



## PERAN MEDIK PADA PENANGANAN KORBAN BENCANA (*Lessons learned from earthquake May 27th 2006*)

Dr. Bambang Suryono S, Sp.An, KIC, Mkes, KNA

### Pengantar

Bencana dalam ilmu kedokteran adalah eskalasi dari keadaan emergensi, dimana pada kasus emergensi pasien bersifat individual, sedangkan pada bencana kasus bersifat massal (*mass casualty*). Bencana medik adalah kejadian yang melibatkan kasus massal, yang mana diluar jangkauan sumber daya tersedia untuk menanganinya. Tipe bencana yang dapat menimbulkan korban masal adalah:

#### A. Bencana Alam

1. Gempa bumi (tektonik, vulkanik)
2. Letusan gunung (awan panas, lahar)
3. Tsunami (*Seismic Sea Wave*)
4. Angin ribut (misal: cleret tahun, typhoon, hurricane)
5. Banjir bandang
6. Tanah longsor
7. Kebakaran hutan
8. Kekeringan
9. Gas beracun (misal: kawah Sinila Dieng)
10. Benturan meteor atau asteroid pada planet bumi

#### B. Bencana Non-Alam

1. Kecelakaan hebat (misal: kecelakaan pesawat terbang di Medan)
2. Kerusuhan sosial (perang suku, antar golongan, demonstrasi yang rusuh)
3. Gas beracun (misal gas serine di Jepang, dan Bhopal India)
4. Perang konvensional, kuman atau biologi
5. Bencana nuklir (perang atau kecelakaan reaktor nuklir)
6. Terorisme

7. Kebakaran gedung
8. Bangunan roboh (gedung, jembatan, jalan layang dll.)

Secara umum bencana akan menimbulkan beberapa hal:

1. Korban meninggal
2. Korban cedera
3. Kerusakan dan kehilangan harta benda
4. Kerusakan dan kehancuran sumber nafkah and tanaman pangan
5. Berhentinya produksi
6. Rusaknya kehidupan normal
7. Hilangnya pekerjaan
8. Rusaknya pelayanan umum
9. Kerusakan infrastruktur nasional dan gangguan pada sistim pemerintahan
10. Kerugian ekonomi nasional
11. Efek sosiologis dan psikologis sesudahnya

Sebagai akibat dari bencana tersebut dapat terjadi Bencana Internal (*Internal Disaster*) yaitu bencana yang menimpa pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, maupun Bencana Eksternal (*External Disaster*) yaitu bencana yang menimpa masyarakat sehingga terjadi eskalasi kasus sejak ditempat kejadian, transportasi sampai pelayanan di rumah sakit. Bencana Internal dapat terjadi bila telah terjadi kerusakan fisik, infrastruktur, padamnya listrik, kesulitan penyediaan air bersih, tidak lengkapnya SDM, persediaan obat AMHP BMHP tidak mencukupi, logistik tidak cukup.

*The American College of Emergency Physician* membuat kategori berikut untuk bencana atau kejadian kasus emergensi masal dengan modifikasi:

- Level - 1 : Terjadi kasus emergensi massal terlokalisir dimana sumber daya lokal tersedia dan mencukupi untuk memberikan triage, pengobatan medik di lapangan dan stabilisasi. Pasien dapat dikirim ke fasilitas medik setempat yang sesuai untuk diagnosis dan pengobatan selanjutnya.
- Level - 2 : Terjadi kasus emergensi multipel yang mana jumlah besar kasus atau fasilitas medik lokal tidak mencukupi sehingga perlu bantuan medik regional.
- Level - 3 : Kasus emergensi massal yang jumlahnya melampaui kemampuan sumber daya lokal dan regional. Kekurangan persediaan perbekalan medik dan tenaga medik membutuhkan bantuan dari seluruh negeri atau internasional

### **Prinsip Manajemen Medik Bencana**

Tujuan pelayanan medik dan kesehatan pada kejadian bencana adalah memberikan hasil terbaik untuk sebanyak-banyaknya korban. Ini mungkin melibatkan pembalikan prosedur normal atau prioritas. Penilaian dan mobilisasi sumber daya mungkin mendahului pengobatan kasus individual. Perencanaan untuk bencana didasarkan atas konsep 4

fase yaitu: pencegahan, kesiapsiagaan, tanggap reaksi (*response*) dan pemulihan (*recovery*).

▪ **Pencegahan**

Upaya meringankan (mitigasi) dari efek bencana mungkin melibatkan kisaran strategi kedokteran dan kesehatan pencegahan, termasuk imunisasi untuk penyakit menular, perbaikan sanitasi, higiene personal, bahaya pembuangan limbah, kontrol vector dan cacing, kontrol imigrasi dan bea cukai, pendidikan dan peringatan dini masyarakat

▪ **Kesiapsiagaan**

Sumber daya manusia dan perbekalan yang diperlukan segera dimobilisasi dan disebar. Sumber daya medik terutama melibatkan persiapan dan penyebarannya. Pendekatan "*all hazards*" diterima dan digunakan sebagai konsep dasar untuk melakukan tanggap reaksi dan pemulihan dari bencana. Kerangka yang berdasar "identifikasi masalah" melahirkan struktur organisasi yang luwes dalam penyesuaian kebutuhan pada setiap macam bahaya.

Rencana menunjang fungsi kesehatan wilayah meliputi hal berikut:

- a. pengendalian, penggerakan dan koordinasi sumber daya medik
- b. menyediakan manajemen kesehatan dan medik pra-hospital untuk kasus
- c. transpor kasus menuju fasilitas yang layak untuk pengelolaan definitif
- d. manajemen kesehatan masyarakat untuk kondisi bencana
- e. pelayanan konseling untuk korban bencana
- f. pelayanan kesehatan dan kedokteran berkelanjutan pada masa pemulihan
- g. memikirkan masa depan penderita cacat di masyarakat

**Tanggap reaksi**

Disini merupakan tindakan yang diambil segera sesudah, dan selama kejadian atau dampak bahaya untuk meminimalkan efek dari peristiwa. Ini adalah fase paling aktif dari sumber daya medik dan bila pengendalian, perintah dan koordinasi semua kemampuan akan diperkirakan menurut Pedoman dan Perencanaan yang menopangnya.

Prinsip untuk **mencapai hasil terbaik untuk sebanyak-banyaknya pasien** sebagai hasil dari proses triage, yang mana dilakukan pemilahan, prioritasasi dan distribusi kasus berdasar kebutuhan untuk resusitasi, transpor dan pengobatan definitif. Triage adalah proses berlanjut pada tempat kejadian dan berlanjut sampai rumah sakit. Disesuaikan kebutuhan pada sumber daya tersedia untuk mencapai hasil terbaik untuk jumlah terbanyak korban.

Penilaian dan triage akan mendahului manajemen kasus per kasus, yang mungkin agak berlainan dengan prosedur medik konvensional. Pengobatan medik dilapangan mungkin dibutuhkan bila meliputi jumlah besar kasus untuk menghindari transpor awal ke rumah sakit untuk terapi

definitif (stabilisasi kasus di lapangan), atau bila ada kelambatan memperoleh transportasi mengharuskan manajemen medik di luar rumah sakit.

Triage dan pengobatan kasus minor di lapangan mungkin menghindari transfer banyak kasus ke rumah sakit, walaupun ini harus dikerjakan dengan hati-hati, harus selalu dipikirkan risiko cedera tak diketahui karena fasilitas tak memadai di lapangan.

Transpor kasus dibawah arahan Komandan Ambulans, yang melakukan koordinasi semua perpindahan kasus dalam semua cara dan bentuknya. Ini dilakukan setelah konsultasi dengan komandan medik untuk memastikan bahwa tiap kasus diantar pada tempat yang tepat, pada saat yang tepat dan dengan cara yang tepat. Distribusi penerima kasus harus direncanakan untuk mencegah penumpukan kasus pada satu tempat sedangkan yang yang lain kosong atau hanya sedikit. Sistim transportasi kasus normal digunakan bila mungkin, dan harus dikoordinasikan dengan Pelayanan Ambulans (AGD 118), yang mana juga bertanggung-jawab untuk manajemen dan koordinasi dan pengaturan bentuk lain transpor pasien (kendaraan pribadi, truk dll).

Peralatan medik yang diperlukan untuk manajemen kasus di lapangan ditentukan oleh Perencanaan Pelayanan Kesehatan Bencana.

Bencana adalah eskalasi dari kasus gawat darurat yang dihadapi setiap hari di rumah sakit. Di rumah sakit maka unit gawat darurat harus menyiapkan diri agar sewaktu-waktu ada kasus emergensi dapat ditangani dengan baik. Untuk keperluan ini diperlukan kesiapan SDM yang kompeten baik dokter, perawat maupun staf pendukungnya, fasilitas alat dan obat, fasilitas ruang dan prosedur tetap untuk kasus emergensi. Di tingkat masyarakat masih diupayakan suatu bentuk *safe community* dimana emergensi di luar rumah sakit dapat ditangani secara awal dan cepat secara baik, sehingga mengurangi angka morbiditas dan mortalitas. Daerah yang menjadi langganan bencana harus disiapkan prosedur dan latihan tetap minimal satu kali dalam setahun. Kesiapan rumah sakit dan kesiapan masyarakat umum dalam menghadapi kasus emergensi merupakan modal utama dalam menghadapi kasus korban bencana yang masal.

### **Manajemen Medik**

Organisasi medik yang harus tanggap reaksi terhadap bencana, tergantung pada jenis dan besarnya kejadian. Organisasi ini menjadi bagian dari sistim penanggulangan bencana di daerah tertentu (SATKORLAK untuk tingkat propinsi, dan SATLAK untuk tingkat kabupaten/kota).

Sebagai gambaran pada kejadian emergensi tunggal, maka komandan medik yang bertanggung-jawab ditempat kejadian langsung melakukan tanggap reaksi : triage, pengobatan, transpor, komunikasi, logistik dst-nya. Bila kejadian murni masalah medik maka komandan medik memutuskan segala sesuatunya tanpa perlu koordinasi dengan sistim penanggulangan bencana.

Pada kasus yang tidak terlalu banyak sehari-hari, maka ambulans yang datang pertama dapat bertindak sebagai komandan medik (dapat

oleh perawat), sementara teman lainnya melakukan tugas triage atau resusitasi. Bila ada ambulans berikut datang maka komandan medik ini dapat mengarahkan peran atau tugasnya. Tiap petugas dapat mengobati dan transpor pasien sesuai berat ringannya penyakit.

Bila bencana dalam skala besar, misal seperti gempa 29 Mei 2006, pengelolaan lebih sulit. Korban tidak berada pada satu tempat, tetapi tersebar di beberapa tempat, termasuk daerah terpencil yang sukar dijangkau ambulans. Keberadaan korban dapat diketahui lewat laporan per telepon 118 bila sarana ini masih baik. Hal ini dapat menimbulkan masalah koordinasi bila jumlah ambulans tidak mencukupi atau radio-komunikasi dengan ambulans terganggu. Hilangnya komunikasi dan koordinasi terpusat maka diperlukan desentralisasi manajemen, misal ambulans disebar kemudian dia membuat jaringan dengan instansi lain terdekat.

Faktor geografi juga memainkan peran penting pada tanggap reaksi bencana. Pada daerah terpencil dapat digunakan pesawat terbang, di laut memakai kapal, di kota harus mengendalikan lalu-lintas dan kemacetan. Bila ada risiko bahaya, maka tempat kejadian harus diisolasi dan kendaraan penolong ditempatkan didepan arah angin terhadap tempat kejadian. Korban dibawa ke lokasi tunggal untuk triage, kemudian dibawa ke beberapa tempat tergantung tingkat prioritas pengobatan.

### **Fase Akut Medis**

- Masa 0 - 7 hari pasca kejadian
- Penyebab kematian ( Trunkey's Curve )
  - 1) *2 jam pertama : immediate death*
    - Cidera berat otak, jantung, pembuluh darah utama
    - Umumnya sulit diselamatkan walaupun dalam *setting* yang ideal
  - 2) *2 - 6 jam : early death*
    - Perdarahan berat pada kepala, rongga dada atau perut
    - Dapat diselamatkan dengan tindakan yang cepat dan tepat dalam jam pertama ( "*golden hour* " )
  - 3) *4 minggu pertama, puncak minggu ke dua : late death*
    - Infeksi, Multi organ failure
    - Penyakit karena sanitasi buruk

### **Triage**

Triage adalah proses memilah pasien dan klasifikasi dari sudut urgensi relatif. Ini untuk memastikan bahwa pasien yang perlu segera diobati dapat tertangani dan sumber daya yang terbatas tidak terbuang percuma pada kasus yang sebenarnya penanganannya dapat ditunda. Pada kasus masal maka ada perbedaan dengan triage skala kecil, dimana kasus yang cedera berat dengan kemungkinan hidup kecil akan diletakkan pada prioritas rendah. Pada beberapa petugas maka kondisi ini akan menjadi kesulitan, tetapi disini ada prinsip "kerjakan sebanyak-banyaknya untuk kebaikan pasien dan buat sumber daya bekerja dengan efisien".

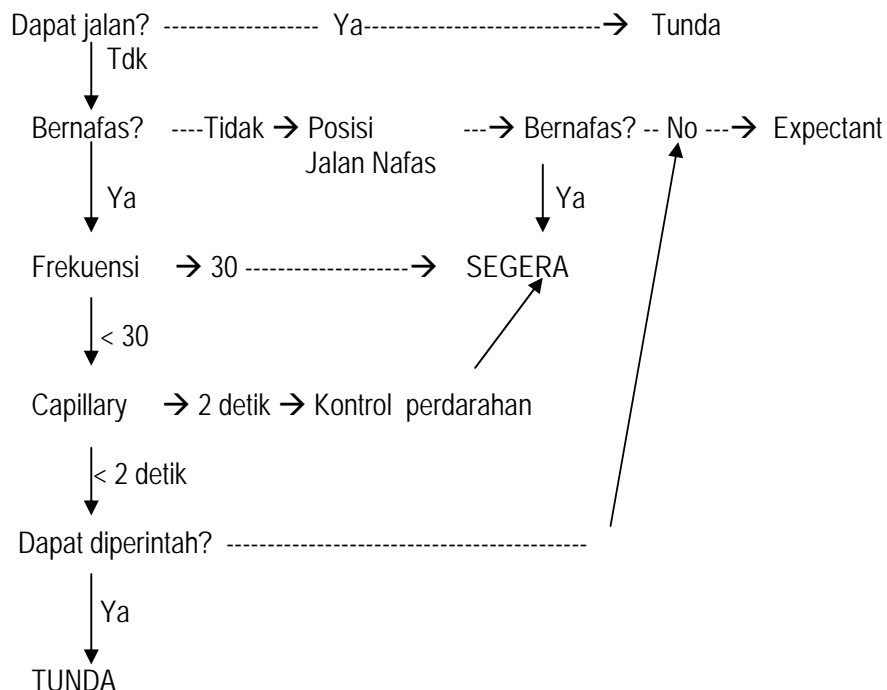
### **Kategori Triage**

Ada sistim 4 level untuk kategori triage:

1. Segera - *Immediate* (I) - Pasien mengalami cedera mengancam jiwa yang kemungkinan dapat hidup bila ditolong segera. Misal: *tension pneumothorax*, distress spernafasan, perdarahan internal vasa besar, dan cedera jalan nafas.
2. Tunda - *Delayed* (II) - Pasien perlu tindakan definitif tetapi tidak ada ancaman jiwa segera. Pasien dapat menunggu giliran pengobatan tanpa bahaya. Misal: fraktur minor ekstremitas, perdarahan lacerasi terkontrol, dan luka bakar < 25%.
3. Minimal (III) - Pasien mendapat cedera minimal, dapat jalan dan dapat menolong diri sendiri atau mencari pertolongan lain. Misal: lacerasi minor, memar dan lecet.
4. *Expectant* (0) - Pasien mengalami cedera lethal dan akan meninggal meski diobati. Misal: cedera kepala berat, luka bakat derajat 3 berat hampir seluuruh tubuh dan kerusakan organ vital.

**Metode penilaian triage**

Triage dilakukan secara cepat dan mendapatkan kategori triage berdasar evaluasi yang dapat dikerjakan secara cepat, mudah dan oleh tenaga yang training medik terbatas. Sistim apapun yang dipakai tetap diprioritaskan pada orang paling berpengalaman, berpengetahuan medik cukup, dan mempunyai kemampuan penilaian yang baik. Untuk ini dipakai metode START yaitu *simple triage and rapid treatment*.



Gambar : ALGORITME TRIAGE START

**Pemulihan**

Disini dilakukan pengaturan yang diperlukan untuk mengembalikan masyarakat pada kehidupan normal. Fase pemulihan dapat lama, dan mungkin melibatkan banyak organisasi, dengan penurunan keterlibatan pelayanan medik sejalan dengan proses pemulihan, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan mental akan makin meningkat.

Bencana atau musibah massal tidak hanya membuat petugas kesehatan lelah dan stres, tetapi juga dapat mengakibatkan reaksi psikologis ekstrim pada yang menyaksikan. Reaksi dapat terjadi segera atau tertunda, dan dapat ber manifestasi sebagai *anxiety*, kelelahan, depresi, rasa berdosa, gangguan tidur dan mimpi buruk. Para petugas kesehatan emergensi yang bekerja diantara pasien hidup dan mati, kadang-kadang secara lahiriah menunjukkan sikap tenang dan tidak terpengaruh, hal ini karena mekanisme defense, acuh dan efek tandingan.

Pada *post-mortem event analysis* , perlu dibentuk tim yang terdiri atas psikolog, psikiatris dan organisasi lain untuk melakukan wawancara psikologis wajib. Pada sesi ini setiap orang diminta untuk mengungkapkan perasaan dan emosi berhubungan dengan kejadian dan yakinkan bahwa perasaan seperti itu normal, dan itu tidak dialami sendiri dan bantuan psikologis bila tersedia sangat diperlukan.

## **Perencanaan di Rumah Sakit**

### **Bencana Internal**

Rumah sakit tidak terbebas dari bencana, yang dapat membuat terjadinya kolaps fungsional sebagian atau total. Bencana mungkin dapat terjadi karena musibah di rumah sakit sendiri (misal: kebakaran, kerusakan infrastruktur oleh ledakan bom dll), atau musibah yang terjadi secara simultan dengan luar rumah sakit (mis. gempa bumi, banjir, perang, rusuh massal dll), sehingga menimpa personil, fasilitas rumah sakit untuk berfungsi secara normal. Paling maksimal yang dapat terjadi adalah perlu relokasi rumah sakit (misal mengungsi ke gedung olahraga, sekolah atau tenda), tetapi tetap menjalankan fungsi dan tanggung-jawabnya menolong pasien. Perencanaan meliputi pengaturan untuk relokasi dan akomodasi setelah pemindahan pasien. Rumah sakit dapat kolaps tetapi pelayanan kepada pasien tidak boleh terhenti, termasuk pelayanan rutin pasien.

### **Bencana Eksternal**

Bila terjadi bencana maka di rumah sakit harus segera mengaktifkan sistim medik bencana, dimana rumah sakit dibutuhkan untuk tanggap sesuai peran yang telah ditetapkan. Rumah sakit yang ada diperkirakan akan menerima jumlah besar pasien yang tidak seperti biasanya. Tidak semua pasien datang dengan ambulans, sebagian datang dengan transportasi seadanya atau datang sendiri. Rumah sakit harus menyediakan fasilitas pengobatan tanpa mempertimbangkan jumlah pasien yang datang. Tidak boleh menolak pasien dengan alasan tempat tidur sudah penuh.

Tiap rumah sakit harus mempunyai dalam rencananya suatu struktur komando, dengan menunjuk Komandan Medik Bencana untuk mengatur tanggap reaksi bencana didalam rumah sakit. Area khusus untuk menangani kasus yang cukup besar harus disiapkan untuk menampung kasus yang cukup besar. Rumah sakit harus tetap menerima kasus rutin diluar korban bencana dan persiapan harus dibuat untuk triage dan mengelola pasien ini.

Komandan Medik Bencana harus bertanggung-jawab kepada Pengendali Medik Bencana selama fase tanggap rumah sakit terhadap bencana. Rumah sakit yang menerima sedemikian banyak pasien mungkin membutuhkan bantuan Tim Medik Bencana dari luar yang diarahkan oleh Pengendali Medik dan akan bekerja dibawah koordinasi Komandan Medik Bencana di rumah sakit. Tambahan tenaga ini mungkin diperoleh dari luar daerah bencana. Tenaga lain seperti relawan dll, yang datang untuk membantu penanganan korban bencana akan bekerja didalam arahan Komandan Medik Rumah sakit.

#### Tanggap reaksi eksternal

Rumah sakit besar diseluruh negeri mungkin akan diminta mengirim Tim Medik Bencana yang akan dikirim pada lokasi bencana dan bekerja atas arahan Komandan Medik yang ditunjuk, untuk melakukan triage dan pengobatan banyak korban ditempat. Keputusan untuk dikirim tim medik akan dibuat oleh Pengendali Medik, setelah konsultasi dengan Komandan Medik, dan Pengendali Ambulans dan Komandan Ambulans.

Secara spontan beberapa Tim Medik Bencana dari dalam dan luar negeri datang ditempat bencana atau rumah sakit untuk memberi bantuan pertolongan, baik tenaga maupun obat-obatan dan alat kesehatan. Ada yang datang dalam tim lengkap dengan obat dan peralatannya, dan ada yang secara individu tanpa membawa obat atau peralatan. Pengendali Medik harus mampu melakukan penapisan atas tenaga yang datang (kualifikasi, kompetensinya) dan arahan tugasnya. Semua tim bantuan harus atas koordinasi dan dibawah tanggung-jawab Komandan Medik.

#### SKEMA PERENCANAAN

		Jumlah Kasus		
		Batas Normal	Eskalasi Kompensasi	Eskalasi Tak Kompensasi
RS Intak	SDM	A	B	C
	Fasilitas	D	E	F
RS Kollaps	SDM	G	H	I
	Fasilitas	J	K	L



Sel A s/d L dapat diisi rencana yang akan dikerjakan bila kejadian tersebut terjadi.

## **Manajemen Lapangan Bencana**

### **Kendali Lapangan**

Tim Medik Lapangan akan masuk ke daerah bencana bilamana daerah tersebut sudah dinyatakan aman untuk dimasuki. Pada bencana kebakaran maka PBK (petugas pemadam kebakaran) yang akan menyatakan keadaan cukup aman untuk menuju area bencana. Polisi bertugas mengamankan tempat bencana dengan membuat "police line". Orang yang dapat masuk area bencana harus mendapat otorisasi dari polisi. Petugas kesehatan harus memakai tanda identitas tertentu untuk memasuki area bencana.

### **Tenaga Medik dan Kesehatan di Lapangan**

Biasanya yang datang pertama ditempat kejadian adalah Pelayanan Ambulans, yang tugas pertamanya adalah menilai keadaan, kemudian memberitahu Pusat Koordinasi bila membutuhkan tambahan bantuan lain sebelum melakukan tugas spesifik triage atau pengobatan korban. Tambahan ambulans dapat dikirim bila masih tersedia dan dibutuhkan. Bantuan ini termasuk Komandan Lapangan Ambulans. Pelayanan ambulans memberitahu Pengendali Medik, yang mana dapat menunjuk seorang Komandan Medik yang harus turun ke lapangan. Komandan Medik bekerjasama dengan Komandan Ambulans dapat meminta Tim Medik Bencana turun ke lapangan melalui Pengendali Medik yang bekerja di Pusat Pengendali Krisis Medik Bencana. Pelayanan ambulans terbatas pada manajemen pra-rumah sakit.

### **Organisasi Lapangan**

Organisasi lapangan untuk triage dan manajemen kasus massal dipegang oleh Komandan Ambulans dengan konsultasi pada pihak Polisi sebagai pengendali lapangan dan Komandan Medik. Ditetapkan area diluar kejadian bencana (sedekat mungkin) untuk melakukan triage, pengobatan dan evakuasi. Tim Medik bencana bekerja ditempat ini, sedangkan korban diangkut dari tempat kejadian oleh petugas ambulans. Bila perlu Tim Medik dapat diminta datang ketempat kejadian bencana, misal ada korban terjebak diantara reruntuhan dan belum dapat dikeluarkan. Kondisi ini ditentukan oleh Komandan Medik dengan konsultasi Komandan Ambulans.

### **Tanggung Jawab**

Tim Medik bertanggung-jawab kepada Komandan Medik bukan kepada asal rumah sakitnya. Petugas ambulans bertanggung-jawab kepada Komandan Ambulans. Kedua komandan ini bekerja atas dasar konsultasi, dan dipegang oleh orang yang trampil. Misalnya, *Triage Officer* dipilih berdasar kompetensi dan pengalaman klinik, bukan

senioritas. Bila ada perbedaan pendapat tentang masalah klinik maka Komandan Medik **harus dapat mengambil keputusan** berdasar atas kompetensi dan pengalamannya dalam bidang emergensi dan bencana.

Penggantian Tim Medik atau petugas kesehatan lain dari lapangan diatur oleh Komandan Medik, yang akan minta pengganti kepada Pengendali Medik. Secara individu petugas medik lapangan ada dibawah Komandan Medik. Semua tenaga kesehatan ditarik dari tempat kejadian setelah semua tugas selesai ditetapkan oleh Pengendali Medik.

### Relawan

Para relawan yang akan membantu ditempat bencana harus melalui pihak polisi. Sepanjang mereka akan bekerja untuk masalah kesehatan maka harus mendapat tanda "ijin" dari Komandan Medik, yang akan mengarahkan tugas mereka. Semua petugas dalam area ini bertanggung-jawab kepada komandan Medik, tidak peduli senioritas dan kemampuannya.

### Aspek Medikolegal

Pada keadaan normal maka praktik kedokteran diatur oleh UUPK 29/2004. Mobilitas yang mendadak dari tenaga kesehatan, diperlukan legalitas kehadiran mereka untuk menjalankan profesi. Diperlukan adanya UU atau PERDA yang mengatur penanggulangan bencana, sehingga keberadaan tenaga medik dari luar daerah atau luar negeri dapat tersaring kualitas dan kompetensinya, dan secara hukum dapat dikatakan legal. Demikian pula pengaturan di lapangan dapat dilakukan secara tepat.

Dalam masalah administrasi, seperti mobilisasi dana atau logistik perlu dibuat aturan yang menyingkat birokrasi mengingat bencana adalah keadaan gawat darurat untuk kasus massal.

### Keterlibatan Media

Tidak dapat dihindari bahwa bila ada kejadian musibah massal atau bencana maka akan menjadi konsumsi pers. Mereka bebas menjalankan tugas, tetapi bila mereka menempuh bahaya dapat diperingatkan bila perlu dilarang oleh petugas keamanan. Secara umum untuk mengelola pers ada beberapa poin:

1. Berikan kesempatan pers untuk meliput, tetapi nasihatkan agar tidak masuk daerah bahaya dan tidak mengganggu jalannya pertolongan medik.
2. Secara aktif berikan mereka informasi secara cepat dan se-akurat mungkin dan sesering mungkin. Dapat ditunjuk penghubung atau humas untuk keperluan ini.
3. Informasi penting meliputi jenis kejadian, jumlah korban, cedera serius relatif (misal jumlah korban meninggal), dan lokasi terjadinya korban. Untuk pelayanan masyarakat dapat dibentuk pusat informasi untuk masyarakat.

4. Jangan berandai-andai atas sesuatu yang tidak diketahui secara pasti.

### Lessons Learned

Dengan terjadinya gempa besar pada pagi hari Sabtu Wage jam 05.50 tanggal 27 Mei 2006 di Daerah Yogyakarta dan Klaten maka terjadilah tragedi kemanusiaan yang menelan lebih 5000 orang meninggal dunia dan puluhan ribu mengalami cedera. Banyak anggota masyarakat kehilangan sanak saudara, kehilangan rumah, kehilangan harta benda dan kehilangan pekerjaan. Banyak orang cedera sosial dan membutuhkan bantuan materi berupa sandang pangan dan papan. Banyak orang cedera fisik dan membutuhkan pertolongan medik. Dokter dan tenaga kesehatan lain mempunyai tugas dan kewajiban untuk memberikan pelayanan profesional dalam pertolongan tersebut, sementara diantara mereka sendiri menjadi korban gempa itu sendiri.

1. Telah terjadi bencana yang menimpa masyarakat luas secara mendadak dan tidak terduga (*External disaster*) menimbulkan banyak korban, dan dilain pihak terjadi pula bencana di sarana kesehatan (*Internal disaster*) yang menimpa fisik rumah sakit dan beberapa anggota tenaga kesehatan sehingga secara terjadi kollaps fungsional secara parsial atau total.
2. Pertolongan medik ditempat bencana dapat dikatakan hampir minimal, sementara korban dibawa ke sarana pelayanan kesehatan dengan seadanya. Bahkan beberapa kantong daerah beberapa korban baru dapat diangkut setelah lebih 3 hari. Koordinasi lintas sektoral tidak dapat berjalan karena sistemnya sendiri belum ada ditambah lumpuhnya sistem komunikasi telepon dan padamnya listrik dibeberapa daerah.
3. Rumah sakit yang menjadi tujuan pertolongan para korban tidak mampu secara fungsional melaksanakan fungsinya karena beberapa hal antara lain:
  - a. *Disaster plan* yang tidak menjangkau secara komprehensif cara pertolongan untuk eskalasi kasus trauma yang demikian besar dan mendadak menyangkut triage, relokasi perawatan dan pelayanan medik sendiri. Pemahaman *disaster medicine* dan *disaster management* masih bervariasi diantara para dokter, tenaga kesehatan dan struktural rumah sakit.
  - b. Kebutuhan tenaga kesehatan yang tidak mencukupi berikut fasilitasnya
  - c. Kebutuhan logistik medik maupun non-medik yang meningkat drastis
  - d. Terserapnya semua tenaga untuk korban gempa membuat pelayanan rutin menjadi terhenti (seperti poliklinik) dalam beberapa hari
  - e. Tugas administrasi banyak tidak berjalan terutama dalam pencatatan atau dokumentasi pasien
4. Respon eksternal nasional maupun internasional yang sangat besar untuk pertolongan korban, sedangkan di tempat bencana terjadi belum ada sistem yang meng akomodasikan bantuan tersebut

secara terstruktur, baik berupa tenaga medis, perawat maupun obat-obatan. Instansi lokal masih terikat dengan birokrasi yang kaku yang belum dapat merelaksasi aturan yang ada pada situasi bencana karena peraturannya belum ada

5. Namun demikian ada beberapa faktor penunjang yang memperingan penanganan korban bencana yaitu:
  - a. Beberapa rumah sakit telah mempersiapkan diri untuk kemungkinan penanganan korban Merapi yang pada masa tersebut sedang meningkat aktifitas nya
  - b. Karena awan panas Merapi tahun 1994 telah dibentuk Pusbankes PERSI DIY yang telah beraktifitas dan menghasilkan koordinasi yang baik Ambulans 118 dan melakukan pelatihan PPGD untuk perawat di DIY dan sekitarnya lebih 60 kali. Secara periodik juga dilakukan latihan bersama di Bebeng, Parangkusumo, Glagah dll.

### **Rekomendasi**

Untuk menghadapi masalah bencana yang dapat terjadi lagi dimasa yang akan datang maka di rekomendasikan:

1. Perlu kesiapsiagaan dalam bentuk: pembentukan Pusat Pengendali Krisis Medik Emergensi yang mempunyai Pengendali Medik dan Komandan Medik
2. Perlu kesiapsiagaan pelayanan ambulans yang mempunyai: Komandan Ambulans berikut Tim Ambulans-nya
3. Ditingkat rumah sakit: ada kesiapan rumah sakit dalam menerima kasus korban bencana maupun dalam mengirim bantuan Tim Medik Bencana. Di rumah sakit harus ada Pengendali Medik dan Komandan Medik, dan rumah sakit sudah mempunyai Plan A,B, C dst.nya untuk menghadapi kasus massal akibat bencana atau musibah massal.
4. Disiapkan peraturan, pedoman dan/atau prosedur di tingkat nasional, daerah dan rumah sakit untuk menghadapi masalah bencana.
5. Latihan secara berkala untuk menghadapi musibah massal, sebagai salah satu cara sosialisasi manajemen bencana kepada berbagai pihak.