

# **GAWAT DARURAT KESEHATAN MASYARAKAT PADA BENCANA: KONSEP YANG BELUM MENDAPAT PERHATIAN SELAYAKNYA.**

**Oleh:**

***Dr. Hendro Wartatmo, Sp.B.KBD***

***Konsultan Senior pada Divisi Manajemen Bencana PMPK FK UGM***

## **Pendahuluan.**

Dalam penanganan korban gawat darurat, konsep Gawat Darurat Medis (*Medical Emergency*) dan Respon Medis (*Medical Respons*) sudah dikenal secara umum dan sudah umum dilaksanakan pada setiap bencana (*Carley S, Mackway-Jones K, 2005*). Gawat Darurat Medis umumnya dipakai untuk menggambarkan situasi kegawatan medis pada seorang korban atau situasi. Sedangkan, Respon Medis adalah tindakan darurat dalam bentuk penanganan medis pada korban bencana. Dalam situasi bencana, Respon Medis terutama dilakukan pada masa tanggap darurat berupa tindakan resusitasi, stabilisasi, sampai tindakan definitif, dan dikerjakan oleh tim medis lokal maupun tim medis bantuan. Menurut tempat dan tingkat penanganan korban, dikenal respon medis fase pra-rumah sakit dan fase rumah sakit.

Berbeda dengan respon-respon medis, respon terhadap masalah kesehatan masyarakat (*Public Health Respon*) nampaknya belum mendapat perhatian yang cukup. Hal ini dapat dilihat dari kurangnya volume dan intensitas *public health response* yang dilakukan terhadap masalah gawat darurat di bidang kesehatan masyarakat pada saat maupun pasca bencana. Dari sisi perundangan pun, masalah gawat darurat yang menyangkut kesehatan masyarakat belum mendapat perhatian yang cukup. Hal ini dapat dilihat dari prosedur penanggulangan bencana (*Disaster Plan*) yang disusun oleh Kementerian Kesehatan, yang belum mengatur secara jelas masalah tersebut.

## **Gawat Darurat Kesehatan Masyarakat.**

Gawat Darurat Kesehatan Masyarakat atau *Public Health Emergency* (PHE) adalah suatu keadaan dimana terjadi dampak buruk dari bencana terhadap sistim kesehatan masyarakat dan infrastrukturnya sehingga kehilangan kemampuan proteksinya (*Burkle FM, 2007*). *Public Health Emergency* bisa terjadi misalnya pada keadaan bencana dimana pelayanan cuci darah di suatu rumah sakit terpaksa berhenti untuk beberapa hari. Hal ini akan menimbulkan peningkatan morbiditas, bahkan mortalitas, dari penderita gagal ginjal pada periode tersebut. Keadaan ini akan terjadi juga untuk penyakit lain, misalnya pasien kanker yang memerlukan pengobatan dengan kemoterapi secara rutin.

Di dunia, masalah PHE telah menjadi perhatian sejak beberapa tahun akhir ini. Beberapa publikasi yang ada diantaranya seperti *Public Health Emergency Preparedness: Fundamental of the "System"* (Salinsky E, 2002) dan *Public Health Emergency Response Guide for State, Local, and Tribal Public Health Director*, yang dipublikasikan oleh *Center for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services, USA*. Bahkan saat ini sudah mulai disusun panduan pelatihan dan pelaksanaan respon dalam menghadapi suatu PHE (Gebbie K, Valas J, 2006)

Masalah dalam menyusun konsep PHE adalah mengenai ruang lingkungannya. PHE dan *Medical Emergency* merupakan dua masalah yang saling terkait sehingga ruang lingkup keduanya tidak bisa dipisahkan oleh suatu garis yang tegas. Secara umum dapat dikatakan bahwa ruang lingkup *Medical Response* (MR) adalah tindakan yang berbasis pada penanganan individu. Sedangkan ruang lingkup PHE adalah masyarakat, sehingga *Public Health Response* (PHR) merupakan tindakan yang ditujukan pada kelompok individu atau masyarakat. Bisa juga dikatakan bahwa PHE merupakan akibat tidak langsung dari bencana, yaitu akibat dari berkurangnya pelayanan kesehatan sehari-hari karena rusaknya fasilitas kesehatan. Dalam hal-hal tertentu memang keduanya dapat ditentukan secara jelas, misalnya tindakan operasi pada kasus patah tulang merupakan MR, sedangkan penyediaan air bersih untuk pengungsi adalah bentuk dari PHR. Namun demikian, imunisasi yang ditujukan pada individu sulit untuk dikatakan sebagai MR, dan tindakan triase dan evakuasi pada musibah besar (*major incident*) juga lebih dikenal sebagai bagian dari MR, bukan PHR, walaupun ditujukan untuk sekelompok masyarakat. (Burkle FM, 2007).

Upaya yang dilakukan untuk membedakan MR dan PHR dengan berdasar perjalanan waktu juga akan menemui kendala karena adanya *overlapping* diantara keduanya. Suatu MR kadang dilakukan sampai minggu ke dua, bahkan mungkin sampai minggu ke 3, misalnya bila dijumpai korban baru. Sedangkan surveilance sebagai bagian dari PHR umumnya dipandang wajar untuk dilakukan setelah fase tanggap darurat medis dilalui, yaitu pada minggu kedua. Seperti pada surveilance Tetanus pasca gempa Bantul 2007. Namun demikian, beberapa aktivitas PHR bisa juga dilakukan sejak hari pertama pasca bencana, misalnya penyediaan air bersih dan dukungan dapur umum untuk pengungsi.

Penanggulangan ME maupun PHE dihubungkan dengan siklus bencana umumnya lebih difokuskan pada fase *preparedness* dan *response*. Aktivitas diluar kedua fase tersebut akan lebih banyak bersifat terencana dan menjadi tugas institusi yang terkait. Pengalaman yang didapat Tim Medis FK UGM/RS Sardjito di Meulaboh (2004), Nias (2005), Pangandaran (2005), Bengkulu (2007), dan Padang (2009), menunjukkan bahwa mayoritas masalah dilapangan adalah PHE. Hal ini karena, tim medis umumnya baru bisa mencapai daerah bencana setelah hari ke dua, sehingga masalah ME sudah ditangani oleh petugas dan masyarakat setempat.

Perkembangan terakhir menunjukkan tendensi makin terpolarisasinya masalah manajemen bencana di sektor kesehatan, sehingga menjadi dua hal pokok yang memiliki *core competency* masing-masing, yaitu *Disaster Medicine* dan *Public Health Emergency*. Oleh karena itu, para *stakeholder* manajemen bencana sektor kesehatan di Indonesia selayaknya juga bisa mengembangkan kedua hal diatas melalui profesi yang terkait.

### **Kesimpulan.**

Dalam manajemen bencana di Indonesia, *Public Health Emergency* sebenarnya bukanlah merupakan hal baru, dan *Public Health Response* juga sudah dilakukan baik sebagian maupun secara keseluruhan. Namun demikian pada pelaksanaannya belum terstruktur dengan baik sehingga kurang efektif dan kurang efisien. Untuk itu, dalam menyusun suatu *Disaster Plan* di sektor kesehatan sebaiknya masalah *Medical Emergency* dan *Public Health Emergency* mendapat tempat yang proporsional dan operasionalisasinya dapat diatur secara komprehensif.

Pembentukan Divisi Manajemen Bencana di Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) Fakultas Kedokteran UGM sesungguhnya merupakan respon terhadap kebutuhan akan perbaikan manajemen bencana di sektor kesehatan. Mengingat beban dan tantangan divisi baru ini cukup berat, diperlukan personel yang benar-benar mampu dan memiliki komitmen kuat untuk mendukung program ini, baik sebagai bagian dari tim teknis maupun tim pendukung.

### **Referensi :**

- Burkle, F.M. (2007) *Public Health Emergencies, Cancer, and the Legacy of Katrina. Prehospital and Disaster Medicine*, 22 (4). The Official Journal of the World Association for Disaster and Emergency Medicine, World Association for Disaster and Emergency Medicine, Madison Wisconsin, USA
- Carley, S., Mackway JK. (2005) *Major Incident Medical Management and Support*, Blackwell Publishing Ltd.
- Center for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services. (2002) *Public Health Emergency Response Guide for State, Local, and Tribal Public Health Director*
- Departemen Kesehatan RI. (2007) *Standar Penanganan Bencana Bidang Kesehatan*.
- Gebbie, K., Valas, J. (2006) *Public Health Emergency Exercise Toolkit, Center of Health Policy*, Colombia University School of Nursing, USA
- Jones, J. (2006) *NIMS Incident Command System Field Guide*, Informed Tigard, Oregon

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 1653 tahun 2005 tentang Pedoman Penanganan Bencana Bidang Kesehatan.

Lauren, W., et all. (2012) Core Competencies for Disaster Medicine and Public Health. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 6(1)

Salinsky, E. (2002) *Public Health Emergency Preparedness: Fundamental of the "System"*. National Health Policy Forum, George Washington University, Washington, USA, April 2002.

Sundness, K.O. Birbaum, M.L. (2003) Health Disaster Management Guidelines for Evaluation and Research in The Utstein Style. *Prehospital and Disaster Medicine*, 17(3).

Trisnantoro, L. (2006) Mengelola Bencana di Sektor Kesehatan butuh pendekatan ilmiah, editorial, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 1(02).

Undang-undang Republik Indonesia No 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana