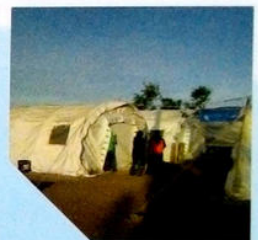




Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia



PEDOMAN TEKNIS

PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN AKIBAT BENCANA

(mengacu pada standar internasional)

*TECHNICAL GUIDELINES FOR
HEALTH CRISIS RESPONSES ON DISASTER*

Panduan bagi Petugas Kesehatan
yang Bekerja dalam Penanganan
Krisis Kesehatan akibat Bencana
di Indonesia



Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

PEDOMAN TEKNIS

PENANGGULANGAN KRISIS

KESEHATAN AKIBAT BENCANA

(mengacu pada standar internasional)

*TECHNICAL GUIDELINES FOR
HEALTH CRISIS RESPONSES ON DISASTER*

Panduan bagi Petugas Kesehatan yang Bekerja dalam Penanganan Krisis Kesehatan akibat Bencana di Indonesia

SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan YME karena atas karunia-Nya kita dapat menyelesaikan revisi pertama Buku Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan akibat Bencana. Revisi pertama buku pedoman ini dilakukan dengan memperbaharui materi dan standar dalam penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana sesuai dengan perkembangan terkini serta mengacu kepada standar internasional (Technical Guidelines of Health Crisis Responses on Disaster).

Kita ketahui bersama, Indonesia merupakan wilayah yang rawan terhadap kejadian bencana, baik bencana alam, kegagalan teknologi maupun bencana karena ulah manusia hingga kedaruratan kompleks. Semua hal tersebut jika terjadi akan menimbulkan krisis kesehatan, antara lain: timbulnya korban massal, konsentrasi massa/pengungsian, masalah pangan dan gizi, masalah ketersediaan air bersih, masalah sanitasi lingkungan, terganggunya pengawasan vektor, penyakit menular, lumpuhnya pelayanan kesehatan, stres pasca trauma dan kelangkaan tenaga kesehatan. Hal ini tentunya akan mengganggu jalannya pembangunan, khususnya pembangunan bidang kesehatan.

Penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana merupakan tugas dan tanggung jawab Kementerian Kesehatan yang harus dilakukan dengan baik secara terpadu dan sinergis bersama pengelola program sektor kesehatan maupun sektor di luar kesehatan.

Salah satu fungsi pemerintah Pusat adalah mempersiapkan standar-standar dan pedoman-pedoman. Pada tahun 2007 telah diluncurkan Buku Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan akibat Bencana yang mengacu kepada standar internasional. Namun dengan adanya perkembangan baru di bidang penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana serta adanya masukan dari daerah, lintas program dan lintas sektor terhadap buku tersebut, maka Kementerian Kesehatan perlu merevisi buku pedoman tersebut agar dapat dijadikan petunjuk atau standar baru bagi tenaga kesehatan yang bekerja dalam penanganan bencana.

Saya menyambut baik dilaksanakannya revisi buku pedoman ini dan saya mengharapkan agar buku ini dapat disosialisasikan dan digunakan sebagai acuan yang baru oleh seluruh institusi kesehatan baik lokal maupun internasional dalam penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana khususnya di Indonesia.

Kepada semua pihak yang membantu tersusunnya buku ini, saya ucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya.

Selamat bekerja!

Jakarta, Desember 2010

MENTERI KESEHATAN



dr. Endang R. Sedyaningsih, MPH, DR.PH

KATA PENGANTAR

Negara Republik Indonesia terletak di daerah rawan bencana. Berbagai jenis kejadian bencana telah terjadi di Indonesia, baik bencana alam (*natural disaster*), bencana karena kegagalan teknologi maupun bencana karena ulah manusia (*manmade disaster*). Kejadian bencana biasanya menimbulkan jatuhnya korban manusia (meninggal, luka-luka dan pengungsian) maupun kerugian harta benda. Adanya korban manusia dapat menimbulkan krisis kesehatan pada masyarakat yang terkena bencana dan masyarakat yang berada di sekitar daerah bencana.

Permasalahan yang sering terjadi dalam penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana di lapangan adalah masalah kurangnya koordinasi, keterlambatan respon tanggap darurat, serta ketidaksiapan lokal dalam pemenuhan sarana dan prasarana. Oleh karena itu, dalam rangka pengurangan dampak risiko bencana perlu adanya peningkatan kapasitas dalam penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana pada tahap sebelum terjadi bencana (pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan).

Keberhasilan penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana ditentukan oleh kesiapan masing-masing unit kesehatan yang terlibat, manajemen penanganan bencana serta kegiatan pokok seperti penanganan korban massal, pelayanan kesehatan dasar di pengungsian, penanggulangan dan pengendalian penyakit, penyediaan air bersih dan sanitasi, penanganan gizi darurat, penanganan kesehatan jiwa, serta pengelolaan logistik dan perbekalan kesehatan.

Dengan dilakukannya revisi Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan akibat Bencana ini diharapkan petugas di jajaran kesehatan, lembaga donor, LSM/NGO nasional dan internasional serta pihak lain yang bekerja/berkaitan dalam penanganan krisis kesehatan akibat bencana di Indonesia menjadi lebih siap dan meningkat kapasitasnya sehingga dapat melakukan upaya penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana dengan lebih optimal.

Untuk itu, revisi pedoman ini dirancang sedemikian rupa dengan

melengkapinya dengan materi-materi terbaru yang sesuai dengan perkembangan sekarang sehingga dapat digunakan sebagai acuan dalam upaya penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana.

Akhirnya kepada semua pihak dan instansi yang terkait baik pemerintah maupun non pemerintah, kami sampaikan penghargaan dan terima kasih yang sebesar-besarnya atas peran sertanya sehingga revisi buku pedoman ini dapat terwujud.

Demikian, semoga buku ini dapat berguna bagi kita semua.

Jakarta, Desember 2010

Sekretaris Jenderal



dr. Ratna Rosita, MPH

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadirat Tuhan YME karena atas perkenan-Nya, Buku Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan akibat Bencana dapat diselesaikan pada waktunya. Buku pedoman ini merupakan revisi awal yang telah melewati beberapa tahapan proses penyempurnaan, sehingga diharapkan dapat lebih memperkaya substansi yang telah ada sebelumnya.

Semua kegiatan penanggulangan bencana, dimulai dari kegiatan pencegahan mitigasi dan kesiapsiagaan yang dilakukan pada fase pra-bencana; kegiatan tanggap darurat pada saat bencana; dan fase pemulihan sebagai masa transisi menuju ke keadaan normal yang didukung oleh kegiatan pemantauan dan pengumpulan informasi, menuntut sebuah pedoman teknis yang praktis, komprehensif dan mudah digunakan oleh para pelaku yang berperan di dalamnya. Di sisi lain, bencana dengan segala karakteristiknya merupakan peristiwa yang juga selalu menuntut pembelajaran dari hari ke hari, tidak terkecuali untuk Indonesia yang telah sejak lama menyandang predikat sebagai negara yang kaya akan bencana. Selain itu dengan adanya UU No. 24 tahun 2007 yang menempatkan Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) sebagai koordinator penanggulangan bencana di Indonesia, turut mengubah mekanisme penanggulangan bencana menjadi lebih terintegrasi dan terkoordinasi. Oleh karena itu, dengan mempertimbangkan berbagai perkembangan yang terjadi saat ini, baik dari segi peraturan maupun mekanisme penanggulangan bencana, maka revisi terhadap Buku Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan akibat Bencana dipandang penting dalam rangka meningkatkan upaya penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana.

Kami mengucapkan terima kasih kepada unit-unit terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan, Unit Pelaksana Teknis, kalangan profesional, WHO-EHA (*Emergency and Humanitarian Action*) dan semua pihak yang telah membantu memberikan masukan, sarana serta perbaikan terhadap buku pedoman ini.

Semoga buku pedoman ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang bekerja dalam penanganan krisis kesehatan, khususnya bagi para petugas di jajaran kesehatan, lembaga donor, LSM/NGO nasional dan internasional.

Jakarta, Desember 2010
Kepala Pusat Penanggulangan Krisis

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized loop at the top and a long horizontal line extending to the right.

Mudjiharto, SKM, MM

Remark WHO Representative to Indonesia

The first edition of Technical guideline of Health Action in Crisis has served as the platform for governments, donor agencies, national and international humanitarian agencies to work more effectively and efficiently based on standards for the people affected. During the implementation, we faced dynamic changes in disaster management based on lesson learnt on the recent disasters occurred in Indonesia such as the type and severity of disaster; recent policies of Government of Indonesia (GoI) and revision on health policy, law and regulations based on the updated version of Standard Operating Procedure (SOP) in each sector related to disaster management.

In 2007, GoI released law no.24 on Disaster Management and established National Disaster Management Agency (NDMA) based on the Presidential Regulation no.8 Year 2008 on 26 January 2008. This agency provides one line command during disaster phase, coordinative function in pre and post disaster phase. The task and function of NDMA is supported by line ministries/departments including Ministry of Health (MOH) and related organizations based on their tasks and functions.

This guideline has been modified based on the updated SOP from each unit in MOH and UN agencies. It is expected to strengthen the Disaster Risk Reduction Programme in Health Sector (DRR-PHS) and disaster emergency management as a whole in various sectors, enabling self sustainability in reducing risk by having good preparations and effective response to emergencies and disasters according to updated Standard Operating Procedures in 446 districts, Indonesia by 2012.

WHO will always provide necessary supports for MOH in addressing Disaster Management. I would like to thank everyone involved in making this work possible.

Dr. Khanchit Limpakarnjanarat
WHO Representative to Indonesia

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Karakteristik Bencana.....	10
Tabel 2.2	Klaster yang ada di Indonesia beserta organisasi ketua dan anggotanya	18
Tabel 2.3	Koordinasi serta pembagian wewenang dan tanggung jawab dalam pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan pada penanggulangan bencana	26
Tabel 2.4	Jenis obat dan jenis penyakit sesuai dengan jenis bencana	28
Tabel 3.1	Jenis penyakit, obat, dan perbekalan kesehatan pada tahap tanggap darurat berdasarkan bencana.....	131
Tabel 3.2	Contoh Obat untuk Pos Kesehatan dan Pustu dengan tenaga medis dan paramedis	135

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Siklus Penanganan Bencana.....	7
Gambar 2.2	Struktur Organisasi dalam Kementerian Kesehatan pada Penanggulangan Bencana	13
Gambar 2.3	Hubungan antara BNPB dan Kementerian Kesehatan	14
Gambar 2.4	Peta Lokasi PPK Regional	16
Gambar 2.5	Alur penyampaian informasi pra bencana.....	30
Gambar 2.6	Alur penyampaian dan konfirmasi informasi awal kejadian bencana	31
Gambar 2.7	Alur penyampaian informasi penilaian cepat kesehatan.....	33
Gambar 2.8	Alur penyampaian dan konfirmasi informasi perkembangan kejadian bencana.....	36
Gambar 3.1	Pembagian area kerja	46
Gambar 3.2	Pos pelayanan medis depan	51
Gambar 3.3	Pos pelayanan medis lanjutan standar	52
Gambar 3.4	Alur evakuasi korban dengan sistem noria	53
Gambar 3.5	Permintaan dan pendistribusian obat dan perbekalan kesehatan	127
Gambar 3.6	Alur pelaporan tahap tanggap darurat.....	130

DAFTAR ISI

Sambutan Menteri Kesehatan Republik Indonesia	iii
Kata Pengantar	v
Ucapan Terima kasih	viii
Sambutan Perwakilan WHO Indonesia.....	ix
Daftar Tabel.....	x
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Isi	xii
I. PENDAHULUAN.....	1
1. Latar Belakang	4
2. Tujuan	4
3. Sasaran	4
4. Dasar Hukum	4
II MANAJEMEN PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN	6
1. Konsep Dasar dan Karakteristik Bencana.....	6
1.1. Konsep dasar manajemen penanggulangan bencana.....	6
1.2. Karakteristik bencana	9
2. Kebijakan Penanganan Krisis Kesehatan	11
2.1. Pengorganisasian.....	11
a. Tingkat pusat.....	12
b. Tingkat daerah.....	19
2.2. Mekanisme pengelolaan bantuan	20
a. Sumber daya manusia.....	20
b. Obat dan persediaan kesehatan.....	23
c. Pengelolaan bantuan SDM internasional.....	24
d. Pengelolaan donasi obat dari donor internasional	25
2.3. Pengelolaan Data dan Informasi Penanggulangan Krisis.....	29
a. Informasi pra bencana	29
b. Informasi saat dan pasca bencana	30

III	PELAYANAN KESEHATAN SAAT BENCANA	38
1.	Pelayanan Kesehatan Korban.....	38
1.1.	Pusat pengendali operasi kesehatan	38
1.2.	Tahap penyiagaan.....	40
1.3.	Tahap upaya awal (initial action).....	41
1.4.	Tahap rencana operasi.....	42
a.	Menyusun rencana operasi.....	42
b.	Keselamatan	43
1.5.	Tahap operasi tanggap darurat dan pemulihan darurat.....	44
a.	Pencarian dan penyelamatan.....	44
b.	Triase	46
c.	Pertolongan pertama	49
d.	Proses pemindahan korban	52
e.	Perawatan di rumah sakit	54
f.	Evakuasi pos medis sekunder	62
2.	Pelayanan Kesehatan Pengungsi.....	62
2.1.	Pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan.....	62
a.	Surveilans penyakit dan faktor resiko	63
b.	Proses kegiatan surveilans	65
c.	Imunisasi	70
d.	Pengendalian vektor	71
e.	Pencegahan dan pengendalian penyakit	73
2.2.	Air bersih dan sanitasi.....	100
a.	Air bersih	100
b.	Pembuangan kotoran.....	106
c.	Sanitasi pengelolaan sampah	108
d.	Pengawasan dan pengamanan makanan dan minuman	109
2.3.	Pelayanan kesehatan gizi.....	110
a.	Surveilans gizi darurat	110
b.	Penanganan gizi darurat	112
c.	Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) usia 0-24 bulan.....	118
2.4.	Pengelolaan obat bencana.....	124
a.	Tahap kesiapsiagaan	124
b.	Tahap tanggap darurat	125

c.	Tahap rehabilitasi dan rekonstruksi	136
d.	Evaluasi	137
2.5.	Kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana	139
2.6.	Penanganan kesehatan jiwa	146
a.	Fase kedaruratan akut	146
b.	Fase rekonsiliasi	149
c.	Fase rekonsolidasi	153
IV	PENATALAKSANAAN KORBAN MATI	157
1.	Proses Disaster Victim Identification	157
1.1.	Fase 1 : fase TKP	157
1.2.	Fase 2 : fase post mortem	159
1.3.	Fase 3 : fase ante mortem	161
1.4.	Fase 4 : fase rekonsiliasi	161
1.5.	Fase 5 : fase debriefing	162
2.	Metode dan Teknik Identifikasi	162
3.	Prinsip Identifikasi	164
4.	Setelah Korban Teridentifikasi	164
5.	Jika Korban Tak Teridentifikasi	165
6.	Beberapa Hal Penting Berkaitan dengan Tata Laksana	166
V	MONITORING DAN EVALUASI	167
	DAFTAR PUSTAKA	171
	LAMPIRAN	L. 1

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Indonesia memiliki kondisi geografis, geologis, hidrologis, dan demografis yang memungkinkan terjadinya bencana, baik yang disebabkan oleh faktor alam, faktor nonalam maupun faktor manusia yang menyebabkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis yang dalam keadaan tertentu dapat menghambat pembangunan nasional.

Wilayah Indonesia secara geografis dan geologis dapat digambarkan sebagai berikut:

- a. merupakan negara kepulauan yang terletak pada pertemuan empat lempeng tektonik, yaitu: lempeng Euroasia, Australia, Pasifik, dan Filipina.
- b. terdapat 130 gunung api aktif di Indonesia yang terbagi dalam Tipe A, Tipe B, dan Tipe C. Gunung api yang pernah meletus sekurang-kurangnya satu kali sesudah tahun 1600 dan masih aktif digolongkan sebagai gunung api tipe A, tipe B adalah gunung api yang masih aktif tetapi belum pernah meletus sedangkan tipe C adalah gunung api yang masih di indikasikan sebagai gunung api aktif.
- c. terdapat lebih dari 5.000 sungai besar dan kecil yang 30% di antaranya melewati kawasan padat penduduk dan berpotensi terjadinya banjir, banjir bandang dan tanah longsor pada saat musim penghujan.

Beberapa kejadian bencana besar di Indonesia antara lain:

- a. **gempa bumi dan tsunami.** Gempa bumi dan tsunami terbesar terjadi pada tanggal 26 Desember 2004, melanda Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam dan sebagian wilayah Provinsi Sumatera Utara dengan jumlah korban yang sangat besar, yaitu 120.000 orang meninggal, 93.088 orang hilang dan 4.632 orang luka-luka. Kemudian pada tanggal 17 Juli 2006, peristiwa yang sama kembali melanda pantai Selatan Jawa (Pangandaran, Ciamis, Tasikmalaya, Garut, Banjar, Cilacap,

Kebumen, Gunung Kidul dan Tulung Agung) yang menelan korban 684 orang meninggal dunia, 82 orang orang hilang dan korban dirawat inap sebanyak 477 orang dari 11.021 orang yang luka-luka. Empat tahun kemudian, tepatnya pada 25 Oktober 2010, peristiwa gempa bumi dan tsunami kembali terjadi di Kab. Mentawai Provinsi Sumatera Barat dengan jumlah korban sebanyak 509 orang;

- b. gempa bumi.** Gempa bumi Nias, Sumatera Utara terjadi pada 28 Maret 2005 dengan jumlah korban meninggal 128 orang, korban hilang 25 orang dan korban luka-luka sebanyak 1.987 orang. Setahun kemudian, tepatnya pada 27 Mei 1976 gempa bumi kembali mengguncang DI Yogyakarta dan Jawa Tengah yang menelan korban sebanyak 5.778 orang meninggal, 26.013 orang rawat inap dan 125.195 orang rawat jalan. Kemudian pada 30 September 2009, gempa bumi Sumatera Barat dengan kekuatan 7,6 Skala Richter kembali lagi terjadi di lepas pantai Sumatera Barat pada pukul 17:16:10 WIB mengakibatkan korban meninggal dunia sebanyak 1.117 orang, korban luka berat sebanyak 788 orang, korban luka ringan sebanyak 2.727 orang dan pengungsi sebanyak 2.845 orang. Selain itu, sebanyak 279.201 unit rumah mengalami kerusakan. Sarana kesehatan yang rusak sebanyak 292 unit, terdiri dari 10 rumah sakit, 53 puskesmas, 137 pusku, 6 kantor dinas, 15 polindes/poskesdes, 2 gudang farmasi dan 69 rumah dinas;
- c. ledakan bom.** Ledakan bom Bali I 12 Oktober 2002, ledakan bom Bali II 1 Oktober 2005 dan ledakan bom di wilayah Jakarta (bom Gereja Santa Anna dan HKBP 22 Juli 2001, bom Plaza Atrium Senen 23 September 2001, bom sekolah Australia 6 November 2001, bom tahun baru Bulungan 1 Januari 2002, bom kompleks Mabes Polri Jakarta 3 Februari 2003, bom bandara Soekarno-Hatta Jakarta 27 April 2003, bom JW Marriott 5 Agustus 2003, bom Pamulang Tangerang 8 Juni 2005, bom di Hotel JW Marriott dan Ritz-Carlton Jakarta 17 Juli 2009) mengakibatkan permasalahan kesehatan yang juga berdampak kepada aspek sosial, politik, ekonomi, hukum dan budaya di Indonesia;
- d. letusan gunung berapi.** Letusan Gunung Merapi di Jawa Tengah 15 Mei 2006 mengakibatkan 4 orang meninggal, 5.674 orang pengungsian dengan permasalahan kesehatannya. Meletusnya Gunung Merapi di Provinsi Jawa Tengah dan DI Yogyakarta 25 Oktober 2010, mengakibatkan korban meninggal dunia sebanyak 347 orang

yang terdiri dari 249 orang di Provinsi DI Yogyakarta dan 98 orang di Provinsi Jateng, korban rawat inap sebanyak 258 orang, korban rawat jalan sebanyak 52.272 orang dan jumlah pengungsi sebanyak 61.154 jiwa yang tersebar di 550 titik. Adapun fasilitas kesehatan yang rusak sebanyak 65 unit;

- e. **kegagalan teknologi.** Kasus kegagalan teknologi yang pernah terjadi adalah ledakan pabrik pupuk Petro Widada Gresik pada tanggal 20 Januari 2004 dengan jumlah korban meninggal 2 orang dan 70 orang luka bakar;
- f. **banjir lumpur panas.** Banjir lumpur panas yang sampai kini masih menjadi permasalahan di Indonesia sejak 29 Mei 2006 adalah lumpur lapindo di Sidoarjo di lokasi pengeboran Lapindo Brantas Inc, Dusun Balongnongo, Desa Renokenongo, Kecamatan Porong, Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur yang mengakibatkan pengungsian sebanyak 10.574 jiwa;
- g. **banjir bandang.** Banjir bandang di Kabupaten Teluk Wondama Provinsi Papua Barat 4 Oktober 2010, mengakibatkan korban meninggal dunia sebanyak 161 orang, korban rawat inap 36 orang, pulang sembuh 129 orang, korban rawat jalan 5.154 orang, dan pengungsi sebanyak 7.950 jiwa yang tersebar di empat kabupaten/kota di Prov. Papua Barat dan satu kabupaten di Provinsi Papua. Adapun fasilitas kesehatan yang rusak tercatat sebanyak 42 unit;
- h. **konflik.** Sejak awal tahun 1999 telah terjadi konflik vertikal dan konflik horizontal di Indonesia, ditandai dengan timbulnya kerusuhan sosial, misalnya di Sampit Sambas, Kalimantan Barat, Maluku, Aceh, Poso, Sulawesi, Nusa Tenggara Timur, Papua, Tarakan dan berbagai daerah lainnya yang berdampak pada terjadinya pengungsian penduduk secara besar-besaran.

Semua kejadian tersebut menimbulkan krisis kesehatan, antara lain: lumpuhnya pelayanan kesehatan, korban mati, korban luka, pengungsi, masalah gizi, masalah ketersediaan air bersih, masalah sanitasi lingkungan, penyakit menular, gangguan kejiwaan dan gangguan pelayanan kesehatan reproduksi.

Secara umum, upaya penanggulangan krisis kesehatan masih menghadapi berbagai macam kendala, antara lain:

- a. sistem informasi yang belum berjalan dengan baik;
- b. mekanisme koordinasi belum berfungsi dengan baik;
- c. mobilisasi bantuan ke lokasi bencana masih terhambat;
- d. sistem pembiayaan belum mendukung;
- e. keterbatasan sumber daya yang akan dikirim maupun yang tersedia di daerah bencana;
- f. pengelolaan bantuan lokal maupun internasional yang belum baik.

Oleh karena itu perlu adanya standar bagi petugas kesehatan, LSM/NGO nasional maupun internasional, lembaga donor dan masyarakat yang bekerja atau berkaitan dalam penanganan krisis kesehatan.

2. Tujuan

Tujuan umum:

Memberikan acuan bagi petugas kesehatan dalam penanganan krisis kesehatan.

Tujuan khusus:

1. tersedianya standar teknis pelayanan kesehatan dalam penanganan krisis kesehatan;
2. tersedianya standar pengelolaan bantuan kesehatan, data dan informasi penanganan krisis kesehatan.

3. Sasaran

Seluruh petugas di jajaran kesehatan, lembaga donor, LSM/NGO nasional dan internasional serta pihak lain yang bekerja/berkaitan dalam penanganan krisis kesehatan.

4. Dasar Hukum

- a. Undang-undang Nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4723);
- b. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- c. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);

- d. Peraturan Pemerintah nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom (Lembar Negara Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952);
- e. Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2009 tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara;
- f. Peraturan Presiden Nomor 24 Tahun 2010 tentang Kedudukan, Tugas Dan Fungsi kementerian Negara Serta Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Eselon I Kementerian Negara;
- g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor. 1575/Menkes/PER/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor. 1575/Menkes/PER/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
- h. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 949/Menkes/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB)
- i. Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Kapolri Nomor 1087/Menkes/SKB/IX/2004 dan nomor Pol. : Kep/40/IX/2004 tentang Pedoman Penatalaksanaan Identifikasi Korban Mati pada Bencana Massal
- j. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 448 /Menkes/SK/VII/1993 tentang Pembentukan tim Kesehatan Penanggulangan Bencana di setiap Rumah Sakit
- k. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 28/Menkes/SK/I/1995 tentang Petunjuk Pelaksanaan Umum Penanggulangan Medik Korban Bencana
- l. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 205/Menkes/SK/III/1999 tentang Prosedur Permintaan Bantuan dan Pengiriman Bantuan
- m. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 066/MENKES/SK/II/2006 tentang Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan Dalam Penanggulangan Bencana
- n. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 145/MENKES/SK/I/2007 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan

BAB II

MANAJEMEN PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

1. Konsep Dasar dan Karakteristik Bencana

1.1. Konsep dasar manajemen penanggulangan bencana

Manajemen penanggulangan bencana memiliki kemiripan dengan sifat-sifat manajemen lainnya secara umum. Meski demikian terdapat beberapa perbedaan, yaitu:¹

- a. nyawa dan kesehatan masyarakat merupakan masalah utama;
- b. waktu untuk bereaksi yang sangat singkat;
- c. risiko dan konsekuensi kesalahan atau penundaan keputusan dapat berakibat fatal;
- d. situasi dan kondisi yang tidak pasti;
- e. petugas mengalami stres yang tinggi;
- f. informasi yang selalu berubah.

Manajemen penanggulangan bencana adalah pengelolaan penggunaan sumber daya yang ada untuk menghadapi ancaman bencana dengan melakukan perencanaan, penyiapan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi di setiap tahap penanggulangan bencana yaitu pra, saat dan pasca bencana. Pada dasarnya, upaya penanggulangan bencana meliputi:

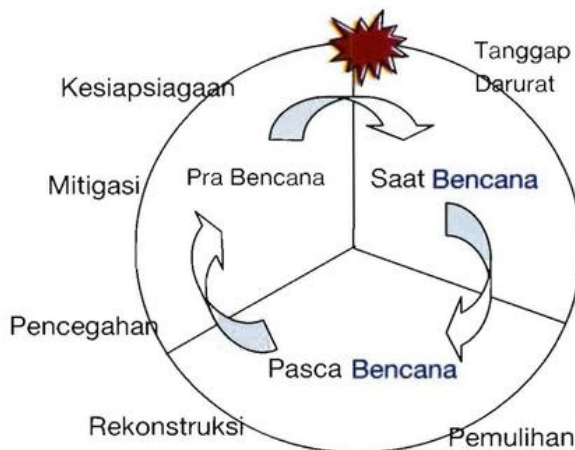
- a. Tahap prabencana, terdiri atas:
 - 1) Situasi tidak terjadi bencana, kegiatannya adalah pencegahan dan mitigasi
 - 2) Situasi potensi terjadi bencana, kegiatannya berupa kesiapsiagaan
- b. Tahap saat bencana, kegiatan adalah tanggap darurat dan pemulihan darurat
- c. Tahap pasca bencana, kegiatannya adalah rehabilitasi dan rekonstruksi

¹ UNHCR. Buku Pegangan Kedaruratan. Edisi Kedua. Hlm. 34

Setiap tahapan bencana tersebut dapat digambarkan dalam suatu siklus seperti dibawah. ²

Setiap tahap penanggulangan tersebut tidak dapat dibatasi secara tegas. Dalam pengertian bahwa upaya prabencana harus terlebih dahulu diselesaikan sebelum melangkah pada tahap tanggap darurat dan dilanjutkan ke tahap berikutnya, yakni pemulihan. Siklus ini harus dipahami bahwa pada setiap waktu, semua tahapan dapat dilaksanakan secara bersama-sama pada satu tahapan tertentu dengan porsi yang berbeda. Misalnya, tahap pemulihan kegiatan utamanya adalah pemulihan tetapi kegiatan pencegahan dan mitigasi dapat juga dilakukan untuk mengantisipasi bencana yang akan datang.³

Gambar 2.1. Siklus Penanggulangan Bencana



Berbagai upaya penanggulangan bencana yang dapat dilakukan pada setiap tahap dalam siklus bencana antara lain:⁴

a. pencegahan dan mitigasi;

² Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana No. 4 tahun 2008 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana. Jakarta, 2008.

³ Ibid. hlm. 5

⁴ Ibid. hlm. 21 - 23

Upaya ini bertujuan menghindari terjadinya bencana dan mengurangi risiko dampak bencana. Upaya-upaya yang dilakukan antara lain:

- 1) penyusunan kebijakan, peraturan perundangan, pedoman dan standar;
- 2) pembuatan peta rawan bencana dan pemetaan masalah kesehatan
- 3) pembuatan brosur//*leaflet*/poster
- 4) analisis risiko bencana
- 5) pembentukan tim penanggulangan bencana
- 6) pelatihan dasar kebencanaan
- 7) membangun sistem penanggulangan krisis kesehatan berbasis masyarakat.

b. kesiapsiagaan;

Upaya kesiapsiagaan dilaksanakan untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya bencana. Upaya kesiapsiagaan dilakukan pada saat bencana mulai teridentifikasi akan terjadi. Upaya-upaya yang dapat dilakukan antara lain:

- 1) penyusunan rencana kontinjensi;
- 2) simulasi/gladi/pelatihan siaga;
- 3) penyiapan dukungan sumber daya;
- 4) penyiapan sistem informasi dan komunikasi.

c. tanggap darurat;

Upaya tanggap darurat bidang kesehatan dilakukan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan. Upaya yang dilakukan antara lain:

- 1) penilaian cepat kesehatan (*rapid health assessment*);
- 2) pertolongan pertama korban bencana dan evakuasi ke sarana kesehatan;
- 3) pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan;
- 4) perlindungan terhadap kelompok risiko tinggi kesehatan.

d. pemulihan.

Upaya pemulihan meliputi rehabilitasi dan rekonstruksi. Upaya rehabilitasi bertujuan mengembalikan kondisi daerah yang terkena bencana yang serba tidak menentu ke kondisi normal yang lebih baik. Upaya rekonstruksi bertujuan membangun kembali sarana dan prasarana yang rusak akibat bencana secara lebih baik dan sempurna. Upaya-upaya yang dilakukan antara lain:

- 1) perbaikan lingkungan dan sanitasi;
- 2) perbaikan fasilitas pelayanan kesehatan;
- 3) pemulihan psiko-sosial;
- 4) peningkatan fungsi pelayanan kesehatan;

1.2. Karakteristik bencana

Setiap jenis bencana memiliki karakteristik dan sangat berkaitan erat dengan masalah yang dapat diakibatkannya. Dengan mengenal karakteristik setiap ancaman, kita dapat mengetahui perilaku ancaman tersebut dan menyusun langkah-langkah pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan termasuk dalam penyusunan rencana operasional saat terjadi bencana. Berikut beberapa karakteristik jenis bencana:⁵⁶

⁵ Carter, W. Nick. Disaster Management. A Disaster Manager's Handbook. ADB Manila. 1991. Hlm 9-21.

⁶ BNPB. Pengenalan Karakteristik Bencana dan Upaya Mitigasinya. Edisi 2. Jakarta, 2007.

Tabel 2.1. Karakteristik Bencana

Jenis bencana	Karakteristik	Permasalahan spesifik
Gempa bumi	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda-tanda peringatan - Onset kejadian tiba-tiba - Dampak utamanya diakibatkan oleh pergerakan patahan dan mengakibatkan kerusakan struktur bangunan dan infrastruktur 	<ul style="list-style-type: none"> - Memerlukan evakuasi dan tindakan medis segera - Kesukaran akses dan mobilisasi - Dalam beberapa kejadian dapat menyebabkan masalah perekonomian di wilayah yang terkena
Erupsi gunung api	<ul style="list-style-type: none"> - Biasanya ada tanda peringatan dan dapat diprediksi - Dapat merusak struktur bangunan - Aliran lava dapat mengakibatkan kebakaran - Sebaran debu vulkanik dapat menjangkau areal yang luas - Banjir lava dapat terjadi jika disertai hujan 	<ul style="list-style-type: none"> - Debu vulkanik menyebabkan masalah pernapasan dan dapat mencemari sumber air - Kasus luka bakar dapat terjadi - Sikap apatis masyarakat yang menganggap erupsi kecil sebagai hal yang biasa terjadi - Memerlukan evakuasi dan tindakan medis
Tsunami	<ul style="list-style-type: none"> - Adatanda peringatan dan dapat diprediksi - Gelombang tsunami dapat sangat destruktif terhadap lingkungan di daerah pesisir termasuk merusak struktur bangunan dan infrastruktur 	<ul style="list-style-type: none"> - Waktu evakuasi yang sangat singkat - Memerlukan evakuasi dan tindakan medis segera
Angin siklon tropis	<ul style="list-style-type: none"> - Biasanya dapat diprediksi dan terkait musim - Dapat merusak struktur bangunan dan memutus akses 	<ul style="list-style-type: none"> - Memerlukan evakuasi dan tindakan medis
Banjir	<ul style="list-style-type: none"> - Onset kejadian dapat berlangsung lambat, cepat atau tanpa peringatan (banjir bandang) - Biasanya terkait musim - Dampak merusak tergantung pada tinggi air, luas genangan, lamanya genangan, kecepatan aliran material yang hanyut dan tingkat kekompakan/endapan lumpur - Dapat mengakibatkan kerusakan struktur bangunan dan infrastruktur - Dapat memutus akses dan mengisolasi masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> - Dapat mengakibatkan masalah kesehatan masyarakat - Biasanya memerlukan evakuasi
Tanah longsor	<ul style="list-style-type: none"> - Onset kejadian berlangsung cepat dengan atau tanpa peringatan - Mengakibatkan kerusakan struktur bangunan - Dapat memutus akses 	<ul style="list-style-type: none"> - Memerlukan evakuasi dan tindakan medis segera - Kadang terdapat kesukaran akses di lokasi
Gangguan Kamtibmas	<ul style="list-style-type: none"> - Keamanan dan ketertiban masyarakat berubah secara temporer dan bermakna yang proses terjadinya bermacam-macam, dilihat dari penyebab onset lama, lokasi, dan beratnya dampak yang diakibatkan, contohnya kasus-kasus kriminal, ancaman teror/intimidasi di antara warga masyarakat; masyarakat merasa resah keadaan tidak kondusif 	<ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan lingkungan - Banyaknya korban dalam masyarakat

2. Kebijakan Penanganan Krisis Kesehatan

Kejadian bencana dapat menimbulkan krisis kesehatan, maka penanganannya perlu diatur dalam bentuk kebijakan sebagai berikut:

- a. setiap korban akibat bencana mendapatkan pelayanan kesehatan sesegera mungkin secara maksimal dan manusiawi;
- b. prioritas selama masa tanggap darurat adalah penanganan gawat darurat medik terhadap korban luka dan identifikasi korban mati di sarana kesehatan;
- c. pelayanan kesehatan yang bersifat rutin di fasilitas-fasilitas kesehatan pada masa tanggap darurat harus tetap terlaksana secara optimal;
- d. pelaksanaan penanganan krisis kesehatan dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi dan Pusat dan dapat dibantu oleh masyarakat nasional dan internasional, lembaga donor, maupun bantuan negara sahabat;
- e. bantuan kesehatan dari dalam maupun luar negeri mengikuti ketentuan yang berlaku yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan dan Kementerian atau lembaga terkait;
- f. penyediaan informasi yang berkaitan dengan penanggulangan kesehatan pada bencana dilaksanakan oleh dinas kesehatan setempat selaku anggota BPBD/Satkorlak/Satlak;
- g. monitoring dan evaluasi berkala pelaksanaan penanggulangan krisis kesehatan dilakukan dan diikuti oleh semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan penanggulangan kesehatan.

2.1. Pengorganisasian

Tugas penyelenggaraan penanggulangan bencana ditangani oleh Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) di tingkat pusat dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) di tingkat daerah.

a. Tingkat pusat

- 1) Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB)

BNPB merupakan lembaga pemerintah non departemen setingkat menteri yang memiliki fungsi merumuskan dan menetapkan kebijakan penanggulangan

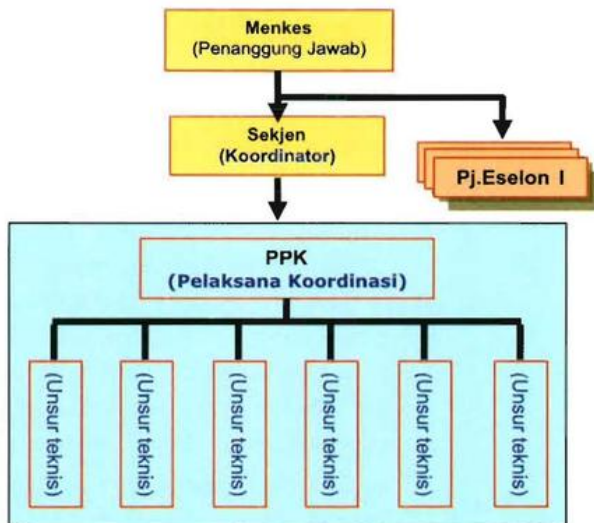
bencana dan penanganan pengungsi secara cepat, tepat, efektif dan efisien serta mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan penanggulangan bencana secara terencana, terpadu dan menyeluruh. Adapun tugas dari BNPB adalah sebagai berikut:

- a. memberikan pedoman dan pengarahan terhadap usaha penanggulangan bencana yang mencakup pencegahan bencana, penanganan tanggap darurat, rehabilitasi, dan rekonstruksi secara adil dan setara;
 - b. menetapkan standardisasi dan kebutuhan penyelenggaraan penanggulangan bencana berdasarkan peraturan perundang-undangan;
 - c. menyampaikan informasi kegiatan kepada masyarakat;
 - d. melaporkan penyelenggaraan penanggulangan bencana kepada Presiden setiap sebulan sekali dalam kondisi normal dan pada setiap saat dalam kondisi darurat bencana;
 - e. menggunakan dan mempertanggungjawabkan sumbangan/bantuan nasional dan internasional;
 - f. mempertanggungjawabkan penggunaan anggaran yang diterima dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara;
 - g. melaksanakan kewajiban lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. menyusun pedoman pembentukan BPBD.
- 2) Kementerian Kesehatan

Tugas dan kewenangan Kementerian Kesehatan adalah merumuskan kebijakan, memberikan standar dan arahan serta mengkoordinasikan penanganan krisis dan masalah kesehatan lain, baik dalam tahap sebelum, saat maupun setelah terjadinya. Dalam pelaksanaannya dapat melibatkan instansi terkait, baik pemerintah maupun non pemerintah, LSM, lembaga internasional, organisasi profesi maupun organisasi kemasyarakatan

sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Selain itu Kementerian Kesehatan secara aktif membantu mengoordinasikan bantuan kesehatan yang diperlukan oleh daerah yang mengalami situasi krisis dan masalah kesehatan lain.

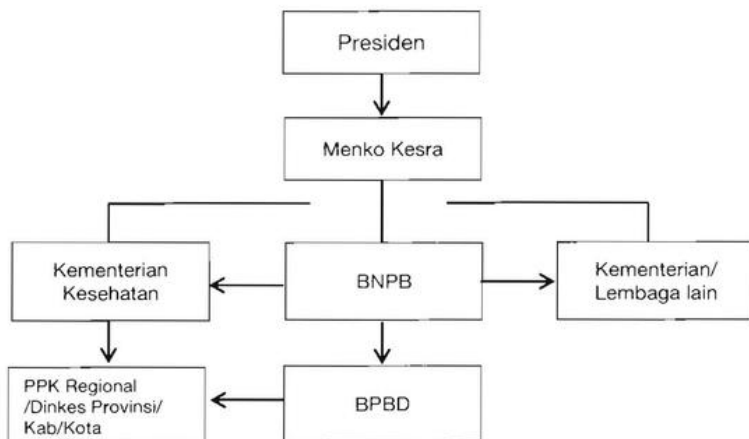
Gambar 2.2. Struktur organisasi dalam Kementerian Kesehatan pada penanggulangan bencana



a) Hubungan antara BNPB dan Kementerian Kesehatan

Dalam Peraturan Presiden No 8 tahun 2008 tentang Badan Nasional Penanggulangan Bencana dinyatakan bahwa dalam menjalankan tugas dan fungsinya, BNPB dikoordinasikan oleh Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat dan salah satu unsur pengarah BNPB adalah pejabat eselon 1 Kementerian Kesehatan. Hubungan antara BNPB dan Kementerian Kesehatan terlihat pada diagram dibawah.

Gambar 2.3. Hubungan antara BNPB dan Kementerian Kesehatan



b) Pusat Penanggulangan Krisis Regional

Kementerian Kesehatan membentuk 9 (sembilan) Pusat Bantuan Regional Penanganan Krisis Kesehatan yang berperan untuk mempercepat dan mendekatkan fungsi bantuan kesehatan dan masing-masing dilengkapi dengan SDM kesehatan terlatih dan sarana, bahan, obat serta perlengkapan kesehatan lainnya, yaitu di:

1. regional Sumatera Utara berkedudukan di Medan dengan wilayah pelayanan Provinsi NAD, Provinsi Sumatera Utara, Provinsi Riau, Provinsi Kepulauan Riau dan Sub Regional Sumatera Barat;
2. regional Sumatera Selatan berkedudukan di Palembang dengan wilayah pelayanan Provinsi Sumatera Selatan, Provinsi Jambi, Provinsi Bangka Belitung, dan Provinsi Bengkulu;
3. regional DKI Jakarta kedudukan di Jakarta dengan wilayah pelayanan Provinsi Lampung, Provinsi DKI Jakarta, Provinsi Banten, Provinsi Jawa Barat dan Provinsi Kalimantan Barat;

4. regional Jawa Tengah di Semarang dengan wilayah pelayanan Provinsi DI Yogyakarta dan Provinsi Jawa Tengah;
5. regional Jawa Timur di Surabaya sebagai Posko wilayah tengah dengan wilayah pelayanan Jawa Timur;
6. regional Kalimantan Selatan di Banjarmasin dengan wilayah pelayanan Provinsi Kalimantan Timur, Provinsi Kalimantan Tengah dan Provinsi Kalimantan Selatan;
7. regional Bali di Denpasar dengan wilayah pelayanan Provinsi Bali, Provinsi Nusa Tenggara Barat dan Provinsi Nusa Tenggara Timur;
8. regional Sulawesi Utara di Manado dengan wilayah pelayanan Provinsi Gorontalo, Provinsi Sulawesi Utara dan Provinsi Maluku Utara;
9. regional Sulawesi Selatan di Makassar, sebagai Posko Wilayah Timur dengan wilayah pelayanan Provinsi Sulawesi Tengah, Provinsi Sulawesi Selatan, Provinsi Sulawesi Tenggara, Provinsi Sulawesi Barat, Provinsi Maluku serta Sub Regional Papua. Sub Regional Papua berpusat di Jayapura dengan wilayah pelayanan Provinsi Papua dan Provinsi Irian Jaya Barat.

Gambar 2.4. Peta Lokasi PPK Regional



Pusat Regional Penanganan Krisis Kesehatan berfungsi:

1. sebagai pusat komando dan pusat informasi (*media centre*) kesiapsiagaan dan penanggulangan kesehatan akibat bencana dan krisis kesehatan lainnya;
2. fasilitasi *buffer stock* logistik kesehatan (bahan, alat dan obat-obatan);
3. menyiapkan dan menggerakkan Tim Reaksi Cepat dan bantuan SDM kesehatan yang siap digerakkan di daerah yang memerlukan bantuan akibat bencana dan krisis kesehatan lainnya;
4. sebagai pusat networking antara 3 komponen kesehatan dalam regional tersebut yaitu dinas kesehatan, fasilitas kesehatan dan perguruan tinggi.

Sementara ini Kementerian Kesehatan telah memiliki 9 Pusat Bantuan Regional dan 2 Sub Regional. Namun demikian tidak menutup kemungkinan di masa datang akan dikembangkan lagi pusat-pusat bantuan regional lainnya yang bertujuan mempercepat akses

penanggulangan krisis kesehatan berdasarkan kedekatan wilayah dan kemudahan akses bantuan.

c) Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan

Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) dan Balai Teknis Kesehatan Lingkungan Pemberantasan Penyakit Menular (BTKL) serta Laboratorium Kesehatan Daerah (Labkesda) merupakan unit-unit pelaksana teknis Kemenkes di daerah. KKP berperan dalam memfasilitasi penanganan keluar masuknya bantuan sumber daya kesehatan melalui pelabuhan laut/udara dan daerah perbatasan serta karantina kesehatan. BTKL berperan dalam perkuatan sistem kewaspadaan dini dan rujukan laboratorium.

d) Hubungan antara Pemerintah dengan Komunitas Internasional

Pendekatan klaster (*cluster approach*) adalah suatu model koordinasi dengan mengelompokkan para pelaku kemanusiaan berdasarkan gugus kerja untuk memberikan respon darurat yang lebih dapat diperkirakan dengan penetapan 'pimpinan' kelompok/ klaster. Pimpinan klaster bersama-sama dengan sektor-sektor pemerintah membangun koordinasi baik dalam perencanaan maupun pelaksanaan. Pendekatan klaster bertujuan agar bantuan respon darurat dapat dilaksanakan secara lebih terkoordinasi antar pelaku baik dari pemerintah maupun non pemerintah. Pendekatan klaster dilaksanakan pada kejadian bencana berskala besar atau membutuhkan bantuan internasional dalam respon multi-sektor dengan partisipasi luas dari para pelaku kemanusiaan internasional (Pedoman Peran Serta Lembaga Internasional Dan Lembaga Asing Nonpemerintah Pada Saat Tanggap Darurat, BNPB, 2010)

Tabel 2.2. Klaster yang ada di Indonesia beserta Organisasi ketua dan anggotanya:

No	Cluster/ Klaster	Organisasi Ketua	Institusi/ Organisasi Anggota
1	<i>Agriculture (Pertanian)</i>	FAO	Kementerian Pertanian, Organisasi non pemerintah
2	<i>Early Recovery (Pemulihan Awal)</i>	UNDP	
3	<i>Education (Pendidikan)</i>	UNICEF & Save the Children	Kementerian Pendidikan Nasional, Organisasi non pemerintah
4	<i>Emergency Shelter (Hunian Sementara Darurat)</i>	IFRC	Badan PBB, Organisasi non pemerintah
5	<i>Emergency Telecommunications (Telekomunikasi Darurat)</i>	WFP	Sektor Swasta
6	<i>Food & Nutrition (Pangan & Nutrisi)</i>	WFP & UNICEF	Badan PBB, Organisasi non pemerintah
7	<i>Health (Kesehatan)</i>	WHO	Kementerian Kesehatan, Palang Merah, Badan PBB, Organisasi non pemerintah, Sektor Swasta
8	<i>Logistics (Logistik)</i>	WFP	Badan PBB, Organisasi non pemerintah
9	<i>Protection (Perlindungan)</i>	UNICEF, UNFPA	Badan Pemerintah, Badan PBB, Organisasi non pemerintah
10	<i>Water, sanitation & hygiene (Air, Sanitasi dan Kebersihan)</i>	UNICEF	Kementerian Pekerjaan Umum, Kementerian Kesehatan, PDAM, WHO, Organisasi non pemerintah

Rapat koordinasi klaster rutin bersama lembaga internasional dan lembaga asing nonpemerintah yang dapat dilakukan di tingkat nasional, atau di tingkat provinsi, dan di lapangan untuk membahas progres bantuan yang dilakukan oleh pihak internasional dan dikoordinasikan oleh BNPB serta lembaga/instansi yang berwenang.

b. Tingkat daerah

Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) adalah perangkat daerah yang dibentuk untuk melaksanakan tugas dan fungsi penyelenggaraan penanggulangan bencana di daerah. Pada tingkat provinsi BPBD dipimpin oleh seorang pejabat setingkat di bawah gubernur atau setingkat eselon Ib dan pada tingkat kabupaten/kota dipimpin oleh seorang pejabat setingkat di bawah bupati/walikota atau setingkat eselon IIa.

Kepala BPBD dijabat secara rangkap (*ex-officio*) oleh Sekretaris Daerah yang bertanggungjawab langsung kepada kepala daerah.

BPBD mempunyai fungsi :

- 1) perumusan dan penetapan kebijakan penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi dengan bertindak cepat dan tepat, efektif dan efisien;
- 2) pengoordinasian pelaksanaan kegiatan penanggulangan bencana secara terencana, terpadu dan menyeluruh.

BPBD mempunyai tugas :

- 1) menetapkan pedoman dan pengarahan sesuai dengan kebijakan pemerintah daerah dan BNPB terhadap usaha penanggulangan bencana yang mencakup pencegahan bencana, penanganan darurat, rehabilitasi, serta rekonstruksi secara adil dan setara;
- 2) menetapkan standardisasi serta kebutuhan penyelenggaraan penanggulangan bencana berdasarkan Peraturan Perundang-undangan;
- 3) menyusun, menetapkan, dan menginformasikan peta rawan bencana;
- 4) menyusun dan menetapkan prosedur tetap penanganan bencana;
- 5) melaksanakan penyelenggaraan penanggulangan bencana pada wilayahnya;
- 6) melaporkan penyelenggaraan penanggulangan bencana kepada kepala daerah setiap sebulan sekali dalam kondisi normal dan setiap saat dalam kondisi darurat bencana;

- 7) mengendalikan pengumpulan dan penyaluran uang dan barang;
- 8) mempertanggungjawabkan penggunaan anggaran yang diterima dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah;
- 9) melaksanakan kewajiban lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota sebagai salah satu anggota unsur pengarah penanggulangan bencana memiliki tanggung jawab dalam penanganan kesehatan akibat bencana dibantu oleh unit teknis kesehatan yang ada di lingkup provinsi dan kabupaten/kota. Pelaksanaan tugas penanganan kesehatan akibat bencana di lingkungan dinas kesehatan dikoordinasikan oleh unit yang ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan dengan surat keputusan.

Tugas dan kewenangan dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota adalah melaksanakan dan menjabarkan kebijakan, memberikan standar dan arahan serta mengkoordinasikan kegiatan penanganan kesehatan akibat bencana di wilayah kerjanya.

Dalam hal memerlukan bantuan kesehatan karena ketidak seimbangan antara jumlah korban yang ditangani dengan sumber daya yang tersedia di tempat, dapat meminta bantuan ke Kemenkes cq Pusat Penanggulangan Krisis maupun ke pusat bantuan regional.

2.2. Mekanisme pengelolaan bantuan

a. Sumber daya manusia

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

- 1) Tim Reaksi Cepat/TRC;
- 2) Tim Penilaian Cepat/TPC (*RHA team*);
- 3) Tim Bantuan Kesehatan.

Sebagai koordinator tim adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota (sesuai Surat Kepmenkes Nomor 066 tahun 2006).

1) Tim Reaksi Cepat

Tim yang diharapkan dapat segera bergerak dalam waktu 0–24 jam setelah ada informasi kejadian bencana. Kompetensi TRC disesuaikan dengan jenis bencana spesifik di daerah dan dampak kesehatan yang mungkin timbul. Sebagai contoh untuk bencana gempa bumi dengan karakteristik korban luka dan fraktur, kompetensi TRC terdiri dari :

- a) pelayanan medik;
 1. dokter umum/BSB
 2. dokter spesialis bedah orthopedi
 3. dokter spesialis anestesi
 4. perawat mahir (perawat bedah, gadar)
 5. tenaga Disaster Victims Identification (DVI)
 6. apoteker/tenaga teknis kefarmasian
 7. sopir ambulans
- b) surveilans epidemiolog/sanitarian;
- c) petugas komunikasi;
- d) petugas logistik.

2) Tim Penilaian Cepat/TRC (*RHA team*)

Tim yang bisa diberangkatkan dalam waktu 0-24 jam atau bersamaan dengan TRC minimal terdiri dari:

- a) dokter umum
- b) epidemiolog
- c) sanitarian

3) Tim Bantuan Kesehatan

Tim yang diberangkatkan berdasarkan rekomendasi Tim TRC, terdiri dari:

- a) dokter umum dan spesialis

- b) apoteker dan tenaga teknis kefarmasian
- c) perawat
- d) perawat Mahir
- e) bidan
- f) sanitarian
- g) ahli gizi
- h) tenaga surveilans
- i) entomolog

Kebutuhan jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang tercantum di atas, mengacu pada Kepmenkes 066 tahun 2006 tentang SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Bencana.

Estimasi kebutuhan tenaga kesehatan di lokasi bencana:

1. Untuk jumlah penduduk/pengungsi antara 10.000 – 20.000 orang:
 - Dokter umum : 4 org
 - Perawat : 10 – 20 org
 - Bidan : 8 – 16 org
 - Apoteker : 2 org
 - Tenaga teknis
3. n/Rumah sakit, dapat dilihat dalam rumus kebutuhan tenaga di fasilitas rujukan/ rumah sakit
 - Kebutuhan dokter umum = $(\sum \text{pasien}/40) - \sum \text{dr umum di tempat}$
 - Kebutuhan dokter spesialis Bedah = $[(\sum \text{pasien dr bedah}/5) / 5] - \sum \text{dr bedah di tempat}$
 - Kebutuhan dokter spesialis anestesi = $[(\sum \text{pasien dr bedah}/15) / 5] - \sum \text{dr anestesi di tempat}$

Pendayagunaan tenaga mencakup:

1. distribusi;

Penanggung jawab dalam pendistribusian SDM kesehatan untuk tingkat provinsi dan kabupaten/kota adalah dinas kesehatan. Pada saat bencana, bantuan kesehatan yang berasal dari dalam/luar negeri diterima

oleh dinas kesehatan berkoordinasi dengan Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) dan didistribusikan oleh dinas kesehatan.

2. mobilisasi.

Mobilisasi SDM kesehatan dilakukan dalam rangka pemenuhan kebutuhan SDM kesehatan pada saat dan pasca bencana bila masalah kesehatan yang timbul akibat bencana tidak dapat ditangani oleh daerah tersebut sehingga memerlukan bantuan dari regional, nasional dan internasional.

b. Obat dan Perbekalan Kesehatan

Masalah utama yang sering berkaitan dengan obat dan perbekalan kesehatan donasi sebagai berikut :

- 1) obat dan perbekalan kesehatan donasi sering tidak sesuai dengan situasi darurat yang terjadi, baik dari aspek pola penyakit maupun tingkat pelayanan kesehatan yang tersedia. Obat tersebut sering tidak dikenal oleh tenaga kesehatan setempat maupun pasien, bahkan kadang-kadang tidak memenuhi standar pengobatan yang berlaku;
- 2) obat dan perbekalan kesehatan donasi sering tiba tanpa terlebih dahulu disortir dan diberi label dalam bahasa lokal/inggris, bahkan tanpa ada nama generiknya;
- 3) kualitas obat dan perbekalan kesehatan donasi kadangkala tidak sesuai dengan standar yang berlaku di negara donor;
- 4) pihak donor kadang tidak menghiraukan prosedur administrasi negara penerima;
- 5) pihak donor sering menyebutkan nilai obat lebih tinggi dari yang semestinya;
- 6) obat dan perbekalan kesehatan donasi dalam jumlah yang tidak sesuai kebutuhan, akibatnya beberapa obat berlebih harus dimusnahkan. Hal ini dapat menimbulkan masalah pada negara penerima;

c. Pengelolaan bantuan SDM internasional

Prinsip utama dalam pengelolaan sumber daya manusia internasional yang efektif menurut Humanitarian Assistance in Disaster Situations: A Guide for Effective Aid, PAHO, Regional Office of WHO adalah sebagai berikut :

- 1) dapat membedakan antara kebutuhan yang bersifat segera untuk menyelamatkan nyawa (pencarian, penyelamatan dan pelayanan medis darurat) dan tipe bantuan kesehatan yang dibutuhkan untuk rehabilitasi jangka panjang. setiap tipe membutuhkan kebijakan dan pendekatan strategis yang berbeda;
- 2) memastikan bahwa tim medis dari luar dapat segera beroperasi pada 24 jam pertama (*golden hours*), tepat waktu untuk menyelamatkan nyawa. keterlambatan untuk membantu korban bencana sering sekali disebabkan oleh hambatan logistik (akses, transportasi, cuaca) daripada kurangnya personel medis. dalam hal ini tim bantuan medis dari luar hanya akan menambah masalah;
- 3) pada saat kekurangan sumber daya manusia menjadi masalah, permintaan ditargetkan terutama pada negara tetangga atau negara lain dalam sub-regional yang sama;
- 4) menerima sukarelawan atau tim medis dari luar dengan kriteria sebagai berikut:
 - a) disponsori oleh organisasi yang dikenal dengan baik dan dapat menjamin kualifikasi sukarelawan atau tim medis yang dikirimkan;
 - b) mengetahui atau familier dengan bahasa, kebudayaan dan level teknologi yang sesuai untuk situasi bencana di daerah tersebut;

- c) dapat bekerja tanpa dukungan yang berlebihan dari orang lain;
- d) mau dan dapat tinggal selama periode waktu yang sesuai dan layak;
- e) informasikan kepada media, misi diplomatik, konsulat, dan agensi lain mengenai kriteria, kebijakan dan menjelaskan prosedur registrasi, kewajiban, cakupan kerja dan supervisi sebelum menerima atau mengirimkan tim medis.

d. Pengelolaan donasi obat dari donor internasional.

WHO telah menerbitkan Guidelines for Drug Donations, dalam buku tersebut ada empat prinsip utama yang harus dipenuhi dalam proses pemberian sumbangan obat. Adapun empat prinsip tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) **prinsip pertama:** obat sumbangan harus memberikan keuntungan yang sebesar-besarnya bagi negara penerima, sehingga bantuan harus didasarkan pada kebutuhan, sehingga kalau ada obat yang tidak diinginkan, maka kita dapat menolaknya;
- 2) **prinsip kedua:** obat sumbangan harus mengacu kepada keperluan dan sesuai dengan otoritas penerima dan harus mendukung kebijakan pemerintah di bidang kesehatan dan sesuai dengan persyaratan administrasi yang berlaku;
- 3) **prinsip ketiga:** tidak boleh terjadi standar ganda penetapan kualitas. Jika kualitas salah satu item obat tidak diterima di negara donor, sebaiknya hal ini juga diberlakukan di negara penerima;
- 4) **prinsip keempat:** harus ada komunikasi yang efektif antara negara donor dan negara penerima, sumbangan harus berdasarkan permohonan dan sebaiknya tidak dikirimkan tanpa adanya pemberitahuan.

Tabel 2.3. Koordinasi serta pembagian wewenang dan tanggung jawab dalam pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan pada penanggulangan bencana.

No	Tingkat Koordinasi	Koordinator	Institusi yang Dikoordinasi	Institusi Terkait	Tahapan Bencana
1.	Kabupaten/ Kota	Dinas Kesehatan	Pustu, Puskesmas, Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota	BPBD Kab/Kota	Kesiapsiagaan
			Pos Kesehatan, Pustu, Puskesmas, Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota, RSU, RS Swasta, RS TNI, RS POLRI dan LSM	BPBD Kab/Kota	Tanggap darurat
			Pustu, Puskesmas, Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota	BPBD Kab/Kota	Rehabilitasi, rekonstruksi
2.	Provinsi	Dinas Kesehatan	Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota	BPBD Provinsi	Kesiapsiagaan
			Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, RSU, RS TNI, RS POLRI tingkat Provinsi, RS Swasta di kota Provinsi, BPOM	BPBD Provinsi	Tanggap darurat
			Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, RSU Provinsi	BPBD Provinsi	Rehabilitasi, rekonstruksi
3	Nasional	PPK dengan Leading Program Ditjen Binfar dan Alkes	Ditjen PP&PL, Ditjen Bina Yanmedik, Ditjen Bina Kesmas, BPOM	BNPB	Kesiapsiagaan Tanggap darurat Rehabilitasi, rekonstruksi

Koordinasi obat dan perbekalan kesehatan yang berasal dari pihak donor harus diverifikasi oleh:

- 1) pihak dinas kesehatan kabupaten/kota berkoordinasi dengan BPBD kabupaten/kota bila obat dan perbekalan kesehatan langsung dikirim ke kabupaten/kota;

- 2) dinas Kesehatan Provinsi berkoordinasi dengan BPBD Provinsi bila obat dan perbekalan kesehatan donasi langsung dikirim ke Provinsi;
- 3) pihak Kementerian Kesehatan (Ditjen Binfar dan Alkes) bila obat dan Perbekalan Kesehatan di terima di tingkat Nasional;
- 4) bila obat dan perbekalan kesehatan diterima oleh BPBD atau BNPB, maka BPBD atau BNPB memberikan informasi bantuan ke Dinas Kesehatan Provinsi di tingkat provinsi atau Kementerian Kesehatan di tingkat nasional.

Berdasarkan hasil verifikasi dapat disimpulkan menerima atau menolak obat dan perbekalan kesehatan donasi.

Persyaratan teknis obat sumbangan, antara lain:

- 1) masa kadaluarsa obat dan perbekalan kesehatan sumbangan minimal 2 (dua) tahun pada saat diterima oleh penerima bantuan. Hal ini dimaksudkan agar obat dan perbekalan kesehatan tersebut dapat dimanfaatkan sesuai dengan kebutuhan program maupun situasi darurat;
- 2) obat dan perbekalan kesehatan sumbangan yang diterima harus berasal dari sumber resmi dan terdaftar/mempunyai izin edar di negeri pemberi atau mendapat pengakuan dari WHO atau lembaga independen lainnya. Hal ini diperlukan untuk menjamin keamanan dari obat dan perbekalan kesehatan yang akan diterima;
- 3) obat yang diterima sebaiknya sesuai dengan DOEN (Daftar Obat Esensial Nasional), hal ini diperlukan agar tidak mengganggu Program Penggunaan Obat Esensial di sarana kesehatan);
- 4) kekuatan/potensi/dosis dari obat sebaiknya sama dengan obat yang biasa digunakan oleh petugas kesehatan;
- 5) semua obat dan perbekalan kesehatan menggunakan label berbahasa Indonesia atau bahasa Inggris;
- 6) obat dan perbekalan kesehatan sumbangan sebaiknya memenuhi aturan internasional pengiriman barang yaitu setiap obat dan perbekalan kesehatan yang dikirim hendaknya disertai dengan detail isi karton yang

- menyebutkan secara spesifik bentuk sediaan, jumlah, nomor batch, tanggal kadaluarsa (*expire date*), volume, berat dan kondisi penyimpanan yang khusus;
- 7) obat dan perbekalan kesehatan sumbangan donor bisa mendapat fasilitas pembebasan tarif pajak sesuai ketenyuan perundang-undangan yang berlaku;
 - 8) obat dan perbekalan kesehatan donasi yang rusak/kadaluarsa dilakukan pemusnahan sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku.

Tabel 2.4. Jenis obat dan jenis penyakit sesuai dengan jenis bencana

No	Jenis Bencana	Jenis Penyakit	Obat, Perbekalan dan Alat Kesehatan
1.	Banjir	Diare Dermatitis (Penyakit kulit): Dermatitis kontak, jamur, bakteri, skabies ISPA (Pneumonia dan Non Pneumonia) ASMA Leptospirosis Konjunktivitis (Bakteri, virus) Gastritis Trauma/Memar	Mineral (Zinc 20 mg), Oralit 200 ml, Infus R/L, NaCl 0.9%, Antibiotik, infus set, Abocath, Wing Needle Antibiotik, Antihistamine, Kortikosteroid, antifungi, anti parasit Antibiotik, antitusiv, antipiretik, antihistamine Bronchodilator, mukolitik, antihistamine, kortikosteroid, dekongestan Antibiotik Antibiotik Antasida, antiulcerant, antispasmodik Analgetik, NSAID, Kapas Absorben, kassa steril 40/40 Pov Iodine.
2	Longsor	Patah tulang, luka memar, luka sayatan dan Hipoksia	Kantong mayat, Stretcher/tandu, spalk, kasa, elastic perban, kasa elastis, alkohol 70%, Pov, Iodine 10%, H ₂ O ₂ Sol, Ethyl Chlorida Spray, Jarum Jahit, Catgut Chromic, Tabung Oksigen, resusitasi kit, emergency kit, collar neck, Long Spine Board, Handscoen, sepatu boot, minor surgery set
3.	Gempa/Tsunami	Luka memar, luka sayatan patah tulang	Idem
4.	Konflik	Luka memar, luka sayat, luka bacok, patah tulang Gastritis Hipertensi Gangguan jiwa	Idem Idem Anti hipertensi Sedatif
5.	Gunung Meletus	ISPA Diare Konjunktivitis Luka bakar	Idem Idem Idem Antibiotik, Vitamin, Aquadest steril, kasa steril 40/40, Betadin salep, Sofratule, Abocath, Cairan infus (RL, NaCl), Kapas, Handschoen, Wingneedle, Alkohol 70%, Silver Sulfadiazin salep.
6.	Bom	Luka Bakar Trauma Gangguan jiwa Mialgia	Idem Idem Idem Analgetik, Neurotopik

2.3. Pengelolaan Data dan Informasi Penanggulangan Krisis

Informasi penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana harus dilakukan dengan cepat, tepat, akurat dan sesuai dengan kebutuhan. Pada saat pra, saat dan pasca-bencana pelaporan informasi penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana dimulai dari pengumpulan sampai penyajian informasi dan ditujukan untuk mengoptimalkan upaya penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana.

Dalam pengumpulan data sebaiknya terpilah, sesuai dengan keharusan untuk mengarusutamakan gender dalam semua kebijakan/program/kegiatan yang memerlukan data terpilah

a. Informasi Pra-Bencana

Dalam rangka mendukung upaya-upaya sebelum terjadi bencana diperlukan data dan informasi yang lengkap, akurat dan terkini sebagai bahan masukan pengelola program di dalam mengambil keputusan terkait penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana. Salah satu bentuk informasi yang cukup penting adalah adanya profil yang menggambarkan kesiapsiagaan sumber daya dan upaya-upaya yang telah dilakukan terkait dengan penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana di daerah, khususnya di tingkat kabupaten/kota.

Informasi yang dikumpulkan dalam bentuk profil terdiri dari:

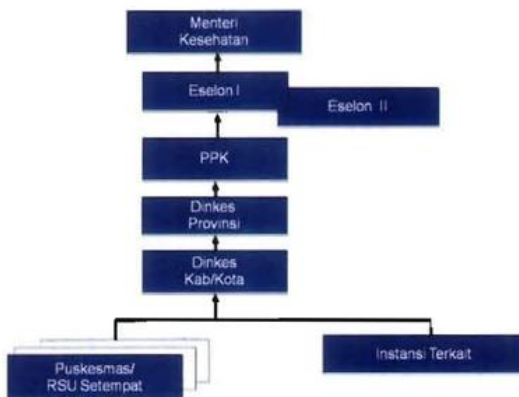
- 1) gambaran umum wilayah, yang meliputi letak geografis, aksesibilitas wilayah gambaran wilayah rawan bencana, geomedic mapping, data demografi, dan informasi bencana yang pernah terjadi;
- 2) Upaya pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan, yang pernah dilakukan;
- 3) Upaya tanggap darurat dan pemulihan, yang pernah dilakukan;
- 4) Gambaran pengelolaan data dan informasi.

Dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota diharapkan dapat menyusun informasi profil penanggulangan krisis kesehatan

akibat bencana ini yang dikumpulkan secara berkala setahun sekali. Informasi profil ini diharapkan sudah tersedia pada setiap bulan April.

Sumber informasi pra-bencana yang dituangkan kedalam bentuk profil tersebut berasal dari dinas kesehatan, rumah sakit, instansi terkait dan puskesmas.

Alur penyampaian informasi pra-bencana adalah sebagai berikut :



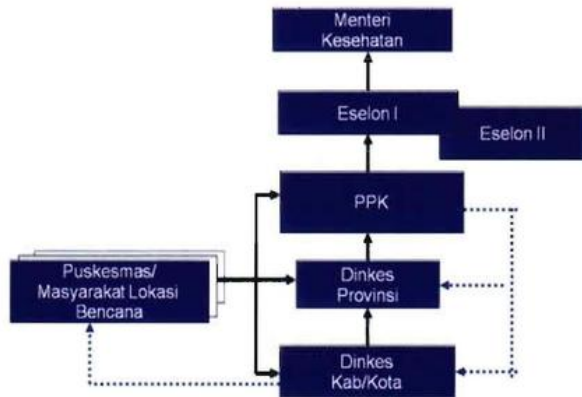
Gambar 2.5. Alur Penyampaian Informasi Pra-Bencana

b. Informasi saat dan pasca bencana

Informasi saat dan pasca-bencana ini terdiri dari :

- 1) Informasi pada awal kejadian bencana;
Informasi ini harus disampaikan segera setelah kejadian awal diketahui serta dikonfirmasi kebenarannya dengan menggunakan formulir penyampaian informasi Form B-1 atau B-4 (terlampir).
Sumber informasi dapat berasal dari masyarakat, sarana pelayanan kesehatan, dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dan lintas sektor.

Alur penyampaian dan konfirmasi informasi awal kejadian bencana adalah sebagai berikut :



Keterangan:

———— Arus Penyampaian Informasi

- - - - - Arus Konfirmasi

Gambar 2.6 Alur Penyampaian dan Konfirmasi Informasi Awal Kejadian Bencana

FORM B-1

FORM PELAPORAN AWAL KEJADIAN BENCANA

A. JENIS BENCANA

B. DESKRIPSI BENCANA

C. LOKASI BENCANA

1. Dusun :
2. Desa/Kelurahan :
3. Kecamatan :
4. Kabupaten/Kota :
5. Provinsi :
6. Letak Geografi : Pegunungan / Kepulauan / Pantai / Lain-lain (sebutkan)

D. WAKTU KEJADIAN BENCANA

...../...../20.... Pukul

E. JUMLAH KORBAN

1. Meninggal : Jiwa 2. Hilang : Jiwa
3. Luka Berat : Jiwa 4. Luka Ringan : Jiwa
5. Pengungsi : jiwa KK Lokasi pengungsian:

F. FASILITAS UMUM

1. Akses ke lokasi kejadian bencana :
- Mudah dijangkau, menggunakan
- Sukar, karena
2. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan:
3. Keadaan jaringan listrik :
- Baik Terputus Belum tersedia/belum ada

G. SARANA KESEHATAN YANG RUSAK

1. Jumlah dan Jenis Fasilitas Kesehatan

Sarana Kesehatan	Kondisi Bangunan		Fungsi Pelayanan	
	Rusak	Tidak	Ya	Tidak
a. RS				
b. Puskesmas				
c. Pustu				
d. Gudang Farmasi				
e. Polindes				

2. Sumber air bersih yang digunakan

- Cukup
- Tidak cukup

H. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN

1.
2.

I. BANTUAN SEGERA YANG DIPERLUKAN

1.
2.

...../...../20....
Kepala Puskesmas

Nama

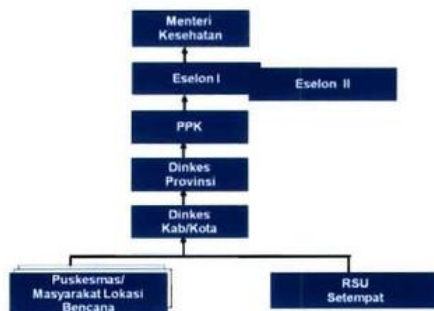
NIP.

FORM B-4	
FORM PELAPORAN KEJADIAN BENCANA MELALUI SHORT MESSAGE SERVICE (SMS)	
Tanggal/Bulan/Tahun (TBT)	:
Jenis bencana (JB)	:
Lokasi bencana (LOK)	:
Waktu kejadian bencana (PKL)	:
Jumlah penduduk terancam (PAR)	:
Jumlah Korban	
a. Meninggal (MGL)	: Orang
b. Hilang (HLG)	: Orang
c. Luka berat (LB)	: Orang
d. Luka ringan (LR)	: Orang
e. Dirawat	
- Puskesmas (RWP)	: Orang
- Rumah Sakit (RWS)	: Orang
f. Pengungsi	: Orang
g. Jumlah Poskes	: Buah

2) Informasi penilaian kebutuhan cepat.

Informasi ini dikumpulkan segera setelah informasi awal kejadian bencana diterima oleh Tim Penilaian Kebutuhan Cepat dengan menggunakan formulir isian form B-2 (terlampir). Sumber informasinya dapat berasal dari masyarakat, sarana pelayanan kesehatan, dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dan lintas sektor.

Alur penyampaian informasi penilaian kebutuhan cepat adalah sebagai berikut :



Gambar 2.7. Alur Penyampaian Informasi Penilaian Cepat Kesehatan

FORM B-2

FORM KEJADIAN BENCANA

A. JENIS BENCANA :

B. DESKRIPSI BENCANA :

C. LOKASI BENCANA

1. Dusun :
 2. Desa/Kelurahan :
 3. Kecamatan :
 4. Kabupaten/Kota :
 5. Provinsi :
 6. Letak Geografi : Pegunungan / Pantai / Pulau/Kepulauan / Lain-lain (sebutkan)

D. WAKTU KEJADIAN BENCANA :/...../20..... Pukul.....

E. JUMLAH PENDUDUK YANG TERANCAM : Jiwa KK

F. JUMLAH KORBAN

1. Meninggal : Jiwa 2. Hilang : Jiwa
 3. Luka Berat : Jiwa 4. Luka Ringan : Jiwa
 5. Pengungsi : jiwa KK Lokasi pengungsian :

Jumlah kelompok rentan pada pengungsi:

- Bayi : Jiwa
- Balita : jiwa
- Ibu Hamil : jiwa
- Ibu Menyusui : jiwa
- Lansia : jiwa

6. Jumlah korban yang dirujuk ke:

- Puskesmas : - Rumah Sakit :
 Jumlah : Jiwa Jumlah : Jiwa

G. SARANA KESEHATAN YANG RUSAK

Sarana Kesehatan	Kondisi Usungun		Fungsi Pelayanan	
	Rusak	Tidak	Ya	Tidak
a. RS				
b. Puskesmas				
c. Pustu				
d. Gudang Farmasi				
e. Polindes				

2. Sumber Air Bersih :

- a. Sumur Gali : buah b. SPT : buah c. PMA : Buah
 d. PAH : Buah e. Perpipaan : Buah
 f. Lain-lain (sebutkan): Buah

3. Sarana Sanitasi dan Kesehatan Lingkungan

- a. Jamban Keluarga : buah b. MCK : buah c. Lain-lain (sebutkan): Buah

H. FASILITAS UMUM

1. Akses ke lokasi kejadian bencana :

- Mudah dijangkau, menggunakan
- Sukar, karena

2. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan:

3. Keadaan jaringan listrik : Baik / Terputus / Belum tersedia/belum ada

I. KONDISI SANITASI DAN KESEHATAN LINGKUNGAN DI LOKASI PENAMPUNGAN PENGUNSI

No.	Jenis Fasilitas	Kondisi	
1.	Jenis tempat penampungan	<input type="checkbox"/> bangunan permanen	<input type="checkbox"/> bangunan darurat
2.	Kapasitas penampungan pengungsi	<input type="checkbox"/> memadai (min. 10 m ² /or)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
3.	Kapasitas penyediaan air bersih	<input type="checkbox"/> memadai (min. 20 L/or/hr)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
4.	Sarana MCK	<input type="checkbox"/> memadai (min. 20 or/1 MCK)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
5.	Tempat pembuangan sampah	<input type="checkbox"/> memadai (min. 3 m ² / 60 or)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
6.	Sarana SPAL	<input type="checkbox"/> memadai (min. 4 m dari penampungan)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
7.	Penerangan	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tidak ada

J. KESIAPAN LOGISTIK

1. Obat dan Bahan Habis Pakai : Tidak ada / Kurang / Cukup
 2. Alat Kesehatan : Tidak ada / Kurang / Cukup
 3. Bahan Sanitasi:
 a. Kaporit : Tidak ada / Kurang / Cukup
 b. PAC : Tidak ada / Kurang / Cukup
 c. Aquatab : Tidak ada / Kurang / Cukup
 d. Kantong sampah : Tidak ada / Kurang / Cukup
 e. Repellent lalat : Tidak ada / Kurang / Cukup
 4. Ketersediaan Pangan: Tidak ada / Kurang / Cukup

K. SARANA PENDUKUNG PELAYANAN KESEHATAN

1. Transportasi operasional pelayanan kesehatan: Tidak ada / Kurang / Cukup
 2. Alat komunikasi: Tidak ada / Kurang / Cukup
 3. Sarana listrik untuk pelayanan kesehatan : Tidak ada / Kurang / Cukup

L. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN

1.
 2.

M. BANTUAN YANG DIPERLUKAN

1.
 2.

N. RENCANA TINDAK LANJUT

1.
 2.

Petugas yang melaporkan

...../...../200 ..
 Mengetahui,
 Kepala Dinas Kesehatan
 Kab/Kota

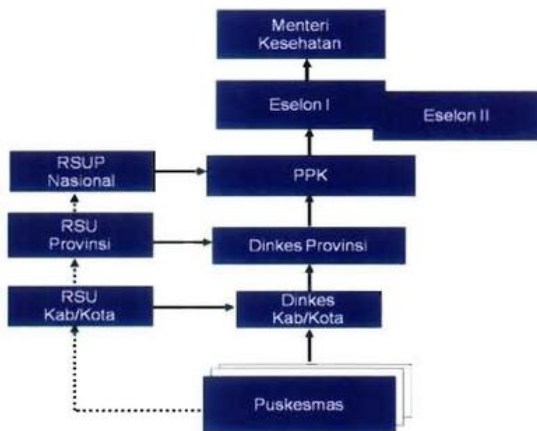
.....
 NIP.

.....
 NIP.

3) Informasi perkembangan kejadian bencana

Informasi ini dikumpulkan setiap kali terjadi perkembangan informasi terkait dengan upaya penanganan krisis kesehatan akibat bencana yang terjadi. Formulir penyampaian informasinya menggunakan form B-3 (terlampir).

Sumber informasi berasal dari sarana pelayanan kesehatan dan dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota. Alur penyampaian dan konfirmasi informasi perkembangan kejadian bencana adalah sebagai berikut:



Keterangan:

- Arus Penyampaian Informasi
 - - - - - Arus Konfirmasi

Gambar 2.8. Alur Penyampaian dan Konfirmasi Informasi Perkembangan Kejadian Bencana

4) Sarana penyampaian informasi

a. Informasi pra-bencana

Profil yang menggambarkan kesiapsiagaan sumber daya dan upaya-upaya yang telah dilakukan terkait dengan penanggulangan krisis kesehatan akibat

bencana di daerah, khususnya di tingkat kabupaten/kota dapat disampaikan melalui email (ppkdepkes@yahoo.com) dan secara online melalui website (www.ppk-depkes.org).

b. Informasi saat dan pasca-bencana

Informasi pada awal kejadian bencana yang menggunakan Form B-1 dapat disampaikan melalui telepon (021-5265043, 5210411, 5210420, 5210394) dan melalui faksimil (021) 5271111, 5210395). Informasi pada awal kejadian bencana yang menggunakan Form B-4 dapat disampaikan melalui sms gate-way (081385904444).

Informasi penilaian kebutuhan cepat yang menggunakan Form B-2 dapat disampaikan e-mail (ppkdepkes@yahoo.com) dan secara online melalui website (www.ppk-depkes.org) serta melalui faksimil (021) 5271111, 5210395).

Informasi perkembangan kejadian bencana yang menggunakan Form B-3 dapat disampaikan melalui e-mail (ppkdepkes@yahoo.com) dan secara online melalui website (www.ppk-depkes.org) serta melalui faksimil (021) 5271111, 5210395).

BAB III

PELAYANAN KESEHATAN SAAT BENCANA

1. Pelayanan Kesehatan Korban

Pelayanan kesehatan pada saat bencana bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah atau mengurangi kecacatan dengan memberikan pelayanan yang terbaik bagi kepentingan korban. Untuk mencapai tujuan tersebut, penanganan krisis kesehatan saat bencana dalam pelaksanaannya melalui lima tahap pelaksanaan, yaitu tahap penyiagaan, upaya awal, perencanaan operasi, operasi tanggap darurat dan pemulihan darurat serta tahap pengakhiran misi.

Pelaksanaan kelima tahap di lingkungan kesehatan dikoordinasi oleh Pusat Pengendali Operasi Kesehatan (Pusdalopkes) dinas kesehatan setempat yang diaktivasi sesaat setelah informasi kejadian bencana diterima.

1.1. Pusat pengendali operasi kesehatan (Pusdalopkes)

Pusat pengendali operasi kesehatan (pusdalopkes) merupakan organisasi komando tanggap darurat bencana yang memiliki struktur terdiri dari :

a. ketua pusdalopkes;

Ketua bertugas dan bertanggungjawab untuk:

- 1) mengaktifkan pusat pengendalian operasi kesehatan (pusdalopkes);
- 2) membentuk pos pengendali operasi kesehatan di lokasi bencana;
- 3) membuat rencana strategis dan taktis, mengorganisasikan, melaksanakan dan mengendalikan operasi kesehatan saat tanggap darurat bencana;
- 4) melaksanakan komando dan pengendalian untuk pengerahan sumber daya manusia kesehatan, peralatan dan logistik kesehatan serta berwenang memerintahkan para pejabat yang mewakili instansi/lembaga/organisasi

yang terkait dalam memfasilitasi aksesibilitas penanganan tanggap darurat bencana.

- b. bidang operasi;
Bidang operasi bertugas dan bertanggung jawab atas penilaian cepat masalah kesehatan, pelayanan kesehatan pra rumah sakit dan rumah sakit, evakuasi medis, perlindungan kesehatan pengungsi, serta pemulihan prasarana dan sarana kesehatan dengan cepat, tepat, efisien dan efektif berdasarkan satu kesatuan rencana tindakan penanganan tanggap darurat bencana.

- c. bidang perencanaan;
Bidang perencanaan bertugas dan bertanggung jawab atas pengumpulan, analisis data dan informasi yang berhubungan dengan masalah kesehatan saat penanganan tanggap darurat bencana dan menyiapkan dokumen rencana serta laporan tindakan operasi tanggap darurat.

- d. bidang logistik dan peralatan;
Bidang logistik dan peralatan bertugas dan bertanggung jawab:
 - 1) menyediakan fasilitas, jasa, dan bahan-bahan serta perlengkapan untuk pelayanan kesehatan saat masa tanggap darurat;
 - 2) melaksanakan penerimaan, penyimpanan, pendistribusian dan transportasi bantuan logistik dan peralatan kesehatan;
 - 3) melaksanakan penyelenggaraan dukungan, air bersih dan sanitasi umum;
 - 4) mengkoordinasikan semua bantuan logistik dan peralatan kesehatan dari instansi/lembaga/organisasi yang terkait.

- e. bidang administrasi keuangan;
Bidang Administrasi Keuangan bertugas dan bertanggung jawab:
 - 1) melaksanakan administrasi keuangan;
 - 2) menganalisa kebutuhan dana dalam rangka penanganan

- tanggap darurat bencana di bidang kesehatan;
- 3) mendukung keuangan yang dibutuhkan dalam rangka komando tanggap darurat bencana yang terjadi.

Seluruh bidang dikepalai oleh kepala bidang yang bertanggungjawab pada ketua pusat pengendali operasi kesehatan (pusdalopkes).

1.2. Tahap penyiagaan

Tahap ini bertujuan untuk menyiagakan semua sumber daya baik manusia maupun logistik yang sudah disiapkan pada masa sebelum terjadi bencana. Tahap ini dimulai sejak informasi kejadian bencana diperoleh hingga mulai tahap upaya awal. Tahap ini mencakup peringatan awal, penilaian situasi dan penyebaran informasi kejadian.

Peringatan awal berupa informasi kejadian bencana dapat berasal dari laporan masyarakat, media massa, perangkat pemerintah daerah atau berbagai sumber lainnya. Sesaat setelah terjadi bencana, petugas kesehatan yang berada di lokasi bencana segera melakukan penilaian awal (*initial assessment*) untuk mengidentifikasi krisis kesehatan. Penilaian awal ini berupa informasi singkat yang segera dilaporkan ke Pusdalopkes. Contoh form penilaian awal dapat dilihat pada Form B1.

Jika informasi kurang memadai, segera dikirim Tim *Rapid Health Assessment* (RHA) untuk memastikan kejadian, menilai besarnya dampak kejadian dan kebutuhan yang harus segera dipenuhi yang kurang atau tidak tersedia di lokasi bencana. Informasi kurang memadai yang diakibatkan karena kerusakan infrastruktur yang ditandai dengan putusnya jalur komunikasi harus direspon sebagai tanda peringatan bahaya sehingga Tim Reaksi Cepat (TRC) dapat disiapkan untuk segera dikirim ke lokasi bersama dengan Tim RHA. Tim RHA dan TRC dimobilisasi dalam waktu 0 – 24 jam setelah kejadian.

Setelah memastikan kejadian bencana, Pusdalopkes segera menyebarkan informasi kejadian ke tingkat yang lebih tinggi dan memobilisasi sumber daya sesuai kebutuhan. Informasi kejadian harus bersirkulasi mengikuti perkembangan dan disampaikan dengan

menggunakan media komunikasi dari lokasi kejadian sampai ke tingkat pusat.

1.3. Tahap upaya awal (*initial action*)

RHA merupakan salah satu upaya awal saat tanggap darurat yang dilakukan untuk mengetahui besar masalah, potensi masalah kesehatan yang mungkin terjadi saat bencana serta kebutuhan sumber daya yang harus segera dipenuhi agar penanganan bencana dapat berdaya guna dan berhasil guna.

Tim RHA melakukan serangkaian aktivitas untuk memastikan kejadian bencana, waktu dan lokasi kejadian, mengetahui jumlah korban, potensi risiko krisis kesehatan, dan kebutuhan sumber daya yang harus segera dipenuhi. Hasil akhir dari kegiatan RHA adalah sebuah rekomendasi bagi pengambil keputusan untuk menentukan langkah-langkah dalam penanganan suatu bencana. Kompetensi dan jumlah anggota tim tergantung kepada jenis bencana dan luasnya dampak bencana.

Aspek yang dinilai pada kegiatan RHA meliputi aspek medis, epidemiologis dan kesehatan lingkungan. Anggota tim sebaiknya memiliki pengalaman dan pengetahuan di bidangnya, memiliki integritas dan mampu bekerja dalam situasi bencana. Apabila dampak bencana sangat luas, dapat dibentuk beberapa tim.

Aspek medis yang dinilai meliputi masalah serta kebutuhan pelayanan medis korban pra rumah sakit, rumah sakit dan rujukan. Penilaian ini harus dilakukan dan dilaporkan sesegera mungkin untuk penanganan yang cepat dan tepat. Kegiatan ini harus dilakukan oleh orang yang memiliki pengalaman dan pengetahuan di bidang kegawatdaruratan medis. Aspek yang dinilai antara lain:

- a. mengidentifikasi lokasi bencana, meliputi daerah pusat bencana, akses transportasi dan komunikasi dari dan ke lokasi, lokasi pos medis lapangan (dapat berupa puskesmas atau tenda perawatan sementara) dan sumber daya yang berada di lokasi;
- b. mengidentifikasi pos medis depan beserta sumber dayanya, yaitu rumah sakit terdekat, yang akan dijadikan sebagai tempat rujukan awal. Data mengenai rumah sakit setempat seharusnya

- sudah tersedia sebelum terjadi bencana;
- c. mengidentifikasi pos medis belakang beserta sumber dayanya, yaitu rumah sakit rujukan bagi korban yang memerlukan perawatan lebih lengkap. Data mengenai sumber daya rumah sakit rujukan ini seharusnya sudah tersedia sebelum terjadi bencana;
 - d. mengidentifikasi pos medis sekunder, yaitu rumah sakit lainnya seperti rumah sakit TNI, Polri atau swasta yang dapat dijadikan sebagai tempat rujukan bagi korban yang memerlukan perawatan lebih lengkap. pos medis sekunder ini untuk mengantisipasi banyaknya jumlah korban yang dirujuk ke pos medis belakang;
 - e. mengidentifikasi alur evakuasi medis dari lokasi sampai pos medis depan, pos medis belakang dan pos medi sekunder.

Identifikasi-identifikasi di atas memungkinkan semua tim bantuan untuk mencapai lokasi yang merupakan daerah kerja mereka secara cepat dan efisien. Salah satu cara terbaik untuk proses identifikasi ini adalah dengan membuat suatu peta sederhana lokasi bencana yang mencantumkan topografi utama daerah tersebut, seperti jalan raya, batas-batas wilayah alami dan artifisial, sumber air, sungai, bangunan, dan lain-lain. Dengan peta ini dapat dilakukan identifikasi daerah-daerah risiko potensial, daerah lokalisasi korban, akses untuk mencapai lokasi, dan untuk menetapkan area kerja. Hasil penilaian tersebut harus dilakukan dan dilaporkan dengan cepat.

1.4. Tahap rencana operasi

a. Menyusun rencana operasi

Rencana operasi tanggap darurat dan pemulihan darurat harus merujuk pada hasil rekomendasi RHA dan informasi penting lainnya dari sektor terkait, seperti masalah keamanan, pencemaran bahan-bahan berbahaya dan lain-lain. Kompetensi tenaga medis dan perlengkapan yang disiapkan harus sesuai dengan rekomendasi RHA. Jika dalam rekomendasi diperlukan dokter spesialis bedah dan anestesi untuk penanganan korban luka berat yang memerlukan pembedahan, TRC atau tim bantuan kesehatan minimal harus terdiri dari dokter bedah,

dokter anestesi, dokter umum, perawat mahir bedah dan UGD. Jumlahnya disesuaikan dengan jumlah perkiraan kasus bedah dan ketersediaan tenaga medis di lokasi bencana.

Perlu disiapkan tim penolong terlatih untuk melakukan perawatan medis pra rumah sakit secara baik di lapangan. Tim medis lapangan ini memiliki kemampuan untuk:

- 1) memberikan pertolongan *life support*;
- 2) melakukan triase dengan baik;
- 3) melakukan komunikasi radio dengan baik.

Sebelum TRC dan Tim Bantuan Kesehatan bertugas, dilakukan *briefing* untuk menyampaikan informasi mengenai kondisi di lokasi bencana dan menetapkan kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan di lokasi bencana. Ditetapkan pula perlengkapan yang perlu dibawa untuk mendukung kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan.

b. Keselamatan

Dalam semua tahap operasi, keamanan dan keselamatan merupakan faktor paling utama yang harus diperhatikan semua petugas kesehatan. Perlu dilakukan koordinasi dengan sektor terkait untuk memastikan keamanan dan keselamatan petugas di lokasi agar petugas dapat bekerja dengan optimal.

Tindakan keselamatan diterapkan untuk memberi perlindungan kepada tim penolong, korban dan masyarakat yang terpapar dari segala risiko yang mungkin terjadi dan dari risiko potensial yang diperkirakan dapat terjadi (meluasnya bencana, material berbahaya, kemacetan lalu lintas, dan lain-lain). Langkah-langkah penyelamatan yang dilakukan, antara lain:

- 1) aksi langsung yang dilakukan untuk mengurangi risiko, misalnya dengan cara memadamkan kebakaran, isolasi material berbahaya, penggunaan pakaian pelindung, dan evakuasi masyarakat yang terpapar oleh bencana;
- 2) aksi pencegahan yang mencakup penetapan area larangan berupa:
 - a) daerah pusat bencana—terbatas hanya untuk

tim penolong profesional yang dilengkapi dengan peralatan memadai;

- b) area sekunder—hanya diperuntukan bagi petugas yang ditugaskan untuk operasi penyelamatan korban, perawatan, komando dan kontrol, komunikasi, keamanan/keselamatan, pos komando, pos medis sekunder, pusat evakuasi dan tempat parkir bagi kendaraan yang dipergunakan untuk evakuasi dan keperluan teknis;
- c) area tersier—media massa diijinkan untuk berada di area ini, area juga berfungsi sebagai "penahan" untuk mencegah masyarakat memasuki daerah berbahaya.

Luas dan bentuk area larangan ini bergantung pada jenis bencana yang terjadi (gas beracun, material berbahaya, kebakaran, kemungkinan terjadinya ledakan), arah angin dan topografi.

Langkah pengamanan diterapkan dengan tujuan untuk mencegah campur tangan pihak luar dengan tim penolong dalam melakukan upaya penyelamatan korban. Akses ke setiap area penyelamatan dibatasi dengan melakukan kontrol lalu-lintas dan keramaian. Langkah pengamanan ini mempengaruhi penyelamatan dengan cara:

- 1) melindungi tim penolong dari campur tangan pihak luar;
- 2) mencegah terjadinya kemacetan dalam alur evakuasi korban dan mobilisasi sumber daya;
- 3) melindungi masyarakat dari kemungkinan risiko terpapar oleh kecelakaan yang terjadi.

1.5. Tahap operasi tanggap darurat dan pemulihan darurat

a. Pencarian dan penyelamatan

Kegiatan pencarian dan penyelamatan terutama dilakukan oleh Tim SAR (Basarnas atau Basarda) dan dapat berasal dari tenaga sukarela bila dibutuhkan. Tim ini akan:

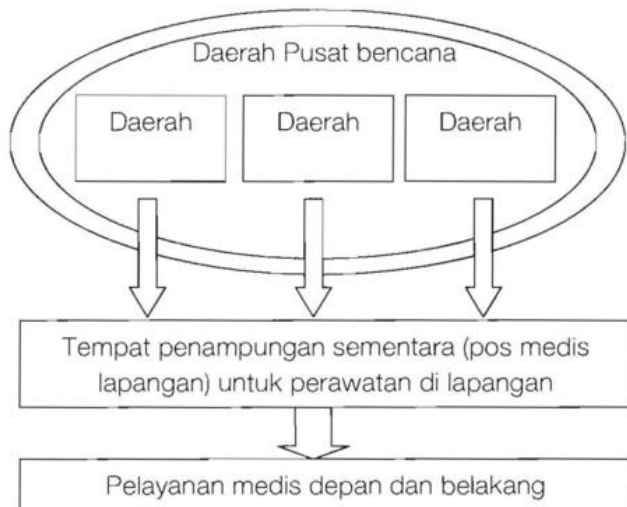
- 1) melokalisasi korban;

- 2) memindahkan korban dari daerah berbahaya ke tempat pengumpulan/penampungan;
- 3) memeriksa status kesehatan korban (triase di tempat kejadian);
- 4) memberi pertolongan pertama jika diperlukan;
- 5) memindahkan korban ke pos medis lapangan jika diperlukan.

Bergantung pada situasi yang dihadapi seperti gas beracun atau bahan/material berbahaya, tim ini akan menggunakan pakaian pelindung dan peralatan khusus. Jika tim ini bekerja di bawah kondisi yang sangat berat, penggantian anggota tim dengan tim pendukung harus lebih sering dilakukan.

Pada situasi tertentu, lokalisasi korban sulit dilakukan seperti korban yang terjebak dalam bangunan runtuh, pembebasan korban akan membutuhkan waktu yang lebih lama. Jika kondisi korban memburuk, pimpinan Tim SAR, melalui Pos Komando dapat meminta bantuan tim medis untuk melakukan stabilisasi korban selama proses pembebasan dilakukan. Tenaga medis yang melakukan prosedur ini harus sudah dilatih khusus untuk itu, dan prosedur ini hanya boleh dilakukan pada situasi-situasi yang sangat mendesak.

Jika daerah pusat bencana cukup luas mungkin perlu untuk membaginya menjadi daerah-daerah yang lebih kecil dan menugaskan satu tim untuk setiap daerah tersebut. Dalam situasi seperti ini, atau jika daerah pusat bencana tidak aman bagi korban, tim dapat membuat suatu tempat penampungan di dekat daerah pusat bencana dimana korban akan dikumpulkan sebelum pemindahan selanjutnya. Ilustrasi pembagian area kerja tersebut dapat dilihat pada Gambar 3.1.



Gambar 3.1. Pembagian area kerja

Tempat penampungan ini diorganisasikan oleh tenaga medis gawat darurat bersama para sukarelawan dimana akan dilakukan triase awal, pertolongan pertama dan pemindahan korban ke Pos Medis Depan dan Belakang.

b. Triase

Setelah memastikan keamanan dan keselamatan, TRC yang berada di lokasi segera melakukan triase lapangan. Triase ini utamanya didasarkan pada urgensi (tingkat keparahan), kemungkinan hidup dan ketersediaan sarana perawatan. Dengan demikian tujuan triase adalah:

- 1) identifikasi secara cepat korban yang membutuhkan stabilisasi segera (perawatan di lapangan);
- 2) identifikasi korban yang hanya dapat diselamatkan dengan pembedahan darurat (*life saving surgery*)

Triase lapangan dilakukan pada tiga tingkat, yaitu:

1) triase di tempat;

Triase dilakukan di tempat korban ditemukan atau tempat penampungan korban sementara di lapangan. Karena terbatasnya tenaga medis dan akses, triase lapangan dapat dilakukan oleh tenaga awam terlatih yang lebih dahulu berada di lokasi, seperti polisi dan pemadam kebakaran. Para awam terlatih ini diharapkan minimal mampu mengidentifikasi kelompok korban gawat darurat (merah dan kuning) dan non gawat darurat (hijau). Setiap korban diberi tanda sesuai tingkat kegawatdaruratannya yang dapat berupa pita berwarna (merah untuk gawat darurat, hijau untuk non gawat darurat dan hitam untuk korban meninggal).

2) triase medik;

Triase ini dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih serta berpengalaman di pos medis lapangan dan pos medis depan dengan tujuan untuk menentukan tingkat perawatan yang dibutuhkan oleh korban. Prioritas perawatan sesuai dengan tingkat kedaruratannya ditandai dengan kartu triase warna merah (untuk korban yang membutuhkan stabilisasi segera), kuning (untuk korban yang memerlukan pengawasan ketat tetapi perawatan dapat ditunda sementara), hijau (untuk korban yang tidak memerlukan pengobatan atau pemberian pengobatan dapat ditunda) dan hitam (korban yang meninggal dunia).

3) triase evakuasi.

Triase ini ditujukan pada korban yang membutuhkan perawatan lebih lanjut di rumah sakit dengan sarana yang lebih lengkap atau pos medis belakang. Rumah sakit tersebut sudah harus disiapkan untuk menerima korban massal dan apabila dayaampungnya tidak mencukupi karena jumlah korban yang sangat banyak, perlu disiapkan rumah sakit rujukan alternatif.

Tenaga medis di pos medis lapangan, pos medis depan dan pos medis belakang harus terus berkomunikasi sesuai

jenjang rujukan untuk berkonsultasi mengenai kondisi korban yang akan dievakuasi, rumah sakit tujuan dan jenis kendaraan yang akan digunakan saat evakuasi.

Dalam triase digunakan kartu merah, hijau dan hitam sebagai kode identifikasi korban dengan uraian sebagai berikut:

1. merah, sebagai penanda korban yang membutuhkan stabilisasi segera dan korban yang mengalami:
 - a) syok oleh berbagai kausa;
 - b) gangguan pernapasan;
 - c) trauma kepala dengan pupil anisokor;
 - d) perdarahan eksternal masif.

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

2. kuning, sebagai penanda korban yang memerlukan pengawasan ketat, tetapi perawatan dapat ditunda sementara. Termasuk dalam kategori ini:
 - a) korban dengan risiko syok (korban dengan gangguan jantung, trauma abdomen);
 - b) fraktur multipel;
 - c) fraktur femur/pelvis;
 - d) luka bakar luas;
 - e) gangguan kesadaran atau trauma kepala;
 - f) korban dengan status yang tidak jelas.

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

3. hijau, sebagai penanda kelompok korban yang tidak memerlukan pengobatan atau pemberian pengobatan dapat ditunda, mencakup korban yang mengalami:
 - a) fraktur minor;
 - b) luka minor, luka bakar minor;
 - c) korban dalam kategori ini, setelah pembalutan luka dan atau pemasangan bidai dapat dipindahkan pada akhir operasi lapangan;
 - d) Korban dengan prognosis infaust, jika masih hidup pada akhir operasi lapangan, juga akan dipindahkan ke fasilitas kesehatan.
- 4) hitam, sebagai penanda korban yang telah meninggal dunia.

c. **Pertolongan pertama**

Pertolongan pertama dilakukan oleh para sukarelawan, petugas pemadam kebakaran, polisi, SAR, tim medis gawat darurat. Pertolongan pertama dapat diberikan di lokasi bencana (pos medis lapangan), sebelum korban dipindahkan, tempat penampungan sementara (pos medis depan), pada "tempat hijau" di pos medis belakang serta dalam ambulans saat korban dipindahkan ke fasilitas kesehatan.

Pos medis lapangan adalah tempat pertolongan pertama di lokasi bencana, dapat berupa tenda perawatan dan puskesmas. Pemilahan korban (triase) dilakukan di pos medis lapangan dan dikelompokkan sesuai *tag* (warna) tingkat kegawatdaruratan.

Pos medis depan adalah fasilitas kesehatan terdekat dengan lokasi bencana, dapat berupa rumah sakit atau puskesmas rawat inap. Korban yang membutuhkan stabilisasi segera dan pengawasan intensif dapat dirawat di pos medis depan sebelum di rujuk ke pos

medis belakang. Apabila pos medis depan adalah rumah sakit yang memiliki fasilitas lengkap maka pos medis belakang menjadi rujukan sekunder jika jumlah korban melampaui kapasitas pos medis depan.

Pertolongan pertama yang diberikan pada korban di setiap pos dapat berupa kontrol jalan nafas, fungsi pernafasan dan jantung, pengawasan posisi korban, kontrol perdarahan, imobilisasi fraktur, pembalutan dan usaha-usaha untuk membuat korban merasa lebih nyaman. Hal-hal penting yang harus diingat apabila korban masih berada di lokasi adalah memindahkan korban sesegera mungkin, membawa korban gawat darurat ke fasilitas kesehatan sambil melakukan usaha pertolongan pertama, seperti mempertahankan jalan nafas dan kontrol perdarahan. Resusitasi kardiopulmoner (jantung dan paru) tidak boleh dilakukan di lokasi bencana pada bencana massal karena membutuhkan waktu dan tenaga.

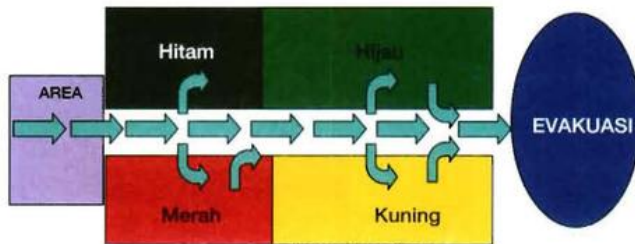
Yang perlu diingat apabila korban masih berada di lokasi adalah memindahkan korban sesegera mungkin, membawa korban gawat darurat ke fasilitas kesehatan sambil melakukan usaha pertolongan pertama. Resusitasi kardiopulmoner (jantung dan paru) tidak boleh dilakukan di lokasi bencana (pos medis lapangan) pada bencana massal karena membutuhkan waktu dan tenaga.

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

Pada beberapa keadaan tertentu, misalnya adanya paparan material berbahaya, pos medis didirikan di tempat yang aman, diusahakan untuk didirikan sedekat mungkin dengan daerah bencana.

Struktur fisik pos medis depan, terdiri atas:

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



Gambar 3.2. Pos Pelayanan Medis Depan

Tempat perawatan ini dibagi lagi menjadi:

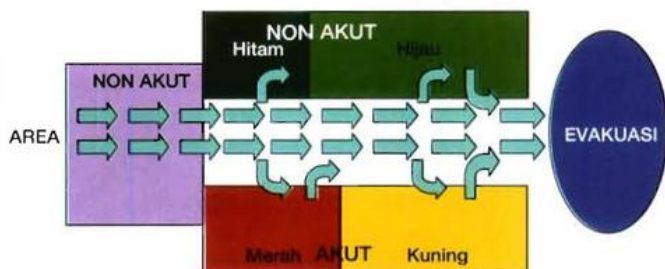
- 1) tempat perawatan korban gawat darurat (korban yang diberi tanda dengan label merah dan kuning). Lokasi ini merupakan proporsi terbesar dari seluruh tempat perawatan;
- 2) tempat perawatan bagi korban non gawat darurat (korban yang diberi tanda dengan label hijau dan hitam).

Pos medis depan, terdiri atas:

- 1) satu pintu keluar;
- 2) dua buah pintu masuk (gawat darurat dan non gawat darurat). Untuk memudahkan identifikasi, kedua pintu ini diberi tanda dengan bendera merah (untuk korban gawat darurat) dan bendera hijau (untuk korban non gawat darurat);
- 3) dua tempat penerimaan korban/triase yang saling berhubungan untuk memudahkan pertukaran/pemindahan korban bila diperlukan;
- 4) tempat perawatan gawat darurat yang berhubungan dengan

tempat triase gawat darurat, tempat ini dibagi menjadi:

- a) tempat perawatan korban dengan tanda merah (berhubungan langsung dengan tempat triase);
- b) tempat perawatan korban dengan tanda kuning (setelah tempat perawatan merah);



Gambar 3.3. Pos pelayanan medis lanjutan standar

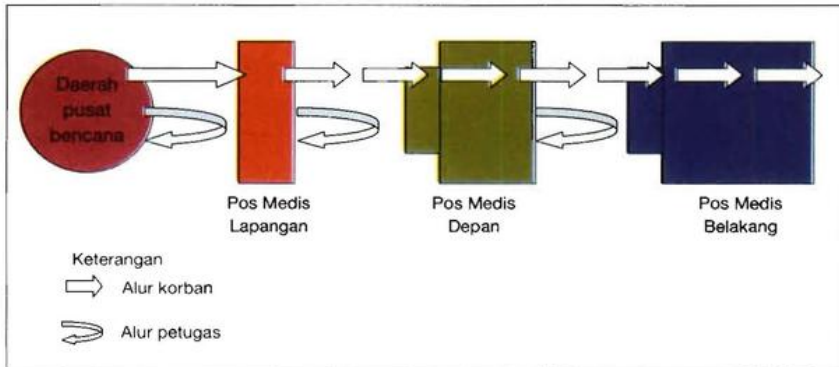
- 5) tempat perawatan non gawat darurat, dibagi menjadi:
 - a) tempat korban meninggal (langsung berhubungan dengan tempat triase);
 - b) tempat perawatan korban dengan tanda hijau (setelah tempat korban meninggal);
 setiap tempat perawatan ini ditandai dengan bendera sesuai dengan kategori korban yang akan dirawat di tempat tersebut;
- 6) sebuah tempat evakuasi yang merupakan tempat korban yang kondisinya telah stabil untuk menunggu pemindahan ke rumah sakit.

d. Proses pemindahan korban

Pengaturan ketat terhadap laju dan tujuan evakuasi korban ke pos medis depan dan pos medis belakang sangat diperlukan untuk mencegah dilampauinya kapasitas fasilitas kesehatan tujuan. Pemindahan korban dilakukan secara satu arah tanpa ada yang saling bersilangan. Dari lokasi bencana ke pos medis depan, kemudian ke pos medis belakang dan

selanjutnya ke pos medis sekunder. Dalam suatu bencana massal tidak mungkin melakukan pemindahan dengan satu kendaraan bagi satu orang penderita.

Di setiap tingkat pos medis akan dijumpai keterbatasan sumber daya termasuk transportasi sehingga perlu disiapkan sarana transportasi yang memadai untuk merujuk korban ke pos medis selanjutnya. Setiap kali satu ambulan dari pos medis lapangan selesai merujuk ke pos medis depan, ambulan tersebut harus segera kembali ke pos medis lapangan. Begitupun dengan pos medis depan dan pos medis belakang. Sistem ini dikenal dengan sistem noria yang berarti roda atau dikenal dengan manajemen sistem ban berjalan (*conveyor belt management*).



Gambar 3.4. Alur evakuasi korban dengan Sistem Noria

Sebelum evakuasi, petugas kesehatan harus melakukan:

- 1) pemeriksaan kondisi dan stabilitas pasien dengan memantau tanda-tanda vital;
- 2) pemeriksaan peralatan yang melekat pada tubuh pasien seperti infus, pipa ventilator/oksigen, peralatan immobilisasi dan lain-lain.

Korban tidak boleh dipindahkan sebelum:

- 1) korban berada pada kondisi yang paling stabil;
- 2) korban telah disiapkan peralatan yang memadai untuk transportasi;
- 3) fasilitas kesehatan penerima telah diinformasikan dan siap menerima korban;
- 4) kendaraan yang digunakan dalam kondisi layak pakai.

e. Perawatan di rumah sakit

- 1) Mengukur kapasitas perawatan rumah sakit;

Jika di daerah kejadian bencana tidak tersedia fasilitas kesehatan yang cukup untuk menampung dan merawat korban bencana massal (misalnya hanya tersedia satu rumah sakit tipe C/tipe B), memindahkan seluruh korban ke sarana tersebut hanya akan menimbulkan hambatan bagi perawatan yang harus segera diberikan kepada korban dengan cedera serius. Lebih jauh, hal ini juga akan sangat mengganggu aktivitas rumah sakit tersebut dan membahayakan kondisi para penderita yang dirawat di sana. Perlu dipertimbangkan jika memaksa memindahkan 200 orang korban ke satu rumah sakit yang hanya berkapasitas 300 tempat tidur, dengan tiga kamar operasi dan mengharapkan hasil yang baik dari pemindahan ini.

Jika dijumpai keterbatasan sumber daya, utamanya keterbatasan daya tampung dan kemampuan perawatan, pemindahan korban ke rumah sakit dapat ditunda sementara. Dengan ini harus dilakukan perawatan di lapangan yang adekuat bagi korban dapat lebih mentoleransi penundaan ini. Jika diperlukan dapat didirikan fasilitas kesehatan lapangan (faskeslap). Dalam mengoperasikan sebuah faskeslap, diperlukan tenaga medis (dokter, dokter spesialis, perawat mahir, bidan) dan non medis (radiolog, farmasis, ahli gizi, laboran, teknisi medis, teknisi non medis, dan pembantu umum) dengan organisasi seperti layaknya

rumah sakit permanen agar faskeslap dapat beroperasi dengan baik.

Di rumah sakit, struktur perintah yang jelas diperlukan dan pelaksanaan triase harus menjadi tanggung jawab dari klinisi yang berpengalaman dan bertugas menetapkan prioritas dan aktivitas dari keseluruhan petugas. Prosedur terapeutik harus dipertimbangkan secara ekonomis baik mengenai sumber daya manusia maupun material. Penanganan medis ini pertama harus disederhanakan dan bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan menghindari komplikasi atau masalah sekunder yang besar, seperti:

- a) melakukan prosedur yang sudah distandarisasi dapat menurunkan mortalitas dan kecacatan jangka panjang yang berarti, seperti tindakan debridement yang diperluas, penundaan penutupan luka primer, penggunaan bidai dibandingkan perban sirkuler;
- b) individu dengan pengalaman yang terbatas, dapat melakukan prosedur sederhana secara cepat dan efektif, dalam beberapa keadaan. Mengutamakan teknik canggih yang membutuhkan individu terlatih serta peralatan yang kompleks dan banyak (seperti perawatan luka bakar yang besar) bukan merupakan investasi sumber daya yang bijaksana dalam penanganan cedera massal.

Jika bencana terjadi dalam waktu tempuh 20 menit dari rumah sakit, tim penanggulangan bencana di rumah sakit dapat segera diberangkatkan ke lokasi kejadian. Namun apabila terjadi dalam jarak lebih dari 20 menit dari rumah sakit, tim tersebut hanya akan diberangkatkan berdasarkan permintaan tim kesehatan di lokasi. Pada situasi tertentu yang cenderung menimbulkan banyak korban (kecelakaan pesawat terbang, kebakaran di atas kapal) tim ini harus segera diberangkatkan ke lokasi kecelakaan tersebut.

Harus diusahakan untuk menyediakan tempat di rumah sakit untuk menampung korban bencana massal yang akan dibawa ke rumah sakit tersebut. Untuk menampung

korban, koordinator penanggulangan bencana di rumah sakit harus segera memindahkan para penderita rawat inap yang kondisinya telah memungkinkan untuk dipindahkan.

Daya tampung rumah sakit ditetapkan tidak hanya berdasarkan jumlah tempat tidur yang tersedia, tetapi juga berdasarkan kapasitasnya untuk merawat korban. Dalam suatu kecelakaan massal, masalah yang sering muncul dalam penanganan korban adalah kapasitas perawatan bedah dan unit perawatan intensif. Korban dengan trauma multipel, umumnya akan membutuhkan paling sedikit dua jam pembedahan. Jumlah kamar operasi efektif (mencakup jumlah kamar operasi, dokter bedah, ahli anestesi dan peralatan yang dapat berjalan secara simultan) merupakan penentu kapasitas perawatan bedah dan lebih jauh kapasitas rumah sakit dalam merawat korban.

2) Lokasi perawatan di rumah sakit

Tempat penerimaan korban di rumah sakit adalah tempat dimana triase dilakukan. Untuk hal itu dibutuhkan:

- a) akses langsung dengan tempat ambulans menurunkan korban;
- b) merupakan tempat tertutup bagi yang tidak berkepentingan;
- c) akses yang mudah ke tempat perawatan utama seperti unit gawat darurat, kamar operasi, dan unit perawatan intensif.

3) Hubungan dengan perawatan di lapangan

Apabila penatalaksanaan pra rumah sakit dilakukan secara efisien, jumlah korban yang dikirim ke rumah sakit akan terkontrol sehingga setelah triase korban dapat segera dikirim ke unit perawatan yang sesuai dengan kondisi mereka. Akan tetapi jika hal ini gagal akan sangat banyak korban yang dibawa ke rumah sakit sehingga korban-korban tersebut harus ditampung terlebih dahulu dalam satu ruangan sebelum dapat dilakukan triase. Dalam situasi

seperti ini daya tampung dan kapasitas rumah sakit akan segera terlampaui.

Petugas triase di rumah sakit akan memeriksa setiap korban untuk konfirmasi triase yang telah dilakukan sebelumnya, atau untuk melakukan kategorisasi ulang status penderita. Jika penatalaksanaan pra rumah sakit cukup adekuat, triase di rumah sakit dapat dilakukan oleh perawat berpengalaman di unit gawat darurat. Jika penanganan pra rumah sakit tidak efektif sebaiknya triase di rumah sakit dilakukan oleh dokter unit gawat darurat atau dokter ahli yang berpengalaman.

Jika sistem penataksanaan korban bencana massal telah berjalan baik akan dijumpai hubungan komunikasi yang konstan antara koordinator penanggulangan bencana rumah sakit dan pos medis depan dan pos medis lapangan. Dalam lingkungan rumah sakit, perlu adanya aliran informasi yang konstan antara tempat triase, unit-unit perawatan utama dan koordinator penanggulangan bencana rumah sakit. Begitu pula dengan petugas ambulans harus menghubungi tempat triase di rumah sakit lima menit sebelum tiba.

Triase di Rumah Sakit

a. Tempat perawatan merah;

Untuk penanganan korban dengan trauma multipel umumnya dibutuhkan pembedahan sedikitnya selama dua jam. Di kota-kota atau daerah-daerah kabupaten dengan jumlah kamar operasi yang terbatas, hal ini mustahil untuk dilakukan sehingga diperlukan tempat khusus dimana dapat dilakukan perawatan yang memadai bagi korban dengan status merah. Tempat perawatan ini disebut tempat perawatan merah yang dikelola oleh ahli anestesi atau dokter ahli yang berpengalaman dan sebaiknya bertempat di unit gawat darurat yang telah dilengkapi dengan peralatan yang memadai dan disiapkan untuk menerima penderita gawat darurat.

b. Tempat perawatan kuning;

Di tempat perawatan ini secara terus menerus akan dilakukan monitoring, pemeriksaan ulang kondisi korban dan segala usaha untuk mempertahankan kestabilannya. Jika kemudian kondisi korban memburuk, ia harus segera dipindahkan ke tempat merah. Tempat kuning ini dikelola oleh seorang dokter.

c. Tempat perawatan hijau;

Korban dengan kondisi hijau sebaiknya tidak dibawa ke rumah sakit, tetapi cukup ke puskesmas atau pos kesehatan. Jika penatalaksanaan pra rumah sakit tidak efisien, banyak korban dengan status ini akan dipindahkan ke rumah sakit. Harus tercantum dalam rencana penatalaksanaan korban bencana massal di rumah sakit upaya untuk mencegah terjadinya hal seperti ini dengan menyediakan satu tempat khusus bagi korban dengan status hijau ini. Tempat ini sebaiknya berada jauh dari unit perawatan utama lainnya. Jika memungkinkan, korban dapat dikirim ke puskesmas atau pos kesehatan terdekat.

- d. Tempat korban dengan prognosis jelek;

Korban-korban seperti ini, yang hanya membutuhkan perawatan suportif, sebaiknya ditempatkan di perawatan/bangsang yang telah dipersiapkan untuk menerima korban kecelakaan massal.

- e. Tempat korban meninggal.

Sebagai bagian dari rencana penatalaksanaan korban bencana massal di rumah sakit, harus disiapkan suatu ruang yang dapat menampung sedikitnya sepuluh korban yang telah meninggal dunia. Proses identifikasi jenazah dapat dilakukan di ruang ini oleh Tim Disaster Victim Identification (DVI). Penatalaksanaan korban meninggal akan dibahas lebih lanjut di lampiran DVI.

Pelaksana dan Perlengkapan Triase di Rumah Sakit

1. Tenaga triase di rumah sakit:

- 1) pelaksana triase, terdiri dari seorang dokter yang telah berpengalaman (dianjurkan dokter yang bekerja di unit gawat darurat rumah sakit, ahli anestesi atau ahli bedah);
- 2) dibantu oleh perawat, tenaga medis gawat darurat, atau tenaga pertolongan pertama;
- 3) petugas administrasi yang bertugas untuk meregistrasi korban.

2. Tempat perawatan, tenaganya terbagi sesuai:

- 1) tempat perawatan gawat darurat;
 - a. penanggung jawab perawatan gawat darurat, merupakan seorang dokter spesialis, konsultan atau dokter terlatih. Penanggung jawab perawatan gawat darurat ini akan bekerja untuk menjamin suplai ke Pos Medis Belakang, melakukan koordinasi dengan bagian lain dalam Pos Medis Belakang, mengatur pembuangan alat dan bahan yang telah dipakai dan komunikasi radio. Ia juga akan berfungsi sebagai manajer bagi pos medis lanjutan tersebut.

- b. tempat perawatan merah terdiri dari:
 - ketua tim, merupakan seorang ahli anestesi, dokter unit gawat darurat atau seorang perawat yang berpengalaman;
 - perawat/penata anestesi dan/atau perawat dari unit gawat darurat;
 - sebagai tenaga bantuan adalah tenaga medis gawat darurat atau para tenaga pertolongan pertama;
 - tenaga pengangkut tandu.
 - c. tempat perawatan kuning terdiri dari:
 - (1) ketua tim, merupakan seorang perawat (penata anestesi atau perawat dari unit gawat darurat) atau seorang perawat;
 - (2) sebagai tenaga bantuan adalah tenaga-tenaga medis gawat darurat atau para tenaga pertolongan pertama;
 - (3) tenaga pengangkut tandu.
- 2) tempat perawatan non gawat darurat
- a. tim perawatan area hijau:
 - ketua tim, merupakan tenaga medis gawat darurat yang berpengalaman;
 - sebagai tenaga bantuan adalah tenaga medis gawat darurat atau para tenaga pertolongan pertama;
 - tenaga pengangkut tandu.
 - b. daerah penempatan korban yang telah meninggal dunia (korban yang diberi tanda dengan kartu hitam). Tidak diperlukan petugas di bagian ini.
3. Peralatan (kebutuhan minimum) untuk:
- 1) tempat triase:
 - a) tanda pengenal untuk menandai setiap tempat/bagian dan petugas;

- b) kartu triase;
 - c) peralatan administrasi;
 - d) tandu (empat buah);
 - e) sfigomanometer, stetoskop, lampu senter, sarung tangan.
- 2) tempat perawatan gawat darurat (minimum untuk kebutuhan 25 orang korban);
- a) tanda pengenal untuk ketua (jaket merah dengan tulisan "ketua"), dan untuk setiap ketua tim (kain berwarna merah/kuning yang dipergunakan di lengan);
 - b) alat penerangan;
 - c) tandu;
 - d) selimut;
 - e) peralatan administrasi;
 - f) sfigomanometer, stetoskop, lampu senter, sarung tangan;
 - g) peralatan kegawatdaruratan medis, terdiri dari:
 - (1) peralatan resusitasi jalan napas;
 - a. oksigen tabung;
 - b. peralatan intubasi;
 - c. peralatan trakeostomi;
 - d. peralatan drain thorax;
 - e. ambu bag;
 - f. alat cricothyroidectomy.
 - (2) peralatan resusitasi jantung;
 - a. infus set + cairan;
 - b. obat-obatan untuk penanggulangan syok;
 - c. alat fiksasi pada trauma thoraks (mastrousers).
 - (3) peralatan listrik/pneumatic;
 - a. penghisap lendir (suction);
 - b. lampu khusus;
 - c. defibrilator;
 - d. ventilator;
 - e. baterai atau generator.

- (4) perlengkapan peralatan luka kapas, perban elastik.
- a. peralatan penjahitan luka;
 - b. sarung tangan;
 - c. obat antiseptik;
 - d. selimut pengaman;
 - e. bidai (termasuk kolar leher);
 - f. ATS/ABU.

f. Evakuasi pos medis sekunder

Pada beberapa keadaan tertentu seperti jika daya tampung rumah sakit terlampaui, atau korban membutuhkan perawatan khusus (mis. bedah saraf), korban harus dipindahkan ke rumah sakit lain yang menyediakan fasilitas yang diperlukan penderita. Pemindahan seperti ini dapat dilakukan ke rumah sakit lain dalam satu wilayah, ke daerah atau provinsi lain, atau bahkan ke negara lain.

Pelayanan medis spesialisik, seperti bedah saraf, mungkin tersedia pada rumah sakit di luar area bencana. Namun, evakuasi medis semacam ini harus dengan hati-hati dikontrol dan terbatas bagi pasien yang memerlukan penanganan spesialisik yang tidak tersedia pada area bencana. Kebijakan mengenai evakuasi harus distandarisasi antara tenaga kesehatan yang memberikan bantuan pemulihan di area bencana dan rumah sakit yang akan menerima pasien.

2. Pelayanan Kesehatan Pengungsi

2.1. Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

Pengendalian penyakit dilaksanakan dengan pengamatan penyakit (*surveilans*), *promotif*, *preventif* dan pelayanan kesehatan (penanganan kasus) yang dilakukan di lokasi bencana termasuk di pengungsian. Baik yang dilaksanakan di sarana pelayanan kesehatan yang masih ada maupun di pos kesehatan yang didirikan dalam rangka penanggulangan bencana.

Tujuan pengendalian penyakit pada saat bencana adalah mencegah kejadian luar biasa (KLB) penyakit menular potensi wabah, seperti penyakit diare, ISPA, malaria, DBD, penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (P3DI), *keracunan* dan mencegah penyakit-penyakit yang spesifik lokal.

Permasalahan penyakit, terutama disebabkan oleh:

- kerusakan lingkungan dan pencemaran;
- jumlah pengungsi yang banyak, menempati suatu ruangan yang sempit, sehingga harus berdesakan;
- pada umumnya tempat penampungan pengungsi tidak memenuhi syarat kesehatan;
- ketersediaan air bersih yang seringkali tidak mencukupi jumlah maupun kualitasnya;
- diantara para pengungsi banyak ditemui orang-orang yang memiliki risiko tinggi, seperti balita, ibu hamil, berusia lanjut;
- pengungsian berada pada daerah endemis penyakit menular, dekat sumber pencemaran, dan lain-lain;
- Kurangnya PHBS (Prilaku Hidup Bersih dan Sehat);
- Kerusakan pada sarana kesehatan yang seringkali diikuti dengan padatnya listrik yang beresiko terhadap kualitas vaksin.

Potensi munculnya penyakit menular sangat erat kaitannya dengan faktor risiko, khususnya di lokasi pengungsian dan masyarakat sekitar penampungan pengungsi, seperti campak, diare, pneumonia, malaria dan penyakit menular lain spesifik lokal.

a. Surveilans Penyakit dan Faktor Risiko

Surveilans penyakit dan faktor risiko pada umumnya merupakan suatu upaya untuk menyediakan informasi kebutuhan pelayanan kesehatan di lokasi bencana dan pengungsian sebagai bahan tindakan kesehatan segera. Secara khusus, upaya tersebut ditujukan untuk menyediakan informasi kematian dan kesakitan penyakit potensial wabah yang terjadi di daerah bencana; mengiden-tifikasikan sedini mungkin kemungkinan terjadinya peningkatan jumlah penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB/wabah; mengidentifikasi kelompok risiko tinggi terhadap

suatu penyakit tertentu; mengidentifikasi daerah risiko tinggi terhadap penyakit tertentu; dan mengidentifikasi status gizi buruk dan sanitasi lingkungan.

Langkah-langkah surveilans penyakit di daerah bencana meliputi:

- 1) pengumpulan data;
 - a) data kesakitan dan kematian:
 - (1) data kesakitan yang dikumpulkan meliputi jenis penyakit yang diamati berdasarkan kelompok usia (lihat Lampiran 8 dan 10 untuk form BA-3 dan BA-5);
 - (2) data kematian adalah setiap kematian pengungsi, penyakit yang kemungkinan menjadi penyebab kematian berdasarkan kelompok usia (lihat Lampiran 11 dan 12 untuk form BA-6 dan BA-7);
 - (3) data denominator (jumlah korban bencana dan jumlah penduduk beresiko) diperlukan untuk menghitung pengukuran epidemiologi, misalnya angka insidensi, angka kematian, dsb.
 - b) sumber data;

Data dikumpulkan melalui laporan masyarakat, petugas pos kesehatan, petugas Rumah Sakit, koordinator penanggulangan bencana setempat.
 - c) Jenis form
 - (1) form BA-3: register harian penyakit pada korban bencana
 - (2) form BA-4: rekapitulasi harian penyakit korban bencana.
 - (3) form BA-5: laporan mingguan penyakit korban bencana
 - (4) form BA-6: register harian kematian korban bencana
 - (5) form BA-7: laporan mingguan kematian korban bencana

- 2) pengolahan dan penyajian data;
Data surveilans yang terkumpul diolah untuk menyajikan informasi epidemiologi sesuai kebutuhan. Penyajian data meliputi deskripsi maupun grafik data kesakitan penyakit menurut umur dan data kematian menurut penyebabnya akibat bencana.
- 3) analisis dan interpretasi;
Kajian epidemiologi merupakan kegiatan analisis dan interpretasi data epidemiologi yang dilaksanakan oleh tim epidemiologi. Langkah-langkah pelaksanaan analisis:
 - a) menentukan prioritas masalah yang akan dikaji;
 - b) merumuskan pemecahan masalah dengan memperhatikan efektifitas dan efisiensi kegiatan;
 - c) menetapkan rekomendasi sebagai tindakan korektif.
- 4) penyebaran informasi.
Penyebaran informasi hasil analisis disampaikan kepada pihak-pihak yang berkepentingan.

b. Proses Kegiatan Surveilans

- 1) Kegiatan di pos kesehatan

Pos kesehatan di lokasi pengungsi adalah sarana kesehatan sementara yang diberi tanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar untuk masyarakat yang bertempat tinggal di lokasi pengungsi dan sekitarnya.

Pos kesehatan bertujuan untuk memulihkan dan meningkatkan kesehatan masyarakat di lokasi pengungsi dan sekitarnya serta terselenggaranya pelayanan rawat jalan, pelayanan kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi lainnya termasuk KB, pelayanan kesehatan jiwa dan psikososial, pelayanan gizi, kesehatan lingkungan dan terselenggaranya pemantauan dan pencegahan penyakit menular di lokasi pengungsi.

Pengorganisasian pos kesehatan meliputi :

- a) penanggungjawab pos kesehatan di lokasi pengungsi adalah kepala puskesmas setempat;
- b) sasaran pos kesehatan di lokasi pengungsi adalah masyarakat yang berada di lokasi pengungsi dan masyarakat di sekitarnya;
- c) pelaksana pos kesehatan adalah puskesmas setempat. apabila puskesmas tidak mampu atau rusak karena bencana, pelaksana pos kesehatan di lokasi pengungsi adalah puskesmas yang diperbantukan, tim relawan, swasta dan lsm yang berminat dibawah koordinasi dinkes kabupaten/kota;
- d) sesuai dengan asas penyelenggaraan puskesmas, pos kesehatan yang dikelola oleh swasta atau lsm, harus sepengetahuan dan dibawah koordinasi puskesmas/dinas kesehatan kabupaten/kota setempat;
- e) mekanisme kerja pos kesehatan di lokasi pengungsi mengikuti mekanisme kerja puskesmas;
- f) pos kesehatan harus melaporkan seluruh kegiatannya kepada puskesmas setempat (ba-3, ba-4, ba-5, ba-6, ba-7);
- g) pelayanan yang diselenggarakan meliputi pelayanan kesehatan dasar, yang untuk beberapa hal disesuaikan dengan kondisi dan situasi setempat;
- h) pelayanan tersebut mencakup promosi kesehatan, pelayanan gizi, pelayanan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana serta pencegahan dan pemberantasan penyakit menular :
 - (1) menyelenggarakan pelayanan imunisasi;
 - (2) menyelenggarakan kegiatan penemuan penderita penyakit menular;
 - (3) menyelenggarakan surveilans epidemiologi penanggulangan klb;
 - (4) menyelenggarakan kegiatan pencegahan

dan penanggulangan klb;

- (5) menyelenggarakan kegiatan penyehatan lingkungan.
 - i) disamping penyakit yang berpotensi klb, penyakit tidak menular juga diamati seperti trauma dan luka-luka;
 - j) apabila petugas kesehatan di pos kesehatan menemukan atau mencurigai kemungkinan adanya peningkatan kasus-kasus tersangka penyakit yang ditularkan melalui makanan (*foodborne disease*) ataupun penyakit lain yang jumlahnya meningkat dalam kurun waktu singkat, maka petugas yang bersangkutan harus melaporkan keadaan tersebut secepat mungkin ke puskesmas terdekat atau dinas kesehatan kabupaten/kota.

Kegiatan surveilans yang dilakukan di pos kesehatan, antara lain:

- (1) pengumpulan data kesakitan penyakit yang diamati dan kematian melalui pencatatan harian kunjungan rawat jalan (form ba-3 dan ba-6);
- (2) validasi data agar data menjadi sah dan akurat, pengolahan data kesakitan menurut jenis penyakit dan golongan umur per minggu (form ba-4);
- (3) pembuatan dan pengiriman laporan (form ba-5 dan ba-7). dalam kegiatan pengumpulan data kesakitan yang ditujukan pada penyakit-penyakit yang mempunyai potensi menimbulkan terjadinya wabah, dan masalah kesehatan yang bisa memberikan dampak jangka panjang terhadap kesehatan dan/ atau memiliki fatalitas tinggi.

Jenis penyakit yang diamati antara lain diare berdarah, campak, diare, demam berdarah dengue, pnemonia, lumpuh layuh akut (AFP), ISPA non-pneumonia, *difteri*, tersangka hepatitis, malaria klinis, gizi

- buruk, tetanus, dsb.
- 2) Kegiatan di puskesmas
Kegiatan surveilans yang dilakukan di puskesmas, antara lain:
 - a) pengumpulan data kesakitan penyakit-penyakit yang diamati dan kematian melalui pencatatan harian kunjungan rawat jalan dan rawat inap pos kesehatan yang ada di wilayah kerja (form ba-3, ba-6);
 - b) validasi data agar data menjadi sahih dan akurat;
 - c) pengolahan data kesakitan menurut jenis penyakit, golongan usia dan tempat tinggal per minggu (form ba-4);
 - d) pembuatan dan pengiriman laporan (form ba-5 dan ba-7).
 - 3) Kegiatan di rumah sakit
Kegiatan surveilans yang dilakukan di rumah sakit, antara lain:
 - a) pengumpulan data kesakitan penyakit yang diamati dan kematian melalui pencatatan rujukan kasus harian kunjungan rawat jalan dan rawat inap dari para korban bencana (form ba-3, ba-6);
 - b) validasi data agar data menjadi sahih dan akurat;
 - c) pengolahan data kesakitan menurut jenis penyakit, golongan usia dan tempat tinggal per minggu (form ba-4);
 - d) pembuatan dan pengiriman laporan (form ba-5 dan ba-7).
 - 4) Kegiatan di dinas kesehatan kabupaten / kota
Kegiatan surveilans yang dilakukan di tingkat Kabupaten/ Kota, antara lain:
 - a) pengumpulan data berupa jenis bencana, lokasi bencana, keadaan bencana, kerusakan sarana kesehatan, angka kesakitan penyakit yang diamati dan angka kematian korban bencana yang berasal

- dari puskesmas, rumah sakit, atau Poskes khusus (form BA-1, BA-2);
- b) surveilans aktif untuk penyakit tertentu (form BA-3 dan BA-6);
 - c) validasi data agar data menjadi sah dan akurat;
 - d) pengolahan data kesakitan menurut jenis penyakit, golongan umur dan tempat tinggal per minggu (form BA-4);
 - e) pertemuan tim epidemiologi kabupaten/kota untuk melakukan analisis data dan merumuskan rekomendasi rencana tindak lanjut Penyebar-luasan informasi.
- 5) Kegiatan di dinas kesehatan provinsi
Kegiatan surveilans yang dilakukan di tingkat provinsi, antara lain:
- a) pengumpulan data kesakitan penyakit-penyakit yang diamati dan kematian korban bencana yang berasal dari dinas kesehatan kabupaten/kota (form BA-1, BA-2, BA-6 dan BA-7)
 - b) surveilans aktif untuk penyakit-penyakit tertentu;
 - c) validasi data agar data menjadi sah dan akurat;
 - d) pengolahan data kesakitan menurut jenis penyakit, golongan umur dan tempat tinggal per minggu (form BA-4);
 - e) pertemuan tim epidemiologi provinsi untuk melakukan analisis data dan merumuskan rekomendasi rencana tindak lanjut, penyebarluasan informasi, pembuatan dan pengiriman laporan (form BA-5 dan form BA-7).
- 6) Hasil
Adanya rekomendasi dari hasil kajian analisis data oleh tim epidemiologi diharapkan dapat menetapkan rencana kegiatan korektif yang efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan. Rencana kegiatan korektif ini tentunya dapat menekan peningkatan penyakit khususnya penyakit

menular di lokasi bencana yang akhirnya menekan angka kematian akibat penyakit pada pasca bencana.

c. Imunisasi

Dalam situasi bencana/di lokasi pengungsian, upaya imunisasi harus dipersiapkan dalam mengantisipasi terjadinya KLB PD3I terutama campak. Dalam melakukan imunisasi ini sebelumnya dilakukan penilaian cepat untuk mengidentifikasi hal-hal sbb :

- 1) dampak bencana terhadap kesehatan masyarakat di wilayah bencana/lokasi pengungsian terutama para pengungsi, lingkungan, sarana imunisasi, sumber daya manusia (petugas kesehatan/imunisasi)
- 2) data cakupan imunisasi dan epidemiologi penyakit, sebelum bencana dalam 3 tahun terakhir, untuk menentukan kebutuhan upaya imunisasi berdasarkan analisa situasi dalam rangka pencegahan klb pd3i

Sasaran imunisasi untuk mencegah KLB PD3I di daerah bencana/lokasi pengungsian adalah :

- 1) Semua anak usia 9-59 bulan diberi imunisasi campak tambahan. Pemberian imunisasi campak tambahan diberikan sebanyak 1 dosis atau satu kali pemberian. Pemberian imunisasi ini terintegrasi dengan pemberian Vit A untuk memberikan peningkatan perlindungan pada anak. Apabila ditemukan kasus campak pasca bencana, walaupun satu kasus, maka dinyatakan sebagai Kejadian Luar Biasa pada daerah tersebut dan penanggulangannya mengacu pada Pedoman Penatalaksanaan KLB (diterbitkan oleh Ditjen PP dan PL Kementerian Kesehatan). Perkiraan jumlah anak usia 9-59 bulan adalah sekitar 11% x jumlah penduduk.
- 2) Kelompok populasi yang berisiko tinggi terhadap penyakit tertentu, berdasarkan hasil penilaian cepat pasca bencana. Contoh : imunisasi TT terhadap petugas kesehatan,

sukarelawan, petugas penyelamat, pengungsi dll. Untuk mendapatkan perlindungan, maka pemberian Imunisasi tetanus diberikan 2 kali dengan interval minimal 1 bulan. Bila tersedia dapat dipertimbangkan menggunakan vaksin Td (Tetanus Difteri Toxoid), agar memberikan perlindungan terhadap difteri selain tetanus. Bagi penderita luka terbuka yang dalam, tertusuk paku/benda tajam, segera berikan ATS (Anti Tetanus Serum)

d. Pengendalian Vektor

Pelaksanaan pengendalian vektor yang perlu mendapatkan perhatian di lokasi pengungsi adalah pengelolaan lingkungan, pengendalian dengan insektisida, serta pengawasan makanan dan minuman.

Pengendalian vektor penyakit menjadi prioritas dalam upaya pengendalian penyakit karena potensi untuk menularkan penyakit sangat besar seperti lalat, nyamuk, tikus, dan serangga lainnya. Kegiatan pengendalian vektor dapat berupa penyemprotan, *biological control*, pemberantasan sarang nyamuk, dan perbaikan lingkungan.

Banyaknya tenda-tenda darurat tempat penampungan sementara para pengungsi yang diperkirakan belum dilengkapi dengan berbagai fasilitas sanitasi dasar yang sangat diperlukan, akibatnya banyak kotoran dan sampah yang tidak tertangani dengan baik dan akan menciptakan breeding site terutama untuk lalat dan serangga-pengganggu lain. Hal ini akan menambah faktor resiko terjadinya penularan berbagai penyakit.

Keberadaan lalat dan serangga-serangga-pengganggu lain merupakan vektor mekanik dari berbagai penyakit tertentu dan dari sisi lain keberadaan serangga tersebut menyebabkan gangguan bagi sebagian orang. Pengendalian dilakukan secepatnya setelah kegiatan survei vektor dilakukan dengan berbagai cara termasuk menggunakan insektisida.

Tujuan pengendalian vektor dalam keadaan darurat:

- 1) Menurunkan populasi vektor serendah mungkin secara

cepat sehingga keberadaannya tidak lagi berisiko untuk terjadinya penularan penyakit di suatu wilayah atau

- 2) Menghindari kontak dengan vektor sehingga penyakit yang ditularkan melalui vektor tersebut dapat dicegah.
- 3) Meminimalkan gangguan yang disebabkan oleh binatang atau serangga pengganggu

Kegiatan pengendalian vektor dan binatang pengganggu meliputi survei cepat dan metode pengendalian. Pengendalian vektor dilakukan dari cara yang paling sederhana seperti perlindungan personal dan perbaikan rumah sampai pada langkah-langkah yang lebih kompleks yang membutuhkan partisipasi dari para ahli pengendalian vektor.

Metode pengendalian dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Pengendalian lingkungan: *breeding* mengubah situs dengan mengeringkan atau mengisi situs, pembuangan sampah secara teratur, menjaga tempat penampungan bersih, dan kebersihan.
- 2) Pengendalian secara mekanis: menggunakan bednets, perangkap, penutup makanan
- 3) Pengendalian biologis: menggunakan organisme hidup untuk pengendalian larva, seperti ikan yang makan larva (misalnya, nila, ikan mas, guppies), Bakteri (*Bacillus thuringiensis israelensis*) yang menghasilkan racun terhadap larva dan Pakis mengambang bebas yang mencegah pembiakan, dan lain-lain
- 4) Pengendalian kimiawi dapat dilakukan dengan beberapa cara;
 - a) Insektisida untuk penyemprotan (*IRS, spray, fogging*) untuk vektor dewasa;
 - b) Larvicida untuk pengendalian larva; data resistensi terhadap insektisida akan berguna dalam membantu memastikan insektisida yang akan dipilih.
 - c) Penggunaan *repellents*; banyak masyarakat terbiasa menggunakan berbagai bahan sebagai *repellents*. Penggunaan *repellents* ini efektif dan tidak berbahaya,

mereka dianjurkan untuk menggunakannya dalam situasi darurat, dan hal ini sebenarnya sudah umum pada sebagian masyarakat untuk memakai repellents yang terbukti manfaatnya.

e. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Penyakit menular merupakan masalah yang perlu mendapat perhatian besar, mengingat potensi munculnya KLB/wabah penyakit menular sebagai akibat banyaknya faktor risiko yang memungkinkan terjadinya penularan pada saat bencana baik di pengungsian maupun pada masyarakat. Umumnya penyakit ini timbul 1 minggu setelah bencana.

KLB/wabah penyakit dapat menyebabkan korban jiwa, jumlah penderita yang banyak dalam kurun waktu yang singkat, sehingga mengakibatkan lonjakan kebutuhan dana dan tenaga dalam upaya pengendalian KLB/wabah. Untuk mencegah terjadinya KLB/wabah penyakit, maka pada saat bencana perlu dilakukan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Upaya tersebut meliputi :

- mengidentifikasi penyakit menular potensial klb berdasarkan jenis bencana;
- mengidentifikasi faktor resiko;
- upaya pencegahan dan pengendalian/ meminimalisir faktor resiko;
- kalkulasi kebutuhan logistik untuk penatalaksanaan kasus;
- kalkulasi kebutuhan tenaga medis/ perawat untuk penatalaksanaan kasus.

1) Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Diare

Penyakit diare merupakan penyakit menular yang sangat potensial terjadi di daerah pengungsian maupun wilayah yang terkena bencana, yang biasanya sangat terkait erat dengan kerusakan, keterbatasan penyediaan air bersih dan sanitasi dan diperburuk oleh perilaku hidup bersih dan sehat yang masih rendah.

Pencegahan penyakit diare dapat dilakukan sendiri oleh para pengungsi, antara lain:

- a) gunakan air bersih yang memenuhi syarat;
- b) menggunakan alat – alat untuk memasak dan peralatan makan yang bersih;
- c) berilah air susu ibu (asi) saja sampai bayi berusia 6 bulan;
- d) berilah makanan pendamping asi dengan benar setelah bayi berusia 6 bulan dan pemberian asi diteruskan sampai bayi berusia 24 bulan;
- e) bila terpaksa menggunakan susu formula misalnya pada bayi piatu, asi tidak keluar, maka dalam hal pemberian susu formula, perhatikan tanggal kadaluwarsa produk, petunjuk pembuatan susu formula, kelayakan air yang digunakan serta kebersihan alat- alat pembuat susu formula;
- f) cucilah tangan dengan sabun dengan air yang mengalir sebelum menjamah/memasak sesudah buang air besar dan sebelum memberi makan anak;
- g) semua anggota keluarga buang air besar di jamban;
- h) buang tinja bayi dan anak kecil di jamban.

Penyediaan air bersih yang cukup dan sanitasi lingkungan yang memadai merupakan tindakan pencegahan penyakit diare, sedangkan pencegahan kematian akibat diare dapat dilakukan melalui penatalaksanaan kasus secara tepat dan kesiapsiagaan akan kemungkinan timbulnya KLB diare.

Penatalaksanaan Diare

Bilamana ditemukan adanya penderita diare di lokasi bencana atau penampungan pengungsi, langkah-langkah penatalaksanaan kasus penderita diare adalah :

1. menentukan derajat dehidrasi;

Tabel penilaian derajat dehidrasi

PENILAIAN	A	B	C
	Bila ada 2 tanda atau lebih		
Lihat :			
Keadaan Umum	Baik, sadar	Gelisah, rewel	Lesu, lunglai atau tidak sadar
Mata	Normal	Cekung	Cekung
Rasa Haus (beri air minum)	Minum biasa, Tidak Haus	Haus,ingin minum banyak	Malas minum atau tidak bisa minum
Raba / Periksa :			
Turgor Kulit	Kembali cepat	Kembali lambat	Kembali sangat Lambat (lebih dari 2 detik)
Tentukan Derajat Dehidrasi	Tanpa dehidrasi	Dehidrasi Ringan-Sedang (dehidrasi tidak berat)	Dehidrasi berat
Rencana Pengobatan	Rencana Terapi A	Rencana Terapi B	Rencana Terapi C

2. Menentukan pengobatan dehidrasi yang tepat.

- Rencana terapi A : untuk mengobati penderita diare tanpa dehidrasi.
- Rencana terapi B : untuk mengobati penderita diare dengan dehidrasi ringan/sedang.
- Rencana terapi C : untuk mengobati penderita diare dengan dehidrasi berat.

2.1. Rencana Terapi A (pengobatan diare di rumah untuk penderita diare tanpa dehidrasi)

Tiga cara pengobatan diare di rumah :

- a. berikan anak lebih banyak cairan daripada biasanya untuk mencegah dehidrasi;
 - 1) gunakan cairan rumah tangga yang dianjurkan seperti larutan oralit, makanan yang cair (seperti sup, air tajin). gunakan larutan oralit untuk anak seperti

dijelaskan dalam dibawah;

(catatan: jika anak yang sakit berusia <6 bulan dan belum makan makanan padat, lebih baik diberi oralit dan air matang daripada makanan yang cair).

- 2) berikan larutan ini sebanyak anak mau, berikan jumlah larutan oralit seperti dibawah sebagai penuntun;
 - 3) teruskan pemberian larutan ini hingga diare berhenti.
- b. beri anak makanan untuk mencegah kurang gizi:
- 1) teruskan asi;
 - 2) bila anak tidak mendapat asi berikan susu yang biasa diberikan. untuk anak < dari 6 bulan dan belum mendapat makanan padat, dapat diberikan susu yang dicairkan dengan air yang sebanding selama 2 hari;
 - 3) bila anak 6 bulan atau lebih atau telah mendapatkan makanan padat:
 - a) berikan bubur atau campuran tepung lainnya, bila mungkin dicampur dengan kacang-kacangan, sayur, daging atau ikan, tambahkan 1 atau 2 sendok teh minyak sayur tanpa porsi;
 - b) berikan sari buah segar atau pisang halus untuk menambah kalium;
 - c) berikan makanan yang segar, masak dan haluskan atau tumbuk makanan dengan baik;
 - d) dorong anak untuk makan, berikan makanan sedikitnya 6 kali sehari;
 - e) berikan makanan yang sama setelah diare berhenti dan berikan makanan tambahan setiap hari selama 2 minggu.
- c. bawa anak ke petugas kesehatan bila anak tidak membaik dalam 3 hari atau menderita sebagai berikut.
- 1) buang air besar cair sering sekali;
 - 2) muntah berulang-ulang;
 - 3) sangat haus sekali;
 - 4) makan atau minum sedikit;
 - 5) demam;
 - 6) tinja berdarah.
- Gunakan cara ini untuk mengajar ibu:
- 1) teruskan mengobati anak diare dirumah;
 - 2) berikan pengobatan awal bila terkena diare lagi.

Periksa ada tidaknya darah pada tinja, bila ada, maka:

- 1) obati penderita selama 5 hari dengan antibiotika oral yang dianjurkan untuk shigella (kotrimoksazol);

- 2) ajari ibu cara memberi makan pada anak seperti dijelaskan dalam rencana terapi a;
- 3) periksa anak kembali setelah 2 hari, apabila anak (penderita):
 - usianya kurang dari 1 tahun;
 - sebelumnya pernah menderita dehidrasi;
 - masih ada darah dalam tinja.
- 4) tidak membaik;
- 5) apabila tinja masih berdarah setelah 2 hari ganti dengan antibiotika kedua yang dianjurkan untuk shigella. berikan selama 5 hari;
- 6) apabila mungkin lakukan pemeriksaan untuk *e. histolytica* (bentuk tropozoid a dengan sel darah merah di dalamnya). apabila positif, beri obat anti-amoeba.

2.2. Rencana terapi B (untuk terapi dehidrasi ringan/sedang)

- a. Jumlah oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama

Oralit yang diberikan dihitung dengan mengalikan BERAT BADAN penderita (kg) dengan 75 ml.

Bila berat badan anak tidak diketahui dan/atau untuk memudahkan di lapangan, berikan obat sesuai tabel berikut:

Usia	<1 tahun	1-4 tahun	>5 tahun	Dewasa
Volume Oralit	300 ml	800 ml	1.200 ml	2.400 ml

- 1) bila anak menginginkan lebih banyak oralit, berikan;
 - 2) bujuk ibu untuk meneruskan asi;
 - 3) untuk bayi usia kurang dari 6 bulan yang tidak mendapatkan asi, berikan juga 100 – 200 ml air masak selama masa itu.
- b. Amati anak dengan seksama dan bantu ibu memberikan oralit :
 - 1) tunjukkan jumlah cairan yang harus diberikan;
 - 2) tunjukkan cara memberikannya sesendok teh setiap 1-2 menit untuk anak usia di bawah 2 tahun, beberapa teguk dari cangkir untuk anak yang lebih tua;
 - 3) periksa dari waktu ke waktu jika ada masalah;
 - 4) bila anak muntah, tunggu 10 menit, kemudian teruskan pemberian oralit tetapi lebih lambat, misalnya sesendok tiap 2-3 menit;
 - 5) bila kelopak mata anak bengkak, hentikan pemberian oral dan berikan air

- masak atau asi, beri oralit sesuai rencana terapi a bila pembengkakan telah hilang.
- c. Setelah 3-4 jam, nilai kembali anak dengan menggunakan bagan penilaian, kemudian pilih rencana terapi a, b, atau c untuk melanjutkan terapi :
 - 1) bila ada dehidrasi, ganti rencana terapi a. bila dehidrasi telah hilang, anak biasanya kencing dan lelah, kemudian mengantuk dan tidur;
 - 2) bila tanda menunjukkan dehidrasi ringan/ sedang, ulangi rencana terapi b, tetapi tawarkan makanan, susu, dan sari buah seperti rencana terapi a;
 - 3) bila tanda menunjukkan dehidrasi berat, ganti dengan rencana terapi c.
 - d. Bila ibu harus pulang sebelum selesai rencana terapi b :
 - 1) tunjukkan jumlah oralit yang harus dihabiskan dalam terapi 3 jam di rumah;
 - 2) berikan oralit untuk rehidrasi selama 2 hari lagi seperti dijelaskan dalam rencana terapi a;
 - 3) tunjukkan cara melarutkan oralit;
 - 4) jelaskan 3 cara dalam rencana terapi a untuk mengobati anak di rumah:
 - a) memberikan oralit atau cairan lain hingga diare berhenti;
 - b) memberikan makan anak sebagaimana biasanya.
 - e. Periksa ada tidaknya demam dan ukur suhu tubuh :
 - 1) apabila anak berusia kurang dari 2 bulan, berikan cairan sesuai yang dibutuhkan;
 - 2) apabila suhu anak mengalami panas (suhu tubuh 38°C atau lebih) sesudah direhidrasi, rujuk ke rumah sakit, jangan beri anak parasetamol atau obat anti malaria;
 - 3) apabila anak berusia 2 tahun atau lebih, bila demam (39°C atau lebih) atau ada riwayat demam pada hari sebelumnya, berikan obat antimalaria (berikan tatalaksana program pemberantasan malaria).
 - f. Apabila diare telah berlangsung selama 14 hari atau lebih :
 - 1) rujuk ke rumah sakit bila anak (penderita):
 - a) usianya kurang dari 6 bulan tahun;
 - b) mengalami dehidrasi (rujuk anak setelah dehidrasinya diatasi).
 - 2) apabila diare belum berlangsung selama 14 hari, ajari ibu cara memberi makan sesuai terapi a disamping juga:
 - a) berikan ½ porsi susu yang biasa diberikan ditambah bubur nasi + tempe;
 - b) berikan bubur ditambah minyak sayur, kacang, daging atau ikan (makanan pendamping asi) 6 kali sehari.

- 3) anjurkan ibu untuk membawa kembali anaknya setelah 5 hari:
 - a) bila diare tidak berhenti, rujuk ke rumah sakit;
 - b) bila diare berhenti, anjurkan ibu untuk:
 - (1) meneruskan makanan yang biasa diberikan
 - (2) sesudah 1 minggu, mulai dengan memberikan susu yang seperti biasa
 - (3) memberikan makanan ekstra setiap hari selama 1 bulan.

2.3. Rencana Terapi C (untuk terapi dehidrasi berat)

Bila penderita dalam keadaan dehidrasi berat, rehidrasi harus segera dimulai. Setelah itu pemeriksaan lainnya dapat dilanjutkan.

- a. Memberikan terapi zinc selama 10 hari berturut – turut

Semua penderita diare Balita harus mendapatkan tablet zinc selama 10 hari berturut – turut meskipun diare sudah berhenti. Tablet zinc dapat diberikan dengan cara dikunyah atau dilarutkan dalam sesendok air matang/ ASI sebelum diberikan pada anak. Dosis untuk anak < 6 bulan sebanyak ½ tablet (10 mg)/ hari, sekali dalam sehari. Dosis untuk anak > 6 bulan sebanyak 1 tablet (20 mg)/ hari, sekali dalam sehari. Seluruh petugas kesehatan harus memahami dosis dan cara pemberian tablet zinc yang tepat serta menjelaskannya kepada keluarga pasien.
- b. Mencari masalah lain, seperti, kurang gizi, adanya darah dalam tinja dan diare yang lebih dari 14 hari. Selain diperiksa status dehidrasinya harus pula diperiksa gejala lainnya untuk menentukan adanya penyakit lain seperti adanya darah dalam tinja, demam, kurang gizi dan lain sebagainya.
 - 1) bila tinja penderita mengandung darah berarti penderita mengalami disentri yang memerlukan pengobatan antibiotik;
 - 2) bila ditemukan tersangka kolera dengan gejala diare terus-menerus, cair seperti cucian beras, berbau amis, tanpa sakit perut dan pada gejala awal disertai mual dan muntah segera dilakukan pengambilan specimen hapus dubur (rectal swab) rujuk specimen ke Labkesda atau BTKL. Dan penderita di rawat inap dan beri Antibiotika. Bila hasil pemeriksaan laboratorium (+), segera lapor ke Dinas Kesehatan Kab/ Kota;
 - 3) bila penderita diare 14 hari atau lebih berarti menderita diare persisten dan perlu pertimbangkan pengobatan dengan antibiotika, karena kecil kemungkinan disebabkan oleh virus;
 - 4) bila penderita demam (>38°C) dan berumur >2 bulan dapat diberikan obat penurun panas;

- 5) bila didaerah tersebut endemik malaria dan anak ada riwayat demam sebelumnya dapat diberikan pengobatan sesuai program malaria. Keterangan lengkap tentang masalah lain lihat pada gambar tatalaksana penderita diare.
- c. Langkah-langkah pemberian antibiotika, antara lain:
- 1) tentukan jenis antibiotik yang tepat sesuai dengan penyebab diare;
 - 2) tentukan dosis yang tepat sesuai dengan usia anak atau berat badan anak, sesuai tabel dibawah:
 - a) untuk disenteri: beri antibiotik yang dianjurkan untuk shigella :
 - (1) antibiotik pilihan pertama: kotrimoksazol;
 - (2) antibiotik pilihan kedua: asam nalidixat.

Tabel. Dosis antibiotik kotrimoksazol

Dosis antibiotik kotrimoksazol			
<ul style="list-style-type: none"> • Berikan dosis pertama antibiotik di tempat berobat 			
Tabel. Dosis antibiotik asam nalidixat dan metronidazol			
Usia / berat badan	KOTRIMOKSASOL		
	2 kali sehari selama 5 hari		
	tablet dewasa (80 mg trimetoprim +400mg sulfametoksazol)	tablet anak (20 mg trimetoprim + 100 mg sulfametoksazol)	sirup anak/ 5 ml sirup (40 mg trimetoprim + 200 mg sulfametoksazol)
2 bl - <4 bl (4 - <6 kg)	¼	1	2,5 ml (½ sendok takar)
4 bl-<12 bl (6 - <10 kg)	¼	2	5 ml (1 sendok takar)
12 bl - < 3 th (10 - <16 kg)	¼	2 ½	7,5 ml (1 ½ sendok takar)
3 th - <5 th (16- <19kg)	1	3	10 ml (2 sendok takar)

Usia / berat badan	ASAM NALIDIKSAT 4 kali sehari selama 5 hari tablet dewasa (500 mg/tablet)	METRONIDAZOL 3 kali sehari selama 10 hari untuk disenteri amuba tablet dewasa (500 mg/ tab)
2 bl - <4 bl (4 - <6 kg)	50 mg (1/8 tablet)	50 mg (1/8 tablet)
4 bl - <12 bln (6 - < 10 kg)	100 mg (1/4 tablet)	100 mg (1/4 tablet)
12 bln - < 5 th (10 - <19 kg)	200 mg (1/2 tablet)	200 mg (1/2 tablet)

- b) Untuk kolera: beri antibiotik yang dianjurkan untuk kolera selama 3 hari :
- (1) antibiotik pilihan pertama: tetrasklin;
 - (2) antibiotik pilihan kedua: kotrimoksasol (trimetoprim + sulfametoksazol).

Tabel. Dosis Antibiotik untuk Kolera

USIA	TETRASIKLIN 250mg Tablet	KOTRIMOKSASOL 2 Kali sehari selama 5 hari		
		Tablet Dewasa 480mg	Tablet Anak 120mg	Sirup Anak/ 5 ml sirup (40 mg Trimetoprim + 200 mg Sulfametoksazol)
0 bl - <4 bl (4 - <6 kg)	JANGAN DIBERI	1/4	1	2,5 ml (½ sendok takar)
4 bl - <12 bln (6 - < 10 kg)	½	1/2	2	5 ml (1 sendok takar)
3 th - <5 th (16- <19kg)	1	1	3	10 ml (2 sendok takar)

Seseorang dicurigai kolera apabila :

- (1) penderita ber >5 tahun menjadi dehidrasi berat karena diare akut secara tiba-tiba (biasanya disertai mual dan muntah), tinjanya cair seperti air cucian beras, tanpa rasa sakit perut (mulas); atau
- (2) setiap penderita diare akut berumur >2 tahun di daerah yang terjangkau kib kolera;
- (3) kasus kolera ditegakkan dengan pemeriksaan sediaan tinja di laboratorium.

Tabel. Dosis Antibiotik Asam Nalidiksats dan Metronidazol

Usia / berat badan	ASAM NALIDIKSAT 4 kali sehari selama 5 hari tablet dewasa (500 mg/tablet)	METRONIDAZOL 3 kali sehari selama 10 hari untuk disenteri amuba tablet dewasa (500 mg/ tab)
2 bl - <4 bl (4 - <6 kg)	50 mg (1/8 tablet)	50 mg (1/8 tablet)
4 bl - <12 bln (6 - < 10 kg)	100 mg (1/4 tablet)	100 mg (1/4 tablet)
12 bln - < 5 th (10 - <19 kg)	200 mg (1/2 tablet)	200 mg (1/2 tablet)

- 3) campurkan tablet antibiotika yang telah digerus dengan air matang untuk mempermudah anak menelannya. bila anak minum asi, mintalah ibu untuk mencampurkan puyer dengan asi secukupnya pada mangkuk yang bersih;
- 4) persilahkan ibunya untuk mencoba memberikan antibiotika tersebut pada anaknya. biasanya anak akan lebih mudah minum obat jika disuapi oleh ibunya. hal ini juga merupakan cara untuk memastikan bahwa ibunya sudah bisa memberikan antibiotika sebelum meninggalkan puskesmas. bila anak memuntahkan obat yang diminum sebelum setengah jam, ulangi pemberian antibiotikanya.

d. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemeriksaan ulang 2 hari kemudian pada anak dengan diare yang diberi antibiotika, antara lain:

- 1) setiap anak dengan diare yang mendapat antibiotika, harus dibawa kembali 2 hari kemudian. Pemeriksaan kedua sama dengan pemeriksaan pertama, untuk menentukan apakah penyakitnya: tidak membaik, tetap sama atau membaik;
- 2) penyakit anak memburuk, ditandai dengan adanya tanda dehidrasi berat (mata cekung, cubitan perut kembali sangat lambat), tak mampu makan - minum, atau tanda bahaya yang lain. Anak yang demikian harus segera dirujuk ke rumah sakit;
- 3) anak yang membaik diarenya akan berkurang atau berhenti. Tanda-tanda lain juga akan berkurang, misalnya sudah mampu makan dan minum, mata tidak lagi cekung, turgor kulit perut kembali normal, demam turun atau hilang, nafsu makan membaik. Beritahu ibunya untuk meneruskan pemberian antibiotika sampai 5 hari;
- 4) bila keadaan anak masih tetap sama seperti pada pemeriksaan sebelumnya, tanyakan tentang pemberian antibiotikanya. Mungkin ada masalah yang mengakibatkan anak belum minum antibiotika tersebut, atau minum dengan takaran dan jadwal pemberian yang tidak tepat. Apabila demikian, teruskan pemberian antibiotika yang sama. Bila anak telah minum antibiotik dengan benar, namun tidak ada perbaikan, maka obat tersebut harus diganti dengan antibiotika yang lain (kalau tersedia). Kalau tidak ada antibiotika lain, rujuk ke rumah sakit.

Tatalaksana Diare dikenal dengan Lintas 5 (Lima Langkah Tuntaskan Diare)

1. Oralit Osmolaritas Rendah

Mencegah terjadinya dehidrasi dapat dilakukan mulai dari rumah dengan memberikan oralit. Bila tidak tersedia, berikan minuman lebih banyak cairan rumah tangga yang mempunyai osmolaritas rendah yang dianjurkan seperti air tajin, kuah sayur dan air matang.

Macam cairan yang digunakan bergantung pada:

- a) kebiasaan setempat dalam mengobati diare;
- b) tersedianya cairan sari makanan yang cocok;
- c) jangkauan pelayanan kesehatan.

Bila terjadi dehidrasi (terutama pada anak), penderita harus segera dibawa ke petugas kesehatan atau sarana kesehatan untuk mendapatkan pengobatan yang cepat dan tepat.

Kandungan oralit dengan osmolaritas rendah (200 ml) sebagai berikut :

Natrium klorida / <i>Sodium chloride</i>	0,52 gram
Kalium klorida / <i>Potassium chloride</i>	0,3 gram
Trisodium sitrat dihidrat / <i>Trisodium citrate dihydrate</i>	0,58 gram
Glukosa anhidrat / <i>Glucose anhydrate</i>	2,7 gram

Cara menyiapkan oralit:

- cuci tangan pakai sabun;
- siapkan air 1 gelas (200 cc) yang sudah dimasak, sampai mendidih;
- masukkan 1 bungkus oralit kedalam gelas yang berisi air matang;
- aduk sampai larut;
- minumkan ke penderita.

Takaran Membuat Oralit

Usia	3 Jam Pertama	Selanjutnya setiap kali mencepet
<1 tahun	1½ gelas	¼ - ½ gelas
1 - 4 tahun	3 gelas	½ - 1 gelas
5 - 12 tahun	6 gelas	1 - 1½ gelas
>12 tahun	12 gelas	1½ - 2 gelas

Jika anak akan diberi larutan oralit dirumah, tunjukkan kepada ibu jumlah oralit yang diberikan setiap habis buang air besar dan berikan oralit cukup untuk 2 hari:

Usia	Jumlah oralit yang diberikan tiap bab	Jumlah oralit sesuai yang disediakan di rumah
* 12 Bulan	50 - 100 ml	400 ml/hari (2 bungkus)
1 - 4 tahun	100 - 200 ml	600 - 800 ml/hari, 3-4 bungkus
* 5 tahun	200 - 300 ml	800 - 1000 ml/hari, 4-5 bungkus
Dewasa	300 - 400 ml	1200 - 2800 ml/hari

TUNJUKKAN KEPADA IBU CARA MENCAMPUR ORALIT
TUNJUKKAN KEPADA IBU CARA MEMBERI ORALIT

- a) perkiraan kebutuhan oralit untuk 2 hari;
- b) berikan sesendok the tiap 1-2 menit untuk anak dibawah umur 2 tahun;
- c) berikan beberapa teguk dari gelas untuk anak lebih tua;
- d) bila anak muntah, tunggulah 10 menit. kemudian berikan cairan lebih sedikit (misalnya sesendok tiap 1- 2 menit);
- e) bila diare berlanjut setelah bungkus oralit habis, beritahu ibu untuk memberikan cairan lain seperti dijelaskan dalam cara pertama atau kembali kepada petugas kesehatan untuk mendapat tambahan oralit.

2. Zinc

Zinc diberikan pada setiap Balita yang menderita diare dengan dosis; untuk anak berumur kurang dari 6 bulan diberikan 10 mg (¼ tablet) zinc per hari, sedangkan untuk anak berumur lebih dari 6 bulan diberikan 1 tablet zinc 20 mg. Pemberian zinc diteruskan sampai 10 hari, walaupun diare sudah membaik. Hal ini dimaksudkan untuk mencegah kejadian diare selanjutnya selama 3 bulan ke depan.

Cara pemberian tablet zinc:

larutkan tablet dalam 1 sendok makan air matang, atau ASI.

3. Pemberian ASI / Makanan

Pemberian makanan selama diare bertujuan untuk memberikan gizi pada penderita terutama pada anak agar tetap kuat dan tumbuh serta mencegah berkurangnya berat badan. Anak yang masih minum ASI harus lebih sering diberi ASI. Anak yang minum susu formula diberikan lebih sering dari biasanya. Anak usia 6 bulan atau lebih termasuk bayi yang telah mendapat makanan padat harus diberikan makanan yang mudah dicerna sedikit demi sedikit tetapi sering. Setelah diare berhenti, pemberian makanan ekstra diteruskan selama 2 minggu untuk membantu pemulihan berat badan anak

4. Pemberian Antibiotika Hanya Atas Indikasi

Antibiotik tidak boleh digunakan secara rutin karena kecilnya kejadian diare yang memerlukannya (8,4%). Antibiotik hanya bermanfaat pada anak dengan diare berdarah (sebagian besar karena *shigellosis*), suspek kolera, dan infeksi-infeksi di luar saluran pencernaan yang berat, seperti pneumonia. Walaupun demikian, pemberian antibiotik yang irasional masih banyak ditemukan. Sebuah studi melaporkan bahwa 85% anak yang berkunjung ke Puskesmas di 5 propinsi di Indonesia menerima antibiotik

(Dwiprahasto, 1998).

Obat-obatan "anti-diare" tidak boleh diberikan pada anak yang menderita diare karena terbukti tidak bermanfaat. Obat anti muntah tidak dianjurkan kecuali muntah berat. Obat-obatan ini tidak mencegah dehidrasi ataupun meningkatkan status gizi anak, bahkan sebagian menimbulkan efek samping yang berbahaya, dan bisa berakibat fatal. Obat antiprotozoa digunakan bila terbukti diare disebabkan oleh parasit (*amuba*, *giardia*).

5. Pemberian Nasihat

Ibu atau keluarga yang berhubungan erat dengan balita harus diberi nasihat tentang :

- a) cara memberikan cairan dan obat di rumah;
- b) kapan harus membawa kembali balita ke petugas kesehatan:
 - 1) diare lebih sering;
 - 2) muntah berulang;
 - 3) sangat haus;
 - 4) makan atau minum sedikit;
 - 5) timbul demam;
 - 6) tinja berdarah;
 - 7) tidak membaik dalam 3 hari.

Bila Anak menderita gizi buruk:

- a) Jangan berusaha merehidrasi sendiri, rujuk langsung ke rumah sakit.
- b) Beri oralit 5 ml/kg BB/jam selama dalam perjalanan dan tunjukkan cara memberikannya.

Kesiapsiagaan terhadap kemungkinan KLB

Pada fase ini Tim Reaksi Cepat melakukan kesiapsiagaan yang berupa kegiatan yang dilakukan terus menerus dengan kegiatan utamanya:

- 1 mempersiapkan masyarakat pengungsi untuk pertolongan pertama bila terjadi diare seperti rencana terapi a;
- 2 membuat dan menganalisa kasus harian diare;
- 3 menyiapkan kebutuhan logistik khususnya oralit, zinc, cairan iv-r, antibiotika (tetrasielin, kotrimoksazol) dan peralatan medis lainnya;
- 4 mengembangkan prosedur sederhana kewaspadaan dini di masyarakat pengungsi.

2) Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit ISPA

Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) merupakan salah satu penyebab utama kematian bayi dan anak balita. Kematian tersebut diakibatkan oleh penyakit Pneumonia berat yang tidak sempat terdeteksi secara dini dan mendapat pertolongan tepat dari petugas kesehatan. Setiap kejadian penderita pneumonia pada anak balita di lokasi bencana dan pengungsian harus dapat ditanggulangi dengan tatalaksana kasus pneumonia yang benar.

Penatalaksanaan penderita ISPA

Klasifikasi penyakit ISPA pada anak usia 2 bulan sampai <5 tahun dapat dilihat pada Tabel 3. Selain tiga klasifikasi tersebut, terdapat 'tanda bahaya' pada anak usia 2 bulan sampai <5 tahun yang perlu diperhatikan, antara lain:

1. tidak bisa makan/ minum;
2. anak kejang;
3. terdengar stridor waktu tenang;
4. anak dengan gizi buruk.

Anak yang mempunyai salah satu 'tanda bahaya', harus segera dirujuk ke Puskesmas/Rumah Sakit secepat mungkin dengan catatan :

1. sebelum anak meninggalkan puskesmas, petugas kesehatan dianjurkan memberi pengobatan seperlunya (misalnya atasi demam, kejang, dsb), tulislah surat rujukan ke rumah sakit dan anjurkan pada ibu agar anaknya dibawa ke rumah sakit sesegera mungkin;
2. berikan satu kali dosis antibiotik sebelum anak dirujuk (bila memungkinkan).

Tabel. Klasifikasi penyakit ISPA pada anak usia 2 bulan sampai <5 tahun

TANDA	Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam	<ul style="list-style-type: none"> Tak ada tarikan dinding dada ke dalam (TDDK) Nafas cepat : -2 bl-12 bl : $\geq 50x$ /menit -1 th – 5 th : $\geq 40x$ /menit -< 2 bl : ≥ 60 	<ul style="list-style-type: none"> Tak ada TDDK, dan <i>Tidak</i> Disertai nafas cepat : -2 bl -<12 bl : < 50 x /menit -1 th – 5 th : < 40x /menit - < 2 bl : < 60 x
KLASIFIKASI	PNEUMONIA BERAT	PNEUMONIA	BUKAN PNEUMONIA
TINDAKAN	<ul style="list-style-type: none"> Rujuk segera ke sarana rujukan Beri antibiotika 1 dosis bila jarak sarana rujukan jauh Bila demam, obati Bila wheezing, obati 	<ul style="list-style-type: none"> Nasehati ibu untuk perawatan dirumah Beri antibiotika selama 5 hari Anjurkan ibu untuk kontrol 2 hari atau lebih cepat bila keadaan anak memburuk Bila demam, obati Bila wheezing, obati 	<ul style="list-style-type: none"> Jika batuk >30 hari rujuk untuk pemeriksaan lanjutan. Obati penyakit lain bila ada Nasehati ibu untuk perawatan di rumah Bila demam, obati Bila wheezing, obati
PERIKSALAH DALAM 2 HARI ANAK YANG DIBERI ANTIBIOTIKA			
TANDA	MEMBURUK Tak dapat minum Ada TDDK Ada tanda bahaya	TIDAK BERUBAH	MEMBAIK Nafas membaik Panas turun Nafsu makan membaik
TINDAKAN	Kirim segera ke sarana rujukan	Ganti antibiotika atau rujuk ke sarana rujukan	Teruskan pemberian antibiotika sampai 5 hari

PERHATIAN dalam Pemberian ANTIBIOTIKA

- Jangan memberikan kotrimoksasol pada bayi yang ikterik atau bayi prematur usia kurang dari 1 tahun.
- Jangan memberikan amoksisilin, ampisilin, prokain penisilin atau benzatin penisilin bila anak ada riwayat mengalami anafilaksis/alergi setelah pemberian penisilin.

Langkah-langkah pemberian antibiotika, antara lain:

1. tentukan dosis yang tepat sesuai dengan usia anak;

Tabel. Dosis Antibiotik Kotrimoksasol

DOSIS ANTIBIOTIK KOTRIMOKSASOL	
<ul style="list-style-type: none"> • Berikan dosis pertama antibiotik di tempat berobat • Tunjuk kepada ibu cara pemberian antibiotik di rumah 2 kali sehari selama 5 hari 	
USIA	KOTRIMOKSASOL
	2 Kali sehari selama 5 hari Tablet Dewasa (80 mg Trimetoprin + 400 mg Sulfametoksasol)
2 bl - <6 bl	$\frac{1}{4}$
6 bl - <3 th	$\frac{1}{2}$
3 - 5 th	1

2. campurkan tablet antibiotika yang telah digerus dengan makanan untuk mempermudah anak menelannya. bila anak minum asi, mintalah ibu untuk mencampurkan puyer dengan asi secukupnya pada mangkuk yang bersih;
3. persilahkan ibunya untuk memberi antibiotika tersebut pada anaknya karena biasanya lebih mudah disuapi oleh ibunya. hal ini juga merupakan cara untuk memastikan bahwa ibunya sudah bisa memberikan antibiotika sebelum meninggalkan puskesmas. bila anak memuntahkan obat yang diminum sebelum setengah jam, ulangi pemberian antibiotikanya.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemeriksaan ulang 2 hari kemudian pada anak dengan pneumonia yang diberi antibiotika, antara lain:

1. setiap anak dengan penyakit pneumonia yang mendapat antibiotika, harus dibawa kembali 2 hari kemudian. pemeriksaan kedua sama dengan pemeriksaan pertama, untuk menentukan apakah penyakitnya: tidak membaik, tetap sama atau membaik;
2. penyakit anak memburuk bila anak menjadi sulit bernafas, tak mampu minum, timbul tarikan dinding dada kedalam, atau tanda bahaya yang lain. anak yang demikian dirujuk untuk rawat tinggal;

3. anak yang membaik pernafasannya akan melambat. tanda-tanda lain juga akan berkurang, misalnya demam menurun atau menghilang, nafsu makan bertambah. mungkin masih batuk. beritahu ibunya untuk meneruskan pemberian antibiotika sampai 5 hari;
4. bila keadaan anak masih tetap sama seperti pada pemeriksaan sebelumnya, tanyakan tentang pemberian antibiotikanya. mungkin ada masalah yang mengakibatkan anak belum minum antibiotika tersebut, atau minum dengan takaran dan jadwal pemberian yang kurang semestinya. apabila demikian teruskan lagi pemberian antibiotika yang sama. bila anak telah minum antibiotik dengan benar, obat tersebut harus diganti dengan antibiotika yang lain (kalau tersedia). kalau tidak ada antibiotika yang lain, rujuk ke rumah sakit.

Saran bagi ibu tentang pengobatan ISPA di rumah :

Perawatan di rumah sangat penting dalam penatalaksanaan anak dengan penyakit ISPA, dengan cara:

1. Pemberian makanan;
 - berilah makanan secukupnya selama sakit;
 - tambahlah jumlahnya setelah sembuh;
 - bersihkan hidung agar tidak mengganggu pemberian makanan.
2. Pemberian cairan;
 - berilah anak minuman lebih banyak;
 - tingkatkan pemberian asi.
3. Pemberian obat pelega tenggorokan dan pereda batuk dengan ramuan yang aman dan sederhana;
4. Paling penting: amatilah tanda-tanda pneumonia
bawalah kembali ke petugas kesehatan, bila:
 - nafas menjadi sesak;
 - nafas menjadi cepat;
 - anak tidak mau minum;
 - sakit anak lebih parah.

3) Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Malaria

Di lokasi penampungan pengungsi penyakit malaria sangat mungkin terjadi. Hal ini terutama penampungan pengungsi terletak pada daerah yang endemis malaria atau pengungsi dari daerah endemis datang ke lokasi penampungan pengungsi pada daerah yang tidak ada kasusnya tetapi terdapat vektor (daerah reseptif malaria).

Beberapa cara pencegahan penularan malaria antara lain, mencegah gigitan nyamuk dengan cara:

- a) tidur dalam kelambu (kelambu biasa atau yang berinsektisida);
- b) memasang kawat kasa;
- c) menggunakan repelen;
- d) membakar obat nyamuk;
- e) pencegahan dengan obat anti malaria (profilaksis).

Pengobatan pencegahan malaria diberikan kepada kelompok berisiko tertular malaria seperti pendatang dan perorangan atau sekelompok orang yang non-imun yang akan dan sedang di daerah endemis malaria serta ibu-ibu hamil.

Pengelolaan lingkungan dapat mencegah, mengurangi atau menghilangkan tempat perindukan vektor, antara lain dengan pengeringan, pengaliran dan pembersihan lumut. Kegiatan ini dilakukan untuk mencegah perkembangan larva nyamuk *Anopheles sundaicus*, yang merupakan vektor utama malaria di daerah pantai. Larva nyamuk ini suka hidup pada lumut di lagun-lagun daerah pantai.

Pemberantasan malaria melalui pengobatan penderita yang tersangka malaria atau terbukti positif secara laboratorium, serta pengendalian nyamuk melalui perbaikan lingkungan.

Penatalaksanaan Kasus Malaria

Langkah-langkah dalam penatalaksanaan malaria ringan/tanpa komplikasi, antara lain:

1. Anamnesa;

Pada anamnesa sangat penting diperhatikan, adalah:

 - a. keluhan utama, adanya:
 - 1) demam;
 - 2) menggigil;
 - 3) berkeringat;
 - 4) dapat disertai oleh sakit kepala, mual atau muntah atau disertai oleh gejala khas daerah, seperti diare pada balita dan nyeri otot atau pegal-pegal pada orang dewasa.
 - b. riwayat bepergian 1 – 2 minggu yang lalu ke daerah malaria;
 - c. riwayat tinggal di daerah malaria;
 - d. pernah menderita malaria (untuk mengetahui imunitas);
 - e. riwayat pernah mendapat pengobatan malaria (untuk mengetahui pernah mendapat obat pencegahan atau pengobatan terapeutik).
2. Pemeriksaan fisik;
 - a. suhu $>38^{\circ}\text{C}$;
 - b. adanya pembesaran limpa (splenomegali);
 - c. pembesaran hati (hepatomegali);
 - d. anemia.
3. Pengambilan sediaan darah;

Puskesmas pembantu dapat melakukan pengambilan sediaan darah dan dikirim ke puskesmas untuk pemeriksaan laboratorium.
4. Diagnosa malaria;
 - a. Secara klinis (tanpa pemeriksaan laboratorium): malaria klinis ringan/tanpa komplikasi dan malaria klinis berat/dengan komplikasi;
 - b. secara laboratorium (dengan pemeriksaan sediaan darah);
 - 1) malaria klinis ringan/tanpa komplikasi;
 - a) malaria falciparum (tropika), disebabkan oleh parasit plasmodium falciparum;

- b) malaria vivax/ovale (tertiana, disebabkan oleh parasit plasmodium vivax/ovale);
 - c) malaria malariae, disebabkan oleh parasit plasmodium falciparum.
- 2) malaria berat/komplikasi, disebabkan oleh parasit plasmodium falciparum.
5. Diagnosa banding.
- Diagnosis banding untuk penyakit malaria, antara lain:
- a. demam tifoid;
 - demam terus menerus 5 – 7 hari dengan keluhan abdominal (diare, obstipasi) lidah kotor, bradikardi relatif, roseola, leukopenia, limfositosis relatif.
 - b. demam dengue;
 - demam lebih 5 hari, disertai manifestasi sakit kepala, nyeri tulang, perdarahan pada kulit (patekie, purpura, hematoma).
 - c. ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut);
 - penyakit yang disertai dengan gejala batuk, beringus, dan sakit menelan.
 - d. pengobatan malaria klinis.
- Penatalaksanaan malaria berat atau dengan komplikasi:
- 1) anamnesa;
 - a) adanya gejala malaria ringan disertai dengan gejala malaria berat/dengan komplikasi di atas;
 - b) riwayat bepergian/tinggal di daerah malaria 1 – 2 minggu yang lalu;
 - c) riwayat pernah dapat pengobatan malaria;
 - d) riwayat pernah menderita malaria;
 - e) pernah dikunjungi oleh orang yang datang dari daerah malaria.
 - 2) pemeriksaan fisik;
 - a) temperatur $\geq 40^{\circ} \text{C}$;
 - b) tekanan darah sistolik $< 70 \text{ mmHg}$ pada orang dewasa dan pada anak-anak $< 50 \text{ mmHg}$;
 - c) nadi cepat dan lemah/kecil;
 - d) frekuensi nafas $> 35 \text{ x}$ per menit pada orang dewasa atau

- >40 x per menit pada balita, anak dibawah 1 tahun >50 x per menit;
- e) tanda dehidrasi (mata cekung, turgor dan elastisitas berkurang, lidah kering, produksi urine berkurang);
 - f) tanda-tanda anemia berat (konjungtiva pucat, telapak tangan pucat, lidah pucat dan lain-lain);
 - g) pembesaran limpa dan atau hepar;
 - h) gagal ginjal ditandai dengan oliguri sampai dengan anuria;
 - i) terlihat mata kuning;
 - j) tanda-tanda perdarahan di kulit (peteki, purpura, hematom).
- 3) pemeriksaan laboratorium;
tidak dilaksanakan di pustu, petugas pustu mengambil sediaan darah untuk diperiksa di puskesmas.
- 4) diagnosa malaria berat;
ditemukan *Plasmodium falciparum* asexual dengan salah satu manifestasi malaria berat, tanpa penyakit lain yang tidak menyebabkan manifestasi diatas.
- 5) diagnosa banding;
- a) Meningitis/ensefalitis;
 - b) Stroke (gangguan cerebro vaskuler);
 - c) Hepatitis;
 - d) Leptospirosis;
 - e) Tipoid ensefalitis;
 - f) Adanya gejala demam tifoid ditandai dengan penurunan kesadaran dan tanda-tanda tifoid lainnya;
 - g) Sepsis;
Adanya demam dengan fokal infeksi yang jelas, penurunan kesadaran, gangguan sirkulasi, leukositosis dengan toksik granula didukung hasil biakan mikrobiologi.
 - h) Gagal ginjal.
- 6) pengobatan;
- a) tindakan umum;
persiapan penderita malaria berat sebelum dirujuk ke puskesmas rawat inap atau rumah sakit;

- perbaiki keadaan umum penderita (beri cairan, nutrisi dan perawatan umum);
 - ukur suhu, nadi, nafas dan tekanan darah/tensi setiap 30 menit.
- b) pemberian obat anti-malaria;
- Sebelum penderita dirujuk ke Puskesmas rawat inap atau Rumah Sakit bila memungkinkan dilakukan pengobatan sebagai berikut: Kina HCl 25% (1 ampul berisi 500ml/2cc). Sebelum dirujuk, 1 ampul Kina HCl, dosis 10 mg/kg BB dilarutkan dalam 500 ml dektrose 5% diberikan selama 8 jam diulang dengan cairan yang sama setiap 8 jam sampai penderita sadar atau dapat minum obat.
- Apabila tidak dapat dilakukan infus, Kina HCL dapat juga diberikan secara intramuskuler tiap 8 jam pada dosis yang sama dengan pemberian intravena (infus).
- c) tindakan komplikasi organ umum.
- Apabila ada kejang-kejang, tindakan Phenobarbital (luminal) 100 mg intramuskuler 1 kali atau Diazepam 10 – 20 mg (intramuskuler/intravenus).
- 7) prognosa;
- a) prognosa malaria berat tergantung kecepatan diagnosa dan ketepatan dan kecepatan pengobatan;
 - b) prognosa malaria berat dengan kegagalan satu fungsi organ lebih baik daripada kegagalan 2 fungsi organ;
 - c) mortalitas dengan kegagalan 3 fungsi organ adalah >50%;
 - d) mortalitas dengan kegagalan 4 atau lebih fungsi organ adalah >75%;
 - e) kepadatan parasit lebih 100.000 mortalitas >1%, kepadatan <100.000 mortalitas <1%, kepadatan parasit >500.000 mortalitas lebih 50%.
- 8) rujukan penderita.
- a) tingkat rujukan
 - semua penderita malaria berat dirujuk ke puskesmas atau rs kabupaten/kota;
 - apabila penderita tidak bersedia dirujuk ke rumah

sakit paling kurang maupun dirujuk ke Puskesmas rawat inap.

- b) cara merujuk
- setiap merujuk penderita harus disertakan surat rujukan yang berisi tentang diagnosa, riwayat penyakit, pemeriksaan yang telah dilakukan dan tindakan yang sudah diberikan;
 - apabila dibuat preparat sediaan darah malaria harus diikutsertakan.

4) Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Campak

Pada dasarnya upaya pencegahan penyakit campak adalah pemberian imunisasi pada usia yang tepat. Pada saat bencana, kerawanan terhadap penyakit ini meningkat karena:

- a) memburuknya status kesehatan, terutama status gizi anak-anak.
- b) konsentrasi penduduk pada suatu tempat/ruang (pengungsi).
- c) mobilitas penduduk antar wilayah meningkat (kunjungan keluarga).
- d) cakupan imunisasi rendah yang akan meningkatkan kerawanan yang berat.

Oleh karena itu pada saat bencana tindakan pencegahan terhadap penyakit campak ini dilakukan dengan melaksanakan imunisasi, dengan kriteria:

- a) jika cakupan imunisasi campak didesa yang mengalami bencana <80%, tidak dilaksanakan imunisasi massal (*sweeping*).
- b) jika cakupan imunisasi campak di desa bencana meragukan maka dilaksanakan imunisasi tambahan massal (*crash program*) pada setiap anak usia kurang dari 5 tahun (6–59 bulan), tanpa memandang status imunisasi sebelumnya dengan target cakupan $\geq 95\%$.

Bila pada daerah tersebut belum melaksanakan

imunisasi campak secara rutin pada anak sekolah, imunisasi dasar juga diberikan pada kelompok usia sekolah dasar kelas 1 sampai 6. Seringkali karena suasana pada saat dan pasca-bencana tidak memungkinkan dilakukan imunisasi massal, maka diambil langkah sebagai berikut:

- a) pengamatan ketat terhadap munculnya penderita campak.
- b) jika ditemukan satu penderita campak di daerah bencana, imunisasi massal harus dilaksanakan pada kelompok pengungsi tersebut, dengan sasaran anak usia 5–59 bulan dan anak usia sekolah kelas 1 sampai 6 sd (bila belum melaksanakan bias campak) sampai hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan penderita positif terkena campak. imunisasi tambahan massal yang lebih luas dilakukan sesuai dengan kriteria imunisasi tersebut.
- c) jika diterima laporan adanya penderita campak di luar daerah bencana, tetapi terdapat kemudahan hubungan (kemudahan penularan) dengan daerah bencana, penduduk di desa tersebut dan daerah bencana harus diimunisasi massal (*sweeping*) sesuai kriteria imunisasi.

Tatalaksana penderita Campak

Berikut adalah sistem tatalaksana penderita campak.

1. Rujukan penderita campak dari masyarakat – pos kesehatan
 Pada saat bencana, setiap keluarga, ketua kelompok pengungsi, kepala desa mendorong setiap anggota keluarganya yang menderita sakit panas untuk segera berobat ke pos kesehatan terdekat (termasuk penderita campak).
 Petugas menetapkan diagnosis dan tatalaksana penderita campak dengan benar dan segera melaporkan ke petugas pengamatan penyakit.

2. Tatalaksana kasus
- Batasan kasus campak:
- menderita sakit panas (diraba atau diukur dengan termometer 39°C)
 - bercak kemerahan
 - dengan salah satu gejala tambahan: batuk, pilek, mata merah, diare
- Komplikasi berat campak
- bronchopneumonia
 - radang telinga tengah
 - diare
3. Langkah-langkah tatalaksana
- penetapan diagnosa berdasarkan batasan diagnosa dan komplikasi.
 - panas kurang dari 3 hari, atau panas tanpa bercak kemerahan dan tidak diketahui adanya diagnosa lain, maka:
 - berikan: obat penurun panas (parasetamol)
 - anjuran:
 - makan dan minum yang banyak
 - membersihkan badan
 - jika timbul bercak kemerahan atau sakitnya semakin memberat/belum sembuh, berobat kembali ke pos kesehatan.
 - panas dan bercak kemerahan dengan salah satu gejala tambahan (panas 3 – 7 hari).
 - berikan:**
 - penurun panas (parasetamol)
 - antibiotik (ampisilin, kotrimoksa-sol), lihat tatalaksana ispa
 - vitamin a
 - oralit
 - anjuran:**
 - makan dan banyak minum
 - membersihkan badan

- c) jika timbul komplikasi: diare hebat, sesak napas atau radang telinga tengah (menangis, rewel), segera kembali ke pos kesehatan.
- d) jika 3 hari pengobatan belum membaik, segera kembali ke pos kesehatan.

Penyelidikan dan Penanggulangan KLB Campak

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penyelidikan dan penanggulangan KLB campak, antara lain:

1. sumber informasi kasus campak;
 - a. pelaksanaan pengamatan penyakit;
 - b. laporan petugas penanggulangan bencana;
 - c. laporan masyarakat (kepala desa, ketua kelompok pengungsi atau anggota masyarakat lain).
2. kriteria KLB;

Satu kasus di daerah bencana pada keadaan bencana adalah KLB (masa darurat, masa rehabilitasi).
3. langkah-langkah penyelidikan;
 - a. penetapan diagnosa;
 - b. mencari kasus tambahan dengan pelacakan lapangan, informasi semua kepala desa, ketua kelompok pengungsi dan keluarga di daerah bencana;
 - c. membuat grafik penderita berdasarkan waktu kejadian kasus;
 - d. membuat pemetaan kasus;
 - e. menetapkan daerah dan kelompok yang banyak penderita;
 - f. menetapkan daerah atau kelompok yang terancam penularan, karena alasan kemudahan hubungan dan alasan rendahnya cakupan imunisasi;
 - g. melaksanakan upaya pencegahan dan melaksanakan sistem tatalaksana penderita campak;
 - h. pengamatan selama dua kali masa inkubasi.

Catatan : Pada saat imunisasi massal, pisahkan antara yang sakit dan yang sehat.

4. melaksanakan pengamatan (surveilans) ketat selama klb berlangsung, dengan sasaran pengamatan;
 - a. penderita: peningkatan kasus, wilayah penyebaran dan banyaknya komplikasi dan kematian;
 - b. cakupan imunisasi setelah imunisasi massal;
 - c. kecukupan obat dan sarana pendukung penang-gulangan klb.
5. penggerakkan kewaspadaan terhadap penderita campak dan pentingnya pencegahan;
 - a. kepala wilayah: pengarahannya penggerakkan kewaspadaan;
 - b. menyusun sistem tatalaksana penderita campak;
 - c. dukungan upaya pencegahan (imunisasi massal).

5) Penyakit Menular Spesifik Lokal

Penyakit spesifik lokal di Indonesia cukup bervariasi berdasarkan daerah Kabupaten/Kota, seperti penyakit hepatitis, leptospirosis, penyakit akibat gangguan asap, serta penyakit lainnya. Penyakit ini dideteksi keberadaannya apabila tersedia data awal kesakitan dan kematian di suatu daerah.

2.2. Air Bersih dan Sanitasi

a. Air bersih

Seperi diketahui air merupakan kebutuhan utama bagi kehidupan, demikian juga dengan masyarakat pengungsi harus dapat terjangkau oleh ketersediaan air bersih yang memadai untuk memelihara kesehatannya. Bilamana air bersih dan sarana sanitasi telah tersedia, perlu dilakukan upaya pengawasan dan perbaikan kualitas air bersih dan sarana sanitasi.

Pada tahap awal kejadian bencana atau pengungsian ketersediaan air bersih bagi pengungsi perlu mendapat perhatian, karena tanpa adanya air bersih sangat berpengaruh terhadap kebersihan dan meningkatkan risiko terjadinya penularan penyakit seperti diare, typhus, scabies dan penyakit menular lainnya.

Tujuan utama perbaikan dan pengawasan kualitas air adalah untuk mencegah timbulnya risiko kesehatan akibat penggunaan air yang tidak memenuhi persyaratan.

1) Standar minimum kebutuhan air bersih

Prioritas pada hari pertama/awal kejadian bencana atau pengungsian kebutuhan air bersih yang harus disediakan bagi pengungsi adalah 5 liter/orang/hari. Jumlah ini dimaksudkan hanya untuk memenuhi kebutuhan minimal, seperti masak, makan dan minum.

Pada hari kedua dan seterusnya harus segera diupayakan untuk meningkatkan volume air sampai sekurang kurangnya 15–20 liter/orang/ hari. Volume sebesar ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan minum, masak, mandi dan mencuci. Bilamana hal ini tidak terpenuhi, sangat besar potensi risiko terjadinya penularan penyakit, terutama penyakit berbasis lingkungan.

Bagi fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka melayani korban bencana dan pengungsian, volume air bersih yang perlu disediakan di Puskesmas atau rumah sakit adalah 50 liter/org/hari.

2) Sumber air bersih dan pengolahannya

Bila sumber air bersih yang digunakan untuk pengungsi berasal dari air permukaan (sungai, danau, laut, dan lain-lain), sumur gali, sumur bor, mata air dan sebagainya, perlu segera dilakukan pengamanan terhadap sumber-sumber air tersebut dari kemungkinan terjadinya pencemaran, misalnya dengan melakukan pemagaran ataupun pemasangan papan pengumuman dan dilakukan perbaikan kualitasnya.

Bila sumber air diperoleh dari PDAM atau sumber lain yang cukup jauh dengan tempat pengungsian, harus dilakukan pengangkutan dengan menggunakan mobil tangki air.

Untuk pengolahan dapat menggunakan alat penyuling air (*water purifier/water treatment plant*).

- 3) Beberapa cara pendistribusian air bersih berdasarkan sumbernya

Pendistribusian air permukaan (sungai dan danau) diperlukan pompa untuk memompa air ke tempat pengolahan air dan kemudian ke tangki penampungan air di tempat penampungan pengungsi.

Pendistribusian sumur gali bilamana diperlukan dapat dipasang pompa untuk menyalurkan air ke tangki penampungan air. Apabila menggunakan Sumur Pompa Tangan (SPT) bila lokasinya agak jauh dari tempat penampungan pengungsi harus disediakan alat pengangkut seperti gerobak air dan sebagainya.

Pendistribusian dengan sumber mata air perlu dibuat bak penampungan air untuk kemudian disalurkan dengan menggunakan pompa ke tangki air

- 4) Tangki penampungan air bersih di tempat pengungsian

Tempat penampungan air di lokasi pengungsi dapat berupa tangki air yang dilengkapi dengan kran air. Untuk mencegah terjadinya antrian yang panjang dari pengungsi yang akan mengambil air, perlu diperhatikan jarak tangki air dari tenda pengungsi minimum 30 meter dan maksimum 500 meter.

Untuk keperluan penampungan air bagi kepentingan sehari hari keluarga pengungsi, sebaiknya setiap keluarga pengungsi disediakan tempat penampungan air keluarga dalam bentuk ember atau jerigen volume 20 liter.

- 5) Perbaikan dan Pengawasan Kualitas Air Bersih

Pada situasi bencana dan pengungsian umumnya sulit memperoleh air bersih yang sudah memenuhi persyaratan, oleh karena itu apabila air yang tersedia tidak

memenuhi syarat, baik dari segi fisik maupun bakteriologis, perlu dilakukan:

- buang atau singkirkan bahan pencemar;
- lakukan penjernihan air secara cepat apabila tingkat kekeruhan air yang ada cukup tinggi;
- lakukan desinfeksi terhadap air yang ada dengan menggunakan bahan desinfektan untuk air;
- periksa kadar sisa klor bilamana air dikirim dari PDAM;
- lakukan pemeriksaan kualitas air secara berkala pada titik-titik distribusi.

a) Perbaiki Kualitas Air

Bilamana air yang tersedia tidak memenuhi syarat, baik dari segi fisik maupun bakteriologis dapat dilakukan upaya perbaikan kualitas air antara lain sebagai berikut:

(1) penjernihan air cepat, menggunakan:

- (a) *aluminium sulfat* (tawas);
- (b) *poly aluminium chlorida* (PAC).

Lazim disebut penjernih air cepat yaitu polimer dari garam aluminium chloride yang dipergunakan sebagai koagulan dalam proses penjernihan air sebagai pengganti aluminium sulfat. Kemasan PAC terdiri dari:

- ✓ cairan yaitu koagulan yang berfungsi untuk menggumpalkan kotoran/ lumpur yang ada di dalam air;
- ✓ bubuk putih yaitu kapur yang berfungsi untuk menetralkan pH.

Penjernih air cepat, menggunakan:

1. **Aluminium sulfat (tawas)**

Cara penggunaan:

- a. sediakan air baku yang akan dijernihkan dalam ember 20 liter;
- b. tuangkan/campuran tawas yang sudah digerus sebanyak $\frac{1}{2}$ sendok teh dan langsung diaduk perlahan selama 5 menit sampai larutan merata;
- c. diamkan selama 10–20 menit sampai terbentuk gumpalan/flok dari kotoran/lumpur dan biarkan mengendap. pisahkan bagian air yang jernih yang berada di atas endapan, atau gunakan selang plastik untuk mendapatkan air bersih yang siap digunakan;
- d. bila akan digunakan untuk air minum agar terlebih dahulu direbus sampai mendidih atau didesinfeksi dengan aquatabs.

2. **Poly Aluminium Chlorida (PAC)**

Lazim disebut penjernih air cepat yaitu polimer dari garam aluminium chloride yang dipergunakan sebagai koagulan dalam proses penjernihan air sebagai pengganti aluminium sulfat.

Kemasan PAC terdiri dari:

- a. cairan yaitu koagulan yang berfungsi untuk menggumpalkan kotoran/ lumpur yang ada di dalam air;
- b. bubuk putih yaitu kapur yang berfungsi untuk menetralkan pH.

Cara penggunaan:

- a. sediakan air baku yang akan dijernihkan dalam ember sebanyak 100 liter;
- b. bila air baku tersebut pH nya rendah (asam), tuangkan kapur (kantong bubuk putih) terlebih dahulu agar pH air tersebut menjadi netral (pH=7). bila pH air baku sudah netral tidak perlu digunakan lagi kapur;
- c. tuangkan larutan pac (kantong a) kedalam ember yang berisi air lalu aduk perlahan lahan selama 5 menit sampai larutan tersebut merata;
- d. setelah diaduk merata biarkan selama 5 – 10 menit sampai terbentuk gumpalan/flok dari kotoran/lumpur dan mengendap. pisahkan air yang jernih dari endapan atau gunakan selang plastik untuk mendapatkan air bersih yang siap digunakan;
- e. bila akan digunakan sebagai air minum agar terlebih dahulu direbus sampai mendidih atau di desinfeksi dengan aquatabs.

(2) desinfeksi air

Proses desinfeksi air dapat menggunakan:

(a) kaporit ($\text{Ca}(\text{OCl})_2$)

- ✓ air yang telah dijernihkan dengan tawas atau PAC perlu dilakukan desinfeksi agar tidak mengandung kuman patogen. Bahan desinfektan untuk air yang umum digunakan adalah kaporit (70% klor aktif);
- ✓ kaporit adalah bahan kimia yang banyak digunakan untuk desinfeksi air karena murah, mudah didapat dan mudah dalam penggunaannya;
- ✓ banyaknya kaporit yang dibutuhkan untuk desinfeksi 100 liter air untuk 1 KK (5 orang) dengan sisa klor 0,2 mg/liter adalah sebesar 71,43 mg/hari (72 mg/hari).

(b) aquatabs (*aqua tablet*)

- ✓ sesuai namanya Aquatabs berbentuk tablet, setiap tablet aquatabs (8,5 mg) digunakan untuk mendesinfeksi 20 liter air bersih, dengan sisa klor yang dihasilkan 0,1 – 0,15 mg/liter;
- ✓ setiap 1 KK (5 jiwa) dibutuhkan 5 tablet aquatabs per hari untuk mendesinfeksi 100 liter air bersih.
- ✓ air rahmat, merupakan bahan desinfeksi untuk memperbaiki kualitas air bersih.

b) Pengawasan kualitas air

Pengawasan kualitas air dapat dibagi menjadi beberapa tahapan, antara lain:

(1) pada awal distribusi air

- (a) air yang tidak dilakukan pengolahan awal, perlu dilakukan pengawasan mikrobiologi,

tetapi untuk melihat secara visual tempatnya, cukup menilai ada tidaknya bahan pencemar disekitar sumber air yang digunakan;

- (b) Perlu dilakukan test kekeruhan air untuk menentukan perlu tidaknya dilakukan pengolahan awal;
 - (c) Perlu dilakukan test pH air, karena untuk desinfeksi air memerlukan proses lebih lanjut bilamana pH air sangat tinggi ($\text{pH} > 5$);
 - (d) Kadar klor harus tetap dipertahankan agar tetap 2 kali pada kadar klor di kran terakhir (rantai akhir), yaitu 0,6 – 1 mg/liter air;
- (2) pada distribusi air (tahap penyaluran air), seperti di mobil tangki air perlu dilakukan pemeriksaan kadar sisa klor;
 - (3) pada akhir distribusi air, seperti di tangki penampungan air, bila air tidak mengandung sisa klor lagi perlu dilakukan pemeriksaan bakteri Coliform;

Pemeriksaan kualitas air secara berkala perlu dilakukan meliputi:

- (1) sisa klor, pemeriksaan dilakukan beberapa kali sehari pada setiap tahapan distribusi untuk air yang melewati pengolahan;
- (2) kekeruhan dan pH, pemeriksaan dilakukan mingguan atau bilamana terjadi perubahan cuaca, misalkan hujan;
- (3) bakteri *E. coli* tinja, pemeriksaan dilakukan mingguan saat KLB diare maupun pada periode tanggap darurat dan pemeriksaan dilakukan bulanan pada situasi yang sudah stabil atau pada periode pasca bencana.

b. Pembuangan kotoran

Jika tidak terjadi pengungsian tetapi sarana yang ada tergenang air sehingga tidak dapat digunakan, maka

harus disediakan jamban *mobile* atau jamban kolektif darurat dengan memanfaatkan drum atau bahan lain. Pada saat terjadi pengungsian maka langkah langkah yang diperlukan adalah sebagai berikut:

- 1) pada awal terjadinya pengungsian perlu dibuat jamban umum yang dapat menampung kebutuhan sejumlah pengungsi. Contoh jamban yang sederhana dan dapat disediakan dengan cepat adalah Jamban dengan galian parit , jamban kolektif (jamban jamak), Jamban kolektif dengan menggunakan drum bekas dan Jamban *mobile* (dapat dikuras). Untuk jamban *mobile* pemeliharaan dan pemanfaatannya, dilakukan kerjasama antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kebersihan/Dinas Pekerjaan Umumn, terutama dalam pengurusan jamban bilamana perlu. Pada awal pengungsian 1 (satu) jamban dipakai oleh 50 – 100 org. Pemeliharaan terhadap jamban harus dilakukan dan diawasi secara ketat dan lakukan desinfeksi di area sekitar jamban dengan menggunakan kapur, lisol dan lain-lain;
- 2) pada hari hari berikutnya setelah masa emergency berakhir, pembangunan jamban darurat harus segera dilakukan dan 1 (satu) jamban disarankan dipakai tidak lebih dari 20 orang.

Jamban yang dibangun di lokasi pengungsi disarankan:

- 1) ada pemisahan peruntukannya khusus laki laki dan wanita;
- 2) lokasi maksimal 50 meter dari tenda pengungsi dan minimal 30 meter dari sumber air;
- 3) jarak minimal antara jamban terhadap lokasi sarana air bersih 10 meter;
- 4) konstruksi jamban harus kuat dan dilengkapi dengan tutup pada lubang jamban agar tidak menjadi tempat berkembang biak lalat, kecoa dan binatang pengganggu lainnya. Selain itu juga harus mempertimbangkan tinggi permukaan air tanah, musim, dan komposisi tanah;
- 5) pembuatan jamban harus disesuaikan dengan kondisi sosial, budaya, kepercayaan dan kebiasaan dari para

pengungsi dengan memperhatikan Jumlah pengungsi dan penyebarannya juga ketersediaan material lokal.

c. Sanitasi pengelolaan sampah

Komposisi sampah di tempat pengungsian pada umumnya terdiri dari sampah yang dihasilkan oleh pengungsi (*domestic waste*) dan kegiatan pelayanan kesehatan (*medical waste*).

Pengelolaan sampah di tempat penampungan pengungsi harus mendapat perhatian dari semua pihak, mengingat risiko yang dapat ditimbulkannya bilamana tidak dikelola dengan baik seperti munculnya lalat, tikus, bau, serta dapat mencemari sumber/persediaan air bersih yang ada. Dalam pengelolaan sampah di pengungsian, harus dilakukan kerjasama antara pengungsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kebersihan kabupaten/kota untuk proses pengumpulan dan pengangkutan ke tempat pembuangan akhir sampah.

Kegiatan yang dilakukan dalam upaya sanitasi pengelolaan sampah, antara lain:

- 1) pengumpulan sampah;
 - a) sampah yang dihasilkan harus ditampung pada tempat sampah keluarga atau sekelompok keluarga;
 - b) disarankan menggunakan tempat sampah yang dapat ditutup dan mudah dipindahkan/diangkat untuk menghindari lalat serta bau, untuk itu dapat digunakan potongan drum atau kantung plastik sampah ukuran 1 m x 0,6 m untuk 1 – 3 keluarga;
 - c) penempatan tempat sampah maksimum 15 meter dari tempat hunian;
 - d) sampah ditempat sampah tersebut maksimum 3(tiga) hari harus sudah diangkut ke tempat pembuangan akhir atau tempat pengumpulan sementara.
- 2) pengangkutan sampah;

Pengangkutan sampah dapat dilakukan dengan gerobak sampah atau dengan truk pengangkut sampah untuk diangkut ke tempat pembuangan akhir.

- 3) pembuangan akhir sampah;
Pembuangan akhir sampah dapat dilakukan dengan beberapa cara, seperti pembakaran, penimbunan dalam lubang galian atau parit dengan ukuran dalam 2 meter lebar 1,5 meter dan panjang 1 meter untuk keperluan 200 orang. Perlu diperhatikan bahwa lokasi pembuangan akhir harus jauh dari tempat hunian dan jarak minimal dari sumber air 10 meter.
 - 4) pengawasan dan pengendalian vektor.
Berbagai jenis vektor seperti lalat, tikus serta nyamuk dapat berkembang dari pengelolaan sampah yang tidak tepat di lokasi pengungsi. Upaya yang dilakukan berupa:
 - a) pembuangan sampah/sisa makanan dengan baik;
 - b) bilamana diperlukan dapat menggunakan insektisida;
 - c) tetap menjaga kebersihan individu selama berada di lokasi pengungsi;
 - d) penyediaan sarana pembuangan air limbah (SPAL) dan pembuangan sampah yang baik.
- d. Pengawasan dan pengamanan makanan dan minuman
- Dalam pengelolaan makanan dan minuman pada bencana (untuk konsumsi orang banyak), harus memperhatikan kaedah hygiene sanitasi makanan dan minuman (HSMM), untuk menghindari terjadinya penyakit bawaan makanan termasuk diare, disentri, korela, hepatitis A dan tifoid, atau keracunan makanan dan minuman, berdasarkan pedoman *WHO Ensuring food safety in the aftermath of natural disasters* antara lain yaitu:
- 1) semua bahan makanan dan minuman yang akan didistribusikan harus sesuai untuk konsumsi manusia baik dari segi gizi dan budaya;
 - 2) makanan yang akan didistribusikan sebaiknya dalam bentuk kering dan penerima mengetahui cara menyiapkan makanan;
 - 3) stok harus dicek secara teratur dan pisahkan stok yang rusak;
 - 4) petugas yang menyiapkan makanan harus terlatih dalam

- higiene dan prinsip menyiapkan makanan secara aman;
- 5) petugas yang menyiapkan makanan sebaiknya tidak sedang sakit dengan gejala berikut : sakit kuning, diare, muntah, demam, nyeri tenggorok (dengan demam), lesi kulit terinfeksi atau keluarnya discharge dari telinga, mata atau hidung;
 - 6) petugas kebersihan harus terlatih dalam menjaga dapur umum dan area sekitarnya tetap bersih;
 - 7) air dan sabun disediakan untuk kebersihan personal;
 - 8) makanan harus disimpan dalam wadah yang melindungi dari tikus, serangga atau hewan lainnya;
 - 9) di daerah yang terkena banjir, makanan yang masih utuh harus dipindahkan ke tempat kering;
 - 10) buanglah makanan kaleng yang rusak, atau bocor;
 - 11) periksa semua makanan kering dari kerusakan fisik, tumbuhnya jamur dari sayuran, buah dan sereal kering;
 - 12) air bersih untuk menyiapkan makanan; dan
 - 13) sarana cuci tangan dan alat makan harus disiapkan.

Sebagai tambahan, WHO juga mengeluarkan panduan kunci keamanan pangan (*WHO Five Keys for Safer Food*) :

- 1) jaga kebersihan makanan;
- 2) pisahkan bahan mentah dan makanan yang sudah dimasak;
- 3) masak secara menyeluruh;
- 4) jaga makanan pada suhu aman;
- 5) gunakan air dan bahan mentah makanan yang aman.

Termasuk dalam hygiene dan sanitasi makanan adalah upaya untuk mengendalikan faktor makanan, orang, tempat, dan perlengkapannya yang dapat atau mungkin dapat menimbulkan penyakit atau gangguan kesehatan.

2.3. Pelayanan kesehatan gizi

- a. Surveilans gizi darurat
 - 1) Registrasi pengunjung

Registrasi perlu dilakukan secepat mungkin untuk mengetahui jumlah kepala keluarga, jumlah jiwa, jenis kelamin, usia dan kelompok rawan (balita, bumil, buteki, dan usila). Di samping itu diperlukan data penunjang lainnya misalnya: luas wilayah, jumlah tempat pengungsian dan sarana air bersih. Data tersebut digunakan untuk menghitung kebutuhan bahan makanan pada tahap penyelamatan dan merencanakan tahapan surveilans berikutnya.

2) Pengumpulan data dasar gizi

Data yang dikumpulkan adalah data antropometri yang meliputi, berat badan, tinggi badan dan umur untuk menentukan status gizi, dikumpulkan melalui survei dengan metodologi surveilans atau survei cepat. Disamping itu diperlukan data penunjang lainnya seperti, data penyakit yang berpotensi KLB (diare, ISPA, pneumonia, campak, malaria), angka kematian kasar dan kematian balita. Data penunjang ini diperoleh dari sumber terkait lainnya, seperti survei penyakit dari P2PL. Data ini digunakan untuk menentukan tingkat kedaruratan gizi dan jenis intervensi yang diperlukan.

3) Penapisan

Penapisan dilakukan apabila diperlukan intervensi PMT darurat terbatas dan PMT terapi. Untuk itu dilakukan pengukuran antropometri (BB/TB) semua anak untuk menentukan sasaran intervensi. Pada kelompok rentan lainnya seperti bumil, buteki dan usila, penapisan dilakukan dengan melakukan pengukuran Lingkar Lengan Atas/LILA. Untuk kegiatan surveilans gizi pengungsi, beberapa hal yang perlu disiapkan adalah:

- a) petugas pelaksana adalah tenaga gizi (ahli gizi atau tenaga pelaksana gizi) yang sudah mendapat latihan khusus penanggulangan gizi dalam keadaan darurat. Jumlah petugas pelaksana gizi minimal tiga orang tenaga gizi terlatih, agar surveilans dapat dilakukan secepat mungkin. Tenaga pelaksana gizi ini akan

bekerja secara tim dengan surveilans penyakit atau tenaga kedaruratan lainnya;

- b) alat untuk identifikasi, pengumpulan data dasar, pemantauan dan evaluasi:
 - (1) formulir untuk registrasi awal, pengumpulan data dasar, *screening*/penapisan serta formulir untuk pemantauan dan evaluasi secara periodik;
 - (2) alat ukur antropometri untuk balita dan kelompok umur golongan rawan lainnya. untuk balita diperlukan timbangan berat badan (*dacin/salter*), alat ukur panjang badan (*portable*), dan *medline* (*meteran*);
 - (3) monitoring pertumbuhan untuk balita (*KMS*);
 - (4) jika memungkinkan disiapkan komputer yang dilengkapi dengan sistem aplikasi untuk pemantauan setiap individu.
- c) melakukan kajian data surveilans gizi dengan mengintegrasikan informasi dari surveilans lainnya seperti data penyakit dan kematian.

b. Penanganan gizi darurat

- 1) Penanganan gizi darurat pada bayi dan anak

Penanganan gizi umum dalam situasi darurat terdiri dari 2 tahap yaitu tahap penyelamatan dan tahap tanggap darurat.

- a) Tahap Penyelamatan

Tahap penyelamatan terdiri dari 2 fase, setiap fase sebaiknya ada rentang waktunya.

- (1) Fase pertama

Pemberian makanan pada fase ini bertujuan agar pengungsi tidak lapar dan dapat mempertahankan status gizinya.

Tahap ini dilakukan pada kondisi sebagai berikut:

- (a) korban bencana bisa dalam pengungsian atau belum dalam pengungsian;
- (b) petugas belum sempat mengidentifikasi

korban secara lengkap;

- (c) bantuan pangan sudah mulai berdatangan;
- (d) adanya penyelenggaraan dapur umum;
- (e) tenaga gizi mulai terlibat sebagai penyusun menu dan mengawasi penyelenggaraan dapur umum.

Pada fase ini menentukan kebutuhan gizi dilakukan dengan cara:

- (a) menghitung jumlah korban berdasarkan kelompok umur dan merencanakan kebutuhan gizi dilakukan oleh tenaga gizi, yang terlibat di dapur umum;
- (b) setiap orang diperhitungkan menerima porsi makanan senilai **2.100 Kkal**, dan **50 gram protein** per hari;
- (c) pemeriksaan Cepat untuk mendapatkan informasi adanya masalah gizi pada bayi, balita dan ibu hamil melalui pengukuran LILA;
- (d) menyusun menu menurut kelompok sasaran yang didasarkan kepada jenis bahan makanan yang tersedia (menyajikan daftar menu);
- (e) menghitung kebutuhan bahan makanan didasarkan kepada kelompok sasaran.

Menentukan jenis intervensi gizi, dilakukan dengan cara:

- (a) melakukan skrining status gizi bayi dan balita serta ibu hamil menggunakan pita Lila;
- (b) menentukan pengelolaan makanan di dapur umum yang meliputi :
 - tempat pengolahan;
 - sumber bahan makanan;
 - petugas pelaksana;
 - cara mengolah;
 - cara distribusi;
 - peralatan makan dan pengolahan;
 - pengawasan penyelenggaraan makanan.

- (c) pengawasan bantuan bahan makanan untuk melindungi korban bencana dari dampak buruk akibat bantuan tersebut seperti diare, infeksi, keracunan, dan lain-lain, yang meliputi:
- tempat penyimpanan bantuan bahan makanan harus dipisah antara bahan makanan umum dan bahan makanan khusus untuk bayi dan anak,
 - jenis-jenis bahan makanan yang diwaspadai termasuk makanan dalam kemasan, susu formula dan makanan suplemen,
 - bantuan bahan makanan produk dalam negeri harus diteliti nomor registrasi (MD), tanggal kadaluarsa, sertifikasi halal, aturan cara penyiapan dan target konsumen,
 - bantuan bahan makanan produk luar negeri harus diteliti nomor registrasi (ML), bahasa, tanggal kadaluarsa, aturan cara penyiapan dan target konsumen,
 - bantuan bahan makanan yang langsung berasal dari luar negeri harus diteliti bahasa, tanggal kadaluarsa, aturan cara penyiapan dan target konsumen,
 - Jika tidak memenuhi syarat-syarat tersebut, petugas harus mengeluarkan bahan makanan tersebut dari daftar logistik, dan segera melaporkan kepada Koordinator Pelaksana.
- (2) Fase kedua
- Fase kedua dimulai setelah fase pertama selesai. Pada fase ini sudah ada gambaran lebih rinci tentang keadaan pengungsi seperti jumlah menurut golongan umur dan jenis kelamin, keadaan lingkungan, keadaan penyakit, dan sebagainya,

sehingga perencanaan pemberian makanan sudah lebih terinci. Kegiatan yang dilakukan meliputi :

- (a) pengumpulan dan pengolahan data status gizi sebagai tindak lanjut hasil skrining pada fase pertama;
- (b) status gizi ditentukan dengan menggunakan indeks berat badan menurut tinggi badan atau panjang badan (BB/TB-PB);
- (c) menentukan strategi intervensi berdasarkan hasil analisis status gizi, termasuk rencana pemantauan dengan memakai indikator BB/TB-PB;
- (d) merencanakan kebutuhan suplementasi gizi, khususnya bagi kelompok sasaran yang membutuhkan;
- (e) menyediakan paket bantuan pangan (ransum) yang cukup dan mudah di konsumsi oleh semua golongan umur dengan standar minimal:
 - senilai 2.100 Kkal, dan 50 gram protein per hari, terlampir contoh-contoh bahan makanan ransum;
 - perhitungan kebutuhan gizi didasarkan data pengungsi menurut kelompok sasaran;
 - diusahakan menu makanan dapat sesuai dengan kebiasaan makan setempat, mudah diangkut, disimpan dan didistribusikan serta memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral.

b) Tahap Tanggap Darurat

Tahap ini dimulai setelah tahap penyelamatan selesai dilaksanakan, dengan tujuan menanggulangi masalah gizi melalui intervensi sesuai tingkat kedaruratan. Kegiatan dalam tahap tanggap darurat meliputi:

- (1) menghitung prevalensi status gizi balita berdasarkan

indeks BB/TB-PB dan menganalisis adanya faktor pemburuk seperti kejadian diare, campak, demam berdarah, dan lain-lain.

- (2) melaksanakan pemberian makanan sesuai dengan perkembangan kondisi kedaruratan.
 - (a) Usia 2-5 tahun, makanan utama yang diberikan sebaiknya berasal dari makanan keluarga, yang tinggi energi, vitamin dan mineral. Makanan pokok yang dapat diberikan seperti nasi, ubi, singkong, jagung, lauk pauk, sayur dan buah. Bantuan pangan yang dapat diberikan berupa makanan pokok, kacang-kacangan dan minyak sayur;
 - (b) Ibu hamil dan menyusui, perlu penambahan energi sebanyak 300 kkal dan protein 17 gram, sedangkan ibu menyusui perlu penambahan energi 500 Kkal dan protein 17 gram;
 - (c) Usia lanjut, perlu makanan dalam porsi kecil tetapi padat gizi dan mudah dicerna. Dalam pemberian makanan pada usia lanjut harus memperhatikan faktor psikologis dan fisiologis agar makanan yang disajikan dapat dihabiskan. Dalam situasi tertentu, kelompok usia lanjut dapat diberikan bubur atau biskuit.
- (3) melaksanakan pemberian makanan tambahan dan suplementasi gizi.
 - (a) khusus anak yang menderita gizi kurang, perlu diberikan makanan tambahan disamping makanan keluarga, seperti kudapan/jajanan, dengan nilai energi 350 Kkal dan protein 15 g per hari;
 - (b) ibu hamil perlu diberikan 1 tablet Fe setiap hari, selama 90 hari;
 - (c) ibu nifas (0-42 hari) diberikan 2 kapsul vitamin A dosis 200.000 IU (1 kapsul pada hari pertama)

dan 1 kapsul lagi hari berikutnya, selang waktu minimal 24 jam);

(d) melakukan modifikasi/perbaikan intervensi sesuai dengan perubahan tingkat kedaruratan

:

- prevalensi Balita Kurus >15% atau 10 - 14,9% dengan faktor pemburuk, diberikan PMT darurat untuk balita, ibu hamil, ibu menyusui dan usila. Ketentuan kecukupan gizi pada PMT darurat terlampir;
- prevalensi Balita Kurus 10-14,9% atau 5-9,9% dengan faktor pemburuk diberikan PMT pada balita, ibu hamil, ibu menetek dan lansia yang kurang gizi;
- prevalensi Balita Kurus <10% tanpa faktor pemburuk atau <5% dengan faktor pemburuk maka dilakukan penanganan penderita gizi kurang melalui pelayanan kesehatan setempat;
- melakukan penyuluhan kelompok dan konseling perorangan dengan materi sesuai dengan kondisi saat itu;
- memantau perkembangan status gizi balita melalui surveilans.

2) Penanganan gizi pada kelompok dewasa

Pola pemberian makan :

- a) pemilihan bahan makanan disesuaikan dengan ketersediaan bahan makanan di gudang;
- b) keragaman menu makanan dan jadwal pemberian disesuaikan dengan kemampuan tenaga pelaksana, di bawah Koordinator dapur umum. Daftar Menu Harian ditempel di tempat yang mudah dilihat oleh pelaksana pengolahan makanan;
- c) pemberian makanan/minuman/ suplemen harus didasarkan kepada arahan Tim Dokter dan Ahli Gizi yang

menangani agar terhindar dari dampak negatif yang ditimbulkan.

- 3) Penanganan gizi pada Anak usia 2-5 tahun, Ibu hamil, Ibu menyusui, dan usia lanjut

Pemilihan jenis makanan dilakukan dengan memperhatikan:

- a) petugas gizi melakukan identifikasi ketersediaan bahan makanan yang diperlukan;
- b) petugas gizi menyusun menu dan porsi untuk setiap kelompok sasaran;
- c) hindari penggunaan susu dan makanan lain yang dalam penyiapannya menggunakan air, penyimpanan yang tidak higienis, karena berisiko terjadinya diare, infeksi dan keracunan.

Pola pemberian makan:

- a) keragaman menu makanan dan jadwal pemberian disesuaikan dengan kemampuan tenaga pelaksana, di bawah koordinator dapur umum. daftar menu harian ditempel di tempat yang mudah dilihat oleh pelaksana pengolahan makanan;
- b) pemberian kapsul vitamin a untuk balita tetap dilaksanakan sesuai siklus distribusi bulan february dan agustus;
- c) ibu hamil tetap mendapatkan tablet fe sesuai aturan;
- d) lamanya fase pertama tergantung dari situasi dan kondisi setempat di daerah bencana.

c. Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) usia 0 – 24 Bulan

Anak usia 0-24 bulan merupakan kelompok yang rawan ketika harus mengalami situasi darurat, mengingat kelompok anak ini sangat rentan dengan perubahan konsumsi makanan dan kondisi lingkungan yang terjadi tiba-tiba. Oleh karena itu, dari aspek penanganan gizi perlu perhatian khusus.

- 1) Prinsip PMBA pada situasi darurat

Prinsip penyelenggaraan PMBA dalam situasi darurat sebagai berikut :

- a) pemberian ASI pada bayi/baduta sangat penting tetap diberikan pada situasi darurat;
 - b) PMBA merupakan bagian dari penanganan gizi dalam situasi darurat;
 - c) PMBA dalam situasi darurat harus dilakukan dengan benar dan tepat waktu;
 - d) institusi penyelenggara PMBA adalah Dinas Kesehatan setempat yang mempunyai tenaga terlatih penyelenggara PMBA dalam situasi darurat;
 - e) dinas kesehatan setempat yang belum memiliki atau keterbatasan tenaga pelaksana PMBA dalam situasi darurat, dapat meminta bantuan tenaga dari dinas kesehatan lainnya;
 - f) PMBA harus diintegrasikan pada pelayanan kesehatan ibu, bayi dan anak;
 - g) penyelenggaraan PMBA diawali dengan Penilaian Cepat (RHA) untuk mengidentifikasi keadaan ibu, bayi dan anak termasuk bayi dan anak piatu;
 - h) ransum pangan darurat harus mencakup kebutuhan makanan yang tepat dan aman dalam memenuhi kecukupan gizi bayi dan anak dengan mencantumkan kode produksi serta tanggal kadaluarsanya;
 - i) susu formula, produk susu lainnya, botol dan dot tidak termasuk dalam pengadaan ransum darurat.
- 2) Pelaksanaan PMBA pada situasi darurat
- a) Penilaian cepat
Penilaian cepat dilakukan sebagai berikut :
 - (1) dilakukan untuk mendapatkan data tentang jumlah dan keadaan ibu menyusui, bayi dan anak termasuk bayi piatu;
 - (2) dilakukan pada tahap penyelamatan fase sebagai bagian dari menghitung kebutuhan gizi;
 - (3) dilakukan oleh tenaga gizi/ nutrisisionis yang terlibat dalam penanganan bencana;
 - (4) dilakukan dengan mencatat, mengolah dan melaporkan data tentang jumlah dan keadaan ibu

menyusui, bayi dan anak termasuk bayi piatu.

Instrumen penilaian cepat meliputi:

- (1) profil penduduk terutama kelompok rawan (ibu menyusui, bayi, anak, ibu hamil dan anak yang kehilangan keluarga);
- (2) kebiasaan penduduk dalam PMBA, termasuk pemberian ASI eksklusif dan bayi piatu;
- (3) keberadaan susu formula, botol dan dot;
- (4) data ASI eksklusif dan PM-ASI sebelum bencana;
- (5) resiko keamanan pada ibu dan anak.

Jika hasil penilaian cepat memerlukan tambahan informasi, lakukan pengumpulan data kualitatif dan kuantitatif sebagai bagian dari analisis faktor resiko penyebab masalah gizi dalam situasi darurat.

- (1) Data kualitatif meliputi:
 - (a) akses ketersediaan pangan terutama bagi bayi dan anak;
 - (b) kondisi lingkungan misalnya sumber air dan kualitas air bersih, bahan bakar, sanitasi, MCK, perumahan, fasilitas penyelenggaraan makanan;
 - (c) dukungan pertolongan persalinan, pelayanan postnatal (ibu nifas dan bayi neonatus) serta perawatan bayi dan anak;
 - (d) faktor-faktor penghambat bayi menyusui dan PMBA;
 - (e) kapasitas dukungan potensial pemberian ASI eksklusif (kelompok Busui, tenaga kesehatan terlatih, konselor menyusui, LSM perempuan yang berpengalaman);
 - (f) kebiasaan PMBA termasuk cara pemberiannya (cangkir/botol), kebiasaan PMBA sebelum situasi darurat dan perubahannya.
- (2) Data Kuantitatif meliputi:
 - (a) jumlah bayi dan anak baduta dengan atau

tanpa keluarga menurut kelompok umur;
0-<6 bulan, 6-11 bulan, 12-23 bulan;

- (b) jumlah ibu menyusui yang sudah tidak menyusui lagi;
- (c) angka kesakitan dan kematian bayi dan anak di pengungsian.

b) Intervensi Gizi

(1) Bayi

- (a) Tetap diberi ASI;
- (b) Bila bayi piatu, bayi terpisah dari ibunya atau ibu tidak dapat memberikan ASI, upayakan bayi mendapat bantuan ibu susu/donor;
- (c) Bila tidak memungkinkan bayi mendapat ibu susu/donor, bayi diberikan susu formula dengan pengawasan atau didampingi oleh petugas kesehatan.

(2) Baduta

- (a) Tetap diberi ASI;
- (b) Pemberian MP-ASI yang difortifikasi dengan zat gizi mikro, pabrikan atau makanan lokal pada anak usia 6-23 bulan;
- (c) Pemberian makanan olahan yang berasal dari bantuan ransum umum yang mempunyai nilai gizi tinggi;
- (d) Pemberian kapsul vitamin A warna biru pada bayi usia 6-11 bulan dan kapsul vitamin A warna merah pada anak usia 12-59 bulan;
- (e) Dapur umum wajib menyediakan makanan olahan untuk anak usia 6-24 bulan (resep terlampir);
- (f) Air minum dalam kemasan di upayakan selalu tersedia di tempat pengungsian.

(3) Anak > 5 tahun

- 3) Dukungan untuk keberhasilan PMBA
Untuk mendukung keberhasilan PMBA di pengungsian dan fasilitas kesehatan:
 - a) penyediaan tenaga konselor menyusui di pengungsian;
 - b) tenaga kesehatan, relawan kesehatan dan LSM/NGO kesehatan memberikan perlindungan, promosi dan dukungan kepada ibu-ibu untuk keberhasilan menyusui termasuk relaktasi;
 - c) memberikan konseling menyusui dan pemberian makanan bayi dan anak (PMBA) di pengungsian, Rumah Sakit lapangan dan tempat pelayanan kesehatan lainnya yang ada dilokasi bencana;
 - d) pembentukan pos pemeliharaan dan pemulihan gizi bayi dan baduta;
 - e) melakukan pendampingan kepada keluarga yang memiliki bayi atau anak yang menderita masalah gizi.

- 4) Penanganan bantuan dan persediaan susu formula/PASI
 - a) memberikan informasi kepada donor dan media massa bahwa bantuan berupa susu formula/PASI, botol dan dot pada korban bencana tidak diperlukan;
 - b) bantuan berupa susu formula/PASI harus mendapat izin dari Kepala Dinas Kesehatan setempat;
 - c) pendistribusian dan pemanfaatan susu formula/PASI harus diawasi secara ketat oleh petugas kesehatan, puskesmas dan dinas kesehatan setempat.

Kriteria bayi dan baduta yang mendapat susu formula/PASI:

- a) bayi dan baduta yang benar-benar membutuhkan sesuai pertimbangan profesional tenaga kesehatan yang berkompeten (indikasi medis);
- b) bayi dan baduta yang sudah menggunakan susu formula sebelum situasi darurat;
- c) bayi dan baduta yang tidak mendapat ibu ASI/donor;
- d) bayi dan baduta yang ibunya meninggal, ibu sakit keras, ibu sedang menjalani relaktasi, ibu menderita HIV+

dan memilih tidak menyusui bayinya serta ibu korban perkosaan yang tidak mau menyusui bayinya.

Cara penyiapan dan pemberian susu formula:

- a) gunakan cangkir atau gelas yang mudah dibersihkan, diberikan sabun untuk mencuci alat yang digunakan;
 - b) gunakan selalu alat yang bersih untuk membuat susu dan menyimpannya dengan benar;
 - c) sediakan alat untuk menakar air dan susu bubuk (jangan menakar menggunakan botol susu);
 - d) sediakan bahan bakar untuk memasak air dan gunakan air bersih, jika memungkinkan gunakan air minum dalam kemasan;
 - e) lakukan pendampingan untuk memberikan konseling menyusui.
- 5) Pemantauan status gizi korban bencana
- a) pemantauan status gizi diperlukan untuk mengetahui perkembangan status gizi bayi dan balita korban bencana;
 - b) pemantauan status gizi dilakukan sejak terjadinya bencana dilanjutkan secara berkala (2 minggu sekali) sampai keadaan darurat dinyatakan berakhir oleh pemerintah daerah setempat;
 - c) pemantauan status gizi dilakukan oleh tenaga gizi/nutrisi yang terlibat dalam penanganan bencana;
 - d) Indikator yang digunakan dalam pemantauan status gizi korban bencana adalah:
 - (1) BB/TB-PB untuk bayi dan balita.
 - (2) LILA untuk ibu hamil
 Pemantauan status gizi dilakukan dengan cara:
 - a) memanfaatkan hasil penapisan dengan pita LILA;
 - b) semua bayi dan balita yang hasil LILA < 11,5 cm dilakukan penilaian status gizi dengan BB/TB-PB;
 - c) semua ibu hamil yang hasil LILA < 23,5 cm dinyatakan sebagai bumil KEK;

- d) prevalensi status gizi kurang bayi dan balita dihitung berdasarkan jumlah yang indeks BB/TB-PB $< -2SD$ dibagi jumlah seluruh bayi dan balita di pengungsian;
 - e) prevalensi status gizi buruk bayi dan balita dihitung berdasarkan jumlah yang indeks BB/TB-PB $< -3SD$ dibagi jumlah seluruh bayi dan balita di pengungsian;
 - f) prevalensi bumil KEK dihitung berdasarkan jumlah bumil dengan LILA $< 23,5$ cm dibagi jumlah seluruh bumil di pengungsian;
 - g) pelaksanaan pemantauan status gizi pada bayi dan balita dilakukan secara berkala (2 minggu sekali) yang dimulai dengan penapisan ulang menggunakan pita LILA. Perhitungan prevalensi status gizi bayi dan balita sesuai dengan no. c), d) dan e).
- 6) Peran LSM Internasional dan Lokal
- LSM internasional maupun lokal yang mempunyai pos kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada para korban bencana sangat diharapkan bisa menginformasikan kepada petugas kesehatan yaitu melaporkan penyakit-penyakit yang telah disebut dalam petunjuk teknis ini kepada Puskesmas atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat sesuai dengan format yang ada dalam buku petunjuk ini.

2.4. Pengelolaan Obat Bencana

a. Tahap kesiapsiagaan

Pada tahap kesiapsiagaan pengelolaan berjalan secara normal, tetapi dilakukan persiapan untuk mengantisipasi bila terjadi bencana. Perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan terkait bencana dalam tahap kesiapsiagaan perlu memperhatikan:

- 1) jumlah dan jenis obat dan perbekalan kesehatan bila terjadi bencana;

- 2) pembuatan paket-paket obat bencana untuk daerah disesuaikan dengan potensi bencana di daerahnya;
 - 3) jenis dan kompetensi TRC;
 - 4) koordinasi lintas sektor dan program.
- b. Tahap tanggap darurat
- 1) Pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan
 - a) Perencanaan kebutuhan

Obat yang dibutuhkan pada tahap tanggap darurat, berdasarkan Rapid Health Assessment yang meliputi :

 - (1) ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan
 - (2) sumber daya manusia
 - (3) kondisi gudang penyimpanan
 - (4) fasilitas dan infrastruktur
 - (5) pendanaan
 - b) Penyediaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan

Bahan pertimbangan dalam penyediaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan berdasarkan hasil *Rapid Health Assessment* adalah:

 - (1) jenis bencana;

Berdasarkan jenis bencana yang terjadi, diharapkan Kabupaten/Kota sudah dapat memperkirakan jumlah dan jenis obat yang harus disiapkan. Jika kebutuhan obat pada tahap tanggap darurat tidak tersedia pada paket bencana maka dilakukan pengadaan obat sesuai kebutuhan .
 - (2) luas bencana dan jumlah korban;

Berdasarkan luas bencana dan jumlah korban sesuai dengan hasil *rapid health assesment* ditetapkan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan
 - (3) stok obat yang dimiliki.

Usahakan menggunakan persediaan obat dan

perbekalan kesehatan dari stok Unit Pelayanan Kesehatan atau Dinas Kesehatan Kab/Kota yang ada, dan jika kurang dapat menggunakan stok dari Kabupaten/Provinsi terdekat.

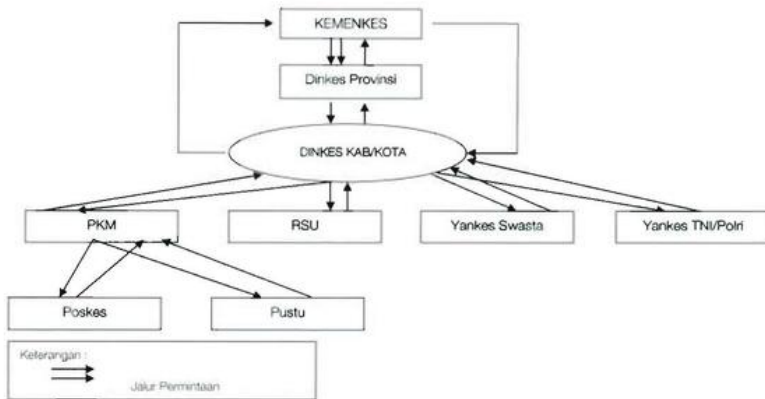
c) Penyimpanan dan pendistribusian

Untuk menjaga mutu maka penyimpanan obat dan perbekalan kesehatan harus dilakukan pada tempat dan kondisi yang sesuai persyaratan dan dikelola oleh petugas yang berkompeten.

Beberapa hal yang harus diperhatikan berkaitan dengan distribusi obat pada saat bencana :

- (1) adanya permintaan dari daerah bencana;
- (2) apabila obat dan perbekalan kesehatan tidak tersedia di provinsi yang mengalami bencana maka diusahakan dari provinsi terdekat atau Kementerian Kesehatan;
- (3) provinsi terdekat wajib membantu daerah yang terkena bencana;
- (4) adanya estimasi tingkat keparahan bencana, jumlah korban dan jenis penyakit;
- (5) pemerintah pusat dan daerah perlu mengalokasikan biaya distribusi sehingga tidak mengalami kesulitan dalam mendistribusikan obat dan perbekalan kesehatan;
- (6) Kerjasama lintas sektor dan program mutlak diperlukan.

Di bawah ini digambarkan alur permintaan dan distribusi obat dan perbekalan kesehatan pada saat terjadi bencana.



Gambar 3.5. Permintaan dan pendistribusian obat dan perbekalan kesehatan

(1) Pendistribusian Obat Buffer Stok Nasional Pada Keadaan Bencana

Ditjen Binfar dan Alkes selaku Unit utama di Kemkes bertanggung jawab melakukan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan bagi korban bencana. Obat dan perbekalan kesehatan yang berasal dari buffer stok ini dapat dikirimkan ke tempat bencana dengan syarat: adanya surat permohonan dari Kepala Dinas Kabupaten/Kota atau Provinsi berdasarkan hasil Tim *Rapid Health Assesment* dengan mempertimbangkan data jumlah korban dan jenis penyakit.

Untuk itu pendistribusian obat Buffer Stok Nasional dilakukan dengan tahapan prosedur sebagai berikut:

- (a) Surat permohonan kebutuhan obat yang berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota maupun Provinsi ditujukan kepada Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dengan tembusan kepada Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, dan Pusat Penanggulangan Krisis.

- (b) Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan akan mengirimkan obat kepada Kabupaten/Kota atau Provinsi yang membutuhkan dalam waktu 2x24 jam setelah menerima surat permohonan.
 - (c) Jumlah permintaan obat akan disesuaikan dengan sisa stok obat yang ada di Buffer Stok Nasional.
- (2) Pendistribusian Obat dari Provinsi ke Kabupaten/Kota

Bila di tingkat provinsi tersedia Buffer Stok Provinsi atau mendapat bantuan dari pusat dan pihak lain yang sifatnya tidak mengikat, maka pendistribusian dilakukan sebagai berikut:

- (a) Adanya surat permohonan dari Kepala Dinas Kabupaten/Kota berdasarkan hasil Tim *Rapid Health Assesment* yang dilengkapi dengan data jumlah korban dan jenis penyakit yang terjadi;
 - (b) Surat permohonan kebutuhan obat yang berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ditujukan kepada Dinas Kesehatan Provinsi;
 - (c) Dinas Kesehatan Provinsi setelah menerima surat permohonan paling lambat dalam waktu 1 x 24 jam telah menyiapkan obat dan perbekalan kesehatan untuk didistribusikan ke Kabupaten/Kota;
 - (d) Jumlah obat dan perbekalan kesehatan yang diberikan akan disesuaikan dengan sisa stok obat yang ada di Buffer Stok Provinsi.
- (3) Pendistribusian Obat dari Kabupaten/Kota ke Puskesmas, RSU, RS Lapangan, Sarana Yankes TNI-POLRI, Sarana Yankes Swasta
- Obat dan perbekalan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota disalurkan kepada Unit

Pelayanan Kesehatan sesuai permintaan dilampiri jumlah korban/ pengungsi yang dilayani serta data jenis penyakit.

Obat dan perbekalan kesehatan di Puskesmas disalurkan kepada pos kesehatan maupun pusat sesuai permintaan dilampiri jumlah korban/ pengungsi yang dilayani serta data jenis penyakit.

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melalui Instalasi Farmasi melayani permintaan obat dan perbekalan kesehatan dari Unit Pelayanan Kesehatan dan jaringannya dengan prinsip *one day service*, artinya bila hari ini permintaan dari Unit Pelayanan Kesehatan tiba di Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota maka hari itu juga harus selesai proses penyiapan dan pengiriman obat dan perbekalan kesehatan. Pemerintah daerah wajib menyediakan dana pengiriman obat dan perbekalan kesehatan bila terjadi bencana di wilayahnya.

(4) pencatatan dan pelaporan

(a) Pencatatan

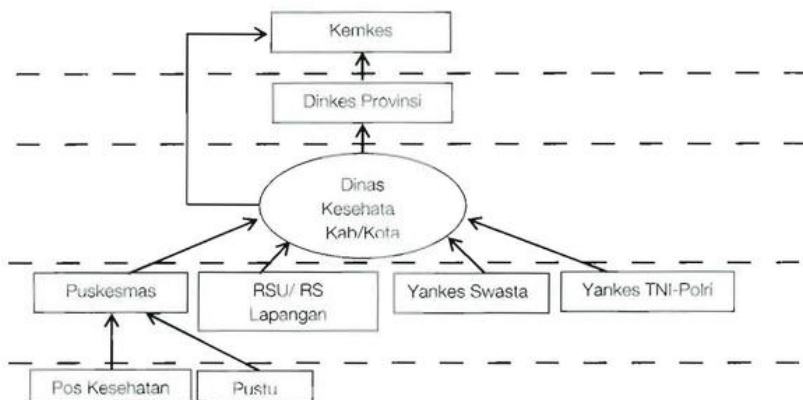
Mengingat tahap tanggap darurat sering mengalami kekurangan tenaga di sarana pelayanan kesehatan, maka untuk memudahkan pencatatan disarankan minimal menggunakan kartu stok.

(b) Pelaporan

Pelaporan dilakukan secara harian, mingguan, atau bulanan yang meliputi penerimaan, pemakaian dan sisa stok. Pelaporan ini merupakan bentuk pertanggungjawaban masing-masing tingkat pelayanan kepada organisasi di atasnya dan sebagai bahan evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan di daerah bencana.

Unit Pelayanan Kesehatan :

- pos kesehatan/pustu melakukan pelaporan kepada puskesmas
- puskesmas melaporkan penggunaan obat dan perbekalan kesehatan seminggu sekali selama bencana kepada dinas kesehatan kab/kota disertai jumlah pasien yang dilayani dan jenis penyakit yang terjadi.
- dinas kesehatan kab/kota melaporkan mutasi obat dan perbekalan kesehatan kepada dinkes provinsi dengan tembusan kepada Ditjen Binfar dan Alkes.
- Dinas kesehatan provinsi melaporkan mutasi obat dan perbekalan kesehatan kepada Ditjen Binfar dan Alkes c.q Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan .



Gambar 3.6. Alur pelaporan tahap tanggap darurat

2) Jenis Penyakit dan Obatnya

Agar penyediaan obat dan perbekalan kesehatan dapat membantu pelaksanaan pelayanan kesehatan pada tahap tanggap darurat, maka jenis obat dan perbekalan kesehatan harus sesuai dengan jenis penyakit dan Pedoman Pengobatan yang berlaku.

		<ul style="list-style-type: none"> • Asma 	PILIHAN I PILIHAN II PILIHAN III Aminofilin Tab, Efedrin Tab Adrenalin injeksi, Teofilin tab, Efedrin Aminofilin Tab, Salbutamol Tab Prednison
		<ul style="list-style-type: none"> • Leptospirosis 	Amoxycillin 1000 mg tab, Ampisillin 1000 mg Penisilin, Tetrasiklin Atau Eritromisin
		<ul style="list-style-type: none"> • Conjunctivitis Bakteri dan Virus 	Sulfasetamid t.m, Kloramfenikol salep mata, Oksitetrasiklin salep mata, tetes mata Sulfasetamid, Steroid Topikal
		<ul style="list-style-type: none"> • Gastritis 	PILIHAN I PILIHAN II Antasida tab/ suspensi (Al. Hidroksida, Mg hidroksida) Metoklopramid Tab Kombinasi Simetidin Atau Raniditin
		<ul style="list-style-type: none"> • Trauma / Memar 	Kapas Absorben, kassa steril 40/40, Pov. Iodine, Fenilbutazon, Metampiron tab, ketoprofen Parasetamol tab, ATS, disposable spuit

2.	Tanah longsor	Idem dengan banjir	
		<ul style="list-style-type: none"> • Fraktur tulang • Luka memar • Luka sayatan • Hipoksia 	Kasa, Elastic Perban, Kasa Elastis, Alkohol 70%, Pov. Iodine 10%, H ₂ O ₂ Sol, Ethyl Chloride Spray, Jarum Jahit, Cat Gut Chromic, Tabung Oksigen
3	Gempa / Gelombang Tsunami	<ul style="list-style-type: none"> • Luka memar • Luka sayatan • ISPA • Gastritis • Patah Tulang • Meninggal Dunia 	Idem Idem Idem Idem Pembalut Gips, soft band Clorin dan kantong jenazah
		<ul style="list-style-type: none"> • Malaria , 	PILIHAN I PILIHAN II Artesunate tab+ Amodiaquin tab + primakuin tab Klorokuin tab dosis tunggal + Primakuin tab Kina Terasiklin tab / Doksisisiklin tab + Primakuin tab
		<ul style="list-style-type: none"> • Asma • Penyakit Mata • Penyakit Kulit 	Idem Idem Idem

4	Konflik sosial (kerusuhan)/ Huru Hara	• Luka memar	Idem
		• Luka sayat	Idem
		• Luka bacok	Idem
		• Patah tulang	Idem
		• Diare	Idem
		• ISPA	Idem
		• Malaria	Idem
		• Gastritis	Idem
		• Penyakit Kulit	Idem
		• Campak	Vaksin Campak (bila ada kasus baru), Vitamin A
		• Hipertensi	Hidroklorotiazid tab(Hct) , Reserpin tab Propranolol tab, Kaptopril tab, Nifedipin tab
		• Gangguan Jiwa	Klorpromazin tab, Haloperidol tab, Flufenazin Dekanoat injeksi, Diazepam tab, Amitriptilin tab, THP tab
5	G u n u n g Meletus	• ISPA	Idem+ masker
		• Diare	Idem
		• Conjunctivitis	Idem
		• Luka Bakar	Aquadest steril, Kasa steril 40/40, Betadin Salep, Sofratule, Abocath, Cairan Infus (RL, Na, Cl), Vit C tab, Amoxycillin/Ampicillin tab, Kapas, Handschoen, Wing needle, Alkohol 70%
6	Kebakaran: - Hutan -Pemukiman - Bom - Asap	• Conjunctivitis	Idem
		• Luka bakar	Idem
		• Mialgia	Metampriron, Vit B1, B6, B12 oral
		• Gastritis	Idem
		• Asma	Idem
		• ISPA	Idem +masker

3) Penyiapan Obat Berdasarkan Tingkat Pelayanan Kesehatan

Pada masa tanggap darurat jenis obat yang disiapkan disesuaikan dengan tingkat kompetensi

petugas yang ada. Secara umum WHO dalam buku New Emergency Health Kits membuat klasifikasi penyediaan obat dan perbekalan kesehatan sebagai berikut:

- a) Di pos kesehatan dan sarana kesehatan di daerah bencana dengan tenaga medis dapat disediakan obat simtomatik, antibiotik tertentu dan obat suntik dalam jumlah terbatas. Contoh obat antalgin tablet, parasetamol tablet dan syrup, lidocaine, amoksisilin, kloramfenikol dan metronidazole (lihat lampiran).

Tabel 3.2. Contoh Obat untuk Pos Kesehatan dan Pustu dengan tenaga medis dan paramedis

No	Nama Obat	Satuan Terkecil
1	Antalgin Tablet 500 mg	Tablet
2	Parasetamol tablet 500 mg	Tablet
3	Parasetamol tablet 100 mg	Tablet
4	Parasetamol Syrup	Botol
5	Vit C tablet 50 mg	Tablet
6	Antasida Tablet	Tablet
7	Oralit 200 mL	Sachet
8	ACT	Tablet
9	Ferrous sulfate tablet	Tablet
10	Yod Povidone larutan 10%	Botol
11	Salep 2-4	Pot
12	Obat batuk hitam	Botol
	Anaestesi	
13	Lidocaine inj	Ampul
	Anti-Allergi	
14	Hidrokortison Krim 2%	Tube
15	Prednisolon tab 5 mg	Tablet
16	Klorfeniramine maleas	Tablet
	Antikonvulsan	
17	Diazepam inj 5 mg/mL	Ampul
18	Fenobarbital tab 30 mg	Tablet
	Anti Infeksi	
19	Amoksisilin Syrup Kering	Botol
20	Amoksisilin Kapsul 250 mg	Kapsul
21	Amoksisilin Kapsul 500 mg	Kapsul
22	Kloramfenikol kapsul 250 mg	Kapsul
23	Metronidazole tab 250 mg	Tablet
24	Kotrimoksazol	Tablet

- b) Penyediaan obat untuk UPK (puskesmas, RSU, RS lapangan, sarana yankes swasta, dan sarana yankes TNI-POLRI) Daftar obat yang disediakan untuk unit pelayanan kesehatan sebaiknya mengacu kepada DOEN. Tenaga medis pada umumnya tersedia di Unit Pelayanan Kesehatan, oleh karena itu daftar obat untuk Puskesmas, RSU, RS Lapangan, Sarana Yankes Swasta, dan Sarana Yankes TNI-POLRI harus lebih lengkap. Pertimbangan lainnya adalah yankes tersebut berfungsi sebagai rujukan untuk pos kesehatan maupun pustu.
- c. Tahap Rehabilitasi dan Rekonstruksi
Agar obat sisa bantuan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya, maka diperlukan langkah-langkah penatalaksanaan sebagai berikut:

1) Inventarisasi

Inventarisasi dilakukan segera setelah tahap tanggap darurat dinyatakan berakhir. Mekanisme inventarisasi dilakukan dengan cara sebagai berikut :

- a) setiap sarana pelayanan kesehatan di kab/ kota melakukan inventarisasi obat dan perbekalan kesehatan, dan melaporkan ke dinas kesehatan kab/ kota;
- b) dinas kesehatan kabupaten/kota menunjuk instalasi farmasi kab/kota untuk melaksanakan rekapitulasi hasil inventarisasi obat dan perbekalan kesehatan;
- c) hasil rekapitulasi obat dan perbekalan kesehatan dilaporkan ke dinas kesehatan provinsi;
- d) dinas kesehatan provinsi menindaklanjuti hasil rekapitulasi tersebut dengan cara memfasilitasi apabila perlu dilakukan relokasi atau pemusnahan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- e) instrumen yang dipergunakan untuk melakukan inventarisasi adalah formulir 10 untuk masing-masing sarana kesehatan dan formulir 11 untuk rekapitulasi.

- 2) Penarikan kembali obat dan Perbekalan Kesehatan.
 Hasil inventarisasi obat dan perbekalan kesehatan ditindaklanjuti dinas kesehatan Kab/ Kota dengan cara sebagai berikut:
- Semua obat dan perbekalan kesehatan di Pos Kesehatan ditarik ke Puskesmas;
 - Kelebihan obat dan perbekalan kesehatan di Puskesmas/Pustu ditarik ke Dinkes Kab/Kota.

d. Evaluasi

Untuk mengevaluasi pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan pada tahap rehabilitasi dan rekonstruksi, digunakan instrumen sebagai berikut :

- 1) kesesuaian jenis obat yang dibutuhkan dengan obat yang diterima;

Untuk mendukung pelayanan kesehatan di saat bencana, maka dibutuhkan kesesuaian jenis obat yang dibutuhkan sesuai masalah kesehatan yang timbul saat bencana dan jenis obat bantuan yang diterima.

$$\text{Kesesuaian jenis obat} = \frac{\text{Jenis obat yg dibutuhkan}}{\text{Jenis obat yg diterima}} \times 100\%$$

Cara memperoleh data:

- Jumlah jenis obat yg dibutuhkan, lihat kasus penyakit.
- Jumlah jenis obat yg diterima, lihat berita acara pengiriman obat.

- 2) tingkat ketersediaan obat;

Untuk mendukung pelayanan kesehatan di saat bencana, maka dibutuhkan kesesuaian jumlah obat yang dibutuhkan sesuai masalah kesehatan yang timbul saat bencana.

$$\text{Tingkat ketersediaan obat} = \frac{\text{Jumlah obat yg tersedia}}{\text{Rata-rata pemakaian obat per hari}}$$

Cara memperoleh data:

- Jumlah obat yang tersedia, lihat di kartu stok masing – masing unit
- Rata – rata pemakain obat per periode, lihat pemakaian obat.

3) prosentase obat kadaluwarsa;

Terjadinya obat kadaluwarsa mencerminkan ketidaktepatan bantuan dan/atau kurang baik sistem distribusi dan atau kurangnya pengamatan mutu dalam penyimpanan obat dan atau perubahan pola penyakit.

$$\text{Prosentase obat kadaluwarsa} = \frac{\text{Total item obat yg kadaluwarsa}}{\text{Total item obat yang tersedia}} \times 100\%$$

Cara memperoleh data:

- total item obat yg ED, lihat berita acara pengiriman obat;
- total item obat yg tersedia, lihat berita acara pengiriman obat.

4) prosentase dan nilai obat rusak;

Terjadinya obat rusak mencerminkan ketidaktepatan bantuan , dan/atau kurang baiknya sistem distribusi, dan/atau kurangnya pengamatan mutu dalam penyimpanan obat dan/atau perubahan pola penyakit.

$$\text{Prosentase obat rusak} = \frac{\text{Total item obat yang rusak}}{\text{Total item obat yg tersedia}} \times 100 \%$$

$$\text{Nilai obat rusak} = \text{jumlah obat yang rusak} \times \text{harga per kemasan}$$

Cara memperoleh data:

- Total item obat yg rusak, lihat sisa obat;
- Total item obat yg tersedia, lihat berita acara pengiriman obat;
- Harga per kemasan, lihat daftar harga SK Menkes.

5) pemusnahan obat-obatan;

Proses pemusnahan mengacu pada Pedoman Teknis Pemusnahan Sediaan Farmasi dengan mempertimbangkan dampak lingkungan dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Secara garis besar, proses pemusnahan obat terdiri dari:

- a. memilah, memisahkan dan menyusun daftar obat yang akan dimusnahkan
- b. menentukan cara pemusnahan
- c. menyiapkan pelaksanaan pemusnahan
- d. menetapkan lokasi pemusnahan
- e. pelaksanaan pemusnahan
- f. membuat berita acara pemusnahan
- g. melaporkan kepada gubernur/bupati/walikota

Pada tahap tanggap darurat seluruh institusi harus langsung terlibat sesuai dengan tugas dan fungsinya. Untuk tahap rehabilitasi dan rekonstruksi, maka fungsi pelayanan dilakukan kembali seperti pada situasi normal. Pada tahap kesiapsiagaan tidak semua institusi kesehatan langsung terlibat dalam pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan, karena pada tahap ini yang diperlukan adalah adanya rencana kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan.

2.5. Kesehatan Reproduksi Dalam Situasi Darurat Bencana

Memastikan tersedianya layanan kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana adalah sangat penting karena merupakan hak asasi manusia, dan apabila dilaksanakan pada fase

awal bencana akan dapat menyelamatkan nyawa dan mencegah kesakitan bagi penduduk yang terkena dampak. Dalam situasi normalpun sudah banyak permasalahan di bidang kesehatan reproduksi, seperti tingginya angka kematian ibu, kasus kehamilan yang tidak dikehendaki, kasus HIV/AIDS, dll, dan kondisi ini akan menjadi lebih buruk dalam situasi darurat bencana. Kesehatan reproduksi juga telah menjadi salah satu standard minimum di bidang kesehatan dalam respon bencana berdasarkan piagam kemanusiaan internasional (SPHERE).

Kebutuhan akan kesehatan reproduksi akan tetap ada dan kenyataannya justru meningkat di masa darurat bencana:

- saat darurat tetap ada ibu hamil yang membutuhkan layanan dan akan melahirkan bayinya kapan saja
- risiko kekerasan seksual meningkat dalam keadaan sosial yang tidak stabil
- risiko penularan ims/hiv meningkat karena keterbatasan sarana untuk melaksanakan kewaspadaan universal, meningkatnya risiko kekerasan seksual, dan bertemunya populasi dengan prevalensi hiv tinggi dan rendah
- kurangnya pelayanan kb akan meningkatkan risiko kehamilan yang tidak dikehendaki yang sering berakhir dengan aborsi yang tidak aman
- kurangnya akses ke layanan gawat darurat kebidanan komprehensif akan meningkatkan risiko kematian ibu

Penerapan kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana adalah sama untuk setiap jenis bencana, yaitu melalui penerapan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM), yang merupakan seperangkat kegiatan prioritas untuk dilaksanakan pada fase awal kondisi darurat untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kesakitan terutama pada perempuan. Segera setelah kondisi memungkinkan dan lebih stabil dapat diberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan kesehatan reproduksi

komprehensif adalah pelayanan kesehatan reproduksi lengkap seperti yang biasa diberikan pada saat kondisi normal.

Karena keterbatasan sumber daya dan banyaknya prioritas masalah kesehatan lain yang harus ditangani, tidak semua layanan kesehatan reproduksi dapat diberikan pada situasi darurat bencana. Prioritas diberikan pada dukungan untuk proses persalinan, pencegahan dan penanganan kekerasan seksual dan pencegahan penularan IMS dan HIV.

Dalam penerapan PPAM tidak perlu dilakukan penilaian untuk mengumpulkan data sasaran seperti jumlah ibu hamil, jumlah wanita usia subur, jumlah pria dewasa, dll, karena dalam fase awal situasi darurat bencana data-data tersebut sangat sulit diperoleh. Kita dapat menggunakan estimasi statistik, seperti:

- 1) 4% dari penduduk adalah ibu hamil (dalam kondisi darurat bencana)
- 2) 25% adalah wanita usia subur
- 3) 20% pria dewasa
- 4) 20% ibu hamil akan mengalami komplikasi, dll.

Penilaian yang harus dilakukan adalah menilai kondisi fasilitas kesehatan seperti kondisi Puskesmas (terutama Puskesmas PONED), Rumah Sakit PONEK, termasuk kondisi SDM serta ketersediaan obat dan alatnya. Informasi ini dapat digunakan untuk membangun sistem rujukan maternal dan neonatal.

Namun, segera setelah situasi memungkinkan, data riil kelompok sasaran tetap harus dikumpulkan.

PPAM Kesehatan Reproduksi dalam situasi darurat bencana terdiri dari 5 komponen, yang merupakan tujuan dari PPAM, yakni:

- 1) memastikan cluster/sektor kesehatan mengidentifikasi lembaga untuk memimpin pelaksanaan PPAM;
 - a) menentukan koordinator kesehatan reproduksi;
 - b) menyelenggarakan pertemuan untuk mendiskusikan masalah kesehatan reproduksi;

- c) melaporkan hasil pertemuan kepada *cluster*/sektor kesehatan (oleh koordinator kesehatan reproduksi);
 - d) menyediakan alat dan bahan kesehatan reproduksi untuk penerapan PPAM;
- 2) mencegah terjadinya kekerasan seksual dan memberikan pertolongan bagi korbannya:
 - a) memastikan bahwa sistem yang ada berjalan untuk melindungi pengungsi terutama perempuan dari kekerasan seksual, misalnya melalui pengaturan/disain kamp;
 - b) memastikan bahwa pelayanan medis termasuk dukungan psikososial tersedia bagi korban;
 - c) menginformasikan kepada masyarakat tentang adanya layanan bagi korban kekerasan seksual;
 - 3) mencegah penularan IMS/HIV;
 - a) memastikan tersedianya transfusi darah yang aman dan rasional;
 - b) memastikan diterapkannya standar kewaspadaan universal;
 - c) menjamin tersedianya kondom secara gratis;
 - 4) mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal;
 - a) memastikan akses ke layanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal (PONED dan PONEK);
 - b) membangun sistem rujukan kebidanan dan neonatal 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu;
 - c) menyediakan kit persalinan bersih bagi ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 6 bulan untuk mengantisipasi situasi sulit, dimana tidak dapat mengakses tenaga/fasilitas kesehatan;
 - d) menginformasikan kepada masyarakat tentang adanya layanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal serta rujukannya;
 - 5) merencanakan tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif yang terintegrasi ke dalam layanan kesehatan dasar segera setelah situasi menjadi lebih stabil atau memungkinkan;

- a) mengumpulkan data latar belakang sebelum bencana;
- b) pemetaan wilayah yang memerlukan pelayanan kesehatan reproduksi saat bencana;
- c) mengidentifikasi staf untuk memberikan layanan kesehatan reproduksi komprehensif;
- d) menilai kapasitas staf dan merencanakan pelatihan;
- e) memesan/mengadakan peralatan kesehatan reproduksi;

Untuk mendukung pelaksanaan dan pencapaian tujuan PPAM pada fase awal darurat bencana dibutuhkan dukungan obat-obatan dan peralatan berupa kit kesehatan reproduksi, yakni: seperangkat alat dan obat yang telah dikemas secara khusus sesuai jenis tindakan yang dilakukan. Di samping kit kesehatan reproduksi, sebaiknya disediakan juga kit higienis yang ditujukan bagi kelompok tertentu yang pada kondisi darurat seringkali tidak tersedia, seperti: kit untuk wanita usia subur (15-49 tahun) yang antara lain berisi pembalut wanita, kit untuk ibu hamil, kit untuk ibu melahirkan, dan kit untuk bayi baru lahir. Sementara ini kit kesehatan reproduksi masih didatangkan secara internasional melalui UNFPA Indonesia, sedangkan kit higienis dapat diperoleh dari UNFPA Indonesia. Namun ke depannya, kit kesehatan reproduksi dan kit higienis tersebut diupayakan akan menjadi bagian dari alat dan obat serta sarana yang tersedia dalam penanggulangan bencana bidang kesehatan.

Dalam kondisi darurat, kit kesehatan reproduksi dipesan jika bencana berskala besar, dimana alat dan bahan untuk penerapan PPAM di daerah yang terkena bencana sudah tidak ada atau tidak dapat dipakai lagi. Pendistribusian kit kesehatan reproduksi dilakukan dengan berkoordinasi dengan dinas kesehatan setempat. Kit kesehatan reproduksi disusun untuk dipakai oleh masyarakat dan fasilitas kesehatan tertentu sesuai jenis tindakan yang dilakukan:

Blok 1

Enam kit untuk dipakai di tingkat masyarakat dan fasilitas kesehatan dasar untuk melayani kebutuhan penduduk sejumlah 10,000 orang dalam jangka waktu 3 bulan

No Kit	Nama Kit
Kit 0	Kit administrasi
Kit 1	Kit kondom
Kit 2	Kit persalinan bersih
Kit 3	Kit pasca perkosaan
Kit 4	Kit kontrasepsi oral dan injeksi
Kit 5	Kit pengobatan IMS/Infeksi Menular Seksual

Blok 2

Lima kit untuk dipakai di tingkat pelayanan kesehatan dasar dan rumah sakit rujukan. Tiap kit dapat melayani kebutuhan penduduk sejumlah 30,000 orang dalam jangka waktu 3 bulan.

No Kit	Nama Kit
Kit 6	Kit persalinan di klinik
Kit 7	Kit IUD
Kit 8	Kit penanganan keguguran dan komplikasi aborsi
Kit 9	Kit jahitan robekan serviks dan vagina dan kit pemeriksaan vagina
Kit 10	Kit persalinan dengan ekstraksi vakum

Blok 3

Dua kit untuk dipergunakan di tingkat rujukan atau operasi kebidanan. Kit ini dapat melayani kebutuhan penduduk sebanyak 150,000 orang selama 3 bulan.

No Kit	Nama Kit
Kit 11	Kit tingkat rujukan Kesehatan Reproduksi (bagian A dan B)
Kit 12	Kit transfusi darah

Untuk penjelasan lebih lanjut tentang kit kesehatan reproduksi dapat dilihat pada Buku Manual Kit Kesehatan Reproduksi. Untuk kit bayi, ibu bersalin, ibu hamil, higienis untuk perempuan berisi sbb:

Kit bayi

- a. Popok katun yang dipakai ulang 12 buah
- b. Baju bayi katun 12 buah
- c. Sarung tangan dan kaki 12 set
- d. Selimut bayi 1 buah
- e. Kain bedong, flanel halus 12 buah
- f. Topi bayi (flannel) 1 buah
- g. Kelambu bayi yang bisa dilipat 1 buah
- h. Sabun bayi 1 buah (80gr)
- i. Bedak bayi 1 buah (100gr)
- j. Handuk bayi 1 buah (halus, ukuran sedang)
- k. Baby oil/ Minyak telon 1 botol (50ml)
- l. Tas kanvas warna merah dengan tulisan Kit Bayi

Kit ibu bersalin :

- a. Bra ibu menyusui : 3 buah (ukuran besar)
- b. Sarung/kain panjang 1 buah
- c. Pembalut ibu melahirkan : 3 pak (@12 buah)
- d. Baju menyusui 1 buah (ukuran besar, katun)
- e. Baju dengan kancing bukaan depan untuk menyusui , ukuran besar, katun
- f. Celana dalam, 3 buah, ukuran besar
- g. Tas kanvas warna hijau dengan tulisan Kit Ibu Bersalin

Kit ibu hamil

- a. Bra ibu hamil 3 buah ukuran besar
- b. Kain panjang 1 buah
- c. Celana dalam ibu hamil (dengan ukuran yang bisa disesuaikan sesuai besar kehamilan) 3 buah
- d. Baju ibu hamil, katun, lengan panjang, ukuran besar
- e. Tas kanvas warna hijau dengan tulisan Kit Ibu Hamil

Kit Higiene untuk perempuan

- a. Sarung 1 buah
- b. T-shirt 2 buah
- c. Handuk 1 buah
- d. Sabun mandi 80 gram
- e. Pasta gigi
- f. Sikat gigi
- g. Shampoo
- h. Sisir plastik
- i. Pembalut 3 pak (isi 10-12)
- j. Celana dalam dan Bra all size, 3 buah
- k. Sandal
- l. Tas kanvas warna biru dengan tulisan Kit Higiene

2.6. Penanganan Kesehatan Jiwa

Pada bencana aspek kesehatan jiwa merupakan aspek yang penting karena pada saat bencana terjadi perubahan situasi dari situasi normal ke situasi tidak normal dimana seseorang akan mengalami kehilangan yang berdampak pada terganggunya keseimbangan kondisi psikologis seseorang

Dalam memberikan intervensi untuk kesehatan jiwa pada penanggulangan bencana terdapat fase-fase seperti berikut, antara lain:

- a. fase kedaruratan akut;

Selama Fase kedaruratan akut dianjurkan untuk melakukan intervensi sosial yang tidak mengganggu kebutuhan akut, seperti pengadaan makanan, tempat berlindung, pakaian, pelayanan puskesmas dan mungkin penanggulangan penyakit menular. Intervensi sosial dini yang berharga, mencakup :

- 1) menjamin dan menyebarkan arus informasi yang kredibel tentang;
 - a) kedaruratan;
 - b) upaya menjamin keselamatan fisik masyarakat;
 - c) informasi upaya bantuan;

termasuk apa yang dilakukan oleh masing-masing organisasi kemanusiaan dan dimana lokasinya;

- d) keberadaan kerabat untuk mendorong penyatuan keluarga dan jika mungkin menyediakan akses komunikasi dengan kerabat di tempat jauh.

Informasi harus disebarakan menurut prinsip komunikasi resiko : yaitu informasi harus sederhana (dapat dimengerti oleh penduduk lokal diatas 12 tahun) dan empatik (menunjukkan pemahaman akan situasi survivor bencana).

- 2) mengorganisasi pelacakan keluarga untuk anak yang sendirian, lansia dan kolompok rentan lain;
- 3) memberikan pengarahan kepada petugas lapangan dari sector kesehatan, distribusi pangan, kesejahteraan sosial dan pendataan tentang hal-hal yang menyangkut berkabung, disorientasi dan kebutuhan untuk partisipasi aktif;
- 4) mengorganisasi penampungan dengan tujuan agar anggota keluarga dan masyarakat tetap berkumpul bersama;
- 5) berkonsultasi kepada masyarakat mengenai keputusan dimana akan ditempatkan sarana ibadah, sekolah dan suplai air di penampungan. menyediakan ruang untuk kegiatan agama, rekreasi dan kebudayaan dalam desain kamp;
- 6) jika dimungkinkan, tidak dianjurkan untuk penguburan jenazah tanpa upacara demi pengendalian penyakit menular. berlawanan dengan mitor, jenazah tidak atau sedikit berisiko untuk penyakit menular. mereka yang berkabung perlu untuk mengadakan upacara pemakaman dan apabila jenazah tidak termutilasi atau membusuk juga untuk melihat jenazah untuk mengucapkan selamat jalan. sertifikat kematian perlu diadakan untuk mencegah adanya akibat keuangan dan hukum yang tidak perlu dipihak kerabat;

- 7) mendorong kebalinya dilakukannya aktifitas budaya dan keagamaan yang normal (termasuk upacara berkabung dalam kerja sama dengan praktisi spiritual dan agama);
- 8) mendorong aktifitas yang memfasilitasi masuknya yatim-piatu, janda-duda atau orang yang sebatang kara kedalam jejaring social;
- 9) mendorong pengorganisasian aktivitas rekreasional normal untuk anak-anak. penyedia bantuan harus berhati-hati untuk tidak memberikan keperluan rekreasi (misalnya seragam sepak bola, mainan modern) yang dianggap mewah dalam konteks lokal sebelum kedaruratan;
- 10) mendorong dimulainya sekolah untuk anak-anak, meskipun tidak penuh;
- 11) melibatkan orang dewasa dan remaja dalam kegiatan yang konkret, bertujuan dan diminati bersama (misalnya membangun tempat penampungan, mengorganisasi pelacakan keluarga, pembagian makanan, mengorganisasi vaksinasi, mengajar anak-anak);
- 12) menyebarkan secara luas informasi yang sederhana, menenteramkan dan empatik tentang reaksi stress normal kepada masyarakat luas, pertemuan dengan pers, siaran radio, poster dan selebaran yang singkat dan tidak bersifat sensasional akan berguna untuk menenteramkan masyarakat.

Intervensi psikologik dalam fase akut :

- a) Membuat kontak dengan puskesmas atau pelayanan darurat di area setempat.

Menangani keluhan psikiatrik yang mendesak (misalnya keberbahayaan terhadap diri sendiri atau orang lain, psikosis, depresi berat, mania dan epilepsy) di Puskesmas tanpa melihat apakah puskesmas tersebut dijalankan oleh pemerintah atau LSM. Menjaga ketersediaan obat psikotropik esensial di Puskesmas. Banyak orang dengan keluhan psikiatrik yang mendesak mempunyai gangguan psikiatrik yang sudah ada sebelumnya dan terputusnya

medikasi harus dihindari. Sebagai tambahan, sebagian orang mungkin mencari pengobatan karena masalah kesehatan mental akibat terpapar stressor yang ekstrim. Kebanyakan masalah kesehatan mental akut selama fase kedaruratan akut paling baik ditangani tanpa medikasi dengan mengikuti prinsip "pertolongan pertama psikologik" (yaitu, mendengarkan, menyatakan keprihatinan, menilai kebutuhan, menjaga terpenuhinya kebutuhan fisik dasar dan tidak memaksa berbicara, menyediakan atau mengerahkan pendamping dari keluarga atau orang yang dekat, mendorong tetapi tidak memaksakan dukungan social, melindungi dari cedera lebih lanjut

- b) Dengan mengasumsikan adanya pekerja masyarakat relawan/non relawan, mengorganisasikan dukungan emosional yang tidak bersifat intrusif dan menjangkau masyarakat dengan menyediakan, jika perlu "pertolongan pertama psikologik" karena kemungkinan efek negative tidak dianjurkan untuk mengadakan debriefing psikologik sesi tunggal (single session psychological debriefing) yang memaksa orang untuk berbagi pengalaman pribadi melebihi yang akan dilakukan secara alami
- c) Jika fase akut berkepanjangan, mulai pelatihan dan supervise pekerja Yankes Primer dan pekerja kemasyarakatan (untuk deskripsi aktifitas ini, lihat seksi 2.2)

b. Fase rekonsiliasi;

- 1) Berikut ini saran tentang aktivitas intervensi sosial :
 - a) melanjutkan intervensi sosial yang relevan seperti digambarkan pada seksi 1.1;
 - b) mengorganisasi kegiatan psikoedukasi yang menjangkau ke masyarakat untuk memberi edukasi tentang ketersediaan pilihan pelayanan kesehatan mental. dilakukan tidak lebih awal dari empat minggu setelah fase akut, beri penjelasan dengan hati-hati tentang perbedaan psikopatologi dan distress

- psikologik normal, dengan menghindari sugesti adanya psikopatologi yang luas dan menghindari istilah atau idiom yang membawa stigma;
- c) mendorong dilakukannya cara coping yang positif yang sudah ada sebelumnya. informasi itu harus menekankan harapan terjadinya pemulihan alamiah;
 - d) dengan berlalunya waktu, jika kemiskinan adalah masalah yang berlanjut, dorong upaya pemulihan ekonomi. Contoh inisiatif semacam ini adalah
 - (1) skema kredit mikro;
 - (2) aktifitas yang mendatangkan penghasilan jika pasar lebih menjanjikan sumber penghasilan yang berkelanjutan.
- 2) Dalam hal intervensi psikologik selama fase rekonsolidasi, dianjurkan melakukan aktifitas berikut :
- a) mendidik pekerja kemanusiaan lain dan pemuka masyarakat (misalnya kepala desa, guru, dll) dalam ketrampilan inti perawatan psikologik, seperti :
 - (1) pertolongan pertama psikologik;
 - (2) dukungan emosional;
 - (3) menyediakan informasi;
 - (4) penentraman yang simpatik;
 - (5) pengenalan masalah kesehatan mental utama. untuk meningkatkan pemahaman dan dukungan masyarakat dan untuk merujuk orang ke Puskesmas jika diperlukan.
 - b) melatih dan mensupervisi pekerja Pelayanan Kesehatan Primer dalam pengetahuan dan ketrampilan dasar kesehatan mental, misalnya :
 - (1) pemberian medikasi psikotropik yang tepat;
 - (2) pertolongan pertama psikologi;
 - (3) konseling suportif;
 - (4) bekerja bersama keluarga;
 - (5) mencegah bunuh diri;
 - (6) penatalaksanaan keluhan somatic yang tak dapat dijelaskan;

(7) masalah penggunaan zat;

(8) rujukan.

Kurikulum inti yang dianjurkan adalah kesehatan mental pengungsi dari WHO/UNHCR's(1996) [tersedia dalam bahasa Indonesia]

- c) menjamin kesinambungan medikasi pasien psikiatrik yang mungkin tidak mempunyai akses terhadap medikasi selama fase kedaruratan akut;
- d) melatih dan mensupervisi pekerja komunitas (misalnya pekerja bantuan, konselor) untuk membantu Yankes Primer yang beban kerjanya berat. Pekerja komunitas dapat terdiri dari relawan, para professional atau professional, tergantung keadaan. Pekerja komunitas perlu dilatih dan disupervisi dengan baik dalam berbagai ketrampilan inti :
 - (1) penilaian persepsi individual, keluarga dan kelompok tentang masalah yang dihadapi, pertolongan pertama psikologik, menyediakan dukungan emosional, konseling perkabungan (grief counseling)
 - (2) manajemen stress "konseling pemecahan masalah"
 - (3) memobilisasi sumber daya keluarga dan masyarakat serta rujukan
- e) bekerja sama dengan penyembuh tradisional (traditional healers) jika mungkin. dalam beberapa keadaan dimungkinkan kerja sama antara praktisi tradisional dan kedokteran;
- f) memfasilitasi terbentuknya kelompok dukungan tolong diri yang berbasis komunitas. Fokus dari kelompok tolong diri ini biasanya berbagi pengalaman dan masalah, curah pendapat untuk solusi atau cara yang lebih efektif untuk coping (termasuk cara-cara tradisional), menimbulkan dukungan emosional timbal balik dan kadang kala menimbulkan inisiatif di tingkat masyarakat.

Intervensi diatas dianjurkan untuk diterapkan bersamaan dengan prioritas pembangunan mental yang berjalan yaitu :

- a) bekerja kearah pembangunan atau penguatan rencana strategis ke arah yang mungkin dilakukan bagi program kesehatan mental nasional. Tujuan jangka panjang adalah mengurangi institusi psikiatri yang ada (asylum), memperkuat pelayanan psikiatrik di puskesmas dan rumah sakit umum dan memperkuat perawatan komunitas dan keluarga bagi orang dengan gangguan mental yang kronik dan parah;
- b) bekerja kearah legislasi dan kebijakan kesehatan mental nasional yang relevan dan patut. Tujuan jangka panjang adalah terbentuknya system kesehatan masyarakat yang fungsional dengan kesehatan mental sebagai elemen inti;
- c) intervensi masalah psikososial dini dilakukan bersama dengan tim lain yang terkait dimulai setelah 48 jam kejadian bencana;
- d) intervensi kesehatan jiwa :
 - (1) menangani keluhan psikiatrik yang mendesak (misalnya keadaan yang membahayakan diri sendiri atau orang lain, psikosis, depresi berat, mania, epilepsi) di pos kesehatan;
 - (2) melaksanakan prinsip 'pertolongan pertama pada kelainan psikologik akut' yaitu, mendengarkan, menyatakan keprihatinan, menilai kebutuhan, tidak memaksa berbicara, menyediakan atau mengerahkan pendamping dari keluarga atau orang yang dekat, melindungi dari cedera lebih lanjut;
 - (3) tidak dianjurkan untuk memaksa orang untuk berbagi pengalaman pribadi melebihi yang akan dilakukan secara alami.

- c. Fase rekonsolidasi.
- 1) Melanjutkan intervensi sosial yang relevan
 - 2) Mengorganisasi kegiatan psikoedukasi yang menjangkau ke masyarakat untuk memberi pendidikan tentang ketersediaan pilihan pelayanan kesehatan jiwa. Dilakukan tidak lebih awal dari empat minggu setelah fase akut, beri penjelasan dengan hati-hati tentang perbedaan psikopatologi dan distres psikologik normal, dengan menghindari sugesti adanya psikopatologi yang luas dan menghindari istilah atau idiom yang membawa stigma.
 - 3) Mendorong dilakukannya cara coping mechanism yang positif yang sudah ada sebelumnya. Informasi itu harus menekankan harapan terjadinya pemulihan alamiah.
 - 4) Melatih petugas kemanusiaan lain dan pemuka masyarakat (misalnya kepala desa, guru dll.) dalam ketrampilan inti perawatan psikologik (seperti 'pertolongan pertama psikologik', dukungan emosional, menyediakan informasi, penenteraman yang simpatik, pengenalan masalah kesehatan mental utama) untuk meningkatkan pemahaman dan dukungan masyarakat dan untuk merujuk orang ke puskesmas jika diperlukan.
 - 5) Melatih dan mensupervisi petugas pelayanan kesehatan dasar dalam pengetahuan dan ketrampilan dasar kesehatan jiwa (misalnya pemberian medikasi psikotropik yang tepat, "pertolongan pertama psikologi", konseling suportif, bekerja bersama keluarga, mencegah bunuh diri, penatalaksanaan keluhan somatik yang tak dapat dijelaskan, masalah penggunaan zat dan rujukan).
 - 6) Menjamin kesinambungan medikasi pasien psikiatrik yang mungkin tidak mempunyai akses terhadap medikasi selama fase kedaruratan akut.
 - 7) Melatih dan mensupervisi petugas masyarakat (misalnya petugas bantuan, konselor) untuk membantu petugas Pelayanan kesehatan dasar yang beban kerjanya berat. Petugas masyarakat dapat terdiri dari relawan, paraprofesional, atau profesional, tergantung keadaan.

- 8) Petugas masyarakat perlu dilatih dan disupervisi dengan baik dalam berbagai ketrampilan inti: penilaian persepsi individual, keluarga dan kelompok tentang masalah yang dihadapi, pertolongan pertama psikologik, menyediakan dukungan emosional, konseling perkabungan (grief counseling), manajemen stres, 'konseling pemecahan masalah', memobilisasi sumber daya keluarga dan masyarakat serta rujukan.
- 9) Bekerja sama dengan penyembuh tradisional (traditional healers) jika mungkin. Dalam beberapa keadaan, dimungkinkan kerja sama antara praktisi tradisional dan kedokteran.

Berikut langkah-langkah intervensi psikososial terhadap mereka yang terkena bencana :

- a) selama fase emergensi (3 minggu pertama)
- b) menyediakan informasi yang sederhana dan mudah diakses pada daerah yang banyak jenazah
- c) tidak mengecilkan arti dari upacara pengurusan jenazah
- d) menyediakan pencarian keluarga untuk yang tinggal sendiri, orang lanjut usia dan kelompok rentan lainnya
- e) menganjurkan mereka membentuk kelompok-kelompok seperti, keagamaan, ritual dan sosio keagamaan lainnya
- f) menganjurkan anggota tim lapangan untuk secara aktif berpartisipasi selama masa duka cita
- g) menganjurkan kegiatan bermain untuk anak
- h) memberikan informasi tentang reaksi psikologi normal yang terjadi setelah bencana. Yakinkan mereka bahwa ini adalah NORMAL, SEMENTARA, dan DAPAT HILANG DENGAN SENDIRINYA, dan SEMUA AKAN MERASAKAN HAL YANG SAMA
- i) tokoh agama, guru dan tokoh sosial lainnya harus terlibat secara aktif
- j) menganjurkan mereka untuk bekerja bersama-sama menjaga apa yang mereka butuhkan
- k) libatkan korban yang sehat dalam pekerjaan bantuan

- l) motivasi tokoh masyarakat and tokoh kunci lainnya untuk mengajak mereka dalam diskusi kelompok dan berbagi tentang perasaan mereka
- m) jamin distribusi bantuan secara tepat
- n) sediakan layanan "cara penyembuhan" yang dengan orang dan memperlihatkan sikap peduli terhadap setiap orang (misalnya, kelemahan atau minoritas) dari masyarakat

Reaksi psikologis yang timbul pada masyarakat yang tertimpa bencana, antara lain:

- a) reaksi segera (dalam 24 jam);
 - (1) tegang, cemas dan panik;
 - (2) kaget, linglung, syok, tidak percaya;
 - (3) gelisah, bingung;
 - (4) agitasi, menangis, menarik diri;
 - (5) rasa bersalah pada korban yang selamat.

Reaksi ini tampak hampir pada setiap orang di daerah bencana dan ini dipertimbangkan sebagai reaksi alamiah pada situasi abnormal, **TIDAK** membutuhkan intervensi psikologis khusus.

- b) reaksi terjadi dalam hari sampai minggu setelah bencana;
 - (1) ketakutan, waspada, siaga berlebihan;
 - (2) mudah tersinggung, marah, tidak bisa tidur;
 - (3) khawatir, sangat sedih;
 - (4) Flashbacks berulang (ingatan terhadap peristiwa yang selalu datang berulang dalam pikiran);
 - (5) Menangis, rasa bersalah;
 - (6) Kesedihan;
 - (7) Reaksi positif termasuk pikiran terhadap masa depan;
 - (8) Menerima bencana sebagai suatu Takdir.

Semua itu adalah reaksi alamiah Dan **HANYA** membutuhkan intervensi psikososial.

- c) terjadi kira-kira 3 minggu setelah bencana;

Reaksi yang sebelumnya ada dapat menetap dengan

gejala seperti:

- (1) gelisah;
- (2) perasaan panik;
- (3) kesedihan yang mendalam dan berlanjut, pikiran pesimistik yang tidak realistis;
- (4) tidak melakukan aktivitas keluar, isolasi, perilaku menarik diri;
- (5) ansietas atau kecemasan dengan manifestasi gejala fisik seperti palpitasi, pusing, mual, lelah, sakit kepala.

Reaksi ini **TIDAK PERLU** diperhitungkan sebagai gangguan jiwa. Gejala ini dapat diatasi oleh tokoh masyarakat yang telah dilatih agar mampu memberikan intervensi psikologik dasar.

Respons dari orang-orang yang terkena bencana dibagi atas 3 kategori utama:

- (1) respon psikologis normal, tidak membutuhkan intervensi khusus;
- (2) respon psikologis disebabkan distress atau disfungsi sesaat, membutuhkan bantuan pertama psikososial (psychological first aid);
- (3) distress atau disfungsi berat yang membutuhkan bantuan profesi kesehatan jiwa.

Coping skills yang SEHAT, antara lain:

- (1) kemampuan untuk menghadapi sendiri masalah dengan cepat;
- (2) tepat dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan;
- (3) tepat menggunakan bantuan;
- (4) tepat mengekspresikan emosi yang menyakitkan;
- (5) toleransi terhadap ketidakjelasan tanpa memilih perilaku agresif.

BAB IV

PENATALAKSANAAN KORBAN MATI

Penatalaksanaan korban mati mengacu pada Surat Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Kapolri No. 1087/Menkes/SKB/IX/2004 dan No. Pol Kep/40/IX/2004 Pedoman Pelaksanaan Identifikasi Korban Mati pada Bencana Massal.

1. Proses Disaster Victim Identification

Penanggung jawab DVI adalah Kepolisian yang dalam pelaksanaan operasinya dapat bekerjasama dengan berbagai pihak lintas institusi, sektoral dan fungsi. Ketua tim dan koordinator fase berasal pihak kepolisian. Pada kasus yang lebih mementingkan aspek penyidikan, kecepatan dan *hot issues* seperti pada *man made disaster*, ketua tim DVI lebih mengedepankan timnya sesuai dengan keahlian dan pengalaman, sedangkan pada kasus yang lebih mengedepankan aspek kemanusiaan pada *natural disaster* maka ketua DVI dapat melibatkan beberapa tim dari berbagai institusi.

Prinsip dalam bekerja bagi tim DVI adalah *team work* sesuai dengan keahlian/kompetensi dan pengalaman. Masing-masing tim yang bekerja dalam masing-masing fase mempunyai tanggung jawab, keahlian dan pengalaman yang berbeda yang menjadi pertimbangan bagi seorang ketua tim DVI. Misalnya tim DVI fase I diperuntukkan bagi tim yang telah terlatih dan mempunyai pengalaman di TKP dibandingkan dengan seorang dokter forensik/dokter gigi forensik yang lebih berkompeten di DVI fase 2 untuk memeriksa jenazah. Proses DVI terdiri dari 5 fase.

1.1. Fase 1 : fase TKP

Dilaksanakan oleh tim DVI unit TKP dengan aturan umum sebagai berikut: _

- a. tidak diperkenankan seorang pun korban meninggal yang dapat dipindahkan dari lokasi, sebelum dilakukan olah TKP aspek DVI;
- b. pada kesempatan pertama label anti air dan anti robek harus diikat pada setiap tubuh korban atau korban yang tidak dikenal untuk mencegah kemungkinan tercampur atau hilang;
- c. semua perlengkapan pribadi yang melekat di tubuh korban tidak

- boleh dipisahkan;
- d. untuk barang-barang kepemilikan lainnya yang tidak melekat pada tubuh korban yang ditemukan di TKP, dikumpulkan dan dicatat;
 - e. identifikasi tidak dilakukan di TKP, namun ada proses kelanjutan yakni masuk dalam fase kedua dan seterusnya.

Rincian yang harus dilakukan pada saat di TKP adalah sebagai berikut:

1. membuat sektor-sektor atau zona pada TKP;
2. memberikan tanda pada setiap sektor;
3. memberikan label orange (human remains label) pada jenazah dan potongan jenazah, label diikatkan pada bagian tubuh / ibu jari kiri jenazah;
4. memberikan label hijau (property label) pada barang-barang pemilik yang tercecer.
5. membuat sketsa dan foto setiap sektor;
6. foto mayat dari jarak jauh, sedang dan dekat beserta label jenasanya;
7. isi dan lengkapi pada formulir Interpol DVI PM halaman B dengan keterangan sebagai berikut :
 - a. pada setiap jenazah yang ditemukan, maka tentukan perkiraan umur, tanggal dan tempat tubuh ditemukan, akan lebih baik apabila di foto pada lokasi dengan referensi koordinat dan sektor TKP;
 - b. selanjutnya tentukan apakah jenazah lengkap/tidak lengkap, dapat dikenali atau tidak, atau hanya bagian tubuh saja yang ditemukan;
 - c. diskripsikan keadaannya apakah rusak, terbelah, dekomposisi/membusuk, menulang, hilang atau terlepas;
 - d. keterangan informasi lainnya sesuai dengan isi dari formulir Interpol DVI PM halaman B.
8. masukkan jenazah dalam kantong jenazah dan atau potongan jenazah di dalam karung plastik dan diberi label sesuai jenazah;
9. formulir Interpol DVI PM turut dimasukkan ke dalam kantong jenazah dengan sebelumnya masukkan plastik agar terlindung dari basah dan robek;
10. masukkan barang-barang yang terlepas dari tubuh korban ke dalam kantong plastik dan diberi label sesuai nomor properti;
11. evakuasi jenazah dan barang kepemilikan ke tempat pemeriksaan dan penyimpanan jenazah kemudian dibuatkan berita acara penyerahan kolektif.

1.2. Fase 2: fase post mortem

Kegiatan pada fase 2 sebagai berikut:

- a. menerima jenazah/potongan jenazah dan barang bukti dari unit TKP;
- b. mengelompokkan kiriman tersebut berdasarkan jenazah utuh, tidak utuh, potongan jenazah dan barang-barang;
- c. membuat foto jenazah;
- d. mengambil sidik jari korban dan golongan darah;
- e. melakukan pemeriksaan korban sesuai formulir interpol DVI PM yang tersedia;
- f. melakukan pemeriksaan terhadap property yang melekat pada mayat;
- g. melakukan pemeriksaan gigi-geligi korban;
- h. membuat rontgen foto jika perlu;
- i. mengambil sampel DNA;
- j. menyimpan jenazah yang sudah diperiksa;
- k. melakukan pemeriksaan barang-barang kepemilikan yang tidak melekat di mayat yang ditemukan di TKP;
- l. mengirimkan data-data yang telah diperoleh ke unit pembanding data.

Data-data post mortem diperoleh dari tubuh jenazah berdasarkan pemeriksaan dari berbagai keahlian antara lain dokter ahli forensik, dokter umum, dokter gigi forensik, sidik jari, fotografi, DNA dan ahli antropologi forensik.

Urutan pemeriksaan pada jenazah adalah sebagai berikut :

1. mayat diletakkan pada meja otopsi atau meja lain;
2. dicatat nomor jenazah;
3. foto keseluruhan sesuai apa adanya;
4. ambil sidik jari (bila dimungkinkan keadaannya);
5. diskripsi pakaian satu persatu mulai dari luar, kemudian dilepas dan dikumpulkan serta diberi nomor sesuai nomor jenazah (bila diperlukan untuk mengambil foto jika dianggap penting dan khusus);
6. barang milik pribadi dan perhiasan difoto dan didiskripsi kemudian dikumpulkan dan diberi nomor sesuai nomor jenazah;

7. periksa secara teliti mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki yang meliputi :
 - a. identifikasi Umum (Jenis Kelamin-Umur-BB-TB, dll);
 - b. identifikasi Khusus (Tato, jaringan parut, cacat, dll).
8. lakukan bedah jenazah dan diskripsikan temuan, prinsipnya mencari kelainan yang khas, penyakit/patologis, bekas patah tulang, bekas operasi dan lain-lain;
9. ambil sampel untuk pemeriksaan serologi, DNA atau lain-lain;
10. foto akhir keseluruhan sesuai kondisi korban;
11. buat kesimpulan berdasarkan pemeriksaan patologi forensik.

Urutan pemeriksaan gigi-geligi :

1. pemeriksaan dilakukan oleh dokter gigi atau dokter gigi forensik;
2. jenazah diletakkan pada meja atau brankar;
3. untuk memudahkan pemeriksaan jenazah, jenazah diberi bantalan kayu pada punggung atas/bahu sehingga kepala jenazah menengadahkan ke atas;
4. pemeriksaan dilakukan mulai dari bibir, pipi, dan bagian-bagian lain yang dianggap perlu;
5. guna memperoleh hasil pemeriksaan yang maksimal, maka rahang bawah harus dilepaskan dan jaringan kulit atau otot pada rahang atas dikupas ke atas agar gigi tampak jelas kemudian dibersihkan. Hal ini untuk mempermudah melakukan pemeriksaan secara teliti baik pada rahang atas maupun bawah;
6. apabila rahang atas dan bawah tidak dipisahkan dan rahang kaku, maka dapat diatasi dengan membuka paksa menggunakan tangan dan apabila tidak bisa dapat menggunakan 'T Chissel' yang dimasukkan pada region gigi molar atas dan bawah kiri atau kanan atau dapat dilakukan pemotongan Musculus Masetter dari dalam sepanjang tepi mandibula sesudah itu condylus dilepaskan dari sendi;
7. catat kelainan-kelainan sesuai formulir yang ada;
8. lakukan roentgen gigi;
9. bila perlu roentgen tengkorak jenazah;
10. selanjutnya bila perlu dibuat cetakan gigi jenazah untuk analisa lebih lanjut.

1.3. Fase 3: Fase Ante Mortem

Kegiatan :

- a. menerima keluarga korban;
- b. mengumpulkan data-data korban semasa hidup seperti foto dan lain-lainnya yang dikumpulkan dari keluarga terdekat yang kehilangan anggota keluarganya dalam bencana tersebut;
- c. mengumpulkan data-data korban dari instansi tempat korban bekerja, RS/Puskesmas/Klinik, dokter pribadi, dokter yang merawat, dokter-dokter gigi pribadi, polisi (sidik jari), catatan sipil, dll;
- d. data-data Ante Mortem gigi-geligi;
 - 1) data-data Ante Mortem gigi-geligi adalah keterangan tertulis atau gambaran dalam kartu perawatan gigi atau keterangan dari keluarga atau orang yang terdekat;
 - 2) sumber data-data Ante Mortem tentang kesehatan gigi diperoleh dari :
 - a) klinik gigi RS Pemerintah, TNI/Polri dan Swasta;
 - b) lembaga-lembaga pendidikan Pemerintah/TNI/Polri/Swasta;
 - c) praktek pribadi dokter gigi.
- e. mengambil sampel DNA pembanding;
- f. apabila diantara korban ada warga Negara asing maka Data-data Ante Mortem dapat diperoleh melalui perantara Set NCB Interpol Indonesia dan perwakilan Negara asing (kedutaan/konsulat);
- g. memasukkan data-data yang ada dalam formulir Interpol DVI AM;
- h. mengirimkan data-data yang telah diperoleh ke Unit Pembanding Data.

1.4. Fase 4: Fase Rekonsiliasi

Kegiatan :

- a) mengkoordinasikan rapat-rapat penentuan identitas korban mati antara Unit TKP, Unit Post Mortem dan Unit Ante Mortem;
- b) mengumpulkan data-data korban yang dikenal untuk dikirim ke Rapat Rekonsiliasi;
- c) mengumpulkan data-data tambahan dari Unit TKP, Unit Post Mortem dan Unit Ante Mortem untuk korban yang belum dikenal;

- d) membandingkan data Ante Mortem dan Post Mortem;
- e) *check and Recheck* hasil Unit Pembanding Data;
- f) mengumpulkan hasil identifikasi korban;
- g) membuat sertifikat identifikasi, surat keterangan kematian untuk korban yang dikenal dan surat-surat lainnya yang diperlukan;
- h) publikasi yang benar dan terarah oleh Unit Rekonsiliasi sangat membantu masyarakat untuk mendapatkan informasi yang terbaru dan akurat.

1.5. Fase 5: Fase Debriefing

Kegiatan:

- 1) melakukan analisa dan evaluasi terhadap keseluruhan proses identifikasi dari awal hingga akhir;
- 2) mencari hal yang kurang yang menjadi kendala dalam operasi DVI untuk diperbaiki pada masa mendatang sehingga penanganan DVI selanjutnya dapat menjadi lebih baik;
- 3) mencari hal yang positif selama dalam proses identifikasi untuk tetap dipertahankan dan ditingkatkan pada operasi DVI mendatang.

2. Metode dan tehnik identifikasi

Dahulu dikenal 2 metode pokok identifikasi yaitu :

- a. metode Sederhana
 - 1) visual;
 - 2) kepemilikan (perhiasan dan pakaian);
 - 3) dokumentasi.
- b. metode Ilmiah
 - 1) sidik jari;
 - 2) serologi;
 - 3) odontologi;
 - 4) antropologi ;
 - 5) biologi molekuler.

Saat ini berdasarkan standar Interpol untuk proses identifikasi pada DVI telah ditentukan metode identifikasi yang dipakai yaitu :

- a. metode identifikasi primer:

- 1) sidik jari;
 - 2) gigi geligi;
 - 3) DNA.
- b. metode identifikasi sekunder:
- 1) medik;
 - 2) properti.

Metode visual tidak dipakai di dalam metode identifikasi untuk DVI saat ini karena metode ini tidak dapat diterapkan bila mayat telah busuk, terbakar, mutilasi serta tidak dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah oleh karena melibatkan faktor psikologi keluarga yang melakukannya (sedang berduka, stress, sedih dll).

Gigi merupakan suatu sarana identifikasi yang dapat dipercaya, khususnya bila rekam dan foto gigi pada waktu masih hidup yang pernah dibuat masih tersimpan dengan baik. Pemeriksaan gigi ini menjadi amat penting apabila mayat sudah dalam keadaan membusuk atau rusak, seperti halnya kebakaran. Adapun dalam melaksanakan identifikasi manusia melalui gigi, kita dapatkan 2 kemungkinan:

- a. memperoleh informasi melalui data gigi dan mulut untuk membatasi atau menyempitkan identifikasi;

Informasi ini dapat diperoleh antara lain mengenai umur, jenis kelamin, ras, golongan darah, bentuk wajah dan salah satu sampel DNA. Dengan adanya informasi mengenai perkiraan batas-batas umur korban misalnya, maka pencarian dapat dibatasi pada data-data orang hilang yang berada di sekitar umur korban. Dengan demikian penyidikan akan menjadi lebih terarah.
- b. mencari ciri-ciri yang merupakan tanda khusus pada korban tersebut;

Disini dicatat ciri-ciri yang diharapkan dapat menentukan identifikasi secara lebih akurat dari pada sekedar mencari informasi tentang umur atau jenis kelamin. Ciri-ciri demikian antara lain : misalnya adanya gigi yang dibungkus logam, gigi yang *ompong* atau patah, lubang pada bagian depan biasanya dapat lebih mudah dikenali oleh kenalan atau teman dekat atau keluarga korban. Disamping ciri-ciri di atas, juga dapat dilakukan pencocokan antara tengkorak korban dengan foto korban semasa hidupnya. Tehnik yang digunakan dikenal sebagai *Superimposed Technique* yaitu untuk membandingkan antara tengkorak korban dengan foto semasa hidupnya.

3. Prinsip Identifikasi

Prinsip dari proses identifikasi adalah mudah yaitu dengan membandingkan data-data korban (data Post Mortem) dengan data dari keluarga (data Ante Mortem), semakin banyak kecocokan akan semakin baik. Data gigi, sidik jari, atau DNA secara tersendiri sudah dapat digunakan sebagai faktor determinan primer, sedangkan data medis, property harus dikombinasikan untuk dianggap sebagai ciri identitas yang pasti.

Identifikasi terhadap mayat dapat dikatakan positif apabila minimal satu dari metode identifikasi primer adalah cocok atau jika tidak ada yang cocok dari metode identifikasi primer, maka seluruh metode identifikasi sekunder harus cocok. Penentuan identifikasi ini dilakukan di dalam rapat rekonsiliasi.

Adalah sangat penting untuk tetap memperhatikan file record dan segala informasi yang telah dibuat untuk dikelompokkan dan disimpan dengan baik.

Dokumentasi berkas yang baik juga berkepentingan agar pihak lain (Interpol misalnya) dapat melihat, *me-review* kasusnya, sehingga menunjukkan bahwa proses identifikasi ini dikerjakan sesuai prosedur dan berdasarkan prinsip ilmiah.

4. Setelah korban teridentifikasi

Setelah korban teridentifikasi sedapat mungkin dilakukan perawatan jenazah yang meliputi antara lain:

- perbaikan atau rekonstruksi tubuh jenazah;
- pengawetan jenazah (bila memungkinkan);
- perawatan sesuai agama korban;
- memasukkan dalam peti jenazah.

Kemudian jenazah diserahkan kepada keluarganya oleh petugas khusus dari Tim Unit Rekonsiliasi berikut surat-surat yang diperlukan pencatatan yang penting pada proses serah terima jenazah antara lain:

- tanggal (hari, bulan, tahun) dan jamnya;
- nomor registrasi jenazah;
- diserahkan kepada siapa, alamat lengkap penerima, hubungan keluarga dengan korban;
- dibawa kemana atau akan dimakamkan di mana.

Perawatan jenazah setelah teridentifikasi dapat dilaksanakan oleh unsur Pemerintah Daerah dalam hal ini Dinas Sosial dan Dinas Pemakaman dengan dibantu seorang dokter spesialis forensik dalam teknis pelaksanaannya.

5. Jika korban tak teridentifikasi

Salah satu keterbatasan yang akan timbul di lapangan adalah adanya kemungkinan korban yang tak teridentifikasi. Hal ini mungkin saja disebabkan seringkali begitu banyaknya laporan korban atau orang hilang sedangkan yang diperiksa tidak sama jumlahnya seperti yang dilaporkan. Atau pada kecelakaan pesawat misalnya, pada *passenger list* terdapat sejumlah penumpang termasuk *crew* pesawat, namun setelah terjadi bencana dan pada waktu korban ditemukan untuk diperiksa ternyata kurang dari jumlahnya dari daftar penumpang pesawat tersebut.

Dalam proses identifikasi pada kenyataannya tidaklah selalu mudah walaupun data ante mortemnya lengkap. Hal ini dapat disebabkan karena beberapa faktor antara lain:

- a. keadaan jenazah yang ditemukan dalam kondisi:
 - 1) mayat membusuk lanjut, tergantung derajat pembusukannya dan kerusakan jaringannya, atau mayat termutilasi berat dan kerusakan jaringan lunak yang banyak maka metode identifikasi yang digunakan sidik jari bila masih mungkin atau dengan ciri anatomis dan medis tertentu, serologi, DNA atau odontologi;
 - 2) mayat yang telah menjadi kerangka, identifikasi menjadi terbatas untuk sedikit metode saja yaitu: serologis, ciri anatomis tertentu dan odontologi.
- b. tidak adanya data antemortem, tidak adanya data orang hilang atau sistem pendataan yang lemah;
- c. jumlah korban yang banyak, baik pada populasi yang terbatas ataupun pada populasi yang tak terbatas.

Menjadi suatu masalah, jika ahli waris keluarga korban meminta surat kematian untuk kepentingan administrasinya seperti akta kematian, pengurusan warisan, asuransi dan sebagainya, sedangkan Tim DVI tidak mempunyai data post mortemnya oleh karena memang tidak dilakukan pemeriksaan atau tidak ditemukan jasad atau bagian tubuhnya.

Lalu sampai berapa lama orang yang hilang dalam suatu bencana jika tidak ditemukan atau tidak diperiksa bisa dikatakan meninggal dan dikeluarkan surat kematiannya? Salah satu solusi adalah dilakukannya kesepakatan bersama antara beberapa ahli hukum dengan Tim DVI untuk berdiskusi dari situasi dan kondisi bencana, alasan tidak ditemukannya dan sebagainya. Selanjutnya hasil keputusan tersebut diajukan ke pengadilan dan menghasilkan suatu ketetapan, yang berdasarkan keputusan pengadilan inilah kemudian dipakai sebagai acuan untuk menentukan orang tadi dinyatakan sudah meninggal serta dikeluarkannya surat kematian.

Apabila dalam proses tersebut ada yang tidak teridentifikasi, maka Tim DVI Melakukan koordinasi dengan pihak terkait untuk melakukan penguburan massal dengan beberapa ketentuan antara lain mayat harus diambil sampel DNA nya terlebih dahulu dan dikuburkan dengan dituliskan nomor label mayat pada bagian nisannya.

6. Beberapa hal penting berkaitan dengan tata laksana

- a. Legalitas dan pengaturan pada :
 - 1) organisasi dan prosedur DVI;
 - 2) pendataan antemortem, yaitu sidik jari dan odontologi.
- b. Networking yang dapat terdiri dari kerjasama, koordinasi, pelatihan, pembagian informasi dan lain-lain;
- c. Sarana dan fasilitas seperti lemari pendingin atau tempat agar mayat tidak cepat membusuk (*cold storage*), fasilitas tempat pemeriksaan jenazah, kantung jenazah, insektisida, peralatan otopsi dan alat pendukung lainnya;
- d. Sebagai catatan kamar mayat rumah sakit, untuk korban mati dalam jumlah yang banyak, melebihi kapasitas tampung jenazah di rumah sakit tersebut, maka dapat dipilih:
 - menggunakan fasilitas kamar jenazah yang dimiliki oleh rumah sakit sekitar;
 - mendatangkan kontainer dengan fasilitas pendingin;
 - untuk korban mati dengan dugaan tidak wajar/*man made disaster* (seperti kasus-kasus teroris, kerusuhan massal, dll), pemindahan jenazah dalam pengawasan petugas keamanan.

BAB V MONITORING DAN EVALUASI

Manajemen penanggulangan krisis kesehatan berhubungan dengan keselamatan korban perorangan, sekelompok orang, atau masyarakat. Maksud dan tujuan dilakukan monitoring dan evaluasi (monev) adalah untuk melakukan pemantauan secara rutin atau berkala upaya-upaya program yang dilakukan untuk menilai atau mengukur keberhasilan kegiatan yang dilaksanakan

Kegiatan monitoring dan evaluasi saat bencana dilakukan dengan menyelaraskan kebijakan teknis bidang kesehatan dengan upaya-upaya dan permasalahan yang terkait dengan penanganan tanggap darurat dan pemulihan. Hal-hal yang dimonitor dan dievaluasi antara lain sebagai berikut:

No	Kebijakan	Aspek yang dimonitor dan dievaluasi
1.	Setiap korban mendapatkan pelayanan kesehatan sesegera mungkin secara maksimal dan manusiawi untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan	a. pelayanan pra rumah sakit <ol style="list-style-type: none"> 1) pos kesehatan (poskes) statis dan bergerak; 2) jumlah dan jenis tenaga TRC dan relawan kesehatan di poskes; 3) triase lapangan; 4) distribusi obat dan perbekalan kesehatan di poskes; 5) ketersediaan alat dan jejaring komunikasi; 6) kegiatan surveilans. b. pelayanan rumah sakit <ol style="list-style-type: none"> 1) jumlah dan kompetensi tenaga kesehatan; 2) jumlah dan jenis obat spesialistik dan ketersediaan alat kesehatan; 3) kemampuan menampung korban massal; 4) kegiatan surveilans. c. pelayanan rujukan <ol style="list-style-type: none"> 1) sistem rujukan antar rumah sakit; 2) ketersediaan alat dan jejaring komunikasi; 3) jumlah ambulans.

No	Kebijakan	Aspek yang dimonitor dan dievaluasi
2.	Pelayanan kesehatan lingkungan, gizi, kesehatan jiwa, kesehatan ibu dan anak maupun kesehatan reproduksi dilakukan secara terpadu	<ul style="list-style-type: none"> a. koordinasi lintas program dan pertemuan kluster kesehatan; b. pencegahan penyakit dan penyehatan lingkungan: <ul style="list-style-type: none"> 1) jumlah dan jenis tenaga surveilans; 2) pengendalian vektor; 3) pengendalian penyakit potensial KLB; 4) jumlah dan kompetensi tenaga kesling; 5) jumlah dan jenis bahan dan alat kesling. c. pelayanan gizi: <ul style="list-style-type: none"> 1) jumlah dan jenis tenaga gizi; 2) pelayanan gizi darurat; 3) ketersediaan MP ASI; 4) pemantauan dan pengendalian bantuan susu formula, dll d. kesehatan jiwa: <ul style="list-style-type: none"> 1) jumlah dan jenis tenaga kesehatan jiwa; 2) pelayanan kesehatan jiwa; 3) pelayanan rujukan, dll. e. kesehatan ibu dan anak <ul style="list-style-type: none"> 1) jumlah tenaga pendamping ASI; 2) kampanye ASI, dll. f. kesehatan reproduksi <ul style="list-style-type: none"> 1) ketersediaan Paket Pelayanan Awal Minimum kesehatan reproduksi; 2) ketersediaan alat kontrasepsi; 3) pengawasan terhadap penderita HIV/AIDS, dll.
3.	Identifikasi korban meninggal akibat bencana dilakukan semaksimal mungkin dan oleh petugas yang berwenang	<ul style="list-style-type: none"> a. tenaga DVI dan forensik b. kesiapan fasilitas kesehatan dalam pengelolaan jenazah c. ketersediaan kantong jenazah, dll

No	Kebijakan	Aspek yang dimonitor dan dievaluasi
4.	Pelayanan kesehatan sehari-hari di fasilitas kesehatan harus tetap terlaksana secara optimal	<ul style="list-style-type: none"> a. jumlah dan jenis tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan; b. pelayanan kesehatan bagi pasien yang membutuhkan pengobatan berkala seperti TB, HIV/AIDS, Kusta dll; c. pelayanan kesehatan dasar; d. ketersediaan obat dan alat kesehatan.
5.	Pelaksanaan penanganan krisis kesehatan dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi dan Pusat dan dapat dibantu oleh masyarakat nasional dan internasional serta lembaga donor.	<ul style="list-style-type: none"> a. pembentukan pusat pengendali operasional kesehatan di dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota; b. ketersediaan dana operasional tanggap darurat di daerah; c. mobilisasi bantuan tenaga maupun logistik secara berjenjang; d. pertemuan berkala koordinasi lintas program dan kluster kesehatan;
6.	Bantuan kesehatan dari dalam maupun luar negeri mengikuti ketentuan yang berlaku yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan dan Kementerian atau lembaga terkait.	<ul style="list-style-type: none"> a. pencatatan bantuan kesehatan baik dari dalam maupun luar negeri; b. verifikasi bantuan kesehatan; c. pendistribusian bantuan kesehatan; d. pemetaan distribusi bantuan kesehatan.

No	Kebijakan	Aspek yang dimonitor dan dievaluasi
7.	Penyediaan informasi yang berkaitan dengan penanggulangan kesehatan pada bencana dilaksanakan oleh dinas kesehatan setempat selaku anggota BPBD/ Satkorlak/Satlak.	<ol style="list-style-type: none">a. pembentukan pos informasib. sistem informasi sesuai dengan Kepmenkes No. 064 tahun 2007c. disseminasi informasi ke instansi/lembaga terkait

DAFTAR PUSTAKA

- BNPB. (2007) Pengenalan Karakteristik Bencana dan Upaya Mitigasinya. Edisi 2. Jakarta.
- Carter, W.N. (1991) Disaster Management: A disaster manager's handbook. Manila, Asian Development Bank.
- Dirjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak (2003) Pedoman Kesehatan Reproduksi bagi Pengungsi. Direktorat Bina Kesehatan Ibu. Jakarta, Kementerian Kesehatan RI
- Dirjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak (2008) Pedoman Praktis Kesehatan Reproduksi pada Penanggulangan Bencana. Direktorat Bina Kesehatan Ibu. Jakarta, Kementerian Kesehatan RI
- Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan (2011) Pedoman Pengelolaan Obat dan Perbekalan Kesehatan Pada Penanggulangan Bencana. Jakarta, Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI
- Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat (2003) Buku Pedoman Kesehatan Jiwa: Pegangan bagi kader kesehatan. Jakarta, Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat, Depkes RI.
- Dirjen Bina Pelayanan Medik (2005) Materi Teknis Medis Khusus. Seri PPGD: Penanggulangan Penderita Gawat Darurat/General Emergency Life Support (GELS). Cetakan ke-2. Jakarta, Depkes RI.
- Dirjen Bina Pelayanan Medik (2005) Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT). Seri PPGD: Penanggulangan Penderita Gawat Darurat/ General Emergency Life Support (GELS). Cetakan ke-2. Jakarta, Depkes RI.

Depkes RI dan Kepolisian Negara RI (2006) Pedoman Penatalaksanaan Identifikasi Korban Mati pada Bencana Massal. Cetakan ke-2. Jakarta, Depkes 2006.

Idrus AP, Aryono DP, dan Guntur BH, ed. (2002) Penatalaksanaan Korban Bencana Massal. Jakarta, Depkes RI.

Keputusan Menkes RI No. 783/Menkes/SK/X/ 2006. Regionalisasi Pusat Bantuan Penanganan Krisis Kesehatan akibat Bencana. Jakarta, Depkes RI.

Keputusan Menkes RI No. 064/Menkes/SK/II/ 2006. Pedoman Sistem Informasi Penanggulangan Krisis akibat Bencana. Jakarta, Depkes RI.

Keputusan Menkes RI No. 876/Menkes/SK/XI/ 2006. Kebijakan dan Strategi Nasional Penanganan Krisis dan Masalah Kesehatan Lain. Jakarta, Depkes RI.

Keputusan Menkes RI No. 066/Menkes/SK/II/ 2006. Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana. Jakarta, Depkes RI.

Keputusan Menkes RI No. 1653/Menkes/SK/XII/ 2006. Pedoman Penanganan Bencana Bidang Kesehatan. Jakarta, Depkes RI.

Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana No. 4 Tahun 2008. Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulangan Bencana. Jakarta.

Pusat Penanggulangan Krisis (2006) Draft Reference Material for Participants PHEMAP 6 for the International Training of Health Emergency Management for Disaster. Jakarta, Depkes RI.

Team of Field Hospital (2006) Final Report MOH-PMI Field Hospital May 28th – July 04th 2006, Bantul Jogjakarta. Bogor, RS PMI Bogor.

The Sphere Project (2004) Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva, The Sphere Project.

UNHCR (2001) Buku Pegangan Kedaruratan. Edisi ke-2, Jakarta.

UNHCR and Its NGO Partners (1999) Protecting Refugees: A Field Guide for NGOs. Geneva, UNHCR.

WHO-WPR (2003) Emergency Response Manual: Guidelines for WHO Representatives and Country Offices in the Western Pacific Region. Provisional Version. World Health Organization.

Lampiran 1

Kebutuhan Tenaga Kesehatan sesuai Jenis Bencana

No	Jenis Bencana	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga	Jumlah
1	Gempa Bumi	Dokter Spesialis	Bedah Umum & Orthopedi	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
			Bedah Plastik	
			Obgyn	
			Anestesi	
			Anak	
			Penyakit Dalam	
			Jiwa	
			DVI	
			Forensik	
		Dental Forensik		
D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (emergency nursing) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK/ICU	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA		
Radiografer	Rontgen	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA		
2	Banjir Bandang/ Tanah Longsor	Dokter Spesialis	Bedah Umum & Orthopedi	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
			Bedah Plastik	
			Obsgyn	
			Anaestesi	
			Anak	
			Penyakit Dalam	
			Pulmonologi	
			Kesehatan Jiwa	

No	Jenis Bencana	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga	Jumlah
			DVI	
			Forensik	
			Dental Forensik	
		D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (emergency nursing) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK/ICU	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		Radiografer	Rontgent	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
3	Gunung Meletus	Dokter Spesialis	Bedah Umum	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
			Bedah Plastik	
			Anaestesi dan ahli intensive care	
			Anak	
			Penyakit Dalam	
			Mata	
			Kesehatan Jiwa	
			Forensik	
			Dental Forensik	
		D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (emergency nursing) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK/ICU	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
Radiografer	Rontgent	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA		

No	Jenis Bencana	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga	Jumlah
4	Tsunami	Dokter Spesialis	Bedah Umum & Orthopedi	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
			Bedah Plastik	
			Anaestesi	
			Anak	
			Penyakit Dalam	
			Pulmonologi	
			Kesehatan Jiwa	
			DVI	
			Forensik	
		Dental Forensik		
D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (emergency nursing) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK/ICU	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA		
Radiografer	Rontgent	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA		
5	Ledakan Bom/ Kecelakaan Industri	Dokter Spesialis	Bedah Umum & Orthopedi	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
			Bedah Plastik	
			Anaestesi	
			Penyakit Dalam	
			Kesehatan Jiwa	
			DVI	
			Forensik	
			Dental Forensik	

No	Jenis Bencana	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga	Jumlah
		D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (emergency nursing) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK/ICU	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA
		Radiografer	Rontgent	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA
		Sarjana Kimia/ Teknik Lingkungan	Ahli Kimia/ Toksikologi	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA
6	Kerusuhan Massal	Dokter Spesialis	Bedah Umum & Orthopedi	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA
			Anaestesi	
			Penyakit Dalam	
			Psikiater/Psikologi	
			DVI	
			Forensik	
			Dll tenaga	
		D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (emergency nursing) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK/ICU	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA
		Radiografer	Rontgent	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA

No	Jenis Bencana	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga	Jumlah
7	Kecelakaan Transportasi	Dokter Spesialis	Bedah Umum & Orthopedi	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
			Bedah Plastik	
			Anaestesi	
			Penyakit Dalam	
			DVI	
			Forensik	
		Dental Forensik		
D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (emergency nursing) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK/ICU	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA		
Radiografer	Rontgent	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA		
8	Kebakaran Hutan	Dokter Spesialis	Pulmonologi	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
			Penyakit Dalam	
		Radiografer	Rontgen	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA

Lampiran 2

Pengorganisasian Sistem Informasi Bencana

No	Tingkat	Pengorganisasian			
		Organisasi	Sarana dan Prasarana	Pembiayaan	Koordinasi
1.	Pusat	<ul style="list-style-type: none"> • Penanggung jawab: Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Departemen Kesehatan Pelaksana teknis : Unit Kerja yang ditunjuk oleh Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan secara tertulis melalui Keputusan Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan • Tenaga pelaksana teknis: minimal setingkat S-I yang memiliki kemampuan dalam pengelolaan data dan informasi 	Memanfaatkan sarana informasi dan komunikasi yang dimiliki Pusat Penanggulangan Krisis Departemen Kesehatan dan unit kerja terkait	Menggunakan anggaran operasional Pusat Penanggulangan Krisis Departemen Kesehatan yang ada dan atau menggunakan sumber dana lain	Penyelenggaraan sistem informasi bencana bekerjasama dengan lintas program dan lintas sektor termasuk LSM dan sektor swasta potensial

No	Tingkat	Pengorganisasian			
		Organisasi	Sarana dan Prasarana	Pembiayaan	Koordinasi
2.	Provinsi	<ul style="list-style-type: none"> • Penanggung jawab : Kepala Dinas Kesehatan Provinsi • Pelaksana teknis : Unit Kerja yang ditunjuk secara tertulis. • Tenaga pelaksana teknis : minimal setingkat S-I kemampuan dalam pengelolaan data dan informasi 	Memanfaatkan sarana informasi dan komunikasi yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan Provinsi atau institusi lain terkait	Menggunakan anggaran operasional Dinas Kesehatan Provinsi yang ada dan atau menggunakan anggaran penanggulangan bencana yang ada di Pemerintah Provinsi	Penyelenggaraan sistem informasi bencana bekerjasama dengan lintas sektor termasuk LSM dan sektor swasta potensial
3.	Kabupaten/ Kota	<ul style="list-style-type: none"> • Penanggung jawab : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota • Pelaksana teknis : Unit Kerja yang ditunjuk secara tertulis • Tenaga pelaksana teknis : minimal setingkat D-III yang memiliki kemampuan dalam pengelolaan data dan informasi 	Memanfaatkan sarana informasi dan komunikasi yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau institusi lain terkait	Menggunakan anggaran operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang ada dan atau menggunakan anggaran penanggulangan bencana yang ada di Pemerintah Kabupaten/Kota	Penyelenggaraan sistem informasi bencana bekerjasama dengan lintas sektor termasuk LSM dan sektor swasta potensial

No	Tingkat	Pengorganisasian			
		Organisasi	Sarana dan Prasarana	Pembiayaan	Koordinasi
4.	Puskesmas	<ul style="list-style-type: none"> • Penanggung jawab : Kepala Puskesmas • Pelaksana teknis : Staf Puskesmas yang ditunjuk oleh Kepala Puskesmas secara tertulis • Tenaga pelaksana teknis : minimal setingkat SMU yang memiliki kemampuan dalam pengelolaan data dan informasi 	Memanfaatkan sarana informasi dan komunikasi yang dimiliki oleh Puskesmas atau institusi lain di tingkat kecamatan	Menggunakan anggaran operasional Puskesmas yang ada dan atau menggunakan anggaran penanggulangan bencana yang ada di Pemerintah Kabupaten/Kota setempat	Penyelenggaraan sistem informasi bencana bekerjasama dengan lintas sektor termasuk LSM dan sektor swasta potensial

Lampiran 3

Form Pelaporan Awal Kejadian Bencana (FORM B-1)

A. JENIS BENCANA

.....

B. DESKRIPSI BENCANA.....
.....**C. LOKASI BENCANA**

1. Dusun :
2. Desa/Kelurahan :
3. Kecamatan :
4. Kabupaten/Kota :
5. Provinsi :
6. Letak Geografi :
 - a. Pegunungan
 - b. Pulau/Kepulauan
 - c. Pantai
 - d. Lain-lain (sebutkan) :

D. WAKTU KEJADIAN BENCANA

...../...../200.....

Pukul

E. JUMLAH KORBAN

1. Meninggal : jiwa
2. Hilang : jiwa
3. Luka Berat : jiwa
4. Luka Ringan : jiwa
5. Pengungsi : jiwa KK
6. Lokasi pengungsian :

F. FASILITAS UMUM

- Akses ke lokasi kejadian bencana :
 - Mudah dijangkau, menggunakan
 - Sukar, karena
- Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan:
- Keadaan jaringan listrik :
 - Baik
 - Terputus
 - Belum tersedia/belum ada

G. SARANA KESEHATAN YANG RUSAK

- Jumlah dan Jenis Fasilitas Kesehatan

Sarana Kesehatan	Kondisi Bangunan		Fungsi Pelayanan	
	Rusak	Tidak	Ya	Tidak
a. RS				
b. Puskesmas				
c. Pustu				
d. Gudang Farmasi				
e. Polindes				

- Sumber air bersih yang digunakan
 - Cukup
 - Tidak cukup

H. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN

-
-
- dst.

I. BANTUAN SEGERA YANG DIPERLUKAN

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4. dst

...../...../200.....

Kepala Puskesmas,

(.....)

NIP.

Lampiran 4

Form Kejadian Bencana (FORM B-2)

A. JENIS BENCANA :

B. DESKRIPSI BENCANA :

.....
.....
.....

C. LOKASI BENCANA

1. Dusun :
2. Desa/Kelurahan :
3. Kecamatan :
4. Kabupaten/Kota :
5. Provinsi :
6. Letak Geografi :
 - a. Pegunungan
 - b. Pantai
 - c. Pulau/Kepulauan
 - d. Lain-lain (sebutkan)

D. WAKTU KEJADIAN BENCANA :

...../...../200.....
Pukul

E. JUMLAH PENDUDUK YANG TERANCAM

..... Jiwa KK

F. JUMLAH KORBAN

1. Meninggal : jiwa, Balita : jiwa
2. Hilang : jiwa
3. Luka Berat : jiwa
4. Luka Ringan : jiwa

5. Pengungsi : jiwa KK

Lokasi pengungsian :

Jumlah kelompok rentan pada pengungsi :

- Bayi : jiwa
- Balita : jiwa
- Ibu Hamil : jiwa
- Ibu Menyusui : jiwa
- Lansia : jiwa

6. Jumlah korban yang dirujuk ke :

- Puskesmas
Jumlah : jiwa
- Rumah Sakit
Jumlah : jiwa

G. SARANA KESEHATAN YANG RUSAK

Sarana Kesehatan	Kondisi Bangunan		Fungsi Pelayanan	
	Rusak	Tidak	Ya	Tidak
a. RS				
b. Puskesmas				
c. Pustu				
d. Gudang Farmasi				
e. Polindes				

1. Jumlah dan Jenis Fasilitas Kesehatan

2. Sumber Air Bersih :

- a. Sumur Gali : buah
- b. SPT : buah
- c. PMA : buah
- d. PAH : buah
- e. Perpipaian : buah
- f. Lain-lain (sebutkan) : buah

3. Sarana Sanitasi dan Kesehatan Lingkungan
- a. Jamban Keluarga : buah
- b. MCK : buah
- c. Lain-lain (sebutkan) : buah

H. FASILITAS UMUM

1. Akses ke lokasi kejadian bencana :
- Mudah dijangkau, menggunakan
- Sukar, karena
2. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan:
-
3. Keadaan jaringan listrik :
- Baik
- Terputus
- Belum tersedia/belum ada

I. KONDISI SANITASI DAN KESEHATAN LINGKUNGAN DI LOKASI PENAMPUNGAN PENGUNSI

No.	Jenis Fasilitas	Kondisi	
1.	Jenis tempat penampungan	<input type="checkbox"/> bangunan permanen	<input type="checkbox"/> bangunan darurat
2.	Kapasitas penampungan pengungsi	<input type="checkbox"/> memadai (min. 10 m ³ /or)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
3.	Kapasitas penyediaan air bersih	<input type="checkbox"/> memadai (min. 20 L/or/hr)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
4.	Sarana MCK	<input type="checkbox"/> memadai (min. 20 or/1 MCK)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
5.	Tempat pembuangan sampah	<input type="checkbox"/> memadai (min. 3 m ³ / 60 or)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
6.	Sarana SPAL	<input type="checkbox"/> memadai (min. 4 m dari penampungan)	<input type="checkbox"/> tidak memadai
7.	Penerangan	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tidak ada

J. KESIAPAN LOGISTIK

1. Obat dan Bahan Habis Pakai :

<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Cukup
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------
2. Alat Kesehatan:

<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Cukup
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------
3. Bahan Sanitasi
 - a. Kaporit:

<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Cukup
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------
 - b. PAC :

<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Cukup
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------
 - c. Aquatab:

<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Cukup
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------
 - d. Kantong sampah:

<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Cukup
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------
 - e. Repellent lalat:

<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Cukup
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------
4. Ketersediaan Pangan:

<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Cukup
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

K. SARANA PENDUKUNG PELAYANAN KESEHATAN

1. Transportasi operasional pelayanan kesehatan

<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Cukup
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------
2. Alat komunikasi:

<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Cukup
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------
3. Sarana listrik untuk pelayanan kesehatan:

<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Kurang	<input type="checkbox"/> Cukup
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

L. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN

1.
2.
3.
4. dst

M. BANTUAN YANG DIPERLUKAN

1.
2.
3.
4. dst

N. RENCANA TINDAK LANJUT

1.
2.
3.
4. dst

...../...../200.....

Petugas yang melaporkan

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan
Kab/Kota

NIP.

NIP.

Lampiran 5

Form Pelaporan Perkembangan Kejadian Bencana (FORM B-3)

Tanggal/Bulan/Tahun :

Jenis Bencana :

Lokasi Bencana :

Waktu Kejadian Bencana :

A. JUMLAH KORBAN KEADAAN TERAKHIR

1. Meninggal : jiwa, Balita : jiwa
2. Hilang : jiwa
3. Luka Berat : jiwa
4. Luka Ringan : jiwa
5. Pengungsi : jiwa KK

Lokasi pengungsian :

Jumlah kelompok rentan pada pengungsi :

- Bayi : jiwa
- Balita : jiwa
- Ibu Hamil : jiwa
- Ibu Menyusui : jiwa
- Lansia : jiwa

6. Jumlah korban yang dirujuk ke :

- Puskesmas
Jumlah : jiwa
- Rumah Sakit
Jumlah : jiwa

B. PERKEMBANGAN KONDISI KESEHATAN KORBAN

1. Jumlah Korban

Fasilitas Kesehatan	Korban Masih Dirawat	Korban Meninggal	Korban Pulang	Korban Dirujuk	Ket.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Jumlah					

2. Jenis Penyakit Rawat Jalan di Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Posko Kesehatan)

No.	Diagnosa	Umur			Sex		
		0-5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

3. Jenis Penyakit Rawat Inap di Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Posko Kesehatan)

No.	Diagnosa	Umur			Sex		
		0-5 th	≥ 5 th	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Jumlah							

C. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN

1.
2.
3.
4. dst

D. BANTUAN SEGERA YANG DIPERLUKAN

1.
2.
3.
4. dst

E. RENCANA TINDAK LANJUT

1.
2.
3.
4. dst

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan

NIP.

...../...../200...

Petugas yang
melaporkan

NIP.

Lampiran 6

Form Pelaporan Kejadian Bencana Melalui Short Message Service (SMS) (FORM B-4)

- Tanggal/Bulan/Tahun **(TBT)** :
- Jenis bencana **(JB)** :
- Lokasi bencana **(LOK)** :
- Waktu kejadian bencana **(PKL)** :
- Jumlah penduduk terancam **(PAR)** :
- Jumlah Korban
- a. Meninggal **(MGL)** :Orang
- b. Hilang **(HLG)** : Orang
- c. Luka berat **(LB)** : Orang
- d. Luka ringan **(LR)** : Orang
- e. Dirawat
- Puskesmas **(RWP)** :Orang
- Rumah Sakit **(RWS)** : Orang
- f. Pengungsi : Orang
- g. Jumlah Poskes : Buah

Lampiran 7

Form BA-2 Laporan Keadaan Logistik Program PP-PL

.....
 Kepala Dinas Kesehatan
 Kab./ Kota

JENIS LOGISTIK	JUMLAH RUSAK	JUMLAH BAIK	USULAN KEBUTUHAN	KETERANGAN
1. Vaksin a. DPT b. BCO c. Polio d. Campak e. TT f. Hb 2. Lemari es 3. Freezer 4. Obat-obatan prog: a. Malaria - KinaHCL25% - Chlorokuin - Lainnya b. ISPA - Kotrimoksasol - Amoksilina - Ampisilina - OBH - OBT c. TBC - KAT I - KAT II - KAT III - Sisipan - Lainnya				

JENIS LOGISTIK	JUMLAH RUSAK	JUMLAH BAIK	USULAN KEBUTUHAN	KETERANGAN
d. Diare - Oralit - RL - Infus set - Wing Neddle - Lainnya e. DBD - Abate - Malathion - Lainnya f. Alat fogging - ULV - Swing fog/in fog g. Penyehatan Lingkungan - Kaporit - PAC - Aquatab				

Lampiran 9

Form BA-4 Rekapitulasi Penyakitil Harian pada Bencana

NAMA POSKES KECAMATAN KABUPATEN
 TGL MULAI KEJADIAN BULAN

	JENIS PENYAKIT											
	DIARE			ISPA			KULIT			DST		
	<1 th	1-5 th	>5 th	<1 th	1-5 th	>5 th	<1 th	1-5 th	>5 th	<1 th	1-5 th	>5 th
1												
2												
3												
4												
Jumlah												
Minggu												
ke 1												
1												
2												
3												
4												
Jumlah												
Minggu												
Ke 2												
Dst.....												
Total												

Lampiran 10

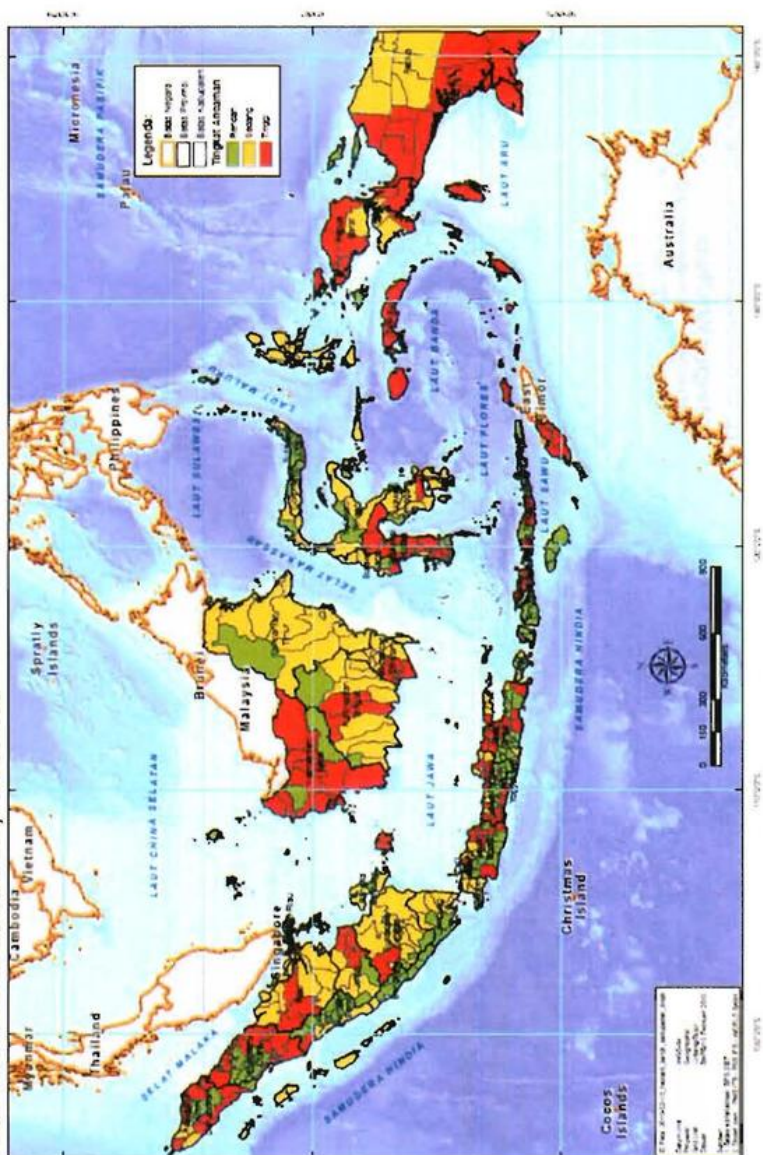
Pelayanan Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi

Periode	Upaya Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi	Tingkat Pusat	Tingkat Provinsi	Tingkat Kab./Kota	Tingkat Kecamatan
Pra-Bencana	<ul style="list-style-type: none"> • Menyusun dan mensosialisasikan pedoman yankes dan standar penanggulangan bencana • Menyusun peta geomedik dan mengadakan pelatihan inventarisasi sumber daya kes. (pemerintah & swasta) • Menyusun standar & mekanisme penerimaan bantuan • Menyusun peta rawan bencana • Membentuk TRC • Upaya mitigasi dan kesiapsiagaan • Monitoring & evaluasi • Sistem komunikasi dan informasi • Koordinasi LS/LP & bimbingan teknis 	<ul style="list-style-type: none"> • Membuat peta geomedik rawan bencana & rencana kontinjensi • Menyusun dan mensosialisasikan pedoman penanggulangan bencana & pengungsi • Mengadakan pelatihan dan gladi lapangan & posko • Membentuk pusatlops • Mengembangkan sistem informasi & komunikasi • Koordinasi LS/LP • Evaluasi dan bimbingan teknis 	<ul style="list-style-type: none"> • Membuat peta geomedik rawan bencana & rencana kontinjensi • Menyusun dan mensosialisasikan pedoman penanggulangan bencana & pengungsi • Mengadakan pelatihan • MembentukTRC dan pusatlops • Inventarisasi sumber daya • Koordinasi LS/LP & bimbingan teknis 	<ul style="list-style-type: none"> • Membuat jalur evakuasi • Mengadakan pelatihan • Inventarisasi sumber daya • Menerima dan menindaklanjuti informasi peringatan dini • Membentuk tim kesehatan lap. • Koordinasi LS 	

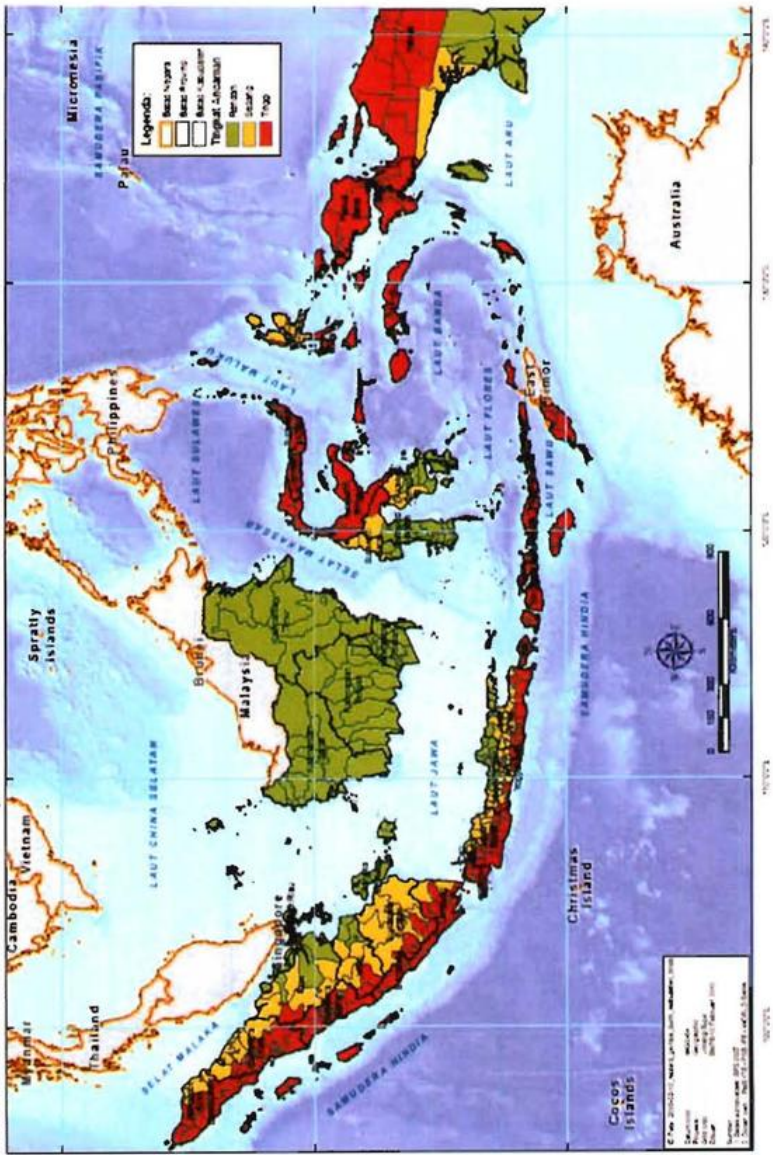
Periode	Upaya Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi			
	Tingkat Pusat	Tingkat Provinsi	Tingkat Kab./Kota	Tingkat Kecamatan
Saat Bencana	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinasi yankes lapangan & rujukan • Koordinasi upaya surveilans • Koordinasi bantuan obat • Dukungan layanan kes, gizi, kespro, promkes & pengawasan kegiatan • Mengaktifkan pusdalops dan koordinasi • Memanfaatkan potensi dan fasilitas yankes 	<ul style="list-style-type: none"> • Laporan dan informasi kasus bencana & pengungsi ke pusat • Mengaktifkan pusdalops • Koordinasi • Mobilisasi tenaga kesehatan • Menuju Lokasi bencana/pengungsi • Menyiapkan sarana kesehatan • Mengejutkan kebutuhan obat dan peralatan lain • Mengirimkan tenaga dan peralatan ke lokasi bencana 	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinasi • Mengaktifkan pusdalops • Mengirim tenaga kes, peralatan, obat, dan perbelkes • Melakukan RHA terpadu • Penanggulangan gizi darurat & imunitasi campak • Surveilans, pengendalian vektor, pengawasan mutu air & lingk. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyiapkan sarana kes. di lokasi bencana • Laporan ke kandinkes kab/kota • Melakukan RHA awal • Mengirim tenaga perbelkes, & sarana transportasi • Perawatan dan evakuasi korban

Periode	Upaya Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi		
	Tingkat Pusat	Tingkat Provinsi	Tingkat Kab./Kota
Pasca-Bencana	<p>Koordinasi LP untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluasi dampak bencana Pemulihan kes Upaya rekonsiliasi Penyelesaian administrasi <p>Koordinasi LS untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitasi sarana/prasarana kes Rehabilitasi masy. Relokasi pengungsi Rekonsiliasi masy. Rekonstruksi Pemantauan, evaluasi, & analisis dampak bencana 	<ul style="list-style-type: none"> Surveilans, KL, & pemberantasan peny. Mengirim tenaga ahli apabila terjadi KLB Evaluasi dan analisis dampak bencana pada KL/KLB Pelatihan, sosialisasi, kerja sama, & yankes Melakukan pemantauan, evaluasi, dan PTDS 	<p>Tingkat Kecamatan</p> <ul style="list-style-type: none"> Pemberian yankes Pemeriksaan air bersih dan pengawasan sanitasi lingk. Surveilans peny. menular & gizi buruk Laporan ke Dinkes Kab/Kota apabila ada KLB Fasilitasi tenaga KIE, bimbingan dan konseling pada kel. rentan gangguan stres pascatrauma Rujukan untuk konseling lanjut

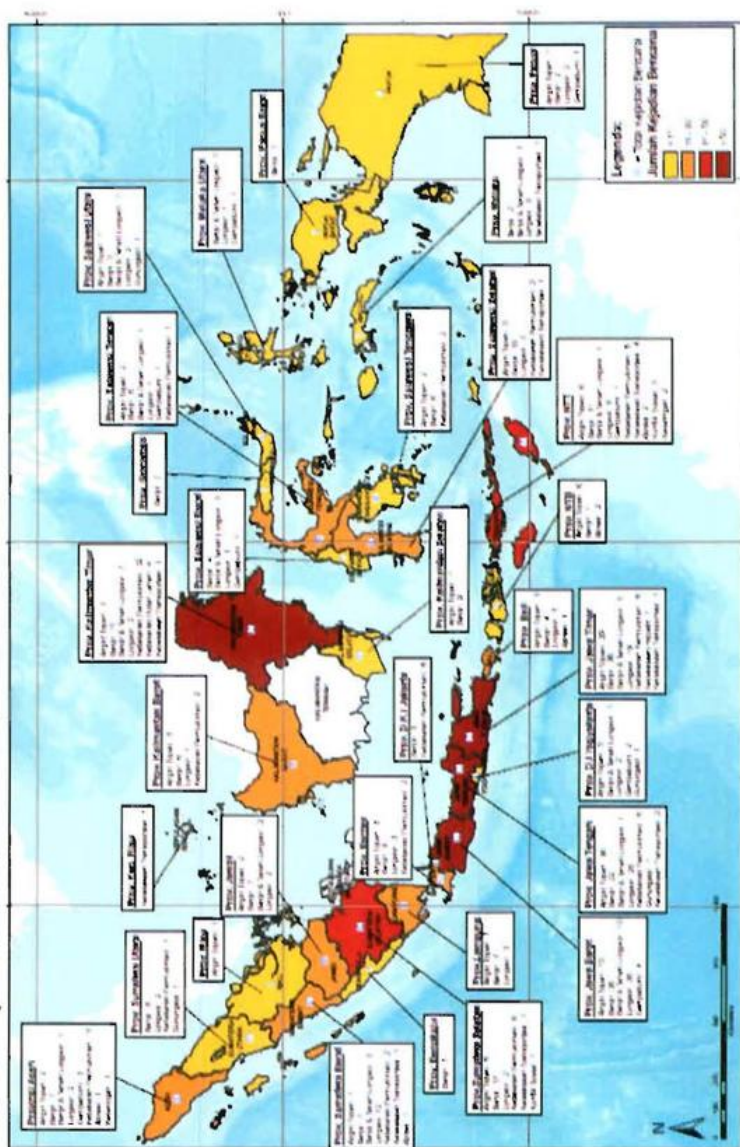
Lampiran 11
Peta Indeks Ancaman Bencana Banjir di Indonesia



Lampiran 14
 Peta Indeks Ancaman Bencana Gempa Bumi di Indonesia



Lampiran 15
Peta Jumlah Kejadian Bencana Di Indonesia Tahun 2010



**Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI**

Jl. Rasuna Said Blok X-5 Kav. No. 4-9

Gedung A Lantai VI, Jakarta Selatan

Telp. : 021 526 5043, 521 0411

Fax. : 021 527 1111

Call Center : 0812 1212 3119

email : ppkdepkes@yahoo.com