

*Mini simposium*

**MANAJEMEN BENCANA DI PUSKESMAS**

Oleh

dr. Rony Prasetyo

NIP. 1968092720005011001

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KEDOKTERAN

Karya ilmiah dipresentasikan pada mini simposium di  
Puskesmas Jenggawah 4 Agustus 2018



## **MANAJEMEN BENCANA DI PUSKESMAS**

**Dr. Rony Prasetyo**

**Disampaikan di Puskesmas Jenggawah**

**4 Agustus 2018**

### PENDAHULUAN

Akhir akhir ini di Indonesia sering sekali terjadi bencana diawali dari tsunami di Aceh, banjir bandang di Jember, gempa di Jogja, yang terakhir musibah gempa bumi yang terjadi di Situbondo walaupun tidak memakan banyak korban akan tetapi banyak menelan kerugian materi akibat bencana yang terjadi.

Pada hakekatnya penanganan bencana adalah khas/khusus karena setiap bencana perlu pendekatan khusus pula sedang untuk manajemen pengelolaan bencana itu yang bersifat umum pada prinsipnya bencana jarang terjadi tetapi begitu terjadi kita harus bisa memberikan pelayanan yang terbaik untuk para korban bencana tersebut tanpa meninggalkan sebuah keraguan atau keengganan akibat pelayanan yang semrawut atau tidak terkoordinir cenderung overlap.

Kita selaku petugas medis hendaknya tahu betul bagaimana manajemen yang betul untuk terjadinya sebuah bencana oleh karena itu tidak salah kirannya apabila kita belajar tentang (“disaster”) manajemen.

Bencana (“disaster”) adalah suatu musibah dimana kehidupan sehari-hari mendadak terganggu dan banyak orang terjerumus ke dalam keadaan tidak berdaya dan, dan sebagai akibatnya membutuhkan pengobatan, perawatan perlindungan, makanan pakaian dan lain kebutuhan. Pada keadaan bencana infrastruktur (perhubungan, telekomunikasi dsb) biasanya ikut terganggu.

Korban massal (“mass casualties”) adalah keadaan dimana setelah terjadi suatu musibah terdapat banyak korban dan fasilitas kesehatan lokal tidak mampu mengulangnya. Infrastruktur tidak terganggu.

# Digital Repository Universitas Jember

Tujuan penanggulangan bencana adalah

- Mencegah/menekan kematian/cacat (terapi)
- Menjamin bahwa penanggulangannya sudah optimal (rujukan)

Bencana / musibah dapat berupa :

- Bencana alam :
  - Gempa bumi
  - Banjir
  - Gunung berapi meletus
  - Kebakaran hutan – asap dll
- Karena ulah manusia
  - Musibah nuklir (Chernobyl)
  - Musibah kimia (bropal)
  - Keracunan gas (bocornya gas di tanjung priok).
  - Keracunan makanan (pondok cabe dan Jakarta barat) dan meledaknya jumlah korban DHF di Jakarta.
  - Kebakaran gedung umum/pemukiman.
  - Kecelakaan bus/kereta api bintaro – depok).
  - Kecelakaan kapal terbang, laut, dll
  - Huru hara/perang, dll

Prinsip prinsip pada penanggulangan bencana :

- Penanggulangan bencana adalah eskalasi dari respon (SPGD) sehari hari
- Personel/instansi yang terlibat dalam penanggulangan bencana adalah sama dengan personel/instansi yang menanggulangi gawat darurat sehari hari, baik pada fase pra RS maupun pada fase RS.
- Kita tidak akan mampu menanggulangi bencana dengan baik kalau penanggulangan gawat darurat sehari hari masih kacau.

# Digital Repository Universitas Jember

- Seperti penanggulangan darurat sehari-hari maka pada bencana kita harus penanggulangan bencana kita harus mendekatkan sarana kesehatan ke penderita/daerah bencana dan bukan penderita/bencananya (banyak penderita) di pindahkan ke sarana kesehatan kesehatan.

IGD 118 (dua tipe : “basik” dan paramedic) dengan tanda “built in “ \_ 5 IGD 118 tendanya di sambung dapat merupakan rumah skit lapangan di mana dapat tindakan “primary survey” PHTLS.

- Kerja sama yang efisien dengan instansi lain seperti pemda setempat, PMI, polri/ABRI setempat dll.

- IGD 118, fakultas kedokteran, rumah sakit pendidikan mempunyai :

- ✚ Keahlian
- ✚ Tenaga spesialis, ppds, perawat dan CoAS.
- ✚ Obat dan alat

- ABRI mempunyai :

- ✚ Sarana kesehatan (RS lapangan)
- ✚ Transportasi (darat, laut/air dan udara)
- ✚ Kemampuan bergerak cepat.
- ✚ Keamanan / “ Security”.

- Bencana dapat terjadi :

- Di rumah sakitnya sendiri.
- Korban bencana di bawa ke RS/UGD.
- Bencana dalam kota (“URBAN DISASTER”).
- Bencana diluar kota (“RURAL DISASTER”).
- Bencana di luar pulau (regional disaster”).
- Bencana nasional.
- Bencana huru hara/perang.

Maka semua rumah sakit harus mempunyai “disaster plan” untuk masing masing bencana.

- Bantuan untuk bencana luar daerah “rural / luar pulau harus di datangkan jika :

# Digital Repository Universitas Jember

- Tingkat kemampuan penanggulangan gawat darurat sehari hari di bawa standart nasional (ada/tidaknya spesialis 4 besar/ahli bedah).
- Jumlah korban melebihi kemampuan jumlah petugas/ahli bedah/dokter lain yang ada.
- Bantuan yang di datangkan adalah memindahkan sarana personil :

✚ PRA RS (IGD 118). Dengan di tayangkan keluarnya IGD 118 dari Hercules pada siaran TV nasional, maka masyarakat tahu bahwa bantuan telah datang.

✚ IGD 118 dapat berfungsi sebagai :

- Pengganti puskesmas yang rusak.
- Kamar operasi bedah minor.
- 5 IGD 118 = RS lapangan.
- Bergerak independent ketempat terpencil (IGD118 sepeda motor/IGD 118 gardan ganda/"jeep").

✚ RS (UGD, kamar operasi, ICU, farmasi, X – ray, lab, dapur, satpam dll).

- Masalah yang di hadapi di tempat bencana tergantung pada kapan kita tiba :
- Tiba dalam 8-10 menit ( tabrakan kereta api bintaro, jalan tol, keracunan makanan, dll \_\_\_\_\_ bencana urban “):

A \_\_\_\_\_ ”airway” : + “ cervical controla”.

B \_\_\_\_\_ ” breathing “

C \_\_\_\_\_ ” circulation “.

D \_\_\_\_\_ ” disalibity”.

- Tiba 12- 24 jam 9 ( gempa di liwa) \_\_\_\_\_ bencana Regional. Korban A dan B sudah meninggal. Masalah “ C “ tinggal yang ringan dan “D” (terutama fraktur tulang punggung ):

- Tiba 24 – 48 jam ( gempa di kerinci ) \_\_\_\_\_ penderita “ A “ “B” dan “C” sudah meninggal . masalah utama adalah “ D “ \_\_\_\_\_ luka ringan, fraktur tertutup/terbuka/tulang punggung, gangguan jiwa dan “ public health”.

- Tiba dalam 48 – 7 hari ( gempa di biak, flores ) \_\_\_\_\_ bencana nasional .korban “A”, ”B” dan “C” sudah meninggal. Masalah adalah D, infeksi luka, titanus, infeksi saluran nafas/cerna/gangguan jiwa dan “public health”.

- Masalah yang ada adalah jalur komando BAKORNAS PB terlalu panjang dan kenyataannya tidak ada organisasi yang dapat sampai di tempat dalam waktu yang cepat .dalam penanggulangan bencana di perlukan “RAPID RESPONSE” dan RAPID ASSESMENT”.

- “RAPID RESPONSE”

Hanya dapat di lakukan bila 110 ,113 dan 118 ada dan sudah dapat bekerja sama dengan baik.

Untuk daerah “ RUPAL “, maka ini adalah :

- ✚ Keamanan \_\_\_\_\_ POLRI \_\_\_\_\_ 110
- ✚ “ RESCUE” \_\_\_\_\_ dinas kebakaran \_\_\_\_ 113
- ✚ KESEHATAN \_\_\_\_ IGD 118 \_\_\_\_\_118

Hanya 110, 113 dan 118 yang mampu tiba di tempat dalam waktu 8 – 10 menit, sehingga kematian karena gangguan/kegagalan “A”, untuk daerah “RURAL”, ketiga unsure ini tidak ada dan dapat di kembangkan :

- ✚ Keamanan \_\_\_\_\_ babinsa.
- ✚ Keamanan/“rescue” \_\_\_\_\_ hansip.
- ✚ Kesehatan \_\_\_\_\_ puskesmas/puskesmas keliling ( IGD 118 tipe “basic”).

- “ RAPID ASSESMENT “

Setelah tindakan “primary survey” dilakukan oleh unsure 110, 113 dan 118, baru SATKORLAK mengambil alih pimpinan penanggulangan bencana dan bertindak sesuai informasi tentang kerusakan bencana dan jumlah korban yang di dapat pusat bantuan seperti “ Crisis center “ Dep. Kes. Dalam 2-4 jam sehingga keputusan, perlu/tidaknya di kirim bantuan dapat di buat sedini mungkin. Dengan demikian dapat di tekan angka kematian dan kecacatan dan ini hanya dapat di lakukan ketiga oregonisasi tersebut ( 110,113dan 118 ) yang sehari hari dapat berfungsi dengan baik.

- “ ASSESMENT “

Ada dua macam “assessment” ( penilaian / evaluasi ).

“situation ( disaster ) assessment” mengumpulkan data mengenai informasi besarnya bencana dan dampak pada populasi dan infrastruktur. Yang di nilai adalah :

1. Daerah bencana (lokasi dan luasnya )
2. Keadaan populasi.
3. Kemungkinan bahay selanjutnya.
4. Kerusakan infrastruktur.
5. Kerusakan perumahan dan perkantoran.
6. Kerusakan argikultur dan persedian makanan.
7. Kerusakan pada sumber ekonomi.

“ Needs assesmentaa” mengumpulkan data mengenai kemampuan gawat darurat setempat dari segi medis maupun non medis ini dilakukan di tempat kejadian/ bencana maupun di tempat penampungan . ini dapat dilakukan oleh unit 110, 113 dan 118 respon harus segera dilakukan meskipun informasi belum lengkap dari segi kesehatan prinsipnya adalah system penanggulangan penderita gawat darrat terpadu ( SPGDT / EMS ) dan “primery health care”. Dan assement “dari kesehatan adalah :

8. Jumlah korban.
  9. Angka kematian dan kesakitan.
  10. Jenis cedera dan penyakit.
  11. Respon dan kemampuan SPGDT setempat.
  12. Kerusakan infrastruktur kesehatan.
  13. Keadaan kesehatan, nutrisi sumber air dan sanitasi setempat,
  14. “Disease control” spt. Imunisasi (campak, polio, difteri, pertusis, tetanus, tbc kolera . tifoid dan malnutrisi).
  15. keadaan penyakit yang sering terjadi seperti ispa, kolera,”Diarhea” parasit usus, malaria, malnutrisi).
- Pada keadaan bencana sebaiknya “PERDA” di hapus sementara sehingga rumah sakit dan puskesmas setempat dapat memberikan pertolongan dengan Cuma Cuma.
- Karena itu, untuk menanggulangi bencana dengan baik, maka kita harus memperbaiki/meningkatkan kualitas penanggulangan gawat darurat sehari hari, pada frase pra RS maupun fase RS yang di maksud dengan itu adalah kualitas :

- Akses dari masyarakat (110,113 dan 118).
- Orang awam.
- Awam khusus POLRI satpam, hansip, dinas kebakaran.
- petugas IGD 118.
- IGD 118 dengan peralatannya.
- Disain UGD.
- SPGDT.

## “DISASSTER PLAN “

Setap rumah sakit /UGD, penanggulangan gawat darurat pra rumah sakit/IGD 118, kota, kabupaten propensi dan Negara harus mempunyai di sasster plan dan setriap penaggulangan bencana kita harus bekerja sesuai dengan :

“TEN COMMANDMENTS” penanggulangan bencana :

1. Belajar dari bencana terdahulu.
2. Adanya suatu “disaster plan”.
3. Kategorisasi bencana sesuai dengan jumlah korban yang di perkirakan.
4. Tindakan medis hanya yang mudah ,cepat dan life saving “ \_\_\_\_\_” A”, B”, C”, dan “D, nya ATLS.
5. prioritas terutama untuk penderita yang mempunyai harapan hidup lebih besar .
6. bekerja dengan sistim “triage scenario” ATLS.
7. dekatkan sarana kesehatan /RS lapangan ke penderita / tempat bencana (IGD 118)
8. rumah sakit di kategorisasikan sesuai dengan kemampuan gawat daruratnya (pusat gawat darurat – PGD tingkat I, II, III dan IV)
9. adanya komunikasi radio yang baik (komunikasi “ON Site “ dan OUT Side command
10. adanya kerja sama yang baik antar instansi (“110, 113 ,118 , ABRI, pemilik/daerah sasaran/gedung dll) dan hanya satu komando.

1. kita harus belajar dari bencana terdahulu . yang perlu di analisa adalah :

- akses dari masyarakat
- “ response time “



# Digital Repository Universitas Jember

- “ rapid analisis
  - Cara rescue.
  - Kualitas tindakan medis dengan memakai “ Revised trauma score “ ( RTS ) “injury severity score a” (ISS) dan probability of survival (PS ) dan rujukan penderita (“ over triage /ander triage”).
  - Cara “medical evacuation” (medevac).
2. “Disaster plan” saja tidak cukup kalau tidak di lakukan latihan dan dan penyempurnaan. “di saster plan” harus di ketahui oleh semua personel yang terlibat.
  3. suatu bencana korban/korban masal harus di kategorikan sesuai dengan jumlah yang di perkirakan. Dengan demikian kita dapat menentukan berapa tenaga dan jumlah rumah sakit yang harus di siagakan.
    - Bencana Tingkat I : KORBAN +/-50 orang.  
Cukup di siagakan RS terdekat dan pusat gawat darurat tingkat I wilayah tersebut.
    - Bencana Tingkat II : Korban 50 – 100 orang, di siagakan bebrapa RS wilayah dan PGD I.
    - Bencana Tingkat III : Korban sekitar 100-300 orang, di siagakan semua RS wilayah, PGD I dan RS di luar wilayah
    - Bencana Tingkat IV : Korban lebih dari 300, di siagakan semua RS wilayah ,PGD I dan RS di luar wilayah.
  4. tindakan di lapangan dan UGD hanya
    - “Airway”
    - “Breating”
    - “Circulation”
    - “Disability”Sesuai dengan primary survy “ATLS dan baru kemudian dilakukan “secondary Survey” oleh para spesialis rumah sakit.
  5. Pada korban masal, diman jumlah korban melebihi kemampuan logistic dan personil fasilitas kesehatan, kita harus memilih/mendahulukan penderita dengan harapan hidup lebih besar dari penderita harapan lebih kecil penderita dengan pendarahan hati

dengan syok, memerlukan cairan infuse jauh lebih banyak dari pada penderita amputasi traumatic dengan syok mereka akan di beri pertolongan “air way seperti” gudel, menghentikan perdarahan dengan balut tekan dan infuse (tetesan pelan). Dan kelompok penderita ini akan mendapat tindakan agresif bila kelompok pertama sudah selesai di tangulangi.

6. Kalau kita menerima penderita gawat darurat, apakah seorang saja atau jumlah besar (korban masal) maka kita harus menseleksi masalah (problem) penderita tersebut korban masal ini di sebut “triage”. Pada suatu penderita \_\_\_\_\_ “selection problems”, sedangkan pada korban masal \_\_\_\_\_ “selec of patients”. Orang yang melakukan tindakan ini di sebut “triage officer”. Dan setiap penderita di beri label berwarna yang membedakan beratnya cedera.

- Hijau Untuk Golongan I : Penderita tanpa luka , tapi terguncang jiwanya dan idak memerlukan tindakan bedah .
- Kuning Untuk Golongan II : Penderita dengan luka ringan (patah tulang pendek , luka robek dll)dan memerlukan tindakan bedah minor.
- Merah Untuk Golongan III : Penderita dengan gangguan “airway breathing“, circulation“ dan disability penderita kelompok memerlukan tindakan mudah, cepat dan “life” saving “seperti pada” primary survy ATLS.
- Putih/Abu-abu Untuk Golongan IV : Kelompok ini warnanya tidak resmi dan tidak ada .di USA di sebut : Grey area”, karena penderita kelompok ini dengan cedera berat (trauma kepala berat, perdarahan intra – adominal dll)memerlukan tindakan yang “super tetapi hasilnya di ragukan. Karena takut di tuntutan, mereka tidak pernah menerapkan label ini jadi label ini hanya merupakan perjanjian saja. Di Indonesia juga merupakan perjanjian bahwa kelompok ini di beri warna putih. Kalau daerah bencana merupakan daerah internasional, maka warna putih tidak berlaku.
- Hitam Untuk golongan V : warna ini untuk penderita yang sudah meninggal .

7. Rumah sakit tidak selalu siap untuk menerima korban masal dan memerlukan waktu untuk mempersiapkannya. Sebaliknya penderita belum siap untuk di transport untuk

# Digital Repository Universitas Jember

ke rumah sakit, tanpa persiapan penderita dapat meninggal dalam perjalanan. Konsep IGD 118 adalah mendekatkan sarana kesehatan ke penderita/bencana dan bukan mendekatkan penderita/bencana ke sarana kesehatan.

untuk itu IGD 118 pertama harus tiba di tempat dalam 6-8 menit dan membuka rangkaiannya dengan tenda “built in” nya menjadi RS lapangan yang dapat menampung +/- 100 penderita . karena itu setiap AGD 118 dilengkapi dengan :

- Tanda “built in”
- Alat obat untuk tindakan pada A,B,C,dan D seperti pada “ primary survey “ATLS.
- Empat botol oksigen sehingga dapat memberikan oksigen secara simultan kepada beberapa penderita.
- Dua sampai empat alat hisap (“suction”)
- Yang manual dan otomatis.
- Dua puluh botol infuse RL, sehingga 5 IGD 118 (RS lapangan ) dapat memberikan infuse secara simultan.
- Alat untuk menghentikan perdarahan ekstraksi, fiksasi dan transportasi.

8. Kemampuan rumah sakit denganUGD/PGD nya (pusat gawat darurat)dalam penanggulangan bencana tergantung dari kemampuan UGD nya sesuai dengan apakah ia merupakan PGD tingkat I, II, III atau IV. PGD I dengan mudah dapat menanggulangi sampai +/- 50 penderita. Jika korban melebihi 50 orang, kita harus mengaktifkan RS terdekat lainnya.

9. komunikasi yang baik berarti :

akses dari masyarakat dapat mudah dan dapat di analisa bersama dengan polisi ( 110 ), pemadam kebakaran ( 113 ) dan IGD 118 (118). Ini dapat di capai jika ketiga organisasi pusat komunikasinya berada dalam satu ruangan

- Di dalam kota ada komunikasi radio yang tidak terganggu oleh adanya bencana, yang akan kemudian membimbing IGD 118 yang membawa penderita dari tempat bencana ke rumah sakit (“out Side command”) selainjuga menangani gawat darurat rutin.

# Digital Repository Universitas Jember

- Di tempat bencana harus ada komunikasi antara 110, 113 dan 118 yang tidak terganggu oleh komunikasi lain (“on side command”).

10. Untuk mencegah terjadinya kesimpangsiuran, maka sebaiknya hanya ada satu komando dan ini dipegang oleh kepolisian.

“DISASTER PLAN” IGD 118 :

- Bencana/korban masal “urban” / rural,

Seperti juga gawart darurat sehari hari maka pada penanggulangan bencana/



## DAFTAR PUSTAKA

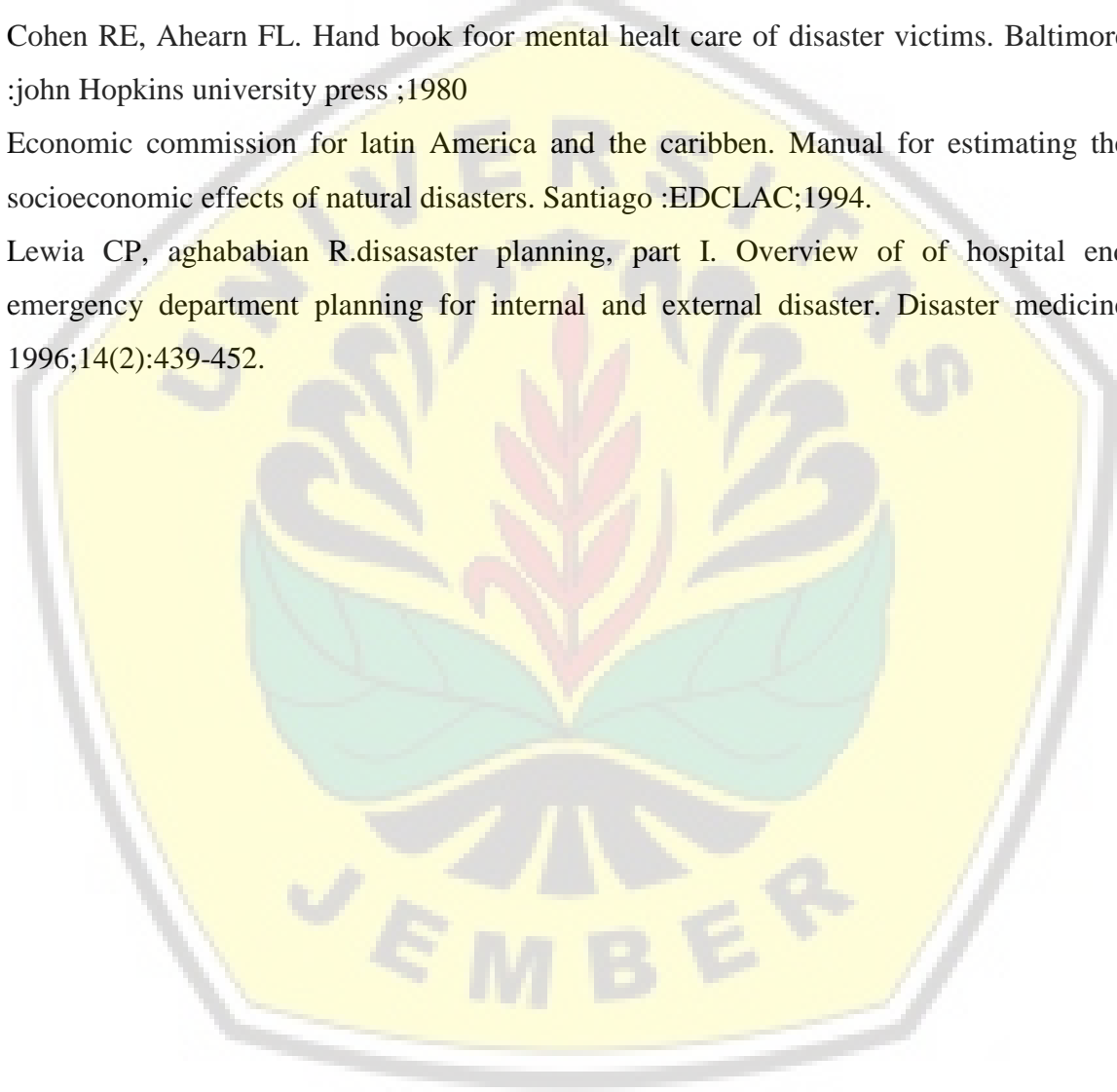
Cespedes R, Prado H. preparacion de la comunided para casos de desastre. (report prepared for the ministry of healt, san jose, costa rica).

Churchill RE .Efektive media relation. In : noji EK, ed. The public helt consequences of disasters. Ney york : oxford university press; 1997

Cohen RE, Ahearn FL. Hand book foor mental healt care of disaster victims. Baltimore :john Hopkins university press ;1980

Economic commission for latin America and the caribben. Manual for estimating the socioeconomic effects of natural disasters. Santiago :EDCLAC;1994.

Lewia CP, aghababian R. disasaster planning, part I. Overview of of hospital end emergency department planning for internal and external disaster. Disaster medicine 1996;14(2):439-452.





**PEMERINTAHAN KABUPATEN JEMBER  
DINAS KESEHATAN  
PUSKESMAS JENGGAWAH**

Alamat : Jl.Kawi No.139 Telp. (0331) 757118 -757888 Jenggawah - Jember, 68121

**SERTIFIKAT**

Diberikan Kepada :

**dr. Roni Prasetyo**

sebagai

**PEMATERI**

dalam mini simposium "**Managemen Bencana**" yang diselenggarakan  
oleh Puskesmas Jenggawah pada tanggal 4 Agustus 2018

Jember, 4 Agustus 2018  
Kepala Puskesmas Jenggawah

**dr. Hj. Nuri Usmawati**  
Nip. 196101171 98803 2 005