

**PERAN PUBLIC SAFETY CENTER (PSC) KOTA MAKASSAR  
DALAM PENANGGULANGAN KEGAWAT DARURATAN  
SEHARI-HARI**

*ROLE OF THE PUBLIC SAFETY CENTER (PSC) OF  
MAKASSAR IN THE MANAGEMENT AND DAY-TO-DAY  
EMERGENCY*

**INDRAWATI**



**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2012**

**PERAN PUBLIK SAFETY CENTER (PSC) KOTA MAKASSAR  
DALAM PENANGGULANGAN KEGAWAT DARURATAN  
SEHARI-HARI**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi Biomedik  
Konsentrasi Emergency dan Manajemen Disaster

Disusun dan diajukan oleh

INDRAWATI

Kepada

**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2012**

## TESIS

### PERAN PUBLIK SAFETY CENTER (PSC) KOTA MAKASSAR DALAM PENANGGULANGAN KEGAWAT DARURATAN SEHARI-HARI

Disusun dan diajukan oleh

INDRAWATI

Nomor Pokok P 1508201016

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

pada tanggal 6 Agustus 2012

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,

---

dr. Cahyono Kaelan, Sp.PA, SP.S, Ph.D

Ketua

Ketua Program Studi Biomedik

---

dr. Syafruddin Gaus, Ph.D, Sp.An-KMN

Anggota

Direktur Program Pascasarjana  
Universitas Hasanuddin

---

Prof. dr. Rosdiana Natsir, Ph.D

---

Prof. Dr. Ir. M. Natsir Nessa, M.S.

## **PERNYATAAN KEASLIAN TESIS**

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Indrawati  
Nomor Mahasiswa : P1508201016  
Program Studi : Biomedik  
Konsentrasi : Emergency dan Disaster Manajemen

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 6 Agustus 2012

Yang Menyatakan

Indrawati

## PRAKATA



Dengan senantiasa memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, karena atas Rahmat & Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Dalam menyusun tesis ini, penulis menyadari akan adanya keterbatasan manusia sehingga tidak tertutup kemungkinan tesis ini mempunyai kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Demi kesempurnaan tesis ini penulis sangat mengharapkan saran dan kritik dari semua pihak yang sifatnya membangun.

Ucapan Terima Kasih Kepada semua pihak yang telah ikhlas memberikan dorongan, petunjuk, saran dan lainnya sehingga dapat menyelesaikan penulisan tesis ini. Terkhusus kepada Ayahanda dan Ibunda tercinta yang tiada henti – hentinya memberikan doa dan motivasinya dengan tulus demi kesuksesanku, buat suami juga anakku tercinta "Ahmad Zuhair Fauzan Sirajuddin" yang telah menjadi inspirasi buatku agar tesis ini segera terselesaikan.

Banyak kendala yang dihadapi oleh penulis dalam rangka penelitian sampai pada penyusunan tesis ini, yang hanya berkat bantuan berbagai pihak, maka tesis ini dapat terselesaikan pada waktunya. Akhirnya pada kesempatan ini penulis juga ingin menyampaikan rasa terima kasih dengan penghargaan sebanyak-banyaknya kepada Bapak dr. Cahyono Kelan, Ph.D, Sp.PA selaku ketua Penasehat dan Bapak dr, Syafruddin Gaus, Ph.D.Sp.An.KMN yang dengan antusiasme yang tinggi,

masih menyempatkan waktu untuk memberikan bantuan serta bimbingan mulai dari penentuan judul sampai tesis ini selesai.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada Bapak Dr.dr. Armyn Nurdin, M.Sc, Bapak DR.dr. Nurdin Perdana, SKM dan Bapak Dr.dr. Ilhamjaya Patellongi, M. Kes, selaku Anggota Komisi Penasehat sekaligus sebagai penguji yang telah banyak memberikan masukan untuk kesempurnaan tesis ini. Kepada para dosen dan staf Program Studi Emergency dan Disaster Management Pascasarjana Universitas Hasanuddin, rekan-rekan sekalian Pak pirno, kak lela, fika, kak erna, pak is, sidar, serta rekan seangkatan yang tak dapat penulis sebutkan satu per satu, semoga jalinan silaturahmi kita juga rasa kebersamaan dan persaudaraan kita dalam melewati berbagai macam cobaan selama menjalani proses perkuliahan di emergensi disaster tetap utuh selamanya.

Makassar, Agustus 2012

Indrawati

## **ABSTRAK**

INDRAWATI. Peran Publik Safety Center (PSC) Kota Makassar Dalam Penanggulangan Kegawatdaruratan Sehari-hari. (dibimbing oleh Cahyono Kaelan dan Syafruddin Gaus)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perencanaan, pengorganisasian, implementasi dan pengawasan kegiatan Publik Safety Center (PSC) Kota Makassar dalam penanggulangan kegawatdaruratan sehari-hari.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif (retrospektif-naratif). Informan yang diambil adalah petugas PSC. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara dan dokumentasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Perencanaan sebagai salah satu tahapan yang paling utama pada fungsi manajemen yang menjamin kelancaran kerja dari sebuah organisasi juga dijadikan dasar dalam pelaksanaan kegiatan dalam lingkup kerja psc, Keseluruhan proses pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas-tugas serta wewenang dan tanggung jawab dalam lingkup PSC sendiri berjalan secara fungsional dimana PSC hanya bertindak sebagai coordinator bagi organisasi yang terhimpun di dalamnya dan mempunyai wewenang untuk memberikan komando sesuai dengan batasan fungsi komandonya, Implementasi yang merupakan proses pembinaan kepada anggota agar bersedia bekerja sesuai rencana yang ditetapkan sebelumnya untuk mencapai tujuan, meliputi memberikan pengarahan tentang tugas kelompok kerja memberikan motivasi dan keterlibatan pelaksana kegiatan dalam kegiatan sudah dijalankan sesuai dengan aturan yang berlaku di psc, Pengawasan pelaksanaan kegiatan PSC pada umumnya belum bisa dikatakan berjalan sangat baik dikarenakan pencatatan laporan kejadian yang masih belum terdokumentasi dengan baik, Kendala/ hambatan yang dialami oleh PSC secara internal adalah kurangnya SDM yang dapat digunakan sewaktu-waktu jika ada kejadian di lapangan sehingga kadang mempengaruhi kerja PSC di lapangan.

Kata Kunci : Peran, PSC, gawatdarurat.

## **ABSTRACT**

INDRAWATI. Role of the Public Safety Center (PSC) of Makassar in the Management & Day-to-day Emergency (guided by Cahyono Kaelan and Syafruddin Gaus)

This study aims to determine the planning, organizing, implementation and supervision of activities of the Public Safety Center (PSC) of Makassar in the response to everyday emergencies.

This study is a descriptive study with qualitative approach (retrospective-narrative). Informants were drawn PSC officers. The data was collected through observation, interview and documentation.

The results showed that the Plan as one of the most important stages in the management functions that ensure the smooth working of an organization as well as basis for the implementation of activities within the scope of work psc, The whole process of grouping people, tools, tasks and authority and responsibilities within the scope of the PSC itself runs in which the PSC is only functionally acting as a coordinator for the organization that collected in it and mempunyai authority to command in accordance with the limits command function, which is the process of implementation guidance to members to be willing to work within pre-established plan to achieve purposes, including providing guidance on the working group the task of providing motivation and involvement in implementing the activities already carried out activities in accordance with the rules applicable in the psc, monitoring the implementation of PSC activities in general can not be said to be running very well due to the recording of incident reports are still not well documented, obstacles / barriers experienced by the PSC is the lack of human resources internally that can be used at any time if there are events on the ground so that sometimes affects the work of the PSC in the field.

Key words: Roles, PSC, The emergency department.

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PENGAJUAN TESIS</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN</b> .....	iv
<b>PRAKATA</b> .....	v
<b>ABSTRAK</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	10
C. Tujuan Penelitian .....	11
D. Kegunaan Penelitian .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Tentang Kegawatdaruratan .....	13
B. Tinjauan Tentang Public Safety Center (PSC) .....	39
C. Kerangka Konsep Penelitian .....	65
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Pendekatan dan Jenis Penelitian .....	66

B. Pengelolaan Peran sebagai Peneliti.....	67
C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	68
D. Teknik Pengambilan Informan.....	69
E. Teknik Pengumpulan Data .....	70
F. Teknik Analisis Data .....	72
G. Pengecekan Validitas Temuan.....	73
H. Tahap – Tahap Penelitian .....	75
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	77
B. Hasil Penelitian .....	85
C. Pembahasan .....	104
D. Keterbatasan Penelitian .....	111
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan.....	112
B. Saran .....	114
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

## DAFTAR GAMBAR

<b>Nomor</b>		<b>Halaman</b>
2.1	Siklus Penanggulangan Bencana	28
2.2	Diagrammatic representation of definitions	33
2.3	Kerangka Konsep Penelitian	65
4.1	Lokasi PSC	78
4.2	Struktur organisasi PSC	79

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Permohonan Untuk Menjadi Responden
2. Lembar Persetujuan Responden
3. Daftar Pertanyaan Pengarah
4. Lembar verbatim/ transkrip wawancara

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Indonesia merupakan suatu Negara yang terletak dalam pertemuan 3 lempeng dunia, selain itu Indonesia juga berada dalam rangkaian ring of fire dengan 80 gunung berapi aktif yang berbahaya mulai dari aceh hingga ke Maluku.

Dalam dua decade terakhir, indonesia telah mengalami proses transisi epidemiologi, perubahan sosio demografi, urbanisasi, motorisasi, industrialisasi, terorisme serta perubahan tata nilai sosiokultural.

Disamping itu Indonesia dengan keadaan geografis dan kondisi sosialnya berpotensi rawan bencana, baik yang disebabkan oleh kejadian alam ( natural disaster ), seperti gempa bumi, tsunami, tanah longsor, letusan gunung berapi, kebakaran hutan, banjir, angin puting beliung dan kekeringan, maupun yang disebabkan oleh ulah manusia ( man made disaster ) dalam pengelolaan sumber daya dan lingkungan (contohnya kebakaran hutan, pencemaran lingkungan, kecelakaan transportasi, kecelakaan industri, dan tindakan teror bom) serta konflik antar kelompok masyarakat yang disebabkan karena adanya perubahan ketata negaraan dari sentralisasi menuju desentralisasi dengan segala eksesnya serta keadaan majemuk dari budaya – adat istiadat, dan tingkat social ekonomi.

Sehat adalah hak asasi setiap orang yang menjadi tanggung jawab pemerintah, swasta dan masyarakat. Kondisi sehat ini bisa tidak terwujud bila terjadi kegawatdaruratan baik dalam kondisi sehari-hari maupun bencana.

Kegawatdaruratan itu sendiri adalah suatu keadaan dimana seseorang berada dalam kondisi ancaman kematian yang memerlukan pertolongan segera guna menghindari kecacatan dan kematian (Pusponegoro AD, 2011).

Ancaman terhadap keselamatan dan kesehatan masyarakat telah bergeser sebagaimana bergesernya epidemiologi penyakit secara umum. Walaupun kejadian penyakit menular semakin menurun tetapi belum dapat dituntaskan, namun ancaman akan kecelakaan semakin meningkat. Orang pada awalnya sehat wal afiat tiba – tiba bisa menjadi cacat tetap dan menderita penyakit akibat kecelakaan maupun berubahnya status kesehatan seseorang. Keterbatasan lahan menyebabkan hunian manusia merambah ke tempat yang dapat membahayakan keselamatan semakin besar.

Kasus rumah diperbukitan yang rawan tanah longsor telah menunjukkan bagaimana bangunan yang seharusnya menjadi tempat berlindung yang aman dan tenteram telah menjadi pusat bencana bagi keluarga dan tetangganya. Sarana transportasi yang semakin maju memberikan kemungkinan paparan terhadap kecelakaan lalu lintas yang

dapat melibatkan perorangan maupun kelompok pengguna jalan yang berakibat korban tunggal maupun korban banyak.

Krisis multi-dimensional berkepanjangan yang berakibat pada tragedy kemanusiaan, peristiwa aceh, ambon, poso, sampit, tragedy trisakti, semanggi, bom bali dan hotel J.W. marriot, kebakaran petro widada, tak dapat dibiarkan berlalu begitu saja. Selain itu, jika sebelumnya penyakit infeksi merupakan penyebab kematian utama, tetapi sekarang Jantung Koroner, Stroke, Penyakit Degeneratif atau Kanker serta Kecelakaan dan Kecelakaan Lalu Lintas (KLL) sudah merupakan penyebab kematian utama di daerah perkotaan. Artinya Gawat Darurat sehari-haripun juga kian merupakan masalah dimana-mana. Perlu penanggulangan secara terpadu, terarah dan tersistem yang melibatkan seluruh komponen bangsa.

Bagaimanapun, adalah tidak mungkin kita dapat menanggulangi bencana dan korban missal dengan baik bila penanggulangan gawat darurat sehari-hari kita tidak memenuhi standar dunia. Artinya, meminjam kata-kata dari Dr. James Styner yang menggagas ATLS (Advanced Trauma Life Support) setelah gagal menyelamatkan sejumlah anggota keluarganya ketika ia mengalami kecelakaan pesawat terbang pribadinya. *“There is something wrong with our system, and the system must be changed”* (Pusponegoro AD, 2011).

Angka kejadian kegawatdaruratan sehari-hari ini dapat terlihat jelas antara lain dalam contoh kejadian kecelakaan lalulintas di Indonesia yang

diambil dari data polri , tahun 2008 total korban kecelakaan lalu lintas berjumlah 59.164 dengan angka kematian 20.188 orang, luka berat 23.440 orang dan luka ringan 55.722 orang, sementara tahun 2009 angka korban kecelakaan lalu lintas berjumlah 62.960 dengan angka kematian 19.979 orang, luka berat 23.469 orang dan luka ringan 62.936 orang kemudian tahun 2010 periode januari-agustus tercatat angka kejadian kecelakaan lalu lintas berjumlah 36.345 dengan angka kematian 10.843 orang, luka berat 13.825 orang dan luka ringan 35.096 (*Sumber Data: Dit Lantas Mabes Polri @ kebijakan kemenkes SPGDT*)

Kota Makassar sebagai ibukota Provinsi Sulawesi Selatan juga berpotensi terhadap tingginya angka kejadian kegawat daruratan, data yang diperoleh dari Polda Sulawesi Selatan tentang jumlah korban kecelakaan lalu lintas adalah pada tahun 2005 jumlah kejadian kecelakaan lalu lintas sebanyak 1.021, dengan angka kematian 829 orang, luka berat 425 orang dan luka ringan 425 orang, sementara tahun 2006 jumlah kejadian kecelakaan lalu lintas sebanyak 1.279 orang, dengan angka kematian 884 orang, luka berat 572 orang dan luka ringan 731 orang, kemudian tahun 2007 jumlah kejadian kecelakaan lalu lintas sebanyak 1.606 dengan angka kematian 1.022 orang, luka berat 542 orang dan luka ringan 1.096 orang (*Sumber: Dit Lantas Polda Sul-Sel @ Road Safety Impact Assessment*)

Ini tentunya menjadi perhatian kita mengingat jumlah korban kecelakaan tersebut lebih besar dari angka kematian pada saat bencana,

sebut saja angka kematian pada korban bencana gempa di Jogjakarta pada tahun 2006 dimana korban meninggal sejumlah 5.778 orang, sehingga kejadian kegawatdaruratan sehari-hari ini dapat disebut sebagai *silent disaster*.

Untuk mencegah terjadinya akibat dari bencana, khususnya untuk mengurangi dan menyelamatkan korban, diperlukan suatu cara penanganan yang jelas (efektif, efisien dan terstruktur) untuk mengatur segala sesuatu yang berkaitan dengan kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana dalam bentuk penanggulangan kasus kegawatdaruratan sehari – hari.

Dalam keadaan kegawatdaruratan sehari-hari maupun bencana, penanganan pasien gawat melibatkan pelayanan pra RS, di RS maupun antar RS yang memerlukan penanganan terpadu dan pengaturan dalam sistem. Untuk itu seluruh jajaran kesehatan perlu mengetahui tujuan dan langkah-langkah kegiatan kesehatan yang perlu ditempuh dalam upaya kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana secara menyeluruh karena penanganan keadaan gawat darurat akan lebih efisien dan efektif bila ditangani secara cepat dan tepat.

Cepat mendapat pertolongan akan lebih banyak memberikan peluang untuk menyelamatkan dan ketepatan pertolongan akan mendapatkan hasil yang lebih baik. Keadaan gawat/ *emergency* harus merupakan tindakan yang terpadu karena menyangkut keterkaitan berbagai pihak, sektor, dan disiplin ilmu.

Untuk Penanganan kegawatdaruratan yang disebabkan oleh bencana secara nasional di Indonesia sudah terbentuk Badan Khusus yang menanganinya yaitu Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), yang di tingkat daerah diwujudkan dalam Badan Penanggulangan Bencana Daerah pada tingkat Provinsi dan Kabupaten/ Kota sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana, sementara untuk penanganan kegawatdaruratan yang bersifat sehari-hari dengan jumlah yang juga besar belum ada keseragaman institusi yang menanganinya.

Upaya pemberian pertolongan dan penanganan keadaan gawat darurat juga dituangkan dalam Kepmenkes No.783/Menkes/SK/X/2006, tentang Pembentukan Pusat Bantuan Penanggulangan Krisis Regional, Kepmenkes No.876/Menkes/SK/XI/2006, tentang Kebijakan dan Strategi Penanganan Krisis dan Masalah Kesehatan Lain, Kepmenkes No. 145/Menkes/SK/II/2007, tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan, dan Kepmenkes No. 679/Menkes/SK/VI/2007, tentang Organisasi Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Regional.

Untuk menindak lanjuti hal tersebut, pada acara Hari Kesehatan Nasional yang ke-36 tanggal 15 November 2000 di Makassar telah dicanangkan Deklarasi Makassar 2000 yang melandasi implementasi **Safe Community** di Indonesia.

Safe Community adalah Keadaan sehat dan aman yang tercipta dari, oleh dan untuk masyarakat. Hakekat safe community adalah suatu

upaya oleh masyarakat, dari masyarakat dan untuk masyarakat didorong oleh pemerintah sebagai fasilitator menuju terciptanya kondisi sehat dan aman sebagai perwujudan hak azasi manusia tersebut.

Berdasarkan hal tersebut maka pada tahun 2001, ditentukan 4 provinsi sebagai proyek panduan pengembangan safe community, yaitu DKI Jakarta, Sulawesi Selatan, Sumatera Utara dan D I Yogyakarta disusun suatu Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), baik dalam keadaan sehari-hari (SPGDT-S) maupun dalam keadaan bencana (SPGDT-B). Suatu sistem atau tatanan yang akan menghasilkan suatu keluaran dan dampak yaitu penanggulangan gawat darurat secara terpadu. Keadaan gawat diartikan sebagai sesuatu yang sangat segera memerlukan tindakan (akut) yang apabila tidak, akan berakibat jatuhnya korban berupa kematian atau cacat dan kerusakan-kerusakan lainnya. Sedangkan darurat adalah keadaan untuk menanggulangi kegawatan tersebut berupa berbagai cara dan prosedur khusus yang berbeda dengan keadaan sehari-hari.

Secara teknis pengaplikasian konsep tersebut diwujudkan dalam Pos Gawat Darurat Terpadu atau yang kita kenal dengan Pusat Pelayanan Masyarakat Terpadu (PPMT) / Public Safety Center (PSC) yang merupakan koordinasi lintas program dan lintas sector dalam lingkup pelayanan pra rumah sakit yang minimal terdiri dari 3 unsur pokok yaitu keamanan, kesehatan dan keselamatan.

Public Safety Center adalah Pusat pelayanan yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal-hal yang berhubungan dengan kegawatdaruratan, termasuk pelayanan medis yang dapat dihubungi dalam waktu singkat dimanapun berada. PSC merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan, yang bertujuan untuk mendapatkan respons cepat (quick response) terutama pelayanan pra RS saat terjadi kondisi emergensi dan bencana.

Sebagai organisasi yang dibentuk oleh masyarakat, PSC menjadi kontrol atau koordinator dari berbagai unsur pemadam kebakaran, unsure kepolisian, unsure rescue seperti SAR dari berbagai universitas, unsure kesehatan dokter dan perawat dari berbagai rumah sakit khususnya Rumah Sakit Dr.Wahidin Sudirohusodo, hingga Tim Bantuan Medis (TBM) Unhas dan UMI serta Siaga Ners Unhas.

Untuk mengetahui pelaksanaan kegiatan yang dilakukan oleh PSC di lapangan, diperlukan adanya evaluasi terhadap kegiatan PSC. Penelitian ini perlu dilakukan mengingat banyaknya peranan PSC dalam menanggulangi kondisi emergensi dan bencana, juga untuk mengetahui bagaimana proses kerja dari organisasi PSC pada saat memberikan pertolongan di lapangan.

Informasi yang penulis peroleh sebagai data awal melalui wawancara singkat dengan anggota PSC saat melakukan kunjungan ke kantor PSC menunjukkan bahwa dengan bekal sumberdaya manusia yang didukung oleh 50 personel tetap dan memiliki skill terlatih, 500

bankompol, tenaga medis dokter dan perawat juga dari kalangan awam untuk dilatih serta perlengkapan yang dimiliki, sejak awal terbentuknya sampai dengan tahun 2011 PSC telah turut membantu masyarakat pada banyak kejadian, seperti : evakuasi masyarakat korban banjir di Makassar, bencana Adam Air, longsor di Marowali dan Enrekang, Manokwari, gempa padang, banjir bandang Palopo tahun 2008 juga banjir Danau Tempe serta kegiatan emergency lainnya ( fajar news; 2010 )

Peranan PSC dalam membantu menangani kejadian bencana dan emergency tidak luput dari manajemen organisasi yang dimiliki termasuk didalamnya adalah bagaimana organisasi membuat dan melaksanakan tahapan: perencanaan, pengorganisasian, implementasi dan pengawasan.

Berdasarkan pendapat ahli G.R. Terry (dalam A. mattingaragau, 2010) bahwa manajemen merupakan suatu proses yang khas yang terdiri dari tindakan-tindakan perencanaan, pengorganisasian, menggerakkan dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran-sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber – sumber lainnya

Juga menurut penelitian terdahulu (Eddie R, 2010; Harlen S, 2008; Poerwani SK dkk, 2005) dapat diketahui beragamnya kinerja organisasi, namun yang paling mendasar dari organisasi, adalah pelaksanaan dari seni merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan, mengkoordinasikan serta memiliki sumber daya yang tidak hanya orang-

orang tetapi juga sumber daya uang (financial resources). Dengan demikian efektifitas kegiatan PSC dalam memberikan penanganan bencana secara cepat dan tepat ditentukan oleh perencanaan kegiatan, pengorganisasian, pengarahan (komunikasi), pengawasan (kerjasama tim) dan adanya sumber daya.

Perkembangan selanjutnya menunjukkan bahwa penelitian tentang PSC belum pernah ditemukan oleh penulis, akan tetapi dengan membaca dan mendengar informasi mengenai begitu banyaknya peranan dan kepiawaian PSC Makassar dalam menangani setiap kejadian emergency dan disaster sehingga menarik perhatian penulis untuk berusaha membuat penelitian dengan judul “Peran Public Safety Center (PSC) Kota Makassar Dalam Penanggulangan Kegawatdaruratan Sehari-hari”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka yang menjadi pertanyaan penelitian ini adalah, sebagai berikut :

1. Bagaimana perencanaan program kegiatan PSC?
2. Bagaimana bentuk pengorganisasian PSC : system komando dan system Budget/ Anggaran?
3. Bagaimana pelaksanaan ( implementasi ) dari kegiatan PSC?
4. Bagaimana dokumentasi kegiatan PSC?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **Tujuan Umum :**

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai peran Public Safety Center ( PSC ) Kota Makassar dalam penanggulangan masalah kegawatdaruratan sehari - hari

#### **Tujuan Khusus :**

1. Mengetahui perencanaan program kegiatan yang dilakukan oleh PSC
2. Mengetahui pengorganisasian PSC : system komando dan system Budget/ Anggaran
3. Mengetahui implementasi dari petugas PSC
4. Mengetahui pengawasan dari kegiatan PSC : dokumentasi kegiatan

### **D. Kegunaan Penelitian**

#### **1. Instansi Terkait**

Hasil penelitian diharapkan dapat dipergunakan sebagai informasi semua pihak terkait, khususnya bagi petugas PSC Makassar.

#### **2. Masyarakat**

Memberikan informasi pada masyarakat tentang peranan PSC sehingga memudahkan bagi masyarakat dalam meminta pertolongan ketika mengalami masalah kesehatan terutama dalam penanganan kasus kegawat daruratan sehari – hari dan bencana

### 3. Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk pengembangan khasanah ilmu pengetahuan dan bahan informasi bagi peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian lanjutan tentang Publik Safety Center ( PSC ).

### 4. Penulis

- a. Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam menyusun dan menulis tentang peranan petugas PSC dalam menangani masalah kegawat-daruratan sehari – hari dan bencana di lapangan.
- b. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada program Studi Emergency And Disaster Manajemen.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Kegawatdaruratan**

##### **1. Pengertian Kegawatdaruratan**

Gawat artinya mengancam nyawa, sedangkan Darurat adalah perlu mendapatkan penanganan atau tindakan dengan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban. Sebenarnya dalam tubuh kita terdapat berbagai organ dan semua itu terbentuk dari sel-sel, sel tersebut akan tetap hidup bila pasokan oksigen tidak terhenti, dan kematian tubuh itu akan timbul jika sel tidak bisa mendapatkan pasokan oksigen.

Kegawatdaruratan itu sendiri adalah suatu keadaan dimana seseorang berada dalam kondisi ancaman kematian yang memerlukan pertolongan segera guna menghindari kecacatan dan kematian (Pusponegoro AD, 2011).

Kegawat-daruratan juga diartikan sebagai suatu keadaan kritis-akut yang mengancam nyawa dan mengakibatkan kecacatan, yang dapat menimpa seseorang atau kelompok masyarakat, yang dapat terjadi dimana saja, kapan saja dalam skala yang dapat diatasi setempat.

Supaya setiap kota, propinsi dapat menanggulangi gawatdarurat sehari-hari maupun bencana dan korban massal sendiri

tanpa menunggu tim dari pusat (yang selalu terlambat) maka diperlukan safe community. Dengan demikian dapat dijamin, semua manusia Indonesia akan mendapat penanggulangan medic yang optimum apapun yang terjadi.

## **2. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Secara Terpadu (SPGDT)**

System penanggulangan Gawat Darurat Secara Terpadu (SPGDT) adalah suatu penanggulangan gawat darurat yang melibatkan lintas sector terkait untuk menjamin kecepatan, kecermatan dan ketepatan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan. SPGDT-S merupakan komponen esensial baik pra-Rumah Sakit dengan Basic Life Support dan Rumah Sakit ( rujukan lainnya ) dengan Advance Life Support (ALS).

Tujuan dari SPGDT adalah tercapainya suatu pelayanan kesehatan yang optimal, terarah dan terpadu bagi setiap anggota masyarakat yang berada dalam keadaan gawat darurat. Upaya pelayanan kesehatan pada penderita gawat darurat pada dasarnya mencakup suatu rangkaian kegiatan yang harus dikembangkan sedemikian rupa sehingga mampu mencegah kematian atau cacat yang mungkin terjadi. Cakupan pelayanan kesehatan yang perlu dikembangkan meliputi :

- a. Penanggulangan penderita di tempat kejadian

- b. Transportasi penderita gawat darurat dan tempat kejadian ke sarana kesehatan yang lebih memadai
- c. Upaya penyediaan sarana komunikasi untuk menunjang kegiatan penanggulangan penderita gawat darurat
- d. Upaya rujukan ilmu pengetahuan pasien dan tenaga ahli
- e. Upaya penanggulangan penderita gawat darurat di tempat rujukan (unit gawat darurat dan ICU)
- f. Upaya pembiayaan penderita gawat darurat

SPGDT dilandasi dengan pengelolaan waktu (Time management) yang merupakan implementasi dari “time saving is a life and limb saving”, mengandung unsure kecepatan atau quick response dan ketepatan berupa pertolongan pertama ditempat kejadian oleh awam dan awam khusus yang terlatih dan oleh tenaga kesehatan professional kegawatdaruratan ambulans dan dokter sebagai ujung tombak, dan bila perlu rujukan ke rumah sakit. BLS disebut juga Pertolongan Penderita Gawat Darurat (PPGD) Dasar sedangkan ALS adalah Pertolongan Penderita Gawat Darurat Spesialistik di tempat rujukan.

Bila terjadi bencana maka SGDT-S di eskalasi menjadi SPGDT-B dibawah koordinasi Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan Bencana dan Pengungsi (BAKORNAS PB-P) dibawah wakil presiden, Satkorlak PB-P dibawah Gubernur dan Satlak PB-P dibawah Bupati/ walikota.

Unsure kecepatan yang ditunjang oleh “system komunikasi dan transportasi yang handal” sejak ditempat kejadian menuju sarana rujukan untuk mendapatkan pertolongan spesialistik sesuai kebutuhan. Unsure ketepatan dalam pertolongan Penderita Gawat Darurat (PPGD) meliputi : Basic Life Support (BLS) dan Advance Life Support (ALS) sesuai dengan permasalahan yang dihadapi. Dengan demikian SPGDT terdiri dari 2 unsur penting, yaitu :

- a. Pra Rumah Sakit ditempat kejadian berupa pertolongan pertama penderita gawat darurat

Unsure Pra Rumah Sakit seyogianya meliputi unsure :

- 1) Kesehatan
- 2) Rescue dan
- 3) Keamanan untuk menjamin kecepatan dan ketepatan tindakan pertolongan sebelum dirujuk ke sarana rujukan yang memadai bila diperlukan.

- b. Di Rumah Sakit sebagai sarana rujukannya bila membutuhkan pelayanan spesialistik.

Pelayanan medic adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan yang terdiri dari :

- a. Pelayanan kesehatan masyarakat (sebagai unsure makro) yang berorientasi pada masyarakat secara keseluruhan
- b. Pelayanan perorangan (sebagai unsure mikro)

Pelayanan medic merupakan pelayanan perorangan yang menekankan presisi pelayanan yang mendukung mutu pelayanan. Kontribusi pelayanan mikro dalam pelayanan makro akan menjamin kesamarataan disatu sisi dan mutu disisi lain.

Aspek manajemen akan mendorong sinergi mikro dan makro dalam menciptakan kesamarataan (equity), efisiensi dan mutu serta kesinambungan pelayanan kesehatan.

Pelayanan medic dalam penanggulangan kegawat-daruratan dan bencana tidak semata-mata di rumah sakit, tetapi juga meliputi :

- a. Pelayanan medic pra rumah sakit ditempat kejadian (oleh orang awam/ awam khusus)
- b. Sarana pelayanan oleh tenaga kesehatan (di ambulans, puskesmas dan sarana medic dasar lainnya).

PPGD meliputi multi aspek kegawat-daruratan (trauma, persalinan, neonates, keracunan, penyakit akut infeksi dan penyakit degenerative seperti serangan jantung, stroke). Melalui PPGD dan PPGS maka prinsip time saving is life and limb saving dapat diwujudkan.

SPGDT mempunyai beberapa komponen/ fase :

- a. Komponen Fase Deteksi

Pada fase deteksi ini terdiri dari :

- 1) Dimana sering terjadi kecelakaan lalulintas.
- 2) Buruknya kualitas helm, sepeda motor yang dipakai

- 3) Jarangnya orang memakai “safety belt”
- 4) Daerah bekerja di pabrik yang berbahaya
- 5) Tempat berolahraga/ tempat main anak yang tidak memenuhi syarat
- 6) Didaerah mana sering terjadi tindak criminal
- 7) Gedung umum mana yang rawan untuk tubuh/ kontruksi tidak sesuai dengan kondisi tanah.
- 8) Daerah mana yang rawan terjadi gempa

b. Komponen Fase Supresi

Kalau kita dapat mendeteksi apa yang dapat menyebabkan kecelakaan atau dimana dapat terjadi bencana/ korban maka kita dapat melakukan supresi:

- 1) Perbaikan konstruksi jalan (engineering)
- 2) Pengetatan peraturan lalu lintas (enforcement)
- 3) Perbaikan kualitas helm
- 4) Pengetatan undang-undang lalu lintas
- 5) Pengetahuan peraturan keselamatan kerja
- 6) Peningkatan patroli keamanan
- 7) Membuat disaster mapping

c. Komponen Fase Pra Rumah Sakit

Keberhasilan Penanganan Penderita Gawat Darurat pada fase ini tergantung pada beberapa komponen.

## 1) Akses

Akses dari masyarakat kedalam system adalah yang paling penting karena kalau masyarakat tidak meminta tolong maka SPGDT yang baikpun tidak ada gunanya bagi penderita yang memerlukan pertolongan. Dari Menparpostel telah dikeluarkan keputusan yang menyatakan bahwa akses masyarakat ke dalam SPGDT adalah : Polisi (110), pemadam kebakaran rescue (113), AGD (118). Untuk daerah rural dapat berupa bedug, kentongan, asap, radio komunikasi (ORARI/ RAPI).

## 2) Komunikasi

- a) Pusat komunikasi (118)
- b) Pusat komunikasi ke rumah sakit
- c) Pusat komunikasi ke pusat instalasi lain
- d) Ambulan ke ambulan
- e) Ambulan ke rumah sakit

Tugas pusat komunikasi, adalah :

- a) Menerima permintaan tolong
- b) Mengirim unit-unit yang diperlukan
- c) Memonitor/ membimbing kegiatan pertolongan
- d) Memonitor kesiapan rumah sakit (UGD dan ICU)
- e) Bertindak sebagai “outside command” pada penanggulangan bencana yang bekerjasama dengan “onsite command”
- f) Bekerjasama dengan instalasi terkait lain

### 3) Orang Awam

Mereka adalah orang pertama yang menemukan orang yang sakit/ mendapat musibah/ trauma (pramuka, PMR, anak sekolah, guru, IRT, hansip, sekretaris, dll)

Untuk dapat menyelamatkan/ mempertahankan hidup dan mencegah cacat penderita maka mereka harus mampu :

- a) Cara minta tolong
- b) Cara menghidupkan orang yang telah meninggal (RJP tanpa alat)
- c) Cara menghentikan perdarahan
- d) Cara memasang balut atau bidai
- e) Cara transportasi yang baik

### 4) Orang Awam Khusus (polisi, pemadam kebakaran, satpam, SAR, ajudan)

Orang awam khusus harus mampu seperti orang awam ditambah dengan pengetahuan/ keterampilan sesuai dengan bidangnya seperti pada polisi Biomedik KLL, persalinan, luka tembak/ tusuk

### 5) Ambulan Gawat Darurat 118

- a) AGD (urban) harus mampu mencapai tempat kejadian 6 – 8 menit supaya dapat mencegah kematian karena sumbatan jalan nafas, henti nafas, henti jantung, perdarahan massif.

Untuk daerah urban yang lalu lintasnya padat diperlukan ambulance sepeda motor gawat darurat 118 dimana kemampuannya sama dengan ambulans gawat darurat 118 hanya tidak mempunyai tandu “stretcher” tetapi dapat sampai tujuan lebih cepat dari ambulans gawat darurat 118 roda empat.

- 1) Melakukan PHCLS (Pre Hospital Cardiac Life Support) dan PHTLS (Pre Hospital Trauma Life Support) dan masalah gawat darurat lainnya
  - 2) Berkomunikasi dengan pusat komunikasi, rumah sakit ambulan lainnya
  - 3) Melakukan transportasi penderita dari tempat kejadian ke rumah sakit atau dari rumah sakit ke rumah sakit.
  - 4) Menjadi rumah sakit lapangan dalam penanggulangan bencana.
- b) AGD (rural) dapat dikembangkan dengan puskesmas keliling menjadi ambulan gawat darurat 118 rural. Peralatan cukup dengan peralatan dasar PPGD ( orotracheal tube, suction, oksigen, bag and mask, balut cepat dan infuse, bidai termasuk collar, long short bord dan traksi untuk disability)

d. Komponen Fase Rumah Sakit

Pada fase rumah sakit, semua rumah sakit terakreditasi oleh pemerintah dan profesi yang terkait menjadi “trauma center” level

I,II,III dan IV. Selain perbedaan sarana yang mencolok adalah perbedaan kemampuan sesuai dengan kemampuan personilnya.

1) Trauma center level I

Jika spesialis 4 besar ada di tempat 24 jam (pusat gawat darurat, PGD I)

2) Trauma center level II

Dokter jaga adalah dokter umum (ACLS dan ATLS, PGD II), spesialis datang bersamaan dengan penderita

3) Trauma center level III

Dokter jaga adalah dokter umum (ACLS dan ATLS, PGD III), sedangkan spesialis datang 30 menit setelah dipanggil

4) Trauma center level IV

Tidak ada spesialis yang ada hanya dokter umum (ACLS dan ATLS, PGD IV)

### **3. Tahap Pengelolaan Penderita (Triage)**

a. Pengertian

Persiapan penderita berlangsung selama 2 keadaan berbeda; yang pertama adalah tahap pra-rumah sakit (pre-hospital), dimana seluruh kejadian idealnya berlangsung dalam koordinasi dengan dokter di rumah sakit. Fase kedua adalah fase rumah sakit (in-hospital) dimana dilakukan persiapan untuk menerima penderita sehingga dapat dilakukan resusitasi dalam waktu cepat.

Triage adalah proses khusus memilah pasien berdasar beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat serta transportasi. Tindakan ini merupakan proses yang berkesinambungan sepanjang pengelolaan musibah missal. Proses triase inisial harus dilakukan oleh petugas pertama yang tiba ditempat kejadian dan tindakan ini harus di nilai ulang terus-menerus karena status triase pasien dapat berubah.

Pengertian lain tentang triase adalah cara pemilahan penderita berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia. Tetapi didasarkan pada keadaan ABC (Airway dengan cervical spine control, Breathing dan Circulation dengan control perdarahan).

Triage berasal dari kata perancis yaitu "trier" yang berarti so sort. Atau dapat juga diartikan sebagai memilah-milah. Yang pertama kali melakukan triage adalah Baron Dominique Jean Larrey, seorang Ahli Bedah dalam tentaranya Napoleon. Ia memperkenalkan suatu system cara memilah-milah tentara korban pertempuran. Adapun tujuan Larrey mengembangkan triage adalah untuk kepentingan dari segi militer di mana tentara yang lukanya tidak berat dan dapat ditanggulangi dengan sederhana dapat dikirim kembali ke garis depan untuk bertempur lagi.

Larrey juga orang yang pertama kali memanfaatkan kereta kuda untuk mengambil tentara yang luka-luka pada waktu

pertempuran masih berkecamuk tanpa menunggu pertemuan selesai. Kereta kuda ini disebut Flying Ambulance.

Pada perang dunia I tentara Amerika memakai kata triage untuk menyebut tempat dilakukannya pemilahan pasien tetapi bukan sebutan untuk kegiatannya. Triage berkembang terutama dalam bidang kedokteran militer. Pada zaman modern ini triage banyak dipakai sehari-hari di unit gawat darurat.

Triase berlaku untuk pemilahan penderita baik di lapangan maupun di rumah sakit. Merupakan tanggung jawab tenaga prarumah sakit (dan pimpinan tim lapangan) bahwa penderita akan dikirim ke rumah sakit yang sesuai. Merupakan kesalahan besar untuk mengirim penderita kerumah sakit non-trauma bila ada pusat trauma tersedia. Suatu system scoring akan membantu dalam pengambilan keputusan ini.

## **b. Tujuan**

Tujuan dari triage dimanapun dilakukan, bukan saja the right patient to the right hospital by the right ambulance at the right time tetapi juga to do the most for the most. Dengan catatan bahwa sarana kesehatan yang dalam keadaan bencana / korban missal akan sangat kekurangan tidak akan dipakai untuk korban yang harapan hidupnya sangat tipis.

Dua jenis keadaan triase dapat terjadi :

- 1) Jumlah penderita dan beratnya perlakuan tidak melampaui kemampuan petugas. Dalam keadaan ini penderita dengan masalah gawat-darurat dan multi trauma akan dilayani terlebih dahulu.
- 2) Jumlah penderita dan beratnya perlakuan melampaui kemampuan petugas. Dalam keadaan ini yang akan dilayani terlebih dahulu adalah penderita dengan kemungkinan survival yang terbesar dan membutuhkan waktu, perlengkapan dan tenaga paling sedikit.

### **c. Hakekat Triage**

Triage adalah suatu proses yang dinamik. Status / keadaan pasien dapat berubah menjadi lebih baik maupun menjadi lebih buruk karena cederanya maupun sebagai dampak dari tindakan yang dilakukan. Karena itu triage harus diulang-ulang selama masih dalam penanganan cederanya. Dapat dilakukan ditempat kejadian, di clearing stasion/ daerah triage, sebelum dilakukan evaluasi.

Triage dilakukan berdasarkan pada :

- 1) Airway, Breathing, Circulation, Disability dan Exposure
- 2) Beratnya cedera
- 3) Jumlah pasien

- 4) Sarana kesehatan yang tersedia
- 5) Kemungkinan hidup pasien

#### **d. Triage Labelling**

Label yang kita kenal adalah hijau, kuning, merah dan hitam. Pendekatan yang dianjurkan untuk memprioritaskan tindakan atas korban dijumpai pada system METTAG (Triage Tagging System). Prioritas tindakan dijelaskan sebagai :

##### 1) Prioritas Nol (Hitam)

Pasien mati atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi.

##### 2) Prioritas Pertama (Merah)

Pasien cedera berat yang memerlukan tindakan dan transport segera (gagal nafas, cedera torako-abdominal, cedera kepala atau maksilo-fasial berat, shok atau perdarahan berat, luka bakar berat).

##### 3) Prioritas Kedua (Kuning)

Pasien dengan cedera yang dipastikan tidak akan mengalami ancaman jiwa dalam waktu dekat (cedera abdomen tanpa shok, cedera dada tanpa gangguan respirasi, fraktur mayor tanpa shok, cedera kepala atau tulang belakang leher serta luka bakar ringan

#### 4) Prioritas Ketiga (Hijau)

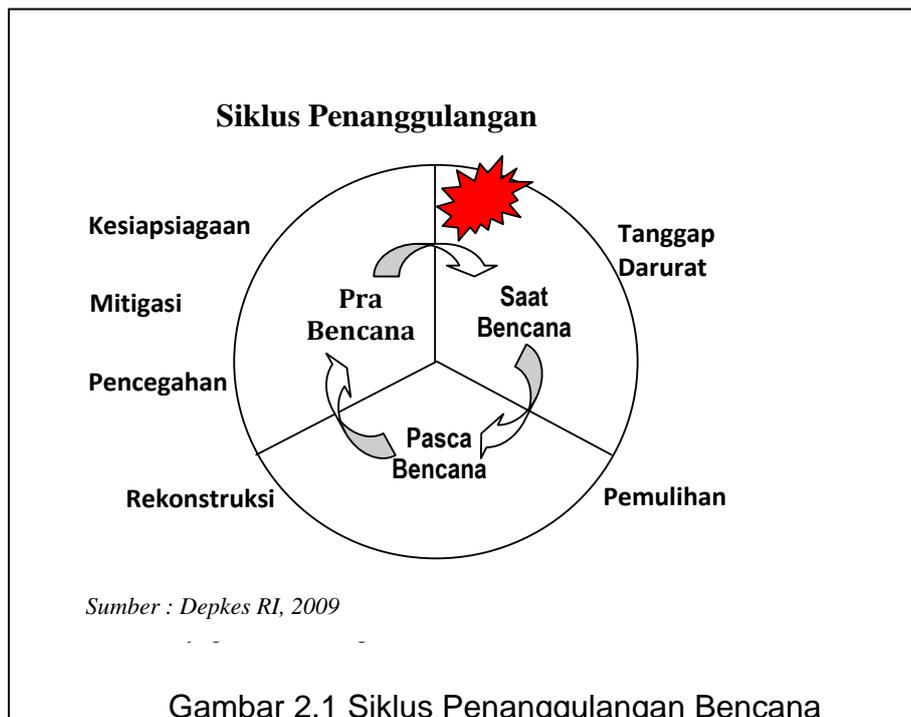
Pasien dengan cedera minor yang tidak membutuhkan stabilisasi segera (cedera jaringan lunak, fraktur dan dislokasi ekstremitas, cedera maksilofasial tanpa gangguan jalan nafas serta gawat darurat psikologis

Penuntun lapangan START berupa penilaian pasien 60 detik yang mengamati ventilasi, perfusi dan status mental untuk memastikan kelompok korban seperti yang memerlukan transport segera atau tidak, atau yang tidak mungkin diselamatkan atau mati. Ini memungkinkan penolong segera cepat mengidentifikasi korban yang resiko besar akan mati segera atau apakah tidak memerlukan transport segera.

#### **4. Siklus Penanggulangan Bencana**

Penanganan bencana yang ditimbulkan oleh alam atau karena ulah manusia dan masalah pengungsi harus dilakukan secara menyeluruh dan terpadu mulai dari “sebelum”, “pada saat” dan “setelah” terjadi bencana yang meliputi kegiatan pencegahan, kesiapsiagaan, penanganan darurat hingga pemulihan termasuk penanganan pengungsi dengan lebih menekankan aspek penanganan bencana ke upaya penanggulangan kedaruratan yang memerlukan kecepatan dan ketepatan bertindak (PP No.83, 2005)

Upaya yang dilakukan dalam manajemen penanggulangan bencana dibagi dalam tiga tahap berikut sesuai dengan siklus penanggulangan bencana seperti dibawah ini:



a. Prabencana (pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan)

1) Penyusunan peta rawan bencana

Penyusunan peta rawan bencana dan peta geomedik sangat penting artinya untuk memperkirakan kemungkinan bencana yang akan terjadi serta kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan dan ketersediaan sumber daya manusia bidang kesehatan berikut kompetensinya. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penyusunan peta rawan bencana adalah:

- a) Ancaman (hazard), jenis bahaya bencana apa yang mungkin terjadi.

- b) Informasi ini dapat diperoleh dengan melihat keadaan geografis wilayah setempat.
  - c) Kerentanan (vulnerability), sejauh mana akibat dari bencana ini terhadap kehidupan masyarakat (khususnya kesehatan). Informasi yang dibutuhkan dalam menilai kerentanan yang terkait sumber daya manusia bidang kesehatan berhubungan dengan data tentang inventarisasi ketenagaan yang dimiliki, contohnya dokter ahli, dokter umum, perawat, bidan, sanitarian, ahli gizi, dan lain-lain.
  - d) Penyusunan peta rawan bencana sebaiknya dilakukan secara lintas program (melibatkan unit-unit program yang ada di Dinas Kesehatan) dan lintas sektor (melibatkan instansi terkait seperti Pemda, RSUD, TNI, POLRI, Dinas Kessos, PMI, Ormas, LSM). Peta rawan bencana secara berkala dievaluasi kembali agar sesuai dengan keadaan dan kondisi setempat.
- 2) Penyusunan peraturan dan pedoman dalam penanggulangan krisis akibat bencana yang salah satunya terkait dengan penempatan dan mobilisasi sumber daya manusia bidang kesehatan.
- 3) Pemberdayaan tenaga kesehatan pada sarana kesehatan khususnya Puskesmas dan Rumah Sakit, terutama di daerah rawan bencana.

- 4) Penyusunan standar ketenagaan, sarana dan pembiayaan.
  - 5) Penempatan tenaga kesehatan disesuaikan dengan situasi wilayah setempat (kerawanan terhadap bencana).
  - 6) Pembentukan Tim Reaksi Cepat (Brigade Siaga Bencana/BSB).
  - 7) Sosialisasi sumber daya manusia bidang kesehatan tentang penanggulangan krisis akibat bencana.
  - 8) Pelatihan-pelatihan dan gladi.
  - 9) Pembentukan Pusat Pelayanan Kesehatan Terpadu atau Public Safety Center di Kabupaten/Kota.
- b. Saat bencana (tanggap darurat)
- 1) Mobilisasi sumber daya manusia bidang kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.
  - 2) Pengorganisasian sumber daya manusia bidang kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.

Menurut Nurdin Perdana, 2007: Respon pelayanan pada saat bencana terdiri dari pelayanan medis (*Medical Support*) dan pelayanan manajemen (*management support*)

1) Pelayanan Medis ( Medical Support)

Pada pra rumah sakit terdiri dari tim lapangan, tim ambulans, komando lapangan dan personil terlatih.

Pada layanan rumah sakit perlu mempertimbangkan : rumah sakit yang rusak atau ditinggalkan petugasnya sehingga tidak dapat berfungsi, beban rumah sakit lebih besar dari pelayanan sehari-hari tapi tidak memerlukan bantuan dari luar dan ada rumah sakit yang melebihi kapasitas sehingga memerlukan bantuan dari luar.

## 2) Dukungan Manajemen (Management Support)

Dukungan manajemen meliputi:

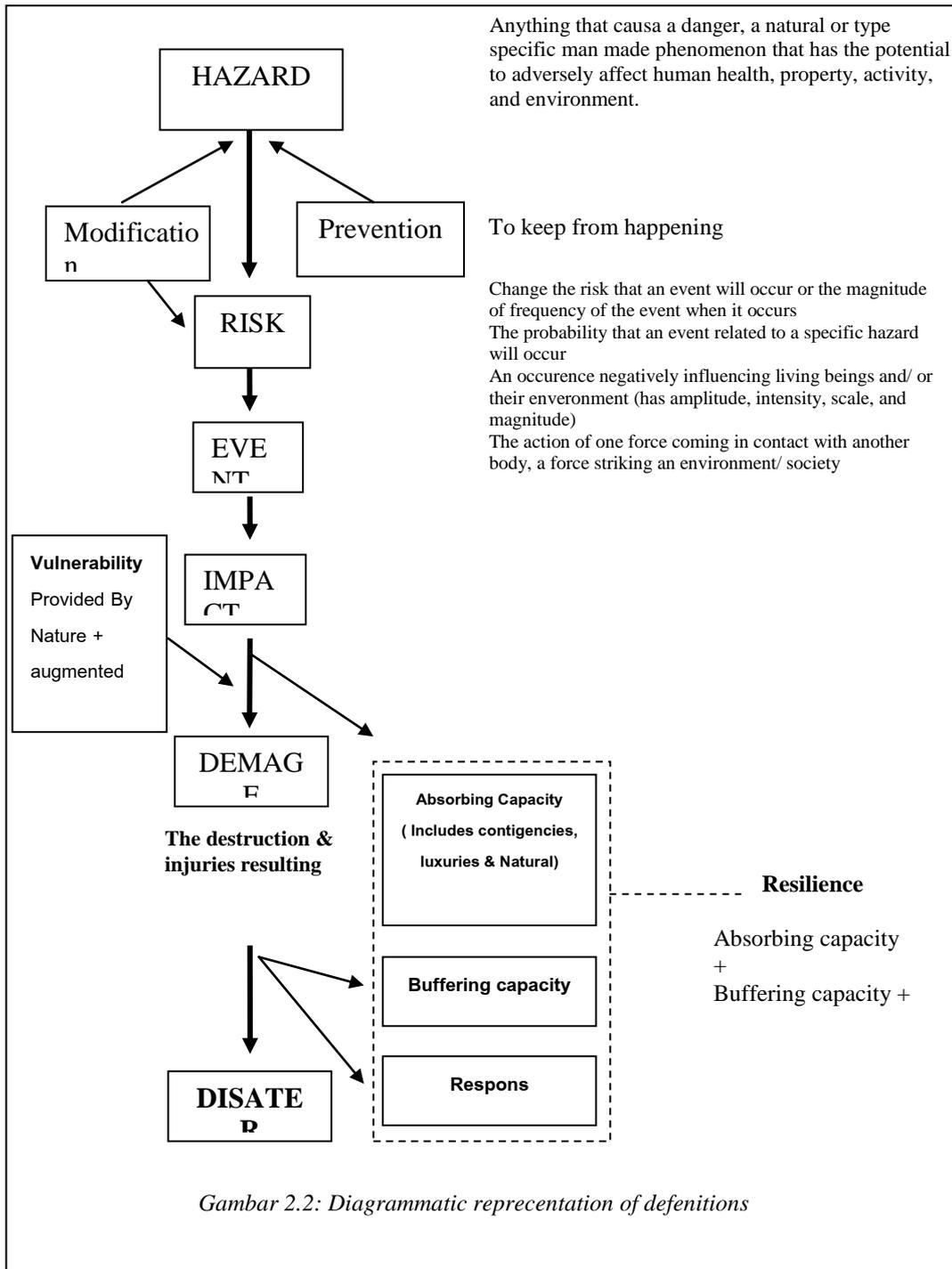
- 1) Organisasi (komando dan koordinasi) bila ada bencana di daerah, komando setempat memerlukan pendampingan baik dari medical support maupun managerial support dari personil yang terbiasa dan memiliki kepedulian besar dalam penanggulangan bencana.
- 2) Sumber daya manusia dapat berasal dari dalam maupun dari luar daerah bencana, rumah sakit yang memiliki perencanaan penanggulangan bencana mempersiapkan daftar institusi mana dan nama-nama beserta nomor yang akan dihubungi dan diminta bantuannya ketika terjadi bencana.
- 3) Logistik, dalam hal ini farmasi, peralatan medis serta kebutuhan korban lainnya di bidang kesehatan.
- 4) Pembiayaan/ keuangan

- 5) Komunikasi, ada persiapan sebagai antisipasi ketika sarana telpon/ Hp tidak berfungsi misalnya radio panggil
- 6) Sarana transportasi dan evakuasi korban
- 7) Penemuan secara aktif dan surveylans epidemiologi
- 8) Pencatatan dan pelaporan
- 9) Pemberian informasi kepada masyarakat

c. Pasca bencana (pemulihan/ rehabilitasi dan rekonstruksi)

- 1) Mobilisasi sumber daya manusia bidang kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.
- 2) Pengorganisasian sumber daya manusia bidang kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.
- 3) Upaya pemulihan sumber daya manusia bidang kesehatan yang menjadi korban agar dapat menjalankan fungsinya kembali.
- 4) Rekrutmen sumber daya manusia bidang kesehatan untuk peningkatan upaya penanggulangan krisis akibat bencana pada masa yang akan datang.
- 5) Program pendampingan bagi petugas kesehatan di daerah bencana.

**5. Tahapan manajemen penanggulangan bencana:**



Gambar 2.2: Diagrammatic representation of definitions

Sumber: Health Disaster Management Guidelines For Evaluation & Research :35

- a. *Prevention*: merupakan tindakan untuk mencegah terjadinya *hazard* menjadi event.
- b. *Mitigation*: merupakan suatu langkah untuk mengurangi risiko sehingga dapat meminimalisir terjadinya *event* yang terjadi.
- c. *Preparedness*: merupakan suatu langkah antisipatif dalam menghadapi *event* yang akan terjadi.
- d. *Resilience*: merupakan suatu ketahanan lokal dari komunitas yang terkena bencana. Masyarakat harus mempunyai *disaster plan*, mengenal *disaster plan* dan pernah berlatih secara periodik dapat meningkatkan kemampuan masyarakat dalam penanganan bencana. *Resilience* ini berguna dalam manajemen bencana dari fase *impact* sampai *damage*. Adapun komponen *resilience* yaitu:
  - 1) *Absorbing capacity*; merupakan kemampuan untuk meredam *event* yang telah terjadi.
  - 2) *Buffering capacity*; merupakan kemampuan dalam mempersiapkan cadangan-cadangan kebutuhan saat terjadinya bencana
- e. *Response*; merupakan suatu tindakan dalam menanggulangi *damage* yang disebabkan oleh bencana. Misalnya adanya tim untuk evakuasi, ambulans untuk membawa korban.
- f. *Recovery and Development*; *Recovery* diartikan sebagai mengembalikan suatu keadaan pascabencana menjadi keadaan semula seperti bencana terjadi, sedangkan *development* diartikan

sebagai pembangunan daerah pascabencana menjadi lebih baik lagi dari keadaan prabencana.

## **6. Penyelenggaraan penanggulangan bencana**

Segera setelah bencana terjadi, problem yang muncul adalah bagaimana cara untuk menyelamatkan korban. Untuk itu diperlukan ketrampilan teknis medis (*Disaster Medicine*) yang berbasis pada ketrampilan penanggulangan gawat darurat (*Emergency Medicine*) yang didukung oleh sistim manajerial (*Disaster Management*) yang baik. Selanjutnya, tergantung pada masalah yang harus ditangani, maka proses pemulihan dapat berjalan sampai beberapa bulan belakang sampai beberapa tahun. Masalah fisik seperti patah tulang dan luka bakar berat bisa memerlukan waktu lebih dari satu tahun untuk pemulihan total, sedangkan trauma psikis pasca bencana (*Post traumatic distress syndrom*) memerlukan waktu yang lebih lama lagi.

Penanggulan dampak bencana bidang kesehatan merupakan masalah kompleks dan bisa berlangsung lama dan sudah selayaknya untuk diberi prioritas karena menyangkut langsung kehidupan manusia (Dewi Sulistianingsih, 2012)

Penanganan bencana merupakan tanggung jawab bersama antara Pemerintah, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/ Kota, dan masyarakat. Sesuai Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Pemerintahan Provinsi dan

Pemerintahan Kabupaten/ Kota sebagai daerah otonom berperan sebagai ujung tombak dalam penanganan bencana. Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/ Kota berkewajiban untuk menyiapkan program dan alokasi anggaran untuk penanganan bencana (UU no. 24, 2007).

Penyelenggaraan penanggulangan bencana adalah serangkaian upaya yang meliputi penetapan kebijakan pembangunan yang berisiko timbulnya bencana, kegiatan pencegahan bencana, tanggap darurat dan rehabilitasi.

Pada tahap awal, penanganan bencana ditangani oleh Pemerintah Kabupaten/ Kota, apabila eskalasinya cukup tinggi dan tidak dapat tertangani oleh Pemerintah Kabupaten/ Kota, maka Pemerintah Provinsi berkewajiban untuk membantu Pemerintah Kabupaten/ Kota yang terkena bencana, apabila belum juga tertangani, maka Pemerintah (pusat) berkewajiban untuk membantu. Tidak tertutup kemungkinan adanya bantuan luar negeri (yang berasal dari Pemerintah maupun Swasta), sepanjang bantuan tersebut tidak mengikat dan tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Selanjutnya dilakukan inventarisasi dan pengkajian dalam rangka persiapan rehabilitasi dan rekonstruksi atas sarana, prasarana dan fasilitas umum yang rusak akibat bencana oleh SATLAK PBP pada masing-masing lokasi bencana.

## 7. Strategi And Planning to a safe community

Kenyataan bahwa kita tidak mungkin dapat menanggulangi bencana/ korban massal dengan baik, bila penanggulangan GADAR sehari – hari tidak baik dalam arti kata belum memadai dan masih dapat dioptimalkan (Aryono D.Pusponegoro, 2011).

Bagaimanapun, adalah tidak mungkin kita dapat menanggulangi bencana dan korban massal dengan baik bila penanggulangan gawat darurat sehari-hari kita tidak memenuhi standar dunia. Artinya, meminjam kata-kata dari Dr. James Styner yang menggagas ATLS (Advanced Trauma Life Support) setelah gagal menyelamatkan sejumlah anggota keluarganya ketika ia mengalami kecelakaan pesawat terbang pribadinya. *“There is something wrong with our system, and the system must be changed”* (Pusponegoro AD, 2011).

GADAR sehari – haripun merupakan masalah dimana sebelumnya penyakit infeksi merupakan penyebab kematian utama, tetapi sekarang jantung koroner, stroke, penyakit degenerative/ kanker dan kecelakaan/ Kecelakaan Lalu Lintas (KLL) sudah merupakan penyebab kematian utama di daerah perkotaan.

Sejak tahun 1980 sampai 2010, setiap tahun terjadi hampir 1 sampai 2 bencana dengan korban massal tetapi penanggulangannya tidak sesuai dengan yang diharapkan bahkan terdapat kesan terjadinya kekacauan atau keterlambatan terutama dalam management supportnya.

Supaya setiap kota, propinsi dapat menanggulangi GADAR sehari – hari maupun bencana dan korban massal sendiri tanpa menunggu tim dari pusat (yang selalu terlambat), maka perlu dilakukan pelatihan safe community, SPGDT – AGDT 118 di semua propinsi Republik Indonesia. Dengan demikian dapat dijamin, semua manusia Indonesia akan mendapat penanggulangan medic yang optimum apapun yang terjadi.

Menindaklanjuti hal tersebut, pada acara Hari Kesehatan Nasional yang ke-36 tanggal 15 November 2000 di Makassar telah dicanangkan Deklarasi Makassar 2000 yang melandasi implementasi **Safe Community** di Indonesia oleh menteri kesehatan yang menegaskan pernyataan WHO bahwa Kesehatan merupakan hak azasi manusia (G.B. Hamurwono, 2003)

Safe community adalah suatu keadaan aman dan sehat meliputi seluruh aspek kehidupan masyarakat mulai dari tingkat rumah tangga, di lingkungan sekolah, lingkungan kerja dan sarana umum. Dengan demikian safe community merupakan kebutuhan dasar manusia.

Hakekat safe community adalah suatu upaya oleh masyarakat, dari masyarakat dan untuk masyarakat didorong oleh pemerintah sebagai fasilitator menuju terciptanya kondisi sehat dan aman sebagai perwujudan hak azasi manusia tersebut.

Berdasarkan hal tersebut maka pada tahun 2001, ditentukan 4 provinsi sebagai proyek panduan pengembangan safe community,

yaitu DKI Jakarta, Sulawesi Selatan, Sumatera Utara dan D I Yogyakarta disusun suatu Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), baik dalam keadaan sehari-hari (SPGDT-S) maupun dalam keadaan bencana (SPGDT-B). Suatu sistem atau tatanan yang akan menghasilkan suatu keluaran dan dampak yaitu penanggulangan gawat darurat secara terpadu sehingga dibentuklah Pusat Pelayanan Masyarakat Terpadu (PPMT) yang biasa dikenal dengan Public Safety Center (PSC).

## **B. Tinjauan Tentang Public Safety Center**

### **1. Pengertian PSC**

PSC (Public Safety Center) adalah Pusat pelayanan yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal-hal yang berhubungan dengan kegawat-daruratan, termasuk pelayanan medis yang dapat dihubungi dalam waktu singkat dimanapun berada. PSC merupakan ujung tombak pelayanan yang bertujuan untuk mendapatkan respon tepat terutama pelayanan pra rumah sakit.

PSC merupakan bentuk operasional penanganan pertama kegawat daruratan ditempat kejadian peristiwa (TKP) yang merupakan pengungkit pelayanan pra Rumah Sakit untuk menjamin respon cepat dan tepat untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan (time saving is live and limb saving), sebelum dirujuk kesarana rujukannya (Rumah Sakit) sesuai kebutuhannya. PSC merupakan

tanggung jawab utama pemerintah daerah di dukung masyarakat dan tenaga profesional terkait.

Konsep public safety center dilandasi aspek time management : sebagai implementasi time saving is life and limb saving mengandung unsure kecepatan atau quick response dan ketepatan berupa mutu pelayanan yang tinggi. Unsure kecepatan dapat dipenuhi oleh system komunikasi dan transportasi handal sedangkan unsure ketepatan dapat dipenuhi oleh pertolongan penderita gawat darurat ( PPGD ) meliputi basic life support dan advance life support sesuai dengan permasalahan yang dihadapi.

Public Savety Center ( PSC ) didirikan oleh masyarakat untuk kepentingan masyarakat. Pengorganisasian dibawah pemerintah daerah, Sumber Daya Manusia terdiri dari berbagai unsur, antara lain unsur kesehatan (*ambulance*), unsur pemadam kebakaran, unsur kepolisian, serta masyarakat yang berperan serta dalam upaya pertolongan bagi masyarakat.

Pelayanan PSC yang bersifat kegawat daruratan awal adalah public good yang diberikan secara gratis; namun sesampai di sarana rujukan berlaku cara pembayaran sesuai ketentuan yang berlaku. Ambulans PSC diawaki oleh paramedic professional yang memiliki keterampilan dalam penanganan kegawat daruratan (basic dan advance life support) berstandar internasional sebelum ditangani secara efektif dirumah sakit.

## 2. Sejarah terbentuknya PSC

Kegawat daruratan adalah suatu keadaan dimana seseorang berada dalam kondisi ancaman kematian yang memerlukan pertolongan segera guna menghindari kecacatan dan kematian.

Untuk Penanganan kegawatdaruratan yang disebabkan oleh bencana secara nasional di Indonesia sudah terbentuk Badan Khusus yang menanganinya yaitu Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), yang di tingkat daerah diwujudkan dalam Badan Penanggulangan Bencana Daerah pada tingkat Provinsi dan Kabupaten/ Kota sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana, sementara untuk penanganan kegawatdaruratan yang bersifat sehari-hari dengan jumlah yang juga besar belum ada keseragaman institusi yang menanganinya.

Upaya pemberian pertolongan dan penanganan keadaan gawat darurat juga dituangkan dalam Kepmenkes No.783/Menkes/SK/X/2006, tentang Pembentukan Pusat Bantuan Penanggulangan Krisis Regional, Kepmenkes No.876/Menkes/SK/XI/2006, tentang Kebijakan dan Strategi Penanganan Krisis dan Masalah Kesehatan Lain, Kepmenkes No. 145/Menkes/SK/I/2007, tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan, dan Kepmenkes No. 679/Menkes/SK/VI/2007, tentang Organisasi Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Regional.

Pada pengerahan sumberdaya pusat penanggulangan krisis kesehatan yang perlu dipersiapkan adalah (1) Tim reaksi cepat (TRC) yang terdiri dari unit pelayanan medic, surveilens epidemiologi/ sanitarian, disertai dengan petugas komunikasi, yang mampu bergerak dalam waktu 0 – 24 jam setelah ada informasi kejadian bencana; (2) tim survey cepat, yang mampu digerakkan kurang dari 24 jam; (3) tim identifikasi korban bencana (DVI); dan (4) tim bantuan kesehatan, yang diberangkatkan sesuai kebutuhan, setelah ada informasi dari tim reaksi cepat dan tim survey cepat (Eddie R 2010; PP nomor 21/ 2007; Depkes 2007)

Agar semua organisasi yang terlibat dalam usaha penanggulangan bencana dapat bekerjasama dengan baik, perlu dilakukan pembagian peran pada masing – masing organisasi melalui fungsi manajemennya yang dapat dilihat melalui kegiatan organisasi saat tidak terjadi bencana.

Oleh karena itu sejak tahun 2000 Kementerian Kesehatan bersama lintas sector, lintas program terkait dan LSM serta masyarakat telah mensosialisasikan suatu konsep dalam mewujudkan masyarakat sehat dan aman/ safe community, yang diaplikasi dalam suatu system yang kita kenal dengan System Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), yang terdiri dari SPGDT(S) Sehari-hari dan SPGDT(B) Bencana.

Secara teknis pengaplikasian konsep tersebut di wujudkan dalam Pos Gawat Darurat Terpadu atau yang kita kenal dengan Public Safety Center (PSC) yang merupakan koordinasi lintas program dan lintas sector dalam lingkup pelayanan pra rumah sakit yang minimal terdiri dari 3 unsur pokok yaitu keamanan/ security (polisi, satpam, linmas), kesehatan/ medical (Dinas Kesehatan, PMI, Rumah Sakit, Puskesmas) dan rescue/ keselamatan (SAR, Pemadam Kebakaran) yang dapat ditambahkan sesuai local spesifik daerahnya.

Beberapa kota yang telah eksis menerapkan konsep ini melalui pembentuka Public Safety Center (PSC) yang penamaannya berbeda-beda antara lain kota Jogjakarta dengan nama YES 118 (Yogyakarta Emergency Service 118), Emergency Service Respon (ESR) di Denpasar atau tetap dengan nama Public Safety Center (PSC) seperti di Makassar, Denpasar, Medan, Banjarmasin dan Bangka.

PSC sebagai organisasi yang berfungsi dalam kegiatan kegawatdaruratan sehari – hari pada fase pra Rumah Sakit juga harus memiliki fungsi manajemen yang baik sebagai dasar bagi organisasi PSC untuk ikut terlibat dalam kegiatan penanganan/ penanggulangan jika sewaktu – waktu terjadi bencana terutama di daerah perkotaan.

PSC di Indonesia pertama kali digagas oleh direktorat pelayanan medic (DR. Bambang Hawurnowo SpM) & STAFF, merupakan adopsi dari Marikina City di Philipina yang dapat digunakan sebagai bench marker PSC, dimana kinerja PSC dalam mengamankan

dan menyetakan masyarakatnya merupakan salah satu indikator sukses mayor (bupati/ walikota) dalam jargon pemilu yang akan datang (di Philipina pemilihannya adalah secara langsung) yang kemudian akan dikembangkan di Yogyakarta, Jakarta, Surabaya, Denpasar Bali, Makassar dan Medan.

PSC dibiayai mayor/ pemda dimana pada ambulansnya ditulis semacam pernyataan bahwa bila dalam waktu 5 menit belum memenuhi panggilan, masyarakat boleh menelpon mayor yang mencantumkan nomor teleponnya dan dibuka selama 24 jam.

Untuk wilayah Indonesia Timur. PSC kota Makassar digagas oleh Rektor Universitas Hasanuddin Prof DR dr IDRUS A. PATURUSI SpB,SpBO (K) bersama Kepala Dinas Kesehatan kota Makassar Dr.dr. Armyn Nurdin, M.SC, dengan anggaran DAK Kota Makassar, lahan di UNHAS, equipment Dinas Kesehatan kota Makassar. Memperoleh pengesahan berdasarkan SK No.878/Kep/445.05/2007 Tanggal 12 November 2007 yang ditandatangani oleh walikota (Ir. H. Ilham Arief Sirajuddin, MM), Prof. DR.dr. Idrus Paturusi, SpB,SpBO(K) dan dr. Muhammad Nuralim Mallapasi selaku manajer/ direktur dari PSC Makassar.

Sebagai organisasi yang dibentuk oleh masyarakat, PSC menjadi kontrol atau koordinator dari berbagai unsur pemadam kebakaran, unsure kepolisian, unsure rescue seperti SAR dari berbagai universitas, unsure kesehatan dokter dan perawat dari

berbagai rumah sakit khususnya Rumah Sakit Dr.Wahidin Sudirohusodo, hingga Tim Bantuan Medis (TBM) Unhas dan UMI serta Siaga Ners Unhas.

Sejak awal terbentuknya sampai dengan tahun 2011, PSC telah turut membantu masyarakat pada banyak kejadian, seperti : evakuasi masyarakat korban banjir di Makassar, bencana Adam Air, longsor di Marowali dan Enrekang, Manokwari, gempa padang, banjir bandang Palopo tahun 2008 juga banjir Danau Tempe ( fajar news; 2010 ), kemudian evakuasi banjir di Makassar pada february 2011 dan kejadian banjir bandang di Balocci Pangkep pada bulan april 2011, tanah longsor, runtuhnya tembok perumahan elit The Mutiara Makassar pada bulan Desember 2011, gempa bumi, letusan gunung berapi, angin kencang dan kebakaran pasar sentral pada bulan juli 2011 serta kegiatan emergency lainnya.

### **3. Peran Manajemen dalam PSC**

Organisasi merupakan perkumpulan dua orang atau lebih yang bekerja sama secara terstruktur untuk mencapai tujuan. Pekerjaan terstruktur antara lain dapat berupa struktur organisasi, Anggaran Dasar/ Anggaran Rumah Tangga (AD/ART), maupun pembagian tugas pekerjaan.

Tujuan merupakan aspek fundamental dalam organisasi, baik organisasi formal maupun informal. Organisasi dapat dilihat pada

perkumpulan teater, klub olah raga, perkumpulan di lingkungan rumah tangga (RT), unit kegiatan mahasiswa (UKM), lembaga swadaya masyarakat (LSM), sampai organisasi politik, bisnis dan militer.

Setiap organisasi selalu mengatur alokasi sumber daya yang dimiliki, baik SDM, dana, bahan baku dan peralatan, dalam upaya mencapai tujuan organisasi. Jadi, prinsip-prinsip manajemen selalu diperlukan dalam pengelolaan organisasi.

#### **a. Pengertian**

Jika ditelusuri dari asal katanya, manajemen (management) berasal dari kata to manage yang berarti mengatur.

Menurut G.R. Terry (dalam A. mattingaragau, 2010) bahwa manajemen merupakan suatu proses yang khas yang terdiri dari tindakan–tindakan perencanaan, pengorganisasian, menggerakkan dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran–sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber – sumber lainnya.

Manajemen merupakan jenis pemikiran yang khusus dari kepemimpinan di dalam usahanya mencapai tujuan organisasi (miftah toha, 2012).

Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pemimpin dan pengendalian upaya anggota dan penggunaan semua sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (stoner J, 1998)

Koontz dan O'Donnell mengatakan Manajemen adalah usaha mencapai suatu tujuan tertentu melalui kegiatan orang lain. Dengan demikian seorang manajer mengkoordinasikan sejumlah aktivitas orang lain, meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengendalian.

Manajemen menurut Professor Oei Liang Lee adalah ilmu dan seni merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan, mengkoordinasikan serta mengawasi tenaga manusia dengan bantuan alat – alat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Menurut Siagian, manajemen itu seni memperoleh hasil melalui berbagai kegiatan yang dilakukan oleh orang lain. Yang dimaksud seni disini adalah kemampuan dan ketrampilan

Menurut Patterson dan E.G. Plowman bahwa manajemen dapat didefinisikan sebagai suatu teknik, maksud dan tujuan dari sekelompok manusia tertentu yang ditetapkan, dijelaskan dan dijalankan.

Menurut Peter F. drucker bahwa manajemen harus memberikan arah–jurusan kepada lembaga yang dikelolanya. Ia harus memikirkan secara tuntas misi lembaga itu, menetapkan sasaran – sasarannya dan mengorganisasi sumber – sumber daya untuk tujuan – tujuan yang telah digariskan oleh lembaga. Sesungguhnya manajemen bertanggung jawab terhadap

pengarahan visi serta sumber–sumber daya kejurusan hasil– hasil yang paling besar dan efisien.

Dari berbagai definisi tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa manajemen mengandung beberapa istilah, yaitu:

- 1) Manajemen sebagai proses karena menekankan pada tahapan dan urutan dari fungsi – fungsi manajemen yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan (pengarahan) dan pengendalian (pengawasan) yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditentukan.
- 2) Istilah kedua adalah manajemen sebagai kolektivitas karena setiap organisasi dalam mencapai tujuannya melibatkan beberapa orang yang bekerja secara bersama – sama sesuai dengan visi yang ditetapkan.
- 3) Istilah yang terakhir adalah manajemen sebagai seni (art) dan sebagai ilmu (science), dikatakan sebagai seni karena menguasai suatu keterampilan dengan latihan yang sesuai dengan sifat – sifat kepribadian orang bersangkutan dan dikatakan sebagai ilmu karena memerlukan disiplin ilmu – ilmu pengetahuan lain dalam penerapannya, seperti ilmu ekonomi, statistic, akuntansi, hukum dan sebagainya.

## **b. Ciri Manajemen**

Berdasarkan beberapa pengertian manajemen, dapat dikatakan bahwa manajemen memiliki beberapa ciri (widjaya, 1997), antara lain :

- 1) Manajemen diarahkan untuk mencapai tujuan
- 2) Manajemen sebagai proses, perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pelaksanaan, pengarahan dan pengawasan
- 3) Tersedia sumber daya manusia, material dan sumber lain
- 4) Mendayagunakan atau menggerakkan sumber daya tersebut secara efisien dan efektif
- 5) Terdapat orang yang menggerakkan sumber daya tersebut (manajer)

## **c. Unsur – unsur Manajemen**

Manajemen berhubungan erat dengan usaha untuk mencapai tujuan tertentu dengan jalan menggerakkan orang dan sumber-sumber lain yang tersedia. Dalam fungsinya menggerakkan organisasi, maka manajemen merupakan proses yang dinamis. Selanjutnya dalam pencapaian tujuan, manajer sebagai pelaksana menggunakan berbagai unsur yang tersedia dalam organisasi itu. Menurut moekijat (2000), unsur-unsur manajemen pada dasarnya terdiri dari 6 M, yaitu :

1) Manusia (*men*) :

Dalam pencapaian tujuan menekankan faktor manusia sebagai faktor utama, manusialah yang melakukan kegiatan dan aktivitas.

2) Sarana / bahan (*materials*) :

Bahan apa yang dikelola untuk mencapai tujuan, berarti bahan yang diperlukan untuk menunjang manajerial harus cukup tersedia baik dari segi kuantitas maupun dari segi kualitasnya.

3) Mesin (*machine*) :

Dengan apa cara mengelolanya sehingga benar-benar dapat dimanfaatkan semaksimal mungkin untuk mencapai tujuan.

4) Metode (*methode*) :

Cara apa yang harus ditempuh untuk melaksanakan proses tersebut agar tercapainya tujuan.

5) Pasar / masyarakat (*Market*) :

Dalam pengertian luas menunjuk kemana hasil tersebut akan dipasarkan atau di konsumsi.

6) Dana (*Money*)

Mengingat sifat keterbatasan dan ketidakpastian yang melekat, maka unsur-unsur ini harus dapat dimanfaatkan secara efektif dan efisien melalui penyelenggaraan fungsi-fungsi manajemen (Handoko, 2001).

Siagian (2002), mengatakan manusia merupakan titik sentral dari manajemen. Keterbatasan dan ketidakpastian unsur manusia terletak kepada jumlah, mutu, dan terutama perilakunya. Manusia dengan perilakunya itu justru memiliki keistimewaan tersendiri dibandingkan dengan unsur-unsur manajemen lainnya. Manusia bukan hanya sekedar merupakan suatu gejala atau fenomena sosial, tetapi juga menciptakan fenomena tersebut.

#### **d. Fungsi – fungsi Manajemen**

Fungsi – fungsi manajemen merupakan serangkaian kegiatan atau tahapan yang dijalankan dalam manajemen. Secara umum fungsi manajemen terdiri dari:

##### 1) Perencanaan (planning)

###### a) Pengertian

Perencanaan merupakan fungsi manajemen yang pertama, yang menggambarkan tujuan serta usaha untuk mencapainya secara efektif dan efisien dimasa mendatang. Fungsi manajemen yang lain sangat tergantung pada fungsi perencanaan, dimana fungsi yang lain tidak akan berhasil tanpa perencanaan dan pembuatan keputusan yang tepat, cermat dan kontinyu. Tetapi sebaliknya fungsi perencanaan yang baik tergantung pada pelaksanaan fungsi-fungsi lain yang efektif (Handoko, 2001).

Beberapa pengertian perencanaan disampaikan oleh para ahli antara lain sebagai berikut :

Menurut Handoko perencanaan adalah pemilihan atau penetapan tujuan organisasi, penentuan strategi, kebijaksanaan, proyek, program, prosedur, metoda, system anggaran, dan standar yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan.

Menurut G.R Terry (2006), perencanaan adalah memilih dan menghubungkan fakta-fakta, membuat dan menggunakan asumsi-asumsi berdasar masa yang akan datang, dalam gambaran dan perumusan kegiatan-kegiatan yang diusulkan yang diperlukan guna mencapai hasil yang diinginkan.

Koontz dan O'Donnell mengatakan perencanaan adalah fungsi dari seorang manajer yang meliputi pemilihan berbagai alternatif tujuan-tujuan, kebijaksanaan-kebijaksanaan, prosedur-prosedur dan program-program.

Stephen P. Robbins (2003) mendefenisikan perencanaan (planning) sebagai *planning is determining in advance what be done, how its be done and who is to do it.* Menurutnya, proses yang mencakup mendefenisikan sasaran organisasi, menetapkan strategi menyeluruh untuk mencapai sasaran, menyusun serangkaian rencana yang

menyeluruh yang saling terintegrasi dan terkoordinasinya pekerjaan – pekerjaan dalam organisasi

Dengan memperhatikan pengertian perencanaan sebagaimana disebutkan diatas, maka ciri-ciri perencanaan adalah sebagai berikut:

- (1) Melihat jauh ke depan, dalam arti bersangkutan dengan masa depan, termasuk jangka waktunya.
- (2) Adanya tujuan yang ditetapkan sebelumnya (tujuan tertentu) berupa program kegiatan dan cara-cara pencapaiannya
- (3) Penentuan cara-cara pencapaian dengan penetapan : kebijaksanaan, strategi, peraturan, standar, organisasi, prosedur dan lain-lain.
- (4) Adanya perhitungan : penggunaan sumber-sumber dana, penggunaan sumber-sumber daya, penggunaan waktu sesuai dengan ketepatan dan usaha-usaha untuk menghadapi masalah – masalah yang dihadapi.

#### b) Manfaat Perencanaan

Menurut Widjaya, Manfaat perencanaan adalah :

- (1) Alat efisien dan alat untuk mengurangi biaya
- (2) Alat pengarahan kegiatan kepada pencapaian tujuan

- (3) Alat untuk memilih alternatif cara terbaik atau kombinasi alternatif terbaik
- (4) Alat penentuan skala prioritas dari pentingnya suatu tujuan, sasaran maupun kegiatan.
- (5) Alat pengukur / standar untuk pengawasan dan penilaian.
- (6) Pembentuk masa datang dengan mengusahakan supaya ketidakpastian dapat dibatasi seminimal mungkin.

c) Tahapan Perencanaan

Dari beberapa literature didapatkan bahwa penyusunan suatu perencanaan mengikuti tahapan – tahapan, sebagai berikut :

- (1) Tetapkan visi, misi dan tujuan organisasi

Pada tahapan ini manajer memutuskan untuk menetapkan misi dan tujuan umum organisasi dengan mengembangkan pertanyaan seperti; siapakah kita (who are we)?, apa yang akan kita wujudkan (what do we want to become) apa yang menjadi panduan kita untuk mewujudkan tujuan (what are our guiding objectives)? Misi dalam hal ini adalah pernyataan

mengenai maksud organisasi sedangkan visi merupakan gambaran masa depan organisasi.

(2) Mendiagnosis hambatan dan peluang lingkungan

Lingkungan dapat menjadi hambatan sekaligus menjadi peluang bagi organisasi. Organisasi dituntut untuk menentukan tindakan yang realistis dan juga tujuan – tujuan yang realistis, dimana untuk merealisasikan tujuan tergantung pada kesadaran akan kendala dan peluang dari suatu lingkungan.

(3) Menilai kekuatan dan kelemahan internal organisasi

Penilaian kekuatan dan kelemahan dilakukan dengan menganalisa kondisi internal organisasi. Penilaian meliputi posisi kompetitif relative perusahaan (posisi saing terhadap perusahaan lain), keterampilan dan kapabilitas sumber daya yang dimiliki, teknologi yang digunakan, kekuatan modal yang dimiliki dan hal – hal lain yang mempengaruhi.

(4) Mengembangkan rencana strategi

Rencana strategi adalah rencana yang menentukan hakekat organisasi. Rencana strategi ialah proses memutuskan dan menganalisis misi organisasi, tujuan menyeluruh, strategi umum dan alokasi sumber –

sumber utama. Jadi termasuk didalamnya adalah misi, tujuan, sarana yang dipakai dan alokasi sumber yang sifatnya panjang agar organisasi hidup dan berkembang

(5) Mengembangkan rencana operasional

Merupakan proses pembuatan rencana secara rinci, putusan jangka pendek mengenai apa yang harus dikerjakan, siapa yang mengerjakannya dan bagaimana mengerjakannya. Rencana operasional dibedakan atas dua jenis utama yaitu rencana tetap (seperti kebijakan, prosedur dan peraturan) dan rencana sekali pakai (seperti program, proyek dan anggaran)

2) Pengorganisasian (organizing)

Yaitu suatu proses yang menyangkut bagaimana strategi dan taktik yang telah dirumuskan dalam perencanaan didesain dalam sebuah struktur organisasi yang tepat dan tangguh, system dan lingkungan organisasi yang kondusif dan bisa memastikan bahwa semua pihak dalam organisasi bisa bekerja secara efektif dan efisien guna pencapaian tujuan organisasi.

Pengorganisasian menurut Koontz dan O'Donnel adalah keseluruhan proses pengelompokan orang-orang, alat-alat,

tugas-tugas serta wewenang dan tanggung jawab dalam satu kesatuan organisasi dalam rangka mencapai tujuan.

Fungsi pengorganisasian adalah kegiatan dalam menentukan macam kegiatan beserta jumlah kegiatan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan bersama maupun pengelompokan kegiatan – kegiatan beserta orang – orangnya yang sesuai dengan kegiatannya disertai adanya pendelegasian wewenang.

Pengorganisasian terbagi dalam langkah-langkah, sebagai berikut :

- a) Penentuan sumber-sumber daya dan kegiatan-kegiatan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi.
- b) Perencanaan dan pengembangan kelompok kerja yang akan dapat membawa hal-hal tersebut kearah tujuan
- c) Penugasan tanggung jawab tertentu
- d) Pendelegasian dan wewenang kepada individu – individu untuk melaksanakan tugasnya.

Pengorganisasian berarti bahwa para manajer mengkoordinasikan sumber daya manusia dan sumber bahan yang dimiliki organisasi. Lebih lanjut dikatakan bahwa keefektifan suatu organisasi tergantung pada kemampuan untuk mengerahkan sumber daya yang ada untuk mencapai tujuannya.

Ada empat bagian penting yang perlu diketahui dalam pengorganisasian, yaitu :

a) Staffing

Staffing merupakan suatu kegiatan yang melakukan pembagian kelompok – kelompok kerja menurut jenisnya beserta pengisian orang – orang yang sesuai dengan keahliannya. Pokok masalah yang perlu dipelajari pada fungsi ini adalah pengadaan (procurement), penarikan (recruiting), seleksi (selction), penempatan (placement) dan pemberhentian (separation)

b) Delegation of Authority

Yaitu pendelegasian wewenang dari seorang atasan kepada bawahannya sesuai dengan struktur organisasi maupun kedudukan bawahan/ kemampuan bawahan.

c) Departementasi

Yaitu pengelompokan kegiatan – kegiatan yang sejenis untuk kemudian dipisahkan dengan kegiatan yang lainnya dimana di antara pengelompokan kegiatan tersebut tetap terjalin koordinasi dalam bekerjasama.

d) Personalia

Kepegawaian ini sangat penting dalam hubungannya dengan para bawahan baik hubungan yang bersifat formal (

sesuai dalam struktur organisasi ) maupun informal ( timbul karena kebutuhan sosialisasi diri anggota).

### 3) Penggerakan (actuating)

Yaitu proses menggerakkan orang – orang untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Defenisi lainnya adalah proses implementasi program agar bisa dijalankan oleh seluruh pihak dalam organisasi serta proses memotivasi agar semua pihak tersebut dapat menjalankan tanggung jawabnya dengan penuh kesadaran dan produktivitas yang tinggi (A.mattingaragau,2010).

Menurut Terry (2006), penggerakan adalah membuat semua anggota kelompok agar mau bekerja sama dan bekerja secara ikhlas serta bergairah untuk mencapai tujuan sesuai dengan perencanaan dan usaha-usaha pengorganisasian.

Penggerakan merupakan keseluruhan usaha, cara, teknik dan metode untuk mendorong para anggota organisasi agar mau dan ikhlas bekerja sebaik mungkin guna mencapai tujuan organisasi efektif dan ekonomis (Siagian, 2002)

Menurut Koontz dan O'Donnel, penggerakan adalah pengarahan/ *directing* dan pemberian pimpinan/ *leading*. Dengan demikian inti penggerakan adalah kepemimpinan/ *leadership* dengan harapan para anggota organisasi mau dan

bersedia secara ikhlas untuk melaksanakan tugas kewajibannya sebaik mungkin.

Terminology dari penggerakan diantaranya adalah Directing yakni menggerakkan orang lain dengan memberikan “pengarahan”; Actuating yakni menggerakkan orang lain secara umum; Leading yakni menggerakkan orang lain dengan cara menempatkan diri di muka orang – orang yang digerakkan, membawa mereka menuju suatu tujuan tertentu dan “memberikan contoh – contoh”; Commanding yakni menggerakkan orang lain yang disertai adanya “unsur paksaan/ keharusan”; Motivating yakni menggerakkan orang lain dengan terlebih dahulu memberikan “alasan – alasan” mengapa hal tertentu harus dilaksanakan.

Dengan melihat terminology tersebut dapat disimpulkan bahwa penggerakan adalah kegiatan yang khususnya ditujukan untuk mengatasi dan mengarahkan bawahan sehingga seorang pimpinan secara manusiawi bisa mengikat bawahan untuk bekerja sama secara sukarela menyumbangkan tenaganya seefisien dan seefektif mungkin untuk mencapai tujuan organisasi.

Kegiatan penggerakan menurut widjaya (1997), meliputi:

- a) Memberikan penerangan, penjelasan, informasi tentang kegiatan yang berhubungan secara menyeluruh terhadap tujuan yang hendak dicapai.
- b) Mengeluarkan peraturan, intruksi dalam rangka pelaksanaannya
- c) Memberikan contoh-contoh dalam cara bekerja dan memperlihatkan sikap yang baik
- d) Dapat mengemukakan kebaikan dan keburukan atau kekurangan dalam pekerjaan secara obyektif

Ada beberapa cara seorang pemimpin bisa mengarahkan bawahannya dimana bawahan dapat melaksanakan pekerjaan dengan tenang tanpa adanya sikap mendua karena pertentangan atasan dari berbagai bagian. Adapun cara yang biasa dikenal adalah sebagai berikut:

- a) Pengarahan dilakukan dengan cara memberikan informasi yang diperlukan terutama yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi karyawan/ personil. Pengarahan semacam ini biasanya dilakukan untuk menangani anggota yang baru saja diterima sebagai personil baru organisasi. Adapun pengarahan tersebut bisa mencakup seperti tugas yang harus dilakukan, cara – cara yang digunakan, hubungan antara sesama personil, tugas melaksanakan kegiatan dan sebagainya.

- b) Pengarahan dengan cara memberikan perintah yang harus dilakukan oleh bawahan. Perintah tersebut dapat dilakukan dengan cara tertulis ataupun lisan dimana perintah tersebut perlu untuk dimengerti secara baik oleh atasan. Jadi atasan harus dapat menyesuaikan kapan atasan memberikan perintah secara formal atau tertulis maupun perintah secara lisan dan kapan atasan harus memberikan perintah yang harus dilakukan seluruh bawahan (umum) maupun hanya bagian tertentu saja (khusus).

Penggerakan berhubungan erat dengan manusia yang ada di balik organisasi yaitu tumbuh kembangnya kemauan mereka secara ikhlas, sadar dan sukarela bersedia melaksanakan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Oleh karena itu aspek yang harus diperhatikan adalah manusia. Hal ini bertumpu kepada *human relationship* / hubungan antar manusia.

#### 4) Pengawasan (controlling)

Yaitu proses yang dilakukan untuk memastikan seluruh rangkaian kegiatan yang telah direncanakan, diorganisasikan dan di implementasikan bisa berjalan sesuai dengan target yang diharapkan sekalipun berbagai perubahan terjadi dalam lingkungan yang dihadapi.

Menurut Koontz dan O'Donnell pengawasan adalah penilaian dan koreksi atas pelaksanaan kerja yang dilakukan bawahanbawahannya dengan maksud untuk mendapatkan keyakinan (jaminan) bahwa tujuan-tujuan perusahaan dan rencana-rencana yang digunakan untuk mencapainya dilaksanakan.

Lebih lanjut Koontz dan O'Donnell mengatakan antara perencanaan dan pengawasan itu tak ubahnya seperti *the two sides of the same coin*. Perencanaan tanpa pengawasan berarti pekerjaan tersebut akan sia-sia karena akan timbul penyimpangan/penyelewengan yang serius tanpa ada alat untuk mencegahnya. Sebaliknya pengawasan tanpa perencanaan berarti pengawasan itu tidak akan mungkin terlaksana karena tidak ada pedoman untuk mengawasi.

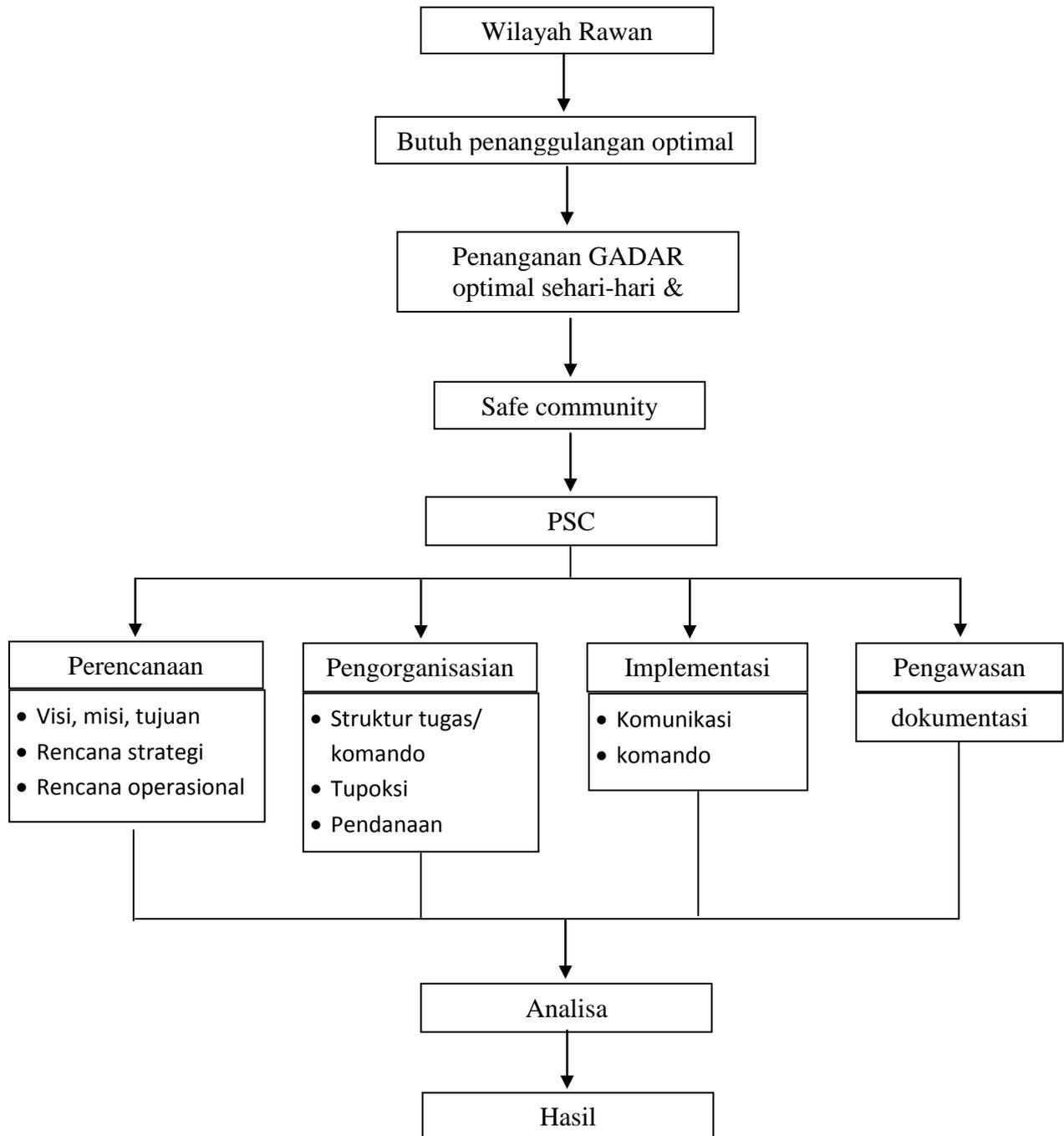
Menurut Terry (2006), pengawasan itu menentukan apa yang telah dicapai. Artinya menilai hasil pekerjaan dan apabila perlu untuk mengadakan tindakan-tindakan pembetulan sedemikian rupa, sehingga hasil pekerjaan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya.

Menurut Siagian, bahwa pengawasan adalah proses pengamatan dari seluruh organisasi guna lebih menjamin bahwa semua pekerjaan yang sedang dilakukan telah sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya.

Menurut Handoko pengawasan penemuan dan penerapan cara untuk menjamin bahwa rencana telah dilaksanakan sesuai dengan yang telah ditetapkan. Lebih lanjut Handoko mengatakan tahap – tahap dalam proses pengawasan meliputi :

- a) Penetapan standar pelaksanaan (perencanaan)
- b) Penentuan pengukuran pelaksanaan kegiatan
- c) Pengukuran pelaksanaan kegiatan nyata
- d) Perbandingan pelaksanaan kegiatan dengan standar atau penganalisaan penyimpangan-penyimpangan
- e) Pengambilan tindakan koreksi bila perlu

### C. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian