, yakni: tipe rumah, waktu pada hari terjadinya gempa dan kepadatan penduduk .

Bencana menimbulkan berbagai potensi permasalahan kesehatan bagi masyarakat terdampak. Dampak ini akan dirasakan lebih parah oleh kelompok penduduk rentan. Sebagaimana disebutkan dalam Pasal 55 (2) UU Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, kelompok rentan meliputi:

1. Bayi, balita dan anak-anak;
2. Ibu yang sedang mengandung atau menyusui;
3. Penyandang cacat; dan
4. Orang lanjut usia.

Selain keempat kelompok penduduk tersebut, dalam Peraturan Kepala BNPB Nomor 7 Tahun 2008 tentang Pedoman Tata Cara Pemenuhan Kebutuhan Dasar ditambahkan ‘orang sakit’ sebagai bagian dari kelompok rentan dalam kondisi bencana. Upaya perlindungan tentunya perlu diprioritaskan pada kelompok rentan tersebut, mulai dari penyelamatan, evakuasi, pengamanan sampai dengan pelayanan kesehatan dan psikososial.

Peran Tenaga Kesehatan Masyarakat

Dalam menanggulangi bencana yang terjadi, terdapat suatu siklus untuk mengelola bencana.

Manajemen Bencana

tenaga kesehatan masyarakat memiliki peran yang paling besar dibandingkan dengan peran tenaga kesehatan lainnya, yakni dimulai dari tahap rehabilitasi, rekonstruksi, mitigasi, hingga kesiapsiagaan menghadapi bencana sementara peran tenaga medis lebih besar dibutuhkan dalam merespon bencana.

1. Rehabilitasi merupakan upaya untuk mengembalikan struktur dan fungsi ke bentuk seperti semula (sebelum terjadinya bencana), seperti misalnya dalam pemulihan suplay air dan listrik, penyediaan tempat pembuangan, serta memulihkan sarana transportasi dan komunikasi.

2. Rekonstruksi merupakan upaya untuk mengembalikan sistem dan struktur ke fungsi atau bentuk yang lebih baik dari sebelum terjadi bencana. Hal yang dilakukan dalam tahap ini di antaranya ialah seperti Penilaian awal dan re-evaluasi bencana, Imunisasi dan skrining, Pengelolaan air dan sanitasi dan lain sebagainya.

3. Mitigasi

4. Kesiapsiagaan

Setelah terjadi bencana bukan hanya lingkungan fisik saja yang terkena dampaknya tetapi juga tenaga kerja. Terjadinya bencana menyebabkan kerusakan pada sector perekonomian, menghilangkan mata pencaharian dari para tenaga. Misalnya kerugian akibat kerusakan yang dirasakan oleh sector-sektor industry ataupun usaha tentu akan berdampak bagi tenaga kerja yang ada di dalamnya. Bisa berupa pengurangan pegawai (PHK) ataupun pengurangan pegawai. Hal ini tentu sangat riskan bagi kelangsungan hidup para tenaga kerja sekaligus korban dari bencana, yang telah kehilangan harta benda dan kini kehilangan mata pencaharian.

Disisi lain dampak bencana juga dapat mengakibatkan hilangnya tenaga kerja ahli yang bisa jadi adalah korban jiwa dari bencana yang terjadi. Hal ini tentu akan menyulitkan untuk mencari tenaga ahli serupa dibidangnya.

Pengobatan dan pemulihan kesehatan fisik

Bencana alam yang menimpa suatu daerah, selalu akan memakan korban dan kerusakan, baik itu korban meninggal, korban luka luka, kerusakan fasilitas pribadi dan umum, yang mungkin akan menyebabkan isolasi tempat, sehingga sulit dijangkau oleh para relawan. Hal yang paling urgen dibutuhkan oleh korban saat itu adalah pengobatan dari tenaga kesehatan. Perawat bisa turut andil dalam aksi ini, baik berkolaborasi dengan tenaga perawat atau pun tenaga kesehatan profesional, ataupun juga melakukan pengobatan bersama perawat lainnya secara cepat, menyeluruh dan merata di tempat bencana. Pengobatan yang dilakukan pun bisa beragam, mulai dari pemeriksaan fisik, pengobatan luka, dan lainnya sesuai dengan profesi keperawatan.

Pemberian bantuan

Perawatan dapat melakukan aksi galang dana bagi korban bencana, dengan menghimpun dana dari berbagai kalangan dalam berbagai bentuk, seperti makanan, obat-obatan, keperluan sandang dan lain sebagainya. Pemberian bantuan tersebut bisa dilakukan langsung oleh perawat secara langsung di lokasi bencana dengan mendirikan posko bantuan. Selain itu, hal yang harus difokuskan dalam kegiatan ini adalah pemerataan bantuan di tempat bencana sesuai kebutuhan yang dibutuhkan oleh para korban saat itu, sehingga tidak akan ada lagi para korban yang tidak mendapatkan bantuan tersebut dikarenakan bantuan yang menumpuk ataupun tidak tepat sasaran.

Pemulihan kesehatan mental

Para korban suatu bencana biasanya akan mengalami trauma psikologis akibat kejadian yang menimpanya. Trauma tersebut bisa berupa kesedihan yang mendalam, ketakutan dan kehilangan berat. Tidak sedikit trauma ini menimpa wanita, ibu-ibu, dan anak-anak yang sedang dalam masa pertumbuhan. Sehingga apabila hal ini terus berkelanjutan maka akan mengakibatkan stress berat dan gangguan mental bagi para korban bencana. Hal yang dibutuhkan dalam penanganan situasi seperti ini adalah pemulihan kesehatan mental yang dapat dilakukan oleh perawat. Pada orang dewasa, pemulihannya bisa dilakukan dengan sharing dan mendengarkan segala keluhan-keluhan yang dihadapinya, selanjutnya diberikan sebuah solusi dan diberi penyemangat untuk tetap bangkit. Sedangkan pada anak-anak, cara yang efektif adalah dengan mengembalikan keceriaan mereka kembali, hal ini mengingat sifat lahiriah anak-anak yang berada pada masa bermain. Perawat dapat mendirikan sebuah taman bermain, dimana anak-anak tersebut akan mendapatkan permainan, cerita lucu, dan lain sebagainya. Sehingga kepercayaan diri mereka akan kembali seperti sedia kala.

Pemberdayaan masyarakat

Kondisi masyarakat di sekitar daerah yang terkena musibah pasca bencana biasanya akan menjadi terkatung-katung tidak jelas akibat memburuknya keadaan pasca bencana, akibat kehilangan harta benda yang mereka miliki. Sehingga banyak diantara mereka yang patah arah dalam menentukan hidup selanjutnya. Hal yang bisa menolong membangkitkan keadaan tersebut adalah melakukan pemberdayaan masyarakat. Masyarakat perlu mendapatkan fasilitas dan skill yang dapat menjadi bekal bagi mereka kelak. Perawat dapat melakukan pelatihan-pelatihan keterampilan yang difasilitasi dan berkolaborasi dengan instansi ataupun LSM yang bergerak

dalam bidang itu. Sehingga diharapkan masyarakat di sekitar daerah bencana akan mampu membangun kehidupannya kedepan lewat kemampuan yang ia miliki.

Evaluasi

1. Apa dampak dari bencana ?
2. Apa dampak bencana terhadap kesehatan masyarakat ?
3. bagaimana peran kesehatan masyarakat dalam menanggapi bencana ?

REVERENSI

1. UU Republik Indonesia nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
2. Data Informasi Bencana Indonesia, BNPB, tahun 2014
3. Indeks Resiko Bencana Indonesia tahun 2013

BAB 4

RAPID HEALTH ASSESSMENT

1. TUJUAN PEMBELAJARAN

- a. Untuk mengetahui pelaksanaan penilaian kesehatan lingkungan (*Rapid Health Assessment*) pada kedaruratan bencana.
- b. Untuk mengetahui pengorganisasi penilaian kesehatan lingkungan (*Rapid Health Assessment*) pada kedaruratan bencana.

2. DASAR TEORI

Penilaian kesehatan lingkungan secara cepat dalam kedaruratan dan bencana dilakukan melalui pengumpulan data yang sistematis dengan menggunakan instrumen standar yang ada serta dapat dikembangkan sesuai dengan kondisi lapangan. Data yang terkumpul selanjutnya dilakukan pengolahan, analisis, dan interpretasi yang berguna untuk memudahkan pengambilan keputusan. Sebelum pengumpulan data perlu dilakukan persiapan sehingga proses pengumpulan data lapangan terlaksana dengan lancar.

a. Langkah-Langkah Persiapan :

- 1) Menyiapkan formulir penilaian cepat
- 2) Menyiapkan peralatan yang diperlukan (misal komputer, peralatan pemeriksaan lapangan)
- 3) Menyiapkan pembekalan
- 4) Menyiapkan alat komunikasi
- 5) Menghubungi petugas setempat

b. Pengumpulan Data

Pengumpulan data diperlukan untuk memantau pelaksanaan kegiatan, tingkat efektivitas intervensi, serta tindak lanjut yang diperlukan. Data yang dikumpulkan pada tahap ini merupakan data yang lebih rinci.

1) Instrumen

a) Data Umum

- Jenis kedaruratan dan bencana

- Waktu Kejadian
 - Lokasi
 - Perkiraan jumlah penduduk yang terkena
 - Luas wilayah yang terkena dampak
 - Sarana transportasi yang ada
- b) Data Kesehatan Lingkungan, antara lain :
- Penyediaan air
 - Pembuangan kotoran
 - Penyehatan pangan
 - Pembuangan sampah
 - Pembuangan air limbah
 - Pengendalian vektor
 - Perilaku hidup bersih dan sehat
 - Tempat pengungsian

2) Metode

a) Metode Pengambilan Sampel

Bentuk penilaian, populasi, sampel dan restoran

1. Bentuk penilaian
2. Populasi
3. Sampel
4. Responden dalam penilaian ini antara lain :

Anggota rumah tangga yang bisa memberikan informasi; tokoh masyarakat; Kepala desa/lurah; organisasi kemasyarakatan; LSM; dll.

b) Metode Pengambilan Data

1. Pengamatan terhadap sarana kesehatan lingkungan yang ada di wilayah kedaruratan dan bencana, meliputi :
 - Kondisi sarana;
 - Kualitas;
 - Risiko pencemaran;
 - Potensi sumber daya;

- Perilaku masyarakat
 - Jumlah penduduk yang memerlukan bantuan;
 - Kondisi wilayah.
2. Wawancara dengan responden, seperti :
- Perangkat desa/kelurahan dan tokoh masyarakat
 - Perangkat pemerintahan setempat
 - Petugas kesehatan
 - Petugas yang terlibat, LSM, badan-badan yang menangani kedaruratan
 - Individu dan masyarakat yang terkena dampak
- c) Pengambilan dan pemeriksaan sampel, dilakukan oleh petugas yang mempunyai kompetensi dibidangnya.

c. Pengolahan Data

1) Pengolahan Data

- a) Pengumpulan form penilaian : setelah selesai pengisian data lapangan segera dilakukan pengecekan ulang untuk kesesuaian.
- b) Pengolahan data dapat dilakukan secara manual maupun elektronik dengan alat bantu perangkat komputer, akan memudahkan proses pengolahan dan analisa data selanjutnya.
- c) Tabulasi data, data diolah dalam bentuk tabel, grafik, diagram, dan lainnya.

2) Analisa Data

Data dan informasi yang telah terkumpul; baik data sumber daya manusia (SDM), kerusakan sarana terutama sarana kesehatan lingkungan, sarana yang masih dapat difungsikan, sarana transportasi dari dan ketempat kedaruratan bencana, sebaran dampak, maupun prediksi kebutuhan mendesak dan lain-lain dianalisis secara komprehensif oleh tim penilai dengan mengacu kepada standar pelayanan kesehatan.

3) Interpretasi

Berdasarkan analisa data yang telah dilakukan diinterpretasikan untuk tidak lanjut. Interpretasi kesehatan lingkungan dalam kedaruratan lingkungan meliputi beberapa hal, antara lain :

- a) Ketersediaan sarana
- b) Kondisi sarana
- c) Kecukupan untuk memenuhi kebutuhan minimal
- d) Kualitas
- e) Ketersediaan bahan alat
- f) Perilaku higiene dan sanitasi

4) Penyajian Informasi

Data yang telah diolah merupakan informasi yang menggambarkan kondisi kesehatan lingkungan pada daerah yang terkena kedaruratan dan bencana. Bentuk penyajian informasi pada umumnya berupa tabel, grafik, maupun peta yang memudahkan setiap pengguna informasi tersebut mudah memahami dan menganalisa lebih lanjut.

5) Pelaporan

Laporan harus memberikan gambaran tentang permasalahan dan kebutuhan kesehatan lingkungan yang mendesak dari wilayah kedaruratan bencana. Di dalam laporan tercantum rekomendasi yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah yang ada. Laporan disampaikan kepada pihak-pihak yang tepat sesuai dengan tugas dan fungsinya, laporan penilaian cepat tersebut wajib disampaikan secara cepat dalam waktu paling lambat 24 jam setelah tim sampai di tempat kejadian dengan menggunakan sarana komunikasi yang ada, misalnya SMS, email, dan lainnya. Laporan penilaian cepat sebaiknya disampaikan secara berjenjang mulai dari pemangku kepentingan setempat, sampai kepada Pusat Penanggulangan Krisis.

Penilaian kesehatan lingkungan secara cepat dalam kedaruratan dan bencana sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari kegiatan *rapid health assessment*, harus dapat terlaksana dengan baik pada setiap penilaian sesuai dengan kebutuhan. Dengan demikian ketersediaan tenaga baik jumlah, kemampuan, mobilitas dan dukungan yang diperlukan

harus tersedia pada waktu yang tepat. Oleh karena itu, dibutuhkan perencanaan operasional yang tepat dan dukungan pembiayaan yang memadai.

a. Tenaga

Pelaksanaan penilaian kesehatan lingkungan dalam kedaruratan dan bencana pada dasarnya harus dapat dilakukan oleh petugas sesuai dengan wilayah kejadian, yaitu :

- 1) Petugas kesehatan lingkungan Puskesmas
- 2) Petugas kesehatan lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Berkoordinasi dengan petugas kesehatan lingkungan Dinas Kesehatan Propinsi, dan Petugas kesehatan lingkungan pusat atau tim Kementerian Kesehatan RI. Dibantu petugas dari Kantor Kesehatan Pelabuhan setempat dan dari Balai Teknik Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, serta relawan dan organisasi kemasyarakatan lainnya. Maka diperlukan koordinasi yang intensif dalam pelaksanaan penilaian ini.

Petugas penilai harus mampu bekerja secara mandiri, dalam arti petugas tersebut harus dilengkapi perlengkapan yang mencukupi untuk melakukan penilaian, seperti form, alat tulis, dan perlengkapan lain termasuk akomodasi dan transportasi. Petugas yang melakukan penilaian juga melaksanakan kegiatan bantuan awal secara bersamaan. Misalnya, tim mengunjungi pengolahan air yang terisolasi dengan membawa suku cadang, bahan kimia bahan bakar atau bahan kimia. Namun, perlu keseimbangan antara kebutuhan untuk bertindak cepat dan kebutuhan untuk mengumpulkan informasi yang cukup untuk menjamin bahwa tindakan yang disarankan efektif dan tepat. Lebih efektif untuk berkonsentrasi pada kegiatan penilaian yang memungkinkan tanggap darurat yang tepat dan substansial, setelah selesai dilanjutkan dengan kegiatan bantuan awal.

b. Waktu

Penilaian awal pada sesaat terjadi kedaruratan pada saat tanggap darurat, dalam rentang 1-3 jam setelah kejadian, sampai 24 jam setelah kejadian sudah diperoleh gambaran sarana kesehatan lingkungan yang rusak, sarana yang masih berfungsi terutama kebutuhan air dan sanitasi. Kemudian dilanjutkan pada hari berikutnya tentang gambaran dan kebutuhan kesehatan lingkungan lainnya. Penilaian secara rinci terus dilakukan untuk pemantauan dan evaluasi.

c. Rencana

Rencana kegiatan penilaian yang akan dilaksanakan perlu dibuat :

- 1) Target penilaian daerah primer dan sekunder
- 2) Prioritas penilaian
- 3) Metode tercepat yang tersedia untuk melakukan penilaian
- 4) Identitas penilai jangka waktu pelaporan
- 5) Prosedur komunikasi
- 6) Prosedur keselamatan dan prosedur keamanan
- 7) Prosedur tindakan darurat

d. Pembiayaan

Perhitungan biaya sesuaikan dengan satuan biaya yang berlaku sesuai ketentuan. Harus dipastikan bahwa pembiayaan penilaian kesehatan lingkungan dalam kedaruratan dan bencana terdapat dalam kegiatan kesiapsiagaan yang direncanakan, pada masing-masing unit baik di Kabupaten/Kota, Propinsi, Pusat, termasuk di Unit Pelaksana Teknis. Harus menjadi perhatian bahwa penilaian cepat dilakukan sesegera mungkin setelah terjadinya suatu bencana.

3. EVALUASI

- a. Bagaimanakah pelaksanaan penilaian kesehatan lingkungan (*Rapid Health Assessment*) pada kedaruratan bencana?
- b. Bagaimanakah pengorganisasi penilaian kesehatan lingkungan (*Rapid Health Assessment*) pada kedaruratan bencana?

4. SUMBER

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Petunjuk Teknis Penilaian Cepat Kesehatan Lingkungan (Rapid Health Assessment) Pada Kedaruratan Bencana*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

BAB 5

HOSPITAL DISASTER PLAN

1. TUJUAN PEMBELAJARAN

- a. Untuk mengetahui materi dasar tentang *Hospital Disaster Plan*.
- b. Untuk mengetahui materi inti *Hospital Disaster Plan* tentang koordinasi, operasional, dan logistik.
- c. Untuk mengetahui materi penunjang komponen *Hospital Disaster Plan*.

2. DASAR TEORI

a. Materi Dasar Hospital Disaster Plan

1) Materi 1 : Kerangka Konsep Bencana

a) Kerangka Konsep Bencana

Pengetahuan kita tentang bencana dan manajemennya telah berubah sesuai dengan perjalanan waktu dan terus berevolusi dengan meningkatnya ilmu pengetahuan dan penelitian di bidang bencana. Bencana pada umumnya dapat diperkirakan dan rencana dapat dilakukan untuk pencegahan, mitigasi, persiapan, tanggapan, dan pemulihan terhadap bencana.

b) Kerangka Pikir tentang Bencana dan Upaya Penanggulangan di Sektor Kesehatan (*Health Risk*)

1. Konsep dasar bencana

Pengertian Bencana

Berdasarkan Undang-undang nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, bencana adalah peristiwa atau serangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan atau non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.

Macam-macam penyebab bencana antara lain:

BENCANA ALAM : Gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor.

BENCANA NONALAM : Gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi dan wabah penyakit

BENCANA SOSIAL : ulah oleh manusia konflik sosial antar kelompok, antar manusia, antar komunitas masyarakat atau terror

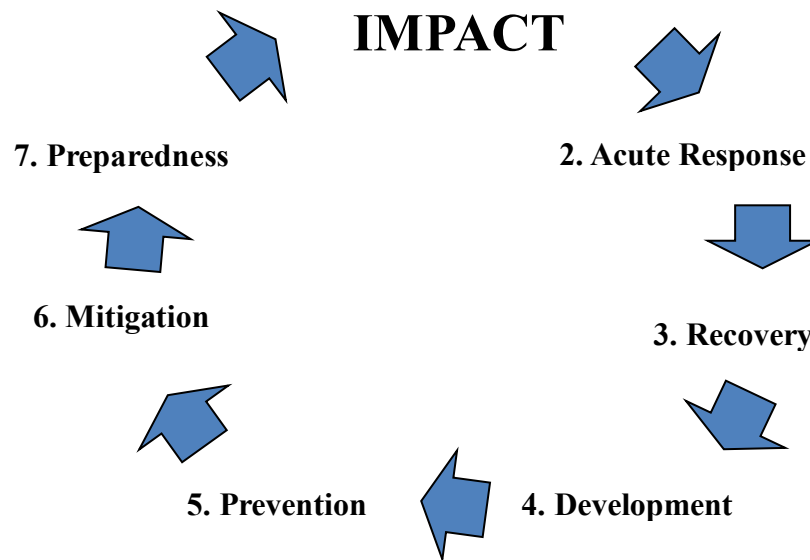
2. Alur peristiwa bencana

- *Hazard/Bahaya* adalah keadaan atau fenomena alam yang dapat berpotensi menyebabkan korban jiwa atau kerusakan benda/lingkungan yang memiliki potensi untuk mempengaruhi kesehatan manusia
- *Risk/Resiko* adalah besarnya kerugian atau kemungkinan terjadi korban manusia, kerusakan dan kerugian ekonomi yang disebabkan oleh bahaya tertentu disuatu daerah pada suatu waktu tertentu.
- *Event/Kejadian* adalah sesuatu yang sedang terjadi dan sebuah kejadian yang memiliki potensi untuk mempengaruhi makhluk hidup atau lingkungan mereka, aktualisasi bahaya seperti peristiwa yang memulai kerusakan atau peristiwa yang terjadi hasil dari peristiwa utama.
- *Impact/Dampak* adalah sesuatu kejadian akibat dari suatu peristiwa yang berakibat langsung ke manusia maupun alam
- *Damage/Kerusakan* dapat mengakibatkan kerusakan struktural dan fungsional. Bangunan yang roboh dan penyakit yang dihasilkan oleh suatu peristiwa disebut kerusakan struktural, sedangkan lalu lintas yang terhalang akibat suatu peristiwa disebut kerusakan fungsional.
- *Disaster/ Bencana* adalah saat suatu peristiwa terjadi dan kita membutuhkan bantuan dari luar.

3. Akibat Bencana, terbagi menjadi 2 macam :

- Akibat langsung, kejadian bencana berupa kematian dan rusaknya infrastruktur dan bekal.
- Akibat tidak langsung, berupa kesakitan dan kecacatan serta kerugian atau terganggunya penyampaian pelayanan kesehatan baik rehabilitatif, kuratif, penemuan kasus, protektif maupun promotif.

4. Fase Penanggulangan Bencana



5. Upaya Penaggulangan Bencana

Bencana selalu datang setiap saat dengan tidak terduga dan dapat mengenai siapa saja dan apa saja. Karena itu perlu penatalaksanaan yang baik, karena kegagalan yang sering terjadi adalah akibat dari :

- Tidak terkoordinasinya penatalaksanaan bencana
- Tidak adanya struktur manajemen yang baku
- Komunikasi yang tidak adekuat
- Pengelolaan personal yang tidak akuntabel
- Pelaksanaan proses perencanaan yang tidak sistematis
- Risiko keamanan & kesehatan
- Dampak sosial-ekonomik
- Manajemen sumber daya yang tidak efektif

Ada 3 jenis situasi dalam bencana :

- *Pre Hospital*

Mencakup dari kesiapan suatu daerah maupun rumah sakit terhadap bencana yang akan terjadi, karena itu perlu perencanaan terhadap kesiap siagaan (*preparedness*) dan mitigasi. Selain kesiapan perlu dipikirkan juga bagaimana daerah maupun rumah sakit terhadap rehabilitasi dan rekovery di lapangan

- *Hospital*

Mencakup dari *preparedness* dan rehabilitasi di rumah sakit, seperti tersedia *hospital disaster plan*, pelayanan definitif di rumah sakit, dan rehabilitasi serta *recovery*.

- *Extra Hospital*

Ini adalah suatu keadaan dimana suatu regional/daerah dalam menyiapkan perencanaan penanggulangan bencana seperti koordinasi, logistik, transportasi, komunikasi. Tim medis, dan surveilans. *Extra hospital* mencakup *prehospital* dan *hospital*.

Ada tujuh kunci prinsip keberhasilan manajemen, yaitu :

- Sistem Komando (*command*)
- Keamanan (*safety*)
- Komunikasi (*communication*)
- Penilaian (*assessment*)
- Triase (*triage*)
- Pengobatan (*treatment*)
- Transportasi (*transportation*)

Sistem manajemen pada masa respon mencakup sistem komando, keamanan, komunikasi dan penilaian. Komponen lain dalam sistem manajemen adalah adanya pimpinan komando, bidang operasional, bidang logistik, dan bidang perencanaan keuangan. Sedangkan pengobatan dan transportasi dibutuhkan guna dukungan medis.

2) Materi 2 : Manajemen Rumah Sakit dalam Penanggulangan Bencana

Ketika terjadi bencana, selalu akan terjadi keadaan yang kacau (*chaos*), yang bisa mengganggu proses penanganan pasien, dan mengakibatkan hasil yang tidak optimal. Dengan HDP yang baik, *chaos* akan tetap terjadi, tetapi diusahakan agar waktunya sesingkat mungkin sehingga pelayanan dapat tetap dilakukan sesuai standard yang ditetapkan, sehingga mortalitas dan morbiditas dapat ditekan seminimal mungkin.

Pada kasus dimana bencana terjadi didalam rumah sakit (*Internal Disaster*), seperti terjadinya kebakaran, bangunan roboh dan sebagainya, target dari HDP adalah :

- a) Mencegah timbulnya korban manusia, kerusakan harta benda maupun lingkungan, dengan cara:
 - Membuat protap yang sesuai
 - Melatih karyawan agar dapat menjalankan protap tersebut
 - Memanfaatkan bantuan dari luar secara optimal.
- b) Mengembalikan fungsi normal rumah sakit secepat mungkin

Secara umum dapat dikatakan bahwa untuk bencana eksternal maupun internal. Konsep dasar suatu HDP adalah:

- Melindungi semua pasien, karyawan, dan tim penolong
- Respon yang optimal dan efektif dari tim penanggulangan bencana yg berbasis pada struktur organisasi Rumah sakit sehari-hari.

Oleh karena itu suatu HDP sudah seharusnya dibuat untuk mengantisipasi hal tersebut, dan untuk itu sebaiknya disusun dengan mempertimbangkan komponen-komponen: kebijakan penunjang, struktur organisasi dengan pembagian tugas dan sistim komando yang jelas, sistim komunikasi – informasi, pelaporan data, perencanaan fasilitas penunjang, serta sistim evaluasi dan pengembangan. Selain itu, perencanaan dalam HDP harus sudah diuji dalam suatu simulasi, serta disosialisasikan ke internal rumah sakit maupun institusi lainnya yang berhubungan. Selain itu, juga perlu dipersiapkan sejak awal bahwa suatu HDP merupakan bagian integral dalam sistim penanggulangan bencanalokal/daerahsetempat.

Prinsip manajemen rumah sakit pada penanggulangan bencana, meliputi:

- 1) kegiatan sebelum bencana seperti *preparedness* yang meliputi:
 - a. Penyiapan fasilitas dan logistik (ruang pengendalian, *triage area*, obat-obatan medis)
 - b. Penyiapan SDM terlatih dan terampil
 - c. Penyiapan sistem komunikasi
 - d. Penyiapan pengorganisasian pelaksana
 - e. Pembentukan tim lapangan (TRC, *Deploy Team*).

2) Respon Awal

Masing-masing bagian rumah sakit harus mengembangkan Prosedur Operasional Standart (SOP) untuk menjelaskan bagaimana masing-masing bagian ini menjalankan tugasnya selama aktivasi bencana. Perlu juga peyakinan keberfungsian sistem kesiagaan (alarm sistem) seperti aktivasi alarm 24 jam perhari hingga sistem alternatif jika tidak ada listrik dan telepon. Contoh : alarm sistem, *declare*, aktivasi *disaster plan*.

3) Program Pelatihan

Melatih petugas menguji rencana, petugas, sistem, dan prosedur merupakan bagian penting dari kesiapan manajemen bencana. Kegiatan respon bencana akan memerlukan petugas atau personalia untuk melangkah keluar dari kegiatan dan tanggung jawab sehari-hari. Contoh: pelatihan terprogram, gladi posko, pelatihan keterampilan, gladi lapangan, *table top*, *exercise*, simulasi.

Proses Penyusunan HDP

Penyusunan HDP umumnya dimulai dengan dibentuknya tim penyusun HDP, dan akan bisa memberikan hasil yang maksimal bila didasari atas komitmen dan konsistensi dari manajemen rumah sakit.

1) Tim Penyusun HDP

Tim yang ideal anggotanya merupakan gabungan dari unsure pimpinan (minimal Kepala Bidang/Instalasi), unsur pelayanan gawat darurat (kepala

UGD), unsur rumah tangga, unsur paramedis, dan unsur lain yg dipandang perlu. Anggota tim sebaiknya sudah memiliki dasar-dasar mengenai *Hospital Preparedness*, dan bekerja berdasar suatu *guide line* yang standar, serta diberikan target waktu.

2) Pokok-Pokok HDP

Suatu HDP diharapkan memenuhi prinsip pokok, sebagai berikut:

- a) Organisasi penanggulangan bencana berbasis pada organisasi rumah sakit sehari-hari. Perubahan yg terlalu besar berpotensi gagal.
- b) Prosedur dalam HDP dibuat sesederhana mungkin, tapi mencakup semua yg diperlukan.
- c) Prosedur lengkap dibuat secara rinci, tetapi untuk pekerja lapangan perlu dibuat *checklist*.

Hal-hal lain yang perlu dipertimbangkan adalah:

1. Kewenangan untuk menggerakkan tim harus dibuat sesederhana mungkin, jangan bergantung pada pimpinan tertinggi/direktur rumah sakit. Proses pelimpahan wewenang harus dibuat sependek mungkin.
2. Penilaian kapasitas rumah sakit jangan hanya berdasar pada jumlah tempat tidur, supaya tidak terjadi penilaian yg terlalu optimistik.
3. Penyiapan fasilitas dan area yang terencana dengan baik pada masa pra-bencana.
4. Alur lalu-lintas di area rumah sakit dan sekitarnya dipersiapkan dengan cermat.
5. Penggunaan tanda pengenal untuk korban (*tagging*) yang jelas.
6. Komunikasi intra rumah sakit dengan alternatifnya.
7. Sistim Triase yg sesuai.
8. Penyiapan logistik.
9. Pengamanan untuk korban dan segenap karyawan serta tim penolong.
10. Menejemen informasi internal maupun eksternal.
11. Prosedur evakuasi rumah sakit bila diperlukan.

3) Materi 3 : Dasar-Dasar Pengorganisasian

Dengan pengorganisasian yang efektif dan efisien maka penanganan korban dapat dilakukan dengan lebih tertata. Inilah yang sering disebut “*order with in chaos*”.

Struktur organisasi dan manajemen di rumah sakit:

- a) Sebuah struktur organisasi yang sederhana dan jelas harus bisa dimobilisasi dalam waktu singkat.
- b) Tim krisis atau bencana yang berjumlah 40 orang sudah terbukti tidak akan berjalan secara efektif.
- c) Ruang komando dengan infrastruktur yang diperlukan harus ditentukan dan disiapkan terlebih dahulu.
- d) Jangan lakukan reorganisasi (atau penyusunan organisasi baru), namun kembangkan dari struktur organisasi yang sudah ada.
- e) Pastikan bahwa pelayanan rutin rumahsakit tetap berjalan.

Sistem alarm dan mobilisasi:

- a) Dalam kasus gawat darurat system alarm harus siap dan cepat.
- b) Pihak yang berkompetensi untuk menyalakan alarm harus berada di hierarki yang paling rendah dalam struktur organisasi.
- c) Kepala atau direktur administrasi atau kepala para dokter tidak boleh memiliki keistimewaan dalam memberikan “peringatan” atau alerting.

Sistem pengendalian di rumah sakit :

Bagan Organisasi, berikut menunjukkan berbagai posisi yang mungkin diperlukan untuk mengatasi situasi *emergency*. Pikirkan bagan ini seperti sebuah “kotak peralatan” dimana semua peralatan yang dibutuhkan untuk melakukan sebuah pekerjaan bisa ditemukan di dalam kotak ini.

Penyusunan Bagan Organisasi dibuat dengan beberapa metode, sebagai berikut:

- a) Metode *Crosswalk*

Sebuah susunan/inventaris dari posisi-posisi yang mungkin memiliki tanggungjawab harian sebagaimana yang mungkin ditemukan dalam “*Job Action Sheets*”.

- b) Metode *Worksheet*/Lembar Kerja

Bagan organisasi kosong yang disiapkan untuk membantu rumah sakit dalam mengidentifikasi posisi-posisi didalam rumah sakit itu sendiri yang bisa memberikan kepemimpinan didalam posisi penting.

c) Metode *Minimal Staffing*/Penyusunan staff yang minimal

- Kejadian kecelakaan bis di dini hari akan menemukan pelayanan dan staff rumahsakit yang minimal.
- Di dalam sistem HICS bisa dilakukan aktivasi minimal dari posisi yang dibutuhkan untuk memberikan perawatan bagi pasien yang terluka.
- Di dalam bagan di bawah ini, 5 posisi dengan garis batas yang tebal merupakan posisi yang harus segera diaktifkan setelah kejadian kecelakaan diinformasikan.
- Posisi lainnya bisa diaktivasikan setelah tambahan staf/personal hadir.
- Harus diingat bahwa satu orang personal mungkin diperlukan untuk melakukan lebih dari satu pekerjaan. Contohnya: Supervisor malam akan menjadi “*Incident Commander*” dan “*Labor Pool Unit Leader*”.

d) Metode Flesibilitas

- Aktivasi posisi-posisi untuk kecelakaan massal akan berbeda dengan aktivasi posisi-posisi untuk kecelakaan akibat kebocoran bahan berbahaya atau untuk demonstrasi buruh.
- HEICS cukup *flexible* dalam mengakomodasi kebutuhan-kebutuhan unik setiap kejadian kegawat darurat.
- Bagan berikut ini menggambarkan posisi-posisi yang bisa dibuka untuk mengatasi isu-isu yang terkait dengan peringatan badai. Aktivasi pra-bencana akan membuat para personel yang ditunjuk berada dalam posisi “*stand-by*” dan siap untuk mengisi posisi yang diperlukan pada saat kejadian bencana.

Uraian Tugas:

a) *Emergency Incident Commander*/Komandan Kejadian Gawat Darurat:

- Mengatur dan mengarahkan *Emergency Operation Centre* atau Pusat Operasi Gawat Darurat.

- Memberikan keseluruhan petunjuk untuk operasi penanganan bencana/kegawat daruratan di rumahsakit dan jika diperlukan, mengotorisasi evakuasi.
- b) *Public Information Officer*/Petugas Informasi Umum:
 - Menyediakan informasi bagi mass media
- c) *Liaison Officer*/Petugas Penghubung:
 - Berfungsi sebagai “*contact person*” bagi pihak-pihak atau badan-badan lain yang berkepentingan dengan kejadian bencana yang bersangkutan.
- d) *Safety and Security Officer*/Petugas Keamanan:
 - Memonitor dan memiliki otoritas terhadap keamanan dari operasi penyelamatan dan situasi yang membahayakan.
 - Mengatur dan menjalankan peraturan-peraturan yang diperlukan untuk perlindungan terhadap fasilitas/tempat kejadian dan juga keamanan lalu lintas.
- e) Kepala Seksi Logistik:
 - Mengatur dan mengarahkan operasi yang terkait dengan pemeliharaan lingkungan fisik dan persediaan makanan, shelter/tempat tinggal dan kebutuhan lainnya untuk mendukung suksesnya penanganan bencana di rumah sakit.
- f) Kepala Seksi Perencanaan:
 - Mengatur dan mengarahkan semua aspek dalam seksi perencanaan operasi.
 - Menjamin terdistribusinya data-data dan informasi penting.
 - Menyatukan semua rencana-rencana dan proyeksi *scenario* serta kebutuhan sumber daya dari semua kepala seksi.
 - Mendokumentasikan dan mendistribusikan Rencana Aksi Rumah Sakit.
- g) Kepala Seksi Keuangan:
 - Memonitor penggunaan dari asset-asset keuangan.
 - Memantau pengadaan jasa dan barang yang diperlukan untuk mendukung misi medis rumah sakit.

- Mensupervisi dokumentasi pengeluaran yang terkait dengan emergensi.
- h) Kepala Seksi Operasi:
 - Mengatur dan mengarahkan aspek-aspek yang terkait dengan Seksi Operasi.
 - Menjalankan perintah dari Emergency Incident Commander/Komandan Kejadian Emergency.
 - Mengkoordinasi dan mengawasi sub-seksi pelayanan medis, sub-seksi pelayanan penunjang, dan sub-seksi sumberdaya manusia.
- i) Direktur Staf Medis:
 - Mengatur, memprioritaskan dan menugaskan para dokter ke area dimana pelayanan medis dilaksanakan.
 - Memberikan masukan kepada Komandan Kejadian Gawat Darurat mengenai staf medis.

Kartu Tugas (*Job Action Sheets/JAS*)

- a) Komponen di dalam kartu tugas yang penting untuk ditulis:
 - Apa yang akan mereka lakukan;
 - Kapan mereka akan melakukan; dan,
 - Kepada siapa mereka harus melaporkan setelah menyelesaikan pekerjaannya.
- b) Ketentuan untuk *Job Action Sheets (JAS)*:
 - Satu JAS untuk satu posisi
 - Tujuannya jelas dan fokus
 - Misinya tertulis jelas dan padat
 - Tertulis aktivitas yang menjadi prioritas
 - Bisa disesuaikan setiap saat (kecuali judul dan misi)

Penugasan:

Penugasan untuk menyusun bagan organisasi hosdip untuk masing masing rumah sakit peserta menggunakan metode “*crosswalk*”.

4) Materi 4 : Fasilitas Rumah Sakit dalam Penanganan Korban

Sistem penanganan bencana secara keseluruhan seharusnya sudah ada sebelum terjadi bencana. Dalam artian bahwa persiapan fasilitas di rumah sakit sangat diutamakan demi kelangsungan jalannya penanggulangan bencana secara operasional, misalnya :

- Siapa yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan di lapangan,
- Apakah tim evakuasi korban sudah siap, dan
- Rumah sakit mana saja yang siap menampung para korban bencana serta kemana akan dirujuk para korban yang tidak dapat ditangani oleh Rumah sakit tersebut.
- Apakah fasilitas alat dan ruangan sudah siap.

Penanganan Bencana di rumah sakit mempunyai beberapa unsur, yaitu selain kebutuhan dalam bidang medis, juga dalam bidang manajemen.

A. Fasilitas dan sarana prasarana utama/inti yang diperlukan dalam penanganan bencana atau dalam situasi *emergency* yang terdiri dari tiga komponen utama:

a) UMUM, yang meliputi:

1. Pos komando; diharapkan dalam ruangan ini terdapat :

- Peta rumah sakit
- Peta kota tersebut dan propinsi
- Alat komunikasi (telepon dan radio frekuensi)
- Komputer, printer dan internet
- Televisi
- Nomer-numer telepon penting (karyawan dan rumah sakit terdekat)
- Peta bangunan sekitar untuk pelebaran ruangan
- Buku protap
- Alur sistem komando

2. Humas atau pusat informasi;

- Papan tulis utk laporan data korban
- Meja

- Kursi
 - Telepon
 - Komputer, printer dan internet
 - Humas yang mampu berbahasa inggris
3. Dapur umum;
 4. Gudang logistik untuk penerimaan bantuan; dibedakan dengan gudang logistik yang sehari-hari
 5. Tempat berkumpulnya relawan; relawan disini adalah relawan yang sudah siap untuk masuk tugas di rumahsakit. Yang sudah tercatat dengan jelas oleh pihak pencatat relawan di rumahsakit tersebut.
 6. Tempat berkumpulnya keluarga pasien; penting dipikirkan agar tidak lalu-lalang tidak jelas sehingga membuat situasi rumah sakit tambah kacau karena banyaknya keluarga pasien di lorong-lorong rumah sakit.
 7. *Surge in place* atau persediaan bangsal yang ditutup (tidak dipakai pada saat operasional harian), sebagai contoh : maksudnya adalah rumah sakit yang mempunyai tempat tidur 200 buah, tetapi karena rumah sakit itu kebanjiran pasien maka, pihak rumah sakit telah membuat keputusan dengan membuka bangsal-bangsal yang tertutup untuk dibuka agar pasien dapat ditempatkan kebangsal tertutup tadi (bangsal tambahan) dengan menggunakan strategi “*surging in place*” guna meningkatkan kapasitas lonjakan di rumah sakit (*The Hospital’s Surge Capacity*).

b) PENANGANAN KORBAN, yang meliputi:

1. *Triage*; dengan menempatkan pasien sesuai dengan kondisinya, seperti merah, kuning, hijau dan hitam.
2. Ruang tindakan;
 - Ruang tindakan merah jika tidak mampu di terima di ruang gawat darurat maka penting dicarikan dan disiapkan tempat lain yang berdekatan dengan ruang gawat darurat, serta alur ke

kamar operasi juga disiapkan agar lebih gampang dan tidak berjauhan.

- Ruang tindakan kuning diharapkan juga bisa berdekatan dengan ruang tindakan merah
 - Ruang tindakan hijau jika tidak ada ruangan maka dapat dialokasikan di lapangan parkir
 - Sedangkan untuk yang hitam sedapat mungkin alurnya tidak melalui ruangan dalam rumahsakit , jadi melalui luar yang langsung menuju kamar jenazah
3. Kamar operasi; peralatan kamar operasi diharapkan selalu dalam keadaan baik dan siap pakai
- Ruang isolasi;
 - Ruang perawatan (*intensive care, intermediate, bangsal*); dan;
 - kamar jenazah.

c) FASILITAS PENUNJANG, yang meliputi:

1. Listrik (genset dan UPS);
2. Sistem supply air bersih;
3. Gas medis;
4. CSSD;
5. Penyimpanan bahan bakar;
6. Sistem komunikasi;
7. Pengolahan limbah; dan
8. Sistem tata udara di *critical area*.

Rencana Cadangan (atau *Plan B*) apabila terdapat kerusakan pada fasilitas dan sarana prasarana yang sedianya disiapkan untuk penanganan bencana. Fasilitas yang disiapkan diluar wilayah rumah sakit misalnya bangunan nonmedik seperti, rumah sakit hewan, pusat konvensi, aula, hangar, sekolah, *area sport* dan hotel. Ini penting disiapkan bila Rumahsakit itu sendiri yang mengalami bencana.

- B. Alat-alat medis dan penunjang yang diperlukan dalam penanganan bencana atau dalam situasi *emergency*. Contoh, jika rumah sakit mempunyai mobil

besar yang berisi peralatan operasi dan tempat tidur bagi korban. Alat-alat medis portable atau alat yang dapat dibawa-bawa kelapangan bila banyak korban yang diletakkan di halaman rumah sakit.

C. Fasilitas yang perlu disiapkan jika rumah sakit itu sendiri yang terkena bencana (*internal disaster*) adalah :

- Tanda evakuasi
- Jalur evakuasi cepat
- Tempat berkumpul
- Gudang logistik cadangan
- Pintu darurat
- Ramp
- Jejaring dengan gedung yang berdekatan dengan rumahsakit

Jika fasilitas telah disiapkan, yang harus diperhatikan lagi untuk dipertimbangkan adalah :

- a) Harus diprioritaskan kebutuhan keadaan darurat
- b) Jangka waktu fasilitas tersebut akan digunakan
- c) Biaya yang dibutuhkan untuk penyediaan fasilitas tersebut

Prosedur tetap yang perlu ada dalam tiap rumahsakit seperti :

- a) *External disaster* :
 - Protap musibah massal dan bencana alam
 - Protap bencana kimia
 - Protap KLB (flu burung, flu babi, demam berdarah/DBD)
 - Protap kamar operasi
 - Protap aktivasi bencana
 - Protap pelimpahan wewenang
 - Protap triase (hijau, kuning, merah, biru , hitam)
 - Protap *critical care*
 - Protap isolasi
 - Protap pengadaan dan penyediaan barang
 - Protap manajemen bantuan
 - Protap dapur umum

- Protap manajemen media
- Protap transportasi (medis dan non medis)
- Protap pemulangan pasien
- Protap ambulans
- Protap keamanan
- Protap sistem komunikasi
- Protap pencatatan dan plaporan (rekam medik)
- Protap logistik
- Protap manajemen relawan
- Protap mobilisasi internal (SDM, sarana, prasarana)
- Protap administrasi dan keuangan
- Protap rujukan → berdasarkan kasus dan kelebihan kapasitas
- Protap kamar jenazah
- Protap extensi kapasitas ruangan
- Protap jejaring untuk extensi kapasitas
- Protap pemakaman jenazah masal (infeksius dan non infeksius) termasuk prosesi keyakinan
- Protap expatriot
- Protap mobilisasi SDM internal dan external Rumah Sakit

b) *Internal Disaster* :

- Protap jalur evakuasi
- Protap aktivasi
- Protap critical care

Protap–protap yang ada diatas semua disesuaikan dengan keadaan rumah sakit. Karena pada rumah sakit tipe A akan berbeda kebutuhan dan persiapan yang harus disediakan dengan rumah sakit tipe B,C ataupun D. Semua fasilitas yang akan disiapkan oleh rumah sakit juga bertolak pada tipe masing-masing rumah sakit. Dan rumahsakit menyiapkan fasilitas sesuai dengan kemampuan rumah sakit tersebut.

3. EVALUASI

- a. Apa yang diketahui tentang materi dasar tentang *Hospital Disaster Plan*?
- b. Apa yang diketahui tentang materi inti *Hospital Disaster Plan* tentang koordinasi, operasional, dan logistik?
- c. Apa yang diketahui tentang materi penunjang *Hospital Disaster Plan*?

4. SUMBER

Divisi Manajemen Bencana. 20--. *Modul Hospital Disaster Plan: Garis-Garis Besar Program Pembelajaran*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

BAB 6

PERTOLONGAN PERTAMA PADA GAWAT DARURAT

1. TUJUAN PEMBELAJARAN

Untuk mengetahui dasar-dasar pertolongan pertama pada saat bencana untuk masyarakat.

2. DASAR TEORI

Dasar-dasar pertolongan pertama pada saat bencana untuk masyarakat terdiri dari, sebagai berikut :

Materi 1: Mengenal Ancaman Kegawat Daruratan

Keadaan gawat darurat dapat dikelompokkan menjadi :

a. Gawat darurat

Suatu kondisi yang dapat mengancam jiwa apabila tidak mendapatkan pertolongan segera. Contoh: korban kecelakaan dengan perdarahan dan luka di kepala

b. Gawat tidak darurat

Keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan yang darurat misalnya kanker stadium lanjut.

c. Darurat tidak gawat

Suatu keadaan dimana pasien berada dalam keadaan darurat tetapi tidak gawat. Misalnya pasien yang mengalami kecelakaan dan mengalami patah tulang lengan.

d. Tidak gawat tidak darurat

Suatu kondisi yang tidak gawat dan juga tidak memerlukan penanganan segera, misalnya pasien yang mengalami luka lecet.

Materi 2 : Bantuan Hidup Dasar

a. Bantuan Hidup Dasar

Bantuan hidup dasar adalah suatu usaha untuk mempertahankan kehidupan saat pasien mengalami keadaan yang mengancam jiwa.

Kapan bantuan hidup dasar dilakukan?

1) Henti napas

Henti napas ditandai dengan tidak adanya aliran udara pernapasan pasien. Henti napas biasanya disebabkan oleh kejadian seperti stroke, tenggelam, tersengat listrik, tersambar petir.

Pada saat awal terjadi henti napas, oksigen masih dapat masuk ke dalam darah dan jantung masih dapat mengalirkan darah ke otak dan organ lainnya. Pada situasi ini, ketika diberikan bantuan pernapasan akan sangat bermanfaat bagi pasien untuk tetap dapat bertahan dan mencegah terjadinya henti jantung.

2) Henti Jantung

Henti jantung akan menyebabkan terjadinya henti sirkulasi. Henti sirkulasi kemudian menyebabkan otak dan organ vital kekurangan oksigen.

Bantuan hidup dasar adalah tahap awal dari pengelolaan gawat darurat medis yang bertujuan:

- a) Mencegah berhentinya sirkulasi
- b) Memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi yang mengalami henti jantung dan henti napas melalui resusitasi jantung paru.

b. Prinsip Dasar Bantuan Hidup Dasar

1) Bahaya

- a) Periksa bahaya untuk diri sendiri, orang lain dan korban;
- b) Tolong korban jika keadaannya aman;
- c) Jika bahaya tidak dapat diamankan tunggu bantuan ahli.

2) Response

Periksa kesadaran dengan mengguncangkan bahu dan memanggil “Bapak/Ibu/Mas/Mba”.

- c) Setelah selesai melakukan prosedur dasar, kemudian dilanjutkan dengan melakukan tindakan :

1) A (Airway) / Jalan Napas

Terdiri dari 2 tahap, yaitu :

- a) Pemeriksaan jalan napas

Tindakan ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya sumbatan jalan napas oleh benda asing. Jika terdapat sumbatan harus dibersihkan dahulu, kalau

sumbatan berupa cairan dapat dibersihkan dengan jari telunjuk atau jari tengah yang dilapisi dengan sepotong kain, sedangkan sumbatan oleh benda keras dapat dikorek dengan menggunakan jari telunjuk yang dibengkokkan. Mulut dapat dibuka dengan teknik *Cross Finger*, dimana ibu jari diletakkan berlawanan dengan jari telunjuk pada mulut korban.

b) Membuka jalan napas

Setelah jalan napas dipastikan bebas dari sumbatan benda asing, biasa pada korban tidak sadar tonus otot-otot menghilang, maka lidah dan epiglotis akan menutup farink dan larink, inilah salah satu penyebab sumbatan jalan napas. Pembebasan jalan napas oleh lidah dapat dilakukan dengan cara tengadah kepala topang dagu (*Head tilt – chin lift*) dan Manuver Pendorongan Mandibula. Teknik membuka jalan napas yang direkomendasikan untuk orang awam dan petugas kesehatan adalah tengadah kepala topang dagu, namun demikian petugas kesehatan harus dapat melakukan manuver lainnya.

2) B (Breathing) / Bantuan Napas

Terdiri dari 2 tahap :

a) Memastikan korban/pasien tidak bernapas.

Dengan cara melihat pergerakan naik turunnya dada, mendengar bunyi napas dan merasakan hembusan napas korban/pasien. Untuk itu penolong harus mendekatkan telinga di atas mulut dan hidung korban/pasien, sambil tetap mempertahankan jalan napas tetap terbuka. Prosedur ini dilakukan tidak boleh melebihi 10 detik.

b) Memberikan bantuan napas.

Jika korban/pasien tidak bernapas, bantuan napas dapat dilakukan melalui mulut ke mulut, mulut ke hidung.

Cara memberikan bantuan pernapasan :

- Mulut ke mulut

Bantuan pernapasan dengan menggunakan cara ini merupakan cara yang cepat dan efektif untuk memberikan udara ke paru-paru korban/pasien.

Pada saat dilakukan hembusan napas dari mulut ke mulut, penolong harus mengambil napas dalam terlebih dahulu dan mulut penolong harus dapat menutup seluruhnya mulut korban dengan baik agar tidak terjadi kebocoran saat menghembuskan napas dan juga penolong harus menutup lubang hidung korban/pasien dengan ibu jari dan jari telunjuk untuk mencegah udara keluar kembali dari hidung.

- **Mulut ke hidung**

Teknik ini direkomendasikan jika usaha ventilasi dari mulut korban tidak memungkinkan, misalnya mulut korban mengalami luka yang berat, dan sebaliknya jika melalui mulut ke hidung, penolong harus menutup mulut korban/pasien.

3) C (CIRCULATION) / Bantuan Sirkulasi

Terdiri dari 2 tahapan :

a) **Memastikan ada tidaknya denyut jantung korban/pasien.**

Ada tidaknya denyut jantung korban/pasien dapat ditentukan dengan meraba arteri karotis di daerah leher korban/pasien, dengan dua atau tiga jari tangan (jari telunjuk dan tengah) penolong dapat meraba pertengahan leher sehingga teraba trakhea, kemudian kedua jari digeser ke bagian sisi kanan atau kiri kira-kira 1–2 cm, raba dengan lembut selama 5–10 detik.

Jika teraba denyutan nadi, penolong harus kembali memeriksa pernapasan korban dengan melakukan manuver tengadah kepala topang dagu untuk menilai pernapasan korban/pasien. Jika tidak bernapas lakukan bantuan pernapasan, dan jika bernapas pertahankan jalan napas.

b) **Melakukan bantuan sirkulasi**

Jika telah dipastikan tidak ada denyut jantung, selanjutnya dapat diberikan bantuan sirkulasi atau yang disebut dengan kompresi jantung luar, dilakukan dengan teknik sebagai berikut :

- Dengan jari telunjuk dan jari tengah penolong menelusuri tulang iga kanan atau kiri sehingga bertemu dengan tulang dada (sternum).

- Dari pertemuan tulang iga (tulang sternum) diukur kurang lebih 2 atau 3 jari ke atas. Daerah tersebut merupakan tempat untuk meletakkan tangan penolong dalam memberikan bantuan sirkulasi.
- Letakkan kedua tangan pada posisi tadi dengan cara menumpuk satu telapak tangan diatas telapak tangan yang lainnya, hindari jari-jari tangan menyentuh dinding dada korban/pasien, jari-jari tangan dapat diluruskan atau menyilang.
- Dengan posisi badan tegak lurus, penolong menekan dinding dada korban dengan tenaga dari berat badannya secara teratur sebanyak 30 kali dengan kedalaman penekanan berkisar antara 1,5–2 inci (3,8–5 cm).
- Tekanan pada dada harus dilepaskan keseluruhannya dan dada dibiarkan mengembang kembali ke posisi semula setiap kali melakukan kompresi dada. Selang waktu yang dipergunakan untuk melepaskan kompresi harus sama dengan pada saat melakukan kompresi.
- Tangan tidak boleh lepas dari permukaan dada dan atau merubah posisi tangan pada saat melepaskan kompresi.
- Rasio bantuan sirkulasi dan pemberian napas adalah 30:2 dilakukan baik oleh 1 atau 2 penolong jika korban/pasien tidak terintubasi dan kecepatan kompresi adalah 100 kali permenit (dilakukan 4 siklus permenit), untuk kemudian dinilai apakah perlu dilakukan siklus berikutnya atau tidak.

Dari tindakan kompresi yang benar hanya akan mencapai tekanan sistolik 60–80 mmHg, dan diastolik yang sangat rendah, sedangkan curah jantung (*cardiac output*) hanya 25% dari curah jantung normal. Selang waktu mulai dari menemukan pasien dan dilakukan prosedur dasar sampai dilakukannya tindakan bantuan sirkulasi (kompresi dada) tidak boleh melebihi 30 detik.

Materi 3: Evakuasi, Stabilisasi dan Transportasi

Evakuasi, stabilisasi dan transportasi merupakan salah satu bagian penting dalam pelayanan gawat darurat.

a. Evakuasi Korban

Cara mengevakuasi pasien yang benar:

1) Pack Strap

Digunakan untuk para pasien yang memiliki penyakit cardiovascular disease dan mereka yang mengalami masalah dengan ekstremitas seperti patah kaki dan nyeri pada kaki. Dapat digunakan dalam melakukan evakuasi pasien secara vertical (penting diketahui untuk mengevakuasi pasien di tempat perawatan yang bertingkat).

2) Hips Carry

Digunakan untuk mereka yang memiliki masalah : *post op abdomen*, sakit/nyeri di perut, kehamilan yang tidak sedang inpartu. Dapat digunakan dalam melakukan evakuasi pasien secara vertikal (penting diketahui untuk mengevakuasi pasien di tempat perawatan yang bertingkat).

3) Kneel Drop

Dipergunakan untuk pasien yang memiliki kelumpuhan total, tidak sadar, dengan tanpa adanya kondisi khusus misalnya kehamilan. Hanya dapat digunakan untuk evakuasi secara horizontal (tidak dapat digunakan pada gedung bertingkat, hanya untuk memindahkan pasien dari suatu lokasi ke lokasi lainnya secara mendatar).

Cara mengevakuasi pasien yang benar dengan 2 orang penolong, sebagai berikut:

1) Swing

- Baik untuk membawa pasien menuruni tangga sehingga banyak digunakan untuk evakuasi vertikal, tetapi juga bisa digunakan untuk mengevakuasi pasien secara horizontal pada kondisi: dibutuhkan kecepatan dalam melakukan evakuasi seperti pada saat kita menghadapi kebakaran yang menyebar dengan cepat atau melebar dengan cepat atau saat terjadi gempa bumi.
- Sebagian besar pasien dapat memanfaatkan teknik ini kecuali mereka yang mengalami masalah post operasi panggul, ada masalah serius di panggul. Ada masalah di tulang belakang/kepala atau leher.

- Dapat digunakan untuk pasien dengan kehamilan besar dan kondisi inpartu (pertimbangkan untuk mendelay persalinan bila memungkinkan).

2) Extrimity

- Digunakan bila kita membutuhkan kecepatan untuk mengevakuasi pasien, seperti bila kita menghadapi kebakaran dan gempa bumi.
- Digunakan pada pasien : tidak sadar, tanpa ada trauma di kaki, atau tulang punggung.
- Tidak disarankan untuk dilaksanakan untuk membawa pasien melalui tangga, karena akan sulit dilaksanakan.

Cara mengevakuasi pasien yang benar dengan tiga atau empat orang penolong

1) Dengan selimut

Digunakan pada pasien :

- Yang memiliki masalah di tulang punggung;
- Yang memiliki masalah di daerah kaki;
- Cukup aman digunakan pada sebagian besar pasien, baik yang sadar maupun tidak sadar

Dapat digunakan untuk menuruni tangga dengan cukup cepat.

2) Dengan brankar

- Digunakan untuk mereka yang memiliki cedera tulang punggung, atau yang membutuhkan kestabilan tinggi di kaki atau leher.
- Biasanya bagus untuk evakuasi secara horizontal, dan membutuhkan kecepatan.
- Bila melalui tangga harus menggunakan teknik khusus, dan tali-menali karena bila dibawa langsung cukup sulit untuk melakukan pergerakan atau manuver di tangga.

b. Stabilisasi

Stabilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk membuat korban menjadi stabil. Nadi teratur, nafas teratur, perdarahan dihentikan, patah tulang diimobilisasi. Jika nafas dan nadi terhenti, lakukan ABC dan resusitasi

Menghentikan perdarahan dengan cara :

- 1) Penekanan dengan jari
- 2) Balut tekan
- 3) Tourniquet
- 4) Operasi

Imobilisasi patah tulang

Patah tulang ada 2 jenis yaitu patah tulang terbuka dan patah tulang tertutup.

- 1) Patah tulang terbuka:
 - a) Hentikan perdarahan
 - b) Lindungi luka/ditutup
 - c) Pasang spalk

Syarat memasang spalk, yaitu :

- Lurus dan ringan
- Mengistirahatkan 2 sendi
- Khusus untuk tulang belakang, *long spine board*

c. Transportasi

Langkah utama transportasi korban, antara lain :

- 1) Memilih alat yang tepat untuk mengangkat dan memindahkan korban.
- 2) Persiapkan korban dalam keadaan aman/stabil.
- 3) Lakukan pemindahan korban dengan sangat hati-hati.
- 4) Perhatikan keselamatan saat memindahkan korban ke ambulan, helicopter dan *speed boat* .
- 5) Monitor tanda vital secara ketat: pernapasan dan nadi.

Alat transportasi: ambulan, *speed boat* dan helicopter.

Materi 4: Triase

Triase adalah pengelompokkan korban yang berdasarkan atas berat ringannya trauma/penyakit serta kecepatan penanganan/pemindahannya. Triase dapat dilakukan di dalam rumah sakit maupun di lapangan. Digunakan dalam kegawatan sehari-hari, dan dapat diekskalasikan untuk musibah massal dan bencana.

a. Prinsip Triase

Seleksi korban berdasarkan:

- 1) Ancaman jiwa yang dapat mematikan (dalam hitungan menit)
- 2) Dapat mati (dalam hitungan jam)
- 3) Ruda paksa ringan
- 4) Sudah meninggal

Terdapat perbedaan triase dalam keadaan normal dan bencana, sebagai berikut:

Normal	Bencana
Korban paling berat ditolong lebih dahulu dengan semua sarana yang ada	Korban paling mudah diselamatkan, ditolong dulu dengan sarana minimal yang ada
Korban paling ringan ditolong belakangan/ditunda	Korban paling berat ditolong belakangan/ditunda

b. Prioritas pertolongan

Prioritas pertolongan	Sehari-hari	Bencana
Prioritas Pertama Mengancam jiwa Pemindahan: segera	 	 
Prioritas kedua Potensial mengancam jiwa Pemindahan: jangan terlambat		
Prioritas Ketiga Tidak perlu segera Pemindahan: paling terakhir		

Contoh-contoh pewarnaan:

Prioritas I : Merah

- Sumbatan jalan

- Shock
- Perdarahan pembuluh nadi
- Problem kejiwaan serius
- Tangan/kaki yang terpotong dengan perdaraha
- Luka bakar yang luas dan berat

Prioritas II : Kuning

- Luka bakar sedang dan tidak begitu luas
- Patah tulang besar
- Trauma dada/perut
- Luka robek yang luas
- Trauma bola mata

Prioritas III : Hijau

- Luka memar dan luka robek otot ringan
- Luka bakar ringan (kecuali daerah muka dan tangan)

Prioritas IV : Hitam

- Henti jantung kritis
- Trauma kepala kritis
- Radiasi tinggi

3. EVALUASI

Apa saja dasar-dasar pertolongan pertama pada saat bencana untuk masyarakat?

4. SUMBER

Divisi Manajemen Bencana. 2015. *Modul Dasar-Dasar Pertolongan Pertama Pada Saat Bencana Untuk Masyarakat*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

BAB 7

KESEHATAN REPRODUKSI DALAM SITUASI BENCANA

a. Tujuan Pembelajaran

1. Mengetahui Kesehatan Reproduksi pada Situasi Bencana.
2. Mengetahui Pelayanan Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Darurat Bencana dilaksanakan melalui Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada saat awal bencana/krisis kesehatan.

b. Dasar Teori

Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang menyeluruh dan tidak semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta prosesnya. ICPD, Cairo 1994 dan UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 71 ayat 1.

Kesehatan Reproduksi adalah bagian dari HAM. Kespro adalah merupakan isu Kesehatan masyarakat yang serius & merupakan penyebab significant kesakitan dan kematian (MDG 3: Kesetaraan gender, 4 + 5: KIA, 6:HIV), bagian dari standard SPHERE. Kespro Masyarakat memiliki akses pada PPAM untuk memenuhi kebutuhan Kespro mereka (masuk di standard SPHERE sejak th 2004).

Kebutuhan Kesehatan Reproduksi berlanjut bahkan, meningkat pada situasi bencana. Risiko kekerasan seksual dapat meningkat selama ketidakstabilan sosial. Penularan IMS/HIV dapat meningkat di area dengan kepadatan populasi tinggi. Kurangnya layanan Keluarga Berencana meningkatkan risiko yang berhubungan dengan kehamilan yang tidak diinginkan. Kekurangan gizi dan epidemi meningkatkan risiko komplikasi kehamilan. Kelahiran terjadi selama perpindahan populasi. Kurangnya akses kepada layanan gawatdarurat kebidanan komprehensif meningkatkan risiko kematian ibu. Kebutuhan untuk meneruskan kehidupan seksual yang sehat bagi pasangan suami istri, khususnya untuk pengungsian dalam jangka waktu lama.

a) Kebijakan Kesehatan Reproduksi pada situasi Bencana:

1. Pelayanan Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Darurat Bencana dilaksanakan melalui **Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi** pada saat awal bencana/krisis kesehatan.
 2. Pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif diintegrasikan pada pelayanan kesehatan dasar segera setelah stabil.
 3. Respon kesehatan reproduksi pada situasi darurat bencana dilakukan secara terkoordinir dengan LP/LS, organisasi profesi dan LSM terkait
- Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi adalah satu set kegiatan prioritas Kesehatan reproduksi yang dilaksanakan pada situasi bencana. Apabila dilaksanakan pada awal bencana, PPAM akan dapat menyelamatkan hidup dan mencegah kesakitan pada perempuan. Penerapan PPAM:

1. Tanpa melakukan assessment kita sudah tahu bahwa pada situasi bencana kebutuhan akan layanan kesehatan reproduksi tetap ada dan bahkan meningkat.
2. Tanpa melakukan assessment, kita sudah tahu kalau intervensi yang dibutuhkan adalah melalui PPAM.
3. Yang perlu dilakukan adalah menilai kondisi fasilitas kesehatan (termasuk puskesmas PONED dan RS PONEK), ketersediaan alat dan bahan serta tenaga kesehatan.

b) Menghitung sasaran Kesehatan Reproduksi:

1. Mengumpulkan data riil sasaran (ibu hamil, ibu melahirkan dll) pada fase akut bencana sangat sulit dilakukan.
2. Data sasaran dapat dihitung dengan estimasi statistik dengan:
 - Menggunakan data Angka Kelahiran Kasar (CBR)
 - Menggunakan data jumlah pengungsi

c) 5 Tujuan PPAM

1. Mengidentifikasi coordinator.
2. Mencegah & menangani kekerasan seksual.
3. Mengurangi penularan HIV.
4. Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal.

5. Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi stabil.

Penerapan PPAM, diterapkan pada semua jenis bencana.

d) Logistik untuk penerapan PPAM:

1. Bidan Kit.
2. Kit Kesehatan Reproduksi.
3. Kit individual.
4. Peralatan penunjang.

e) Kit Kesehatan Reproduksi:

1. Berisi peralatan, obat dan bahan habis pakai yang dikemas secara khusus (disesuaikan jenis pelayanan) dengan tujuan untuk memudahkan dalam pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi.
2. Dikelompokkan berdasarkan tingkat pelayanan kesehatan: di tingkat masyarakat, puskesmas & RS rujukan dan jumlah pengungsi.
3. Dikemas untuk dipakai selama 3 bulan, masih diimport dari Copenhagen, Denmark.

Kit Kesehatan Reproduksi dibedakan menjadi 3 blok, yaitu blok 1,2 dan 3:

- Blok 1 Terdiri dari 6 kit, untuk fasilitas kesehatan primer (10,000 org/ 3 bulan):

Blok 1					
Kit		Isi	Kode Warna	Jumlah Boks	Keterangan
Kit 0		Kit Administrasi	Oranye	1	
Kit 1		Kondom	Merah		
	a	Kondom pria		4	
	b	Kondom wanita		1	
Kit 2		Persalinan Bersih	Biru Tua		
	a	Individual		4/unit	50/box
	b	Penolong persalinan		1	
Kit 3		Kit Pengelolaan	Merah	1	1 unit/box

Kit 4		Kit alat kontrasensi oral	Putih	1	
Kit 5		Kit Pengelolaan IMS	Turquoise / Biru Kehijauan	1	

- Blok 2 Terdiri 5 kit, untuk fasilitas kesehatan primer dan rumah sakit rujukan (30,000 org/3bulan):

Blok 2					
Kit		Isi	Kode Warna	Jumlah Boks	Keterangan
Kit 6		Kit Persalinan Klinis (dengan sterilisator)	Coklat	6/unit	5/6 (disimpan di suhu
Kit 7		IUD Kit	Hitam	1	
Kit 8		Pengelolaan abortus dan komplikasi	Kuning	2/unit	2/2 cool (disimpan di suhu
Kit 9		Pengelolaan robekan jalan lahir (cerviks dan vagina) dan pemeriksaan per vagina(tanpa	Ungu	1	
Kit 10		Kit vakum ekstraktor	Abu-abu	1	

- Blok 3 Terdiri dari 2 kit, untuk rumah sakit rujukan pusat untuk 150,000 orang/3 bulan:

Blok 3

Kit	Isi	Kode Warna	Jumlah Boks	Keterangan
Kit 11	Kit rujukan kesehatan reproduksi	Hijau Terang		
	a	Pakai ulang	1	
	b	Obat-obatan dan alat habis pakai	34	34/34 (disimpan di suhu dingin)
Kit 12	Kit tranfusi darah	Hijau Tua	2	2/2 (disimpan di suhu dingin)

f) Implementasi PPAM di Indonesia.

Difokuskan pada integrasi PPAM ke dalam sistem nasional penanggulangan krisis kesehatan atau penanggulangan bencana bidang kesehatan melalui:

1. Integrasi PPAM ke dalam dokumen kebijakan Kementerian Kesehatan:
SK Permenkes no 63 th 2013 tentang penanggulangan krisis kesehatan menyatakan bahwa pelayanan kesehatan reproduksi harus tersedia pada fase tanggap darurat dan pasca tanggap darurat krisis kesehatan.
2. Integrasi PPAM ke dalam buku pedoman PPKK dan penyusunan buku pedoman PPAM pada krisis kesehatan
3. Integrasi PPAM ke dalam sistem koordinasi bencana melalui sistem Klaster Nasional:
Sub klaster kesehatan reproduksi di bawah klaster kesehatan
4. Integrasi PPAM ke dalam sistem pelatihan nasional:
 - Pelatihan PPAM telah terakreditasi oleh PPSDM, Kementerian Kesehatan
 - 2 kali pelatihan ToT di tingkat nasional
 - 9 regional PPKK, 2 sub regional PPKK, PMI, LSM, IBI, PPNI dll (>600 orang telah dilatih PPAM)

- Memasukkan materi PPAM ke dalam kurikulum pendidikan bidan.

g) Kendala Pelaksanaan PPAM.

1. Penerapan PPAM membutuhkan pendekatan multi sektor tidak hanya sektor kesehatan dan memerlukan koordinasi yang kuat.
2. Implementasi program masih terbatas di tingkat nasional, regional PPKK dan sebagian propinsi. Masih banyak daerah dan petugas bencana yang belum terpapar tentang PPAM (khususnya di tingkat kabupaten dan puskesmas).
3. Bagi sebagian orang, kesehatan reproduksi masih belum dianggap sebagai intervensi prioritas pada tahap awal bencana.
4. Logistik untuk PPAM masih belum terintegrasi ke sistem nasional dan saat ini masih disediakan oleh UNFPA.

c. Evaluasi

1. Bagaimana Kesehatan Reproduksi pada Situasi Bencana?
2. Bagaimana Pelayanan Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Darurat Bencana dilaksanakan melalui Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada saat awal bencana/krisis kesehatan?

d. Sumber Referensi

Kementrian Kesehatan RI.2008.*Pedoman Praktis Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia*.Jakarta:Kemenkes.

BAB 8

GIZI DALAM PENANGGULANGAN BENCANA

a. Tujuan Pembelajaran

1. Mengetahui ruang lingkup gizi dalam penanggulangan bencana.
2. Mengetahui pelaksanaan kegiatan penanganan gizi.
3. Mengetahui pemantauan dan evaluasi.

b. Dasar Teori

Kegiatan gizi dalam penanggulangan bencana merupakan rangkaian kegiatan yang dimulai sejak pra bencana, pada situasi bencana dan pasca bencana.

1. Pra Bencana

Penanganan gizi pada pra bencana pada dasarnya adalah kegiatan antisipasi terjadinya bencana dan mengurangi risiko dampak bencana. Kegiatan yang dilaksanakan antara lain sosialisasi dan pelatihan petugas seperti manajemen gizi bencana, penyusunan rencana kontinjensi kegiatan gizi, konseling menyusui, konseling Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI), pengumpulan data awal daerah rentan bencana, penyediaan bufferstock MP-ASI, pembinaan teknis dan pendampingan kepada petugas terkait dengan manajemen gizi bencana dan berbagai kegiatan terkait lainnya.

2. Situasi Keadaan Darurat Bencana

Situasi keadaan darurat bencana terbagi menjadi 3 tahap, yaitu siaga darurat, tanggap darurat dan transisi darurat.

- Siaga Darurat

Siaga darurat adalah suatu keadaan potensi terjadinya bencana yang ditandai dengan adanya pengungsi dan pergerakan sumber daya. Kegiatan penanganan gizi pada situasi siaga darurat sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada dapat dilaksanakan kegiatan gizi seperti pada tanggap darurat.

- Tanggap Darurat

Kegiatan penanganan gizi pada saat tanggap darurat dapat dikelompokkan dalam 2 (dua) tahap, yaitu tahap tanggap darurat awal dan tanggap darurat lanjut.

- Transisi Darurat

Transisi darurat adalah suatu keadaan sebelum dilakukan rehabilitasi dan rekonstruksi. Kegiatan penanganan gizi pada situasi transisi darurat disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada, dapat dilaksanakan kegiatan gizi seperti pada tanggap darurat.

3. Pasca Bencana

Kegiatan penanganan gizi pasca bencana pada dasarnya adalah melaksanakan pemantauan dan evaluasi sebagai bagian dari surveilans, untuk mengetahui kebutuhan yang diperlukan (need assessment) dan melaksanakan kegiatan pembinaan gizi sebagai tindak lanjut atau respon dari informasi yang diperoleh secara terintegrasi dengan kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat (public health response) untuk meningkatkan dan mempertahankan status gizi dan kesehatan korban bencana.

Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) merupakan penanggung jawab utama dalam penanggulangan bencana. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan (PPKK) Kementerian Kesehatan merupakan unsur dari BNPB dalam penanggulangan masalah kesehatan dan gizi akibat bencana. Pengelola kegiatan gizi Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota merupakan bagian dari tim penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana yang dikoordinasikan PPKK, PPKK Regional dan Sub regional, Dinas Kesehatan Provinsi serta Kabupaten dan Kota. Penanganan gizi pada situasi bencana melibatkan lintas program dan lintas sektor termasuk Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) nasional maupun internasional.

Kegiatan penanganan gizi pada situasi bencana perlu dikoordinasikan agar efektif dan efisien, antara lain sebagai berikut:

- a. Penghitungan kebutuhan ransum;
- b. Penyusunan menu 2.100 kkal, 5.0 g protein dan 40 g lemak;
- c. Penyusunan menu untuk kelompok rentan;
- d. Pendampingan penyelenggaraan makanan sejak dari persiapan sampai pendistribusian;
- e. Pengawasan logistik bantuan bahan makanan, termasuk bantuan susu formula bayi;

- f. Pelaksanaan surveilans gizi untuk memantau keadaan gizi pengungsi khususnya balita dan ibu hamil;
- g. Pelaksanaan tindak lanjut atau respon sesuai hasil surveilans gizi;
- h. Pelaksanaan konseling gizi khususnya konseling menyusui dan konseling MP-ASI;
- i. Suplementasi zat gizi mikro (kapsul vitamin A untuk balita dan tablet besi untuk ibu hamil).

Penanganan gizi dalam situasi bencana terdiri dari penanganan gizi pada kelompok rentan dan dewasa selain ibu menyusui dan ibu hamil. Penjelasan lebih rinci penanganan pada kelompok tersebut sebagai berikut:

1. Penangan Gizi Kelompok Rentan

Penanganan gizi kelompok rentan diprioritaskan bagi anak usia 0-23 bulan, anak usia 24-59. bulan, ibu hamil dan ibu menyusui serta lanjut usia.

2. Penanganan Gizi Kelompok Dewasa

- Pemilihan bahan makanan disesuaikan dengan ketersediaan bahan makanan
- Keragaman menu makanan dan jadwal pemberian disesuaikan dengan kemampuan tenaga pelaksana. Daftar Menu Harian ditempel di tempat yang mudah dilihat oleh pelaksana pengolahan makanan
- Pemberian makanan/minuman suplemen harus didasarkan pada anjuran petugas kesehatan yang berwewenang
- Perhitungan kebutuhan gizi korban bencana disusun dengan mengacu pada rata-rata Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan
- Menyediakan paket bantuan pangan (ransum) yang cukup untuk semua pengungsi dengan standar minimal 2.100 kkal, 5.0 g protein dan 40 g lemak per orang per hari. Menu makanan disesuaikan dengan kebiasaan makan setempat, mudah diangkut, disimpan dan didistribusikan serta memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral.

Pemantauan dan evaluasi kegiatan penanganan gizi pada situasi bencana merupakan kegiatan yang dilakukan mulai tahap pra bencana, tanggap darurat dan pasca bencana secara terus menerus dan berkesinambungan. Kegiatan ini dilakukan dengan mengevaluasi pencapaian pelaksanaan kegiatan dengan cara

memantau hasil yang telah dicapai yang terkait penanganan gizi dalam situasi bencana yang meliputi input, proses dan output.

Kegiatan pemantauan dan evaluasi dilaksanakan oleh pengelola kegiatan gizi bersama tim yang dikoordinasikan oleh PPKK Kementerian Kesehatan dengan menggunakan instrumen yang telah disiapkan.

1. Pra Bencana

- Tersedianya pedoman pelaksanaan penanganan gizi dalam situasi bencana
- Tersedianya rencana kegiatan antisipasi bencana (rencana kontinjensi)
- Terlaksananya sosialisasi dan pelatihan petugas
- Terlaksananya pembinaan antisipasi bencana
- Tersedianya data awal daerah bencana.

2. Tanggap Darurat Awal dan Tanggap Darurat Lanjut

- Tersedianya data sasaran hasil RHA
- Tersedianya standar ransum di daerah bencana
- Tersedianya daftar menu makanan di daerah bencana
- Terlaksananya pengumpulan data antropometri balita (BB/U, BB/TB dan TB/U)
- Terlaksananya pengumpulan data antropometri ibu hamil dan ibu menyusui (LiLA)
- Terlaksananya konseling menyusui
- Terlaksananya konseling MP-ASI
- Tersedianya makanan tambahan atau MP-ASI di daerah bencana
- Tersedianya kapsul vitamin A di daerah bencana
- Terlaksananya pemantauan bantuan pangan dan susu formula.

3. Pasca Bencana

- Terlaksananya pembinaan teknis pasca bencana
- Terlaksananya pengumpulan data perkembangan status gizi korban bencana
- Terlaksananya analisis kebutuhan (need assessment) kegiatan gizi pasca bencana.

c. Evaluasi

1. Bagaimana ruang lingkup gizi dalam penanggulangan bencana?

2. Bagaimana pelaksanaan kegiatan penanganan gizi?
 3. Bagaimana pemantauan dan evaluasi?
- d. Sumber Referensi
- Kementrian Kesehatan RI.2012.*Pedoman Kegiatan Gizi Dalam Penanggulangan Bencana*.Jakarta:Kemenkes.

BAB 9

UPAYA KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL DALAM SITUASI BENCANA

a. Tujuan

1. Mengetahui Prinsip Dasar Upaya Kesehatan Jiwa Bencana.
2. Mengetahui Pengembangan Sistem Kesehatan Jiwa untuk Kesiapsiagaan Bencana.
3. Mengetahui Upaya Kesehatan Jiwa untuk Kesiapsiagaan Bencana.
4. Mengetahui Manajemen Penanganan Kesehatan Jiwa untuk Kesiapsiagaan Bencana.

b. Dasar Teori

Sebelum terjadi bencana, perencanaan kesiapsiagaan menghadapi bencana dan respon terhadap masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang bersifat nasional, provinsi dan kabupaten/kota perlu dipersiapkan untuk menghadapi bencana yang tidak tahu kapan akan terjadi. Semua pelayanan kesehatan pada situasi bencana harus dapat menjamin terapi dan perawatan yang memiliki beberapa prinsip pelayanan yang dapat diakses:

1. Responsif dan menjawab kebutuhan masyarakat pada situasi bencana.
2. Pemerataan pelayanan bagi semua yang membutuhkan serta mudah diakses.
3. Intervensi berbasis bukti (*Evidence-based intervention*)
4. Multidisiplin.
5. Menjaga dan menghormati hak asasi manusia.
6. Komprehensif, terpadu dan berkesinambungan.

Sistem kesehatan jiwa yang komprehensif perlu dikembangkan untuk merespon kebutuhan dukungan psikososial dan kesehatan jiwa pada masyarakat yang terkena bencana. Sistem kesehatan jiwa yang kuat akan memudahkan suatu daerah memiliki sumberdaya manusia yang terampil dan siap dimobilisasi dengan cepat bila terjadi bencana.

Seluruh aspek kesehatan jiwa haruslah dikembangkan dalam jangka panjang, termasuk: pengembangan kebijakan kesehatan jiwa, pengembangan pelayanan kesehatan jiwa dan peningkatan struktur administrasi kesehatan jiwa di dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota.

a) Sistem Pelayanan Kesehatan Jiwa Untuk Kesiapsiagaan Bencana

Membangun sistem pelayanan kesehatan jiwa masyarakat disertai sistem rujukan untuk masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada kesiapsiagaan bencana pada suatu wilayah kabupaten/kota, ada beberapa level sistem pelayanan kesehatan jiwa yang perlu dibangun sebagai upaya kesiapsiagaan bencana:

- Level 1: Pelayanan Kesehatan Jiwa Pada Tingkat Masyarakat
- Level 2: Pelayanan Kesehatan Jiwa Melalui Puskesmas
- Level 3: Perawatan dan Dukungan diluar sektor kesehatan formal
- Level 4: Perawatan pada tingkat individu dan keluarga.

b) Sistem Informasi

Sistem informasi merupakan komponen penting dalam pengembangan upaya kesehatan jiwa pada kesiapsiagaan bencana.

Hal ini bertujuan untuk:

- Menjamin diseminasi informasi sampai pada masyarakat
- Menjamin diseminasi informasi antar sistem yaitu dari sistem kesehatan kepada sistem lain
- Memudahkan akses oleh berbagai kelompok sasaran.

c) Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi secara rutin atau berkala upaya-upaya program kesehatan jiwa bencana perlu dilakukan untuk menilai atau mengukur keberhasilan kegiatan yang dilaksanakan.

d) Sistem Koordinasi

Maksud dan tujuan mengembangkan sistem koordinasi dalam upaya pelayanan kesehatan jiwa pada kesiapsiagaan bencana ini agar:

- Pemanfaatan sumber daya dapat lebih efektif dan efisien
- Mencegah terjadinya fragmentasi dan duplikasi upaya dukungan kesehatan jiwa dan psikososial yang diberikan
- Intervensi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan fakta yang ada dimasyarakat, dan tersebar secara geografis sesuai kebutuhan

- Menjamin agar semua organisasi lokal, nasional dan internasional menggunakan intervensi terhadap masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang dibuktikan efektif.

e) Pemberdayaan Masyarakat

Upaya pemberdayaan masyarakat guna melakukan respon awal saat bencana dan mengembangkan ketahanan masyarakat, kemampuan mengatasi masalah dan mendorong hubungan masyarakat yang harmonis perlu diperkuat. Mengingat fakta bahwa disebagian besar bencana yang terjadi, masyarakat itu sendiri yang harus merespon pada 6-12 jam pertama yang sangat kritis, ketahanan dan kesiapan masyarakat sangatlah penting.

Beberapa upaya kesehatan jiwa dan psikososial yang perlu dilakukan pada kesiapsiagaan bencana adalah:

a) Pemetaan

Pemetaan dan penilaian (*assessment*) kebutuhan psikososial dan morbiditas psikiatri perlu dilakukan untuk merencanakan respons terhadap masalah kesehatan jiwa yang tepat. Penilaian ini harus mencakup konteks sosio-kultural setempat (budaya, persepsi masyarakat terhadap penyakit dan cara menghadapinya), pelayanan dan sumber daya yang tersedia.

- Penilaian umum, kondisi sosial dan demografi masyarakat
- Identifikasi kebutuhan dan masalah yang dihadapi masyarakat yang tterkena bencana atau berisiko
- Identifikasi sistem kesehatan
- Menentukan prioritas dan kelompok sasaran untuk kedaruratan bencana
- Mengembangkan pedoman dan isntrumen untk penilaian dan diagnosis.

b) Pengembangan sumber daya manusia (SDM)

Beberapa bentuk kegiatan pada kesiapsiagaan bencana yang dapat dilakukan berkaitan dengan pengembangan Sumber Daya Manusia adalah:

- Memetakan SDM yang ada, termasuk narasumber dan institusi pelatihan

- Menambah jumlah pekerja siaga bencana yang terlatih dalam memberikan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial
- Mengembangkan mekanisme mobilisasi SDM untuk dukungan kesehatan jiwa dan psikososial pada situasi kedaruratan
- Memperluas dukungan kesehatan jiwa dan psikososial dalam pelatihan kesiapan bencana
- Melatih tenaga lintas sektor tentang bagaimana mengintegrasikan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial
- Mendorong institusi pendidikan untuk menyertakan pelatihan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial dalam program terkait bencana
- Mengembangkan kebijakan untuk manajemen stres dan pencegahan kejenuhan (*burnout*) pada pekerja kemanusiaan
- Mengembangkan kebijakan untuk memaksimalkan keamanan bagi para petugas di lapangan.

c) Penyediaan Materi Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)

Penyediaan materi komunikasi informasi dan edukasi untuk upaya kesehatan jiwa pada kesiapsiagaan bencana, dapat dilakukan melalui:

- Desiminasi pedoman atau materi teknis tentang intervensi masalah kesehatan jiwa
- Dokumen informasi bagi media dan masyarakat umum tentang masalah kesehatan jiwa, sumber-sumber dukungan sosial perwatan yang ada pada situasi bencana dan pasca bencana
- Perencanaan bagi masalah-masalah khusus
- Pedoman-pedoman yang berhubungan dengan seluruh kegiatan dukungan kesehatan jiwa perlu disiapkan, termasuk standar kurikulum pelatihan, perekrutan, supervisi dan monitoring.

d) Penyediaan Perlengkapan Komunikasi

Penyediaan perlengkapan komunikasi ini bertujuan untuk menjamin komunikasi dapat dilakukan pada saat terjadi bencana.

- Perlengkapan komunikasi modern perlu di pasang atau diperbaharui secara teratur
- Penggunaan teknologi modern seperti e-mail, komunikasi wireless dan satelit pada tingkat regional, kepulauan ataupun daerah terpencil haruslah mudah didapat.

e) Peran Tanggung Jawab Pekerja Masyarakat

- Pedoman untuk pelatihan pekerja masyarakat harus diterjemahkan dan diadaptasi sesuai dengan budaya setempat
- Dukungan profesional kesehatan jiwa untuk orang yang teridentifikasi oleh para pekerja masyarakat dimana membutuhkan perawatan khusus.

Manajemen penanganan kesehatan jiwa dan psikososial untuk kesiapsiagaan bencana.

a) Pengorganisasian

1. Tingkat pusat

- Menyusun kebijakan, pedoman, standar, prosedur dan kriteria
- Melakukan sosialisasi, advokasi dan fasilitasi
- Melakukan pemantauan dan evaluasi

2. Tingkat Provinsi

- Membuat petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis pencegahan penanggulangan masalah psikososial pada masyarakat yang terkena bencana di provinsi dan kabupaten/kota
- Membuat pemetaan daerah rawan bencana dengan mengidentifikasi jenis, sifat dan lokasi akan terjadi bencana, kondisi sosial budaya dan tempat pengungsian
- Memberikan penjelasan dan penyuluhan kepada masyarakat melalui media atau pendekatan kelompok tentang kemungkinan situasi yang akan di hadapi
- Memberikan pelatihan kepada petugas pelaksana dan pengelola program Provinsi, Kabupaten/Kota

- Mengembangkan jejaring kkerja yang melibatkan sektor terkait dan masyarakat
- Mengembangkan sistem jaringan informasi tentang masalah kesehatan jiwa dan psikososial
- Menyelenggarakan pertemuan koordinasi berkala dengan instansi terkait, lembaga swasta, dunia usaha, perguruan tinggi dan masyarakat

3. Tingkat Kabupaten/Kota

- Membuat pemetaan daerah rawan bencana
- Melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada masyarakat yang terkena bencana
- Memberikan penjelasan dan penyuluhan kepada masyarakat melalui media atau pendekatan kelompok tentang kemungkinan situasi yang akan dihadapi
- Melatih masyarakat rawan bencana untuk menghadapi dan mengatasi masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang mungkin terjadi
- Menyelenggarakan pertemuan koordinasi berkala dengan instansi terkait, lembaga swasta, dunia usaha, perguruan tinggi dan masyarakat

b) Koordinasi Lintas Sektor Tentang Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) dalam Situasi Tanggap Darurat dan Fase Kesiap Siagaan Bencana
Koordinasi lintas sektor dapat dilakukan dengan mengacu pada perdoman yang telah disusun oleh Inter Agency Standing Comiitter (IASC) yang terdiri dari berbagai organisasi badan dunia tentang dukungan kesehatan jiwa dan psikososial dalam situasi tanggap darurat dan fase kesiapsiagaan bencana bagi lintas sektor.

- Koordinasi
- Penilaian, monitoring dan evaluasi
- Standar hak asasi manusia
- Sumber Daya Manusia

- Organisasi dan dukungan masyarakat
- Proteksi
- Pelayanan kesehatan
- Pendidikan
- Penyebaran informasi
- Keamanan pangan dan nutrisi
- Perencanaan tempat berteduh dan lokasi pembangunan
- Air dan sanitasi

c. Evaluasi

1. Bagaimana Prinsip Dasar Upaya Kesehatan Jiwa Bencana?
2. Bagaimana Pengembangan Sistem Kesehatan Jiwa untuk Kesiapsiagaan Bencana?
3. Bagaimana Upaya Kesehatan Jiwa untuk Kesiapsiagaan Bencana?
4. Bagaimana Manajemen Penanganan Kesehatan Jiwa untuk Kesiapsiagaan Bencana?

d. Sumber Referensi

Departemen Kesehatan RI.2008.Pedoman Upaya Kesehatan Jiwa Dan Psikososial Untuk Kesiapsiagaan Bencana.Jakarta:Kemenkes RI

BIODATA PENULIS

Oktomi Wijaya, S.K.M., M.Sc.

Lahir di Bukittinggi tahun 1987. Adalah staff pengajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan sarjana tahun 2010 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia kemudian menyelesaikan program Magister Manajemen Bencana di Universitas Gadjah Mada tahun 2015.

Muchamad Rifai, S.K.M., M.Sc

Lahir di Kulon Progo 18 Juni 1976, merupakan staff pengajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. Beliau menyelesaikan pendidikan S1 di FKM UI, kemudian menyelesaikan magister Ilmu Kesehatan Kerja di Universitas Gadjah Mada.

Yuniar Wardani, S.KM., M.PH

Lahir di Banyuwangi, 11 November 1973. Beliau pernah menjabat sebagai wakil dekan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan. Beliau menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat UAD, kemudian beliau menyelesaikan pendidikan magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dari Universitas Gadjah Mada. Saat ini beliau sedang menemouh studi S3 di Taiwan.