



ASPEK GOVERNANCE DALAM BENCANA

- Pengalaman dari Gempa Bumi dan Tsunami di Aceh
- 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 dan Pembahasan
- 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.
- Perbandingan: di Aceh sistem pemerintahan kolaps, di Yogya tidak kolaps, tepatnya setengah kolaps.

Kerangka Konsep untuk analisis

- Manajemen bencana
- Governance di sektor kesehatan
- Desentralisasi

Fakta yang terjadi:

Di Aceh

Di DIY:

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 Rumah 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 evaluasi 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 pukul 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

Pembahasan

Beberapa hal penting untuk dipelajari:

Aspek Governance dalam sistem kesehatan yang terdesentralisasi

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.

Peranan NGO

- 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.

Ringkasan:

- 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.

Lesson-Learned:

Perlunya *Disaster Plan* di level Propinsi dan Kabupaten.

- 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

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.

Perlu 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 pengalaman 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 khusus.

Perlu 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*.

Lain-lain

Didik (Surabaya)

Bagaimana *mapping* tenaga kesehatan yang spesifik, informasi dan sistem.

Abdul Rahman (Malang)

Ketua Satkorlak sebaiknya jangan dari birokrat (sebaiknya dari NGO).

- Perlu *Grand Strategy* dalam penanganan bencana.
- RS lapangan diperlukan (karena masyarakat lebih senang dilayani dekat rumah dan keluarganya).
- Simulasi diperlukan utk penanggulangan bencana.
- *Safe community*.

Budi Laksono (PMI Semarang)

- Sosialisasi buku Depkes tentang penanggulangan bencana.
- Perlu ada protokol penanggulangan/tatalaksana penanggulangan bencana.

Satlak Magelang

- Perlu adanya preparedness yang lengkap
- Adanya pembuatan petunjuk untuk bermacam-macam bencana (gunung berapi, banjir)
- Setiap sektor bencana harus mempunyai protap

Komunitas petani

- Perlu pemenuhan kebutuhan makan diutamakan, kemudian kebutuhan yang lain (tenda, kesehatan dll).