



Kolaborasi profesi/tenaga kesehatan dalam manajemen bencana meliputi fase pra bencana, siaga darurat, dan tanggap darurat

BIMO WICAKSONO¹, WAHYU AGUNG KUNCORO¹, WULAN KUSUMA WARDANI¹

¹ Program Manajemen Bencana, Universitas Indonesia

*Correspondence: wahyuagungkuncoro67@gmail.com

Received Date: 29 Januari, 2024

Accepted Date: 31 Januari, 2024

ABSTRAK

Kolaborasi dan koordinasi multipihak merupakan bagian dari manajemen bencana secara umum. Melalui kolaborasi dan koordinasi pelaksanaan manajemen bencana akan menjadi lebih efektif dan tepat sasaran. Kolaborasi dan koordinasi dapat dikatakan sebagai suatu upaya dalam mengelola sumber daya yang tersedia untuk digunakan dalam siklus manajemen bencana (pra-bencana, saat bencana dan paska bencana). Dalam manajemen bencana kesehatan masyarakat keterlibatan para profesional dan tenaga kesehatan menjadi penting untuk memastikan masyarakat yang berisiko atau terpapar terhadap ancaman bencana memiliki pengetahuan berkaitan dengan faktor-faktor yang dapat mengganggu kesehatan (fisik dan jiwa/mental) atau masyarakat yang terkena dampak bencana dapat menerima pelayanan kesehatan dan meminimalisir bertambahnya korban. Pada konteks kesiapsiagaan menghadapi bencana kolaborasi atau keterlibatan profesi tenaga kesehatan diperlukan pada saat penyusunan rencana kontingensi bencana. Mekanisme koordinasi kluster dapat menjembatani keterlibatan aktor dalam penanganan bencana. Organisasi-organisasi profesi kesehatan dapat dilibatkan atau mengambil bagian dalam mekanisme ini dengan mempertimbangkan keanggotaan dari masing-masing organisasi merupakan sebuah aset atau sumber daya yang mungkin saja diperlukan pada saat terjadi bencana. Memperbanyak relawan-relawan di tingkat komunitas yang telah dilatih berkaitan dengan upaya penanganan darurat terhadap kondisi kesehatan fisik atau jiwa pada akhirnya dapat membantu meringankan tugas para tenaga kesehatan profesi di lokasi yang terkena dampak bencana.

KATA KUNCI: bencana, kolaborasi, manajemen

ABSTRACT

Multi-stakeholder collaboration and coordination are part of disaster management in general. Through collaboration and coordination, the implementation of disaster management will become more effective and targeted. Collaboration and coordination can be said to be an effort to manage the resources available for use in the disaster management cycle (pre-disaster, during a disaster, and post-disaster). In public health disaster management, the involvement of professionals and health workers is important to ensure that people who are at risk or exposed to the threat of disaster have knowledge regarding factors that can disrupt health (physical and mental) or that people affected by disasters can receive health services and minimise the increase in casualties. In the context of disaster preparedness, collaboration or professional involvement of health workers is needed when preparing disaster contingency plans. Cluster coordination mechanisms can bridge actors involvement in disaster management. Health professional organisations can be involved or take part in this mechanism by considering that the membership of each organisation is an asset or resource that may be needed when a disaster occurs. Increasing the number of volunteers at the community level who have been trained regarding emergency response efforts for physical or mental health conditions can ultimately help ease the tasks of professional health workers in locations affected by disasters

KEYWORDS: collaboration; disaster; management

Cite This Article:

Wicaksono, B., Kuncoro, W. A. dan Wardani, W. K. (2024). Kolaborasi profesi/tenaga kesehatan dalam manajemen bencana meliputi fase pra bencana, siaga darurat, dan tanggap darurat. *Journal of Evidence-based Nursing and Public Health*, 1(1), 25-35. <https://doi.org/10.61511/jevnah.v1i1.2024.512>

Copyright: © 2024 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



1. Pendahuluan

Peran tenaga kesehatan menjadi penting dalam penanggulangan bencana, khususnya dalam aspek kesehatan masyarakat. Tenaga kesehatan berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dijelaskan sebagai setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan memiliki peranan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian, dan kewenangan yang secara terus menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, perizinan, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar penyelenggaraan upaya kesehatan memenuhi rasa keadilan dan perikemanusiaan serta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

Klasifikasi tenaga kesehatan menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan menyebutkan bahwa Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam; tenaga medis, termasuk di dalamnya dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis; tenaga psikologi klinis, termasuk di dalamnya psikologi klinis; tenaga keperawatan, termasuk di dalamnya berbagai jenis perawat; tenaga kebidanan, termasuk di dalamnya bidan; tenaga kefarmasian, termasuk di dalamnya apoteker dan tenaga kefarmasian. ;tenaga kesehatan masyarakat, termasuk di dalamnya epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga; tenaga kesehatan lingkungan, termasuk di dalamnya sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan; tenaga gizi, termasuk di dalamnya nutrisisionis dan dietisien; tenaga keterampilan fisik, termasuk di dalamnya fisioterapis, terapis wicara, dan akupunktur; tenaga keteknisian medis, termasuk di dalamnya perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/ optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis; tenaga teknik biomedika, termasuk di dalamnya radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik; fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik; tenaga kesehatan tradisional, termasuk di dalamnya tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan; tenaga kesehatan lain ditetapkan oleh menteri.

Dalam menjalankan perannya pada fase krisis kesehatan, masing-masing tenaga kesehatan harus menjalankan tugas dan tanggung jawab dari petugas kesehatan dalam kebencanaan. Berdasarkan (Sphere Association, 2018) terdapat 5 standar minimum dalam memenuhi peran tenaga kesehatan masyarakat diantaranya pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, obat dan alat-alat kesehatan, *health financing*, dan informasi terkait kesehatan.

Dijelaskan juga dalam Bill & Melinda Gates Foundation dalam (Disease Control Priorities Project, 2007) bahwa kesehatan masyarakat dalam manajemen risiko harus berfokus pada pengurangan tingkat kerentanan pada masyarakat melalui tindakan pencegahan dan mitigasi serta meningkatkan tingkat kesiapsiagaan dalam sektor kesehatan dan komunitas.

Berdasarkan Permenkes Republik Indonesia No.75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan, Pengurangan Risiko Krisis Kesehatan dijelaskan sebagai serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk peningkatan sumber daya kesehatan, pengelolaan ancaman terjadinya Krisis Kesehatan, dan pengurangan kerentanan. Mengintegrasikan dan mempromosikan pendidikan kesehatan masyarakat dalam

pendekatan pengurangan risiko bencana berbasis komunitas dan sekolah dapat meningkatkan perilaku kesehatan individu yang berguna dalam menekan morbiditas dan mortalitas pasca bencana (Pascapurnama *et al.*, 2018). Pengurangan risiko tersebut diperlukan kerja sama antar petugas kesehatan dalam memberikan informasi serta melakukan pendekatan terkait pengurangan risiko bencana kepada komunitas dan sekolah sehingga tujuan awal yaitu meningkatkan perilaku kesehatan dapat terwujud dalam lingkungan komunitas dan sekolah. Sesuai dengan Permenkes Republik Indonesia No.75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan, dijelaskan mengenai situasi pra bencana atau sebelum terjadinya bencana agar dilakukan upaya-upaya pencegahan pada tahap pra krisis kesehatan, salah satunya adalah melakukan kajian risiko krisis kesehatan yang merupakan suatu kegiatan mengkaji/menilai ancaman/bahaya, kerentanan, dan kapasitas untuk mengetahui potensi risiko krisis kesehatan.

Fungsi kajian risiko krisis kesehatan sebagai dasar pemerintah untuk menyusun kebijakan Penanggulangan Krisis Kesehatan untuk mengurangi risiko bencana. Hasil dari analisis risiko krisis kesehatan digunakan untuk menyusun rencana kesiapsiagaan, seperti menyusun rencana kontijensi, jalur evakuasi, relokasi pemukiman, dan sebagainya. Pentingnya pengkajian terhadap risiko krisis kesehatan pada fase sebelum terjadinya bencana dapat memberikan gambaran serta informasi terkait faktor-faktor risiko yang dapat berdampak secara langsung terhadap sektor kesehatan. Kolaborasi diperlukan dalam melakukan kaji risiko krisis kesehatan untuk menghasilkan kajian yang mencakup secara keseluruhan dalam berbagai aspek yang ada dalam aspek kesehatan, sehingga pembuatan kebijakan serta rencana penanggulangan krisis kesehatan dapat mencakup keseluruhan aspek dalam proses pelaksanaannya.

2. Metode

Penelitian ini dapat menggunakan pendekatan kualitatif untuk mengeksplorasi pemahaman luas tentang koordinasi dan kolaborasi multi-pihak dalam manajemen bencana, dengan penekanan khusus pada sektor kesehatan masyarakat. Pada awalnya, penelitian ini dapat mencakup pemeriksaan dokumen seperti rencana darurat bencana dan laporan kejadian krisis kesehatan untuk mengevaluasi tingkat kolaborasi antar profesional kesehatan dalam setiap tahap proses bencana. Pada awalnya, penelitian ini dapat mencakup pemeriksaan dokumen yang berbeda, seperti laporan kejadian krisis kesehatan dan rencana kontinjensi bencana, untuk menilai tingkat kolaborasi profesional kesehatan dalam setiap fase manajemen bencana. Data ini dapat memberikan pemahaman yang berharga tentang seberapa efektif dan apa yang dilakukan oleh profesional kesehatan selama proses desain, pelaksanaan, dan penilaian respons krisis kesehatan.

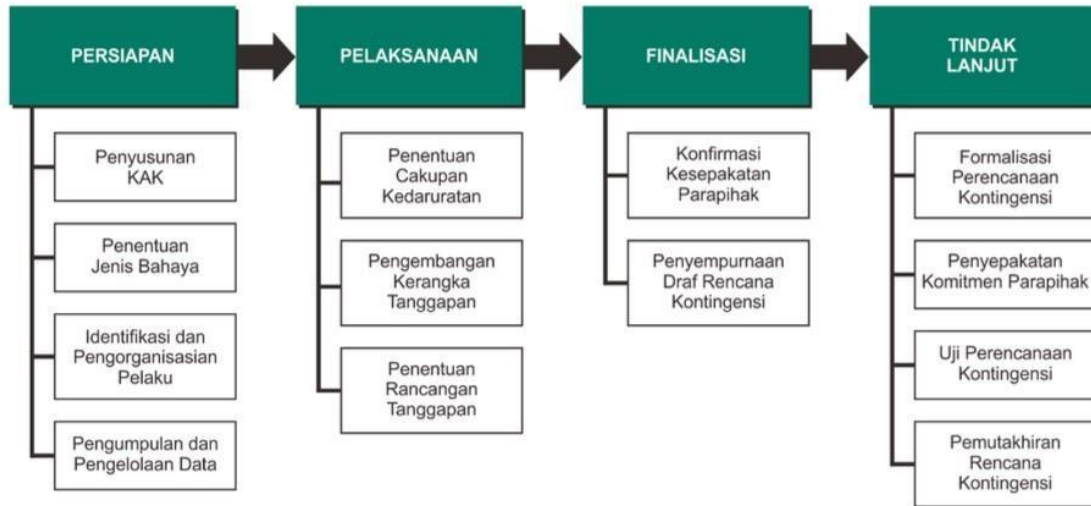
Selain itu, penelitian dapat mencakup melakukan analisis komparatif antara berbagai studi kasus atau proyek kolaborasi dalam manajemen bencana. Kasus-kasus ini dipilih dengan mempertimbangkan berbagai konteks geografis, jenis bencana, dan tingkat kompleksitas, sehingga penelitian dapat menilai berbagai metode kolaboratif yang telah digunakan dalam berbagai situasi. Metodologi ini dapat menawarkan pemahaman tentang komponen yang mempengaruhi keberhasilan kerja tim dalam berbagai situasi, seperti

3. Hasil dan Diskusi

Untuk konteks Indonesia terdapat mekanisme koordinasi kluster dalam memaksimalkan respon bencana. Mekanisme koordinasi ini tidak hanya dilakukan pada saat respon bencana namun juga dilakukan pada saat pra-bencana. Kementerian Kesehatan adalah koordinator sektor untuk mekanisme koordinasi pada kluster kesehatan. Anggota dari kluster kesehatan berisikan organisasi-organisasi internasional, nasional termasuk

badan-badan PBB yang memiliki fokus kerja pada sektor kesehatan baik secara umum maupun khusus misalnya WHO dan UNFPA.

Rencana kesiapsiagaan bencana merupakan salah satu upaya yang masuk dalam fase pra-bencana. Salah satu bentuk kegiatan yang diharapkan dapat meningkatkan kolaborasi para pihak adalah penyusunan rencana kontingensi terhadap suatu ancaman bencana pada suatu daerah.



Gambar 1. Pedoman Perencanaan Kontingensi (BNPB, 2021)

Rencana kontingensi dituliskan dalam bentuk dokumen yang berisikan skenario bencana, dampak bencana terhadap masyarakat dan layanan umum, hingga rencana upaya penanggulangannya. Idealnya upaya kolaborasi dalam melakukan respon bencana sudah dapat dilakukan atau direncanakan sejak awal termasuk kolaborasi dengan tenaga kesehatan. Namun demikian organisasi-organisasi profesi tenaga kesehatan belum banyak terlibat dalam mekanisme koordinasi klaster dan penyusunan dokumen rencana kontingensi bencana.

Masyarakat yang terkategori sebagai kelompok rentan memiliki keterbatasan dalam menggunakan serta mengikuti proses evakuasi yang dilakukan oleh petugas dan memerlukan perhatian lebih. Disabled People's Organisations (DPOs) memiliki peran penting dalam proses evakuasi terhadap masyarakat dengan kelompok rentan khususnya yang berkaitan dengan penyakit. Peningkatan kembali terhadap DPO yang berada pada wilayah terdampak perlu dilakukan khususnya dengan menerapkan prinsip-prinsip dari manajemen bencana atau disaster management dan penerapan rapid needs assessment terhadap masyarakat rentan dalam kasus lombok adalah disabilitas (ASB, 2018). Pada kejadian bencana gempa bumi di Lombok Nusa Tenggara Barat tahun 2018, keikutsertaan DPO yang berada di wilayah Lombok dalam mekanisme kegiatan respon dilakukan untuk memperhatikan kelompok rentan dalam hal ini yaitu disabilitas. Dalam konteks ini 2 organisasi DPO yaitu Woman Disability Organization (HWDI) dan Deaf Organization (GERKATIN) untuk ikut serta dalam rapat koordinasi yang dipimpin langsung oleh kepala BNPB (ASB, 2018). Keikutsertaan organisasi DPO dilakukan untuk meningkatkan kesadaran para pelaku kegiatan respon terhadap keberadaan masyarakat disabilitas. Tidak hanya organisasi internasional, organisasi lokal seperti Muhammadiyah Disaster Management Centre (MDMC) merupakan salah satu organisasi berbasis keagamaan di Indonesia yang juga ikut dalam melakukan respon bencana pada sektor kesehatan pasca gempa bumi di Lombok tahun 2018. Pasca bencana gempa bumi tersebut, MDMC menurunkan personil medisnya seperti dokter, farmasi, perawat dan bidan (Sakban, 2020).

Pada bencana badai Katrina yang terjadi wilayah New Orleans, USA pada tahun 2005, terdapat peristiwa yang berkaitan dengan krisis kesehatan dan berpotensi memberikan dampak yang buruk terhadap korban terdampak dari badai tersebut. Pelaksanaan kegiatan penanggulangan krisis kesehatan dilakukan untuk mengurangi serta memberikan

pelayanan berkaitan dengan kesehatan pada masyarakat yang terdampak badai Katrina. Dalam jurnal (Rodriguez et al., 2006) dijelaskan bahwa masyarakat yang terdampak badai Katrina melakukan pengungsian ke daerah Oklahoma, USA untuk mendapatkan perawatan serta pelayanan kesehatan pasca terjadinya bencana di wilayah New Orleans. Pada proses pelaksanaan tersebut ditemukan dalam jurnal yang sama bahwa pelaksanaan kegiatan penanggulangan krisis kesehatan dilakukan oleh Departemen Kesehatan untuk wilayah Oklahoma dengan melakukan kolaborasi antar divisi untuk mencakup keseluruhan aspek dalam kegiatan penanggulangan krisis kesehatan tersebut (Rodriguez et al., 2006). Kolaborasi sendiri dilakukan dengan melakukan kerja sama diantaranya Epidemic Intelligence Service Center for Disease Control and Prevention, Communicable Disease Division, Office for Scientific Affairs, dan Emergency Medical Services (Rodriguez et al., 2006).

Pada gempa bumi di Nepal 2015, Female Community Health Volunteers (FCHV) berkolaborasi dengan International Non-Government Organization (INGO) dalam mendistribusikan bantuan seperti obat-obatan, makanan, penjernih air, dan sebagainya. Selain mendistribusikan bantuan mereka juga membantu dalam menyediakan data jumlah keluarga yang ada di lingkungan mereka (Fredricks.. et al., 2017).

Kejadian kebakaran sebagian besar disebabkan oleh manusia termasuk pada jaringan distribusi listrik (Burrows, 2019). Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan dalam hal pencegahan kebakaran adalah dengan melakukan kampanye pendidikan kepada masyarakat (Burrows, 2019). Faktor lain yang dapat menyebabkan kebakaran adalah iklim dan cuaca. Variabilitas iklim mengakibatkan peningkatan frekuensi, durasi, dan keparahan kondisi kekeringan dan gelombang panas. Hal ini akan membutuhkan upaya mitigasi, pencegahan, kesiapsiagaan, dan kemampuan respon yang lebih besar (Burrows, 2019). Hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko kebakaran karena faktor iklim dan cuaca adalah dengan cara peningkatan perencanaan dan kesiapsiagaan.

Kesiapsiagaan komunitas dapat dilakukan dengan melakukan mitigasi bahaya di sekitar bangunan dan infrastruktur, standar bangunan yang sesuai untuk lingkungan rawan kebakaran, memiliki rencana tanggap darurat, dan memiliki rencana evakuasi. Kunci terpenting dalam kesiapsiagaan masyarakat adalah adanya dukungan dari pemerintah baik nasional dan pemerintah daerah.

Pada respon bencana kebakaran yang disebabkan oleh cuaca, api hanya dapat dikendalikan ketika bahan bakar habis atau kondisi cuaca mereda. Perlu adanya kebijakan mengenai kebakaran hutan di seluruh negara yang didukung oleh mitigasi risiko regional dan rencana tanggap darurat (Burrows & May, 2019). Perlu adanya kejelasan wewenang dalam pengambilan keputusan, fungsi, dan tanggung jawab dari lembaga yang terlibat. Dalam proses pemadaman kebakaran perlu adanya deteksi dini dan respon cepat dari petugas pemadam kebakaran yang siap dan terlatih (Burrows & May, 2019). Selain itu, orang-orang dengan pengetahuan lokal termasuk relawan lokal harus masuk secara terintegrasi ke dalam struktur manajemen insiden (Burrows & May, 2019).

Dalam upaya pemulihan, pemerintah daerah memainkan peran kunci namun juga harus dibantu oleh sumber daya yang memadai (Burrows & May, 2019). Pemulihan perlu dilakukan sesegera mungkin dengan mengerahkan tim dan kolaborasi dengan berbagai profesi. Pada kejadian kebakaran hutan di Australia atau yang disebut dengan Black Summer Bushfires Australia tahun 2019, kolaborasi antar profesi juga dilakukan oleh apoteker yang bertugas sebagai tenaga kesehatan pada peristiwa bencana tersebut. Apoteker dalam kejadian tersebut banyak memberikan pelayanan kesehatan seperti pemberian triase, serta saran kesehatan tentang masalah kesehatan yang kronis pada saat bencana kebakaran hutan. Pada kasus tersebut apoteker bekerja sama dengan dokter dan juga anggota masyarakat dalam menjalankan tugasnya tersebut (Moss, 2021). Tenaga farmasi pada kejadian kebakaran hutan/lahan di Australia merupakan tenaga kesehatan yang tersedia dan berada di tengah-tengah masyarakat yang terkena dampak.

Apoteker juga ditemukan dapat memberikan kontribusi pada penanggulangan krisis kesehatan khususnya pada ranah kesehatan mental pasca terjadinya bencana, dalam jurnal (Carvalho & Flak, 2009) menjelaskan apoteker memberikan dampak yang positif dalam

proses pelayanan kesehatan mental untuk korban terdampak bencana. Dampak yang diberikan oleh apoteker dalam proses tersebut dengan melakukan kerja sama dengan psikiater diantaranya adalah untuk mengurangi potensi korban terdampak terhadap ketergantungan pada obat-obatan yang berkaitan dengan kesehatan mental (Carvalhana & Flak, 2009).

Kejadian kebakaran hutan di Australia yang terburuk adalah "The Black Saturday" yang terjadi pada tahun 2009. Kebakaran tersebut menyebabkan 450.000 ha hutan dan lahan pertanian terbakar, menewaskan 173 orang dan menghancurkan lebih dari 2.000 rumah dan 3.500 bangunan lainnya (Burrows & May, 2019). Kebakaran hutan tersebut juga menyebabkan trauma bagi masyarakat yang terdampak. Penelitian yang dilakukan oleh (Zhang et al., 2020), tekanan psikologis masyarakat muncul karena beberapa hal yaitu kurangnya pengetahuan terkait pencegahan dan pengendalian terhadap bencana, dan terpapar oleh kejadian bencana serta kematian yang terjadi pada anggota keluarga atau orang sekitar. Peningkatan gangguan kesehatan mental juga dapat terjadi pada kelompok rentan seperti anak-anak dan remaja (Chai et al., 2021); (Guo et al., 2021). Isu gangguan kesehatan mental pada bencana tidak dapat diabaikan. Hal ini karena kesehatan mental merupakan komponen dasar kesehatan sebagaimana kesehatan didefinisikan oleh WHO sebagai keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (World Health Organization, 2022).

Di China, permasalahan kesehatan mental terutama pada kondisi pandemi COVID-19 juga menjadi isu yang penting. Dalam hal penanggulangan kesehatan mental di China, otoritas pusat China telah mempublikasikan pedoman nasional intervensi terkait kesehatan mental yang berfungsi untuk memberikan kebutuhan kesehatan mental yang muncul di masyarakat akibat pandemi COVID-19. Pedoman tersebut memuat ringkasan sistem dukungan kesehatan mental dan peran serta tanggung jawab dari berbagai pemangku kepentingan yaitu pemerintah lokal, profesional kesehatan mental, pekerja sosial, organisasi non-pemerintah dan sukarelawan masyarakat (Ju et al., 2020).

Pada sistem dukungan kesehatan mental di pemerintahan China melibatkan empat departemen yaitu tim ahli kesehatan mental, tim penyelamat psikologis, tim asisten psikologis, dan tim pendampingan psikologis (Ju et al., 2020). Masing-masing tim tersebut memiliki peran dan tanggung jawab masing-masing. Pertama, tim ahli kesehatan memiliki tiga tanggung jawab yaitu menyediakan konsultasi untuk pembuatan kebijakan kepada Mekanisme Pencegahan dan Pengendalian Bersama baik di tingkat nasional atau Provinsi; menawarkan pelatihan dan pengawasan profesional untuk sukarelawan sosial; dan untuk memberikan psikoedukasi. Kedua, tim penyelamat psikologis terdiri dari staf psikiatri dan psikologi serta petugas penghubung. Ketiga, tim asisten psikologis bertanggung jawab untuk memberikan pendidikan kesehatan, intervensi krisis psikologis, layanan psikiatri penghubung-konsultasi untuk petugas kesehatan dan pasien di dalam bangsal. Keempat, tim pendampingan psikologis terdiri dari psikolog dan profesional yang berpengalaman dalam intervensi krisis psikologis; dan memberikan konseling secara online. Tim ini terdiri dari pekerja sosial, organisasi nonpemerintah dan sukarelawan sosial, yang memberikan dukungan psikososial selama epidemi (Ju et al., 2020).

Sedangkan di Indonesia secara umum, pemerintah telah membentuk lembaga dan struktur penting penanggulangan bencana yang mengintegrasikan Mental Health and Psychosocial Support (MHPS) ke dalam kerangka kerja penanggulangan bencana (Trinidad & Castro, 2020). Sistem di Indonesia terdiri dari beberapa klaster yang di dalamnya terdiri dari berbagai Kementerian Pemerintah, Lembaga kemanusiaan, dan LSM lokal (Trinidad & Castro, 2020). Selain itu, sub-klaster di tingkat Nasional dan Provinsi juga telah menampung MHPS dan bekerjasama dengan sub-klaster lainnya.

Setiap stakeholders dalam manajemen bencana di Indonesia memiliki peran dan tanggung jawab masing-masing. Seperti halnya Kementerian Kesehatan bertanggung jawab untuk membantu masyarakat terhadap kesehatan masyarakat. Kementerian Sosial berfokus pada rehabilitasi, dan BNPB berperan dalam merumuskan kebijakan dan mengkoordinir pelaksana kegiatan penanggulangan bencana (Efendi et al., 2022). Pada

kondisi pandemi COVID-19, terdapat layanan sebagai respon pemerintah untuk menjamin pemenuhan hak kesehatan mental masyarakat di masa pandemi yang disebut dengan Layanan Kesehatan Jiwa (SEJIWA) (Kemenpppa, 2021). Layanan Kesehatan Jiwa ini diluncurkan pada 29 April 2020 oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak bersama dengan Kantor Staf Presiden (KSP), Kementerian Kesehatan, Kementerian Komunikasi dan Informatika, Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI), dan PT Telkom. Pada layanan tersebut, masyarakat bisa mendapatkan akses untuk edukasi, konsultasi, dan pendampingan psikologi (Kemenpppa, 2021).

4. Kesimpulan

Kolaborasi dan koordinasi multipihak merupakan bagian dari manajemen bencana secara umum. Melalui kolaborasi dan koordinasi pelaksanaan manajemen bencana akan menjadi lebih efektif dan tepat sasaran. Kolaborasi dan koordinasi dapat dikatakan sebagai suatu upaya dalam mengelola sumber daya yang tersedia untuk digunakan dalam siklus manajemen bencana (pra-bencana, saat bencana dan paska bencana).

Dalam manajemen bencana kesehatan masyarakat keterlibatan para profesional dan tenaga kesehatan menjadi penting untuk memastikan masyarakat yang berisiko atau terpapar terhadap ancaman bencana memiliki pengetahuan berkaitan dengan faktor-faktor yang dapat mengganggu kesehatan (fisik dan jiwa/mental) atau masyarakat yang terkena dampak bencana dapat menerima pelayanan kesehatan dan meminimalisir bertambahnya korban. Pada konteks kesiapsiagaan menghadapi bencana kolaborasi atau keterlibatan profesi tenaga kesehatan diperlukan pada saat penyusunan rencana kontingensi bencana. Mekanisme koordinasi klaster dapat menjembatani keterlibatan aktor dalam penanganan bencana. Organisasi-organisasi profesi kesehatan dapat dilibatkan atau mengambil bagian dalam mekanisme ini dengan mempertimbangkan keanggotaan dari masing-masing organisasi merupakan sebuah aset atau sumber daya yang mungkin saja diperlukan pada saat terjadi bencana. Memperbanyak relawan-relawan di tingkat komunitas yang telah dilatih berkaitan dengan upaya penanganan darurat terhadap kondisi kesehatan fisik atau jiwa pada akhirnya dapat membantu meringankan tugas para tenaga kesehatan profesi di lokasi yang terkena dampak bencana.

Pemberlakuan rencana kolaborasi antara profesi khususnya pada saat peristiwa krisis kesehatan dalam suatu wilayah dapat digunakan sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang dihasilkan dalam kejadian tersebut. Pengkajian lebih lanjut mengenai kolaborasi diperlukan dalam mencari dan menemukan tingkat kolaborasi yang dapat memberikan dampak positif terhadap proses pelayanan kesehatan pada fase darurat krisis kesehatan. Selain itu, proses kolaborasi juga dapat memberikan kontribusi dalam membangun kebijakan serta perencanaan terkait penanggulangan keadaan krisis kesehatan khususnya dalam mencakup keseluruhan aspek dalam keadaan krisis kesehatan pasca bencana. Rencana yang mencakup secara keseluruhan dapat membantu dalam meningkatkan kualitas penanggulangan krisis kesehatan dan pemberian evaluasi terhadap penanggulangan krisis kesehatan di masa yang akan datang.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada tim IASSSF karena telah mendukung penulisan artikel ini.

Kontribusi Penulis

Konseptualisasi, B.W., W.A.K. dan W.K.W.; Metodologi, B.W., dan W.A.K.; Perangkat Lunak, W.K.W.; Validasi, B.W.; Analisis Formal, B.W. dan W.K.W.; Investasi, W.A.K.; Sumber

Daya, B.W., W.A.K. dan W.K.W.; Kurasi Data, B.W.; Penulisan – Persiapan Draf Asli, B.W., W.A.K. dan W.K.W.; Penulisan – Review & Penyuntingan, B.W., W.A.K. dan W.K.W.

Pendanaan

Penelitian ini tidak menerima pendanaan eksternal.

Pernyataan Dewan Kaji Etik

Tinjauan etis dan persetujuan dibebaskan untuk penelitian ini karena tidak ada data pribadi yang dikumpulkan dalam penelitian ini.

Pernyataan Persetujuan Atas Dasar Informasi

Informed consent diperoleh dari semua subjek yang terlibat dalam penelitian.

Pernyataan Ketersediaan Data

Data tersedia berdasarkan permintaan.

Konflik Kepentingan:

Penulis menyatakan tidak ada konflik kepentingan.

Open Access

©2024. Artikel ini dilisensikan di bawah Lisensi Internasional Creative Commons Attribution 4.0, yang mengizinkan penggunaan, berbagi, adaptasi, distribusi, dan reproduksi dalam media atau format apa pun. selama Anda memberikan kredit yang sesuai kepada penulis asli dan sumbernya, berikan tautan ke lisensi Creative Commons, dan tunjukkan jika ada perubahan. Gambar atau materi pihak ketiga lainnya dalam artikel ini termasuk dalam lisensi Creative Commons artikel tersebut, kecuali dinyatakan lain dalam batas kredit materi tersebut. Jika materi tidak termasuk dalam lisensi Creative Commons artikel dan tujuan penggunaan Anda tidak diizinkan oleh peraturan perundang-undangan atau melebihi penggunaan yang diizinkan, Anda harus mendapatkan izin langsung dari pemegang hak cipta. Untuk melihat salinan lisensi ini, kunjungi: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Referensi

- Afolabi, M. O. (2017). *Public Health Disasters: A Global Ethical Framework*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-92765-7>
- ASB. (2018). *Disability inclusion rapid assessment report - Arbeiter Samariter Bund*. <https://www.asbindonesia.org/resources/7-0-lombok-earthquake-rapid-assessment-report-focusing-on-disability-inclusion/>
- BNPB. (2021). *Pedoman Perencanaan Kontingensi Terhadap Bencana*. <https://bnpb.go.id/buku/panduan-perencanaan-kontinjensi-menghadapi-bencana-edisi-2->
- Burrows, N. (2019). Lessons and insights from significant bushfires in Australia and overseas. *Informing the 2018 Queensland Bushfires Review*. <https://www.igem.qld.gov.au/sites/default/files/2019-12/IGEM%20QBR%20BNHCRC%20-%20lessons%20and%20insights.pdf>
- Carvalhana, V., & Flak, E. (2009). Role of the pharmacist on a multidisciplinary psychiatry team: Impact on medication adherence in a community setting. *Journal of Pharmacy Technology*, 25(3), 155-158. <https://doi.org/10.1177/875512250902500302>

- Chai, J., Xu, H., An, N., Zhang, P., Liu, F., He, S., & Hu, N. (2021). *The Prevalence of Mental Problems for Chinese Children and Adolescents During COVID-19 in China : A Systematic Review and*. 9(October). <https://doi.org/10.3389/fped.2021.661796>
- Disease Control Priorities Project. (2007). *Natural Disasters : Coping with the Health Impact* (Issue July). <https://www.eird.org/isdr-biblio/PDF/Natural%20disasters%20coping.pdf>
- Efendi, F., Indarwati, R., Aurizki, G. E., Susanti, I. A., & Fajar Maulana, A. E. (2022). Policymakers' Perspectives on Responding to the Elderly's Mental Health Needs in Post-Disaster Situations. *Journal of public health research*, 11(1), jphr-2021. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2386>
- Guo, K., Zhang, X., Bai, S., Minhat, H. S., Nazan, A. I. N. M., Feng, J., ... & Saliluddin, S. (2021). Assessing social support impact on depression, anxiety, and stress among undergraduate students in Shaanxi province during the COVID-19 pandemic of China. *PLoS One*, 16(7), e0253891. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253891>
<https://www.umsystem.edu/ums/fa/management/records/disaster-guide-disaster>
- IFRC.org. (2022). *What is a disaster? | IFRC*. <https://www.ifrc.org/what-disaster>
- Indonesia. 2007. *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana*. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/39901/uu-no-24-tahun-2007>
- Indonesia. 2014. *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan*. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38770/uu-no-36-tahun-2014>
- Ju, Y., Zhang, Y., Wang, X., Li, W., Ng, R. M., & Li, L. (2020). China's mental health support in response to COVID-19: progression, challenges and reflection. *Globalization and health*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00634-8>
- Kemenpppa. (2021). KEMENTERIAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN PERLINDUNGAN ANAK. <https://www.kemenpppa.go.id/index.php/page/read/29/3178/layanan-sejiwalindungi-kesehatan-mental-masyarakat-di-masa-pandemi-covid-19>
- Menkes RI. 2019. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan*. http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No__75_Th_2019_ttg_Pena_ggulangan_Krisis_Kesehatan.pdf
- Pascapurnama, D. N., Murakami, A., & Chagan-yasutan, H. (2018). International Journal of Disaster Risk Reduction Integrated health education in disaster risk reduction : Lesson learned from disease outbreak following natural disasters in Indonesia. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 29(July 2017), 94–102. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2017.07.013>
- Rodriguez, S. R., Tocco, J. S., Mallonee, S., Smithee, L., Cathey, T., & Bradley, K. (2006). Rapid needs assessment of Hurricane Katrina evacuees—Oklahoma, September 2005. *Prehospital and disaster medicine*, 21(6), 390-395. <https://doi.org/10.1017/S1049023X0000409X>
- Sakban, A., Maemunah, M., & Hafsah, H. (2020). DISASTER MANAGEMENT EDUCATION OF THE EARTHQUAKE BY MUHAMMADIYAH DISASTER MANAGEMENT CENTRE IN WEST NUSA TENGGARA. *Paedagoria: Jurnal Kajian, Penelitian dan Pengembangan Kependidikan*, 11(1), 28-35. <https://doi.org/10.31764/paedagoria.v11i1.1838>
- Sphere Association. (2018). *The Sphere Handbook*. <https://spherestandards.org/handbook-2018/>
- Trinidad, A. C., & Protacio-De Castro, E. (2020). The institutionalization of mental health and psychosocial support in emergencies in Indonesia. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51, 101918. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101918>
- UMS. (2019). *What is a Disaster? | University of Missouri System*.
- UNDRR. (2022). *Disaster | UNDRR*. <https://www.undrr.org/terminology/disaster>
- WHO. (2022). *Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

- Widayatun, W., & Fatoni, Z. (2016). Permasalahan kesehatan dalam kondisi bencana: Peran Petugas kesehatan dan partisipasi Masyarakat. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 8(1), 37-52. <https://doi.org/10.14203/jki.v8i1.21>
- Winslow, C. E. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), 23-33. https://doi.org/10.1253/jcj.43.73_3
- Zhang, W., Wang, K., Zhao, W., & Xue, Q. (2020). *Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China*. 100053(45), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Biografi Penulis

BIMO WICAKSONO, seorang mahasiswa di Program Manajemen Bencana, Universitas Indonesia, Indonesia.

- Email: -
- ORCID: -
- Web of Science ResearcherID: -
- Scopus Author ID: -
- Homepage: -

WAHYU AGUNG KUNCORO, seorang mahasiswa di Program Manajemen Bencana, Universitas Indonesia, Indonesia.

- Email: wahyuagungkuncoro67@gmail.com
- ORCID: -
- Web of Science ResearcherID: -
- Scopus Author ID: -
- Homepage: -

WULAN KUSUMA WARDANI, seorang mahasiswa di Program Manajemen Bencana, Universitas Indonesia, Indonesia.

- Email: -
- ORCID: -
- Web of Science ResearcherID: -
- Scopus Author ID: -
- Homepage: -