

PENGALAMAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN PENILAIAN CEPAT KESEHATAN KEJADIAN BENCANA PADA TANGGAP DARURAT BENCANA ERUPSI GUNUNG KELUD TAHUN 2014 DI KABUPATEN MALANG (STUDI FENOMENOLOGI)

Yati Nur Azizah¹, Retty Ratnawati², Setyoadi³

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Malang

^{2,3}Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

ABSTRAK

Rapid Health Assessment (RHA) sangat diperlukan dalam kondisi bencana, dimana bencana merupakan kejadian yang sering terjadi akibat pengaruh alam yang dapat menimpa kehidupan manusia dan mengancam lingkungan. RHA sangat dibutuhkan untuk mengumpulkan data, memberikan informasi yang obyektif sehingga mampu memecahkan masalah selama tanggap darurat bencana sampai dengan pemulihan pasca bencana. Tujuan umum penelitian ini adalah mengidentifikasi makna pengalaman perawat dalam melakukan *Rapid Health Assessment / RHA* pada tanggap darurat bencana erupsi Gunung Kelud tahun 2014 di Kabupaten Malang. Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Partisipan yang ikut serta dalam penelitian ini sebanyak lima orang perawat yang terdiri dari tiga orang perawat yang bekerja di Dinas Kesehatan Kabupaten Malang dan dua orang perawat yang bekerja di Puskesmas Ngantang. Hasil analisis didapatkan delapan tema yang didapatkan dari delapan tujuan khusus penelitian. Tema yang di dapat antara lain : perawat tidak siap dalam pengisian RHA, perawat merasakan kurangnya kerjasama tim, perawat merasa kurang memahami dalam pengisian format, perawat mengalami permasalahan dalam pengumpulan data, perawat mengalami kendala dalam koordinasi rujukan antar wilayah, perawat mengalami hambatan dalam melakukan penilaian dan perawat merasakan adanya konflik tugas dalam pengisian RHA, serta harapan perawat untuk optimalisasi RHA. Perencanaan yang jelas dalam manajemen bencana akan meningkatkan pelayanan kesehatan dan koordinasi antar wilayah. Kesiapan lain yang harus dimiliki oleh perawat adalah peningkatan kompetensi baik melalui pelatihan-pelatihan seperti manajemen bencana, adanya petunjuk teknis, sarana dan prasarana serta pengalaman perawat itu sendiri dalam menangani masalah bencana. Kurang optimalnya perawat dalam proses penilaian cepat kesehatan dalam bencana baik dilihat dari segi persiapan perawat, kerjasama tim maupun pada saat pengumpulan data serta kurangnya koordinasi baik lintas program, lintas sektor maupun antar wilayah maka perawat memiliki harapan untuk peningkatan dalam optimalisasi RHA dengan melakukan pelatihan-pelatihan dan peningkatan kompetensi perawat

Kata Kunci : penilaian cepat kesehatan kejadian bencana, tanggap darurat bencana, pengalaman perawat, fenomenologi

ABSTRACT

Rapid Health Assessment (RHA) is actually needed within disaster event especially due to natural disaster which it could bring an adverse impact to human life and environmental as well. RHA is strongly required to collecting data, providing objective information to solve its problem during disaster emergency response and post emergency disaster. The purpose of the study was to examine nurse's experience towards RHA in Disaster Event: Study of Phenomenology at Mount Kelud Eruption in Malang County 2014. Method used in this study was a qualitative design with phenomenology approach interpretive. The study participants were five nurses including three nurses who work at Local Health Office, District of Malang while two other nurses at Community Health Center. Study result was obtained eight themes, which are nurses were not ready to filling in RHA; less of team cooperation among nurses; less of understanding to filling in RHA format; nurses had problem to collecting data; nurses exposed challenges to perform referral within region; nurses had obstacle to perform assessment; nurses had conflict within RHA implementation; and nurses hope to optimize RHA. Defined planning in disaster management will improve health care services and coordination within regions. Other one that should be owned by nurses was about nurse's competency in disaster management performed, technical guidelines, infrastructure and nurses experience to address disaster. Less than optimal when performing RHA and it could be seen as nurses readiness, less of team work to execute data collection and coordination within cross program, cross sector and within regions. That could, hence, nurses had new hope to improve RHA implementation during disaster event by conducting trainings and improving the competence of nurses

Keywords: rapid health assessment, disaster emergency response, nurses experience, phenomenology approach

Jurnal Ilmu Keperawatan, Vol: 3, No. 2, November 2015; Korespondensi: Yati Nur Azizah, Dinas Kesehatan Kab. Malang. Jl. Panji No.120 Kepanjen Malang. Email:yatinurazizah@gmail.com. Telp: 082140155005

PENDAHULUAN

Penilaian cepat kesehatan kejadian bencana atau *Rapid Health Assessment* (RHA) sangat diperlukan dalam kondisi bencana, dimana bencana merupakan kejadian yang sering terjadi akibat pengaruh alam yang dapat menimpa kehidupan manusia dan mengancam lingkungan (Khankeh HR, dkk., 2007). Dampak yang ditimbulkan mengakibatkan dampak fisik pada manusia seperti kesakitan dan kematian serta dampak lingkungan yaitu kerusakan infrastruktur, kerusakan area pertanian serta menyebabkan gangguan kesehatan. Abu vulkanik yang dikeluarkan oleh Gunung Kelud mengakibatkan terkontaminasinya air bersih, tersumbatnya saluran air, serta rusaknya fasilitas air bersih. Dampak terhadap gangguan kesehatan secara umum abu vulkanik menyebabkan masalah kesehatan khususnya menyebabkan iritasi pada paru-paru, kulit dan mata.(Suryani, 2014). RHA berisi data tentang jenis bencana, lokasi bencana, dampak bencana, kondisi korban, kondisi sanitasi lingkungan penampungan, upaya yang telah dilakukan, kemungkinan KLB yang akan terjadi serta kesiapan logistik dan bantuan yang mungkin segera diperlukan. RHA juga mengidentifikasi angka morbiditas dan mortalitas pada penduduk yang mengalami bencana terutama masyarakat khusus seperti anak-anak dibawah 5 tahun, orang tua, ibu hamil dan wanita menyusui (Depoortere & Brown, 2006, Kemenkes, 2013).

Pengambilan data RHA pada saat terjadi bencana erupsi Gunung Kelud di Kabupaten Malang belum berjalan secara optimal, hal ini dibuktikan dengan masih ditemukannya lembar RHA yang tidak terisi secara penuh karena adanya keterbatasan perawat dalam pengisian RHA dan adanya informasi yang tidak jelas mengenai kondisi bencana serta kurangnya koordinasi dengan anggota tim kesehatan lain

(Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, 2014). Perawat dalam menangani bencana harus mempunyai pengetahuan, pengalaman dan ketrampilan dalam menghadapi kedaruratan bencana (Cut,dkk.,2011). Bencana erupsi Gunung Kelud yang terjadi pada tanggal 14 Februari 2014 dari hasil pengamatan peneliti, semua unsur pelayanan kesehatan terjun langsung ke tempat kejadian namun RHA baru dapat dilaksanakan 1 hari setelahnya karena kondisi dari bencana tersebut. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan dengan wawancara pada salah satu perawat yang melakukan RHA dan mengalami erupsi Gunung Kelud menyebutkan bahwa RHA dilakukan oleh tim dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat, petugas surveilans, petugas gizi dan sanitarian namun tidak terkoordinasi dengan baik dan format RHA tidak di isi keseluruhan karena belum sepenuhnya menguasai dokumentasi RHA.

Keperawatan bencana bertujuan untuk memastikan bahwa perawat mampu untuk mengidentifikasi, mengadvokasi dan merawat dampak dari semua fase bencana termasuk didalamnya adalah berpartisipasi aktif dalam perencanaan dan kesiapsiagaan bencana. Perawat harus mempunyai ketrampilan teknis dan pengetahuan tentang epidemiologi, fisiologi, farmakologi, struktur budaya dan social serta masalah psikososial sehingga dapat membantu dalam kesiapsiagaan bencana dan selama bencana sampai dengan tahap pemulihan (ICN,2009). Perawat bersama dengan dokter merupakan ujung tombak kesehatan pada saat bencana terjadi selama dalam kondisi kritis dan gawat darurat (Zarea, dkk.,2014). Perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat baik yang bersifat kegawat daruratan maupun berkelanjutan seperti perawatan neonatal, pendidikan dan penyuluhan kepada masyarakat,

mengidentifikasi penyakit dan imunisasi serta intervensi pada saat kesiapsiagaan dan tanggap darurat bencana (Savage & Kub, 2009).

METODE

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Partisipan yang ikut serta dalam penelitian ini sebanyak lima orang perawat yang terdiri dari tiga orang perawat yang bekerja di Dinas Kesehatan Kabupaten Malang dan dua orang perawat yang bekerja di Puskesmas Ngantang dengan kualifikasi pendidikan keperawatan satu orang SPK, dua orang berpendidikan Diploma Tiga Keperawatan, satu orang berpendidikan Diploma Empat Kesehatan Jiwa dan satu orang berpendidikan Sarjana Keperawatan dengan masa kerja berkisar antara enam sampai dengan tiga puluh dua tahun. Teknik pengambilan data melalui wawancara yang berkisar antara 30 – 50 menit dengan menggunakan alat perekam berbasis android. Tempat wawancara dilakukan di rumah dan kantor partisipan sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat. Hasil analisis dianalisis menggunakan tabel analisis yang berisi kata kunci, analisis reflektif, kategori, sub-sub tema, sub tema dan tema.

HASIL

Perawat tidak siap dalam pengisian RHA

Persiapan yang harus disiapkan adalah format dan pencatatannya, namun partisipan tidak siap akan format yang dibawanya, tidak ingat untuk membawa format maupun pencatatan yang apa adanya. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh partisipan

“...dan itu dan itupun tidak membawa format....karena ya itu....tidak sempat...”(P5)

“...terus terang kami sudah tidak ingat untuk

membawa format ini...”(P4)

“saya hanya melakukan wawancara dengan masyarakat yang kemudian saya catat di catatan kecil saya hehehe...” (P2)

“....jadi yang kita punya adalah catatan-catatan kecil...”(P3)

Perawat merasakan kurangnya kerjasama tim

Kurangnya kerjasama tim disebabkan karena perawat banyak melakukan tupoksi orang lain dan perawat sering bekerja sendirian tanpa adanya tim lain dalam melakukan pengkajian serta kurangnya koordinasi antar anggota tim. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...mungkin seharusnya tidak dikerjakan oleh perawat ya....namun harusnya tim...”(P1)

“namun banyak masalah-masalah lain yang sebenarnya bukan tugas kita”(P2)

Perawat juga bekerja tanpa tim lain dalam melakukan pengisian data. Perawat bekerja sendiri dalam melakukan pengkajian, seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“selama ini juga yang melakukan RHA adalah perawat itu sendiri dalam pengisian datanya...”(P1)

“...tapi biasanya semua perawat sih yang melakukan...”(P3)

“malah perawat yang lebih banyak melakukan pengkajian itu sendiri....”(P2)

“...pengkajian RHA itu banyak yang melakukan perawat....”(P3)

“Mohon maaf ya mbak...selama ini menurut pandangan saya...kita bekerja sendiri-sendiri...”(P2)

Perawat banyak melakukan pengkajian sendiri sehingga dalam menilai pekerjaan perawatpun tidak dilakukan oleh suatu tim, namun

dilakukan oleh perawat itu sendiri. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut :

"...jadi masing-masing program menilai dengan cara kerjanya masing-masing"(P1)

"Bagaimana ya...(diam, berfikir)...kayaknya lebih banyak yang mengerjakan RHA itu malah justru perawatnya sih..."(P1)

Pengkajian yang dilakukan oleh perawat sendiri, maka dalam koordinasi antar tim pun kurang, hal ini seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut :

"malah perawat yang lebih banyak melakukan pengkajian itu sendiri...jadi istilahnya apa ya....kurang koordinasi lah....dalam melakukan pengkajian RHA itu..jadi untuk kerja timnya masih terasa kurang terkoordinasi" (P2)

Perawat merasa kurang memahami dalam pengisian format

Kurang pemahaman dalam pengisian format RHA, menyebabkan kesulitan dan kebingungan dalam pengisian format karena tidak sama dengan teori-teori yang diterima. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut :

"Juga kadang bingung mengisinya.....karena datanya simpang siur...terutama adalah jumlah korban, jumlah penduduk rawan...itu...itu..."(P2)

"...saat gunung meletus saat kejadian ya bingung mesti ada.....karena selama ini kan teori-teori saja yang kami terima ."(P5)

Partisipan juga mengemukakan bahwa kurang mengetahui kegunaan format yang diisi, mereka hanya mengisi saja sesuai dengan format yang ada. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

"untuk mengisi ceklis hanya mengisi saja

sih.....tanpa tahu itu untuk apa....heheheheee..."(P3)

"...terutama yang punya program lain....karena saya kurang paham juga..."(P2)

"...juga karena kita tidak memahami apa yang perlu ditulis".(P1)

"kemungkinan untuk bisa mengisi bisa....namun...untuk untuk melihat kebutuhan...kayaknya masih belum mengerti...."(P3)

Partisipan lain mengungkapkan keraguannya dalam pengisian data karena tidak adanya informasi yang jelas dari masyarakat. Berikut adalah ungkapan partisipan tentang keraguannya :

"..bahwasanya bahwa kurangnya informasi dari masyarakat sehingga juga merasa ragu untuk mengisi data."(P5).

Perawat mengalami permasalahan dalam pengumpulan data

Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan data dan informasi tentang kesehatan didalam bencana. Di dalam pengkajian ditemukan ketidakjelasan data dimana didapati data yang tidak pasti, data yang terekam ulang, data yang hanya sebuah estimasi sampai dengan informasi yang tidak jelas mengenai keadaan kesehatan selama bencana erupsi Gunung Kelud tahun 2014.

Data yang tidak pasti ditemukan dengan adanya data yang simpang siur, seperti yang dikemukakan oleh partisipan berikut :

"Nah....itulah...kadang kita mendapatkan data yang simpang siur..."(P1)

"...karena datanya simpang siur...terutama adalah jumlah korban, jumlah penduduk rawan..."(P2)

"jadi kami tidak bisa mengidentifikasi terlalu

simpang siur datanya”(P3)(P4)

Data yang tidak pasti juga dikarenakan data yang tidak sinkron, data yang tidak pasti, data yang belum jelas, terjadi kredit nominal, serta data yang tidak siap sebagaimana yang diungkapkan oleh partisipan berikut :

“memang ada beberapa yang tidak bisa sinkron...”(P3)

“sehingga data yang kita peroleh datanya tidak sinkron”(P3)

“karena belum didapatkan data yang pasti...”(P2)

“...jumlah penduduk rawan...itu...itu...datanya belum jelas...sehingga untuk mengisi format RHA itu menjadi ragu-ragu.”(P2)

“Kreditnya pada nominal jumlah pengungsi yang berubah-ubah....”(P2)

“namun data kebutuhannya belum kami siapkan saat itu”(P5)

Ketidakjelasan data itu juga disebabkan karena adanya data yang terekam ulang karena adanya double data, hal ini seperti yang diungkapkan partisipan berikut :

“Yaa....dari data sehingga kadang ada double data...”(P2)

“...jadi terjadi kemungkinan double data”(P3)

“kadang data yang sudah ada di pos 1 terekam kembali di pos 2”(P2)

Partisipan juga mengungkapkan data yang ditemukan merupakan sebuah data estimasi saja, seperti pernyataan berikut :

“karena belum didapatkan data yang pasti...hanya sebuah estimasi saja..”(P1).

Data hasil pengkajian didapatkan juga perbedaan selisih data serta adanya data yang tidak sama antara data primer maupun data

sekunder. Hal ini dikemukakan oleh partisipan dengan pernyataan berikut :

“...namun ada data yang perbedaan selisih..misalnya hari ini dilaporkan 400 yang terkena bencana namun ternyata di data yang lain misal ada 600.”(P3)

“...kadang jumlah datanya tidak sama”(P1)

“...data dari sekunder jumlah sekian...eee...ternyata data primer sekian...”(P1)

Ketidakjelasan data juga dikarenakan banyaknya data yang tidak diisi seperti yang diungkapkan oleh partisipan :

“Ya...kemungkinan data yang diisi banyak ya...”(P5)

Informasi yang tidak jelas dan kurangnya informasi juga menjadikan ketidakjelasan data, hal ini diungkapkan oleh partisipan :

“karena kita belum mendapat informasi yang jelas...seperti berapa jumlah korban, kebutuhan kesehatan apa yang diperlukan...”(P1)

“...tidak mendapatkan informasi apapun dari lintas sector”(P3)

“...kayaknya seperti diagnose keperawatan....apa ya ..kurang informasi..”(P5)

Perawat mengalami kendala dalam koordinasi rujukan antar wilayah

Rujukan antar wilayah ini terkendala pada masalah koordinasi yang lama, misal ditingkat kebijakan terutama adalah koordinasi untuk rujukan pelayanan kesehatan antar wilayah. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“Kalau dalam pelayanan kesehatan kita memang terkendala dalam masalah

rujukannya karena yang kejadian Kelud kemarin itu....wilayah kita apa ya istilahnya....terbelah”(P1)

“nahhh...inilah yang menjadikan koordinasinya lama...sehingga rujukannya juga lama”(P1)

“...karena belum ada koordinasi....nah ini sebenarnya adanya mis ditingkat kebijakan”(P5).

Perawat mengalami hambatan dalam melakukan penilaian

Hambatan yang terjadi banyak disebabkan karena adanya jalur komunikasi yang terputus, gangguan alat komunikasi, gangguan alat penerangan, serta gangguan transportasi. Kendala koordinasi juga menjadi hambatan dalam melakukan pengkajian.

Komunikasi yang putus menjadi kendala dalam komunikasi sehingga tidak adanya jalur komunikasi baik sms yang lama maupun komunikasi yang tidak langsung tersambung. Hal ini diungkapkan oleh partisipan berikut :

“karena terkendala komunikasi sempat terputus sampai H+2”(P1)

“tidak ada 1 alat komunikasi pun yang berfungsi”(P3)

“sudah tidak adanya jalur komunikasi, sms pun nyampainya lama”(P2)

“...tapi kita walaupun ya...tidak langsung bisa tersambung....”(P5)

Hambatan lain dalam melakukan pengkajian adalah gangguan dari alat komunikasi itu sendiri seperti telepon mati, HP yang tidak ada signal sampai dengan HT yang tidak berfungsi sampai dengan gangguan alat penerangan. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“dimana telepon mati...hp tidak ada sinyal...listrik juga mati...jadi susah sekali untuk

berkomunikasi dengan teman-teman yang lain.” (P1)

“mau koordinasi bagaimana wong sinyal hp juga ikutan mati”(P2)

“telepon sudah tidak bisa lagi sambungannya.... HT juga tidak berfungsi...”(P3)

“signal hp tidak ada.... batre low bat”(P4)

“...komunikasi baik hp sampai ht mati...”(P5)

“Sudah itu listrik padam semua...”(P1)(P2)(P4)

Hambatan lain yang terjadi adalah gangguan transportasi dimana *ambulance* tidak dapat digunakan dan transportasi yang tidak memadai, hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...ambulance yang kami pakai, masuk ke dalam kubangan abu, sehingga kami meninggalkan ambulance karena tidak bisa jalan.”(P1)

“...walaupun seperti ambulance kami yang tidak bisa kami ambil sampai beberapa hari karena terbenam lumpur itu.”(P5)

“...untuk transportasi tidak memadai....untuk ambulance memang tidak bisa karena memang model ambulannya yang memang susah untuk menerobos daerah yang ada.”(P3)

Hambatan lain yang diungkapkan oleh partisipan adalah kesulitan koordinasi, baik koordinasi dengan BPBD, koordinasi yang rumit maupun prosedur dan birokrasi yang rumit. Hal ini diungkapkan oleh partisipan dengan pernyataan sebagai berikut :

“...yang terutama adalah fungsi koordinasi...jadi pada saat kejadian memang case kita yang memang bergerak Kabupaten Malang yang bergerak total all out....jadi yang dilakukan hambatan pada koordinasi adalah

dengan pihak BPBD”(P1)

“Terus pernah juga terkendala koordinasi.....ada desa yang saat itu tidak tercukupi kebutuhan logistic makanan.....saat itu saya koordinasi dg pak Dpak D telp perangkat desa yang kemudian koordinasinya rumitttt.....”(P3)

“....jadi kami kaya orang kebingungan juga....ribet untuk koordinasi saat itu....”(P4)

“para perangkat datang ke sana...prosedurnya dan birokrasinya sangat rumit sekali....”(P4)

Perawat merasakan adanya konflik tugas dalam pengisian RHA

Perawat merasakan adanya konflik tugas dalam pengisian RHA diartikan bahwa perawat mengerjakan tugas selain sebagai tim RHA. Tugas lain yang dikerjakan oleh perawat ada di semua lini dimana selain perawat melakukan *rapid health assessment* perawat juga melakukan *rapid assessment* mulai dari *assessment* awal sampai dengan perencanaan, mengurus pengungsi, bertugas mengganti tugas sanitarian maupun surveilans. Hal ini diungkapkan seperti pernyataan partisipan :

“...namun menurut saya perawat itu bisa ada di semua lini...”(P1)

“sepertinya RHA itu kayak semuanya punya kita ya (tertawa).....sebenarnya ini bukan hanya masalah kesehatan, namun banyak masalah-masalah lain yang sebenarnya bukan tugas kita ada semuanya ada disini”(P3)

“kamilah yang melakukan tugasnya semua...(P4)

Partisipan juga mempunyai pekerjaan lain sehingga perawat melakukan *double job* dan kerja perawat juga semakin banyak seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut :

“yahhhh karena banyak sekali faktornya....ya...

karena *double job*....heheheeee....”(P1)

“kerjanya perawat juga sebagai tim kesehatan, sehingga kerjanya perawat itu juga banyak...”(P2)

Partisipan juga bekerja mengurus pengungsi seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“...karena kita masih mengurus pengungsi...”(P4)

Partisipan juga bertugas mengganti tugas sanitarian maupun surveilans. Hal ini diungkapkan oleh partisipan dengan pernyataan :

“Dan kami juga terlibat dalam pengisian RHA itu baik itu mengisi keponyaan sanitarian maupun surveilans.”(P3)

“...nah seperti puskesmas sendiri tidak mempunyai sanitarian, sehingga kita juga yang mengerjakan.”(P3)

Partisipan mengungkapkan bahwa perawat merupakan tulang punggung dari tim kesehatan dan pelayanan kesehatan. Tim kesehatan secara umum juga melakukan pelayanan kesehatan pada pos-pos kesehatan yang ada. Hal ini diungkapkan oleh partisipan dengan ungkapan berikut :

“...kerjanya perawat juga sebagai tim kesehatan” (P2)

“kami menjadi tulang punggung dalam melakukan pelayanan kesehatan.”(P4)

Mengevakuasi korban, mengangkut penduduk beresiko tinggi seperti anak-anak, ibu hamil, balita, lansia dan orang sakit serta menolong dan membantu korban juga merupakan bagian dari tugas perawat. Pernyataan ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“..yang kami angkut pertama adalah, bayi ada bayi umur 2 hari, balita dan ibu hamil,

anak-anak yang kami angkut setelah itu lansia serta orang-orang yang sakit”(P3)

“perawat berusaha untuk membantu semua korban...”(P2)

Harapan perawat untuk optimalisasi RHA

Perawat mempunyai harapan untuk terwujudnya optimalisasi dalam pelaksanaan penilaian RHA, seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“ kalau misal memungkinkan ya adanya pelatihan khusus tentang RHA sih....maksudnya biar semua perawat tahu apa yang mesti dilakukan dengan RHA bila desanya terjadi bencana” (P3)

“...sesekali dilakukan penyegaran atau apakah dalam pengisian RHA”(P5)

“Yang perlu ditekankan juga adalah kerjasama antar tim...jadi kira tidak bekerja dengan sendirinya..namun kita bisa istilahnya berkolaborasi dengan anggota tim yang lain.”(P2)

PEMBAHASAN

Perawat tidak siap dalam pengisian RHA

Format RHA merupakan suatu metode penilaian cepat diperlukan untuk mengumpulkan informasi yang terpercaya, obyektif yang digunakan sebagai dasar dalam pengambilan keputusan. (Roorda, dkk., 2004). Format RHA digunakan sebagai alat kajian cepat untuk melihat adanya keadaan yang darurat dengan mengumpulkan informasi penting status kesehatan sehingga memberikan intervensi kesehatan yang diprioritaskan. Adanya suatu format penilaian cepat sangat penting untuk mengumpulkan informasi dalam waktu yang cepat. (Bradt & Drummond, 2002)

Menurut penelitian Korteweg dan Bokhoven (2010), bahwa versi digital dari format

meningkatkan rapidness dari penilaian, namun tidak bisa menarik kesimpulan apakah format dalam bentuk kertas atau versi digital berpengaruh pada hasil dari penilaian.

Pencatatan yang apa adanya merupakan ketidaksiapan lain yang dialami oleh perawat pada saat akan melakukan pengkajian. Menurut Jevon dan Ewens (2009), pencatatan yang baik adalah sebagai sumber penyebaran informasi dan sarana komunikasi sesama anggota tim yang professional. Dokumentasi pada saat bencana harus dilakukan pelaporan oleh anggota tim yang melaksanakan pendokumentasian. Kurangnya pedoman lapangan juga akan menjadi hambatan teknis dalam pelaksanaan pengumpulan data (Johnson, 2006).

Perawat merasakan kurangnya kerjasama tim

Kurangnya kerjasama tim disebabkan karena perawat banyak melakukan tupoksi orang lain dan perawat sering bekerja sendirian tanpa adanya tim lain. Hal ini senada dari hasil penelitian Anam (2013), bahwa Kebijakan dalam pelibatan tim penanggulangan bencana didapatkan hasil 61,4 persen perawat belum pernah terlibat dalam tim penanggulangan bencana Gunung Kelud.

Secara konsep disebutkan bahwa dalam suatu bencana, perawat harus dapat berkolaborasi dengan lingkungannya baik itu dengan epidemiologi, laboratorium, biostatistik, dokter maupun petugas yang lain untuk meningkatkan kerjasama dalam kondisi bencana. (Magnaye, 2011). Menurut Nicola, (2012), bahwa RHA harus diselesaikan sesegera mungkin berikut darurat dan dilakukan oleh tim multidisiplin personil yang berkualitas, dengan kisaran yang tepat keahlian.

Anggota tim sebaiknya memiliki pengalaman dan pengetahuan di bidangnya, memiliki

integritas dan mampu bekerja dalam situasi bencana. Apabila dampak bencana sangat luas, dapat dibentuk beberapa tim. (Kemenkes, 2011). Hal senada diungkapkan Wibowo (2009), bahwa tim bencana termasuk didalamnya adalah perawat diseleksi berdasarkan keahlian dan kebutuhan yang diperlukan. Menurut Daily (2009), mengatakan bahwa kompetensi suatu tim mudah dipengaruhi oleh profesi kesehatan lain.

Kurangnya koordinasi anggota tim dalam melakukan pengkajian sehingga dalam melakukan penilaian dilakukan sendiri oleh perawat tanpa adanya evaluasi dari tim. Firth & Cozen (2011), berpendapat bahwa suatu organisasi dan tim merupakan suatu budaya yang sangat penting untuk mendukung keberhasilan pembelajaran. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kerjasama tim sering menimbulkan konflik dan ambiguitas karena adanya otonomi profesional. (Finn, 2008). Menurut penelitian Kerr (2009), disebutkan bahwa tim yang berkomunikasi dan berkoordinasi satu sama lain akan memantau kinerja masing-masing dan memberikan umpan balik dan memiliki solusi dalam keadaan salah. Koordinasi tim juga akan meningkatkan pengetahuan, komunikasi dan dukungan bagi anggota tim yang kurang berpengalaman.

Perawat merasa kurang memahami dalam pengisian format

Kurang pemahaman dalam pengisian format RHA, menyebabkan kesulitan dan kebingungan dalam pengisian format karena tidak sama dengan teori-teori yang diterima merupakan perasaan yang diungkapkan oleh perawat dalam pengisian format RHA.

Secara konsep bahwa berfikir kritis akan lebih meningkatkan kemampuan mereka terhadap tanggap bencana dan respon bencana (Juli &

Tim, 2011). Keterampilan dan berfikir kritis sangat perlu untuk perawat dalam mengevaluasi data, mengidentifikasi kebutuhan, memberikan alternatif dan memahami kebutuhan dalam keadaan bencana (Alfaro, 2006). Berfikir kritis akan mendapatkan obyektifitas dan tanggap terhadap apa yang terjadi (Lipe & Beasley, 2004).

Menurut Notoatmodjo (2007), kemampuan untuk menginterpretasikan dan memahami suatu objek materi harus mempunyai suatu kemampuan dalam menjelaskan, memberikan contoh dan menyimpulkan suatu objek sehingga membutuhkan ketrampilan.

Magnaye (2011), dalam penelitiannya pada 250 perawat di Philipina bahwa pengetahuan harus dipersiapkan sebelum kejadian bencana untuk meningkatkan kompetensi perawat saat bencana terjadi. Persiapan perawat meliputi *training, workshop, seminar* tentang keperawatan bencana. *International Council Nurse* (2007), menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi kesiapsiagaan perawat diantaranya adalah kemampuan kognitif disamping sikap (afektif) dan psikomotor (*skill*) dalam disaster manajemen.

Penelitian yang dilakukan oleh Kija dan Paul (2008), mengatakan bahwa dalam manajemen bencana yang meliputi kesiapsiagaan bencana, tanggap bencana dan pemulihan setelah bencana pengetahuan perawat masih kurang dan 80 % perawat yang menjadi tim bencana tidak mempunyai pengalaman dalam tanggap darurat bencana serta sebagian kecil yaitu 23% perawat mendapatkan pelatihan dasar kesiapsiagaan tanpa disertai dengan pelatihan lanjutan. Hal ini juga senada dari hasil penelitian Fung (2008), bahwa sebagian besar perawat yaitu 97% tidak mempunyai persiapan dalam penanggulangan bencana.

Perawat mengalami permasalahan dalam pengumpulan data

Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan data dan informasi tentang kesehatan didalam bencana. Di dalam pengkajian ditemukan ketidakjelasan data dimana didapati data yang tidak pasti, data yang terekam ulang, data yang hanya sebuah estimasi sampai dengan informasi yang tidak jelas mengenai keadaan kesehatan selama bencana erupsi Gunung Kelud tahun 2014.

Secara konsep kejadian bencana menunjukkan peningkatan kejadian bencana dari tahun ke tahun. Pencatatan data bencana yang sistematis akan mempermudah dalam pengolahan data bencana, membantu dalam perencanaan pengurangan risiko bencana serta program rehabilitasi dan rekonstruksi pasca bencana ke depannya. Terdapat perbedaan format pelaporan data antara provinsi/kabupaten/kota yang satu dengan yang lain. Format yang berbeda tersebut menyebabkan kesulitan dalam membuat rekapitulasi data bencana secara nasional (BNPB, 2011). Informasi yang diterima saat terjadi bencana harus akurat dan factual sehingga dapat memberikan informasi dengan konteks yang tepat. Perawat dapat mengumpulkan data secara langsung dalam lingkup bencana, sehingga memungkinkan perawat untuk menilai dampak bencana (Melinda, 2011).

Menurut penelitian CDC (2005), di Indonesia miskin pencatatan kesehatan setelah terjadi gempa bumi dan atau tsunami yang mengakibatkan kesulitan dalam menentukan efek dan problem kesehatan. Ketidakjelasan data juga terjadi di Sri Lanka menurut penelitian Rohan, dkk (2009), menyebutkan bahwa tim pengumpul data kematian di Sri Lanka menghadapi tantangan politik dimana

tim forensic yang seharusnya mengidentifikasi dan merekam 1.500 kematian akibat tsunami hanya mampu menyelesaikan 250 catatan karena adanya tekanan publik dan politik. Menurut penelitian Englande, dkk., (2008), di Thailand juga terjadi ketidakjelasan dalam pengumpulan data sanitasi dan air paska tsunami dimana tidak adanya indikator yang dibuat oleh publik.

Ketidakjelasan data terjadi hampir pada saat terjadinya bencana, tidak hanya pada saat erupsi Gunung Kelud, namun terjadi juga pada bencana yang lain seperti tsunami maupun gempa bumi.

Perawat mengalami kendala dalam koordinasi rujukan antar wilayah

Proses rujukan terjadi karena kapasitas, kemampuan dan keahlian di tempat pelayanan kesehatan yang tidak merata (Dudley, dkk., 2000). Rujukan dapat dilakukan ke rumah sakit dalam satu wilayah, rujukan ke daerah atau propinsi lain atau bahkan ke negara lain bila korban bencana membutuhkan perawatan lebih lanjut ataupun daya tampung rumah sakit terdekat terlampaui (Kemenkes, 2011). Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit tentang system rujukan Rumah Sakit dimana pelimpahan tugas dan tanggung jawab rujukan bisa secara vertikal maupun horizontal ataupun struktur dan fungsional terhadap masalah kesehatan, hal ini juga sesuai dengan hasil penelitia Martono (2014), yang mengatakan bahwa perawat melakukan rujukan pasien ke fasilitas pelayanan yang lebih lengkap tertuang dalam Peraturan Gubernur DIY No. 59 tahun 2012 pasal 2, sedangkan perawat dari RS Roemani Semarang melakukan proses rujukan berkoordinasi dengan Pimpinan Cabang Muhammadiyah dengan jalur rujukan ke RS Aisyah Muntilan.

Koordinasi antar wilayah pada saat bencana erupsi Gunung Kelud terjadi kendala di dalam koordinasi antar pengambil kebijakan daerah, sehingga sangat mempengaruhi proses rujukan dan menjadikan rujukan menjadi lama. Menurut Jones (2008), proses pengambilan keputusan di dalam rujukan terjadi secara konsensus, akomodasi maupun defakto. Pengambilan keputusan dengan adanya negosiasi untuk mendapatkan semua persetujuan dari semua pihak yang terlibat. Hal ini juga ditegaskan oleh Bech dan Schmidt (2013), bahwa komunikasi dalam rujukan dilakukan untuk oleh tempat yang merujuk ke tujuan rujukan sehingga memberikan informasi yang diperlukan sehingga memerlukan mekanisme rujukan dengan adanya interaksi awal. Setiap rujukan memerlukan komunikasi dan dukungannya informasi baik secara verbal maupun tertulis sehingga meningkatkan koordinasi antar wilayah yang merujuk dan dirujuk (Blais, dkk., 2012).

Perawat mengalami hambatan dalam melakukan penilaian

Hambatan yang terjadi banyak disebabkan karena adanya jalur komunikasi yang terputus, gangguan alat komunikasi, gangguan alat penerangan, serta gangguan transportasi. Kendala koordinasi juga menjadi hambatan dalam melakukan pengkajian

Pengkajian awal harus dilakukan tepat waktu untuk menginformasikan keadaan darurat dan segera, sehingga pengambil kebijakan dapat melakukan penilaian cepat dengan melihat kebutuhan dan sumber daya, layanan kedaruratan yang diperlukan (*International Federation of Red Cross*, 2000). Pengumpulan data yang cepat merupakan kunci yang sangat penting untuk memastikan suatu bencana, namun lingkungan sekitar yang tidak kondusif

adanya beberapa bahaya seperti kerusakan infrastruktur, akses jalan yang hancur dan system transportasi yang terganggu akan menimbulkan bahaya yang signifikan bagi anggota tim tanggap bencana. Hambatan bahasa dan budaya local juga menghambat dalam pengumpulan data (Morton, 2011).

Informasi kurang memadai yang diakibatkan karena kerusakan infrastruktur yang ditandai dengan putusnya jalur komunikasi harus direspon sebagai tanda peringatan bahaya sehingga Tim Reaksi Cepat (TRC) dapat disiapkan untuk segera dikirim ke lokasi bersama dengan Tim RHA. (Kemenkes, 2011).

Perawat merasakan adanya konflik tugas dalam pengisian RHA

Kompetensi perawat sebagai tim penanggulangan bencana ini yaitu dapat menjelaskan arti tanggap darurat bencana terhadap masyarakat, mengumpulkan data cedera dan penyakit yang diperlukan, mengevaluasi kebutuhan kesehatan dan sumber daya yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia, kolaborasi dengan tim penanggulangan bencana untuk mengurangi bahaya dan resiko bencana, memprioritaskan masalah kesehatan, berpartisipasi dalam penanggulangan kejadian luarbiasa dengan kegiatan seperti imunisasi, mengevaluasi dari intervensi yang telah dilakukan berbasis pada hasil RHA (ICN, 2009, Hassmiller & Stanley, 2010). Pengumpulan data pada saat tanggap darurat bencana meliputi pengumpulan data angka kesakitan dan kematian, kebutuhan kesehatan termasuk kebutuhan psikologi, kebutuhan infrastruktur, nutrisi dan tempat mengungsi (Morton, 2011).

Perawat merupakan tulang punggung dari tim kesehatan dan pelayanan kesehatan sebagai tim kesehatan secara umum. Mengevakuasi

korban, mengangkut penduduk beresiko tinggi seperti anak-anak, ibu hamil, balita, lansia dan orang sakit serta menolong dan membantu korban juga merupakan bagian dari tugas perawat. .

Perawat yang mempunyai tugas banyak akan menimbulkan perubahan peran, hubungan, identitas, kemampuan dan perilaku seseorang sehingga menimbulkan beban kerja yang lebih berat yang dilakukan oleh perawat (Marquis, 2012). Perubahan peran akan memberikan pengalaman tersendiri dalam menentukan penyelesaian pekerjaannya sehingga perubahan peran memerlukan pengetahuan dan ketrampilan (Pearson & Care, 2002).

Terlalu banyak kompetensi dan kompleksitas tugas dalam bencana menggambarkan kompleksitas kompetensi keperawatan, namun keterlibatan keperawatannya harus bekerja sesuai dengan tugasnya sebagai seorang

perawat dan harus mempertimbangkan dengan pertanyaan “kompetensi untuk apa?”, “siapa yang menetapkan kompetensi?” (Daily, 2009).

Keterbatasan waktu, pekerjaan dan tugas yang banyak, kemalasan, pengetahuan dan ketrampilan perawat yang kurang akan menjadikan suatu hambatan dalam penyelesaian pelayanan kesehatan (Sumiati, 2006), hal ini sesuai dengan penelitian Arlinta (2015), yang mengatakan bahwa keterbatasan dalam jumlah sumber daya dan luasnya wilayah cakupan kerja Puskesmas menjadi beban ganda yang menghambat implementasi peran

DAFTAR PUSTAKA

Alfaro-LeFevre R. *Applying Nursing Process: A Tool for Critical Thinking*. Ed. 6. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, & Wilkins; 2006.

perawat.

Harapan perawat untuk optimalisasi RHA

Perencanaan yang jelas dalam manajemen bencana akan meningkatkan pelayanan kesehatan dan koordinasi antar wilayah (Bella, 2011). Kesiapan lain yang harus dimiliki oleh perawat adalah peningkatan kompetensi baik melalui pelatihan-pelatihan seperti manajemen bencana, adanya petunjuk teknis, sarana dan prasarana serta pengalaman perawat itu sendiri dalam menangani masalah bencana (Arbon, 2006).

Perawat berkeinginan untuk meningkatkan pengetahuan dan kompetensinya dalam penilaian RHA. Perawat dapat mengikuti pendidikan maupun pelatihan tentang RHA. Program peningkatan pengetahuan ini harus didukung dengan upaya kebijakan pemerintah terutama oleh Dinas Kesehatan dengan memberikan dukungan kepada perawat dalam meningkatkan wawasan dan kompetensinya.

KESIMPULAN

Kurang optimalnya perawat dalam proses penilaian cepat kesehatan dalam bencana baik dilihat dari segi persiapan perawat, kerjasama tim maupun pada saat pengumpulan data serta kurangnya koordinasi baik lintas program, lintas sektor maupun antar wilayah maka perawat memiliki harapan untuk peningkatan dalam optimalisasi RHA dengan melakukan pelatihan-pelatihan dan peningkatan kompetensi perawat

Anam, Agus (2013) Kesiapan Perawat Dalam Manajemen Bencana Dan Faktor Yang Mempengaruhi Kesiapan Perawat Dalam Penanggulangan Bencana Gunung Kelud di Kabupaten Blitar

- Arlinta, A. (2015). "Pengaruh Kompetensi terhadap Kinerja Perawat dalam Kesiapsiagaan Triase dan Kegawatdaruratan pada Korban Bencana Massal di Puskesmas Langsa Baro Tahun 2013." <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/47959>(3-Jul-2015).
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana. 2010. Rencana Nasional Penanggulangan Bencana 2010-2014. BNPB, Jakarta.
- Bech, C. and T. Schmidt (2013). "Reporting Vital Parameters Upon Referral of Patient to the Emergency Department Needs to be Improved." *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*
- Blais, K., J. Hayes, (2012). *Praktek Keperawatan Profesional Konsep dan Perspektif*. Jakarta, EGC.
- Bradt DA, Drummond CM. *Rapid epidemiological assessment of health status in displaced populations--an evolution toward standardized minimum, essential data sets*. *Prehosp Disaster Med.* 2002;17:178-185
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Assessment of health-related needs after tsunami and earthquake—three districts, Aceh Province, Indonesia, July-August 2005*. *MMWR* 2006;4:93-97.
- Cut Husna, M., Urai Hatthakit, PhD, RNb, Aranya Chaowalit, PhD, RNb. (2011). *Do knowledge and clinical experience have specific roles in perceived clinical skills for tsunami care among nurses in Banda Aceh, Indonesia?* *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14, 95 - 102.
- Daily, E. (2009). *Disaster Nursing Competency Development*. In Paper presented at the *Disaster Nursing in Oceania: Key Issues and Challenge Workshop on 22 October 2009* Melbourne, Australia,
- Depoortere, E. and Brown V (2006). *Rapid Assessment of Refugee or Displaced Population*, UNHCR.
- Dinas Kesehatan Kab. Malang (2014). Laporan Angka Kesakitan Dan Kematian Akibat Erupsi Gunung Kelud.
- Dudley, R., K. Johansen, (2000). "Selective Referral To High Volume Hospitals : Estimating Potentially Avoidable Death." *JAMA* **283**: 159-66.
- Finn, R. (2008). *The language of teamwork: reproducing professional divisions in the operating theatre*. *Human Relations*, 61(1), 103-130
- Firth-Cozens, J. (2001). *Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork*. *Quality and Safety in Health Care*, 10, 26-31
- Hassmiller, B. and A. Stanley (2010). *Public Health Nursing and the Disaster Management Cycle*, Elsevier.
- International Council Nursing (ICN), Center of Excellence (COE); *Nursing Emergency Preparedness Education Coalition (NEPEC) : Position Statement*. *Nurses and Disaster Preparedness*. Available at www.icn.ch/psdisasterprep01.htm. Accessed 07 March 2009
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2000). *Disaster Emergency Needs Assessment*. *Disaster Preparedness Training Programme*
- Jevon, P. and B. Ewens (2009). *Pemantauan Pasien Kritis*. Seri Keterampilan Klinis untuk Perawat. Jakarta, Erlangga

- Medical Series. Wilkins; 2004
- Johnson LJ, Travis AR: Trimodal death and the injuries of survivors in Krabi Province, Thailand, post-tsunami. *ANZ J Surg* 2006;5:288–289.
- Jones, M. P. (2008). *"Nursing Expertise : A Look at Theory and LNCC Certification Exam."* *Journal of Legal Nursing Consulting* **18**(2): 12-15.
- Julie Ann Bulson, M., RN, M. Tim Bulson, et al. (2011). *"Nursing Process And Critical Thinking Linked To Disaster Preparedness."* *J Emerg Nurs Vol 37* (ISSUE 5).
- Kemenkes RI (2011). Pedoman Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana.
- Kerr, A. (2009). *"A problem shared? Teamwork, autonomy and error in assisted conception "* *Social Science & Medicine* **69**: 1741–1749
- Khankeh HR, Mohammadi R, Ahmadi F. Health care services at time of natural disasters: a qualitative study. *Iran journal of nursing (IJN)*. 2007; 20(51):85-96
- Kija Chapman, B., BN, RN and A. Paul Arbon, BSc, DipEd, GradDipHealthEd, MEdStudies, PhD (2008). *"Are nurses ready? Disaster preparedness in the acute setting."* *Australasian Emergency Nursing Journal* 11: 135—144
- Korteweg, H., I. Bokhoven, (2010). *"Rapid Health and Need Assessment after Disaster : A Systematic Review."* *BMC Public Health* 10: 295.
- Lipe SK, Beasley S. *Critical Thinking in Nursing: A Cognitive Skills Workbook*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, & Wilkins; 2004
- Magnaye, B., S. L. Munoz, (2011). *"The Role Preparedness And Management Of Nurses During Disaster."* *E-International Scientific Research Journal* III(4).
- Marquis, N. L., & Huston, C. J. (2012). *Leadership Roles and Management Function in Nursing; Seventh Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Martono, S. (2014). "Pengalaman Perawat Dalam Pelayanan Kesehatan Pada Tanggap Darurat Bencana Erupsi Gunung Merapi di Jawa Tengah."
- Melinda Morton, M., MPH and M. J. Lee Levy, MSc (2011). *"Challenges in Disaster Data Collection during "* *Prehospital and Disaster Medicine* Vol. 26(No. 3).
- Morton, M. and L. Levy (2011). *"Challenges In Disaster Data Collection During Recent Disasters."* *Journal Prehospital and Disaster Medicine* Vol. 6 No. 3.
- Notoatmodjo, Soekidjo.2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Pearson, C., & Care, W. (2002). *Meeting the continuing education needs of rural nurse in role transition. Journal of continuing in nursing* 33(4), 174-179.
- Roorda J, van Stiphout WA, Huijsman-Rubingh RR. *Post-disaster health effects: strategies for investigation and data collection. Experiences from the Enschede firework disaster.* *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:982–987.
- Savage, C., & Kub, J. (2009). *Public health and nursing: A natural partnership. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 2843-

2848.

Soebroto, A. C. (2010). Workshop BAPPENAS. Kedudukan Hukum Peraturan/Kebijakan Dibawah Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala BAPPENAS. Jakarta.

Sumiati. (2006). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja kepala ruang rawat inap di rumah sakit dokter Kariadi Semarang*. Semarang: Tesis Pasca Sarjana Undip.

Suryani, A. S. (2014). "Dampak Negatif Abu Vulkanik Terhadap Lingkungan dan Kesehatan." Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi Vol. VI, No. 04/II/P3DI/Februari/2014.

Zarea, K., S. Beiranvand, et al. (2014). *"Disaster Nursing in Iran : Challenges and Opportunities."* Elsevier: 7.