
**Analisis Pengelolaan Bencana di
sektor kesehatan pada saat
Emergency dipandang dari aspek
governance di era desentralisasi:
Pengalaman dari Gempa Bumi di
Yogyakarta tahun 2006.**

Oleh: Laksono Trisnantoro
Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM

Isi

- ❑ Pendahuluan
 - ❑ Kerangka Analisis
 - ❑ Fakta yang terjadi: Dari berbagai sumber:
 - ❑ Lesson-learned
 - ❑ Rencana Diskusi Lebih Lanjut
-

Pendahuluan

- ❑ Bencana Gempa Bumi di Yogya terjadi pada tanggal 27 Mei pkl 05.50.
 - ❑ Yogyakarta tidak menyangka ada gempa bumi ini padahal 150 tahun yang lalu pernah terjadi
 - ❑ Banyak korban meninggal dan trauma fisik dan mental.
-

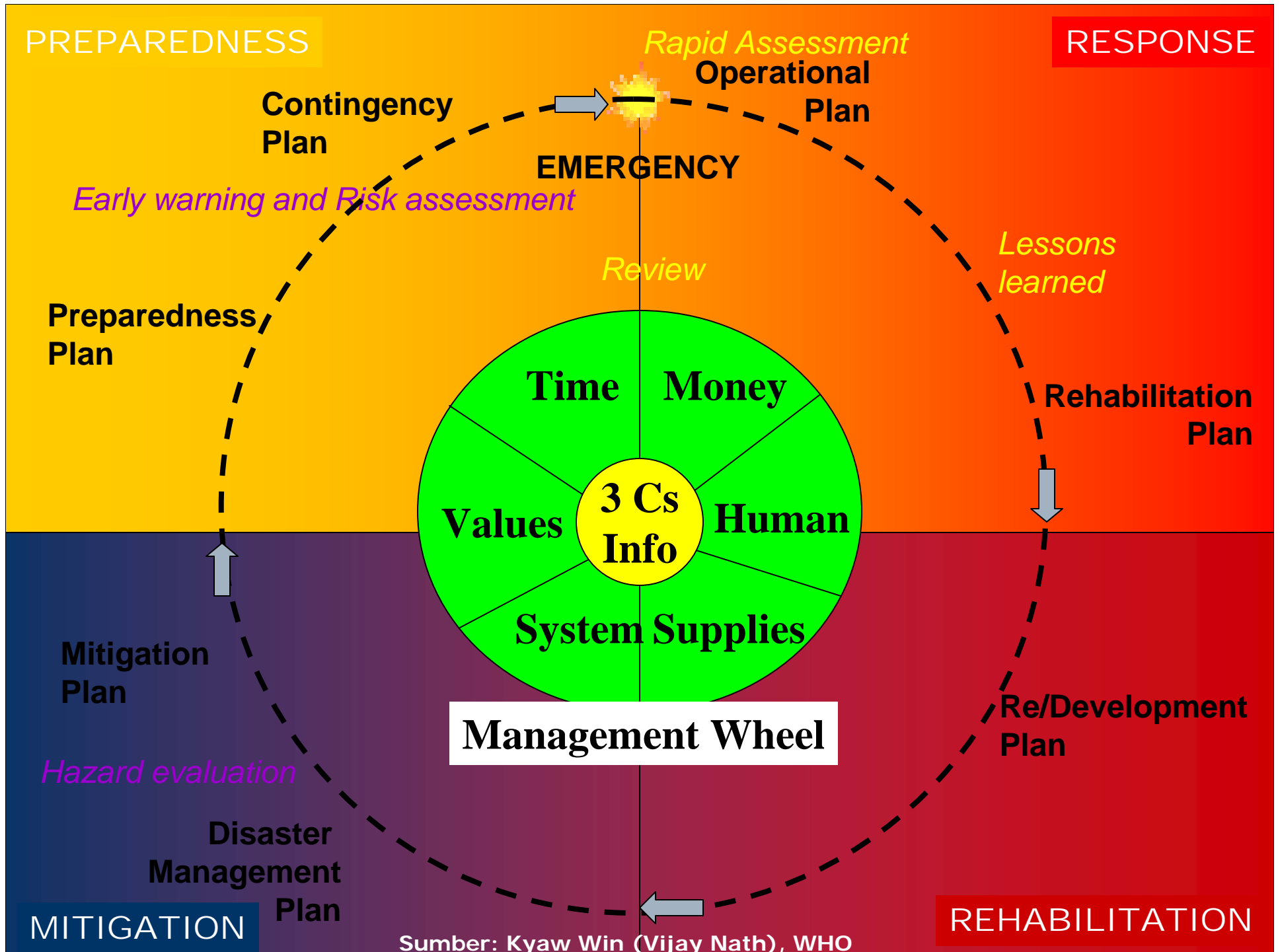






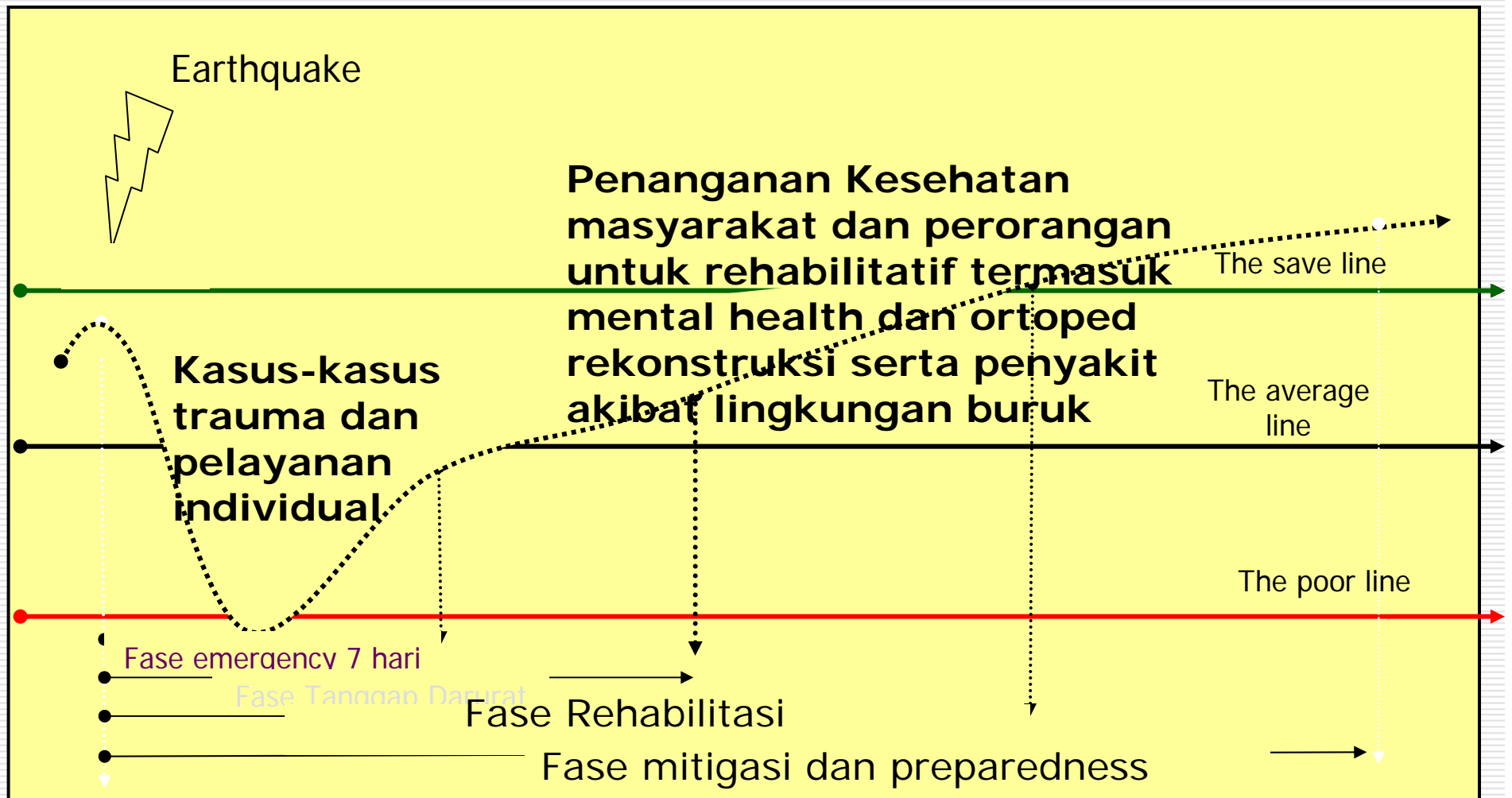
Kerangka Konsep untuk analisis

- Manajemen bencana
 - Governance di sektor kesehatan
 - Desentralisasi
-



Sumber: Kyaw Win (Vijay Nath), WHO

Konsep Manajemen Bencana



**Konsep
Governance
dalam bencana**

masyarakat

□ Pemerintah

Depkes, DinKes Propinsi
dan Kabupaten

Palang Merah
Indonesia, Kelompok
Kedaerahan, NGOs,
dll

□ Usaha

Profit dan Non-profit.

RS Milik Pemerintah-Swasta,
Perguruan Tinggi dll

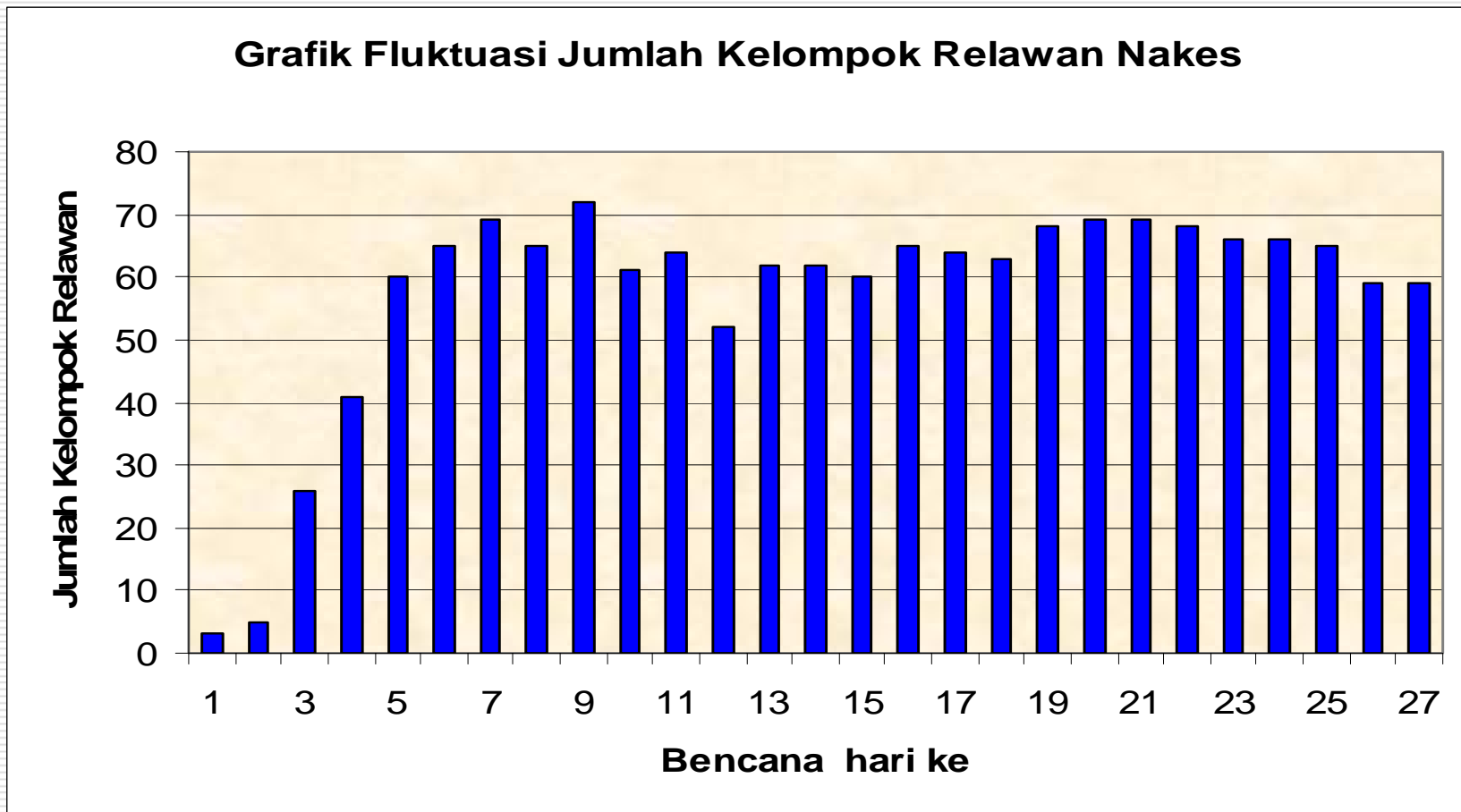
Pemerintah



Masyarakat



Di daerah Kab. Bantul



Lembaga Usaha



Konsep Desentralisasi

Kebijakan
Desentralisasi

Dalam bentuk
berbagai peraturan
hukum

Bagaimana
dampaknya

Input

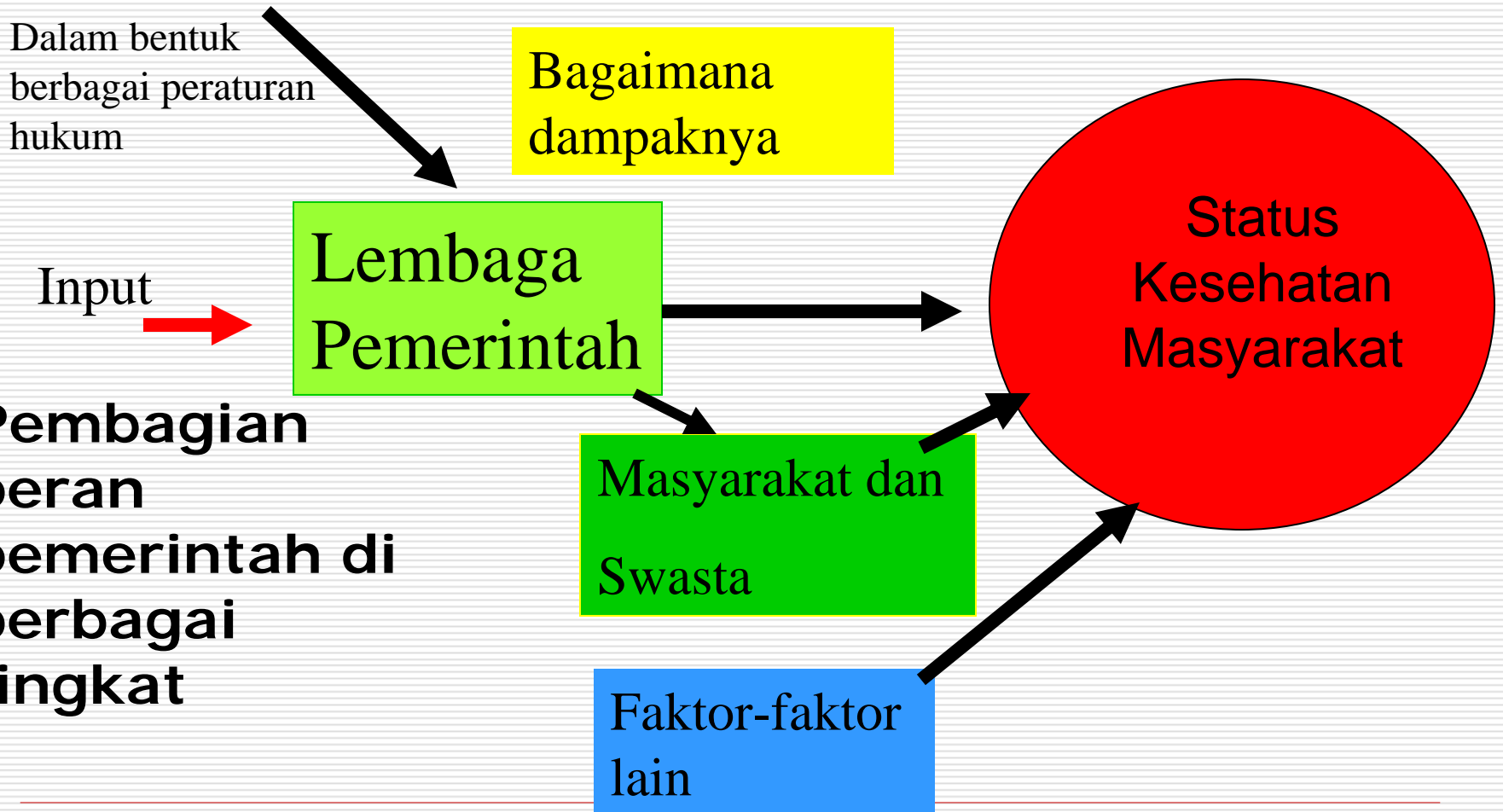
Lembaga
Pemerintah

Status
Kesehatan
Masyarakat

Pembagian
peran
pemerintah di
berbagai
tingkat

Masyarakat dan
Swasta

Faktor-faktor
lain



Fakta yang terjadi

□ Hari 1 - Hari 8

Hari 1: Sabtu 27 Mei 2006

- ❑ Kekacauan, Telekomunikasi break down. Banyak isu.
 - ❑ Kebetulan hari libur panjang
 - ❑ Sulit mobilisasi sistem pemerintah. Kelompok masyarakat mulai bergerak
 - ❑ Dinas Kesehatan Propinsi bergerak mengumumkan ke masyarakat melalui Radio Sonora langkah-langkah, termasuk pembagian obat.
 - ❑ Kepala Dinas Kesehatan kebetulan Ketua PMI sehingga cepat bergerak
 - ❑ Pemda Bantul membuka Posko di R Dinas Bupati termasuk Kesehatan.
 - ❑ RS-RS dan klinik yang buka diserbu korban. Ribuan jumlahnya
 - ❑ RS-RS sudah minta bantuan terutama dari luar
-

Kasus: Klinik Nur Hidayah di Imogiri

- ❑ Direktur meminta bantuan tenaga. DinKes sulit dijangkau karena komunikasi, tenaga medik habis. Harus Mencari bantuan luar.
 - ❑ Di Bali, Tim emergency RSD Tabanan mulai bergerak ke Yogya, 7 jam setelah gempa
 - ❑ Mengirim 12 personel dengan 2 mobil ambulans.
 - ❑ Tim Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM memfasilitasi penyediaan bantuan tenaga medik dari luar dan logistik untuk klinik
 - ❑ Saat itu ada perintah untuk evakuasi pasien ke rS luar Yogya. Namun tidak memungkinkan
 - ❑ Akibatnya status Klinik berubah menjadi RS Lapangan
-

Hari 2: Minggu 28 Mei 2006

- ❑ Masing-masing komponen dalam masyarakat bergerak.
 - ❑ Bantuan dari luar Jogja masuk, dan koordinasi lapangan mulai berjalan di Bantul.
 - ❑ Kasus: Tim Medik RSD Tabanan sampai di Jogja setelah berjalan 17 jam dari Bali
 - ❑ Secara informal Laksono Trisnantoro meminta DinKes Propinsi untuk membentuk tim emergency sementara di bawah kendali DinKes Propinsi
-

Hari 3: Senin, 29 Mei 2006

- Rapat-rapat koordinasi resmi mulai dilakukan di sektor kesehatan termasuk di Dinas Kesehatan Propinsi
 - Bagian IKM FK-UGM sebagai komponen masyarakat melakukan kegiatan di 4 hal: pemetaan, Persiapan surveillance, persiapan infrastruktur telekomunikasi, buletin harian, dan fasilitasi pertemuan-pertemuan.
-

Hari 4: Selasa, 30 Mei 2006

- ❑ Semakin banyak bantuan datang. Di Bantul sudah tercatat lebih dari 100 tim
 - ❑ Mobilisasi tim bantuan sangat banyak. Staf Dinas Kesehatan Kab. Bantul kewalahan menangani
 - ❑ Staf DepKes semakin banyak datang di Yogya
 - ❑ WHO datang untuk set-up sistem manajemen bencana
 - ❑ RS Sardjito menjadi pusat kegiatan di fase emergency
 - ❑ PMI menyelenggarakan rapat koordinasi kesehatan yang dihadiri berbagai NGO
-

-
- ❑ Pada jam 5 sore, pertemuan informal antara UGM, DepKes, dan WHO.
 - ❑ Dirasa perlu ada koordinasi lebih baik di masa emergency dalam desentralisasi.
 - ❑ DepKes sebagai Fasilitator. Satuan Tugas DepKes dalam kondisi di BKO kan
 - ❑ Potensi daerah diharapkan sebagai pelaku.
 - ❑ Harus di bawah Dinas Kesehatan Propinsi sebagai penanggung-jawab sistem kesehatan wilayah.
-

Hari 5: Rabu 31 Mei 2006

- ❑ Pagi: Pembentukan tim emergency bencana di bawah Dinas Kesehatan Propinsi yang mencakup berbagai komponen di masyarakat (118, perguruan tinggi, Depkes, WHO, dll)
 - ❑ Pembentukan jaringan telekomunikasi dengan bantuan Pusdatin
 - ❑ Di sore hari PMI tetap menyelenggarakan rapat koordinasi kesehatan
-

Hari 6: Kamis: 1 Juni 2006

- Tim manajemen bencana diperkuat infrastrukturnya
 - Sambungan telepon dan internet diperkuat di berbagai titik
 - Rapat PMI dikelola tim koordinasi di RS Sardjito.
 - Proses koordinasi sektor kesehatan termasuk orang asing oleh Dinas Kesehatan semakin membaik
-

Hari 7. Jum'at 2 Juni 2006

- ❑ Tim pengelolaan bencana mulai berjalan secara efektif, termasuk mengatur berbagai pertemuan sub-group.
 - ❑ Rapat Koordinasi pkl 5 semakin baik, dihadiri sekitar 90 peserta dari berbagai lembaga yang memberi bantuan
 - ❑ Persiapan untuk pemindahan lokasi dari RS Sardjito ke Dinas Kesehatan Propinsi.
-

-
- ❑ Terjadi proses perpindahan dari fase emergency ke fase recovery.
 - ❑ Kantor emergency perlahan-lahan dipindahkan dari RS Sardjito ke Dinas Kesehatan Propinsi.
 - ❑ Mulai hari ini koordinasi kegiatan semakin berada di Dinas Kesehatan DIY.
-

Hari 8: Sabtu 3 Juni 2006

- ❑ Pemerintah (Dinas Kesehatan) semakin berperan sebagai koordinator kelompok masyarakat dan usaha dalam menangani bencana

Ada berbagai sub-kelompok manajemen bencana;

- ❑ Pertemuan Teknis Imunisasi akibat Bencana
 - ❑ Surveillance Penyakit
 - ❑ Rujukan rumahsakit dan puskesmas
 - ❑ Logistik
 - ❑ Kesehatan Jiwa akibat Bencana
 - ❑ Pusat Data & Informasi Bencana
-

Lesson learned

Aspek 1 untuk pembelajaran: Governance di saat bencana

- ❑ Bagaimana tata hubungan antar pelaku di saat emergency yang terkait dengan desentralisasi kesehatan
 - ❑ Pembagian peran antar pemerintah, masyarakat, dan lembaga usaha merupakan hal kunci
-

Hari-hari awal

- ❑ Masyarakat bergerak cepat dari pemerintah. Hal ini lumrah terjadi di berbagai bencana di dunia
 - ❑ PMI memimpin rapat koordinasi kesehatan di Jogja.
 - ❑ 118 bergerak cepat
-

Pada hari-hari awal:

- ❑ Dinas Kesehatan Kabupaten mempunyai fungsi yang operasional
- ❑ Dinas Kesehatan Propinsi berperan dalam koordinasi bencana
- ❑ Departemen Kesehatan sebagai fasilitator. Unit Pusat di BKO kan ke daerah

Pembagian peran ini sebaiknya perlu diperjelas sebelum bencana sehingga akan lebih baik

-
- ❑ Sebaiknya dilakukan pelatihan peran ini dengan berbagai skenario,
 - ❑ Skenario seperti di Aceh dimana sistem pemerintahan kolaps, atau skenario di Yogya yang tidak kolaps, atau skenario setengah kolaps.
-

Aspek 2

- ❑ Tenaga Sukarelawan dari luar kota dan luar negeri.
 - ❑ Banyak sekali dan berbasis jaringan informal, bukan hanya hubungan birokrasi.
 - ❑ Internet dan SMS mempercepat arus tenaga sukarelawan
 - ❑ Ada problem pengaturan
-

Buffer Regions and Stock

- ❑ Tenaga Medik di daerah bencana biasanya kekurangan atau bahkan kolaps
 - ❑ Membutuhkan bantuan dari luar
 - ❑ Perlu adanya pengaturan buffer zone: dengan model skenario ada pengaturan daerah tertentu akan membantu daerah lainnya, termasuk stock obat dan alat kesehatan
-

Aspek 3 untuk pembelajaran:

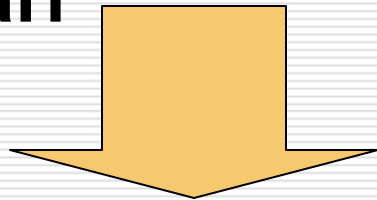
- Perlunya Disaster Plan di level Propinsi dan Kabupaten.
-

Fakta:

- Setiap RS telah mempunyai disaster Plan yang dipimpin oleh Kepala IGD (sesuai dengan standar akreditasi RS).
 - Selama ini latihan disaster plan hanya untuk RS dan sistem ambulance
 - Dinas Kesehatan belum mempunyai Disaster Plan
-

Fakta di DIY:

- Kabupaten Sleman mempunyai rencana untuk persiapan Merapi
- Kabupaten Bantul tidak mempunyai karena memang belum terfikirkan
- Di level Propinsi belum ada Disaster Plan



Perlu ada penyusunan Disaster Plan di level Propinsi dan pembentukan infrastruktur yang bersifat fungsional

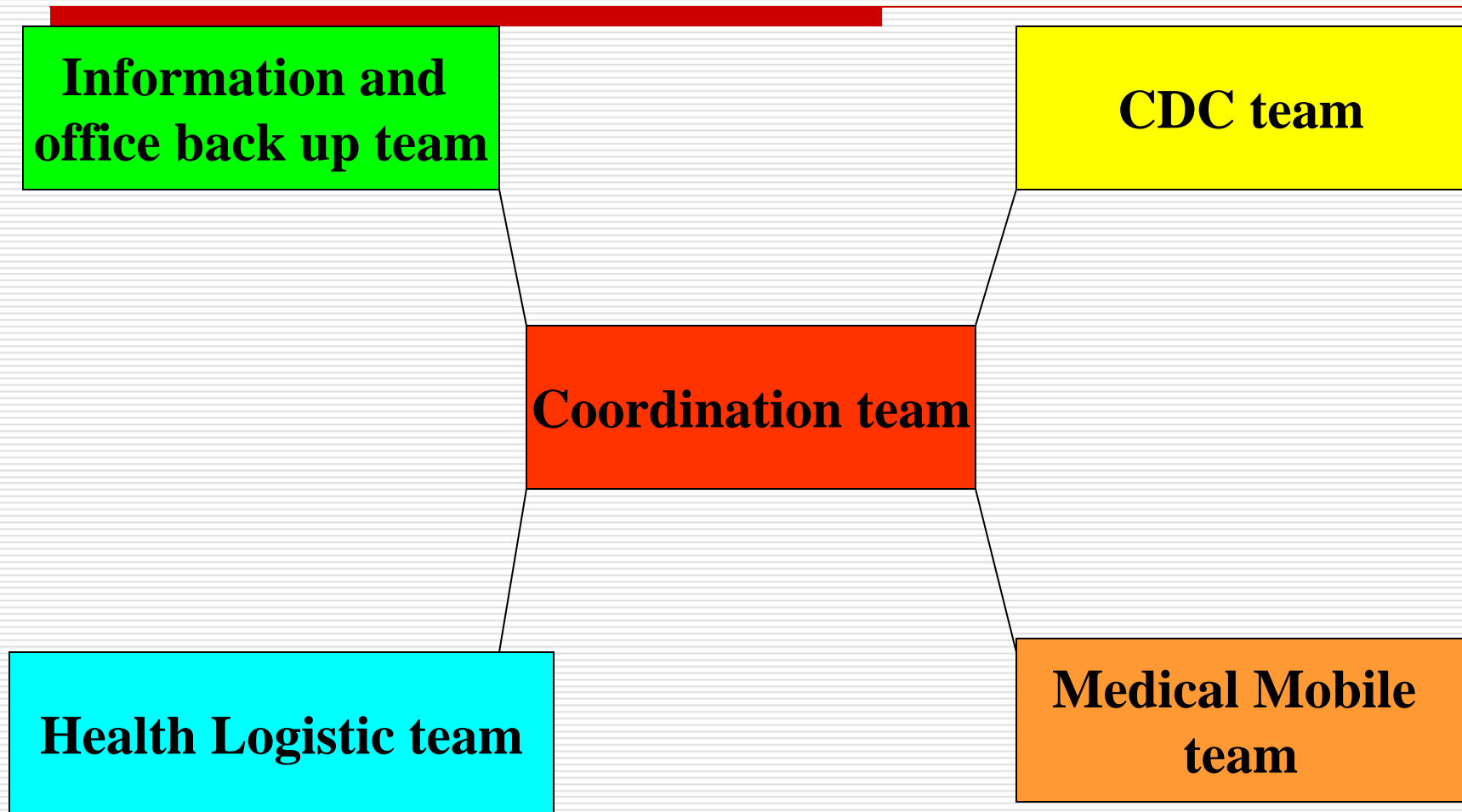
Disaster Plan dalam konteks manajemen bencana

- Tidak terbatas pada emergency medik

Mencakup pula:

- Sistem komunikasi dan telematika
 - Logistik kesehatan
 - Pencegahan Penyakit Menular
 - Berbagai kegiatan spesifik.
-

Infrastruktur minimal



Sumber: Kyaw Win (Vijay Nath), WHO

Pada bencana dan pasca bencana

- Anggota tim sebaiknya tidak terbatas para birokrat.**
- Unit birokrasi disiapkan terbatas untuk situasi normal.**
- Perlu ada campuran antara tenaga struktural di birokrasi kesehatan, fungsional, dan pihak-pihak lain yang kompeten dalam bencana.**

Aspek 4 untuk pembelajaran

Leadership di masa emergency.

-
- Pada saat akut emergency akibat gempa sebaiknya perlu ada orang yang ditunjuk Dinas Kesehatan sebagai manajer bencana. Berdasarkan KepMenkes seharusnya sebelum masa pra-bencana.
 - Manajer ini ditopang oleh infrastruktur yang ada dalam Disaster Plan.
 - Secara alamiah orang ini merupakan ahli trauma yang berpengalaman dengan bencana.
 - Dengan demikian Kepala Dinas Kesehatan didampingi oleh tenaga fungsional yang ahli dalam fase emergency ini.
-

Tugas Kepala Emergency untuk kesehatan di level Propinsi dan Kabupaten adalah:

- ❑ Mengkoordinasi para manajer disaster di setiap RS
- ❑ mengkoordinasi tindakan emergency medik
- ❑ mengkoordinasi bantuan medik akut
- ❑ Melakukan strategi-strategi terobosan agar manajemen bencana dapat lebih baik
- ❑ bersama dengan staf DinKes mengkoordinasi logistik, surveillance, dll.

Catatan:

Jika sistem kesehatan di sebuah daerah kolaps (seperti saat di Aceh), tim ini akan mempunyai wewenang lebih besar.

Di Aceh tim merupakan bentukan pusat.

Kompetensi Leader dalam bencana:

- berpengalaman dalam emergency
 - mempunyai kemampuan memimpin saat emergency
 - mempunyai kemampuan komunikasi yang baik.
 - Mempunyai keberanian untuk memutuskan
 - Mungkin perlu sertifikasi.**
-

Aspek 5 untuk pembelajaran:

Sistem Informasi dan
Sistem
telekomunikasi.

-
- ❑ Pengalaman menunjukkan bahwa hari 1 dan 2 sistem telekomunikasi terutama di Bantul break down.
 - ❑ Perlu ada sistem yang lebih canggih termasuk menggunakan satelit.
 - ❑ Diperlukan satu unit informasi dan telekomunikasi di level propinsi yang mempunyai fasilitas ke satelit communication
-

Kesimpulan:

Manajemen bencana merupakan kegiatan sangat sangat kompleks.

Jauh lebih kompleks dibanding manajemen kesehatan dalam kondisi biasa.

Perlu pendekatan yang komprehensif termasuk aspek governance dalam menangani bencana

Beberapa hal penting untuk dipelajari:

- ❑ Aspek Governance dalam sistem kesehatan yang terdesentralisasi
 - ❑ Tenaga dari Luar: Buffer region dan Buffer Stock
 - ❑ Perlu adanya Disaster Plan oleh Dinas Kesehatan
 - ❑ Penguatan Leadership di saat bencana.
 - ❑ Penguatan Sistem Informasi dan Sistem telekomunikasi.
-

-
- ❑ Mapping tenaga kesehatan yang spesifik: banjir dll
 - ❑ Informasi : sistem yang detail
 - ❑ Ketua Satkorlak: Jangan dari pemerintah. Sebaiknya dari NGO, misal PMI.
 - ❑ Peta Bencana: Daerah ring..ring rawan selalu tidak siap. Ring 2 yang lebih siap
 - ❑ Kelompok2 NGO: Ada grand strategy. Jangan bikin strategi sendiri2. Jangan hanya pasang bendera sendiri2
 - ❑ RS Lapangan sangat dibutuhkan. Senang dilayani di tempat yang lebih dekat dengan keluarganya.
 - ❑ Simulasi tim2 yang ada. Perlu dilakukan oleh Sarkorlak.
 - ❑ Safe Community ----) perlu dilakukan
-

-
- ❑ Sosialisasi buku2 DepKes tentang bencana.
 - ❑ Semua Puskesmas pemerintah masih tutup. Supaya pegawai negeri melayani, jangan tutup. DepKes sebaiknya punya protokol2.
Tatalaksana Bencana Alam
 - ❑ DepKes mengelola sbg sistem.
 - ❑ PMI harus lebih siap
-

-
- ❑ Bencana bermacam-macam. Kalau utk Gn Merapi punya preparedness komplit.
 - ❑ Setiap sektor harus punya protap harus apa.
 - ❑ Harus membuat utk bermacam2 jenis bencana alam yang berbeda. Sbg gbran utk Merapipuskesmas luka bakar.
 - ❑ Makan merupakan hal penting. Kenyang dulu. Juga harus ada tenda spesial utk hubungan suami dan istri. Rumah sementara penting.
-