

**KESIAPSIAGAAN DINAS KESEHATAN DALAM PENANGGULANGAN
KRISIS KESEHATAN AKIBAT BENCANA ALAM
DI KOTA KENDARI PROVINSI SULAWESI TENGGARA**

Muh. Ravi Paembonan

NPP 32.0937

Asdaf Kota Kendari, Provinsi Sulawesi Tenggara

Program Studi Manajemen Keamanan Dan Keselamatan Publik

Email : muhammadravi434@gmail.com

Pembimbing Skripsi: Ida Yunari Ristiani, SKM, MM

ABSTRACT

Problem Statement / Background (GAP): Kendari City is one of the areas in Southeast Sulawesi Province with a high risk of natural disasters, such as floods, earthquakes, and extreme weather events. These disasters have the potential to trigger health crises that require optimal preparedness from the Health Department. **Purpose:** This study aims to analyze the preparedness of the Kendari City Health Department in addressing health crises caused by natural disasters. **Method:** The research approach used is descriptive qualitative, with data collection techniques including interviews, observations, and document studies. Data analysis employs the framework of the Six Building Blocks of Health System from the World Health Organization (WHO), focusing on the dimensions of health workforce, health service delivery, and financing. **Result:** The results show that the preparedness of the Kendari City Health Department remains suboptimal. Although emergency response teams such as the Emergency Medical Team (EMT) and Public Health Rapid Response Team (PHRRT) have been established, cross-sectoral coordination has not been effectively implemented. Furthermore, emergency health services are still limited, and there is no dedicated budget allocation to support preparedness programs, such as training, simulations, and the strengthening of early warning systems. **Conclusion:** This study recommends the development of standardized operational procedures, the strengthening of cross-sectoral coordination, the improvement of human resource capacity, and the provision of a dedicated budget to support health crisis management due to natural disasters in Kendari City.

Keywords: Preparedness, Health Crisis, Health Department, Natural Disasters.

ABSTRAK

Permasalahan/Latar Belakang (GAP): Kota Kendari merupakan salah satu daerah di Provinsi Sulawesi Tenggara yang memiliki tingkat risiko bencana alam tinggi, seperti banjir, gempa bumi, dan cuaca ekstrem. Bencana-bencana tersebut berpotensi menimbulkan krisis kesehatan yang memerlukan kesiapsiagaan optimal dari Dinas Kesehatan. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kesiapsiagaan Dinas Kesehatan Kota Kendari dalam penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana alam. **Metode:** Pendekatan yang digunakan adalah deskriptif kualitatif, dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara dan studi dokumentasi. Analisis data menggunakan

kerangka Six Building Blocks of Health System dari World Health Organization (WHO), dengan fokus pada dimensi sumber daya manusia kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembiayaan. **Hasil/Temuan:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesiapsiagaan Dinas Kesehatan Kota Kendari masih belum optimal. Meskipun telah dibentuk tim tanggap darurat seperti Emergency Medical Team (EMT) dan Public Health Rapid Response Team (PHRRT), koordinasi lintas sektor belum berjalan efektif. Selain itu, pelayanan kesehatan darurat masih terbatas dan belum tersedia alokasi anggaran khusus untuk mendukung program kesiapsiagaan, seperti pelatihan, simulasi, dan penguatan sistem peringatan dini. **Kesimpulan:** Penelitian ini merekomendasikan perlunya penyusunan standar operasional prosedur yang baku, penguatan koordinasi lintas sektor, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, serta pengadaaan anggaran khusus untuk mendukung penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana alam di Kota Kendari. **Kata kunci:** Kesiapsiagaan, Krisis Kesehatan, Dinas Kesehatan, Bencana Alam

I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia sebagai negara kepulauan terbesar di dunia memiliki letak geografis yang sangat strategis, namun juga sangat rentan terhadap berbagai bencana alam. Dalam kurun waktu lima tahun terakhir (2020-Juli 2024), tercatat 20.470 kejadian bencana alam dengan 2.698 korban meninggal dunia (BNPB, 2024). Posisi Indonesia yang berada di antara Benua Asia dan Australia serta diapit oleh Samudra Hindia dan Pasifik, termasuk Kawasan Cincin Api Pasifik, menjadikan negara ini sering diguncang gempa bumi yang berpotensi menimbulkan tsunami, khususnya di wilayah pesisir. Kondisi geologis yang kompleks dengan banyak gunung berapi aktif juga meningkatkan risiko letusan vulkanik disertai awan panas dan aliran lava. Selain itu, pergerakan lempeng tektonik yang terus berlangsung menyebabkan terbentuknya patahan dan lipatan yang dapat memicu gempa bumi dan longsor. Dari sisi astronomis, letak Indonesia di sekitar garis khatulistiwa yang beriklim tropis dengan curah hujan tinggi meningkatkan risiko bencana hidrometeorologi seperti banjir dan tanah longsor, diperparah oleh fenomena alam seperti angin muson, El Nino, dan La Nina yang dapat memperbesar intensitas bencana tersebut.

Provinsi Sulawesi Tenggara sebagai salah satu wilayah di Indonesia memiliki indeks risiko bencana tinggi sebesar 153,08 berdasarkan Indeks Risiko Bencana Indonesia (IRBI) tahun 2023. Wilayah seluas 36.159,71 km² ini terdiri dari 15 kabupaten, 2 kota, dan ribuan desa/kelurahan, dengan jumlah penduduk mencapai 2.701.661 jiwa (BPS Sulawesi Tenggara, 2023). Topografi daerah yang umumnya berupa dataran bergelombang hingga pegunungan dan dikelilingi dataran aluvial di beberapa wilayah, menjadikan 72,23 persen dari luas daratan memiliki kemiringan 0-40% (BNPB, 2021). Sepanjang tahun 2023, Sulawesi Tenggara mengalami 12 kejadian bencana, dengan cuaca ekstrem sebagai yang paling sering (4 kejadian), serta banjir dan kekeringan masing-masing sebanyak 3 kejadian (BNPB, 2023). Kondisi ini menunjukkan bahwa provinsi tersebut memiliki risiko bencana yang tinggi dan beragam, menuntut perhatian khusus dalam penanggulangan dan mitigasi.

Kota Kendari, sebagai ibu kota Sulawesi Tenggara, juga menghadapi berbagai ancaman bencana alam akibat letaknya yang pesisir dan berdekatan dengan zona seismik aktif, di mana tiga lempeng tektonik utama bertemu, yaitu Lempeng Indo-Australia, Eurasia, dan Pasifik. Potensi gempa bumi dan tsunami menjadi ancaman utama bagi kota ini. Selain itu, kondisi geografis yang meliputi dataran rendah dan aliran sungai meningkatkan risiko banjir, terutama saat musim hujan. Wilayah perbukitan di sekitarnya juga rawan longsor, yang dapat diperparah oleh aktivitas manusia

seperti penggundulan hutan dan pembangunan yang tidak memperhatikan kondisi geologi. Berbagai jenis bencana ini memiliki tingkat risiko tinggi dan kerentanan yang signifikan, sementara kapasitas daerah untuk menanggulangi masih pada tingkat sedang, sehingga berpotensi besar memberikan dampak negatif terhadap kesehatan masyarakat dan pencapaian target pembangunan kesehatan di Kendari.

Dampak kesehatan akibat bencana di Kota Kendari meliputi berbagai penyakit dan gangguan seperti luka robek, trauma kepala, diare, disentri, demam berdarah, ISPA, pneumonia, penyakit kulit, serta kondisi kronis lain yang meningkat selama dan setelah bencana (Pedoman Nasional Penanggulangan Krisis Kesehatan, 2023). Krisis kesehatan ini memerlukan respons cepat di luar kapasitas normal sistem kesehatan, termasuk penanganan lonjakan penyakit menular, gangguan sanitasi, dan kelangkaan sumber daya medis. Oleh karena itu, kesiapsiagaan Dinas Kesehatan sangat penting dalam penanggulangan krisis ini, didukung oleh regulasi seperti Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan. Meski demikian, tantangan di lapangan tetap ada, misalnya terkait koordinasi tim khusus dan sumber daya manusia. Kasus demam berdarah di Kendari pada awal 2024 yang mencapai 1505 kasus dengan 10 kematian menggambarkan urgensi kesiapsiagaan yang efektif untuk melindungi kesehatan masyarakat di tengah ancaman bencana alam yang berulang.

1.2. Kesenjangan Masalah Yang Diambil (GAP Penelitian)

Kota Kendari sebagai wilayah yang memiliki tingkat risiko tinggi terhadap bencana alam seperti banjir, gempa bumi, dan cuaca ekstrem, menghadapi tantangan serius dalam kesiapsiagaan menghadapi krisis kesehatan yang ditimbulkan oleh bencana tersebut. Meskipun regulasi pemerintah, seperti Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan, telah memberikan pedoman yang jelas terkait tahapan penanggulangan krisis mulai dari prakrisis hingga pascakrisis, realita di lapangan menunjukkan adanya ketidaksesuaian pelaksanaan kebijakan tersebut. Hal ini terlihat dari belum optimalnya fungsi tim tanggap darurat seperti Emergency Medical Team (EMT) dan Public Health Rapid Response Team (PHRRT), yang meskipun telah dibentuk, efektivitas koordinasi lintas sektor masih belum berjalan maksimal. Selain itu, Dinas Kesehatan Kota Kendari belum memiliki SOP tertulis yang spesifik dan menyeluruh terkait penanggulangan krisis kesehatan, serta masih terbatasnya pelatihan bagi tenaga kesehatan untuk kesiapsiagaan menghadapi bencana (Paembonan, 2025)

Lebih lanjut, kesenjangan yang terjadi juga terkait dengan sumber daya manusia kesehatan yang belum merata dan belum sepenuhnya siap secara teknis dan mental dalam menghadapi krisis kesehatan akibat bencana. Pengetahuan tenaga kesehatan mengenai prosedur penanggulangan krisis kesehatan masih terbatas, karena tidak tersedianya SOP yang jelas serta belum semua tenaga kesehatan mengikuti pelatihan kesiapsiagaan. Kondisi ini diperparah oleh distribusi tenaga kesehatan yang belum optimal dan keterbatasan anggaran yang dialokasikan khusus untuk mendukung kesiapsiagaan tersebut. Akibatnya, saat terjadi wabah seperti demam berdarah yang meningkat tajam di awal tahun 2024, pelayanan kesehatan darurat mengalami kendala, seperti keterbatasan sumber daya dan fasilitas yang tidak memadai di rumah sakit (Paembonan, 2025)

Selain itu, permasalahan signifikan juga ditemukan pada aspek pembiayaan dan pengelolaan anggaran untuk program penanggulangan krisis kesehatan. Dinas Kesehatan Kota Kendari belum memiliki alokasi anggaran khusus yang rutin untuk kesiapsiagaan dan penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana. Proses pencairan dana juga masih menghadapi kendala administratif yang cukup panjang dan kurang fleksibel, sehingga dalam situasi darurat dana sulit segera diakses dan dimanfaatkan secara efektif. Hal ini menimbulkan risiko keterlambatan respons kesehatan dan

mengurangi efektivitas penanganan krisis di lapangan. Oleh karena itu, perlu adanya mekanisme pencairan dana yang lebih cepat dan pengalokasian anggaran khusus sebagai upaya strategis memperkuat kesiapsiagaan Dinas Kesehatan dalam menghadapi krisis kesehatan akibat bencana di Kota Kendari (Paembonan, 2025)

1.3. Penelitian Terdahulu

Dalam rangka memfokuskan penelitian pada permasalahan yang spesifik serta menghasilkan kebaruan ilmiah, peneliti melakukan telaah literatur terhadap beberapa penelitian terdahulu yang relevan dengan topik kesiapsiagaan Dinas Kesehatan dalam menghadapi krisis kesehatan akibat bencana alam. Berikut paparan empat penelitian sebelumnya beserta persamaan dan perbedaannya dengan penelitian ini:

1. Penelitian Pertama

Peneliti pertama Rahmasuciani Putri (2020) dalam penelitian yang berjudul “Analisis Kesiapsiagaan Dinas Kesehatan Dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan Di Kabupaten Banyuwangi” bertujuan untuk menganalisis kesiapsiagaan dinas Kesehatan dalam menghadapi dan menangani krisis Kesehatan di Kabupaten Banyuwangi. Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif observasional dengan pendekatan kuantitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pandangan atau pemahaman responden terhadap kesiapsiagaan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi dalam menangani krisis kesehatan tergolong dalam kategori siap, meskipun pelaksanaannya di lapangan belum sepenuhnya dijalankan. Selanjutnya, berdasarkan hasil observasi, Dinas Kesehatan belum memiliki Surat Keputusan (SK) pembentukan tim penanggulangan krisis Kesehatan, dokumen rencana penanggulangan krisis Kesehatan, rencana kontinjensi di sektor Kesehatan, alokasi anggaran untuk kesiapsiagaan, serta Standar Operasional Prosedur (SOP) penanggulangan krisis Kesehatan.

Persamaan dari kedua penelitian terletak pada topik yang diangkat, yakni membahas isu kesiapsiagaan dalam penanggulangan krisis kesehatan oleh Dinas Kesehatan, serta penggunaan teori yang sama untuk menilai kesiapsiagaan sistem kesehatan, yaitu Konsep The Six Building Blocks of A Health System dari World Health Organization. Sementara itu, perbedaannya tidak hanya terletak pada lokasi penelitian, tetapi juga pada pendekatan yang digunakan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, sedangkan penelitian sebelumnya menerapkan pendekatan kuantitatif.

2. Penelitian Kedua

Penelitian kedua oleh Bambang Setyo Utomo, Alfianandra Wafiq Pradana, Fandi Avista Baihaqi, Mohamad Abiyyu Althof, Agung Wicaksono dan Fahmi Ziaulhaq (2022) yang berjudul “Manajemen Krisis Dinas Kesehatan Ponorogo dalam menghadapi Covid 10 Varian Baru Omicron”. Penelitian ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi strategi manajemen krisis yang diterapkan oleh Dinas Kesehatan Ponorogo dalam menangani krisis kesehatan akibat kemunculan varian baru COVID-19, yakni Omicron. Temuan penelitian menunjukkan bahwa langkah-langkah manajemen krisis yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Ponorogo telah sejalan dengan tahapan dalam teori 4R yang dikemukakan oleh Thompson.

Persamaan pada penelitian ini terletak pada pendekatannya yang sama-sama menggunakan pendekatan kualitatif. Kemudian perbedaan mencolok dalam penelitian ini adalah teori yang digunakan, Dimana penelitian ini menggunakan teori yang diutarakan oleh W. Thompson mengenai 4R (Readliness, Radar, Response, Recovery) dalam menanggapi sebuah krisis. Perbedaan kedua juga terlihat pada fokus penelitian ini hanya pada menanggulangi krisis Kesehatan spesifik pada akibat dari Covid-19.

3. Penelitian Ketiga

Penelitian oleh Alfian Maulana, Rahmasuciani Putri, Setya Haksama dan Syifaul Lailiyah (2021) dengan judul “Analisis Pengetahuan dan Sikap Kesiapsiagaan Penanggulangan Krisis Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis sumber daya manusia di bidang kesehatan dalam aspek kesiapsiagaan menghadapi krisis kesehatan, khususnya terkait tingkat pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan terkait kesiapsiagaan penanggulangan krisis Kesehatan tergolong sangat baik dengan persentase sebesar 65,5%, sementara sikap kesiapsiagaan berada pada kategori baik dengan persentase yang sama. Secara umum, tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi memiliki tingkat pengetahuan dan sikap kesiapsiagaan terhadap krisis Kesehatan berkisar antara kategori baik hingga sangat baik.

Persamaan pada penelitian ini dapat dilihat dari fokus penelitian yang mengangkat permasalahan kesiapsiagaan dalam penanggulangan krisis Kesehatan pada dinas Kesehatan. Perbedaan Penelitian terlihat dari pendekatan penelitian yang digunakan, penelitian ini menggunakan pendekatan cross-sectional kuantitatif, sedangkan peneliti menggunakan pendekatan kualitatif.

4. Penelitian Keempat

Penelitian keempat oleh Irhas Farizi, Nizam Ismail dan T. Budi Aulia (2016) yang berjudul “Analisis Kesiapsiagaan UPTD Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan (P2KK) Dinas Kesehatan Aceh dalam Menghadapi Bencana Gempa Bumi”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis aspek pengetahuan dan sikap, kebijakan dan pedoman, rencana tanggap darurat, sistem peringatan dini bencana, serta kemampuan mobilisasi sumber daya pada staf UPTD P2KK Dinas Kesehatan Aceh dalam upaya penanggulangan bencana gempa bumi di wilayah Provinsi Aceh. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesiapsiagaan UPTD P2KK Dinas Kesehatan Aceh dalam menghadapi bencana gempa bumi telah berada pada kategori siap. Namun demikian, peningkatan kapasitas staf masih sangat dibutuhkan, antara lain melalui pelatihan dan simulasi kesiapsiagaan secara berkelanjutan, serta melalui pemantauan dan penguatan koordinasi antar tujuh sub-kluster kesehatan yang saat ini aktif.

Persamaan pada penelitian ialah topik permasalahan yang diangkat adalah kesiapsiagaan dinas Kesehatan dalam penanggulangan bencana di bidang Kesehatan. Perbedaan penelitian terletak pada pendekatan yang digunakan, dimana penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Perbedaan kedua terlihat dari teori yang digunakan yaitu menggunakan parameter yang dikemukakan oleh LIPI-UNESCO/ISDR (2006) sedangkan peneliti menggunakan Konsep The Six Building Blocks of A Health System oleh World Health Organization.

5. Penelitian Kelima

Penelitian oleh Aris Sarjito (2024) berjudul “Pelayanan Kesehatan Masyarakat Dalam Krisis : Pembelajaran Dari Strategi Respons Pandemi Di Indonesia” membahas strategi respons Indonesia terhadap pandemi COVID-19 dengan metode kualitatif berbasis data sekunder. Strategi yang dianalisis meliputi komunikasi kesehatan, pembatasan mobilitas, pengujian dan pelacakan, serta penguatan sistem layanan kesehatan. Meskipun efektif dalam beberapa aspek, respons tersebut menghadapi tantangan seperti keterbatasan kapasitas, ketimpangan akses, dan disinformasi. Penelitian ini menyoroti pentingnya kebijakan berbasis bukti, komunikasi efektif, sistem kesehatan tangguh, keterlibatan masyarakat, dan respons adaptif sebagai pelajaran untuk kesiapsiagaan krisis di masa depan. Penelitian Aris Sarjito (2024) dan penelitian penulis sama-sama membahas pelayanan kesehatan masyarakat dalam krisis serta pentingnya sistem kesehatan yang tangguh dan

kebijakan berbasis bukti. Namun, penelitian Aris berfokus pada respons nasional terhadap pandemi COVID-19 dengan data sekunder, sementara skripsi ini meneliti kesiapsiagaan Dinas Kesehatan Kota Kendari dalam menghadapi krisis akibat bencana alam menggunakan data primer. Selain itu, skripsi ini lebih spesifik dengan mengukur kesiapsiagaan melalui dimensi seperti sistem informasi, pembiayaan, obat dan perbekalan, serta tata kelola.

Dari kelima penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa penelitian terdahulu secara umum menekankan pentingnya kesiapsiagaan Dinas Kesehatan dalam menghadapi krisis kesehatan akibat bencana, dengan berbagai temuan mengenai masih adanya kekurangan administratif, perlunya pelatihan berkelanjutan, serta penguatan koordinasi antar instansi terkait. Perbedaan utama terletak pada pendekatan metode penelitian, teori yang digunakan, dan fokus konteks bencana (bencana alam umum, pandemi Covid-19, atau gempa bumi spesifik). Penelitian ini melanjutkan kajian tersebut dengan pendekatan kualitatif dan menggunakan teori Six Building Blocks WHO, dengan fokus khusus pada Dinas Kesehatan Kota Kendari dalam konteks bencana alam.

1.4. Pernyataan Kebaruan Ilmiah

Penelitian ini memiliki kebaruan ilmiah yang terletak pada pendekatan dan lokasi penelitian yang berbeda dari penelitian sebelumnya. Walaupun topik kesiapsiagaan Dinas Kesehatan dalam penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana alam merupakan isu yang sudah banyak diteliti, penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan kerangka teori The Six Building Blocks of A Health System dari World Health Organization (WHO) tahun 2007, berbeda dengan penelitian terdahulu yang lebih banyak menggunakan pendekatan kuantitatif dan teori lain seperti parameter LIPI-UNESCO/ISDR atau teori 4R Thompson. Selain itu, fokus penelitian ini adalah pada Dinas Kesehatan Kota Kendari, sedangkan penelitian sebelumnya dilakukan di daerah lain seperti Kabupaten Banyuwangi, Ponorogo, dan Aceh. Pendekatan kualitatif yang melibatkan peneliti secara langsung dalam siklus yang diteliti memungkinkan penggalan data yang lebih mendalam dan kontekstual, sehingga menghasilkan temuan yang lebih kaya dan relevan dalam konteks kesiapsiagaan krisis kesehatan di Kota Kendari. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya memperkaya kajian akademis, tetapi juga memberikan kontribusi praktis yang spesifik sesuai karakteristik daerah penelitian serta perbedaan metodologis yang signifikan dari penelitian sebelumnya.

1.5. Tujuan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis kesiapan sumber daya manusia kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Kendari dalam mendukung kesiapsiagaan penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana alam, mendeskripsikan pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan darurat oleh Dinas Kesehatan Kota Kendari dalam menanggulangi krisis kesehatan akibat bencana alam, serta mengetahui dan menganalisis ketersediaan dan pengelolaan anggaran untuk mendukung program penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana alam di Kota Kendari.

II. METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif, yang bertujuan untuk memahami dan menganalisis secara mendalam aspek-aspek kesiapsiagaan Dinas Kesehatan dalam penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana alam di Kota Kendari. Pendekatan kualitatif dipilih karena bersifat fleksibel dan mampu menangkap kompleksitas perilaku, interaksi sosial, serta konteks nyata di lapangan yang tidak dapat diukur hanya dengan data kuantitatif. Menurut Ardyan et al. (2023), penelitian kualitatif mengandalkan sumber data nonnumerik seperti wawancara dan observasi,

sehingga sangat cocok untuk mendapatkan gambaran komprehensif mengenai fenomena yang diteliti. Lebih lanjut, Jaya (2020) menyatakan bahwa penelitian kualitatif menghasilkan temuan berupa uraian mendalam tentang perilaku dan kondisi yang dialami individu atau kelompok dalam konteks tertentu, sedangkan Fitrah dan Luthfiah (2018) menambahkan bahwa desain penelitian kualitatif bersifat adaptif dan dapat disesuaikan dengan kondisi lapangan, memungkinkan peneliti melakukan perubahan untuk mencapai hasil yang valid dan relevan.

Dalam penelitian ini, teori yang digunakan sebagai kerangka analisis adalah framework Six Building Blocks dari World Health Organization (WHO, 2007) yang mengukur kesiapsiagaan sistem kesehatan dalam menghadapi krisis. Framework ini terdiri dari enam komponen utama sistem kesehatan, yaitu pemberian pelayanan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sistem informasi kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, pembiayaan, dan tata kelola. Namun, peneliti memfokuskan pada tiga dimensi utama yang relevan dan prioritas, yaitu pelayanan kesehatan, sumber daya manusia, dan pembiayaan. Ketiga aspek ini dipandang krusial karena sumber daya manusia merupakan pelaksana utama dalam penanggulangan krisis, pelayanan kesehatan adalah output yang langsung berdampak pada masyarakat, dan pembiayaan menjadi faktor penentu kelancaran serta keberlanjutan program kesiapsiagaan (WHO, 2007; peneliti, 2024). Operasionalisasi konsep ini digunakan sebagai pedoman dalam pengumpulan dan analisis data guna memastikan penelitian berjalan secara sistematis dan fokus.

Sumber data dalam penelitian terdiri atas data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan informan yang dipilih secara purposive, yaitu pihak-pihak di Dinas Kesehatan Kota Kendari yang memiliki pengalaman dan pengetahuan terkait kesiapsiagaan krisis kesehatan, sesuai kriteria yang relevan dengan tujuan penelitian (Siyoto & Sodik, 2015). Teknik wawancara semi-terstruktur memungkinkan peneliti mendapatkan informasi yang kaya dan mendetail, sekaligus memberi ruang bagi informan untuk mengemukakan pandangan dan pengalaman secara bebas (Anggito & Setiawan, 2018). Selain itu, data sekunder dikumpulkan melalui studi dokumentasi dari berbagai arsip, laporan, dan literatur pendukung yang valid untuk melengkapi dan memperkuat temuan lapangan. Analisis data dilakukan secara sistematis melalui tahap reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan sesuai metode yang disarankan oleh Siyoto dan Sodik (2015), sehingga hasil penelitian dapat menggambarkan kondisi nyata kesiapsiagaan Dinas Kesehatan secara akurat dan komprehensif.

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Sumber Daya Manusia Kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Kendari Dalam Mendukung Kesiapsiagaan Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana Alam

Sumber daya manusia kesehatan (SDM kesehatan) merupakan komponen penting dalam kesiapsiagaan daerah menghadapi krisis kesehatan akibat bencana. Menurut World Health Organization (2007), tenaga kesehatan yang berkualitas harus cukup jumlahnya, tersebar merata, memiliki kompetensi yang sesuai, dan beroperasi dalam sistem yang didukung regulasi jelas. Dalam konteks kesiapsiagaan bencana, tenaga kesehatan wajib menguasai prosedur tanggap darurat, sigap saat krisis, mendapat pelatihan berkelanjutan, dan bekerja dalam organisasi yang terstruktur. Penelitian ini menganalisis kesiapan tenaga kesehatan di Kota Kendari berdasarkan empat indikator utama: pengetahuan, sikap, pelatihan, dan keberadaan tim penanggulangan krisis kesehatan.

1. Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang Kesiapsiagaan Krisis Kesehatan

Pengetahuan tenaga kesehatan sangat menentukan efektivitas respons mereka. WHO (2007) menyebutkan tenaga kesehatan harus memahami SOP, koordinasi antar-pihak, dan strategi penanganan dampak bencana. Namun, wawancara mengungkapkan bahwa pengetahuan tenaga kesehatan di Kendari masih terbatas karena belum tersedianya SOP tertulis khusus penanggulangan krisis kesehatan. Kepala Sub Koordinator Pelayanan Kesehatan Primer, Ibu Cici Juharia, menyatakan belum ada SOP tertulis, meskipun sudah ada SK pembentukan Emergency Medical Team (EMT) berdasarkan SK Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari Nomor 1015 Tahun 2024. Tidak adanya pedoman tertulis ini menyebabkan potensi ketidakkonsistenan dalam prosedur di lapangan, terutama dalam situasi darurat yang membutuhkan koordinasi cepat dan tepat.

Wawancara dengan Kepala Sub Bagian Program dan Informasi, Bapak Tono Sumanto, juga menegaskan belum ada SOP rinci yang mengatur pelaksanaan tugas EMT, sehingga tenaga kesehatan di lapangan lebih mengandalkan pengalaman dan inisiatif pribadi tanpa pedoman baku, yang dapat menimbulkan perbedaan tindakan dan koordinasi. Variasi pemahaman prosedur tanggap darurat juga terjadi di tingkat Puskesmas, di mana sebagian tenaga kesehatan mengerti prosedur, namun ada juga yang belum mendapat pelatihan formal terkait penanganan dampak bencana. Secara keseluruhan, pengetahuan tenaga kesehatan Kendari belum merata karena ketiadaan SOP tertulis yang menjadi standar acuan. Hal ini berisiko menghambat respons cepat, terkoordinasi, dan efektif dalam menangani krisis kesehatan akibat bencana.

2. Sikap Tenaga Kesehatan dalam Menghadapi Krisis Kesehatan

Sikap tenaga kesehatan sangat memengaruhi efektivitas layanan dalam situasi krisis. Sikap sigap, profesional, dan kemampuan bekerja di bawah tekanan penting untuk memastikan pelayanan berjalan optimal saat darurat. Di Kendari, tenaga kesehatan umumnya menunjukkan kesiapan mental dan sikap tanggap yang baik. Misalnya, dalam bencana banjir di Kampung Salo Februari 2024, tim kesehatan segera membangun posko dan memberikan layanan medis dalam waktu kurang dari 24 jam. Sistem informasi yang baik juga mendukung mobilisasi tenaga kesehatan. Namun, tidak semua tenaga kesehatan mendapatkan pelatihan kesiapsiagaan memadai, yang memengaruhi sikap dan pengambilan keputusan saat krisis. Kendala lain termasuk keterbatasan sumber daya medis dan akses ke lokasi bencana, yang membatasi optimalitas layanan, terutama ketika menghadapi banyak korban. Selain itu, tenaga kesehatan harus siap bekerja 24 jam secara bergantian selama masa tanggap darurat, yang berpotensi menyebabkan kelelahan fisik dan mental, memengaruhi kualitas pelayanan di lapangan. Secara umum, tenaga kesehatan Kendari telah menunjukkan sikap tanggap dan profesional, tetapi berbagai kendala seperti pelatihan tidak merata, keterbatasan sumber daya dan akses, serta beban kerja berat menjadi tantangan dalam menghadapi krisis kesehatan.

3. Pelatihan Tenaga Kesehatan dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan

Pelatihan adalah aspek penting untuk meningkatkan kesiapsiagaan tenaga kesehatan agar menguasai SOP, sistem rujukan, dan cara penanganan korban bencana secara efektif dan seragam. Hasil wawancara menunjukkan pelatihan di Kendari masih belum merata dan belum rutin. Pelatihan kebencanaan lebih banyak diadakan oleh Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD), bukan Dinas Kesehatan, menyebabkan ketergantungan dan tidakberlanjutan program pelatihan. Sebagian tenaga kesehatan mengandalkan pengalaman kerja sehari-hari tanpa pelatihan formal khusus tentang prosedur evakuasi, penggunaan alat darurat, dan koordinasi. Frekuensi pelatihan masih bersifat

insidental dan belum terstruktur, sehingga tidak semua tenaga kesehatan mendapat pelatihan berkala. Kondisi ini bisa menimbulkan kebingungan saat bencana besar dan memperlambat respons pertolongan. Secara keseluruhan, pelatihan masih belum optimal dan tidak merata. Ketergantungan pada BPBD sebagai penyelenggara pelatihan dan minimnya program pelatihan berkelanjutan menyebabkan perbedaan tingkat kesiapan tenaga kesehatan dan menghambat efektivitas respons.

4. Keberadaan Tim Penanggulangan Krisis Kesehatan

Tim khusus penanggulangan krisis kesehatan penting untuk respons cepat, koordinasi, evakuasi medis, dan distribusi bantuan saat bencana. Kota Kendari sudah membentuk Emergency Medical Team (EMT) berdasarkan SK Kepala Dinas Kesehatan Nomor 1015 Tahun 2024. Namun, tim ini belum memiliki SOP operasional rinci, sehingga kerja tim masih improvisasi dan kurang terstruktur. Hal ini bisa menimbulkan tumpang tindih tugas dan kesulitan distribusi tenaga medis ke lokasi bencana. Salah satu kendala utama adalah tidak beroperasinya Public Safety Center (PSC) 119 yang sebelumnya menjadi layanan kegawatdaruratan medis. PSC 119 kini tidak berfungsi karena pegawai lama telah dialihkan ke unit lain setelah menjadi Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (P3K), dan belum ada penambahan tenaga baru. Kondisi ini menghilangkan sistem layanan darurat terpusat bagi masyarakat dan mengurangi efektivitas respons tenaga kesehatan. Lemahnya manajemen sumber daya manusia dalam menjaga keberlangsungan layanan PSC 119 menandakan perlunya evaluasi kebijakan pengelolaan SDM agar program penting tetap berjalan walau terjadi alih tugas. Kesimpulannya, meskipun EMT sudah dibentuk secara struktural, ketidakjelasan SOP dan tidak berfungsinya PSC 119 menghambat efektivitas tim penanggulangan krisis kesehatan. Dibutuhkan penguatan prosedur kerja, koordinasi, dan manajemen SDM agar respons terhadap krisis kesehatan akibat bencana dapat berjalan optimal.

3.2 Pemberian Pelayanan Kesehatan

Pemberian pelayanan kesehatan dalam situasi bencana sangat krusial untuk memastikan masyarakat terdampak mendapatkan layanan yang cepat, tepat, dan sesuai standar yang berlaku. Dalam penelitian ini, dimensi pelayanan kesehatan dianalisis melalui dua indikator utama: kesesuaian dengan pedoman pemberian layanan dan ketersediaan layanan respons cepat untuk kegawatdaruratan medis.

1. Kesesuaian dengan Pedoman Pemberian Layanan Kesehatan

Pedoman pemberian layanan kesehatan di situasi bencana sangat penting agar prosedur yang diterapkan sesuai standar baku, sehingga tenaga kesehatan dapat bekerja efektif dan terkoordinasi. Namun, hasil wawancara menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Kota Kendari belum memiliki SOP tertulis yang spesifik mengatur penanggulangan krisis kesehatan. Meskipun ada Surat Keputusan (SK) Kepala Dinas Kesehatan No. 1015 Tahun 2024 tentang pembentukan Emergency Medical Team (EMT) yang bertugas dalam penanganan darurat kesehatan, SOP operasional yang lebih detail belum tersedia. Ketidakadaan SOP ini menyebabkan inkonsistensi praktik di lapangan, karena tenaga kesehatan hanya mengandalkan pengalaman atau kebijakan internal yang berbeda antar unit layanan kesehatan. Minimnya dokumentasi prosedur juga menyulitkan koordinasi antara puskesmas dan dinas kesehatan. Dalam kondisi darurat, koordinasi sering hanya dilakukan melalui komunikasi langsung tanpa sistem terdokumentasi yang baik, sehingga efektivitas pelayanan menjadi kurang optimal.

2. Ketersediaan Layanan Respons Cepat untuk Kegawatdaruratan Medis

Layanan respons cepat pada kegawatdaruratan medis adalah hal vital untuk memastikan pertolongan segera kepada masyarakat terdampak bencana. Sistem kegawatdaruratan yang ideal memiliki mekanisme koordinasi yang jelas, tenaga medis siap, dan infrastruktur yang mendukung mobilisasi cepat ke lokasi bencana. Di Kota Kendari, layanan respons cepat ini menghadapi sejumlah kendala. Salah satu hambatan utama adalah tidak beroperasinya Public Safety Center (PSC) 119, yang sebelumnya menjadi sistem layanan kegawatdaruratan medis yang bisa diakses masyarakat. Layanan PSC 119 berhenti beroperasi karena berkurangnya jumlah tenaga operasional, sebagian besar pegawai telah dipindahkan ke unit kerja lain setelah lolos seleksi Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (P3K). Akibatnya, tidak ada sistem layanan darurat terpusat yang bisa digunakan masyarakat untuk mengakses pertolongan medis secara cepat. Selain itu, mobilisasi tenaga medis dan peralatan sering terhambat oleh sulitnya akses ke lokasi bencana, terutama di daerah yang jauh dari fasilitas kesehatan. Kondisi ini memperburuk efektivitas respons medis darurat dan memengaruhi kemampuan penanganan krisis kesehatan secara keseluruhan.

Kesimpulan Meskipun Dinas Kesehatan Kota Kendari telah membentuk Tim Medis Darurat (EMT), masih terdapat kelemahan signifikan dalam hal regulasi dan operasional, terutama karena belum adanya SOP yang jelas dan terdokumentasi. Ketiadaan SOP menyebabkan pelaksanaan pelayanan di lapangan kurang konsisten dan koordinasi antarunit menjadi kurang efektif. Selain itu, penghentian operasional PSC 119 menimbulkan gap besar dalam layanan respons cepat kegawatdaruratan medis yang dapat diakses oleh masyarakat. Hambatan akses fisik ke lokasi bencana juga memperparah tantangan dalam mobilisasi tenaga medis dan peralatan. Secara keseluruhan, meskipun sistem pelayanan kesehatan di masa bencana telah berjalan, masih banyak kelemahan regulasi, manajemen sumber daya manusia, dan infrastruktur layanan respons cepat yang perlu diperbaiki untuk meningkatkan kesiapsiagaan dan efektivitas penanganan krisis kesehatan di Kota Kendari.

3.3 Pembiayaan

Pembiayaan merupakan aspek krusial dalam sistem kesehatan untuk memastikan kesiapan daerah dalam menghadapi krisis kesehatan akibat bencana. Tanpa sistem pembiayaan yang kuat dan memadai, penyediaan tenaga medis, distribusi logistik kesehatan, dan operasional layanan kesehatan darurat berpotensi mengalami hambatan. Oleh karena itu, dalam penelitian ini, pembiayaan dianalisis berdasarkan dua indikator utama: ketersediaan biaya dan penggunaan biaya penanggulangan krisis kesehatan.

1. Ketersediaan Biaya Penanggulangan Krisis Kesehatan

Sistem pembiayaan yang cukup sangat penting untuk menjamin kesiapsiagaan layanan kesehatan dalam situasi darurat. Tanpa dana memadai, penanganan bencana bisa terganggu akibat keterbatasan logistik, alat medis, dan tenaga kesehatan. Namun, berdasarkan wawancara dengan Kepala Sub Bagian Program dan Informasi Dinas Kesehatan Kota Kendari, Bapak Tono Sumanto, S.K.M., M.K.M. (21 Januari 2025), diketahui bahwa Dinas Kesehatan Kota Kendari tidak memiliki alokasi anggaran khusus untuk penanggulangan krisis kesehatan. Jika terjadi bencana, dana yang digunakan berasal dari kode rekening yang sudah ada dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Dinas Kesehatan atau dari Belanja Tidak Terduga (BTT) di Pemerintah Kota Kendari. Pendanaan ini bersifat responsif pasca bencana, bukan preventif. Artinya, Dinas Kesehatan hanya dapat mengajukan anggaran setelah bencana terjadi dan setelah ada pernyataan tanggap darurat dari Kepala Daerah. Kepala Dinas harus mengajukan Rencana Kebutuhan Belanja (RKB) Tanggap

Darurat kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setelah keputusan tanggap darurat diterbitkan. Mekanisme ini berisiko memperlambat respons awal karena tenaga kesehatan dan fasilitas layanan harus menunggu persetujuan pencairan dana sebelum sumber daya yang dibutuhkan dapat diakses. Singkatnya, tidak adanya anggaran khusus permanen untuk program penanggulangan krisis kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Kendari menyebabkan pendanaan lebih bersifat reaktif setelah bencana, yang berpotensi menghambat kecepatan dan efektivitas respons penanggulangan krisis kesehatan.

2. Penggunaan Biaya Penanggulangan Krisis Kesehatan

Selain ketersediaan dana, efektivitas pembiayaan juga sangat bergantung pada pengelolaan dan penggunaan dana tersebut. Pengelolaan yang kurang baik dapat menyebabkan keterlambatan distribusi bantuan, ketidakefisienan pengadaan logistik, dan risiko penyalahgunaan anggaran. Berdasarkan wawancara yang sama, proses pencairan dana BTT untuk tanggap darurat kesehatan menggunakan mekanisme Tambah Uang Persediaan (TU). Dana tersebut disalurkan kepada bendahara pengeluaran Dinas Kesehatan setelah mendapat persetujuan dari Tim Anggaran Pemerintah Daerah (TAPD) dan laporan reviu dari Inspektorat. Penggunaan dana harus dipertanggungjawabkan secara fisik dan keuangan kepada PPKD dengan melampirkan bukti pengeluaran yang sah dan lengkap. Kendala utama dalam penggunaan dana ini adalah proses pencairannya yang tidak bisa dilakukan secara instan karena harus melalui berbagai tahapan administratif yang panjang. Dalam kondisi bencana, prosedur administratif ini dapat menyebabkan keterlambatan pengiriman bantuan medis ke lokasi terdampak, sehingga menurunkan kecepatan respons dan efektivitas penanggulangan krisis kesehatan.

3.4 Diskusi Temuan Utama Penelitian

Penelitian ini menemukan bahwa kesiapsiagaan Dinas Kesehatan Kota Kendari dalam menghadapi krisis kesehatan akibat bencana alam belum optimal, terutama dari aspek dokumen rencana dan SOP, kapasitas SDM, pengelolaan obat dan logistik, serta sistem pembiayaan. Temuan ini berbeda dengan penelitian Maulana dkk. (2021) di Kabupaten Banyuwangi yang menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan dalam kesiapsiagaan krisis kesehatan berada pada kategori baik hingga sangat baik. Sementara di Kota Kendari, ketiadaan SOP dan minimnya pelatihan justru menyebabkan ketidaksiapan personel kesehatan di lapangan.

Namun demikian, temuan ini sejalan dengan temuan Putri (2021) yang juga meneliti Kabupaten Banyuwangi. Ia menemukan bahwa meskipun daerah memiliki risiko tinggi terhadap bencana, SOP kesiapsiagaan belum difungsikan secara optimal dan terdapat kelemahan dalam sistem koordinasi serta alokasi sumber daya. Temuan ini juga memperkuat hasil penelitian Farizi dkk. (2016) di Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, yang menyatakan bahwa meskipun unit khusus seperti P2KK telah dibentuk, pelaksanaan di lapangan masih terkendala oleh minimnya pelatihan dan ketidakteraturan dalam koordinasi lintas sektor. Kesiapsiagaan struktural memang terlihat “siap”, namun belum didukung oleh sistem pelatihan berkelanjutan dan SOP yang baku.

Dalam hal pengelolaan krisis kesehatan, temuan penelitian ini menunjukkan adanya keterlambatan respons akibat tidak berfungsinya sistem tanggap darurat seperti PSC 119. Hal ini sejalan dengan temuan Utomo dkk. (2022) yang menggambarkan perlunya manajemen krisis yang cepat dan tepat dalam menghadapi pandemi COVID-19 varian Omicron. Mereka menekankan pentingnya kesiapan Dinas Kesehatan sebagai institusi garda terdepan dalam merespons krisis sebelum berkembang menjadi fenomena berkepanjangan, terutama melalui strategi komunikasi dan

koordinasi yang efektif..

Dari sisi pelayanan kesehatan publik selama krisis, temuan ini juga menunjukkan hasil yang berbeda dengan temuan dari Sarjito (2024) yang menyatakan bahwa sistem pelayanan kesehatan Indonesia telah menjadi lebih tangguh dan adaptif dalam menghadapi krisis pandemi. Di Kendari, layanan respons cepat seperti PSC 119 justru tidak lagi beroperasi, menunjukkan lemahnya implementasi sistem tanggap darurat secara lokal.

Dengan demikian, temuan penelitian ini memperlihatkan adanya kesenjangan antara teori dan praktik. Kesiapsiagaan Dinas Kesehatan di tingkat lokal sangat dipengaruhi oleh kebijakan daerah, ketersediaan anggaran, serta kualitas koordinasi lintas sektor. Penelitian ini menegaskan bahwa penguatan SOP, pelatihan rutin, sistem pembiayaan darurat, dan sistem informasi yang terintegrasi harus menjadi prioritas dalam memperkuat kesiapsiagaan menghadapi krisis kesehatan akibat bencana.

3.5 Diskusi Temuan Menarik Lainnya

Diskusi temuan menarik lainnya menyoroti bahwa meskipun Dinas Kesehatan Kota Kendari sudah memiliki beberapa langkah awal dalam kesiapsiagaan menghadapi krisis kesehatan akibat bencana alam, masih terdapat sejumlah kendala yang menghambat efektivitas pelaksanaan. Salah satu kendala utama adalah belum adanya Surat Keputusan (SK) resmi pembentukan tim penanggulangan krisis kesehatan, SOP yang jelas, serta rencana kontinjensi dan alokasi anggaran yang memadai. Kondisi ini menyebabkan koordinasi antar instansi terkait kurang optimal dan tim darurat yang ada masih bersifat informal serta belum melakukan latihan kesiapsiagaan secara rutin. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya di daerah lain yang juga menemukan perlunya penguatan kapasitas dan koordinasi lintas sektor guna meningkatkan kesiapsiagaan penanggulangan krisis kesehatan secara menyeluruh.

Selain itu, kondisi lapangan seperti tingginya kasus penyakit yang muncul akibat bencana, misalnya demam berdarah yang meningkat pesat di awal tahun 2024 dengan jumlah korban yang signifikan, mempertegas pentingnya kesiapan sumber daya manusia dan ketersediaan sarana prasarana. Terbatasnya sumber daya manusia serta anggaran menjadi kendala dalam pelaksanaan penanggulangan, termasuk upaya fogging dan pelayanan kesehatan darurat yang terkadang tidak maksimal. Wawancara dengan tenaga kesehatan mengungkapkan kebutuhan mendesak akan pelatihan yang bersifat praktik dan berkelanjutan agar petugas di lapangan dapat siap kapan saja menghadapi bencana. Integrasi dan sinkronisasi sistem antar lembaga juga perlu ditingkatkan agar respons krisis dapat berjalan efektif dan tepat waktu. Temuan ini menjadi dasar penting untuk merekomendasikan perbaikan sistem kesiapsiagaan yang lebih terstruktur dan terorganisir di masa mendatang.

IV. KESIMPULAN

Kesiapsiagaan Dinas Kesehatan Kota Kendari dalam menghadapi krisis kesehatan akibat bencana alam masih tergolong belum optimal, terutama dilihat dari beberapa aspek utama; pada sumber daya manusia kesehatan, pengetahuan tenaga kesehatan masih terbatas karena belum tersedianya SOP tertulis yang jelas, sementara sikap mereka secara umum sudah siap namun kesiapan mental dan kemampuan teknis beragam akibat ketimpangan pelatihan dan belum semua tenaga mengikuti pelatihan kesiapsiagaan; meskipun telah dibentuk tim khusus seperti Emergency Medical Team (EMT) dan Public Health Rapid Response Team (PHRRT), implementasi dan koordinasi lintas sektor masih belum maksimal; dari sisi pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan belum memiliki SOP pelayanan kesehatan yang spesifik untuk situasi krisis, layanan respons cepat belum optimal karena PSC 119 tidak beroperasi dan mobilisasi tenaga medis serta peralatan sering

terhambat akses ke lokasi bencana; sedangkan pada aspek pembiayaan, tidak ada alokasi anggaran khusus untuk penanggulangan krisis kesehatan, dan penggunaan dana menghadapi kendala pencairan yang lambat serta kurang fleksibel, sehingga keseluruhan kesiapsiagaan masih perlu penguatan melalui penyusunan SOP baku, peningkatan koordinasi lintas sektor, pengembangan kapasitas sumber daya manusia, dan pengadaan anggaran khusus untuk mendukung program kesiapsiagaan dan penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana alam di Kota Kendari.

Keterbatasan Penelitian. Penelitian ini memiliki keterbatasan pada ruang lingkup yang hanya menggunakan tiga dari enam dimensi dalam kerangka kerja WHO, yaitu pemberian pelayanan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, dan pembiayaan, sehingga aspek lain dalam sistem kesehatan tidak dibahas secara mendalam. Selain itu, pendekatan kualitatif yang digunakan dengan teknik pengumpulan data wawancara dan dokumentasi, serta fokus pada Dinas Kesehatan Kota Kendari selama 21 hari penelitian, membatasi generalisasi hasil penelitian ini ke wilayah atau kondisi lain. Keterbatasan lain berasal dari kurang optimalnya distribusi tenaga kesehatan, keterbatasan anggaran khusus untuk kesiapsiagaan krisis kesehatan, serta hambatan akses ke lokasi bencana yang dapat mempengaruhi pelaksanaan pelayanan kesehatan dan efektivitas penanggulangan krisis di lapangan. Oleh karena itu, hasil penelitian ini lebih bersifat deskriptif dan kontekstual pada situasi dan kondisi yang spesifik di Kota Kendari saja

Arah Masa Depan Penelitian (*future work*). Penelitian ini menyarankan agar penelitian selanjutnya dapat memperluas cakupan dengan melibatkan berbagai pihak terkait di luar Dinas Kesehatan Kota Kendari untuk mendapatkan gambaran kesiapsiagaan yang lebih komprehensif, serta mengembangkan metode kuantitatif untuk mengukur tingkat kesiapsiagaan secara kuantitatif dan objektif. Selain itu, penelitian mendatang perlu mengeksplorasi aspek teknologi informasi dan komunikasi dalam penanggulangan krisis kesehatan serta memperdalam studi mengenai pengelolaan anggaran dan alokasi sumber daya secara lebih efektif. Penelitian lanjutan juga disarankan untuk melakukan evaluasi jangka panjang terhadap implementasi SOP dan pelatihan yang direkomendasikan guna melihat dampak nyata terhadap peningkatan kesiapsiagaan serta efektivitas koordinasi lintas sektor dalam situasi krisis kesehatan akibat bencana alam. Hal ini diharapkan dapat memberikan kontribusi signifikan dalam pengembangan kebijakan dan strategi penanggulangan krisis kesehatan yang lebih adaptif dan responsif di masa depan .

V. UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan rasa syukur dan terima kasih yang mendalam kepada Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penelitian ini dapat diselesaikan. Terima kasih khusus disampaikan kepada keluarga terutama kedua orang tua yang selalu memberikan doa, dukungan, dan semangat. Ucapan terima kasih juga ditujukan kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung dalam berbagai bentuk, meskipun nama-nama mereka tidak disebutkan secara langsung. Peneliti merasa lokasi penelitian di Lembah Manglayang dan Institut Pemerintahan Dalam Negeri (IPDN) bukan hanya tempat menuntut ilmu, tetapi juga menjadi ruang tumbuh dan belajar yang memberikan kekuatan, keteguhan, dan harapan sepanjang perjalanan studi ini, sehingga peneliti mengenang dan menghargai pengalaman tersebut dengan penuh syukur dan kebanggaan .

VI. DAFTAR PUSTAKA

- Anggito, A., & Setiawan, J. (2018). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Sukabumi: CV Jejak (Jejak Publisher).
- Ardyani, E., Boari, Y., Akhmad, A., Yuliyani, L., Hildawati, H., Suarni, A., ... Judijanto, L. (2023).

- Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif : Pendekatan Metode Kualitatif dan Kuantitatif di Berbagai Bidang. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ayub, S., Kosim, K., Gunada, I. W., & Verawati, I. N. S. P. (2020). Analisis Kesiapsiagaan Bencana Pada Siswa dan Guru di Sekolah Dasar Negeri 6 Mataram. *ORBITA: Jurnal Kajian, Inovasi Dan Aplikasi Pendidikan Fisika*, 6(1), 129–134. <https://doi.org/10.31764/orbita.v6i1.1944>
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana. (2008). Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 4 Tahun 2008 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana.
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana. (2021). Kajian Risiko Bencana Nasional Provinsi Sulawesi Tenggara 2022 - 2026. Kendari: Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana. (2023). *Indeks Risiko Bencana Indonesia (IRBI) Tahun 2023*. Jakarta: Badan Nasional Penanggulangan Bencana.
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana. (2024). Data Informasi Statistik Bencana, Korban dan Kerusakan Menurut Waktu. Retrieved September 29, 2024, from DIBI BNPB website: https://dibi.bnpb.go.id/statistik_menurut_waktu
- Badan Pusat Statistik Sulawesi Tenggara. (2023). Provinsi Sulawesi Tenggara dalam Angka 2023. Kendari: Badan Pusat Statistik Sulawesi Tenggara.
- Dinas Kesehatan Kota Kendari (2024). Profil Kesehatan Kota Kendari Tahun 2023. Kendari: Dinas Kesehatan Kota Kendari.
- Farizi, I., Ismail, N., & Aulia, T. B. (2016). Analisis kesiapsiagaan UPTD Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan (P2KK) Dinas Kesehatan Aceh dalam menghadapi bencana gempa bumi. *Jurnal Ilmu Kebencanaan (JIKA)*, 3(2), 85–93.
- Fitrah, M., & Luthfiyah. (2018). Metodologi Penelitian: Penelitian Kualitatif, Tindakan Kelas, & Studi Kasus. Sukabumi: CV Jejak (Jejak Publisher).
- Hidayat, R., Syahril, & Wibowo, D. (2021). Efektivitas koordinasi antar lembaga dalam penanggulangan bencana di Kabupaten Luwu Timur. *Jurnal Ilmu Pemerintahan IPDN*.
- Hirnima, Z. M. (2017). Capacity building organisasi pada tingkat responsivitas tanggap darurat bencana di Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kabupaten Ponorogo [Skripsi, Universitas Airlangga]. <https://repository.unair.ac.id/67761/>
- IDEP. (2007). Panduan Umum Penanggulangan Bencana Berbasis Masyarakat. Denpasar: Yayasan IDEP.
- Jaya, I. M. L. M. (2020). Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif: Teori, Penerapan, dan Riset Nyata. Bantul: Anak Hebat Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pedoman Nasional Penanggulangan Krisis Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2016 tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- Lamberti-Castronuovo, A., & Valente, M. (2022). Primary health care disaster preparedness: A review of the literature and proposal of a new framework. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 74, 102879. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2022.102879>
- Maulana, A., Putri, R., Haksama, S., & Lailiyah, S. (2021). Analisis pengetahuan dan sikap

- kesiapsiagaan penanggulangan krisis kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. *Majalah Kesehatan Masyarakat Aceh (MaKMa)*, 4(1), 16–25.
- Pemerintah Indonesia. (2007). Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana.
- Pemerintah Indonesia. (2008). Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana.
- Pemerintah Indonesia. (2009). Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Pemerintah Indonesia. (2014). Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
- Pemerintah Kendari. (2022). Peraturan Walikota Kota Kendari Nomor 7 Tahun 2022 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kota Kendari.
- Putra, D. Y. (2022). Manajemen risiko pemerintah daerah dalam penanganan darurat bencana. *Jurnal Inovasi Pemerintahan IPDN*.
- Putri, R. (2020). Analisis kesiapsiagaan Dinas Kesehatan dalam penanggulangan krisis kesehatan di Kabupaten Banyuwangi [Skripsi, Universitas Airlangga]. <https://repository.unair.ac.id/102687/>
- Purnomo, B. T. (2019). Evaluasi tim tanggap darurat gempa bumi di RS Bhayangkara Samsoeri Mertojoso Surabaya [Skripsi, Universitas Airlangga]. <https://repository.unair.ac.id/130537/>
- Ruwandasari, N. (2019). Gambaran pelaksanaan tanggap darurat bencana banjir dan tanah longsor di Kabupaten Pacitan tahun 2017 di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur [Skripsi, Universitas Airlangga]. <https://repository.unair.ac.id/130518/>
- Sarjito, A. (2024). *Pelayanan Kesehatan Masyarakat dalam Krisis: Pembelajaran dari Strategi Respons Pandemi di Indonesia*. *Jurnal Wahana Bina Pemerintahan*, 6(1), 1–9.
- Skryabina, E., Reedy, G., & Amlôt, R. (2017). What is the value of health emergency preparedness exercises? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 21, 274–283. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2016.12.010>
- Siyoto, S., & Sodik, M. A. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian*. Sleman: Literasi Media Publishing.
- Sohrabzadeh, S., Yousefian, S., & Bahramzadeh, A. (2021). A systematic review of health sector responses to the coincidence of disasters and COVID-19. *BMC Public Health*, 21(1), 1611. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10806-9>
- Sosronegoro, L. A. P. (2023). Evaluasi pelayanan kesehatan lingkungan pada respon bencana gempa Cianjur [Skripsi, Universitas Airlangga]. <https://repository.unair.ac.id/130956/>
- Susilawati, A. (2018). Gambaran kesiapan tenaga kesehatan dalam manajemen bencana di Puskesmas wilayah rawan bencana di Kabupaten Sumbawa Barat [Skripsi, Universitas Airlangga]. <https://repository.unair.ac.id/84114/>
- Syahril, M. (2020). Analisis kapasitas pemerintah daerah dalam mitigasi bencana di Sulawesi Selatan. *Jurnal Pemerintahan Daerah IPDN*.
- The Indonesian Institute of Sciences (LIPI), & United Nations Inter- Agency/International Strategy for Disaster Reduction (ISDR). (2006). *Field Library for Disaster Reduction*. Jakarta: United Nations Inter- Agency.
- Utomo, B. S., Pradana, A. W., Baihaqi, F. A., Althof, M. A., Wicaksono, A., & Ziaulhaq, F. (2022). Manajemen krisis Dinas Kesehatan Ponorogo dalam menghadapi Covid-19 varian baru Omicron. *Jurnal Komunikasi Dan Budaya*, 3(1), 75–88. <https://doi.org/10.54895/jkb.v3i1.1399>
- World Health Organization. (2007). *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. Geneva: World Health Organization.
- Yunus, S. R. (2024). Kasus Demam Berdarah di Kendari Terus Meningkat, 10 Orang Meninggal. Retrieved September 29, 2024, from Kompas website:

<https://www.kompas.id/baca/nusantara/2024/03/25/kasus-demam-berdarah-di-kendari-terus-meningkat-10-orang-meninggal-dunia>