

TANGGAP DARURAT BENCANA. Syaiful Saanin. BSB Sumbar.

Korban massal.

Korban relatif banyak akibat penyebab yang sama dan perlu pertolongan segera dengan kebutuhan sarana, fasilitas dan tenaga yang lebih dari yang tersedia.
Tanpa kerusakan infra struktur.

Bencana.

Mendadak / tidak terencana atau perlahan tapi berlanjut, berdampak pada pola kehidupan normal atau ekosistem, diperlukan tindakan darurat dan luar biasa menolong dan menyelamatkan korban dan lingkungannya.
Korban banyak, dengan kerusakan infra struktur.

Bencana kompleks.

Bencana disertai permusuhan yang luas, disertai ancaman keamanan serta arus pengungsian luas.
Korban banyak, kerusakan infra struktur, disertai ancaman keamanan.

Masalah saat bencana :

1. Keterbatasan SDM. Tenaga yang ada umumnya mempunyai tugas rutin lain
2. Keterbatasan peralatan / sarana. Pusat pelayanan tidak disiapkan untuk jumlah korban yang besar.
3. Sistem Kesehatan. Belum disiapkan secara khusus untuk menghadapi bencana.

Fase pada Disaster Cycle :

1. *Impact* / bencana.
2. *Acute Response* / tanggap segera.
3. *Recovery* / Pemulihan.
4. *Development* / Pembangunan.
5. *Prevention* / Pencegahan.
6. *Mitigation* / Pelunakan efek bencana.
7. *Preparedness* / Menyiapkan masyarakat.

Fase Acute Response :

- a. *Acute emergency response.*
Rescue, triase, resusitasi, stabilisasi, diagnosis, terapi definitif.
- b. *Emergency relief.*
Makanan minuman, tenda untuk korban “sehat”.
- c. *Emergency rehabilitation.*
Perbaikan jalan, jembatan dan sarana dasar lain untuk pertolongan korban.

Prinsip Safety :

- a. *Do no further harm.*
- b. *Safety* diri saat respons kelokasi.
Pengaman, rotator, sirine, persiapan pada kendaraan, parkir 15 - 30 m dari lokasi
- c. *Safety* diri ditempat kejadian.
Minimal berdua. Koordinasi, cara mengangkat pasien, proteksi diri.
- d. *Safety* lingkungan.
Waspada.

Protokol Safety :

1. Khusus. Atribut, tanda pengenal, perangkat komunikasi khusus tim, jaring kerjasama dengan keamanan, hanya daerah yang dinyatakan aman. Hindari, ambil jarak dengan kendaraan keamanan, pakai kendaraan kesehatan / PMI.
2. Umum. Koordinasi dengan instansi setempat, KIE netralitas, siapkan jalur penyelamat, logistik cukup, kriteria kapan harus lari

TIM TANGGAP DARURAT

Petugas yang pertama datang / berada dilokasi menentukan Petugas dan Area :

RHA
Komando / komunikasi / logistik
Ekstrikasi
Triase
Tindakan
Transportasi

Initial Assessment

Penilaian cepat & selamatkan hidup :

Persiapan
Triase
Survei Primer
Resusitasi
Survei Sekunder
Monitor & Re-evaluasi pasca Resusitasi
Tindakan Definitif

Kematian segera

1. Gagal oksigenasi organ vital
 2. Cedera SSP masif
 3. Keduanya
- Penyebab kematian dapat diprediksi

Tingkat Respons

Respons tingkat I : dapat diatasi sistem setempat (propinsi)

Respons tingkat II : dapat diatasi sistem regional (Pusat untuk Sumbar : Medan)

Respons tingkat III : tidak dapat diatasi sistem regional

Posko Gadar Bencana :

1. Penyediaan posko pelayanan kesehatan oleh petugas yang berhadapan langsung dengan masyarakat. Perhatikan sarat-sarat mendirikan posko.
2. Penyediaan dan pengelolaan obat.
3. Penyediaan dan pengawasan makanan dan minuman.

Rapid Health Assessment (RHA) :

Pengertian :

Penilaian kesehatan cepat melalui pengumpulan informasi cepat dengan analisis besaran masalah sebagai dasar mengambil keputusan akan kebutuhan untuk tindakan penanggulangan segera.

Tujuan RHA :

Penilaian cepat sesaat setelah kejadian untuk mengukur besaran masalah
Hasilnya berbentuk rekomendasi untuk keputusan penanggulangan selanjutnya.
Khususnya menilai : jenis bencana, lokasi, penduduk terkena, dampak yang telah / akan terjadi, kerusakan sarana, sumberdaya, kemampuan respons setempat.

Penyusunan instrumen :

Berbeda untuk tiap jenis kejadian, namun harus jelas tujuan, metode, variabel data, kerangka analisis, waktu pelaksanaan dan instrumen harus hanya variabel yang dibutuhkan.

Ruang lingkup :

Medis, epidemiologis, lingkungan.

Variabel :

Lokasi, waktu, jumlah korban dan penyebaran, lokasi pengungsian, masalah kesehatan dan dampaknya (jumlah tewas-luka, kerusakan sarana, endemisitas setempat, potensi air bersih, kesiapan sarana, ketersediaan logistik, upaya yang telah dilakukan, fasilitas evakuasi, kesiapan tenaga, geografis, bantuan diperlukan, kemampuan respons setempat, hambatan).

Pengumpulan data :

1. Waktu :
Tergantung jenis bencana.
2. Lokasi :
Lokasi bencana, daerah penampungan, daerah sekitar sebagai sumber daya.
3. Pelaksana / Tim *RHA* :
Medis, epidemiologi, kesling, bidan/perawat, sanitarian yang bisa bekerjasama dan mempunyai kapasitas mengambil keputusan.

Metode RHA :

Pengumpulan data dengan wawancara dan observasi langsung.

Analisis *RHA* : Diarahkan pada faktor risiko, penduduk yang berisiko, situasi penyakit dan budaya lokal, potensi sumber daya lokal, agar diperoleh gambaran terkait.

Gambaran yang diharap :

1. Luasnya lokasi, hubungan transportasi dan komunikasi, kelancaran evakuasi, rujukan dan pertolongan, dan pelayanan.
2. Dampak kesehatan (epidemiologi).
3. Potensi sarana . Potensi daerah terdekat.
4. Potensi sumber daya setempat & bantuan.
5. Potensi sumber air dan sanitasi.
6. Logistik. Yang ada dan yang diperlukan.

Rekomendasi :

Berdasar analisis. Segera disampaikan pada yang berwenang mana yang bisa diatasi sendiri, mana yang perlu bantuan : Obat-bahan-alat, tenaga medik-paramedik-surveilans-sanling, pencegahan-immunisasi, makanan minuman, masalah sanling, kemungkinan KLB, koordinasi, jalur komunikasi, jalur koordinasi, bantuan lain.

Triase

Memilah berdasar beratnya kelainan.

Menentukan prioritas siapa yang ditolong lebih dulu.

Oleh petugas pertama tiba / berada ditempat.

Untuk memudahkan survei primer .

Pada bencana / pra RS, sumber daya terbatas.

Dengan cara tagging / pelabelan / pemasangan pita warna, ditulis, dll.

Prioritas hasil triase

0 / hitam / deceased : fatal / tewas.

I / merah / immediate : perlu tindakan & transport segera untuk tetap hidup.

II / kuning / delayed : tak akan segera mati.

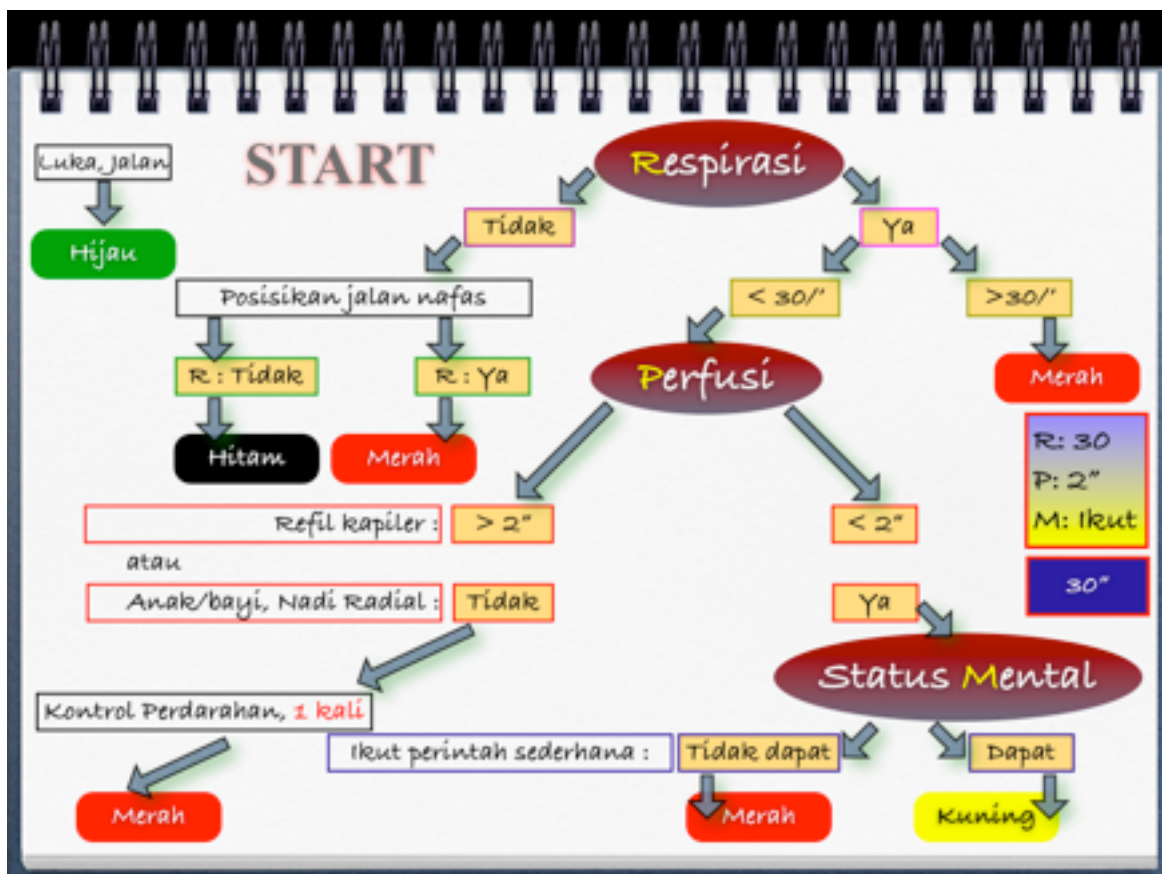
III / hijau / minor : walking wounded.

Jenis Triase

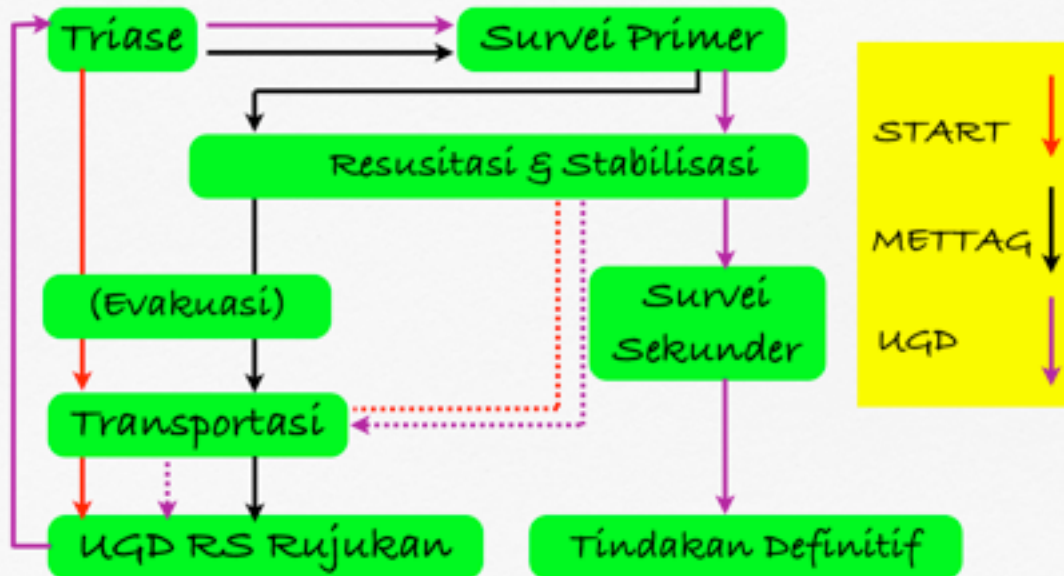
1. METTAG : tagging, resusitasi ditempat (lapangan / UGD).

2. START : RPM 30", tagging, resusitasi di ambulans.

3. Umumnya kombinasi keduanya : RPM 30", tagging, resusitasi di ambulans atau lapangan, sesuai sarana & tenaga yang ada.



TINDAKAN, EVAKUASI, TRANSPORTASI MEDIK



Survei Primer : Singkirkan bahaya lebih dulu.

Airway **and** C-spine control,
Breathing,
Circulation **and** hemorrhage control,
Disability,
Exposure/environment.

Resusitasi - Stabilisasi

Perbaiki jalan nafas.
RJP - tindakan sejenis .
Kristaloid - transfusi - hentikan perdarahan.

Berhasil bila :

Tanda vital normal,
Tidak ada lagi kehilangan darah,
Keluaran urin normal : 0,5-1 cc/kg/jam,
Tidak ada bukti disfungsi *end-organ*.

Survei Sekunder (Di RS / Puskesmas)

Pasien sudah stabil.
Anamnesis *AMPLE* .
Periksa kepala hingga jari kaki, cegah hipotermi.
Pemeriksaan fisik berurutan.
Masukkan jari / tube pada setiap lubang.

Lab / radiologi, tidak ganggu resusitasi.

Tindakan Definitif atau Transportasi

Transportasi hanya setelah pasien stabil (kecuali pada sistem START + Ambulans gawat darurat lengkap), ke RS sesuai kebutuhan.

Tindakan definitif setelah diagnosis :

HCU / ICU / Operasi / Konservatif / rujuk ke RS kelas C, Puskesmas perawatan bila perlu.

HOSPITAL DISASTER PLAN / HOSDIP (PERENCANAAN PENYIAGAAN BENCANA RUMAH SAKIT)

SPGDT Intra RS

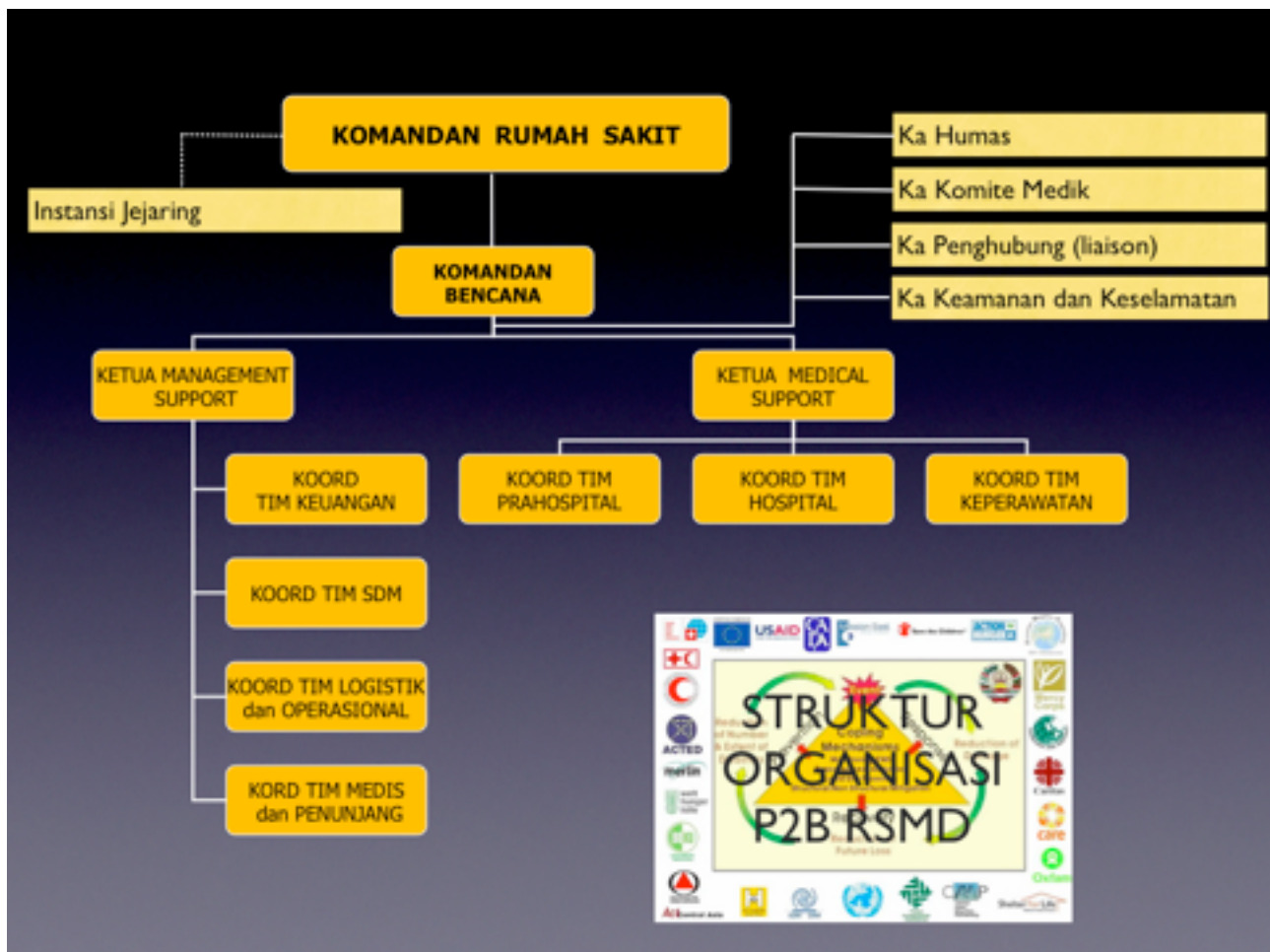
1. Bencana tidak dapat dibayangkan.
2. Bencana datang mendadak.
3. Harus memiliki semua perencanaan bagi setiap jenis kemungkinan bencana.
4. Latihan sesuai perencanaan.
5. Bencana tidak pernah tepat seperti pada perencanaan yang dibuat.
6. Kewajiban anda “dibawa pulang”.
7. Pelajari prinsip-prinsip Perencanaan Penyiagaan Bencana hingga bisa digunakan pada setiap keadaan.

Kesiagaan

1. Struktur Organisasi Penanganan Bencana
2. Uraian Tugas
3. Pos Penanganan Bencana :
 - a. Pos Komando
 - b. Pos Pengolahan Data
 - c. Pos Informasi
 - d. Pos Penanganan Jenazah
 - e. Pos Relawan
4. Pengosongan Ruangan
5. Area Dekontaminasi
6. Area dan Ruang Berkumpul (Assembly Area)
7. Aktifasi Sistem Bencana
8. Garis Komunikasi
9. Peran Instansi Jejaring

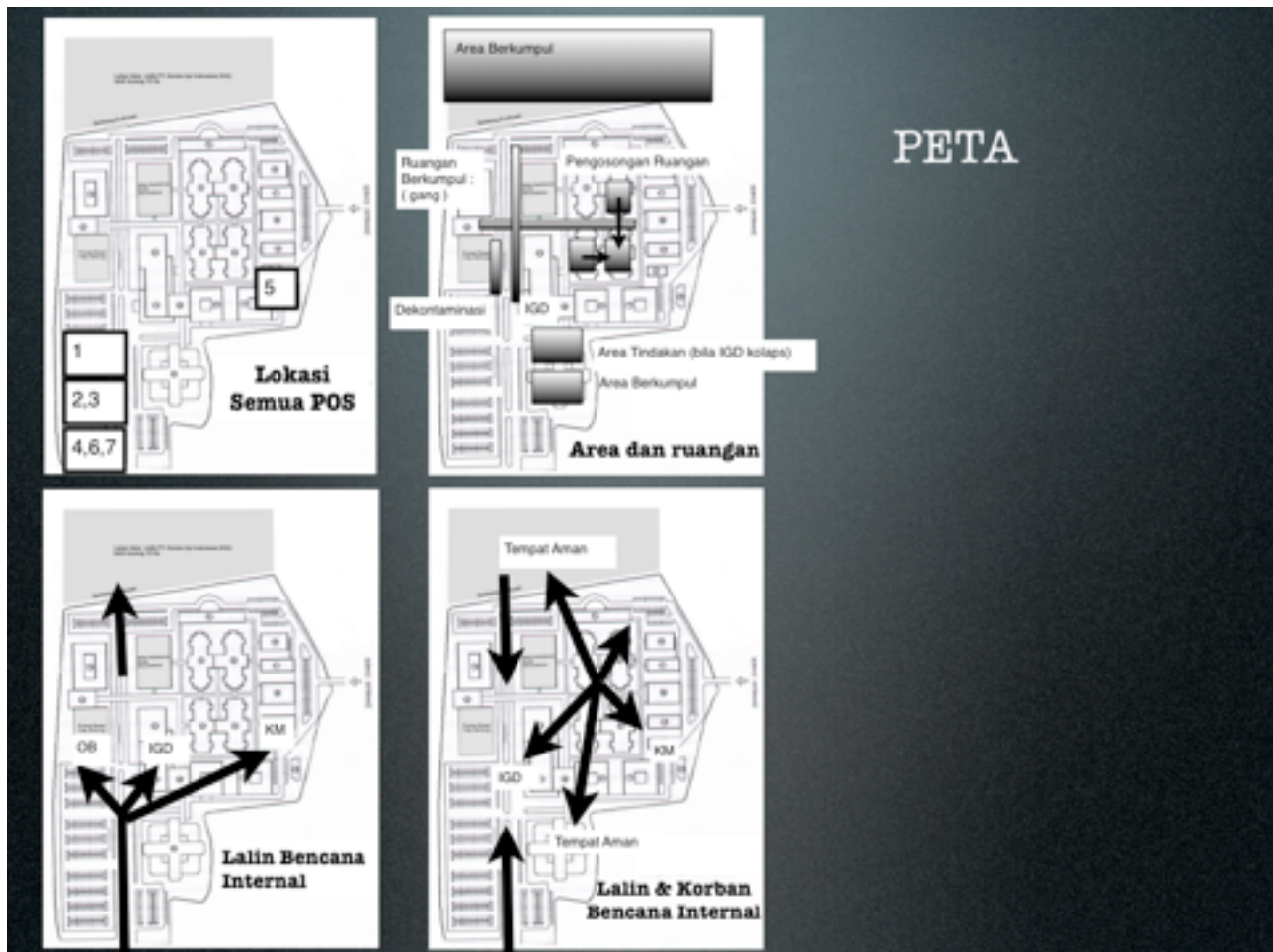
Pos Penanganan Bencana RS

Pos Komando
Pos Pengolah Data
Pos Informasi
Pos Logistik dan Donasi
Pos Penanganan Jenazah
Pos Relawan



Penanganan Bencana di RS

1. Penanganan Korban
2. Pengelolaan Barang Milik Korban
3. Pengosongan Ruangan dan Pemindahan Pasien
4. Pengelolaan Makanan Pasien dan Petugas
5. Pengelolaan Tenaga Rumah Sakit
6. Pengendalian Arus Korban Bencana dan Pengunjung
7. Koordinasi dengan Instansi Lain
8. Pengelolaan Obat dan Bahan / Alat Habis Pakai
9. Pengelolaan Relawan
10. Pengelolaan Kesehatan Lingkungan
11. Pengelolaan Donasi
12. Pengelolaan Listrik, Telefon dan Air
13. Pengelolaan Keamanan
14. Pengelolaan Informasi
15. Jumpa Pers / Pengelolaan Media
16. Pengelolaan Rekam Medis
17. Identifikasi Korban
18. Pengelolaan tamu / Kunjungan
19. Pengelolaan Jenazah
20. Transfer Korban ke Luar RS



Tujuan Perencanaan Penyiagaan Bencana

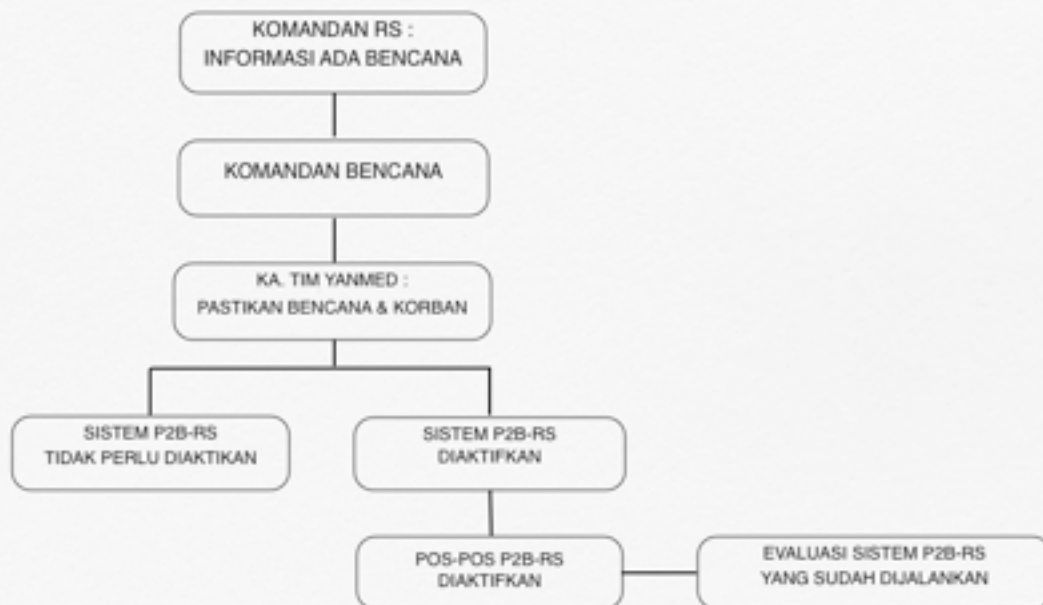
Menekan timbulnya cedera, penderitaan, dan kematian yang diakibatkan bencana DAN :

Memberikan pelayanan berkualitas berkesinambungan bagi pasien RS.

Petugas Kesehatan

Harus memahami konsep dasar kedokteran bencana dan harus mampu memimpin RS serta komunitasnya dalam persiapan dan tanggap bencana

AKTIFASI SISTEM P2B-RS



Tahapan Tanggap Bencana

1. Tahap Pengaktifan :
 - a. Mengumumkan terjadinya bencana dan melaksanakan tanggap awal.
 - b. Mengorganisasi komando dan pengendalian.
2. Tahap Penerapan :
 - a. SAR.
 - b. Triase, stabilisasi awal dan transport.
 - c. Pengelolaan definitif atas pasien / sumber bahaya.
3. Tahap Pemulihan :
 - a. Menghentikan kegiatan.
 - b. Kembali ke operasi normal.
 - c. Debriefing.

Komponen Kunci P3B-RS

1. Arus pasien ke RS harus langsung dan terbuka.
2. Arus pasien harus cepat dan langsung menuju RS.
3. Area triase harus dekat area ambulans.
4. Area tindakan harus yang ditentukan sebelumnya dan diberi tanda.
5. Pasien harus diidentifikasi dan diletakkan secara cepat dan tepat.
6. Pos komando harus bekerja pada saat yang tepat.
7. Struktur komando harus ditempat.
8. Sekali ditentukan, tempat tidur harus tersedia di IGD, OK, ruangan dan ICU.

9. Keamanan bagi semua area harus dipertahankan.
10. Sistem pemanggilan cepat petugas, harus siaga ditempat.
11. Komunikasi efektif dari lokasi ke RS harus dipertahankan.
12. Komunikasi efektif di RS harus dipertahankan.
13. Area informasi bagi keluarga / relasi dan media harus dipertahankan.
14. Harus ada jalur cepat ke penyedia sarana / alat / obat RS.
15. Pelayanan dampak psikologis serius bagi korban dan petugas harus ada.
16. Perencanaan mendadak tersedianya air bersih, listrik dan transportasi harus ada.
17. Perencanaan evakuasi pasien RS dan staf harus ada.
18. Kerjasama dengan RS lain serta komunitas sekitar / terkait harus dibuat.
19. Penemuan, isolasi dan tindakan pasien terkontaminasi / terinfeksi harus diutamakan.
20. Latihan, latihan, latihan dan latihan !!!!!!!!!!!!!!!

Penutup

Indonesia : Super market bencana.

Sistem Komando berdasar SPGDT S/B.

Perlu pengetahuan sempurna disertai peningkatan keterampilan dengan pelatihan untuk berbagai jenis bencana / kegawat-daruratan medis.

Rujukan :

SPGDT Depkes RI.

eLearning :

<http://www.angelfire.com/nc/neurosurgery>