

PERAN PETUGAS KESEHATAN DALAM PENANGGULANGAN BENCANA ALAM

Rizanda Machmud *

ABSTRAK

Pengaruh bencana yang terjadi tiba-tiba tidak hanya menyebabkan banyak kematian, tetapi juga gangguan sosial besar-besaran dan kejadian luar biasa (KLB) penyakit epidemi, serta kelangkaan bahan pangan sehingga orang yang selamat sepenuhnya bergantung pada bantuan luar. Pengamatan sistematis yang dilakukan terhadap pengaruh bencana alam pada kesehatan manusia menghasilkan berbagai kesimpulan, baik tentang pengaruh bencana pada kesehatan maupun tentang cara yang paling efektif untuk menyediakan bantuan kemanusiaan. Pada makalah ini akan disampaikan mengenai hal-hal yang perlu dilakukan oleh petugas kesehatan dalam langkah awal penanggulangan bencana alam. Hal yang dibahas meliputi pengaruh umum bencana pada kesehatan, persiapan SDM yang harus dilakukan menuju lokasi bencana, persiapan obat-obatan yang akan dibawa, perawatan di lapangan, triase, pertolongan pertama dan setting untuk pos medis lanjutan. Semoga bermanfaat.

Kata Kunci : Manajemen Bencana, Penanggulangan Bencana

1. PENGARUH UMUM BENCANA PADA KESEHATAN

Pengaruh bencana yang terjadi tiba-tiba tidak hanya menyebabkan banyak kematian, tetapi juga gangguan sosial besar-besaran dan kejadian luar biasa (KLB) penyakit epidemi, serta kelangkaan bahan pangan sehingga orang yang selamat sepenuhnya bergantung pada bantuan luar. Pengamatan sistematis yang dilakukan terhadap pengaruh bencana alam pada kesehatan manusia menghasilkan berbagai kesimpulan, baik tentang pengaruh bencana pada kesehatan maupun tentang cara yang paling efektif untuk menyediakan bantuan kemanusiaan.

Istilah "bencana" biasanya mengacu pada kejadian alami (mis, angin ribut atau gempa bumi) yang dikaitkan dengan efek kerusakan yang ditimbulkannya (mis, hilangnya kehidupan atau kerusakan bangunan). "Bahaya" mengacu pada kejadian alami dan "kerentanan" mengacu pada kelemahan suatu populasi atau system (mis, rumah sakit, system penyediaan air dan pembuangan air kotor, atau aspek infrastruktur) terhadap pengaruh dari bahaya tersebut. Probabilitas terpengaruhnya suatu system atau populasi tertentu oleh suatu bahaya disebut sebagai "risiko". Dengan demikian risiko merupakan gabungan antara kerentanan dan bahaya, dan dinyatakan sebagai berikut "

$$\text{Resiko} = \text{Kerentanan} \times \text{Bahaya}$$

Walau semua bencana memang memiliki ciri khasnya sendiri, bencana memberikan pengaruh dalam tingkat kerentanan yang berbeda pada daerah dengan kondisi sosial, kesehatan dan ekonomi tertentu – masih

ada kesamaan di antara bencana-bencana tersebut. Jika disadari, faktor-faktor umum itu dapat digunakan untuk mengoptimalkan pengelolaan bantuan kemanusiaan bidang kesehatan dan mengoptimalkan sumber daya yang ada (lihat tabel 1.1). poin-poin berikut harus diperhatikan :

1. Terdapat hubungan antara tipe bencana dan pengaruhnya terhadap kesehatan. Pernyataan itu khususnya benar berkaitan dengan dampak langsungnya dalam menyebabkan cedera. Contoh, gempa bumi dapat menyebabkan banyak kasus cedera yang memerlukan perawatan medis, sedangkan kasus cedera akibat banjir dan gelombang pasang relatif sedikit.
2. Sebagian pengaruh bencana merupakan ancaman yang potensial, bukan ancaman yang dapat dihindari, terhadap kesehatan. Contoh, perpindahan penduduk dan perubahan lingkungan yang lain dapat menyebabkan peningkatan risiko penularan penyakit, walau kasus epidemik umumnya bukan merupakan akibat bencana alam.
3. Tidak semua risiko kesehatan yang potensial dan actual pasca bencana akan terjadi di waktu yang bersamaan. Risiko itu cenderung muncul di waktu yang berbeda dan cenderung berbeda tingkat kepentingannya di wilayah yang terkena bencana. Dengan demikian, jatuhnya korban biasanya terjadi di waktu dan tempat terjadinya dampak dan korban itu membutuhkan perawatan medis segera, sedangkan waktu yang lebih panjang untuk berkembang dan risiko tersebut memuncak di tempat yang berpenduduk padat dan standar sanitasinya memburuk.

* PSIKM Fakultas Kedokteran Universitas Andalas

4. Kebutuhan makanan, tempat tinggal sementara, dan layanan kesehatan dasar saat bencana biasanya tidak menyeluruh. Bahkan orang yang selamat sering kali dapat menyelamatkan beberapa keperluan dasar untuk hidup. Lagipula, orang pada umumnya segera pulih dari keterkejutan mereka dan secara spontan terlibat dalam pencarian dan penyelamatan korban, pemindahan orang yang cedera, dan kegiatan pemulihan swadaya lainnya.
5. Perang sipil dan konflik menimbulkan kumpulan masalah kesehatan masyarakat tersendiri dan kendala-kendala operasional. Masalah itu tidak akan dibahas secara mendalam pada buku ini.

Pengelolaan bantuan kemanusiaan sektor kesehatan secara efektif akan bergantung pada upaya antisipasi dan identifikasi masalah saat kemunculannya, dan pada penyampaian bahan-bahan khusus di waktu dan tempat yang memang membutuhkan. Kemampuan logistic untuk mengangkut jumlah maksimum suplai/ persediaan dan tenaga kemanusiaan dari luar negeri ke daerah bencana di Amerika Latin dan Karibia tidak begitu penting. Uang tunai merupakan bantuan yang paling efektif, khususnya karena uang dapat digunakan untuk membeli suplai di daerah setempat.

2. PERSIAPAN SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) KESEHATAN MENUJU LOKASI BENCANA ALAM

Pada saat terjadi bencana perlu adanya mobilisasi SDM kesehatan yang tergabung dalam suatu Tim Penanggulangan Krisis yang meliputi:

1. Tim Reaksi Cepat
2. Tim Penilaian Cepat (Tim RHA)
3. Tim Bantuan Kesehatan

Sebagai koordinator Tim adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota (mengacu Surat Kepmenkes nomor 066 tahun 2006).

Tim Reaksi Cepat

Tim yang diharapkan dapat segera bergerak dalam waktu 0-24 jam setelah ada informasi kejadian bencana, terdiri dari:

1. Pelayanan Medik
 - a. Dokter Umum/BSB : 1 org
 - b. Dokter Sp. Bedah : 1 org
 - c. Dokter Sp. Anestesi : 1 org
 - d. Perawat Mahir (Perawat bedah, gadar) : 2 org
 - e. Tenaga Disaster Victims Identification (DVI) : 1 org
 - f. Apoteker/Ass. Apoteker : 1 org
 - g. Sopir Ambulans : 1 org

2. Surveilans Epidemiolog/Sanitarian : 1 org
3. Petugas Komunikasi : 1 org

Tim RHA

Tim yang bisa diberangkatkan bersamaan dengan Tim Reaksi Cepat atau menyusul dalam waktu kurang dari 24 jam, terdiri dari:

1. Dokter Umum : 1 org
2. Epidemiolog : 1 org
3. Sanitarian : 1 org

Tim Bantuan Kesehatan

Tim yang diberangkatkan berdasarkan kebutuhan setelah Tim Reaksi Cepat dan Tim RHA kembali dengan laporan hasil kegiatan mereka di lapangan, terdiri dari:

1. Dokter Umum
2. Apoteker dan Asisten Apoteker
3. Perawat (D3/S1 Keperawatan)
4. Perawat Mahir
5. Bidan (D3 Kebidanan)
6. Sanitarian (D3 Kesling/ S1 Kesmas)
7. Ahli Gizi (D3/ D4 Kesehatan/ S1 Kesmas)
8. Tenaga Surveilans (D3/ D4 Kes/ S1 Kesmas)
9. Entomolog (D3/ D4 Kes/ S1 Kesmas/ S1 Biologi)

Kebutuhan tenaga kesehatan selain yang tercantum di atas, disesuaikan dengan jenis bencana dan kasus yang ada, misal:

- Gempa bumi
- Banjir Bandang/tanah longsor
- Gunung meletus
- Tsunami
- Ledakan bom/kecelakaan industri
- Kerusuhan massal
- Kecelakaan transportasi
- Kebakaran hutan

A. Perhitungan kebutuhan SDM Kesehatan

Kebutuhan jumlah minimal SDM kesehatan untuk penanganan korban bencana berdasarkan:

1. Untuk jumlah penduduk/pengungsi antara 10.000 – 20.000 orang:

- Dokter Umum : 4 org
- Perawat : 10 – 20 org
- Bidan : 8 – 16 org
- Apoteker : 2 org
- Asisten Apoteker : 4 org
- Pranata Laboratorium : 2 org
- Epidemiologi : 2 org
- Entomolog : 2 org
- Sanitarian : 4 – 8 org
- Ahli Gizi : 2 – 4 org

2. Untuk jumlah penduduk/pengungsi 5000 orang dibutuhkan:

- Bagi pelayanan kesehatan 24 jam dibutuhkan: dokter 2 orang, perawat 6 orang, bidan 2 orang, sanitarian 1 orang, gizi 1 orang, asisten apoteker 2 orang dan administrasi 2 orang.
- Bagi pelayanan kesehatan 8 jam dibutuhkan: dokter 1 orang, perawat 2 orang, bidan 1 orang, sanitarian 1 orang dan gizi 1 orang.

3. Berdasarkan fasilitas rujukan/Rumah sakit, dapat dilihat dalam rumus pada Gambar 6.

Tabel 2. Rumus kebutuhan tenaga di fasilitas rujukan/rumah sakit

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebutuhan dokter umum = $(\Sigma \text{pasien}/40) - \Sigma \text{ dr umum di tempat}$ ▪ Kebutuhan dokter spesialis Bedah = $[(\Sigma \text{pasien dr bedah}/5) / 5] - \Sigma \text{ dr bedah di tempat}$ ▪ Kebutuhan dokter spesialis Anestesi = $[(\Sigma \text{pasien dr bedah}/15) / 5] - \Sigma \text{ dr anestesi di tempat}$
--

B. Pendayagunaan tenaga mencakup:

Pendayagunaan tenaga SDM Kesehatan mencakup pendistribusian dan mobilisasi dilapangan. Penanggung jawab dalam pendistribusian SDM kesehatan untuk tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota adalah Dinas Kesehatan. Pada saat bencana, bantuan kesehatan yang berasal dari dalam/luar negeri diterima oleh kantor kesehatan pelabuhan (KKP) yang akan didistribusikan kepada instansi yang

berwenang, dalam hal ini Dinas Kesehatan. Mobilisasi SDM kesehatan dilakukan dalam rangka pemenuhan kebutuhan SDM kesehatan pada saat dan pasca bencana bila:

- Masalah kesehatan yang timbul akibat bencana tidak dapat diselesaikan oleh daerah tersebut sehingga memerlukan bantuan dari daerah atau regional.
- Masalah kesehatan yang timbul akibat bencana seluruhnya tidak dapat diselesaikan oleh daerah tersebut sehingga memerlukan bantuan dari regional, nasional dan internasional.

C. Langkah-langkah mobilisasi yang dilakukan:

Menyiagakan SDM kesehatan untuk ditugaskan ke wilayah yang terkena bencana. Selanjutnya menginformasikan kejadian bencana dan meminta bantuan melalui:

- Jalur administrasi/Depdagri (Puskesmas '! Camat '! Bupati '! Gubernur '! Mendagri)
- Jalur administrasi/Depkes (Puskesmas '! Dinkes Kab/Kota '! Dinkes Provinsi '! Depkes)
- Jalur rujukan medik (Puskesmas '! RS Kab/Kota '! RS Prov '! RS rujukan wilayah '! Ditjen Bina Yanmed/Depkes)

3. PERSIAPAN OBAT KESEHATAN MENUJU LOKASI BENCANA ALAM

Pada tabel 2 merupakan panduan jenis obat dan jenis penyakit sesuai dengan jenis bencana.

Tabel 1. Jenis obat dan jenis penyakit sesuai dengan jenis bencana

No	Jenis Bencana	Jenis Penyakit	Obat & Perbekalan Kesehatan
1.	Banjir	Diare/Amebiasis	Oralit, Infus R/L, NaCl 0,9%, Metronidazol, Infus set, Abocath, Wing Needle
		Dermatitis: Kontak jamur, bakteri, skabies	CTM Tablet, Prednison, Salep 2-4, Hidrokortison alep, Antifungi salep, Deksametason Tab, Prednison Tab, Anti bakteri DOEN salep, Oksi Tetrasiklin salep 3%, skabisid salep
		ISPA (Pneumonia dan Non Penemonia)	Kotrimoksazol 480 mg, 120 mg Tab dan Suspensi, Amoxycilin, OBH, Parasetamol, Dekstrometrofan Tab, CTM
		ASMA	Salbutamol, Efedrin HCL Tab, Aminopilin Tab
		Leptospirosis	Amoxycilin 1000 mg, Ampisilin 1000 mg
		Konjunctivitis (Bakteri, Virus)	Sulfasetamid t.m, Chlorampenicol, salep mata, Oksitetrasiklin salep mata

		Gastritis	Antasida DOEN Tab & Suspensi, Simetidin tab, Ekstrak Belladon
		Trauma/Memar	Kapas Absorben, Kassa steril 40/40 Pov lodine, Fenilbutazon, Metampiron Tab, Parasetamol Tab
2	Longsor	Fraktur Tulang, Luka Memar, Luka sayatan dan Hipoksia	Kantong mayat, Stretcher/tandu, spalk, kasa, elastic perban, kasa elastis, alkohol 70%, Pov.lodine 10%, H2O2 Sol, Ethyl Chlorida Spray, Jarum Jahit, CatGut Chromic, Tabung Oksigen
3	Gempa/Tsunami	Luka Memar Luka sayatan ISPA Gastritis Malaria Asma Penyakit Mata Penyakit Kulit	Idem Idem Idem Idem Artesunat, Amodiakuin, Primakuin Idem Idem Idem
4	Konflik/Huruhara	Luka memar Luka sayat Luka bacok Patah tulang Diare ISPA Gastritis Penyakit kulit Campak Hipertensi Gangguan Jiwa	Idem Idem Idem Idem Idem Idem Idem Idem Vaksin Campak (bila ada kasus baru), Vitamin A Reserpin Tablet, HCT tablet Diazepam 2 mg, 5 mg tab, Luminal Tab 30 mg
5	Gunung Meletus	ISPA Diare Konjunctivitis Luka Bakar	Idem Idem Idem Aquadest steril, kasa steril 40/40, Betadin salep, Sofratule, Abocath, Cairan Infus (RL, NaCl), Vit. C Tab, Amoxycilin/Ampicilin tab, Kapas, Handschoen, Wingneedle, Alkohol 70%.
6	Bom	Luka Bakar Trauma Gangguan Jiwa Mialgia	Idem Idem Idem Metampiron, Vit B1, B6, B12 oral

4. PERAWATAN DILAPANGAN

Jika di daerah dimana terjadi bencana tidak tersedia fasilitas kesehatan yang cukup untuk menampung dan merawat korban bencana massal (misalnya hanya tersedia satu Rumah Sakit tipe C/tipe B), memindahkan korban ke sarana tersebut hanya akan menimbulkan hambatan bagi perawatan yang harus segera diberikan kepada korban dengan cedera serius. Lebih jauh, hal ini juga akan sangat mengganggu aktivitas Rumah Sakit tersebut dan membahayakan kondisi para penderita yang

dirawat disana. Perlu dipertimbangkan jika memaksa memindahkan 200 orang korban ke Rumah Sakit yang hanya berkapasitas 300 tempat tidur, dengan tiga kamar operasi dan mengharapkan hasil yang baik dari pemindahan ini.

Dalam keadaan dimana dijumpai keterbatasan sumber daya, utamanya keterbatasan daya tampung dan kemampuan perawatan, pemindahan korban ke Rumah Sakit dapat ditunda sementara. Dengan ini harus dilakukan perawatan di lapangan yang adekuat bagi korban dapat lebih mentoleransi penundaan ini. Jika diperlukan dapat didirikan rumah sakit lapangan (Rumkitlap). Dalam

mengoperasikan rumkitlap, diperlukan tenaga medis, paramedic, dan non medis (coordinator, dokter, dokter spesialis bedah, dokter spesialis anestesi, tiga perawat mahir, radiolog, farmasis, ahli gizi, laboran, teknisi medis, teknisi non medis, dan pembantu umum).

2. TRIASE

Triase dilakukan untuk mengidentifikasi secara cepat korban yang membutuhkan stabilisasi segera (perawatan di lapangan) mengidentifikasi korban yang hanya dapat diselamatkan dengan pembedahan darurat (*life-saving surgery*). Dalam aktivitasnya, digunakan kartu merah, hijau dan hitam sebagai kode identifikasi korban, seperti berikut:

1. **Merah**, sebagai penanda korban yang membutuhkan stabilisasi segera dan korban yang mengalami:

- Syok oleh berbagai kausa
- Gangguan pernapasan
- Trauma kepala dengan pupil anisokor
- Pendarahan eksternal massif

Pemberian perawatan lapangan intensif ditujukan bagi korban yang mempunyai kemungkinan hidup lebih besar, sehingga setelah perawatan di lapangan ini penderita lebih dapat mentoleransi proses pemindahan ke Rumah Sakit, dan lebih siap untuk menerima perawatan yang lebih invasif. Triase ini korban dapat dikategorisasikan kembali dari status "merah" menjadi "kuning" (misalnya korban dengan *tension pneumothorax* yang telah dipasang *drain thoraks* (WSD)).

2. **Kuning**, sebagai penanda korban yang memerlukan pengawasan ketat, tetapi perawatan dapat ditunda sementara. Termasuk dalam kategori ini:

- Korban dengan risiko syok (korban dengan gangguan jantung, trauma abdomen)
- Fraktur multipel
- Fraktur femur/pelvis
- Luka bakar luas
- Gangguan kesadaran/trauma kepala
- Korban dengan status yang tidak jelas

Semua korban dalam kategori ini harus diberikan infus, pengawasan ketat terhadap kemungkinan timbulnya komplikasi, dan diberikan perawatan sesegera mungkin.

3. **Hijau**, sebagai penanda kelompok korban yang tidak memerlukan pengobatan atau pemberian pengobatan dapat ditunda, mencakup korban yang mengalami:

- Fraktur minor
- Luka minor, luka bakar minor
- Korban dalam kategori ini, setelah pembalutan luka dan atau pemasangan bidai dapat dipindahkan pada akhir operasi lapangan.
- Korban dengan prognosis infaust, jika masih hidup pada akhir operasi lapangan, juga akan dipindahkan ke fasilitas kesehatan.

4. **Hitam**, sebagai penanda korban yang telah meninggal dunia.

Triase lapangan dilakukan pada tiga kondisi:

1. Triase di tempat (*triase satu*)
2. Triase medik (*triase dua*)
3. Triase evakuasi (*triase tiga*)

Triase di Tempat

Triase di tempat dilakukan di "tempat korban ditemukan" atau pada tempat penampungan yang dilakukan oleh tim Pertolongan Pertama atau Tenaga Medis Gawat Darurat. Triase di tempat mencakup pemeriksaan, klasifikasi, pemberian tanda dan pemindahan korban ke pos media lanjutan.

Triase Medik

Triase ini dilakukan saat korban memasuki pos medis lanjutan oleh tenaga medis yang berpengalaman (sebaiknya dipilih dari dokter yang bekerja di Unit Gawat Darurat, kemudian ahli anestesi dan terakhir oleh dokter bedah). Tujuan triase medik adalah menentukan tingkat perawatan yang dibutuhkan oleh korban.

Triase Evakuasi

Triase ini ditujukan pada korban yang dapat dipindahkan ke Rumah Sakit yang telah siap menerima korban bencana massal. Jika pos medis lanjutan dapat berfungsi efektif, jumlah korban dalam status "merah" akan berkurang, dan akan diperlukan pengelompokan korban kembali sebelum evakuasi dilaksanakan. Tenaga medis di pos medis lanjutan dengan berkonsultasi dengan Pos Komando dan Rumah Sakit tujuan berdasarkan kondisi korban akan membuat keputusan korban mana yang harus dipindahkan terlebih dahulu, Rumah Sakit tujuan, jenis kendaraan dan pengawalan yang akan dipergunakan.

3. PERTOLONGAN PERTAMA

Pertolongan pertama dilakukan oleh para sukarelawan, Petugas Pemadam Kebakaran, Polisi, Tenaga dari unit khusus, Tim Medis Gawat Darurat dan Tenaga Perawat Gawat Darurat Terlatih.

Pertolongan pertama dapat diberikan di lokasi seperti berikut:

1. Lokasi bencana, sebelum korban dipindahkan.
2. Tempat penampungan sementara
3. Pada "*tempat hijau*" dari pos medis lanjutan
4. Dalam ambulans saat korban dipindahkan ke fasilitas kesehatan

Pertolongan pertama yang diberikan pada korban dapat berupa kontrol jalan napas, fungsi pernapasan dan jantung, pengawasan posisi korban, kontrol pendarahan, imobilisasi fraktur, pembalutan dan usaha-usaha untuk membuat korban merasa lebih nyaman. Harus selalu diingat bahwa, bila korban masih berada di lokasi yang paling penting adalah memindahkan korban sesegera mungkin,

membawa korban gawat darurat ke pos medis lanjutan sambil melakukan usaha pertolongan pertama utama, seperti mempertahankan jalan napas, dan kontrol pendarahan. Resusitasi kardiopulmonertidak boleh dilakukan di lokasi kecelakaan pada bencana massal karena membutuhkan waktu dan tenaga.

4. POS MEDIS LANJUTAN

Pos medis lanjutan didirikan sebagai upaya untuk menurunkan jumlah kematian dengan memberikan perawatan efektif (stabilisasi) terhadap korban secepat mungkin. Upaya stabilisasi korban mencakup intubasi, trakeostomi, pemasangan drain thoraks, pemasangan ventilator, penatalaksanaan syok secara medikamentosa, analgesia, pemberian infus, fasciotomi, imobilisasi fraktur, pembalutan luka, pencucian luka bakar. Fungsi pos medis lanjutan ini dapat disingkat menjadi *“Three ‘T’ rule”* (*Tag, Treat, Transfer*) atau hukum tiga (label, rawat, evakuasi).

Lokasi pendirian pos medis lanjutan sebaiknya di cukup dekat untuk ditempuh dengan berjalan kaki dari lokasi bencana (50-100 meter) dan daerah tersebut harus:

1. Termasuk daerah yang aman
2. Memiliki akses langsung ke jalan raya tempat evakuasi dilakukan
3. Berada di dekat dengan pos komando
4. Berada dalam jangkauan komunikasi radio

Pada beberapa keadaan tertentu, misalnya adanya paparan material berbahaya, pos medis lanjutan dapat didirikan di tempat yang lebih jauh. Sekalipun demikian tetap harus diusahakan untuk didirikan sedekat mungkin dengan daerah bencana.

Tenaga Pelaksanaan

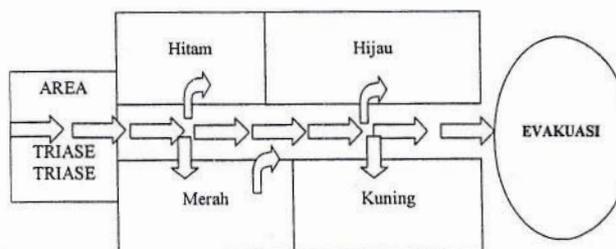
Tenaga medis yang akan dipekerjakan di pos ini adalah dokter dari Unit Gawat Darurat, ahli anestesi, ahli bedah dan tenaga perawat. Dapat pula dibantu tenaga perawat, Tenaga Medis Gawat Darurat, dan para tenaga pelaksana Pertolongan Pertama akan turut pula bergabung dengan tim yang berasal dari Rumah Sakit.

Organisasi Pos Medis Lanjutan

Struktur internal pos medis lanjutan dasar, terdiri atas (Gambar 1):

1. Satu pintu masuk yang mudah ditemukan atau diidentifikasi.
2. Satu tempat penerimaan korban/tempat triase yang dapat menampung paling banyak dua orang korban secara bersamaan.
3. Satu tempat perawatan yang dapat menampung 25 orang korban secara bersamaan.

Gambar 1. Pos pelayanan medis lanjutan dasar



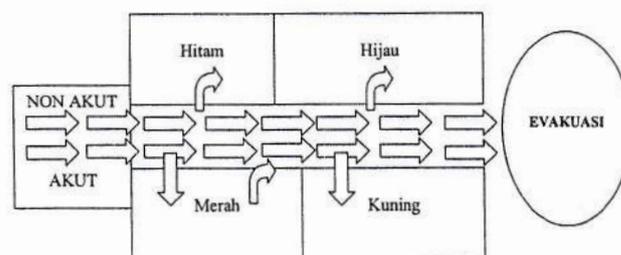
Tempat perawatan ini dibagi lagi menjadi:

1. Tempat perawatan korban gawat darurat (korban yang diberi tanda dengan label merah dan kuning). Lokasi ini merupakan proporsi terbesar dari seluruh tempat perawatan.
2. Tempat perawatan bagi korban non gawat darurat (korban yang diberi tanda dengan label hijau dan hitam).

Pos medis lanjutan standar, terdiri atas (Gambar 2):

1. Pintu keluar
2. Dua buah pintu masuk (Gawat Darurat dan Non-Gawat Darurat). Untuk memudahkan identifikasi, kedua pintu ini diberi tanda dengan bendera merah (untuk korban gawat darurat) dan bendera hijau (untuk korban non gawat darurat).
3. Dua tempat penerimaan korban/triase yang saling berhubungan untuk memudahkan pertukaran/pemindahan korban bila diperlukan.
4. Tempat perawatan Gawat Darurat yang berhubungan dengan tempat triase Gawat Darurat, tempat ini dibagi menjadi:
 - Tempat perawatan korban dengan tanda merah (berhubungan langsung dengan tempat triase)
 - Tempat perawatan korban dengan tanda kuning (setelah tempat perawatan merah)

Gambar 2. Pos pelayanan medis lanjutan standar



5. Tempat perawatan Non Gawat Darurat, berhubungan dengan tempat triase Non Gawat Darurat, dibagi menjadi:
 - Tempat korban meninggal (langsung berhubungan dengan tempat triase)
 - Tempat perawatan korban dengan tanda hijau (setelah tempat korban meninggal)
 - Setiap tempat perawatan ini ditandai dengan bendera sesuai dengan kategori korban yang akan dirawat di tempat tersebut.

6. Sebuah tempat evakuasi yang merupakan tempat korban yang kondisinya telah stabil untuk menunggu pemindahan ke Rumah Sakit.

Luas Pos Medis Lanjutan

Sebaiknya pos ini menampung sekitar 25 orang korban bersama para petugas yang bekerja disana. Luas pos medis lanjutan yang dianjurkan:

1. Untuk daerah perawatan 2,6 m² untuk setiap korban.
2. Dengan mempertimbangkan banyaknya orang yang berlalu lalang, luas tempat triase adalah minimum 9 m².
3. Luas minimum tempat perawatan untuk pos medis lanjutan dasar adalah 65 m².
4. Luas minimum tempat perawatan untuk pos medis lanjutan standar adalah 130 m²
5. Tempat evakuasi 26 m².

Arus Pemindahan Korban

Korban yang telah diberi tanda dengan kartu berwarna merah, kuning, hijau atau hitam sesuai dengan kondisi mereka, dilakukan registrasi secara bersamaan dan korban langsung dipindahkan ke tempat perawatan yang sesuai dengan kartu yang diberikan hingga keadaannya stabil. Setelah stabil korban akan dipindahkan ke tempat evakuasi dimana registrasi mereka akan dilengkapi sebelum dipindahkan ke fasilitas lain.

Daftar Pustaka

1. Pan American Health Organization, 2006 ; Bencana Alam Perlindungan Kesehatan Masyarakat (Natural Disaster: Protecting The Public's Health) alih bahasa Munaya Fauziah SKM,MKM, Jakarta : Penerbit EGC 2006
2. Departemen Kesehatan RI, 2007; Pedoman Tekhnis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat bencana (mengacu pada standar internasional) Panduan bagi Petugas kesehatan yang bekerja dalam penanganan krisis kesehatan akibat bencana di indonesia.
3. Proyek Sphere, 2000; Piagam Kemanusiaan dan standar-standar minimum dalam penanggulangan bencana