

SISTEM PELAYANAN KESEHATAN TANGGAP DARURAT DI KABUPATEN CIAMIS

(Health Care Emergency Response System in Ciamis Regency)

Lusi Kristiana¹ dan Ristrini¹

Naskah Masuk: 30 Maret 2013, Review 1: 5 April 2013, Review 2: 5 April 2013, Naskah layak terbit: 10 Mei 2013

ABSTRAK

Latar belakang: Kabupaten Ciamis merupakan salah satu daerah rawan bencana di Indonesia dengan tingkat kerawanan cukup tinggi seperti bencana alam, tanah longsor, banjir, angin ribut, termasuk gempa. Penanganan bencana memerlukan keterlibatan berbagai macam institusi. Penelitian ini bertujuan menggambarkan sistem pelayanan kesehatan pada saat tanggap darurat bencana dengan studi kasus di Kabupaten Ciamis Propinsi Jawa Barat. **Metode:** Penelitian dilakukan pada tahun 2011, merupakan penelitian kualitatif dengan pengumpulan data secara wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah, dan penelusuran data sekunder. Informan sebagai orang kunci berasal dari unit pelayanan kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit) dan lembaga (BPBD, Polres, Kodim, Dinsos, PMI, Dinkes) di Kabupaten Ciamis. **Hasil:** Kelemahan utama sistem pelayanan kesehatan saat tanggap darurat di Kabupaten Ciamis adalah di bidang anggaran, sumber daya dan logistik. Jejaring di sektor kesehatan telah terjalin dengan baik, namun dengan sektor lain masih kurang. **Rekomendasi:** Direkomendasikan agar jajaran kesehatan meningkatkan koordinasi dengan lembaga terkait dalam penanggulangan bencana, melakukan advokasi kepada eksekutif dan, meningkatkan kemampuan SDM kesehatan dan sosialisasi serta pelatihan kesiapsiagaan bencana kepada masyarakat di daerah rawan bencana.

Kata Kunci: Kesiapsiagaan bencana, pelayanan kesehatan, tanggap darurat.

ABSTRACT

Background: District of Ciamis is one of the disaster-prone areas in Indonesia with a high level of vulnerability to natural disasters, landslides, floods, hurricanes, and earthquakes. Disaster management requires the involvement of a wide range of institutions. This study aims to describe the health care system during disaster response with a case study in the district of Ciamis, West Java province. **Method:** The study is a qualitative research, conducted in 2011. Collecting data by in-depth interviews, focus group discussions, and secondary data study. Informants as key person come from health care units (Primary Health Care, hospitals) and agencies at district of Ciamis such as BPBD, Polres, Kodim, Dinsos, PMI, Dinkes. **Results:** The result shows that the major weakness of the current health care system in the District of Ciamis emergency response is in the budget, resources and logistics. There is a good coordination among health sector, but other sectors are still lacking. **Recommendations:** It is recommended that health sector improve coordination with relevant institution in disaster management, advocacy to executives, improving human health and socialization skills and disaster preparedness training to the community in disaster-prone areas.

Keywords: Disaster preparedness, health care, emergency response.

PENDAHULUAN

Sesuai dengan kondisi geografis, geologis, hidrologis dan demografisnya, Indonesia merupakan daerah yang rawan bencana. Bencana dapat terjadi baik disebabkan oleh faktor alam, faktor non alam

maupun faktor manusia yang menyebabkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis. Oleh karena itu sudah sewajarnya, bahwa upaya penanggulangan harus dilakukan secara sistematis, terencana dan terkoordinasi.

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jl. Indrapura 17 Surabaya. Alamat E-mail : lussup@yahoo.com

Bencana diartikan sebagai peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan baik oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis (BNPB, 2008). Salah satu daerah rawan bencana di Indonesia adalah Kabupaten Ciamis. Daerah ini memiliki tingkat kerawanan bencana yang cukup tinggi seperti bencana alam, tanah longsor, banjir, angin ribut, termasuk gempa. Berdasarkan peta bencana, Kabupaten Ciamis memiliki berbagai tingkat ancaman bencana sesuai dengan kondisi alam wilayah setempat. Sebagai contoh di Kecamatan Panumbangan, Panawangan, Cihaurbeuti, Langkaplancar dan Pamarican termasuk dalam kategori tinggi bencana tanah longsor. Ancaman banjir ada di kecamatan Padaherang, Kalipucang, Mangunjaya, Pangandaran, Banjarsari, dan Lakkok. Angin ribut di Kecamatan Mangunjaya, Baregbeg, Purwadadi, Cihaurbeuti, Panjalu, Langkaplancar, Sidamulih dan lainnya (Pikiran Rakyat, 2011). Beberapa kejadian bencana yang cukup besar di Ciamis pada lima tahun terakhir adalah gempa dengan kekuatan di atas 6,5 SR. Kejadian tsunami akibat gempa 17 Juli 2006 di selatan Ciamis terjadi sekitar 15–20 menit setelah kejadian gempa utama (Tejakusuma, 2008). Korban terbanyak di daerah Pangandaran yang juga merupakan daerah wisata. Pada 28 Maret 2011 terjadi bencana banjir bandang dan longsor di desa Padamulya Kecamatan Cihaurbeuti. Banjir bandang dan longsor terjadi akibat tingginya curah hujan dan luapan sungai Ciharus yang tidak bisa menampung aliran air hujan yang terjadi mulai malam hari sampai sore.

Berdasarkan uraian beberapa tipe bencana diatas, terlihat adanya perbedaan skala bencana, baik dari segi kekuatan maupun luasnya wilayah administrasi yang terkena dampak bencana. Penanganan bencana khususnya tahap tanggap darurat, umumnya akan tampak keterlibatan berbagai macam institusi mulai dari pemerintah pusat, daerah, swasta, LSM dan masyarakat untuk memberikan bantuan. Penanganan bencana merupakan upaya untuk mencegah/menurunkan risiko masalah kesehatan sesaat dan setelah bencana seperti pertolongan gawat darurat dan munculnya KLB penyakit menular dan gizi.

Menanggapi hal ini, timbul pertanyaan: Bagaimana sistem pelayanan kesehatan terlaksana pada saat tanggap darurat, yang meliputi peran jajaran kesehatan di bawah dinas kesehatan serta koordinasi dengan sektor kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan? Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan bagaimana sistem pelayanan kesehatan saat tanggap darurat bencana dengan studi kasus di Kabupaten Ciamis Propinsi Jawa Barat. Diharapkan hasilnya dapat memberikan masukan mengenai sistem pelayanan kesehatan saat tanggap darurat.

METODE

Penelitian dilakukan di Kabupaten Ciamis pada tahun 2011, merupakan penelitian kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah, dan penelusuran data sekunder. Sebagai informan dalam penelitian ini adalah orang kunci di unit pelayanan kesehatan (Puskesmas, rumah sakit), lembaga (BPBD, Polres, Kodim, Dinsos, PMI, Dinas Kesehatan).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan terkait pelayanan kesehatan yang penting pada tahap tanggap darurat antara lain adalah manajemen dan koordinasi, kesehatan lingkungan, penyakit menular, dan faktor risiko. Untuk memenuhi kebutuhan kegiatan kesehatan ini perlu adanya informasi awal guna menyiapkan sarana dan prasarana yang diperlukan. Pada saat tanggap darurat, Kabupaten Ciamis telah melakukan upaya penggalian informasi awal terkait pelayanan kesehatan yang diperlukan. Berikut adalah informan

Tabel 1. Informasi Umum yang Dicari pada Awal Kegiatan Kesehatan Tanggap Darurat Bencana

Jenis informasi umum	Dilakukan
Nama lokasi pengungsian/bencana	√
Jumlah penduduk yang mengungsi	√
Distribusi umur dan jenis kelamin	√
Kelompok rentan	√
Kontak person/toma sebagai tempat konsultasi/bertanya	√

yang menjawab telah melakukan penggalian informasi awal seperti yang tercantum pada daftar informasi berikut.

Tabel 1 menunjukkan bahwa Kabupaten Ciamis telah melakukan pencatatan dan pelaporan awal begitu ada kejadian bencana. Begitu terjadi bencana, informasi awal yang dilakukan meliputi lokasi pengungsian; pendataan pengungsi yang meliputi jumlah, distribusi umur, jenis kelamin dan kelompok rentan; serta ada tidaknya tokoh masyarakat sebagai tempat konsultasi. Informasi awal diperlukan guna menentukan tindak lanjut pelayanan kesehatan berikutnya, sehingga pelayanan kesehatan penanggulangan bencana dan KLB dapat dilaksanakan dengan lebih baik, cepat, tepat dan terpadu.

Setelah informasi umum terkumpul, maka langkah berikutnya adalah menggali informasi terkait bidang kesehatan lingkungan. Hampir semua informan menyatakan telah melakukan penggalian jenis informasi terkait kesehatan lingkungan. Beberapa informasi tampak pada Tabel 2 berikut ini.

Penggalian informasi di bidang kesehatan lingkungan, pada umumnya telah dilakukan semua.

Tabel 2. Informasi Terkait Kesehatan Lingkungan yang Dicari pada Awal Kegiatan Kesehatan Tanggap Darurat Bencana

Informasi yang digali terkait kesehatan lingkungan	Dilakukan
Tempat penampungan	√
Penyediaan air bersih	√
Pembuangan tinja	√
Vektor penyebar penyakit	√
Pembuangan sampah	√
Sarana pembuangan air limbah	√

Tabel 3. Informasi Penyakit Menular yang Dicari pada Awal Kegiatan Kesehatan Tanggap Darurat Bencana

Informasi yang digali terkait penyakit menular	Dilakukan
Masalah endemisitas penyakit menular	√
Situasi potensial KLB terakhir	√
Angka kematian menyeluruh (CMR)	√
Angka kematian balita	√
Angka kematian berdasar penyebab	√
Data penyakit menular yang terjadi selama berada di lokasi pengungsian	√

Kegiatan ini sangat perlu dilakukan untuk memulihkan kembali fungsi kesehatan dalam penanggulangan kesehatan akibat bencana dan penyehatan lingkungan.

Berikutnya adalah penggalian informasi mengenai penyakit menular. Tahap ini dilakukan bersamaan dengan penggalian informasi bidang kesehatan lingkungan. Informasi tentang penyakit menular penting untuk dapat tetap berjalannya fungsi upaya pemberantasan penyakit menular. Tabel 3 adalah informasi bidang penyakit menular yang segera digali saat tanggap darurat bencana.

Untuk menunjang pelayanan kesehatan tanggap darurat, maka harus ada peralatan yang memadai. Tabel 4 merupakan gambaran ketersediaan peralatan yang dimiliki di asal instansi masing-masing informan. Peralatan yang sekaligus juga merupakan inventaris kantor dari mana informan berasal, bisa digunakan dalam pelaksanaan tanggap darurat bencana di Kabupaten Ciamis.

Tabel 4. Ketersediaan Peralatan Penunjang Pelayanan Kesehatan Tanggap Darurat Bencana, Sekaligus Merupakan Inventaris Kantor Asal Informan

Jenis peralatan	Jumlah informan menjawab "ya"
Mobil klinik reaksi cepat	7
Ambulance gawat darurat	8
Perahu karet dengan motor sampai 25 PK	7
Motor URC kesehatan	3
Personal kits, termasuk rompi (TRC)	7
Tenda darurat (pelayanan kesehatan, 8x12 m)	5
Tenda komando (posko, 4x8 m)	5
Velt bed	7
Tandu	7
Alkes darurat	6
Obat dan bahan habis pakai	7
Sanitarian kits	5
Mesin semprot pestisida	5
Kendaraan operasional	7
Kantong jenazah	9
RS lapangan kapasitas 50 TT	2
Genset 4000 W	1
Sarana informasi dan komunikasi	7
Orthopedic set	2
Rontgen portabel 60 MA	1

Peralatan yang memadai sangat diperlukan saat pelayanan kesehatan tanggap darurat. Dari tabel 4 di atas terlihat bahwa peralatan di Kabupaten Ciamis sudah tersedia dan cukup bervariasi walaupun ketersediaannya masih kurang. Peralatan yang diperlukan tidak hanya terbatas pada peralatan untuk menolong korban, tetapi juga sarana pendukung seperti sarana komunikasi dan informasi berupa telephone umum, radio, TV yang dioperasikan dengan baterai atau generator listrik, sangat membantu memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Sistem Pelayanan Kesehatan Saat Tanggap Darurat oleh Jajaran Kesehatan

Berikut adalah kondisi sistem pelayanan kesehatan saat tanggap darurat yang dilaksanakan oleh jajaran kesehatan Kabupaten Ciamis.

Dinas Kesehatan Kabupaten

Secara umum jejaring antar lembaga terkait, khusus untuk sektor kesehatan di tingkat kabupaten sudah terlaksana dengan baik. Semenjak BPBD terbentuk pada tahun 2004, koordinasi antar lembaga terkait di kabupaten dilaksanakan oleh BPBD kabupaten.

Sumber daya manusia di jajaran dinkes kabupaten sebenarnya telah siap jika terjadi bencana. Namun begitu, dinkes kabupaten belum mempunyai contingency plan. Pihak dinkes kabupaten mengungkapkan kesiapan sumber dayanya jika ada yang menggerakkan untuk membuat contingency plan saat ini. Dalam melakukan pelayanan kesehatan telah ada tim gerak cepat tingkat dinkes kabupaten dan Puskesmas serta mekanisme rujukan di RSUD. Logistik berupa alat kesehatan (alkes), obat, sarana dan prasarana lainnya disiapkan Dinkes kabupaten berasal dari anggaran rutin. Jika ada kekurangan logistik saat kejadian tanggap darurat, maka dinkes kabupaten membuat permintaan ke dinkes propinsi, namun realisasinya selalu terlambat. Sarana yang paling sering diperlukan saat tanggap darurat di Kabupaten Ciamis adalah tempat tidur. Sarana ini biasanya kurang sehingga pelayanan kesehatan terpaksa memakai alat seadanya (meja dipakai sebagai tempat tidur).

Pembiayaan tanggap darurat bencana khusus bidang kesehatan belum teranggarkan dengan baik. Logistik berupa alat kesehatan, obat-obatan, maupun sarana lainnya telah tersedia di dinkes kabupaten dan dalam kondisi siap jika diperlukan sewaktu-waktu.

Walaupun belum ada anggaran khusus bencana, setiap terjadi bencana dinkes kabupaten tetap membuat laporan ke dinkes propinsi. Anggaran biasanya bisa turun tetapi tidak sesuai dengan harapan, baik dalam segi jumlah maupun waktu, artinya turunnya anggaran selalu terlambat. Tidak adanya anggaran bencana ini jelas menjadi masalah bagi dinkes kabupaten karena saat terjadi bencana dipastikan perlu anggaran besar. Padahal dinkes kabupaten harus tetap melaksanakan pelayanan tanggap darurat meskipun tanpa anggaran. Selain menggunakan dana rutin, selama ini sumber biaya untuk bencana dengan menyisihkan anggaran program-program, yang sebenarnya menyalahi prosedur. Bantuan yang bisa diharapkan berasal dari dinkes propinsi berupa barang dan obat.

Upaya yang berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat masih belum dilaksanakan secara optimal oleh dinkes. Menurut pihak dinkes, untuk upaya pemberdayaan masyarakat perlu kerja sama dengan lintas sektor, padahal koordinasi dengan lintas sektor dirasakan masih belum optimal. Hambatan utama yang dirasakan oleh dinas kesehatan dalam pelayanan kesehatan adalah belum adanya sebuah prosedur standar yang menyeluruh di tingkat kabupaten, koordinasi antar lembaga belum optimal. Pada saat kejadian tsunami 2006 BPBD belum terbentuk sehingga koordinasi hanya pada instansi masing-masing. Karena begitu banyaknya yang harus mendapat pelayanan kesehatan, sedang koordinasi di tingkat kabupaten belum jelas, sehingga petugas yang saat itu kelelahan pun agak bingung dalam menjalankan tugasnya.

Hingga saat ini dinkes kabupaten sangat perlu untuk mengetahui secara jelas sejauh mana kewenangan dinkes kabupaten dan Pusat Penanggulangan Krisis (PPK). Hal ini diperlukan agar dinkes kabupaten tidak ragu-ragu dalam mengambil tindakan saat tanggap darurat bencana. Selama ini pengajuan dana ke PPK hanya dipenuhi 30%, dan dipakai baik untuk tanggap darurat maupun pasca-bencana. Dinkes kabupaten dalam pelayanan kesehatan tanggap darurat sejauh ini merasa hanya berperan dalam mobilisasi saja karena terkendala anggaran.

Berdasarkan uraian di atas maka dapat ditarik kesimpulan bahwa peran dinkes kabupaten saat tanggap darurat bencana sejauh ini adalah sebagai koordinator jejaring sektor kesehatan. Selain itu penyediaan peralatan dan obat pun berada di bawah tanggung jawab dinkes kabupaten walaupun dengan

berbagai kendala seperti yang telah diuraikan di atas. Jejaring dengan sektor lain di luar kesehatan yang sangat diperlukan saat pelayanan tanggap darurat bencana justru masih belum terbentuk dengan baik.

Puskesmas

Peran puskesmas dalam sistem pelayanan kesehatan tanggap darurat adalah langsung dalam hal teknis pelayanan kesehatan di masyarakat korban bencana. Dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas berada di bawah koordinasi dinkes kabupaten. Hambatan yang dirasakan puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan tanggap darurat adalah belum adanya koordinasi yang optimal antar lembaga terkait. Padahal dalam kondisi tanggap darurat, lembaga kesehatan perlu berkoordinasi dengan lembaga lain agar pelaksanaan pelayanan dapat diberikan dengan maksimal. Jejaring dalam pelayanan kesehatan tanggap darurat di tingkat Puskesmas terjadi hanya pada saat ada bencana. Sedang pembagian tugas disesuaikan dengan tupoksi masing-masing. Pada kenyataannya, pelaksanaan di lapangan masih ada ketidakjelasan untuk pengambilan keputusan yang bersifat *emergency*. Selain itu masih belum ada payung hukum yang jelas dan prosedur standar untuk koordinasi antar sektor. Secara umum koordinasi teknis pelaksanaan di tingkat pelayanan langsung ke masyarakat sudah baik, namun saat diperlukan koordinasi sebagai penanggung jawab di tingkat kabupaten masih belum ada.

Anggaran khusus untuk bencana di tingkat puskesmas masih belum tersedia, begitu pula logistik khusus bencana. Saat terjadi bencana, puskesmas menggunakan logistik yang tersedia dari anggaran rutin. Pada saat bencana, puskesmas sangat perlu adanya brankar tetapi kenyataannya puskesmas sama sekali tidak mempunyai.

Sumber daya manusia di puskesmas sudah tersedia, namun pada saat pelayanan tanggap darurat dirasa masih belum sesuai dengan kebutuhan. Tanggap darurat bencana adalah peristiwa khusus yang memerlukan sumber daya yang mengerti betul kondisi saat bencana, misalnya bagaimana harus bertindak cepat, pelayanan kesehatan apa yang diprioritaskan, bagaimana mengambil keputusan dengan cepat, dan seterusnya. Selama ini tidak ada pelatihan khusus tanggap bencana, dan pihak puskesmas merasa perlu untuk diberikan pelatihan tersebut. Pelatihan kesiapsiagaan bencana selama

ini dilakukan secara mandiri oleh petugas kesehatan (biaya sendiri), dengan mengikuti pelatihan yang difasilitasi oleh organisasi profesi (PPNI) kerja sama dengan PMI pusat.

Pada saat kejadian bencana tsunami tahun 2006, puskesmas mengalami kesulitan dalam hal penyimpanan jenazah. Puskesmas tidak memiliki kamar jenazah (*freezer*). Kantong jenazah dan identifikasi telah disediakan oleh TNI/polri, namun penyimpanan jenazah tetap di puskesmas. Saat itu mendapat bantuan puskesmas berupa freezer dari PT Susi Air dan RS Banjar, tapi jumlah masih belum mencukupi. Puskesmas memerlukan ruang mayat khusus untuk bencana tsunami, karena kondisi jenazah berbeda dengan bencana lain (jenazah sudah menggelembung, posisi tidak normal, dan lain-lain sehingga perlu tempat yang lebih besar).

Penanganan penanggulangan bencana di tingkat Puskesmas belum ada, begitu pula upaya pemberdayaan masyarakat yang langsung dilakukan oleh Puskesmas. Namun bila diperlukan Puskesmas selalu siap melaksanakan, menyesuaikan dengan rencana yang ada di dinkes kabupaten. Sebelumnya sudah pernah ada pelatihan dari LSM Rekompak untuk masyarakat, yang baru dilaksanakan sekali di daerah rawan bencana, namun sayangnya tidak melibatkan pihak puskesmas. Menurut petugas puskesmas, masyarakat di wilayah kerja puskesmas di daerah yang rawan bencana sudah sangat paham dan cukup mengerti untuk menyelamatkan diri pada saat ada bencana. Masyarakat sudah tahu mengatasi bencana dari kebiasaan, karena Kabupaten Ciamis merupakan daerah rawan bencana. Banyaknya korban pada saat bencana tsunami di Pangandaran disebabkan di daerah tersebut didominasi oleh pendatang, sedang penduduk asli hanya sedikit. Warga pendatang umumnya belum paham benar bagaimana menyelamatkan diri saat bencana datang. Sedang penduduk asli biasanya langsung mengungsi di saudaranya, sehingga posko pengungsian mayoritas dihuni oleh pendatang.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD)

Sistem pelayanan kesehatan tanggap darurat di tingkat RSUD adalah sebagai tempat rujukan dari Puskesmas. Koordinasi dalam pemberian pelayanan dilakukan di bawah Dinkes kabupaten. RSUD bersifat sebagai tim statis yang mempersiapkan penanganan pasien rujukan. Pada tahap awal kejadian bencana,

RSUD mengirimkan tim kecil (mobile team) ke lokasi bencana untuk memperoleh informasi mengenai kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai tipe akibat bencana yang terjadi. Koordinasi pelayanan kesehatan yang dilakukan masih terbatas antara RSUD dan puskesmas, sedang koordinasi dengan RS swasta, kodim, Polres dan lain-lain masih belum optimal. Logistik relatif sudah ada, walaupun biasanya harus menyesuaikan lagi sesuai jenis bencana sehingga obat dan alkes harus dilengkapi sesuai kebutuhan.

Bencana dengan skala wilayah lokal dengan akibat tidak terlalu fatal, biasanya sudah dapat diatasi oleh puskesmas tanpa merujuk ke RSUD. Jika timbul risiko masalah kesehatan akibat bencana (misalnya KLB), baru diambil alih oleh dinkes kabupaten dan koordinasi dengan RSUD sebagai tempat rujukan. Koordinasi dengan lembaga terkait lainnya sudah ada, tapi belum maksimal, sehingga cenderung bekerja sendiri-sendiri. Terlalu luasnya wilayah kabupaten Ciamis ternyata membawa permasalahan tersendiri saat terjadi bencana tsunami. Secara geografis, rute dari Pangandaran ke Ciamis harus melalui kabupaten Banjar, sehingga korban saat itu banyak yang dibawa ke RSUD Banjar dahulu karena lebih dekat. Akibatnya RSUD Ciamis lebih banyak menangani pasien dengan penyakit-penyakit pasca-bencana.

Sumber daya manusia di RSUD Ciamis sudah mencukupi, kecuali pada saat bencana tsunami ternyata masih memerlukan bantuan tenaga subspesialis (bedah orthopaedia) dari luar daerah (propinsi). Hal ini disebabkan jenis bencana yang mengakibatkan banyak korban mengalami patah tulang maupun perlu tindakan amputasi.

Pembiayaan tanggap darurat bencana untuk RSUD sudah ada alokasi yang bersumber dari APBN dan APBD, namun jumlahnya sangat kecil sehingga belum mencukupi. Untuk mengatasi kekurangan tersebut diambil dari alokasi dana tak terduga.

RS Swasta

Secara umum, RS swasta belum mempunyai perencanaan dalam hal sistem pelayanan kesehatan tanggap darurat. Pada saat terjadi bencana, mereka melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebijakan pimpinan. Saat tanggap darurat bencana, RS Swasta turut membantu dengan cara mengirimkan petugas yang sedang libur. Peralatan maupun bekal untuk petugas mereka sediakan sendiri.

Walaupun belum ada perencanaan, menurut

informan dari salah satu RS swasta di Ciamis, mereka siap membantu bila ada bencana karena RS swasta berada di bawah koordinasi dinkes kabupaten. Sebagai contoh saat terjadi tsunami, RS swasta ditugaskan dinkes kabupaten ke lapangan untuk mengevakuasi korban ke puskesmas/RS rujukan/RS terdekat.

Lembaga lain

Lembaga lain di luar lembaga resmi pemerintah saat kejadian bencana didominasi oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Lembaga ini cenderung bekerja sendiri sesuai sistem pelayanan mereka tanpa ada koordinasi dengan dinkes kabupaten. Ada beberapa LSM yang turut berperan pada saat terjadi bencana di Kabupaten Ciamis, khususnya saat bencana tsunami. Pada saat itu beberapa LSM bidang kesehatan sudah langsung siap di lokasi bencana dan langsung melayani masyarakat tanpa berkoordinasi dengan dinkes kabupaten. Walaupun tanpa koordinasi, menurut informan dari Puskesmas ternyata kehadiran mereka sangat membantu petugas kesehatan yang ada di lapangan. Peran LSM cukup baik dan sangat mendukung. Selain LSM ada juga peran serta masyarakat yaitu banyak restoran di sekitar lokasi bencana di Pangandaran, yang menyediakan makanan berupa nasi bungkus untuk korban/pengungsi setiap hari tanpa diminta.

Tanggap darurat bencana merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pengurusan pengungsi, penyelamatan, serta pemulihan prasarana dan sarana. Di Kabupaten Ciamis, saat terjadi bencana telah melakukan berbagai upaya dalam rangka penyelenggaraan penanggulangan bencana saat tanggap darurat, antara lain melakukan pengkajian secara cepat mengenai lokasi bencana, penyelamatan dan evakuasi masyarakat yang terkena bencana, memenuhi kebutuhan dasar masyarakat, serta melindungi kelompok rentan.

Berdasarkan hasil diskusi kelompok terarah, di atas kertas telah ada koordinasi tanggap darurat bencana di lintas sektor. Hanya saja saat terjadi bencana, koordinasi ini tidak berjalan dengan baik. Mereka melaksanakan tugas sesuai dengan tupoksi masing-masing. Selain belum adanya koordinasi lintas sektor, kendala yang dialami setiap Satuan

Kerja Perangkat Daerah (SKPD) pada umumnya sama, yaitu anggaran yang sangat minim bahkan tidak memadai. Pemerintah daerah Kabupaten Ciamis setiap tahun sebenarnya telah mengalokasikan untuk kesiapsiagaan penanggulangan bencana melalui Dana Tidak Tersangka (DTT). Namun pada tahun 2012, pengelolaan anggaran masih tahap menyesuaikan dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 32 tahun 2011 tentang Pedoman Pemberian Hibah dan Bantuan Sosial yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Permendagri nomor 32 tahun 2011. Dengan adanya peraturan baru ini, justru membuat *stakeholder* merasa sulit dalam menyusun anggaran terkait dengan pertanggungjawaban. Mereka khawatir akan konsekuensi hukum jika melakukan kesalahan dalam mengelola anggaran. Akibatnya anggaran untuk penanggulangan bencana tahun 2012 juga terkena dampaknya, artinya tidak mendapat porsi yang memadai.

Jajaran kesehatan tampaknya merupakan SKPD Kabupaten Ciamis yang paling solid pada saat tanggap darurat bencana. Kendala yang dialami sektor kesehatan juga sama, yaitu pada anggaran. Pihak dinkes kabupaten mengakui bahwa sebenarnya dari pemerintah pusat ada bantuan untuk bencana, tapi biasanya bantuan terlambat datang, atau bantuan yang datang tidak sesuai dengan kebutuhan. Dinkes kabupaten merasa bahwa selama ini penanggulangan bencana hanya menjadi beban daerah, padahal seharusnya pemerintah pusat, propinsi dan daerah harus bersama-sama bekerja dan bertanggung jawab.

Regional Pusat Bantuan Bencana untuk Kabupaten Ciamis yang berada di bawah Regional III dengan lokasi DKI Jakarta pun belum banyak dirasakan koordinasinya oleh Dinkes Kabupaten Ciamis. Dinas kesehatan kabupaten merasa bahwa peran Pusat Penanggulangan Krisis saat terjadi bencana kurang optimal. SDM di bidang kesehatan masih perlu pelatihan khusus dalam hal kebencanaan. Saat ini ada beberapa petugas kesehatan yang mengikuti pelatihan untuk penanggulangan bencana, namun dengan biaya sendiri. Pelatihan yang pernah dilakukan diselenggarakan oleh organisasi profesi, sehingga belum ada keterlibatan pemerintah dalam hal ini.

Di tingkat puskesmas, sarana dan prasarana yang dimiliki puskesmas sebagai ujung tombak saat tanggap darurat bencana masih belum lengkap. Banyak sarana penting yang seharusnya dimiliki oleh puskesmas di daerah rawan bencana, namun kenyataannya tidak ada (misalnya brankaard, penyimpanan jenazah). Selain itu SDM yang terjun langsung ke lokasi bencana perlu diberikan Alat Pelindung Diri (APD) untuk menghindari berbagai hal yang tidak diinginkan. Saat ini anggaran untuk APD petugas masih belum ada. Di level Rumah Sakit, secara umum SDM kesehatan sudah cukup baik, hanya untuk kasus-kasus berat masih perlu mendatangkan tenaga ahli dari luar.

Kondisi lain yang ditemukan jajaran kesehatan saat tanggap darurat bencana adalah adanya penderita yang mengalami depresi. Mengingat kondisi korban tsunami 2006 yang banyak mengalami depresi baik akibat bencana maupun karena tindakan pengobatan (amputasi, dsb). Untuk itu jajaran kesehatan perlu dukungan sektor lain yaitu ormas atau LSM yang bergerak di bidang terkait penanganan depresi. Hal ini sangat diperlukan terutama saat pendampingan sebelum dan sesudah operasi/ amputasi. Kesenambungan jejaring pasca bencana juga belum nampak di Kabupaten Ciamis. Padahal ini perlu karena Kabupaten Ciamis adalah salah satu kabupaten rawan bencana.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Tanggap darurat bencana adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pengurusan pengungsi, penyelamatan, serta pemulihan prasarana dan sarana. Di bidang kesehatan, sistem pelayanan tanggap darurat bencana meliputi serangkaian upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan pada masa tanggap darurat hingga pascatanggap darurat sehingga hasilnya dapat dijadikan bahan pembelajaran dan perbaikan di masa yang akan datang.

Kelemahan utama sistem pelayanan kesehatan saat tanggap darurat di Kabupaten Ciamis adalah di bidang anggaran, sumber daya dan logistik. Anggaran

husus untuk penanggulangan bencana tidak ada sehingga harus memakai anggaran rutin. Bantuan dari pusat seringkali terlambat dan tidak sesuai kebutuhan. Sumber daya berupa tenaga kesehatan masih perlu pelatihan khusus bencana, sarana dan prasarana juga sangat kurang. Logistik berupa bahan, alat dan obat-obatan memakai persediaan rutin sehingga sering tidak sesuai dengan jenis bencana. Rumah Sakit Umum Daerah umumnya telah siap dan tidak ada masalah. Jejaring di sektor kesehatan telah terjalin dengan baik, namun dengan sektor lain masih kurang. Di bidang pemberdayaan masyarakat, jejaring kesehatan dengan sektor lain belum membentuk jaringan yang erat.

Saran

Direkomendasikan masukan kebijakan yaitu:

Jajaran kesehatan perlu meningkatkan koordinasi dengan lembaga terkait mengenai penanggulangan bencana, dengan komando dari BPBD untuk membuat serangkaian pertemuan rutin tidak hanya saat tanggap darurat tetapi juga tahap kesiapsiagaan bencana, dan pasca bencana, duduk bersama untuk membuat suatu prosedur atau SOP yang bersifat komprehensif.

Bersama-sama sektor lain jajaran kesehatan melakukan advokasi kepada *stakeholder* (eksekutif, yudikatif) untuk mengubah paradigma, tidak lagi pada tanggap darurat bencana melainkan penting untuk kesiapsiagaan bencana, sehingga pada tahap pemegang kebijakan sangat perlu dalam mempersiapkan SDM, logistik, sarana dan prasarana yang layak, dan terutama menganggarkan biaya yang menjadi masalah utama. Perlu ada mekanisme pengelolaan anggaran dan pertanggungjawabannya.

Meningkatkan kemampuan SDM kesehatan dengan memberikan berbagai pelatihan secara rutin dan terus-menerus, baik pelatihan yang bersifat spesifik sesuai tupoksi kesehatan maupun menjalin kerja sama lintas sektor untuk membuat suatu pelatihan secara simultan (melibatkan semua lembaga terkait)

sehingga tahu jenis pelatihan yang dibutuhkan sesuai dengan jenis bencana yang sering terjadi dan batas kewenangan dengan lembaga lain.

Meningkatkan sosialisasi dan pelatihan kesiapsiagaan bencana kepada masyarakat di daerah rawan bencana secara rutin dan terus menerus, sesuai dengan tupoksi bidang kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kepala Dinkes Kabupaten Ciamis beserta jajarannya, BPBD, Polres, Kodim, Dinsos dan PMI di Ciamis yang telah membantu terlaksananya penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Nasional Penanggulangan Bencana, 2008. Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 10 Tahun 2008 Tentang Pedoman Komando Tanggap Darurat Bencana. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat, 2009. Laporan Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan Propinsi Jawa Barat Tahun 2009. Bandung.
- Penilaian Bencana Banjir Bandang dan Longsor di Desa Padamulya Kecamatan Ciharubeuti Kabupaten Ciamis, 2012. Tersedia pada: http://www.scribd.com/doc/57296715/Laporan-Bencana-Cihaurbeuti#open_ [Diakses 4 Januari 2012].
- Peraturan Menteri Dalam Negeri RI, 2011. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 32 Tahun 2011 tentang Pedoman Pemberian Hibah dan Bantuan Sosial yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- Pikiran Rakyat, 2011. Ciamis Kembangkan Pembangunan Berbasis Mitigasi Bencana. Tersedia pada: <http://www.pikiran-rakyat.com/node/165211> [Diakses 4 Januari 2012].
- Tejakusuma, Iwan G, 2008. Analisis Pasca Bencana Tsunami Ciamis-Cilacap. Jurnal Sains dan Teknologi Indonesia Vol. 10 No. 2 Hlm. 78-83.
- Yuliati, Sri, 2010. Tanggap Darurat Mitigasi Bencana Gempa Bumi dan Tsunami. Tersedia pada: <http://diskanlut-jateng.go.id/index.php/read/news/detail/81> [Diakses 3 Januari 2012].