

Modul Peningkatan Kapasitas Petugas Kesehatan dalam Pengurangan Risiko Bencana Internasional

*International Training Consortium
on Disaster Risk Reduction*



Pusat Krisis Kesehatan
Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia

KEMENKES RI



Modul Peningkatan Kapasitas Petugas Kesehatan dalam Pengurangan Risiko Bencana Internasional

*International Training Consortium
on Disaster Risk Reduction*



Pusat Krisis Kesehatan
Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia

KEMENKES RI

Sambutan

Puji dan syukur kita panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan karunia Nya sehingga kita dapat menyelesaikan penyusunan kurikulum dan modul peningkatan kapasitas petugas dalam pengurangan risiko bencana internasional / *International Training Consortium on Disaster Risk Reduction (ITCDRR)*.

Sebagaimana kita ketahui Indonesia merupakan Negara yang sangat rawan bencana, baik bencana alam, non alam dan bencana social (akibat ulah manusia). Berbagai jenis kejadian bencana hampir dapat dipastikan menimbulkan krisis kesehatan seperti korban jiwa, luka-luka, pengungsi dan terganggunya masalah kesehatan, ketersediaan air bersih, sanitasi, kesehatan lingkungan, gizi, kesehatan jiwa, lumpuhnya pelayanan kesehatan. Hal ini membutuhkan penanganan secara serius dan menyeluruh dari berbagai sektor. Seperti pengalaman peristiwa bencana tsunami Aceh bahkan memerlukan bantuan luar negeri karena membutuhkan sumber daya yang lebih besar.

Sesuai kesepakatan global/ Sendey Frame Work for Action bahwa pengurangan risiko bencana menjadi proiritas, sehingga paradigma pra bencana menjadi urusan utama dalam pembangunan.

Dalam upaya mengurangi dampak yang ditimbulkan akibat kejadian bencana, maka perlu ditingkatkan upaya pengurangan risiko bencana salah satunya dengan cara peningkatan kapasitas petugas khususnya petugas kesehatan. Oleh karena itu perlu dilakukan pelatihan pengurangan risiko bencana untuk petugas kesehatan, sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan perkembangan kesepakatan global terkini, khususnya dalam bidang pengurangan risiko bencana.

Semoga kurikulum dan modul ini bermanfaat untuk pelaksanaan pelatihan yang terakreditasi dan memenuhi standar. Kepada semua pihak yang membantu tersusunnya kurikulum dan modul ini kami ucapkan terima kasih.

Jakarta, November 2015
Sekretaris Jenderal

Dr. Untung Suseno Sutarjo, M.Kes

KEMENKES RI

Kata Pengantar

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT karena berkat karuniaNya penyusunan buku kurikulum dan modul peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pengurangan risiko bencana internasional / *International Training Consortium on Disaster Risk Reduction (ITCDRR)* dapat terselesaikan.

Sesuai dengan kesepakatan Sendai 2014, dalam upaya penanggulangan bencana dititik beratkan kepada pengurangan risiko bencana, maka bangsa Indonesia yang merupakan negara rawan bencana tentunya akan melaksanakan dengan baik, bahkan Indonesia khususnya Kementerian Kesehatan telah melaksanakan upaya pengurangan risiko bencana dari tahun 2000, Kementerian Kesehatan telah melakukan pelatihan manajemen bencana bidang kesehatan sejak tahun 2000.

Kurikulum dan modul ini merupakan panduan untuk melaksanakan peningkatan kapasitas petugas dalam pengurangan risiko bencana internasional / *International Training Consortium on Disaster Risk Reduction (ITCDRR)*. Yang mencakup beberapa mata ajar antara Lain:

A. Materi Dasar

1. Sistem Nasional Penanggulangan Bencana
2. Pengurangan Risiko Bencana

B. Materi Inti

1. Sistem Komando Pengendali Lapangan
2. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
3. Koordinasi Klaster Kesehatan
4. Kesiapan Petugas di Daerah Bencana
5. Manajemen Pengungsi
6. Penanggulangan dan Surveilans Penyakit Saat Bencana
7. Manajemen Gizi Darurat
8. Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa Akibat Bencana
9. Penanganan Kualitas Air Bersih dan Sanitasi Saat Bencana
10. Kesehatan Reproduksi Saat Bencana
11. Kesiapsiagaan Pandemi
12. Komunikasi Risiko Bencana

C. Materi Penunjang

1. Membangun komitmen belajar
2. Rencana Tindak Lanjut

Mata ajar/ materi untuk pelatihan ITCDRR ini dapat berkembang sesuai kebutuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan, serta dalam pelaksanaan pelatihan materi yang disampaikan disesuaikan dengan tema/fokus pelatihan .

Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang kepada semua pihak yang telah terlibat dan berkontribusi dalam penyusunan kurikulum dan modul ini, Kepada pembaca buku ini mohon kritik dan saran untuk perbaikan dan penyempurnaan kurikulum dan modul ini

Jakarta, November 2015
Kepala Pusat Krisis Kesehatan



Dr. Achmad Yurianto

KEMENKES RI

Tim Penyusun

- I. Penasehat : dr. Achmad Yurianto
- II. Pengarah : Drs.M. Royan, M.Kes
- III. Pelaksana : Yuniyati, S.Sos, M.Si
Dr. Arifin Rangkuti
Dr. Adi Sopiandi
Maman Haerurohman, MKM
Leni Jakaria
- IV. Tim Ahli : Prof. Dr. dr. Aryono D. Pusponegoro, SpBD-KVB
DR. dr. Tri Wahyu Murni, Sp.BTKV
dr. I Nyoman Kandun, MPH
Mudjiharto, SKM, MM
- V. Kontributor : dr. H. Iskandar Leman
Joko Sri Wismoyo, SE, M.Si
Dra. Ni Masjitoh Tri Siswandewi, M.Si
Johny Sumbung, SKM, MKM
Lita R. Sianipar, SKM, M.Epid
dr. Indro Murwoko
dr. Ira Cyndira Tresna
dr. Rien Pramindari, MKM
Dra. A. Hadijah Pandita, M.Kes
Kheriawan, S.Pd, I, MM
Yana Irawati, SKM, MKM
Drs. Dodi Iriyanto
dr. Moh Imran S. Hamdani, MKM
Elna Yusliani Siregar, M.Psi
Busroni, SIP
Dorce Tandung, S.Sos, MAP
Dr. Yulina, MM
Gde Yulian Yogadhita, Apt
- VI. Layout & Desain : Lingga Tri Utama

Kepala Pusat Krisis Kesehatan



Dr. Achmad Yurianto
NIP. 19623112014101001

KEMENKES RI

Daftar Isi

Sambutan	iii
Kata Pengantar	v
Tim Penyusun	vii
Daftar Isi	ix
Bab I: Pendahuluan	1
Bab II: Tujuan, Sasaran dan Kompetensi	5
Bab III: Kurikulum	9
1. Struktur Program	11
2. Garis-Garis Besar Program Pembelajaran (GBPP)	13
Bab IV: Modul	51
A. Materi Dasar (MD)	53
Materi Dasar 1 Kebijakan Nasional dalam Penanggulangan Bencana	55
Materi Dasar 2 Pengurangan Risiko Bencana	77
B. Materi Inti (MI)	97
Materi Inti 1 Sistem Komando Pengendali Lapangan	99
Materi Inti 2 Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu	141
Materi Inti 3 Koordinasi Klaster Kesehatan	171
Materi Inti 4 Kesiapan Petugas Kesehatan di Daerah Bencana	189
Materi Inti 5 Manajemen Pengungsi	209
Materi Inti 6 Manajemen Surveilans dan Pengendalian Penyakit Menular Saat Bencana	227
Materi Inti 7 Manajemen Gizi Darurat	249
Materi Inti 8 Penanganan Masalah Kesehatan Jiwa Akibat Bencana	269
Materi Inti 9 Penanganan Kualitas Air Bersih dan Sanitasi Saat Bencana	295
Materi Inti 10 Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan	311
Materi Inti 11 Kesiapsiagaan Pandemi	329
Materi Inti 12 Komunikasi Risiko	341
C. Materi Penunjang	359
Materi Penunjang 1 Membangun Komitmen Belajar	361
Materi Penunjang 2 Rencana Tindak Lanjut	375
Bab V: Penutup	385

KEMENKES RI



KEMENKES RI

BAB I PENDAHULUAN

KEMENKES RI



PENDAHULUAN

Indonesia merupakan negara yang secara geografis, demografis, sosioekonomis dan politis merupakan kawasan yang rawan bencana, dan juga berpotensi mengalami bencana alam, non alam dan sosial, seperti bencana: gempa bumi, banjir, letusan gunung api, kebakaran, tanah longsor, wabah penyakit, kegagalan teknologi, konflik sosial, terorisme.

Kejadian bencana akan mengakibatkan timbulnya kedaruratan, korban massal serta permasalahan kesehatan pada masyarakat, selain itu kejadian bencana juga mengakibatkan, rusaknya fasilitas umum, fasilitas kesehatan, terganggunya saluran komunikasi dan lain-lain yang akan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat.

Kejadian bencana sangat sulit untuk dicegah, oleh karena itu tugas kita adalah untuk mengurangi bahkan menghindari timbulnya korban jiwa jika terjadi bencana, untuk itu sesuai dengan kesepakatan Senday (SFA 2015) bahwa upaya pengurangan risiko yang harus diutamakan, dengan cara pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan. Salah satu bentuknya adalah dengan melaksanakan pelatihan pengurangan risiko bencana.

Upaya penanggulangan bencana telah menjadi sorotan dunia, terlebih Indonesia merupakan negara yang sangat rawan dan selalu terjadi bencana dari hari ke hari di wilayah Indonesia, sesuai dengan data dari Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan dari tahun ke tahun kejadian bencana semakin banyak terjadi, dan setiap kejadian bencana hampir selalu membawa korban seperti terlihat dalam tabel berikut:



KRISIS KESEHATAN AKIBAT BENCANA
TAHUN 2011 - 2015

NO	URAIAN	TAHUN				
		2011	2012	2013	2014	2015 (s/d Oktober)
	Frekuensi kejadian bencana	211	489	436	614	798
KORBAN BENCANA						
1.	Meninggal	565	675	823	1.124	711
2.	Luka Berat / Rawat Inap	1.164	2.338	2.748	2.343	2.457
3.	Luka Ringan / Rawat Jalan	12.429	6.858	154.870	473.440	351.542
4.	Hilang	232	228	192	628	135
5.	Pengungsi	96.082	71.141	312.620	435.312	172.956

Sumber: yang terdapat di PPRK

Dari tabel di atas dapat diperhatikan bahwa setiap tahun selalu ada korban meninggal, Luka Berat, luka ringan, hilang dan mengungsi.

Hal tersebut mendorong banyaknya dunia luar yang ingin belajar ke Indonesia bagaimana penanggulangan bencana yang telah dilaksanakan di Indonesia, untuk itu perlu dilaksanakan pelatihan pengurangan risiko bencana Internasional/ITCDRR.

KEMENKES RI



BAB II TUJUAN, SASARAN DAN KOMPETENSI

KEMENKES RI



TUJUAN, SASARAN DAN KOMPETENSI

Adapun tujuan, sasaran dan kompetensi yang di harapkan pada pelatihan ini adalah sebagai berikut:

A. Tujuan Pelatihan

1. Tujuan Umum:

Setelah mengikuti pelatihan ini, peserta mampu memahami tentang pengurangan risiko bencana baik ditingkat nasional, regional maupun global.

2. Tujuan Khusus:

Setelah mengikuti pelatihan ini, peserta dapat :

- a. Memahami sistem nasional penanggulangan bencana;
- b. Memahami konsep dasar pengurangan risiko bencana;
- c. Melaksanakan sistem komando pengendali lapangan dalam penanggulangan bencana;
- d. Memahami dan mengoperasikan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu pada keadaan sehari-hari dan bencana;
- e. Menerapkan sistem klaster kesehatan;
- f. Menyusun rencana operasi kesehatan saat bencana;
- g. Memahami manajemen pengungsi;
- h. Memahami upaya penanganan gizi darurat bencana;
- i. Memahami manajemen surveilan dan pengendalian penyakit menular saat bencana;
- j. Memahami masalah kesehatan jiwa dan psikososial saat bencana;
- k. Memahami penanganan masalah kualitas air bersih dan sanitasi saat bencana;
- l. Memahami Paket Pelayanan Awal Minimum Kesehatan Reproduksi saat bencana;
- m. Memahami kesiapsiagaan menghadapi pandemik;
- n. Melaksanakan komunikasi risiko bencana secara efektif.

B. Sasaran

Pengelola program penanggulangan bencana dinas kesehatan prov/Kab/Kota, lintas program, lintas sektor, luar negeri (tingkat manajerial)

C. Kompetensi

Peserta kompeten dalam:

1. Menjelaskan sistem nasional penanggulangan bencana;
2. Menjelaskan konsep dasar pengurangan risiko bencana;
3. Menerapkan sistem komando pengendali lapangan dalam penanggulangan bencana;
4. Melaksanakan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu pada keadaan sehari-hari dan bencana;
5. Menjalankan koordinasi sektor kesehatan pada saat terjadi bencana;
6. Melakukan persiapan diri dan keselamatan pribadi saat bertugas di lokasi bencana;
7. Menjelaskan pengelolaan pengungsi;
8. Menjelaskan upaya penanggulangan penyakit menular dan surveilans saat bencana;
9. Menjelaskan manajemen gizi darurat;
10. Menangani masalah kesehatan jiwa dan psikososial saat bencana;
11. Menjelaskan penanganan masalah kualitas air bersih dan sanitasi saat bencana;
12. Menjelaskan Paket Pelayanan Awal Minimum Kesehatan Reproduksi saat bencana;
13. Menjelaskan kesiapsiagaan menghadapi pandemik;
14. Menjelaskan komunikasi risiko bencana.



KEMENKES RI

BAB III KURIKULUM

KEMENKES RI



1. STRUKTUR PROGRAM

No	Materi	Alokasi Waktu			
		T	P	PL	JML
A	Materi Dasar				
	1. Sistem Nasional Penanggulangan Bencana	2	-	-	2
	2. Pengurangan Risiko Bencana	2	-	-	2
B	Materi Inti				
	1. Sistem Komando Pengendali Lapangan	2	2	2	6
	2. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu	2	2	2	6
	3. Koordinasi Klaster Kesehatan	2	2	2	6
	4. Rencana Operasi dan Kesiapan Petugas di Daerah Bencana	2	2	2	6
	5. Manajemen Pengungsi	1	1	2	4
	6. Manajemen Surveilans dan Pengendalian Penyakit Menular Saat Bencana	1	2	-	3
	7. Manajemen Gizi Darurat	1	2	-	3
	8. Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa Akibat Bencana	1	1	-	2
	9. Penanganan Kualitas Air Bersih dan Sanitasi Saat Bencana	1	2	-	3
	10. Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan	1	2	-	3
	11. Kesiapsiagaan Pandemi	2	-	-	2
12. Komunikasi Risiko Bencana	2	2	-	4	
C	Materi Penunjang				
	1. Membangun komitmen belajar	-	2	-	2
	2. Rencana Tindak Lanjut	2	-	-	2
Jumlah		24	22	10	56

KEMENKES RI

2. GARIS - GARIS BESAR PROGRAM PEMBELAJARAN (GBPP)

A. Materi Dasar

- Nomor : Materi Dasar 1
 Materi : Sistem Nasional Penanggulangan Bencana
 Waktu : 2 jpl (T = 2; P = 0; PL = 0)
 TPU : Peserta memahami mengenai sistem nasional penanggulangan bencana

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Peserta mampu menjelaskan: 1. Pengertian bencana	Pokok Bahasan: 1. Pengertian bencana Sub pokok bahasan: a. Definisi bencana b. Jenis bencana	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab 	<ul style="list-style-type: none"> • Komputer • LCD Projector • White board • Spidol 	1. UU No.24 Tahun 2007 2. PP No.21 Tahun 2008 3. PP No.22 Tahun 2008
2. Jenis Ancaman Bencana di Indonesia	Pokok Bahasan: 2. Jenis Ancaman Bencana alam di Indonesia Sub pokok bahasan: a. Gempa Bumi b. Tsunami c. Letusan Gunung api d. Banjir e. Gerakan tanah f. Kebakaran hutan g. Kekeringan dll.			4. PP No.23 Tahun 2008 5. Perpres No.8 Tahun 2008 6. Permen- dagri No.46 Tahun 2008
3. Siklus Bencana	Pokok Bahasan : 3. Siklus bencana Sub pokok bahasan : a. Pra Bencana b. Tanggap darurat c. Pasca Bencana			7. Perka BNPB No.1 Tahun 2008 8. Perka BNPB No.3 Tahun 2008
4. Istilah-istilah dalam PB	Pokok Bahasan : 4. Istilah-istilah dalam PB Sub pokok bahasan : a. Pencegahan b. Mitigasi c. Kesiapsiagaan d. Tanggap darurat e. Pemulihan			9. Sugeng Triutomo, ed, dkk, Panduan

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
5. Pergeseran paradigma PB	Pokok Bahasan : 5. Pergeseran paradigma PB Sub pokok bahasan : a. Paradigma lama b. Paradigma baru	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab 	<ul style="list-style-type: none"> • Komputer • LCD Projector • White board • Spidol 	Pengenal-an Karakteristik Bencana dan Upaya Mitigasi di Indonesia . Jakarta: Pelaksana- na Harian Bakornas PB, 2007. Edisi 2 10. www. bnpb.go. id
6. Sub sistem Legislasi dalam sistem nasional penanggulangan bencana	Pokok Bahasan : 6. Legislasi Sub pokok bahasan : a. Legislasi Nasional b. Legislasi Daerah			
7. Sub sistem Kelembagaan dalam sistem nasional penanggulangan bencana	Pokok Bahasan : 7. Kelembagaan Sub pokok bahasan : a. Organisasi BNPB b. Hubungan BNPB dengan kementerian/lembaga pemerintah lain			
8. Sub sistem Perencanaan dalam sistem nasional penanggulangan bencana	Pokok Bahasan : 8. Perencanaan Sub pokok bahasan.: a. Penanggulangan bencana dalam agenda pembangunan nasional b. Jenis-jenis perencanaan PB			
9. Sub sistem Penyelenggaraan dalam sistem nasional penanggulangan bencana	Pokok Bahasan : 9. Penyelenggaraan Sub pokok bahasan : a. Tahapan dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana b. Kegiatan dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana			
10. Sub sistem Pendanaan dalam sistem nasional penanggulangan bencana	Pokok Bahasan : 10. Pendanaan Sub pokok bahasan : a. Beberapa dana yang digunakan dalam penanggulangan bencana			

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
11. Sub sistem IPTEK dalam sistem nasional penanggulangan bencana	<p>Pokok Bahasan :</p> <p>11. IPTEK</p> <p>Sub pokok bahasan :</p> <p>a. Pendidikan dan Pelatihan</p> <p>b. Penelitian dan pengembangan IPTEK Kebencanaan</p> <p>c. Penerapan Teknologi Penanggulangan Bencana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab 	<ul style="list-style-type: none"> • Komputer • LCD Projector • White board • Spidol 	

KEMENKES RI

Nomor	: Materi Dasar 2
Materi	: Pengurangan Risiko Bencana
Waktu	: 2 jpl (T = 2; P = 0; PL = 0)
TPU	: Peserta memahami tentang konsep pengurangan risiko bencana

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini peserta mampu menjelaskan: 1. Konsep Pengurangan Risiko Bencana	Pokok Bahasan 1: Konsep Pengurangan Risiko Bencana Sub Pokok Bahasan: a. Definisi dan klasifikasi bencana serta dampak bencana di bidang kesehatan b. Definisi pengurangan risiko bencana c. Tujuan pengurangan risiko bencana d. Metode dalam pengurangan risiko bencana	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Diskusi kelompok 	<ul style="list-style-type: none"> • Tayangan power point • Modul • Flipchart/ white board • ATK • LCD proyektor • Komputer / laptop 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sendai Framework of Action on Disaster Risk Reduction, 2015 2. Living With Risk, UN ISDR, 2004 3. Undang-undang No.24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana 4. Pedoman teknis penanggulangan krisis kesehatan 5. SDG
2. Sejarah dan rencana aksi pengurangan risiko bencana	Pokok Bahasan 2: Sejarah dan rencana aksi pengurangan risiko bencana Sub Pokok Bahasan: a. Sejarah pengurangan risiko bencana sebagai paradigma baru dalam penanggulangan bencana b. Rencana aksi global			

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
3. Upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan	<p>Pokok Bahasan 3: Upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan</p> <p>Sub Pokok Bahasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perencanaan upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan b. Pelaksanaan upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan c. Pengembangan upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan 			

KEMENKES RI

B. Materi Inti

- Nomor : Materi Inti 1
 Materi : Sistem Komando Pengendali Lapangan
 Waktu : 6 Jpl (T = 2 Jpl, P = 2 Jpl, PL = 2 Jpl)
 TPU : Setelah mempelajari materi ini peserta mampu melaksanakan sistem komando pengendali lapangan dalam penanggulangan bencana (SKPL)

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mempelajari materi ini, peserta mampu: 1. Menjelaskan prinsip-prinsip dasar dan komponen SKPL	Pokok Bahasan : 1. Prinsip-prinsip dasar SKPL Sub Pokok Bahasan : a. Definisi SKPL b. Sejarah SKPL c. Komponen SKPL - Struktur SKPL - Fasilitas SKPL	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Diskusi kelompok • Simulasi/ Role Play 	<ul style="list-style-type: none"> • Slide • Proyektor • LCD • Laptop • Papan dan kertas flipchart; • Spidol dan pulpen • Video • Skenario/ Pedoman simulasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Panduan Peserta Tingkat Dasar Incident Command System, US Forest, 2010 2. PERKA BNPB No. 10 tahun 2008 tentang Pembentukan Komando Tanggap Darurat Bencana 3. PERKA BNPB No. 14 Tahun 2010 tentang Pedoman Pembentukan Pos Komando Tanggap Darurat
2. Menjelaskan pengertian Sistem Komando Penanganan Tanggap Darurat Bencana di Indonesia;	Pokok Bahasan: 2. Pengertian Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana di Indonesia Sub Pokok Bahasan : a. Latar belakang b. Definisi dan tujuan c. Tahapan Pembentukan Komando Tanggap Darurat Bencana			
3. Menjelaskan perangkat sistem komando penanganan darurat bencana	Pokok Bahasan: 3. Perangkat Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana Sub Pokok Bahasan : a. Pos Komando Tanggap darurat Bencana (struktur organisasi, tugas pokok dan fungsi, tempat kedudukan, prasarana dan sarana, pembiayaan)			

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
	<ul style="list-style-type: none"> b. Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat Bencana (struktur organisasi, uraian tugas, tempat kedudukan, prasarana dan sarana, pembiayaan) c. Pos Komando Pendukung Tanggap Darurat Bencana (struktur organisasi, uraian tugas, tempat kedudukan, prasarana dan sarana, pembiayaan) 			
4. Mengoperasikan penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana pada Status Keadaan Darurat Bencana Kabupaten/Kota	<p>Pokok Bahasan:</p> <p>4. Penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana pada Status Keadaan Darurat Bencana Kabupaten/Kota</p> <p>Sub Pokok Bahasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Struktur Organisasi b. Mekanisme penyelenggaraan c. Mekanisme permintaan bantuan d. Mekanisme mobilisasi bantuan e. Mekanisme penyampaian informasi dan pelaporan 			
5. Mengoperasikan penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana pada Status Keadaan Darurat Bencana Provinsi	<p>Pokok Bahasan:</p> <p>5. Penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana pada Status Keadaan Darurat Bencana Provinsi</p> <p>Sub Pokok Bahasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Struktur Organisasi b. Mekanisme penyelenggaraan c. Mekanisme permintaan bantuan d. Mekanisme mobilisasi bantuan e. Mekanisme penyampaian informasi dan pelaporan 			

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
6. Melaksanakan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana pada Status Keadaan Darurat Bencana Nasional	<p>Pokok Bahasan:</p> <p>6. Penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana pada Status Keadaan Darurat Bencana Nasional</p> <p>Sub Pokok Bahasan:</p> <p>a. Struktur Organisasi</p> <p>b. Aktivasi Klaster Kesehatan</p> <p>c. Mekanisme penyelenggaraan</p> <p>d. Mekanisme permintaan bantuan</p> <p>e. Mekanisme mobilisasi bantuan</p> <p>f. Mekanisme penyampaian informasi dan pelaporan</p>			

KEMENKES RI

- Nomor : Materi inti 2
 Materi : Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
 Waktu : 6 Jpl (T = 2 Jpl, P = 2 Jpl, PL = 2 Jpl)
 TPU : Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami dan mengoperasikan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu pada bencana.

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mempelajari materi ini, peserta mampu: 1. Menjelaskan konsep SPGDT	Pokok bahasan: 1. Pendahuluan tentang konsep SPGDT	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Diskusi kelompok • Simulasi/ Studi kasus • Kunjungan/ praktek lapangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Slide • Proyektor • LCD • Laptop • Papan dan kertas flipchart; • Spidol dan pulpen • Panduan PKL • Video • Skenario/ pedoman simulasi 	1. Kepmenkes No. 106/Menkes/SK/I/2004 Tentang Tim SPGDT dan Pelatihan PPGD / GELS
2. Menjelaskan pelayanan kesehatan gawat darurat pra rumah sakit;	Pokok bahasan: 2. Pelayanan kesehatan gawat darurat prarumah sakit Sub pokok bahasan: a. Penanganan oleh awam khusus b. Nomor Telfon Panggil; c. Pusat Pelayanan Ambulan; d. Pelayanan Ambulan; e. Koordinasi Pelayanan Darurat.			2. Pedoman Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu, Ditjen Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan
3. Menjelaskan pelayanan kesehatan gawat darurat di rumah sakit;	Pokok bahasan: 3. Pelayanan kesehatan gawat darurat di rumah sakit Sub pokok bahasan: a. Ruang pelayanan kritis; b. Alur pelayanan kasus gawat darurat; c. Kejadian gawat darurat dengan korban massal			

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
4. Menjelaskan dan mengoperasionalkan koordinasi pelayanan kesehatan gawat darurat antar rumah sakit.	<p>Pokok bahasan:</p> <p>4. Pelayanan kesehatan gawat darurat antar rumah sakit</p> <p>Sub pokok bahasan:</p> <p>Jejaring rujukan</p>			<p>3. National Emergency Medical Services Education Standards, an</p> <p>4. Emergency Medical Responder Instructional Guidelines http://www.ems.gov/pdf/811077b.pdf</p> <p>6. Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf</p>
5. Menjelaskan dan mengoperasionalkan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu saat bencana.	<p>Pokok bahasan:</p> <p>5. Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu pada keadaan bencana.</p> <p>Sub pokok bahasan:</p> <p>a. Manajemen penanganan korban massal dengan sumberdaya yang terbatas</p> <p>b. Hospital Disaster Plan</p> <p>c. Pengiriman tim kelapangan (Foreign Medical Team)</p>			<p>5. http://www.ems.gov/pdf/811077b.pdf</p> <p>6. Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf</p>

- Nomor : Materi inti 2
 Materi : Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
 Waktu : 6 Jpl (T = 2 Jpl, P = 2 Jpl, PL = 2 Jpl)
 TPU : Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami dan mengoperasionalkan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu pada bencana.

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini peserta mampu menjelaskan: 1. Konsep Pengurangan Risiko Bencana	<p>Pokok Bahasan 1: Konsep Pengurangan Risiko Bencana</p> <p>Sub Pokok Bahasan:</p> <p>a. Definisi dan klasifikasi bencana serta dampak bencana di bidang kesehatan</p> <p>b. Definisi pengurangan risiko bencana</p> <p>c. Tujuan pengurangan risiko bencana</p> <p>d. Metode dalam pengurangan risiko bencana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Diskusi kelompok 	<ul style="list-style-type: none"> • Tayangan power point • Modul • Flipchart/white board • ATK • LCD proyektor • Komputer / laptop 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sendai Framework of Action on Disaster Risk Reduction, 2015 2. Living With Risk, UN ISDR, 2004 3. Undang-undang No.24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana 4. Pedoman teknis penanggulangan krisis kesehatan 5. SDG
2. Sejarah dan rencana aksi pengurangan risiko bencana	<p>Pokok Bahasan 2: Sejarah dan rencana aksi pengurangan risiko bencana</p> <p>Sub Pokok Bahasan:</p> <p>a. Sejarah pengurangan risiko bencana sebagai paradigma baru dalam penanggulangan bencana</p> <p>b. Rencana aksi global</p>			

- Nomor : Materi inti 3
 Materi : Kluster Kesehatan di Daerah Bencana
 Waktu : 6 Jpl (T = 2 Jpl, P = 2 Jpl, PL = 2 Jpl)
 TPU : Setelah mempelajari materi ini peserta latih mampu menerapkan sistem kluster kesehatan

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini peserta latih mampu : 1. Menjelaskan tentang sistem kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana	<p>Pokok bahasan:</p> <p>1. Sistem kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana.</p> <p>Sub pokok bahasan:</p> <p>a. Definisi umum tentang kluster kesehatan dalam bencana; b. Kluster internasional, c. Kluster nasional, kluster sub-nasional (provinsi, kabupaten/kota), d. Kluster kesehatan dan sub-kluster Kesehatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Main peran (role play) pertemuan kluster • Simulasi Lapangan Ceramah interaktif • Tanya jawab • Diskusi kelompok 	<ul style="list-style-type: none"> • Skenario dan peran-peran • Panduan simulasi • Dokumen Power point Kluster Kesehatan dalam PB • LCD Projector • Laptop • Layar • Bahan cetak • Flip chart • Spidol dan pulpen 	<p>1. Republik Indonesia (2014): Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Pasal 31)</p> <p>2. Republik Indonesia (2009): Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Pasal 32)</p> <p>3. Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2014): Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan</p> <p>4. Badan Nasional</p>
2. Menerapkan kegiatan kluster kesehatan	<p>Pokok bahasan:</p> <p>2. Kegiatan kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana.</p> <p>Sub pokok bahasan:</p> <p>a. Identifikasi pemangku kepentingan b. Pemetaan kapasitas pemangku kepentingan c. Manajemen informasi d. Koordinasi, kerjasama, integrasi dan sinergi e. Standar f. Pengkajian g. Analisis dan Prioritas h. Strategi dan Perancangan i. Advokasi dan penerahan sumber daya j. Pemantauan, Evaluasi dan Pembelajaran</p>			

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
				Penanggulangan Bencana Republik Indonesia (2014): Indeks Risiko Bencana Indonesia Tahun 2013 5. Inter Agency Standing Committee 6. Committee (2009): Global Health Cluster – A practical guide for country- level implement ation of the Health Cluster 7. Badan Standarisa si Nasional (2013): Standarisa si Nasional Indonesia Nomor 7937:2013 tentang Layanan Kemanusia an dalam Bencana 8. Kerangka Aksi Pengurang an Risiko Bencana Sendai: 2015-2030

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
				9. Sasaran Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goal) 2015-2030

KEMENKES RI

- Nomor : Materi inti 4.
 Materi : Rencana Operasi dan Kesiapan Petugas di Daerah Bencana
 Waktu : 5 JPL (T = 2, P = 3, PL = 0)
 TPU : Setelah mempelajari materi ini peserta diharapkan mampu menyusun rencana operasi kesehatan saat bencana

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti pelatihan ini peserta diharapkan mampu: 1. Menjelaskan tentang situasi dan kondisi saat bencana.	Pokok bahasan: Situasi dan kondisi saat bencana. Sub pokok bahasan: Overview situasi dan kondisi saat bencana	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Studi kasus penyusunan rencana operasi • Diskusi kelompok 	<ul style="list-style-type: none"> • Slide • Skenario kasus • LCD • Proyektor • Laptop • Flip chart • Spidol dan pulpen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PP 21 tahun 2008 ttg Penyelenggaraan PB 2. Pedoman Teknis PKKAB 3. UN Disaster Assessment and Coordination (UNDAC) Handbook, 2010 4. Protokol Rapid Health Assessment, WHO 5. Sphere project 2011 6. SNI 7937 th 2013
2. Menyusun perencanaan operasional kesehatan pada situasi bencana.	Pokok bahasan: Perencanaan operasional kesehatan pada situasi bencana Sub pokok bahasan: 1. Pengertian rencana operasi kesehatan. 2. Waktu penyusunan rencana operasi kesehatan 3. Sumber data dalam penyusunan rencana operasi kesehatan 4. Proses penyusunan rencana operasi kesehatan			
3. Menjelaskan Pelaksanaan Rencana Operasi	Pokok bahasan: Menjelaskan Pelaksanaan Rencana Operasi. Sub pokok bahasan: 1. Penyiagaan sumber daya kesehatan. 2. Penggerakan sumber daya kesehatan. 3. Koordinasi sumber daya kesehatan. 4. Pemantauan dan evaluasi operasi kesehatan.			

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
4. Menjelaskan kesiapan personal petugas kesehatan pada situasi bencana.	<p>Pokok bahasan: Menjelaskan kesiapan personal petugas kesehatan pada situasi bencana.</p> <p>Sub pokok bahasan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesiapan fisik dan mental personal. 2. Kesiapan sarana dan prasarana. 3. Briefing dan debriefing 4. Batasan masa kerja bagi petugas kesehatan. 5. Jaminan bagi petugas kesehatan (asuransi). 			

KEMENKES RI

Nomor	: Materi inti 5
Materi	: Manajemen Pengungsi
Waktu	: 3 JPL (T = 2 Jpl, P = 1 Jpl, PL = 0 Jpl)
TPU	: Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami manajemen pengungsi

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mempelajari materi ini peserta diharapkan mampu : 1. Menjelaskan Kebijakan, prinsip dan upaya penanganan pengungsi	Pokok bahasan Kebijakan, prinsip dan upaya penanganan pengungsi Sub pokok bahasan : a. Kebijakan penanganan pengungsi b. Prinsip-prinsip manajemen penanganan pengungsi c. Upayapenanganan pengungsi <ul style="list-style-type: none"> • Upaya perlindungan • Upaya pemberdayaan • Upaya penempatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Diskusi kelompok • Curah pendapat • Studi kasus • Permainan • Wawancara • Praktek lapangan 	<ul style="list-style-type: none"> • LCD • Proyektor • Laptop • Flip chart • Spidol dan pulpen • Pedoman PKL • Alat bantu permainan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SDG 2015 – 20130 2. Kerangka Aksi Sendai 2015-2030 3. SNI 7937 tahun 2013 4. Sphere 2011 5. UU No 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
2. Mengidentifikasi Koordinasi dan Manajemen Tempat Pengungsian	Pokok bahasan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Realitas pengungsi dan hak-hak pengungsi 2. Pendekatan dan Prinsip Koordinasi dan Pengelolaan Tempat Pengungsian 3. Peran dan Tanggung Jawab dalam Koordinasi dan Pengelolaan Tempat Pengungsian 4. Standar Pemenuhan Kebutuhan Populasi Terdampak Bencana 5. Perlindungan di tempat pengungsian 6. Partisipasi pengungsi 7. Koordinasi tempat pengungsian 8. Pengelolaan informasi di tempat pengungsian 9. Perencanaan tempat pengungsian 			

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
	10. Perawatan dan pemeliharaan tempat pengungsian 11. Solusi berkelanjutan dan penutupan tempat pengungsian			

KEMENKES RI

- Nomor : Materi Inti 6
- Materi : Manajemen Surveilans Dan Pengendalian Penyakit Menular Saat Bencana
- Waktu : 4 JPL (T = 2 Jpl, P = 1 Jpl, PL = 1 Jpl)
- TPU : Peserta diharapkan mampu memahami manajemen surveilans dan pengendalian penyakit menular saat bencana.

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini peserta mampu : 1. Menjelaskan Manajemen surveilans Penyakit Menular	Pokok bahasan: Manajemen Surveilans Penyakit Menular Sub pokok bahasan: a. SKD KLB/Early warning Alert and Respon System, berbasis pada data penyakit tahap pra bencana b. Surveilans Berbasis Kejadian/Event based surveilans	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Diskusi kelompok • Curah Pendapat • Penugasan • Diskusi kelompok • Studi kasus/ simulasi 	<ul style="list-style-type: none"> • LCD • Laptop • Flip chart • Spidol dan pulpen • Panduan simulasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Technical Guidelines for Disease Control and Environmental Health Efforts in Disaster Mitigation, Jakarta, 2010; 2. Diarrhea Management Guide, the Ministry of Health of the Republic of Indonesia, Directorate General for Disease Control and Environmental Health, 2010; 3. Guidelines for Managing Pneumonia Among Infants, the Ministry of Health of the Republic of Indonesia,
2. Menjelaskan Manajemen Pengendalian Penyakit Menular	Pokok bahasan: Manajemen Pengendalian Penyakit menular Sub pokok bahasan: • Manajemen faktor risiko penyakit potensial KLB/Wabah			
3. Indikator utama Surveilans	Pokok bahasan: Indikator utama survailans Sub pokok bahasan: a. Indikator Survailans b. Indikator Pengendalian			

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
				<p>Directorate General for Disease Control and Environmental Health, 2007</p> <p>4. Minister of Health Regulation No.1501/Menkes/Per/X/2010 on specific communicable diseases that may cause outbreaks in Mitigation Efforts;</p> <p>5. Decree of the Minister of Health No.147/MENKES/SK/X/2003 on the Guidelines for the Implementation of Epidemiological Surveillance of Communicable and Non Communicable Diseases</p>

KEMENKES RI

- Nomor : Materi Inti 7
 Materi : Manajemen Gizi Darurat
 Waktu : 2 JPL @ 45 menit (T = 1 JPL; P = 1 JPL)
 TPU : Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu memahami upaya penanganan gizi darurat saat bencana

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu: 1. Menjelaskan tentang kegiatan gizi dalam penanggulangan bencana	Pokok bahasan: 1. Kegiatan gizi dalam penanggulangan bencana: a. Pra Bencana b. Tanggap Darurat c. Pasca Bencana d. Pengalaman Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan Gizi	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Curah pendapat • Diskusi 	<ul style="list-style-type: none"> • Bahan Tayang • Laptop/ LCD • Modul 	<ol style="list-style-type: none"> 1. UU No. 39 tahun 2009 Tentang Kesehatan 2. UU No.24 tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana 3. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1653/ MENKES/ SK/ XII/ 2005 Tentang Pedoman Penanganan Bencana Bidang Kesehatan
2. Menjelaskan tentang penanganan gizi pada kelompok rentan	Pokok bahasan: 2. Penanganan gizi pada kelompok rentan: a. penanganan gizi anak usia 0-23 bulan b. penanganan gizi anak usia 24-59 bulan c. penanganan gizi ibu hamil dan ibu menyusui d. penanganan gizi lanjut usia			<ol style="list-style-type: none"> 4. Kerangka Kerja Sendai untuk Pengurangan Risiko Bencana 2015-2030
3. Menjelaskan tentang Pelaksanaan Pemantauan Status Gizi	Pokok bahasan: 3. Pelaksanaan Pemantauan Status Gizi			<ol style="list-style-type: none"> 5. Standar Nasional Indonesia (SNI) 7937 Tahun 2013 Tentang Layanan

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
				Kemanusiaan dalam Bencana 6. Kementerian Kesehatan RI. 2012. Pedoman Kegiatan Gizi dalam Penanggulangan Bencana 7. Kementerian Kesehatan RI. 2015. Pedoman Teknis Pemantauan Status Gizi 8. The Sphere Project Tahun 2011 Tentang Piagam Kemanusiaan dan Standar- Standar Minimum dalam Respons Kemanusiaan

KEMENKES RI

- Nomor : Materi Inti 8
 Materi : Penanganan Masalah Kesehatan Jiwa Akibat Bencana
 Waktu : 2 jpl (T = 1, P = 1, PL = 0)
 TPU : Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami penanganan kesehatan jiwa dan psikososial akibat bencana

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi, peserta mampu: 1. Menjelaskan tentang gambaran umum masalah kesehatan jiwa dan psikososial	Pokok bahasan: 1. Gambaran umum masalah kesehatan jiwa dan psikososial a. Pentingnya penanganan masalah kesehatan jiwa dalam bencana b. Penyebab timbulnya masalah kesehatan jiwa dan psikososial dalam bencana c. Berbagai masalah kesehatan jiwa dan psikososial akibat bencana	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Diskusi kelompok • Penugasan 	<ul style="list-style-type: none"> • Komputer • LCD projector • White board • Spidol • Bahan diskusi • Lembar penugasan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa 2. Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Masyarakat Akibat Bencana dan Konflik, Depkes RI, 2006. 3. Pedoman Upaya Kesehatan Jiwa dan Psikososial untuk Kesiapsiagaan Bencana, Depkes RI, 2008.
2. Menjelaskan tentang upaya penanganan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada situasi bencana	Pokok bahasan: 2. Upaya penanganan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada bencana a. Komponen dukungan kesehatan jiwa dan psikososial pada bencana b. Upaya intervensi kesehatan jiwa dan psikososial untuk kesiapsiagaan bencana			

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
3. Menjelaskan sistem rujukan dalam penanganan masalah kesehatan jiwa	<p>Pokok bahasan:</p> <p>3. Sistem rujukan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pembentukan sistem rujukan b. Piramida intervensi kesehatan jiwa dan psikososial c. Sistem rujukan dan layanan menyeluruh 			<p>4. Pedoman Kesehatan Jiwa pada situasi emergensi (aspek jiwa dan kesehatan masyarakat yang terpapar stressor yang ekstrim, Depkes 2008.</p> <p>5. Psychological First Aid (PFA)</p>

KEMENKES RI

- Nomor : Materi Inti 9
- Materi : Penanganan Kualitas Air Bersih dan Sanitasi Saat Bencana
- Waktu : 2 Jpl (T = 2 Jpl, P = 0 Jpl, PL = 0 Jpl)
- TPU : Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami penanganan masalah kualitas air bersih dan sanitasi saat bencana

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mempelajari materi ini, peserta mampu: 1. Menjelaskan masalah dan kebutuhan air minum dan sanitasi pada situasi bencana	Pokok bahasan: 1. Masalah kesehatan yang ditimbulkan dengan keterbatasan air bersih/minum dan sarana sanitasi	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Diskusi kelompok 	<ul style="list-style-type: none"> • Slide • LCD • Proyektor • Laptop • Flip chart • Spidol dan pulpen 	1. Petunjuk Teknis Upaya Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dalam Penanggulangan Bencana. 2010. Ditjen PP & PL.
2. Menjelaskan Standar minimum pemenuhan kebutuhan air minum dan sanitasi baik kuantitas maupun kualitas.	Pokok bahasan: 2. Pemenuhan kebutuhan dasar dan standar minimum. a. Penyediaan dan perbaikan kualitas air bersih b. Pengelolaan pembuangan kotoran c. Pengelolaan sampah dan limbah d. Pengawasan dan pengamanan e. Pengelolaan makanan dan dapur umum. f. Pemberantasan serangga dan binatang penular penyakit. g. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) h. Penyediaan tempat pengungsian (bangunan, tenda, dll)			2. Prosedur Tetap (SOP) Sanitasi Darurat Bencana Banjir/Tsunami. 2006. Direktorat Penyehatan Lingkungan Ditjen PP & PL.

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
3. Menjelaskan Upaya Pengurangan risiko kesehatan akibat kondisi kesehatan lingkungan pada situasi bencana.	Pokok bahasan: 3. Pengurangan risiko kesehatan akibat kondisi kesehatan lingkungan pada bencana,			

KEMENKES RI

- Nomor : Materi Inti 10
 Materi : Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan
 Waktu : 2Jpl (T = 1Jpl, P = 1Jpl, PL = 0 Jpl)
 TPU : Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami Kesehatan Reproduksi pada krisis kesehatan

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mempelajari materi ini, peserta mampu: 1. Menjelaskan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan;	Pokok bahasan: 1. Kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan. Sub pokok bahasan: a. Pentingnya Kesehatan Reproduksi pada krisis kesehatan. b. Saat penerapan PPAM pada siklus penanggulangan krisis kesehatan.	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Diskusi kelompok • Pemutaran Film • Bermain peran 	<ul style="list-style-type: none"> • Slide • LCD • Proyektor • Laptop • Flip chart • Spidol dan pulpen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permenkes Nomor 64 tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan 2. Pedoman Teknis Krisis Kesehatan Akibat Bencana, Kemenkes revisi 2013
2. Menjelaskan PPAM Kesehatan Reproduksi	Pokok bahasan: 2. PPAM Kesehatan Reproduksi. Sub pokok bahasan: a. Konsep PPAM Kesehatan Reproduksi b. Komponen PPAM Kesehatan Reproduksi c. Logistik untuk mendukung pelaksanaan PPAM			<ol style="list-style-type: none"> 3. Buku Pedoman Kesehatan Reproduksi pada Tanggap Darurat Krisis Kesehatan, Kemenkes 2014
3. Menjelaskan pentingnya isu gender dan pencegahan kekerasan berbasis gender dalam penanggulangan krisis kesehatan	Pokok bahasan: 3. Isu gender dan pencegahan kekerasan berbasis gender dalam penanggulangan krisis kesehatan a. Konsep dasar gender dan pentingnya penanggulangan krisis kesehatan yang responsif gender b. Pencegahan kekerasan berbasis gender			<ol style="list-style-type: none"> 4. Buku Pedoman antar Lembaga, Kesehatan Reproduksi pada Situasi Krisis Kemanusiaan (Inter Agency Guideline on RH in

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
				humanitari an crisis situations, revised 2010) 5. Sphere, Humanitari an Charter and Minimum Standards in Humanitari an Response, 2011 6. Sustain- able Develop- ment Goal (SDG) 2015-2030 goal 3: universal access to reproduc- tive health and goal no 4: on elimination of Gender Based Violence 7. Sendai Framework of Action on DRR paragraph 30J 8. Buku saku Gender untuk situasi bencana- IASC: Perempu- an, Anak Perempu- an, Laki-

KEMENKES RI

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
				<p>laki, Anak Laki-laki: Kebutuhan Berbeda-Kesempatan Sama (IASC Gender handbook in humanitarian action: Women, girls, boys and men: Different needs – Equal Opportunities)</p> <p>9. IASC Guideline for integrating Gender Based Violence (GBV) interventions in humanitarian action: reducing risk, promoting resilience and aiding recovery, 2016</p> <p>10. Daftar periksa gender: gender working group West Sumatera- UNFPA, 2010</p>

- Nomor : Materi Inti 11
 Materi : Kesiapsiagaan Pandemi
 Waktu : 2 Jpl (T = 1 Jpl, P = 1 Jpl, PL = 0 Jpl)
 TPU : Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami kesiapsiagaan menghadapi pandemi.

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mempelajari materi ini, peserta mampu: 1. Menjelaskan tentang infeksi agent penyakit pada manusia yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi	Pokok bahasan: 1. Infeksi agent penyakit pada manusia yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi. Sub pokok bahasan: a. Karakteristik agent penyakit tersebut; b. Tipe agent penyakit pada manusia yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi dan bagaimana agent tersebut menginfeksi manusia dan binatang.	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Curah pendapat • Diskusi kelompok • Pemutaran film 	<ul style="list-style-type: none"> • Slide • LCD • Laptop • Flip chart • Spidol dan pulpen • Video Simulasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. International Health Regulation, 2005 2. Undang-Undang No. 4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit. 3. Undang-Undang No. 24 Tahun 2007 tentang Bencana 4. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 5. Undang-undang No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah /Otonomi Daerah 6. PP No. 40 Tahun 1991 Tentang Penanggulangan Wabah
2. Menjelaskan tentang epidemiologi penyakit yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi	Pokok bahasan: 2. Epidemiologi penyakit berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi. Sub pokok bahasan: a. Mekanisme penularan agent penyakit yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi pada manusia dan binatang; b. Epidemiologi penyakit yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi serta perbedaan antara KLB, epidemi dan pandemi.			

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
				Penyakit Menular 7. Permenkes No. 414 Tahun Tentang Penetapan 100 Rumah Sakit Rujukan Flu Burung. 8. Permenkes No. 1501 Tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit Menular. 9. Permenkes No. 1372/MENKES/SK/XII/2015 Tentang Penetapan Kondisi KLB Flu Burung. 10. Permenkes No. 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular. 11. Manual Pemberantasan Penyakit Menular. (Referensi internasional)

- Nomor : Materi Inti 12
 Materi : Komunikasi Risiko
 Waktu : 3 Jpl (T = 1 Jpl, P = 2Jpl, PL = 0 Jpl)
 TPU : Setelah mempelajari materi ini peserta mampu melakukan komunikasi resiko secara efektif.

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah memperoleh materi ini peserta mampu: 1. Menempatkan diri dalam hierarki penyampaian informasi dan melakukan komunikasi yang efektif dan efisien	Pokok bahasan: 1. Hierarki penyampaian informasi sesuai peraturan perundangan dan etika yang berlaku dan konsep komunikasi yang efektif dan efisien (Definisi, Tujuan, Sasaran, Prinsip-prinsip, Media komunikasi)	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab • Studi kasus (skenario atau video) • Diskusi kelompok • Role play komunikasi krisis 	<ul style="list-style-type: none"> • Slide • Proyektor • LCD • Audio video • Laptop • Papan dan kertas flipchart • Spidol • Instrumen pendukung lain yang tidak berbahaya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepmenkes No. 342 tahun 2007 tentang Pejabat yang Berwenang Memberikan Informasi kepada Pers/Masyarakat
2. Mampu mengidentifikasi dan memilah/ menentukan skala prioritas terhadap informasi awal yang potensial menimbulkan risiko	Pokok bahasan: 2. Skala prioritas terhadap informasi awal yang potensial menimbulkan risiko dengan mengacu pada konsep risiko bencana (hazard, vulnerability, capacity)			<ol style="list-style-type: none"> 2. Kepmenkes No. 300/Menkes/SK/IV/2009 Tentang Pedoman Penanggulangan Episenter Pandemi Influenza
3. Melakukan analisa terkait risiko dan menentukan alternatif upaya keputusan dan kebijakan terkait dengan penanganan bencana/krisis kesehatan	Pokok bahasan: 3. Alternatif upaya keputusan dan kebijakan terkait dengan penanganan bencana/krisis kesehatan berdasarkan konsep komunikasi risiko bencana a. Unsur unsur (sifat risiko, manfaat, pilihan manajemen risiko) b. Prinsip prinsip (urjensi, audiesn, pakar, saling percaya, keterbukaan, memasukkan risiko)			<ol style="list-style-type: none"> 3. Komunikasi risiko sebagai salah satu komponen struktur analisis risiko (Witono Adiyoga) 4. The application of risk communication to food standards

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
	dalam perspektif, c. Persyaratan untuk komunikasi risiko yang efektif (latar belakang, penyusunan, distribusi, evaluasi)			and safety matters- The report of a joint FAO/WHO Expert Consultation (FAO Food and Nutrition Paper)
4. Menyampaikan/mengkomunikasikan risiko secara terbuka, tepat, jelas dan mudah dimengerti dan sesuai dengan karakteristik audiens				

KEMENKES RI

C. Materi Penunjang

- Nomor : Materi Penunjang 1
 Materi : Membangun Komitmen Belajar
 Waktu : 3 Jpl (T = 1 Jpl, P = 2Jpl, PL = 0 Jpl)
 TPU : Setelah mengikuti sesi ini peserta saling mengenal serta mampu merumuskan norma kelas yang disepakati.

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
<p>Setelah mengikuti sesi ini peserta mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> Melaksanakan pengenalan antara peserta, fasilitator dan panitia. Mencapai suasana pencairan sehingga peserta dapat lebih siap dan berani mengemukakan pengalaman dan pandangannya/ berpartisipasi aktif dalam pelatihan Merumuskan harapan-harapan terhadap pelatihan yang merupakan kesepakatan bersama dan menjadi norma kelas yang disepakati bersama 	<p>Pokok Bahasan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Komitmen Harapan terhadap pelatihan Kesepakatan norma kelas Kesepakatan kontrol kolektif 	<ul style="list-style-type: none"> Ceramah Tanya jawab 	<ul style="list-style-type: none"> Slide Proyektor LCD Audio video Laptop Papan dan kertas flipchart Spidol Instrumen pendukung lain yang tidak berbahaya 	<ol style="list-style-type: none"> Departemen Kesehatan RI, 2006. Modul TOT Pelatihan Pengelola Program Kesehatan Indera Pendengaran Departemen Kesehatan RI, 2005. Modul TOT Pelatihan Pengelola Program Kesehatan Indera Penglihatan Pusdiklat Departemen Kesehatan RI, 2001. Membangun Komitmen Belajar Lembar petunjuk penugasan

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
4. Menetapkan kontrol kolektif terhadap pelaksanaan norma kelas				

KEMENKES RI

- Nomor : Materi Penunjang 2
 Materi : Rencana Tindak Lanjut
 Waktu : 3 Jpl (T = 1 Jpl, P = 2Jpl, PL = 0 Jpl)
 TPU : Setelah mempelajari materi ini peserta mampu menyusun rencana tindak lanjut pasca pelatihan.

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah memperoleh materi ini peserta mampu: 1. Menjelaskan pengertian dan tujuan Rencana Tindak Lanjut 2. Menjelaskan langkah-langkah dalam menyusun RTL 3. Menyusun rencana tindak lanjut	Pokok Bahasan : Rencana Tindak Lanjut Sub Pokok Bahasan : 1. Pengertian dan tujuan Rencana Tindak Lanjut 2. Langkah-langkah dalam menyusun RTL. 3. Penyusunan RTL	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusi kelompok 	<ul style="list-style-type: none"> • Slide • Proyektor • LCD • Laptop • Papan dan kertas flipchart • Spidol 	

KEMENKES RI

KEMENKES RI

KEMENKES RI



KEMENKES RI

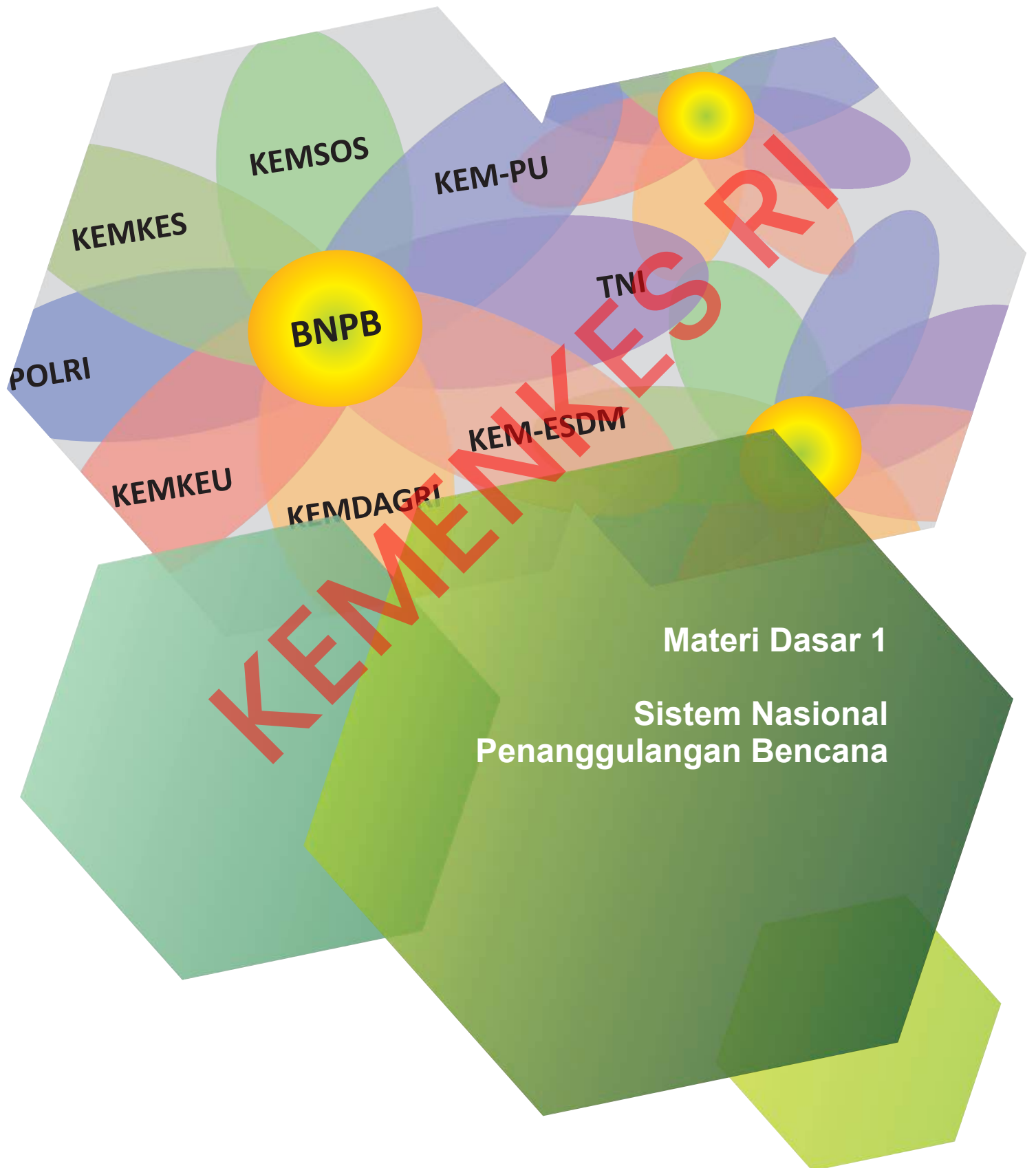
BAB IV
MODUL

KEMENKES RI



MATERI DASAR

KEMENKES RI



KEMENKES RI



MATERI DASAR 1

SISTEM NASIONAL PENANGGULANGAN BENCANA

I. DESKRIPSI SINGKAT

Sistem nasional penanggulangan bencana (PB) adalah adalah sistem pengaturan yang menyeluruh tentang kelembagaan, penyelenggaraan, tata-kerja dan mekanisme serta pendanaan dalam penanggulangan bencana, yang ditetapkan dalam pedoman atau peraturan dan perundangan. Sistem nasional PB ini terdiri dari komponen-komponen, yaitu: hukum, peraturan dan perundangan, kelembagaan, perencanaan, penyelenggaraan PB, pengelolaan sumberdaya, serta pendanaan.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta dapat memahami mengenai sistem pengaturan tentang kelembagaan, penyelenggaraan, tata-kerja dan mekanisme serta pendanaan dalam penanggulangan bencana

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu :

1. Memahami pengertian bencana
2. Mengetahui jenis ancaman bencana di Indonesia
3. Memahami siklus bencana
4. Memahami Istilah-istilah dalam PB
5. Memahami Pergeseran paradigma PB
6. Memahami sub sistem Legislasi dalam sistem nasional penanggulangan bencana
7. Memahami sub sistem Kelembagaan dalam sistem nasional penanggulangan bencana
8. Memahami sub sistem Perencanaan dalam sistem nasional penanggulangan bencana
9. Memahami sub sistem Penyelenggaraan dalam sistem nasional penanggulangan bencana

10. Memahami sub sistem Pendanaan dalam sistem nasional penanggulangan bencana
11. Memahami sub sistem IPTEK dalam sistem nasional penanggulangan bencana

III. BAHANAJAR

Materi yang diberikan adalah terkait dengan definisi bencana, jenis bencana, ancaman bencana alam, siklus bencana, istilah-istilah dalam penanggulangan bencana, pergeseran paradigam dalam penanggulangan bencana, legislasi, kelambagaan, perencanaan, penyelenggaraan, pendanaan dan IPTEK dalam penanggulangan bencana

IV. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan dan sub pokok bahasan sebagai berikut:

Pokok Bahasan :

1. Pengertian bencana

Sub pokok bahasan:

- a. Definisi bencana dan jenis bencana
- b. Bencana alam, Non alam, Sosial

2. Jenis Ancaman Bencana di Indonesia

Sub pokok bahasan:

Ancaman bencana alam

- a. Gempa Bumi
- b. Tsunami
- c. Letusan Gunung api
- d. Banjir
- e. Gerakan tanah
- f. Kebakaran hutan
- g. Kekeringan

3. Siklus bencana

Sub pokok bahasan :

- a. Pra Bencana
- b. Tanggap darurat
- c. Pasca Bencana

4. Istilah-istilah dalam PB

Sub pokok bahasan :

- a. Pencegahan
- b. Mitigasi
- c. Kesiapsiagaan
- d. Tanggap darurat
- e. Pemulihan

5. Pergeseran paradigma PB

Sub pokok bahasan :

- a. Paradigma lama
- b. Paradigma baru

6. Sub sistem legislasi

Sub pokok bahasan :

- a. Legislasi Nasional
- b. Legislasi Daerah

7. Sub sistem kelembagaan

Sub pokok bahasan :

- a. Organisasi BNPB
- b. Hubungan BNPB dengan kementerian/lembaga pemerintah lain

8. Sub sistem perencanaan

Sub pokok bahasan :

- a. Penanggulangan bencana dalam agenda pembangunan nasional
- b. Jenis-jenis perencanaan PB

9. Sub sistem penyelenggaraan

Sub pokok bahasan :

- a. Tahapan dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana
- b. Kegiatan dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana

10. Sub sistem pendanaan

Sub pokok bahasan :

- a. Dana DIPA (APBN/APBD)
- b. Dana *contingency*
- c. Dana siap pakai
- d. Dana bantuan sosial berpola hibah
- e. Dana yang bersumber dari masyarakat

11. Sub sistem IPTEK

Sub pokok bahasan :

- a. Pendidikan dan Pelatihan
- b. Penelitian dan pengembangan IPTEK Kebencanaan
- c. Penerapan Teknologi Penanggulangan Bencana

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran materi ini.

Langkah 1. Pengkondisian

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan. (10 menit)
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang (10 menit)

Langkah 2. Penyampaian Materi

1. Sampaikan paparan materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang, berikan kesempatan singkat terhadap pertanyaan penting saja (45 menit)

2. Bukalah sesi Tanya jawab, ulas beberapa pertanyaan penting, beri kesempatan peserta yang lain untuk turut menjawab (20 menit)
3. Beri apresiasi, dan simpulkan (5 menit)

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Narasumber melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Narasumber merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan: Pengertian bencana

a. Definisi bencana

Menurut UU No. 24 tahun 2007, definisi bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau non-alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.

b. Jenis Ancaman Bencana

- 1) Bencana alam: diakibatkan peristiwa alam (antara lain gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor)
- 2) Bencana non-alam: diakibatkan peristiwa nonalam (antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit).
- 3) Bencana sosial: diakibatkan peristiwa yang diakibatkan oleh manusia (konflik sosial antarkelompok atau antarkomunitas masyarakat, dan teror).

2. Pokok Bahasan : Jenis Ancaman Bencana alam di Indonesia

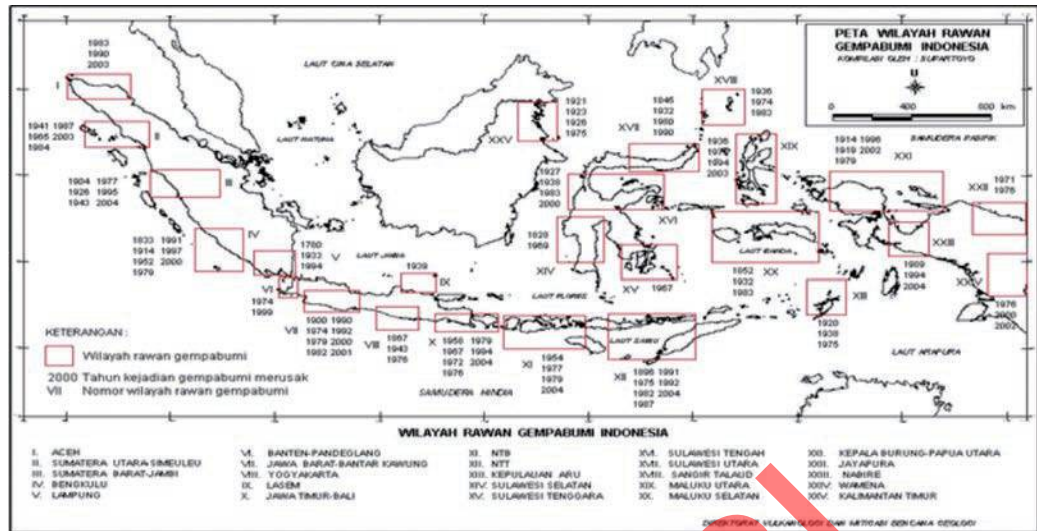
a. Gempa

Gempa terjadi akibat adanya energi yang lepas secara tiba-tiba pada zona penunjaman atau patahan aktif sehingga mengakibatkan getaran guncangan.

Kekuatan gempa/energi yang dilepaskan diukur secara instrumental/ magnitude; menggunakan skala Richter. Sedangkan tingkat keterasaan dan kerusakan diukur dalam skala *Modified Mercally Intensity* (MMI).

Penamaan	Skala Richter	Dampak pada bumi	Jumlah kejadian
Mikro	< 2,0	Gempa bumi mikro, tak terasa.	8.000/hari
Sangat Minor	2,0 – 2,9	Umumnya tak terasa, tapi tercatat oleh peralatan.	1000/hari
Minor	3,0 – 3,9	Umumnya terasa, jarang mengakibatkan kerusakan.	49.000/ th
Lemah	4,0 – 4,9	Teramati di dalam rumah, ada suara berderik, tidak ada kerusakan.	6.200 / th
Sedang	5,0 – 5,9	Kerusakan tidak luas pada bangunan dengan konstruksi buruk. Bangunan dengan konstruksi baik, rusak sedikit.	800 / th
Kuat	6,0 – 6,9	Dapat mengakibatkan kerusakan pada daerah padat penduduk sepanjang 150 km.	120 / th
Sangat Kuat	7,0 – 7,9	Kerusakan pada daerah lebih dari 150 km.	18 / th
Besar	8,0 – 8,9	Kerusakan pada daerah lebih dari beberapa ratus km.	1 / th
Besar dan Langka	> 9,0		1 / 20 th

Di Indonesia, daerah-daerah yang rawan gempa adalah:

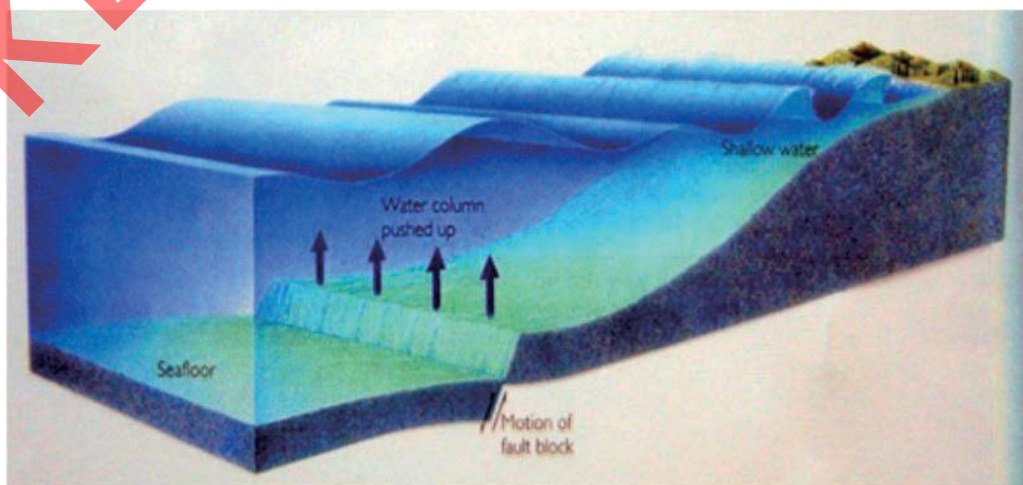


Pada gambar di atas zona yang berada pada kotak merah adalah wilayah wilayah di Indonesia yang rawan terhadap gempa.

b. Tsunami

Tsunami adalah melesaknya air laut ke permukaan yang disebabkan oleh patahan yang terjadi di dasar laut.

Karakteristik tsunami adalah kecepatan penjalaran di dasar laut yang dangkal tidak sama dengan dasar laut yang lebih dalam, sehingga mengakibatkan munculnya gelombang lebih tinggi. Tsunami biasanya juga ditandai dengan gempuran gelombang berulang.

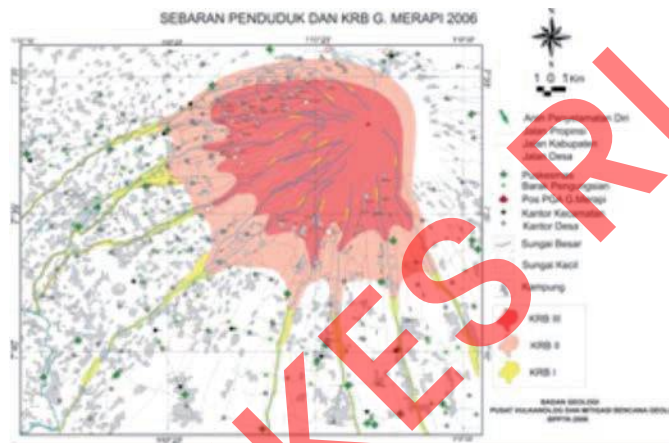


c. Letusan Gunung Api

Pelepasan energi secara tiba-tiba pada akibat tekanan oleh naiknya fluida (magma, gas, dan uap air) menuju ke permukaan.

a) Jenis Letusan Gunung api

- (1) Magmatik letusan disertai oleh keluarnya magma atau gas yang berasal dari magma dengan kekuatan tekanan besar.
- (2) Freatik letusan yang di dominasi oleh uap air.
- (3) Freato magmatik campuran keduanya



b) Ancaman yang dapat ditimbulkan oleh letusan gunung api:

- (1) Lontaran bom vulkanik.
- (2) Aliran lava.
- (3) Gas beracun.
- (4) Awan panas (mencapai 1000 c).
- (5) Banjir lahar panas/dingin.

d. Banjir

Banjir dapat dibedakan menjadi 2 jenis; banjir genangan dan banjir bandang. Penyebab utamanya adalah tidak terserapnya air ke dalam tanah yang bisa disebabkan oleh:

- (a) Kerusakan lingkungan.
- (b) Intensitas hujan yang tinggi.
- (c) Tidak tersedianya drainase yang cukup untuk menampung air.
- (d) Penyempitan kali.

- (e) Pasang laut.
- (f) Topografi yang rendah.
- (g) Tidak tepatnya pengelolaan Daerah Aliran Sungai.
- (h) Berubahnya fungsi/peruntukan lahan.

- Tingkat kerusakan yang diakibatkan banjir bergantung pada:

- 1) Luasnya daerah yang tergenang.
- 2) Dalamnya genangan.
- 3) Durasi dan lamanya genangan.

- Kerusakan yang ditimbulkan akibat banjir bisa berupa:

- 1) Korban jiwa.
- 2) Kehilangan harta benda dan hewan peliharaan.
- 3) Kerusakan bangunan dan lingkungan.
- 4) Sulitnya transportasi.
- 5) Kesulitan dalam menyediakan bahan kebutuhan pokok.
- 6) Meningkatnya harga kebutuhan pokok.

e. Gerakan tanah

Gerakan tanah merupakan salah satu penyebab terjadinya bencana.

- a) Gerakan tanah ini dapat dibedakan menjadi:

- (1) Longsoran translasi.
- (2) Longsoran rotasi.
- (3) Pergerakan blok.
- (4) Runtuhan batu.
- (5) Rayapan tanah.
- (6) Aliran material rombakan

- b) Gerakan tanah dapat disebabkan oleh:

- (1) Faktor kestabilan lereng
 - (a) Geologi.
 - (b) Geodesi.

- (c) Pengikisan.
- (2) Proses pemicu
 - (a) Kandungan air.
 - (b) Getaran.
 - (c) Pembebanan.
 - (d) Pemotongan lereng.
- (3) Besarnya dampak pergerakan tanah ini bergantung pada;
 - (a) Volume material.
 - (b) Kecepatan gerakan.
 - (c) Ukuran material.
 - (d) Intensitas gerakan.
- (4) Dampak yang dapat ditimbulkan oleh gerakan tanah ini antara lain;
 - (a) Kehilangan nyawa.
 - (b) Kerusakan lingkungan pemukiman dan lahan.
 - (c) Kelangkaan bahan kebutuhan pokok.
 - (d) Melonjaknya harga kebutuhan pokok.

f. Kebakaran hutan

Kebakaran hutan dapat diakibatkan oleh pemanasan iklim dan bisa juga dipicu oleh ulah manusia seperti pembakaran untuk membuka lahan. Dampak yang muncul akibat kebakaran hutan ini bergantung pada luasnya daerah yang terbakar dan sebaran kabut asap serta jarak pandang.

Kerugian yang ditimbulkan oleh kebakaran hutan

1. Munculnya korban jiwa.
2. Penyakit infeksi saluran pernafasan akibat asap tebal.
3. Bisa mengganggu kelancaran transportasi udara.

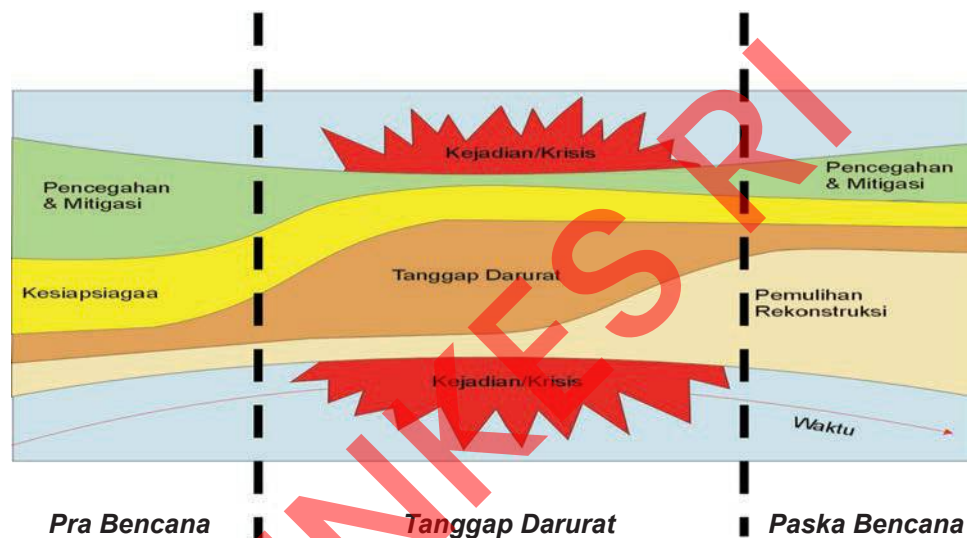
g. Kekeringan

Kekeringan disebabkan oleh perubahan iklim (el nino) dan ketidaksiapan manusia menyediakan penampungan air. Kekeringan terjadi bilamana

curah hujan tidak normal, debit air sungai berkurang dan prosentase daun kering pada tanaman. Kekeringan dapat menimbulkan kematian dan gagal panen dan matinya hewan peliharaan.

3. Pokok Bahasan : Siklus bencana

Siklus bencana menurut UU No. 24 tahun 2007 terdiri atas pra bencana (keadaan sebelum bencana), tanggap darurat (ketika terjadi bencana) dan pasca bencana (setelah terjadinya bencana)



4. Pokok bahasan : Istilah-istilah dalam PB

a. Pencegahan

Pencegahan (*prevention*) merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan risiko bencana, baik melalui pengurangan ancaman bencana maupun kerentanan pihak yang terancam bencana (UU no. 24 tahun 2007). Misalnya: melarang pembakaran hutan dalam perladangan dan melarang penambangan batu di daerah yang curam.

Tindakan Pencegahan yang dapat dilakukan antara lain adalah :

- Membuat peta daerah bencana
- Mengadakan dan mengaktifkan isyarat-isyarat tanda bahaya
- Menyusun rencana umum tata ruang
- Menyusun perda mengenai syarat keamanan, bangunan pengendalian limbah

- e) Mengadakan peralatan/perlengkapan operasional PB
- f) Membuat prosedur tetap, petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis PB.
- g) Perbaiki kerusakan lingkungan

b. Mitigasi

Mitigasi adalah serangkaian upaya untuk mengurangi risiko bencana baik melalui pembangunan fisik maupun penyadaran dan peningkatan kemampuan menghadapi ancaman bencana (UU No. 24/2007). Terdapat 2 bentuk mitigasi yaitu mitigasi struktural (membuat chekdam, bendungan, tanggul sungai, dll.) dan mitigasi non struktural (peraturan, tata ruang, pelatihan) termasuk spiritual.

Beberapa upaya mitigasi antara lain adalah:

- a) Menegakkan peraturan yg telah ditetapkan.
- b) Memasang tanda-tanda bahaya/larangan.
- c) Membangun Pos-pos pengamanan, pengawasan/pengintaian.

c. Kesiapsiagaan

Kesiapsiagaan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna (UU no. 24/2007), misalnya penyiapan sarana komunikasi, pos komando, penyiapan lokasi evakuasi, Rencana Kontinjensi, dan sosialisasi peraturan/pedoman penanggulangan bencana.

d. Tanggap darurat

Tanggap Darurat (*response*) menurut definisi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pengurusan pengungsi, penyelamatan, serta pemulihan prasarana dan sarana (UU No. 24/2007).

e. Pemulihan

Pemulihan (*recovery*) adalah serangkaian kegiatan untuk mengembalikan kondisi masyarakat dan lingkungan hidup yang terkena bencana dengan memfungsikan kembali kelembagaan, prasarana, dan sarana dengan melakukan upaya rehabilitasi. (UU No. 24/2007). Pemulihan meliputi pemulihan fisik dan non fisik.

5. Pokok Bahasan: Pergeseran Paradigma PB

Lama	Baru
Bersifat response	Pengurangan Risiko (Pencegahan dan kesiapsiagaan)
Penanganan sektoral	Multi Sektor, (eg. pemadaman kebakaran hutan dan lahan oleh multi sektor dalam BNPB).
Sistem sentralistik	Desentralistik (perkecualian untuk kondisi darurat tetap harus ada unsur sentralistik/komando).
Cara-cara konvensional	Holistik, penanganan dilakukan pada semua fase mulai dari prabencana, pada saat dan pasca bencana dan dilakukan oleh Pemerintah, Masyarakat dan Dunia Usaha.
Anggaran urusan pemerintah	Peran serta masyarakat dan dunia usaha

Komponen yang terkait dengan sistem nasional penanggulangan bencana adalah:

1. Legislasi
2. Kelembagaan
3. Perencanaan
4. Penyelenggaraan
5. Pendanaan
6. IPTEK

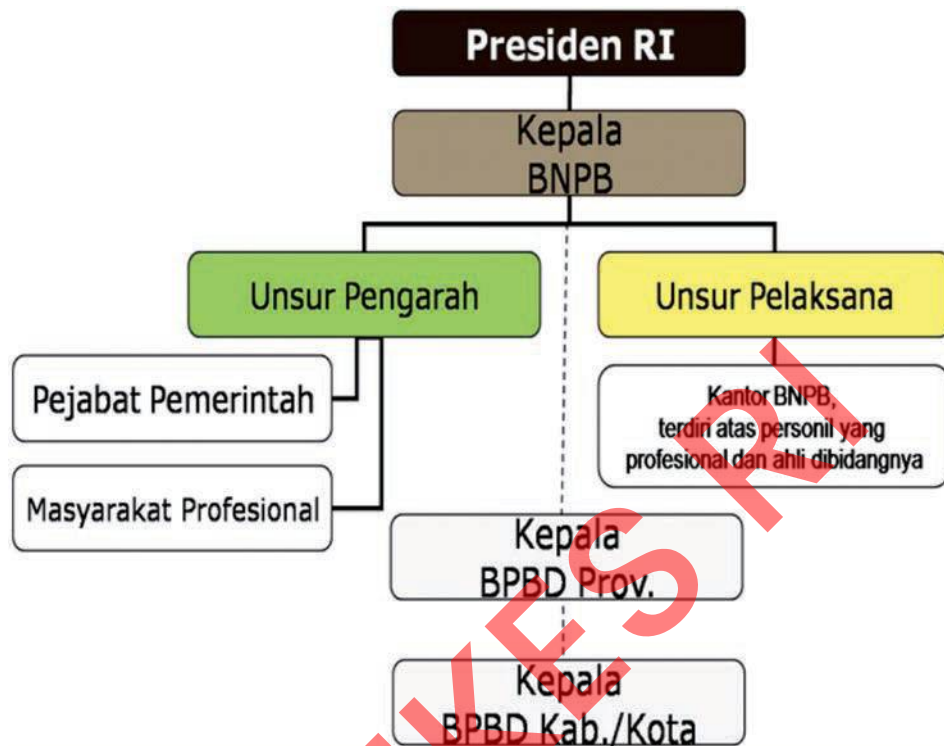
6. Pokok Bahasan: Sub sistem legislasi

Payung hukum yang menjadi landasan bagi penanggulangan bencana adalah:

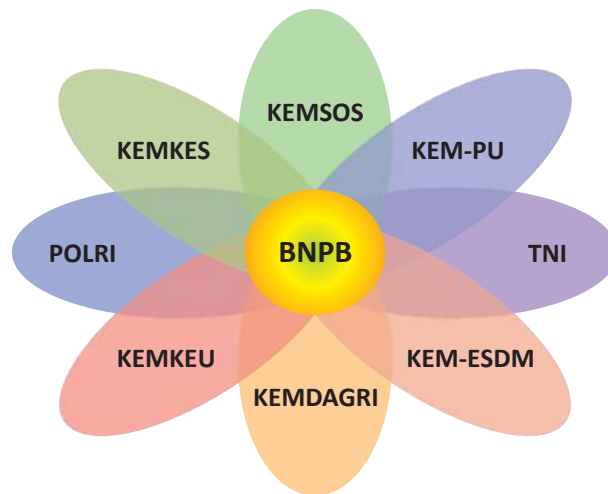
- a) Nasional:
 - 1) Undang-undang Nomor 24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana
 - 2) Peraturan Pemerintah
 - (a) Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana
 - (b) Nomor 22 Tahun 2008 tentang Pendanaan dan Pengelolaan bantuan Penanggulangan Bencana
 - (c) Nomor 23 Tahun 2008 tentang Peran Lembaga Internasional dan Lembaga Asing Non Pemerintah
 - 3) Peraturan Presiden
Nomor 8 Tahun 2008 tentang Pembentukan Badan Nasional Penanggulangan Bencana
 - 4) Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana
 - (a) Nomor 1 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Badan Nasional Penanggulangan Bencana
 - (b) Nomor 3 Tahun 2008 tentang Pembentukan BPBD
 - (c) Nomor 4 Tahun 2008 tentang Pedoman Rencana Penanggulangan Bencana
 - 5) Daerah
Peraturan Daerah mengenai pembentukan BPBD di daerah setempat.

7. Pokok Bahasan: Sub Sistem Kelembagaan

- a) Struktur kelembagaan dalam penanggulangan bencana adalah sebagai berikut:



- 1) Presiden RI membawahi dan berhak untuk memberikan komando kepada Kepala BNPB.
 - 2) Kepala BNPB membawahi dan berhak untuk memberikan komando kepada Unsur Pengarah dan Unsur Pelaksana
 - 3) Kepala BNPB berkoordinasi dan bekerjasama dengan Kepala BPBD provinsi dan kabupaten/kota
- b) Unsur pengarah merupakan pembantu Kepala BNPB untuk memberikan masukan dan saran dalam rangka penanggulangan bencana. Unsur pengarah ini terdiri atas 10 orang pejabat pemerintah dan 9 orang masyarakat profesional.
- c) Unsur pelaksana merupakan bawahan Kepala BNPB yang mempunyai tugas melaksanakan penanggulangan bencana secara terintegrasi yang meliputi prabencana, saat tanggap darurat, dan pasca bencana.
- d) Hubungan kelembagaan antara BNPB dengan kementerian/isntansi pemerintah lainnya dalam penanggulangan bencana bersifat koordinasi sebagaimana gambar berikut ini :



8. Pokok Bahasan: Sub Sistem Perencanaan

- a) Penanggulangan bencana masuk dalam agenda pembangunan nasional (nasional dan daerah) dengan cara mengikutsertakan :
 - 1) Penanggulangan bencana dalam Rencana Nasional Penanggulangan Bencana 2010-2014
 - 2) Penanggulangan bencana masuk dalam RPJP (D), RPJM (D) dan RKP (D)
 - 3) Penyusunan RAN-PRB dan RAD-PRB (berdasarkan Kerangka Aksi Hyogo)
- b) Perencanaan penanggulangan bencana juga telah ditindaklanjuti dengan pembuatan :
 - 1) Rencana Penanggulangan Bencana (*DM Plan*)

Merupakan rencana umum dan menyeluruh yang meliputi seluruh tahapan / bidang kerja kebencanaan
 - 2) Rencana Kontinjensi (*Contingency Plan*)

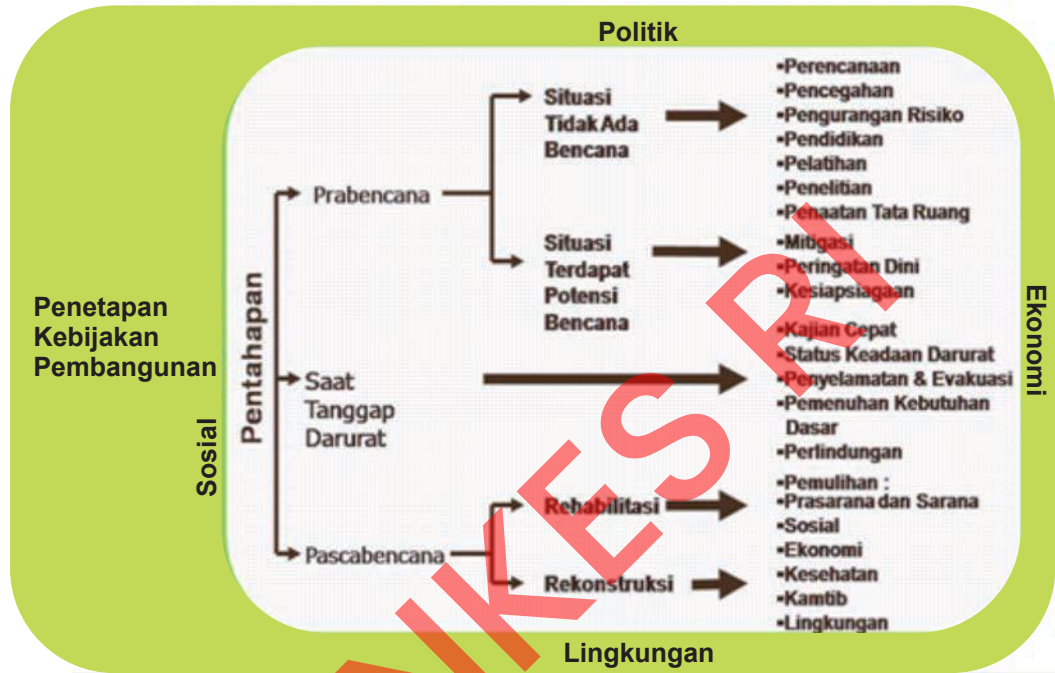
Suatu proses identifikasi dan penyusunan rencana yang didasarkan pada keadaan kontinjensi atau keadaan bencana yang belum tentu terjadi namun terdapat potensi akan terjadi.
 - 3) Rencana Operasi (*Operation Plan*)

Merupakan operasionalisasi/aktivasi dari Rencana Penanggulangan Bencana atau Rencana Kontinjensi yang telah disusun sebelumnya.
 - 4) Rencana Pemulihan (*Recovery Plan*)

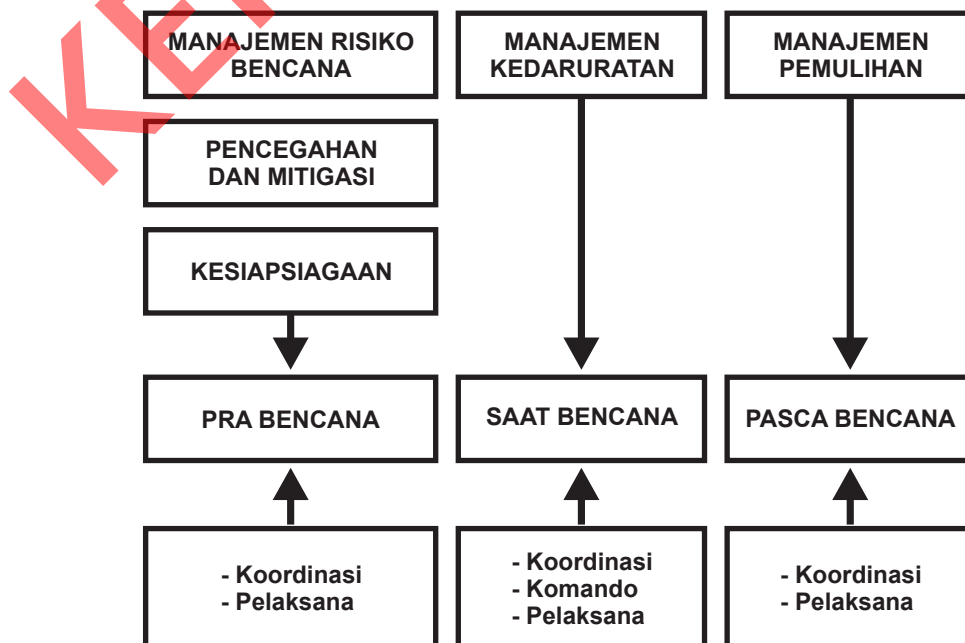
Perencanaan dalam PB yang meliputi rencana rehabilitasi dan rekonstruksi yang dilakukan pada pasca bencana.

9. Pokok Bahasan: Sub Sistem Penyelenggaraan

- a) Penyelenggaraan penanggulangan bencana dilakukan dalam 3 kondisi :
- 1) Pra bencana : sebelum terjadinya bencana
 - 2) Saat tanggap darurat : saat terjadinya bencana
 - 3) Pascabencana : setelah terjadinya bencana



- b) Pada saat pra dan pasca bencana fungsi BNPB adalah sebagai koordinasi (dengan kementerian lain) dan pelaksana penanggulangan bencana, sedangkan saat terjadi bencana fungsi BNPB bertambah satu yaitu komando lintas instansi sebagaimana gambar berikut ini :



- c) Sistem komando dalam penanggulangan bencana oleh BNPB dijalankan sebagai berikut :
- 1) Dalam tanggap darurat dilaksanakan secara *Incident Command System* (Komando Penanganan Darurat).
 - 2) Ditunjuk seorang *Incident Comander* sebagai penanggung jawab lapangan yang bertanggung jawab kepada Kepala Daerah setempat.
 - 3) Pelaksanaan dilakukan dengan membentuk POSKO, sebagai aktivasi dari Pusat Pengendali Operasi sebagaimana gambar sebagai berikut :



10. Pokok Bahasan: Sub Sistem Pendanaan

Dana yang digunakan dalam penanggulangan bencana diperoleh melalui:

- a) Dana DIPA (APBN/APBD) untuk mendukung kegiatan rutin dan operasional lembaga/departemen terutama untuk kegiatan pengurangan risiko bencana
- b) Dana *Contingency*: untuk penanganan kesiapsiagaan.
- c) Dana *Siap Pakai (on call)*: untuk bantuan kemanusiaan (*relief*) pada saat terjadi bencana atau pada saat dinyatakan kondisi darurat.
- d) Dana bantuan Sosial berpola Hibah. Dana yang dialokasikan untuk bantuan pasca bencana di daerah.
- e) Dana yang bersumber dari masyarakat.

11. Pokok Bahasan: Sub Sistem IPTEK)

Ilmu pengetahuan dan teknologi telah berkembang sedemikian rupa. Saat ini, penanggulangan bencana juga melibatkan dunia IPTEK dalam kegiatan antara lain;

- a) Pendidikan dan Pelatihan.
 - 1) Memasukkan pendidikan kebencanaan dalam kurikulum sekolah.
 - 2) Membuka program studi “*disaster management*” di perguruan tinggi.
 - 3) Melakukan pelatihan manajer dan teknis.
 - 4) Mencetak tenaga profesional dan ahli PB.
- b) Penelitian dan pengembangan Iptek Kebencanaan.
 - 1) Pemahaman karakteristik ancaman (*hazard*) dan teknologi penanganannya.
- c) Penerapan Teknologi Penanggulangan Bencana, contoh:
 - 1) Pemetaan dan Tataruang.
 - 2) Deteksi dini/EWS (Gunung Api, Tsunami, Banjir, Tanah Longsor, dll).
 - 3) Bangunan Tahan Gempa/*building code* (PU).

VII. EVALUASI

1. Sebutkan definisi bencana dan jenis ancaman bencana di Indonesia?
2. Apa yang anda ketahui tentang siklus bencana?
3. Jelaskan tentang, pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat dan pemulihan?
4. Apa yang anda ketahui tentang paradigm penanggulangan bencana?
5. Upaya-upaya yang dilakukan dalam penanggulangan bencana?
6. Bagaimana mekanisme pembiayaan dalam penanggulangan bencana

VIII. RANGKUMAN

Menurut UU No. 24 tahun 2007, definisi bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau non-alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.

Pada saat pra dan pasca bencana fungsi BNPB adalah sebagai koordinasi (dengan kementerian lain) dan pelaksana penanggulangan bencana, sedangkan saat terjadi bencana fungsi BNPB bertambah satu yaitu komando lintas instansi

Dalam tanggap darurat dilaksanakan secara *Incident Command System* (Komando Penanganan Darurat). Ditunjuk seorang *Incident Commander* sebagai penanggung jawab lapangan yang bertanggung jawab kepada Kepala Daerah setempat. Pelaksanaan dilakukan dengan membentuk POSKO, sebagai aktivasi dari Pusat Pengendali Operasi.

IX. REFERENSI

- a. Undang-undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
- b. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan bencana
- c. Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 2008 tentang Pendanaan dan Pengelolaan Bantuan Bencana
- d. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2008 tentang Peran serta lembaga internasional dan Lembaga asing non pemerintah
- e. Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2008 tentang Badan Nasional Penanggulangan Bencana
- f. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 46 Tahun 2008 tentang Tata cara pembentukan Badan Penanggulangan Bencana Daerah
- g. Peraturan Kepala BNPB Nomor 1 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja BNPB
- h. Peraturan Kepala BNPB Nomor 3 Tahun 2008 tentang Pedoman pembentukan Badan Penanggulangan Bencana Daerah
- i. Sugeng Triutomo, ed, dkk, Panduan Pengenalan Karakteristik Bencana dan Upaya Mitigasi di Indonesia. Jakarta : Pelaksana Harian Bakornas PB, 2007. Edisi 2

$$R \approx H \times \frac{V}{C}$$

RISK INDEX HAZARD VULNERABILITY
CAPACITY

DISASTER RISK INDEX is equal with HAZARD and community VULNERABILITY magnitude, but inversely proportional with community and government CAPACITY

KEMENTERIAN
KESRI

Materi Dasar 2

Pengurangan Risiko Bencana

KEMENKES RI



MATERI DASAR 2

PENGURANGAN RISIKO BENCANA

I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini berisi penjelasan mengenai paradigma pengurangan risiko bencana (terkait bidang kesehatan) yang saat ini merupakan pendekatan dalam penanggulangan bencana. Pembelajaran dalam materi ini meliputi: konsep pengurangan risiko bencana, sejarah dan aksi pengurangan risiko bencana, upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan. Metode yang digunakan dalam pembelajaran ini adalah ceramah dan tanya jawab.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami tentang Pengurangan Risiko Bencana (terkait bidang kesehatan).

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu menjelaskan tentang;

1. Konsep pengurangan risiko bencana
2. Sejarah dan rencana aksi pengurangan risiko bencana
3. Upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan

III. BAHAN AJAR

Materi yang diberikan adalah paparan dan referensi pendukung terkait konsep, sejarah dan rencana aksi serta upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan.

IV. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan sebagai berikut:

1. Konsep pengurangan risiko bencana
2. Sejarah dan rencana aksi pengurangan risiko bencana
3. Upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran:.

Langkah 1. Pengkondisian Peserta

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2. Penyampaian Materi

Langkah pembelajaran:

1. Narasumber menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, kemudian curah pendapat.

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Narasumber melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Narasumber merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan 1: Konsep Pengurangan Risiko Bencana

Peserta diklat dalam pokok bahasan ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. Definisi, jenis dan siklus bencana serta dampak bencana di bidang kesehatan

- 1) **Bencana** adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor nonalam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.

Jenis Bencana

- 1) **Bencana alam** adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor.
- 2) **Bencana nonalam** adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa nonalam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit.
- 3) **Bencana sosial** adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat, dan teror.

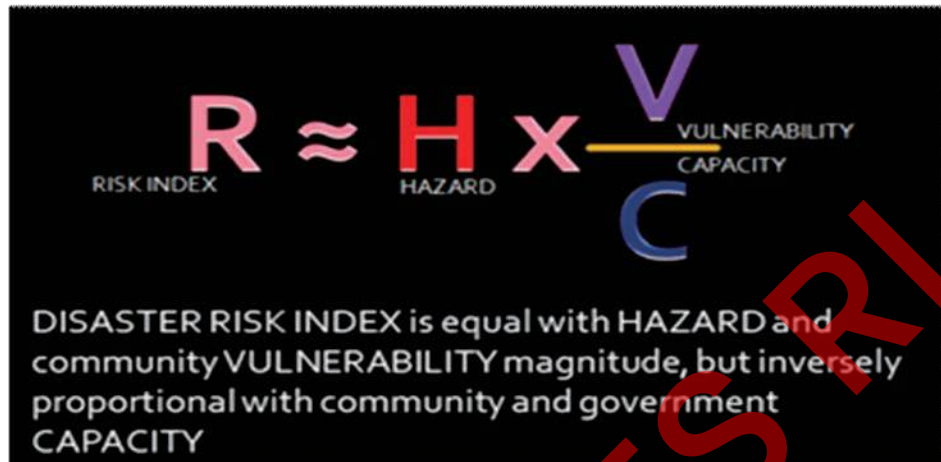
Siklus Bencana

- i. Pra Bencana, meliputi kegiatan:
 1. Pencegahan
 2. Mitigasi
 3. Kesiapsiagaan
- ii. Saat Bencana
 1. Siaga Darurat
 2. Tanggap Darurat
 3. Pemulihan Darurat

iii. Pasca Bencana

1. Rehabilitasi
2. Rekonstruksi

b. Definisi pengurangan risiko bencana



Pengurangan risiko bencana adalah pengurangan kerentanan dan risiko bencana melalui masyarakat, serta mencegah atau membatasi dampak merugikan dalam pembangunan berkelanjutan.

c. Tujuan pengurangan risiko bencana

Pengurangan risiko bencana bertujuan mengurangi dampak yang ditimbulkan akibat bencana

d. Metode dalam pengurangan risiko bencana

Metode yang digunakan dalam PRB harus mencakup 5W1H, sbb:

- 1) *Who* - pihak-pihak yang terlibat
- 2) *What* - objek pengurangan risiko bencana
- 3) *When* - tahapan siklus bencana
- 4) *Where* lokus kegiatan PRB
- 5) *How* - jenis kegiatan PRB yang dilakukan

2. Pokok Bahasan : Sejarah dan rencana aksi pengurangan risiko bencana

Peserta diklat dalam pokok bahasan ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. Sejarah pengurangan risiko bencana sebagai paradigma baru

- 1) Resolusi Sidang Majelis Umum ke 218 tanggal 14 Desember 1971 mengenai bantuan dalam situasi bencana alam dan bencana lainnya
- 2) Resolusi Nomor 46/182 tahun 1991 mengenai Penguatan Koordinasi Bantuan Kemanusiaan PBB dalam hal bencana
- 3) *Yokohama Strategy Plan of Action*, 1994
- 4) Resolusi Dewan Ekonomi dan Sosial PBB Nomor 63 Tahun 1999 tentang Dekade Pengurangan Risiko Bencana Internasional (UN ISDR)
- 5) *Hyogo Framework of Action*, 2005
- 6) *Sendai Framework of Action 2015*
- 7) Rencana Aksi Nasional dalam Pengurangan Risiko Bencana (RAN PRB) 2006-2009

b. Rencana aksi global

- 1) Secara umum UN WCDRR di Sendai menghasilkan *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 – 2030* sebagai kelanjutan dari *Hyogo Framework for Action on Disaster Risk Reduction 2005 – 2015*. *Sendai Framework* merumuskan empat aksi prioritas yang harus menjadi dasar dalam program manajemen risiko bencana pada tingkat global, regional, nasional dan daerah (lokal) dengan mempertimbangkan kapasitas dan kapabilitas serta sejalan dengan peraturan perundangan nasional. Berikut adalah Empat Aksi Prioritas *Sendai Framework* dan pendekatannya pada tingkat nasional dan daerah (lokal).

SENDAI FRAMWORK TINGKAT NASIONAL DAN LOKAL

Prioritas Aksi	Pendekatan Tingkat Nasional dan Lokal
<p>Prioritas 1: Memahami risiko bencana. Kebijakan pengelolaan risiko bencana dan implementasinya harus berdasarkan pemahaman terhadap risiko bencana dalam seluruh dimensi kerentanan, kapasitas, paparan bahaya terhadap manusia dan seluruh aset, karakteristik ancaman serta dampak lingkungan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Mendorong pengumpulan, analisis, manajemen dan penggunaan data yang relevan serta penyajian informasi yang praktis. Memastikan diseminasi data dan informasi, dengan mempertimbangkan kebutuhan pengguna yang memiliki kepentingan yang berbeda; b. Mendorong pemanfaatan data dan informasi, dan penguatan baseline serta secara berkala menilai risiko bencana, kerentanan, kapasitas, dampak, karakteristik bahaya dan kemungkinan timbulnya efek sekuensial pada skala sosial dan ekosistem yang relevan, sesuai dengan kondisi nasional; c. Mengembangkan, memperbaharui secara berkala dan menyebarluaskan data dan informasi - seperti, informasi risiko bencana berdasarkan tempat (wilayah), termasuk peta risiko - kepada pembuat kebijakan, masyarakat umum, dan komunitas yang berisiko terhadap bencana dalam format yang sesuai, seperti yang telah ada yaitu geospasial information technology; d. Secara sistematis mengevaluasi, mencatat, berbagi dan mempublikasikan angka kerugian akibat bencana dan memahami dampak di bidang ekonomi, sosial, kesehatan, pendidikan, lingkungan dan budaya - seperti paparan bahaya dari kejadian tertentu – serta informasi mengenai kerentanan; e. Membuat informasi yang non-sensitif - mengenai paparan bahaya, kerentanan, risiko, bencana dan kerugian - yang selalu tersedia dan dapat diakses; f. Mendorong akses kepada data reliabel yang real-time, dengan memanfaatkan ketersediaan dan informasi in situ, termasuk Geographic Information Systems (GIS), dan menggunakan teknologi informasi dan komunikasi untuk mengembangkan alat ukur serta mengembangkan proses pengumpulan, analisis dan diseminasi data; g. Membangun pengetahuan pejabat pemerintahan disemua level, masyarakat sipil, komunitas dan relawan, serta sektor swasta melalui berbagi pengalaman, pelajaran penanggulangan bencana, good practices, pelatihan dan pendidikan tentang pengurangan risiko bencana, termasuk pemanfaatan mekanisme pelatihan dan pendidikan yang sudah ada dan peer learning; h. Mendorong dan meningkatkan dialog dan kerjasama antara masyarakat ilmiah dan ahli teknologi, pihak-pihak terkait lainnya dengan

Prioritas Aksi	Pendekatan Tingkat Nasional dan Lokal
	<p>pembuat kebijakan untuk memfasilitasi bertemunya ilmu pengetahuan-kebijakan (science-policy), untuk pengambilan keputusan yang efektif dalam risiko bencana;</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Memanfaatkan pengetahuan tradisional, adat dan nilai lokal serta prakteknya, yang sesuai, untuk melengkapi pengetahuan ilmiah dalam penilaian risiko bencana dan pengembangannya serta mengimplementasikan kebijakan, strategi, perencanaan dan program spesifik sektor dengan pendekatan lintas sektor yang harus disesuaikan dengan konteks lokal dan konteks manajemen risiko bencana; j. Memperkuat kapasitas teknis dan kapasitas ilmiah untuk memanfaatkan dan mengkonsolidasikan pengetahuan yang ada, serta untuk mengembangkan dan menerapkan metodologi maupun model untuk menilai risiko bencana, kerentanan dan paparan terhadap semua jenis ancaman; k. Mendorong investasi dalam inovasi dan pengembangan teknologi jangka panjang, dengan pendekatan multi-hazard dan solusi berbasis penelitian dalam manajemen risiko bencana untuk menghadapi kesenjangan, hambatan, saling ketergantungan dibidang sosial, ekonomi, pendidikan serta untuk menghadapi tantangan perubahan lingkungan dan risiko bencana; l. Mendorong integrasi pengetahuan risiko bencana - termasuk pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat, pemulihan dan rehabilitasi - dalam pendidikan formal dan non formal serta pendidikan kewarganegaraan disemua tingkatan, demikian pula pada pendidikan dan pelatihan profesional; m. Menyusun strategi nasional untuk memperkuat pendidikan dan kesadaran masyarakat dalam pengurangan risiko bencana - yang mencakup informasi risiko dan ilmu pengetahuan tentang bencana - melalui penyuluhan, media sosial, dan mobilisasi masyarakat dengan mempertimbangkan kebutuhan spesifiknya; n. Menerapkan informasi risiko dalam semua dimensi dari kerentanan, kapasitas dan paparan bahaya - terhadap personal, masyarakat, negara dan aset, - demikian pula dengan karakteristik bahaya, untuk mengembangkan dan mengimplementasikan kebijakan pengurangan risiko bencana; o. Meningkatkan kolaborasi dengan masyarakat ditingkat lokal untuk diseminasi informasi risiko bencana melalui pelibatan organisasi berbasis masyarakat dan organisasi non pemerintah.

Prioritas Aksi	Pendekatan Tingkat Nasional dan Lokal
<p>Prioritas 2: Memperkuat tata kelola risiko bencana dalam manajemen risiko bencana. Tata kelola risiko bencana pada level nasional, regional dan global sangat penting dalam manajemen risiko bencana yang efektif dan efisien. Visi yang jelas, perencanaan, kemampuan, arah, koordinasi lintas program dan sektor, demikian pula dengan pelibatan seluruh elemen terkait. Penguatan tata kelola manajemen risiko bencana - untuk pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat, pemulihan, dan rehabilitasi, yang semuanya penting, - dan mendukung pengembangan kerjasama dan kolaborasi antar lembaga dalam mengimplementasikan instrumen yang berkaitan dengan pengurangan risiko bencana dan pembangunan yang berkelanjutan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengarusutamakan dan mengintegrasikan pengurangan risiko bencana di lintas program dan lintas sektor. Mengkaji dan mendorong perpaduan dan pengembangan kerangka kerja nasional maupun lokal dibidang hukum, peraturan dan kebijakan publik yang sesuai dengan peran dan tanggung jawab masing-masing pihak, mengarahkan sektor publik dan swasta untuk: (i) mengatasi risiko bencana yang ada, mengelola atau mengatur semua jenis pelayanan dan infrastruktur; (ii) mendorong dan memberikan insentif yang sesuai atas upaya yang dilakukan baik oleh perseorangan, rumah tangga, masyarakat maupun pelaku bisnis; (iii) meningkatkan mekanisme dan memprakarsai transparansi pengelolaan risiko bencana, - yang mungkin termasuk didalamnya adalah bantuan keuangan - memprakarsai peningkatan kesadaran masyarakat dan pelatihan publik, memprakarsai pelaporan serta penindakan hukum dan penindakan administratif; dan (iv) menetapkan struktur koordinasi dan organisasi; b. Mengadopsi dan menerapkan strategi dan rencana pengurangan risiko bencana pada tingkat nasional dan lokal, kemudian menetapkan target, indikator dan jangka waktu, yang ditujukan untuk mencegah timbulnya risiko, mengurangi risiko yang ada serta untuk penguatan ekonomi, sosial, kesehatan dan ketahanan lingkungan; c. Melakukan penilaian terhadap kemampuan teknis, keuangan, dan administratif terkait manajemen risiko bencana untuk menangani risiko yang telah diidentifikasi pada tingkat lokal dan nasional; d. Mendorong adanya mekanisme dan imbalan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap ketentuan yang sudah ditetapkan oleh hukum dan peraturan, - termasuk yang mengatur penggunaan lahan dan perencanaan kota, struktur bangunan, pengelolaan lingkungan dan sumber daya serta standar kesehatan dan keselamatan, - dan memperbarui hal-hal tersebut, jika diperlukan, untuk memberikan fokus yang memadai pada manajemen risiko bencana; e. Mengembangkan dan memperkuat mekanisme untuk menindaklanjuti, menilai secara berkala dan melaporkan secara terbuka perencanaan nasional dan daerah (lokal). Mendorong pengawasan publik dan mendorong pembahasan secara institusi, termasuk dengan anggota parlemen dan pejabat terkait lainnya, terhadap laporan perencanaan daerah (lokal) dan nasional yang terkait pengurangan risiko bencana;

Prioritas Aksi	Pendekatan Tingkat Nasional dan Lokal
	<p>f. Memberikan peran dan tugas yang jelas bagi perwakilan masyarakat dalam lembaga-lembaga yang mengelola risiko bencana, turut serta dalam proses pengelolaan serta pengambilan keputusan melalui kerangka kerja yang sesuai. Melakukan konsultasi publik yang komprehensif dalam proses pengembangan hukum dan peraturan untuk mendukung pelaksanaannya;</p> <p>g. Memantapkan dan memperkuat forum koordinasi pemerintah - yang terdiri dari pemangku kepentingan di tingkat nasional dan daerah (lokal) yang terkait dalam kegiatan pengurangan risiko bencana, - maupun dengan focal point nasional yang ditunjuk untuk melaksanakan framework the post-2015. Hal ini diperlukan agar mekanisme yang dibentuk memiliki dasar yang kuat dalam kerangka kerja kelembagaan nasional dengan tanggung jawab dan kewenangan yang jelas, yaitu antara lain, untuk mengidentifikasi risiko bencana sektoral dan multisektoral, membangun kesadaran dan pengetahuan tentang risiko bencana melalui penyebaran informasi dan data mengenai risiko bencana, mengkoordinasikan laporan risiko bencana tingkat lokal dan nasional, mengkoordinasikan program kesadaran masyarakat tentang risiko bencana, memfasilitasi dan mendukung kerjasama lokal multi sektoral (misalnya antara pemerintah daerah), memberikan kontribusi dalam penetapan dan pelaporan perencanaan serta seluruh kebijakan yang relevan untuk manajemen risiko bencana baik di tingkat nasional maupun lokal. Tanggung jawab ini harus ditetapkan melalui undang-undang, peraturan, standar dan prosedur;</p> <p>h. Memberdayakan pemerintah daerah melalui pengaturan regulasi dan keuangan untuk bekerjasama dan berkoordinasi dengan kelompok masyarakat, penduduk asli dan pendatang dalam manajemen risiko bencana di tingkat lokal;</p> <p>i. Mendorong anggota parlemen untuk mendukung pelaksanaan pengurangan risiko bencana melalui penyusunan peraturan baru atau perubahan peraturan terkait maupun pengaturan alokasi anggaran;</p> <p>j. Mendorong pengembangan standar kualitas, - seperti pemberian sertifikasi dan penghargaan terkait manajemen risiko bencana, - dengan partisipasi dari sektor swasta, masyarakat sipil, asosiasi profesi, organisasi ilmiah dan badan PBB;</p> <p>k. Merumuskan kebijakan publik yang dapat diaplikasikan dan bertujuan untuk mengatasi isu-</p>

Prioritas Aksi	Pendekatan Tingkat Nasional dan Lokal
	<p>isu pencegahan atau relokasi pemukiman manusia di daerah risiko bencana, sesuai dengan hukum nasional dan sistem peraturan perundangan.</p>
<p>Prioritas 3: Investasi pengurangan risiko bencana untuk ketahanan (resilience). Investasi publik dan swasta dalam pencegahan dan pengurangan risiko bencana melalui tindakan-tindakan struktur dan non-struktur yang penting untuk meningkatkan ekonomi, sosial, kesehatan dan ketahanan budaya baik personal, masyarakat, negara dan aset mereka, serta lingkungan. Hal ini dapat mendorong inovasi, pertumbuhan dan penciptaan lapangan kerja. Langkah-langkah tersebut merupakan biaya efektif dan berperan dalam menyelamatkan nyawa, mencegah dan mengurangi kerugian serta memastikan pemulihan dan rehabilitasi yang efektif.</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Mengalokasikan sumber daya yang diperlukan, termasuk keuangan dan logistik yang sesuai, di semua tingkat pemerintahan bagi pengembangan dan implementasi kebijakan strategi, perencanaan, hukum dan peraturan terkait pengurangan risiko bencana di semua sektor terkait; b. Mendorong mekanisme untuk penggantian dan jaminan atas risiko bencana, risk-sharing serta pengaturan dan perlindungan keuangan yang tepat, bagi investasi publik dan investasi swasta dalam rangka untuk mengurangi dampak keuangan akibat bencana pada pemerintah dan masyarakat, di daerah perkotaan maupun pedesaan; c. Memperkuat ketahanan investasi masyarakat dan swasta terhadap bencana, khususnya melalui: langkah-langkah pencegahan risiko bencana terhadap struktur, non-struktur dan fungsional serta pengurangan risiko bencana di fasilitas vital, terutama di sekolah-sekolah dan rumah sakit serta infrastruktur fisik; membangun yang lebih baik sejak awal untuk menghadapi bahaya melalui desain dan konstruksi yang tepat, termasuk penerapan prinsip-prinsip desain universal dan standarisasi bahan bangunan; retrofitting dan rehabilitasi; melakukan pemeliharaan; dan dengan mempertimbangkan kajian terhadap dampak ekonomi, sosial, struktural, teknologi dan lingkungan; d. Melindungi atau mendukung perlindungan kepada nilai-nilai budaya dan situs sejarah, warisan budaya dan agama; e. Mendorong ketahanan terhadap risiko bencana di tempat kerja melalui tindakan-tindakan struktural dan non-struktural; f. Mendorong pengarusutamaan penilaian risiko bencana ke dalam pengembangan kebijakan dan implementasi penggunaan lahan, -termasuk perencanaan tata kota, penilaian degradasi tanah serta pembangunan perumahan permanen dan non-permanen, serta penerapan pedoman maupun instrumen tindak lanjutnya - mengikuti antisipasi perubahan demografis dan lingkungan; g. Mendorong pengarusutamaan penilaian, pemetaan dan manajemen risiko bencana dalam perencanaan pembangunan pedesaan dan pengelolaan daerah - gunung, sungai, daerah dataran banjir di pesisir, lahan kering, lahan

Prioritas Aksi	Pendekatan Tingkat Nasional dan Lokal
	<p>basah dan daerah lain yang rentan terhadap kekeringan dan banjir, - termasuk melalui identifikasi daerah yang aman bagi pemukiman dan pada saat yang sama melestarikan fungsi ekosistem yang membantu mengurangi risiko;</p> <p>h. Mendorong revisi aturan yang telah ada atau pengembangan aturan dan standar kegiatan rehabilitasi dan rekonstruksi bangunan di tingkat nasional atau tingkat lokal yang sesuai, dengan tujuan membuat aturan dan standar yang lebih bisa diterapkan dalam konteks daerah, - terutama di pemukiman informal dan marginal, - dan memperkuat kapasitas setempat agar dapat menerapkan, mengukur dan menegakkan aturan-aturan tersebut melalui pendekatan yang tepat, dengan maksud untuk mengembangkan struktur yang tahan terhadap bencana;</p> <p>i. Meningkatkan ketahanan sistem kesehatan nasional, termasuk dengan mengintegrasikan manajemen risiko bencana ke dalam pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier, khususnya di tingkat lokal; mengembangkan kapasitas tenaga kesehatan dalam memahami risiko bencana, menerapkan dan melaksanakan pendekatan pengurangan risiko bencana dalam program kesehatan; mendorong dan meningkatkan kapasitas pelatihan bidang kedokteran bencana; mendukung dan melatih komunitas kesehatan dalam pengurangan risiko bencana dengan pendekatan program kesehatan, bekerja sama dengan sektor lain, demikian pula dalam implementasi International Health Regulations (2005) dari WHO;</p> <p>j. Memperkuat desain dan implementasi kebijakan-kebijakan inklusif dan mekanisme jejaring pengaman sosial, termasuk dengan melibatkan masyarakat, terintegrasi dengan program peningkatan mata pencaharian dan peningkatan akses ke pelayanan kesehatan dasar, - termasuk kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak, kesehatan seksual dan reproduksi, keamanan makanan dan gizi, - perumahan dan pendidikan, pemberantasan kemiskinan, untuk menemukan solusi dalam fase pasca-bencana serta untuk memberdayakan dan membantu orang-orang yang terkena dampak bencana;</p> <p>k. Orang dengan penyakit kritis (mengancam nyawa) dan berpenyakit kronis, karena kebutuhan khusus mereka, harus dimasukkan ke dalam desain kebijakan dan perencanaan untuk mengelola risiko yang mereka hadapi sebelum, selama dan sesudah bencana, termasuk memperoleh akses ke pelayanan life-saving;</p> <p>l. Mendorong penerapan kebijakan dan program</p>

Prioritas Aksi	Pendekatan Tingkat Nasional dan Lokal
	<p>yang ditujukan pada mobilitas manusia yang dipicu oleh bencana (disaster-induced) untuk memperkuat ketahanan masyarakat yang terkena dampak dan masyarakat host (masyarakat penerima) sesuai hukum dan kondisi nasional;</p> <ul style="list-style-type: none"> m. Mendorong integrasi pengurangan risiko bencana dalam instrumen keuangan dan fiskal; n. Memperkuat pemanfaatan dan pengelolaan ekosistem yang berkelanjutan serta menerapkan pendekatan terpadu pengelolaan sumber daya alam dan lingkungan dengan pengurangan risiko bencana; o. Meningkatkan ketahanan dunia bisnis dan perlindungan terhadap mata pencaharian dan aset produktif di seluruh rantai pasokan. Menjamin kelangsungan layanan dan mengintegrasikan manajemen risiko bencana ke dalam model bisnis dan praktiknya; p. Memperkuat perlindungan terhadap mata pencaharian dan aset produktif, termasuk ternak, hewan pekerja, alat dan benih; q. Mempromosikan dan mengintegrasikan pendekatan manajemen risiko bencana melalui industri pariwisata, mengingat sektor pariwisata sering menjadi kunci dari sumber ekonomi utama.
<p>Prioritas 4: Meningkatkan program kesiapsiagaan untuk respon dan “membangun kembali yang lebih baik” dalam pemulihan, rehabilitasi dan rekonstruksi yang efektif. Risiko bencana yang perkembangannya cenderung stabil, termasuk paparan personal dan aset, dikombinasikan dengan pelajaran dari bencana yang terjadi di masa lalu, menunjukkan perlunya untuk lebih memperkuat kesiapsiagaan bencana menghadapi</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan atau mereview dan memperbaharui secara berkala kesiapsiagaan bencana dan kebijakan kontinjensi, rencana dan program dengan melibatkan sektor terkait, dengan mempertimbangkan perubahan iklim dan dampaknya terhadap risiko bencana, dan memfasilitasi partisipasi semua sektor dan pemangku kepentingan terkait; b. Melakukan investasi, mengembangkan dan memperkuat sistem yang berpusat pada masyarakat (people-centred) yang multi-hazard, mengembangkan dan memperkuat kerjasama multisektoral dan sistem peringatan dini, risiko bencana dan komunikasi darurat, teknologi sosial dan sistem telekomunikasi hazard-monitoring. Mengembangkan sistem-sistem tersebut melalui proses partisipatif. Menyesuaikan dengan kebutuhan pengguna, termasuk kebutuhan sosial dan budaya, khususnya dalam persoalan jender. Mendorong penerapan alat peringatan dini yang sederhana dan murah dan memfasilitasi saluran rilis (channel) yang lebih luas, untuk informasi peringatan dini bencana alam; c. Mendorong ketahanan infrastruktur vital yang telah ada atau yang akan dibangun, termasuk air, transportasi dan telekomunikasi, fasilitas

Prioritas Aksi	Pendekatan Tingkat Nasional dan Lokal
<p>respon, mengantisipasi kejadian, mengintegrasikan pengurangan risiko bencana dalam kesiapsiagaan dan memastikan kapasitas untuk tanggap darurat dan pemulihan yang efektif di semua tingkat.</p> <p>Memberdayakan perempuan dan penyandang cacat untuk mempromosikan keadilan gender dan kapasitas respon, rehabilitasi, pemulihan dan rekonstruksi dapat diakses oleh semua. Bencana telah menunjukkan bahwa tahap pemulihan, rehabilitasi dan rekonstruksi perlu disiapkan menghadapi bencana, kesemuanya merupakan hal penting untuk membangun kembali dengan lebih baik, termasuk melalui mengintegrasikan pengurangan risiko bencana dalam langkah-langkah pembangunan, membuat bangsa dan komunitas memiliki daya tahan terhadap bencana.</p>	<p>pendidikan, rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, untuk memastikan bahwa fasilitas-fasilitas tersebut tetap aman, efektif dan dapat beroperasi selama dan setelah bencana untuk memberikan pelayanan life saving dan pelayanan vital lainnya;</p> <p>d. Membangun pusat-pusat kemasyarakatan sebagai pusat kegiatan peningkatan kesadaran masyarakat dan sebagai pusat penyediaan bahan (stockpiling) yang diperlukan bagi kegiatan penyelamatan dan pertolongan;</p> <p>e. Mengadopsi kebijakan-kebijakan publik dan kegiatan yang mendukung peran pekerja di pusat pelayanan publik untuk membangun atau memperkuat mekanisme koordinasi dan pendanaan serta prosedur bantuan darurat dan untuk merencanakan dan mempersiapkan pemulihan dan rekonstruksi pasca bencana;</p> <p>f. Melatih satuan kerja dan sukarelawan dalam menangani bencana serta memperkuat kapasitas teknis dan logistik untuk memastikan respon yang lebih baik dalam keadaan darurat;</p> <p>g. Menjamin kontinuitas operasi dan perencanaan, termasuk pemulihan sosial dan ekonomi, dan penyediaan pelayanan dasar dalam fase pasca bencana;</p> <p>h. Mendorong pelatihan-pelatihan kesiapsiagaan bencana, tanggap darurat dan pemulihan, termasuk keterampilan evakuasi, pelatihan dan pembentukan sistem pendukung berbasis wilayah, dengan maksud untuk memastikan respon yang cepat dan efektif terhadap bencana dan pengungsian, termasuk akses ke tempat penampungan yang aman, makanan pokok dan pasokan bantuan bukan makanan, yang sesuai dengan kebutuhan lokal;</p> <p>i. Mendorong kerjasama antar lembaga, otoritas dan pemangku kepentingan terkait di semua tingkatan, termasuk masyarakat dan pelaku bisnis yang terkena dampak, - mengingat sifat kompleks dan tingginya biaya rekonstruksi pasca-bencana, - di bawah koordinasi otoritas nasional;</p> <p>j. Mendorong integrasi manajemen risiko bencana ke dalam proses pemulihan dan rehabilitasi pasca bencana, memfasilitasi adanya kaitan antara fase penyelamatan, rehabilitasi dan pembangunan. Memanfaatkan kesempatan selama tahap pemulihan bagi pengembangan kapasitas untuk mengurangi risiko bencana dalam jangka pendek, menengah dan panjang, - termasuk melalui pengembangan langkah-langkah seperti perencanaan penggunaan lahan, perbaikan standar struktur bangunan – serta</p>

Prioritas Aksi	Pendekatan Tingkat Nasional dan Lokal
	<p>berbagi keahlian, pengetahuan, reuiu pasca bencana dan pelajaran dari bencana yang lalu. Mengintegrasikan rekonstruksi pasca bencana ke dalam pembangunan ekonomi dan sosial yang berkelanjutan di daerah yang terkena dampak. Hal ini juga harus berlaku untuk pemukiman sementara bagi para pengungsi akibat bencana;</p> <ul style="list-style-type: none"> k. Mengembangkan pedoman untuk penyiapan rekonstruksi bencana, - seperti pada perencanaan penggunaan lahan dan perbaikan standar struktur bangunan, - termasuk dengan memperlajari program pemulihan dan rekonstruksi sejak penerapan Kerangka Aksi Hyogo lebih dari satu dekade, serta bertukar pengalaman, pengetahuan dan pelajaran penanggulangan bencana yang lalu; l. Pertimbangkan relokasi sarana dan prasarana umum ke daerah-daerah aman di luar jangkauan risiko, sedapat mungkin, dalam proses rekonstruksi pasca bencana, melalui konsultasi dengan orang-orang yang terkait; m. Memperkuat kapasitas otoritas daerah (lokal) untuk dapat mengevakuasi orang-orang yang hidup di daerah rawan bencana; n. Membangun mekanisme pencatatan kasus dan penyusunan database kematian yang disebabkan oleh bencana dalam rangka meningkatkan upaya pencegahan meningkatnya angka kesakitan dan kematian; o. Meningkatkan skema pemulihan untuk memberikan dukungan psikososial dan layanan kesehatan mental untuk semua orang yang membutuhkan; p. Mengkaji dan memperkuat peraturan perundangan nasional dan kerjasama internasional, berdasarkan pedoman untuk memfasilitasi kepentingan dalam negeri dan berdasarkan regulasi penanggulangan bencana internasional dan bantuan pemulihan dini.

- 2) Ringkasan materi dalam sesi-sesi yang terkait dengan bidang kesehatan sebagai berikut:
- a) Manajemen risiko bencana harus diintegrasikan dalam program kesehatan. Masyarakat yang sehat akan melahirkan masyarakat yang tangguh, dan masyarakat yang tangguh akan mempercepat proses pemulihan pasca bencana;
 - b) Masyarakat adalah inti dari respon yang efektif. Perlu dikembangkan kemitraan yang efektif dengan pendekatan kita dan mereka (stakeholder dan masyarakat) serta pendekatan teknologi
 - c) Jepang telah menerapkan International Health Regulation (2005) pada saat terjadi kebocoran nuklir pasca gempa dan tsunami tahun 2011. Banyak korban meninggal karena gempa, namun tidak ada korban yang meninggal karena tsunami.
 - d) Meksiko telah mengembangkan Safe Hospital dengan memberikan sertifikat Safe Hospital Evaluation kepada rumah sakit yang lulus penilaian. Sejak tahun 2008, 1.768 fasilitas pelayanan kesehatan telah mendapat sertifikasi dan ada 1578 lainnya sedang dinilai. Rumah sakit yang masuk dalam kategori C dilakukan perbaikan, baik dengan rekonstruksi, rehabilitasi maupun dengan retrofitting, untuk mencapai kategori A. Untuk mendukung program Safe Hospital di Meksiko, pemerintah Meksiko mengalokasikan anggaran, pemetaan risiko, memenuhi standar yang dipersyaratkan dan meningkatkan kapasitas pelayanan kesehatan untuk mengurangi risiko dan merespon kedaruratan CBRN. Langkah selanjutnya, Pemerintah Meksiko akan menerapkan aturan baru tentang integrasi konsep Smart Hospital (Safe and Green), melanjutkan program yang telah dicanangkan, dan memperluas standar keamanan pada sekolah, hotel dan fasilitas vital lainnya.
 - e) Pelajaran dari penanganan Ebola di Liberia: (i) melibatkan masyarakat secara berkelanjutan dalam penanganan pandemik; (ii) membangun kembali kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan, pelayanan kesehatan dan petugas kesehatan, yang sebelumnya hilang saat pandemik, melalui aksi yang nyata; (iii) pengawasan Ebola, seperti pelacakan kontak, pencarian kasus secara aktif, kewaspadaan dan respon, - tidak dapat dilakukan

tanpa partisipasi masyarakat; (iv) mobilisasi massa untuk kegiatan sosial membantu memberikan pesan kepada masyarakat, komunikasi interpersonal adalah kunci bagi pelibatan masyarakat khususnya dalam penanganan Ebola yang dikaitkan dengan ketakutan yang meluas dan stigma bagi penderita, penolong dan keluarganya; (v) dukungan kesehatan jiwa dan psikososial sangat penting bagi pemulihan penderita dan penolong selama proses dan pasca pandemik; (vi) pemulihan pasca pandemik dimulai dari pembelajaran pada masa pandemik; (vii) memperkuat sumber daya kesehatan; (viii) memperbaiki infrastruktur kesehatan untuk pelayanan kesehatan yang aman; (ix) memperkuat kesiapsiagaan dan respon pandemik dan (x) menyusun dan menerapkan kebijakan terkait

3. Pokok Bahasan 3: Upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan

Peserta diklat dalam pokok bahasan ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. Perencanaan upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan

Kegiatan ini meliputi:

- 1) Penyiapan regulasi terkait PRB di bidang kesehatan
- 2) Penyusunan organisasi PRB di bidang kesehatan
- 3) Penyiapan sumber daya PRB di bidang kesehatan

b. Pelaksanaan upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan

- 1) Pengumpulan data kesiapsiagaan
- 2) Penyusunan peta rawan
- 3) Analisis risiko kesehatan
- 4) Penyusunan rencana penanggulangan bencana bidang kesehatan

c. Pengembangan upaya pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan

- 1) Kajian evaluasi PRB
- 2) Drill/Simulasi/TTX/Geladi

VII. EVALUASI

Jika terjadi bencana di suatu daerah bagaimana upaya pengurangan risiko yang dapat dilaksanakan (LessonLearnt)

VIII. RANGKUMAN

Sebagai suatu metode pendekatan dalam penanggulangan bencana, maka pengurangan risiko bencana merupakan suatu metode yang telah diakui secara internasional dengan telah ditetapkannya komitmen global sejak tahun 2005 melalui *Hyogo Framework of Action on Disaster Risk Reduction* dan diperbaharui pada tahun 2015 melalui *Sendai Framework of Action on Disaster Risk Reduction*. Dalam modul ini peserta diharapkan dapat memahami konsep pengurangan risiko bencana, substansi pengurangan risiko bencana serta implementasi pengurangan risiko bencana di bidang kesehatan

IX. DAFTAR PUSTAKA

1. UU No 24 Tahun 2007
2. PP No.21 Tahun 2008
3. *Sendai Framework of Action on Disaster Risk Reduction*
4. *Living With Risk*, UN ISDR, 2004

KEMENKES RI



MATERI INTI

KEMENKES RI



KEMENKES RI

Materi Inti 1

Sistem Komando Pengendali Lapangan

KEMENKES RI



MATERI INTI 1

SISTEM KOMANDO PENGENDALI LAPANGAN (SKPL/ICS)

I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini membahas tentang Sistem Komando Pengendali Lapangan yang meliputi pembelajaran tentang definisi, sejarah dan komponen yang ada pada Penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana di Indonesia, mulai dari latar belakang, definisi, tahapan pembentukan komando tanggap darurat bencana, sampai dengan penyelenggaraan sistem komando di tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi dan Nasional.

Metode yang digunakan dalam pembelajaran adalah ceramah, tanya jawab, diskusi kelompok, role play atau simulasi.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu mengoperasikan sistem komando pengendali lapangan dalam penanggulangan bencana.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu :

1. Menjelaskan prinsip-prinsip dasar dan komponen SKPL
2. Menjelaskan pengertian Sistem Komando Penanganan Tanggap Darurat Bencana di Indonesia;
3. Menjelaskan perangkat sistem komando penanganan darurat bencana
4. Mengoperasikan penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana pada Status Keadaan Darurat Bencana Kabupaten/Kota
5. Mengoperasikan penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana pada Status Keadaan Darurat Bencana Provinsi
6. Mengoperasikan penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana pada Status Keadaan Darurat Bencana Nasional

III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan sebagai berikut:

1. Prinsip-prinsip dasar SKPL
2. Pengertian Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana di Indonesia
3. Perangkat Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana
4. Penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana pada Status Keadaan Darurat Bencana Kabupaten/Kota
5. Penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana pada Status Keadaan Darurat Bencana Provinsi
6. Penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana pada Status Keadaan Darurat Bencana Nasional

IV. BAHAN AJAR

Materi-materi yang diberikan berkaitan dengan struktur dan fungsi organisasi SKPL dan prinsip-prinsip dasar SKPL, Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana di Indonesia, dan peraturan perundang-undangan terkait.

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran materi ini.

Langkah 1. Pengkondisian Peserta

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2. Penyampaian Materi

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, kemudian curah pendapat.

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Fasilitator merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan 1: Prinsip-prinsip Dasar SKPL

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. Prinsip-prinsip Dasar SKPL

Definisi SKPL

- Sistem Komando Pengendalian Lapangan, atau SKPL, merupakan konsep penanganan keadaan darurat yang terstandarisasi, dilakukan ditempat kejadian, dan dapat digunakan untuk semua bahaya. SKPL memungkinkan penggunaannya untuk mengadopsi struktur organisasi yang terintegrasi guna mengatasi kompleksitas dan tuntutan yang dihadapi dalam keadaan darurat tunggal atau jamak tanpa terhalang oleh batasan yuridiksi.
- SKPL memiliki fleksibilitas internal yang cukup baik. SKPL dapat mengembang atau menyusut untuk menyesuaikan dengan kebutuhan yang berbeda-beda. Fleksibilitas ini memberikan pendekatan manajemen yang sangat efektif secara biaya dan efisien baik untuk kebutuhan besar atau kecil.

Tujuan SKPL

Dengan menggunakan praktek manajemen terbaik, SKPL membantu memastikan:

1. Keamanan petugas dan korban.
2. Pencapaian sasaran taktis.
3. Penggunaan sumber daya secara efisien.

b. Sejarah SKPL

- 1) SKPL dikembangkan pada tahun 1970an setelah peristiwa kebakaran hebat di wilayah perkotaan / hutan California. Kerusakan properti mencapai jutaan dolar, dan banyak orang yang meninggal atau terluka. Personel yang ditugaskan untuk menentukan penyebab musibah ini mempelajari sejarah kasus dan menemukan bahwa masalah respon jarang disebabkan oleh kekurangan sumber daya atau kegagalan taktik.
- 2) Secara mengejutkan, hasil studi yang mereka lakukan menemukan bahwa masalah respon seringkali timbul akibat kurangnya manajemen dibandingkan alasan lain. Kelemahan yang ada pada penanganan keadaan darurat seringkali disebabkan oleh:
 - a) Kurangnya akuntabilitas, termasuk rantai komando dan supervisi yang tidak jelas.
 - b) Kurangnya komunikasi yang disebabkan baik oleh tidak efisiennya penggunaan sistem komunikasi yang tersedia dan kode serta terminologi yang berlainan.
 - c) Kurangnya proses perencanaan yang sistematis dan runtun.
 - d) Tidak adanya struktur manajemen yang umum, fleksibel dan sudah dirancang dari awal yang memungkinkan komandan untuk mendelegasikan tanggung jawab yang diembannya dan mengelola beban kerja secara efisien.
 - e) Tidak adanya metode yang telah ditetapkan untuk mengintegrasikan kebutuhan antar-badan ke dalam struktur dan proses perencanaan penanganan secara efektif.

- 3) Respon keadaan darurat yang kurang dikelola dengan baik dapat membahayakan kesehatan dan keselamatan korban dan petugas, dan juga lingkungan serta ekonomi.
- 4) SKPL dapat digunakan untuk menangani berbagai tipe keadaan darurat dan kejadian, termasuk:
 - a) Bencana alam - tornado, banjir, gempa bumi, kebakaran hutan
 - b) Wabah penyakit manusia maupun hewan
 - c) Misi Search and Rescue (Pertolongan dan Penyelamatan)
 - d) Keadaan darurat yang melibatkan bahan berbahaya
 - e) Keadaan darurat yang melibatkan teroris
 - f) Operasi penyelamatan
 - g) Distribusi bantuan kemanusiaan
 - h) Acara yang telah direncanakan sebelumnya seperti parade, pertandingan olahraga, konferensi, konser, dll.

Manfaat SKPL

Sistem Komando Pengendalian Lapangan (SKPL)

- a) Memenuhi tuntutan keadaan darurat dengan berbagai bentuk dan ukurannya.
- b) Memungkinkan personel dari berbagai badan untuk melebur menjadi satu struktur manajemen.
- c) Menyediakan dukungan logistik dan administratif bagi staf operasional.
- d) Efektif secara biaya dengan menghindari duplikasi usaha.

c. **Komponen SKPL**

Struktur Sistem Komando Pengendali Lapangan (SKPL)

Komponen Organisasional SKPL



- 1) Bagan organisasi SKPL mencakup Staf Komando berikut ini: Kepala Komando Pengendalian Lapangan, Petugas Informasi, Petugas Pengaman Keselamatan, and Petugas Penghubung Staf Umum termasuk bagian Operasi, Perencanaan Logistik, dan Keuangan/Administrasi.
- 2) Di dalam Bagian Operasi ada dua Cabang. Yang ada dibawah Cabang adalah Divisi dan Kelompok. Di bawah divisi terdapat Tim Gerak Cepat, atuan Tugas, dan Sumber Daya Tunggal.
- 3) Di dalam Bagian Perencanaan terdapat beberapa unit sebagai berikut: Sumber Daya, Situasi, Demobilisasi, dan Dokumentasi.
- 4) Di dalam Bagian Logistik terdapat dua Cabang: Cabang Layanan dengan Unit Komunikasi, Medis, dan makanan di dalamnya, dan cabang pendukung dengan Unit Penyedia, Fasilitas, dan Dukungan Darat di dalamnya.
- 5) Di dalam Bagian Keuangan/Administrasi terdapat Unit-unit sebagai berikut: Waktu, Pengadaan, Kompensasi/Klaim, dan Biaya.

Keadaan Darurat Yang Meluas



Walaupun semua tipe fungsi posisional yang diilustrasikan pada gambar tersedia bagi Kepala Komando Pengendalian Lapangan, fungsi posisional ini hanya diaktifkan sebagai respon atas keadaan darurat.

Poin-poin berikut ini berlaku bagi organisasi SKPL:

- 1) Keadaan darurat yang sangat kecil bisa jadi hanya melibatkan Kepala Komando Pengendalian Lapangan dan sejumlah kecil sumber daya.
- 2) Sebuah keadaan darurat bisa saja berskala kecil pada awalnya dan kemudian meluas. Saat cakupan keadaan darurat bertambah dan jumlah sumber daya yang dibutuhkan meningkat, mungkin akan dianggap perlu untuk mengaktifkan Tim Gerak Cepat, Divisi, Kelompok, Cabang, atau Bagian guna mempertahankan rentang kendali yang memadai.
- 3) Dalam keadaan darurat yang meluas, Kepala Komando Pengendalian Lapangan dapat mengaktifkan posisi dan mendelegasikan otoritas kepada Kepala Bagian, Direktur Cabang, Supervisor Kelompok atau Divisi, atau Pemimpin Tim Gerak Cepat atau Unit guna menyelesaikan tugas dan mengawasi operasi taktis.

- 4) Kemampuan untuk mendelegasikan pengawasan sumber daya bukan hanya membebaskan Kepala Komando Pengendalian Lapangan supaya dapat mengambil keputusan penting namun juga memperjelas jalur komunikasi kepada semua orang yang terlibat di dalam keadaan darurat.

Kompleksitas Keadaan dan Kebutuhan Sumber Daya



Walaupun semua tipe fungsi posisional yang diilustrasikan pada gambar tersedia bagi Kepala Komando Pengendalian Lapangan, fungsi posisional ini hanya diaktifkan sebagai respon atas kebutuhan yang terdapat pada keadaan darurat.

Pertimbangkan hal berikut ini:

- 1) Keadaan darurat yang sangat kecil bisa jadi hanya melibatkan Kepala Komando Pengendalian Lapangan dan sejumlah kecil sumber daya.
- 2) Sebuah keadaan darurat bisa saja berskala kecil pada awalnya dan kemudian meluas. Saat cakupan keadaan darurat bertambah dan jumlah sumber daya yang dibutuhkan meningkat, mungkin akan dianggap perlu untuk mengaktifkan Tim Gerak Cepat, Divisi, Kelompok, Cabang, atau Bagian guna mempertahankan rentang

kendali yang memadai.

- 3) Dalam keadaan darurat yang meluas, Kepala Komando Pengendalian Lapangan dapat mengaktifkan posisi dan mendelegasikan otoritas kepada Kepala Bagian, Direktur Cabang, Supervisor Kelompok atau Divisi, atau Pemimpin Tim Gerak Cepat atau Unit guna menyelesaikan tugas dan mengawasi operasi taktis.
- 4) Kemampuan untuk mendelegasikan pengawasan sumber daya bukan hanya membebaskan Kepala Komando Pengendalian Lapangan supaya dapat mengambil keputusan penting namun juga memperjelas jalur komunikasi kepada semua orang yang terlibat di dalam keadaan darurat.

Fasilitas SKPL

Fasilitas Keadaan Darurat yang Telah Ditetapkan

Fasilitas keadaan darurat adalah:

- 1) Ditetapkan oleh Kepala Komando Pengendalian Lapangan tergantung dari kebutuhan dan kompleksitas keadaan darurat atau kejadian.
- 2) Hanya diaktifkan saat diperlukan. Beberapa keadaan darurat mungkin membutuhkan fasilitas yang tidak ada dalam daftar standar.

Pertanyaan: Apa saja beberapa faktor yang harus dipertimbangkan ketika menetapkan fasilitas keadaan darurat?

- 1) Prioritas utama adalah kebutuhan keadaan darurat
- 2) Lamanya waktu fasilitas akan digunakan
- 3) Biaya untuk menetapkannya
- 4) Pertimbangan lingkungan

1. Pos KPL (PKPL): Incident Command Post (ICP)

- a) Merupakan tempat di mana Kepala Komando Pengendalian Lapangan mengawasi seluruh operasi keadaan darurat.
- b) Lokasinya dapat berpindah selama kejadian.

- c) Dapat berlokasi di kendaraan, trailer, tenda, atau di dalam gedung.
- d) Harus berlokasi di luar zona bahaya yang ada atau zona bahaya potensial namun cukup dekat ke lokasi keadaan darurat untuk mempertahankan komando.
- e) Setiap keadaan darurat harus memiliki semacam Pos KPL.
- f) Lokasi awal PKPL harus mempertimbangkan sifat keadaan darurat, apakah bertumbuh atau bergerak, dan apakah lokasi PKPL sesuai ukuran dan keamanannya dengan durasi keadaan darurat yang diperkirakan.
- g) ICP dapat berlokasi di kendaraan, trailer, tenda, atau di dalam gedung, sebagai contoh. Pada keadaan darurat jangka panjang, Sebaiknya disediakan fasilitas PKPL yang memiliki penerangan dan/atau perlindungan dari cuaca yang memadai.
- h) PKPL diberi nama sesudah dengan nama keadaan darurat, misal., PKPL Karo
- i) Beberapa keadaan darurat mungkin sangat besar sehingga memiliki pusat komunikasi di lokasi yang berfungsi sebagai pusat pengiriman informasi untuk sumber daya yang ditugaskan.
- j) Pusat komunikasi biasanya berhubungan atau bersebelahan dengan PKPL. Selain itu, beberapa keadaan darurat akan membutuhkan ruang yang cukup di dalam PKPL yang akan digunakan untuk fungsi-fungsi Staf Komando dan Bagian Perencanaan.

Karakteristik PKPL

Berikut ini adalah beberapa karakteristik umum PKPL yang harus diketahui dan dipahami:

- a) Hanya ada satu PKPL pada setiap keadaan darurat, walaupun keadaan darurat tersebut bersifat multi-juridiksi.
- b) Pusat komunikasi keadaan darurat, apabila ada pada suatu keadaan darurat, seringkali berlokasi di dalam atau di sebelah PKPL .
- c) Fungsi-fungsi komando pengendalian lapangan dilakukan di dalam PKPL.

- d) PKPL mungkin berlokasi di dalam fasilitas keadaan darurat lain seperti Pangkalan Kejadian.
- e) Fungsi perencanaan biasanya dilakukan di dalam PKPL.
- f) PKPL harus cukup besar untuk memberikan ruang kerja yang memadai bagi personel yang ditugaskan pada PKPL.
- g) PKPL harus memiliki tampilan status situasi dan sumber daya yang diperlukan dalam keadaan darurat, dan informasi lain yang diperlukan untuk tujuan perencanaan.
- h) Perwakilan badan biasanya berlokasi di dalam PKP
- i) Setelah didirikan, PKPL biasanya tidak dipindahkan.

Catatan: Pada keadaan darurat yang meluas PKPL dapat saja dipindahkan apabila ada diperlukan lokasi yang lebih baik atau apabila akan memfasilitasi operasi komando yang lebih baik.

Pendirian PKPL

Berikut ini adalah panduan umum yang digunakan dalam pendirian PKPL:

- a) Berposisi jauh dari kebisingan dan kebingungan yang biasanya terjadi pada keadaan darurat.
- b) Berposisi di luar zona bahaya yang ada atau zona bahaya potensial.
- c) Berposisi pada lokasi di mana keadaan darurat dapat dipantau (apabila memungkinkan).
- d) Memiliki kemampuan untuk berkembang saat keadaan darurat meluas.
- e) Memiliki kemampuan untuk memberikan keamanan, dan kontrol akses ke PKPL sebisa mungkin.
- f) Cirikan lokasi dengan banner atau tanda yang jelas
- g) Umumkan aktivasi dan lokasi PKPL melalui radio atau alat komunikasi lain sehingga diketahui oleh semua personel yang perlu mengetahuinya

2. Pangkalan Aju (Staging Area)

- a) Merupakan lokasi sementara pada keadaan darurat dimana personel dan peralatan disimpan saat menunggu penugasan taktis. Mungkin ada lebih dari satu Pangkalan Aju pada lokasi keadaan darurat.
- b) Pangkalan Aju harus berlokasi cukup dekat ke lokasi keadaan darurat sehingga dapat mempercepat waktu respon namun cukup jauh sehingga tidak berada di zona dampak langsung.
- c) Pangkalan Aju dapat berdampingan dengan PKPL, Pangkalan, Perkemahan, Pangkalan Helikopter, atai Helispot.

Catatan: Sumber daya yang ada pada Pangkalan Aju selalu dalam status tersedia. Oleh karena itu, sumber daya yang sedang beristirahat atau tidur TIDAK akan berada di Pangkalan Aju.

Penekanan: Sumber daya yang ada di Pangkalan Aju selalu dalam status tersedia. Oleh karena itu, sumber daya yang sedang beristirahat atau tidur TIDAK akan berada di Pangkalan Aju.

3. Pangkalan (Base)

- a) Merupakan lokasi dari mana semua logistik utama dan fungsi administratif dikoordinasikan dan diatur. Hanya ada satu Pangkalan pada setiap keadaan darurat, dan Pangkalan akan dinamai sesuai dengan nama keadaan darurat.
- b) Dapat berada di lokasi yang berdampingan dengan Pos KPL.
- c) Didirikan dan dikelola oleh Bagian Logistik.

Sumber daya yang ada di dalam pangkalan **selalu** dalam kondisi tidak dapat digunakan.

4. Camp

- a) Merupakan tempat di mana sumber daya dapat disimpan guna mendukung operasi keadaan darurat apabila Pangkalan tidak dapat diakses oleh semua sumber daya. Satu keadaan darurat dapat memiliki beberapa perkemahan, namun tidak semua keadaan darurat akan memiliki perkemahan.
- b) Merupakan lokasi sementara yang ada di dalam area umum keadaan darurat yang dilengkapi dan memiliki staf untuk menyediakan

makanan, minuman, area tidur dan layanan kebersihan.

c) Diberi nama sesuai lokasi geografis atau nomor.

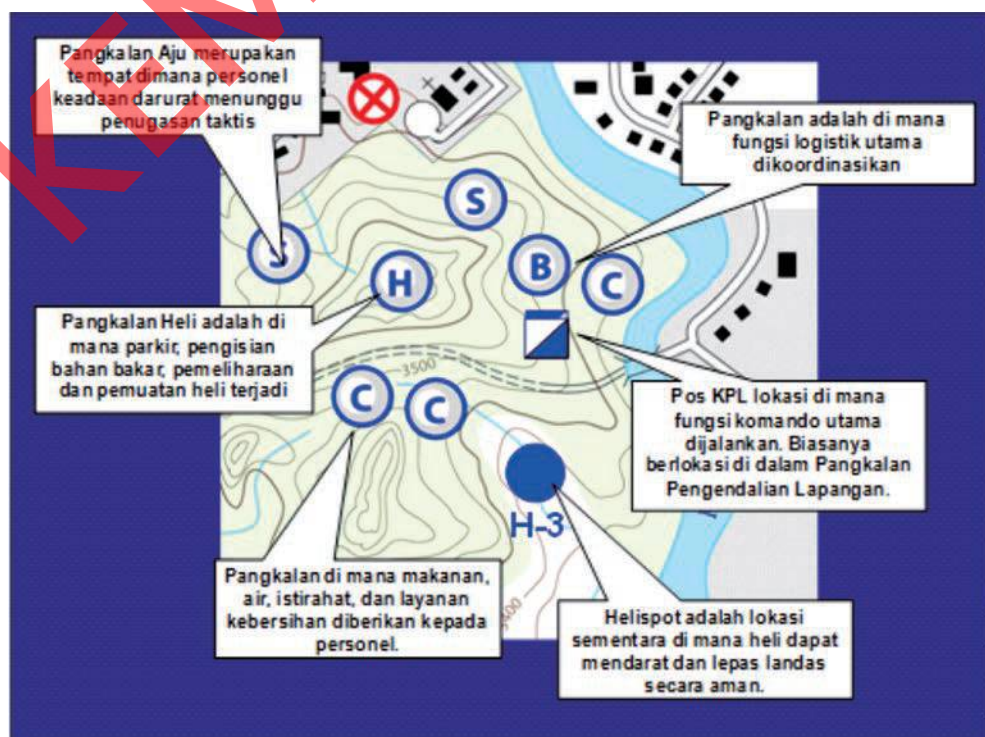
Penekanan: Tidak semua keadaan darurat memiliki perkemahan. Harap catat bahwa hotel atau tempat makan dapat menjadi perkemahan. Perkemahan tidak harus merupakan lokasi dengan tenda.

Poin Kunci: Walaupun anda mendirikan perkemahan formal atau tidak, harap pertimbangkan lokasi di mana personel respon anda akan tidur dan menerima dukungan logistik tambahan (makanan, air bersih, perawatan medis, dll.)

5. Pangkalan Heli (*Heli Spot*)

- Sebuah Pangkalan Helikopter merupakan lokasi di mana operasi udara yang dilakukan dengan menggunakan helikopter dilakukan. Pangkalan helikopter umumnya digunakan dalam jangka panjang dan mencakup layanan seperti pengisian bahan bakar dan pemeliharaan.
- Helispot merupakan lokasi yang lebih bersifat sementara yang terdapat di lokasi keadaan darurat, di mana helikopter dapat mendarat dan tinggal landas dengan aman. Dapat digunakan beberapa Helispot.

6. Peta Fasilitas Keadaan Darurat



2. Pokok Bahasan 2: Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana di Indonesia

a. Latar Belakang

Bahwa wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia memiliki kondisi geografis, geologis, hidrologis dan demografis yang memungkinkan terjadinya bencana, baik yang disebabkan oleh faktor alam, faktor non alam 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. Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan dan tanah longsor. Bencana non alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa non alam yang antara lain berupa kegagalan teknologi, kegagalan modernisasi, epidemi dan wabah penyakit. Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat, dan teror.

Dalam penanggulangan bencana perlu adanya koordinasi dan penanganan yang cepat, tepat, efektif, efisien, terpadu dan akuntabel, agar korban jiwa dan kerugian harta benda dapat diminimalisir. Penanggulangan bencana, khususnya pada saat tanggap darurat bencana harus dilakukan secara cepat, tepat dan dikoordinasikan dalam satu komando. Untuk melaksanakan penanganan tanggap darurat bencana, maka pemerintah/pemerintah daerah yang diwakili oleh Kepala BNPB/BPBD Provinsi/Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangannya dapat menunjuk seorang pejabat sebagai komandan penanganan tanggap darurat bencana sesuai Peraturan Pemerintah nomor 21 Tahun 2008 pasal 47 ayat (2). Hal ini dimaksudkan sebagai upaya memudahkan akses untuk memerintahkan sektor dalam hal permintaan dan pengerahan sumberdaya manusia, peralatan, logistik, imigrasi, cukai dan karantina, perizinan, pengadaan barang/jasa, pengelolaan dan pertanggung jawaban atas uang dan atau barang, serta penyelamatan.

b. Definisi dan Tujuan

Sistem Komando Tanggap Darurat Bencana adalah suatu sistem penanganan darurat bencana yang digunakan oleh semua instansi/lembaga dengan mengintegrasikan pemanfaatan sumberdaya manusia, peralatan dan anggaran.

Tujuan sistem komando tanggap darurat bencana adalah agar semua pihak terkait tersebut dapat melaksanakan tugas penanganan tanggap darurat bencana secara cepat, tepat, efektif, efisien, terpadu dan akuntabel.

c. Tahapan Pembentukan Komando Tanggap Darurat Bencana

Pembentukan Pos Komando Tanggap Darurat Bencana, dapat dilakukan pada tahap siaga darurat untuk jenis bencana yang terjadi secara berangsur-angsur, seperti banjir dan gunung meletus, atau segera setelah dinyatakan status bencana untuk jenis bencana yang terjadi secara tiba-tiba, seperti tanah longsor, gempa dan tsunami.

Untuk jenis bencana yang terjadi secara berangsur-angsur, pembentukan Pos Komando Tanggap Darurat Bencana dengan cara meningkatkan status Pusat Pengendali Operasi Wilayah Provinsi/ Kabupaten/Kota. Sedangkan untuk jenis bencana yang terjadi secara tiba-tiba, proses pembentukan pos komando tanggap darurat bencana, dilakukan melalui 4 (empat) tahapan yang harus dilaksanakan secara keseluruhan menjadi satu rangkaian sistem komando yang terpadu, yaitu:

Terbentuknya Komando Tanggap Darurat Bencana meliputi tahapan yang terdiri dari:

- Informasi Kejadian Awal
- Penugasan Tim Reaksi Cepat (TRC)
- Penetapan Status/Tingkat Bencana
- Pembentukan Komando Tanggap Darurat Bencana

Tahapan pembentukan Komando Tanggap Darurat Bencana tersebut harus dilaksanakan secara keseluruhan menjadi satu rangkaian sistem komando yang terpadu.

Rincian masing-masing tahapan tersebut adalah:

1) Informasi Kejadian Awal Bencana

Informasi awal kejadian bencana diperoleh melalui berbagai sumber antara lain pelaporan, media massa, instansi/lembaga terkait, masyarakat, internet, dan informasi lain yang dapat dipercaya. BNPB dan/atau BPBD melakukan klarifikasi kepada instansi/lembaga/masyarakat di lokasi bencana. Informasi yang diperoleh dengan menggunakan rumusan pertanyaan terkait bencana yang terjadi, terdiri dari:

- Apa : jenis bencana
- Bilamana : hari, tanggal, bulan, tahun, jam, waktu setempat
- Dimana : tempat/lokasi/daerah bencana
- Berapa : jumlah korban, kerusakan sarana dan prasarana
- Penyebab : penyebab terjadinya bencana
- Bagaimana : upaya yang telah dilakukan

2) Penugasan Tim Reaksi Cepat (TRC)

a. Dari informasi kejadian awal yang diperoleh, BNPB dan/atau BPBD menugaskan Tim Reaksi Cepat (TRC) tanggap darurat bencana, untuk melaksanakan tugas pengkajian secara cepat, tepat, dan dampak bencana, serta memberikan dukungan pendampingan dalam rangka penanganan darurat bencana.

b. Hasil pelaksanaan tugas TRC tanggap darurat dan masukan dari berbagai instansi/lembaga terkait merupakan bahan pertimbangan bagi :

- Kepala BPBD Kabupaten/Kota untuk mengusulkan kepada Bupati/Walikota dalam rangka menetapkan status/tingkat bencana skala kabupaten/kota.
- Kepala BPBD Provinsi untuk mengusulkan kepada Gubernur dalam rangka menetapkan status/tingkat bencana skala provinsi
- Kepala BNPB untuk mengusulkan kepada Presiden RI dalam rangka menetapkan status/tingkat bencana skala nasional.

3) Penetapan Status

Tindak lanjut dari penetapan status/tingkat bencana tersebut maka Kepala BNPB/BPBD Provinsi/BPBD Kabupaten/Kota sesuai dengan kewenangannya menunjuk seorang pejabat sebagai komandan penanganan tanggap darurat bencana sesuai status/tingkat bencana skala nasional/daerah.

4) Pembentukan Komando Tanggap Darurat Bencana

Kepala BNPB/BPBD Provinsi/BPBD Kabupaten/Kota sesuai status/tingkat bencana dan tingkat kewenangannya:

- Mengeluarkan Surat Keputusan pembentukan Komando Tanggap Darurat Bencana.
- Melaksanakan mobilisasi sumberdaya manusia, peralatan dan logistik serta dana dari instansi/lembaga terkait dan/atau masyarakat.
- Meresmikan pembentukan Komando Tanggap Darurat Bencana.

3. Pokok Bahasan 3: Perangkat Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana

1. Pos Komando Tanggap Darurat Bencana

Organisasi Komando Tanggap Darurat Bencana merupakan organisasi satu komando, dengan mata rantai dan garis komando serta tanggung jawab yang jelas. Instansi/lembaga dapat dikoordinasikan dalam satu organisasi berdasarkan satu kesatuan komando. Organisasi ini dapat dibentuk di semua tingkatan wilayah bencana baik di tingkat kabupaten/kota, provinsi maupun tingkat nasional.

a) Struktur Organisasi

Struktur organisasi komando tanggap darurat terdiri atas Komandan yang dibantu oleh staf komando dan staf umum, secara lengkap terdiri dari:

- a. Komandan Tanggap Darurat Bencana
- b. Wakil Komandan Tanggap Darurat Bencana

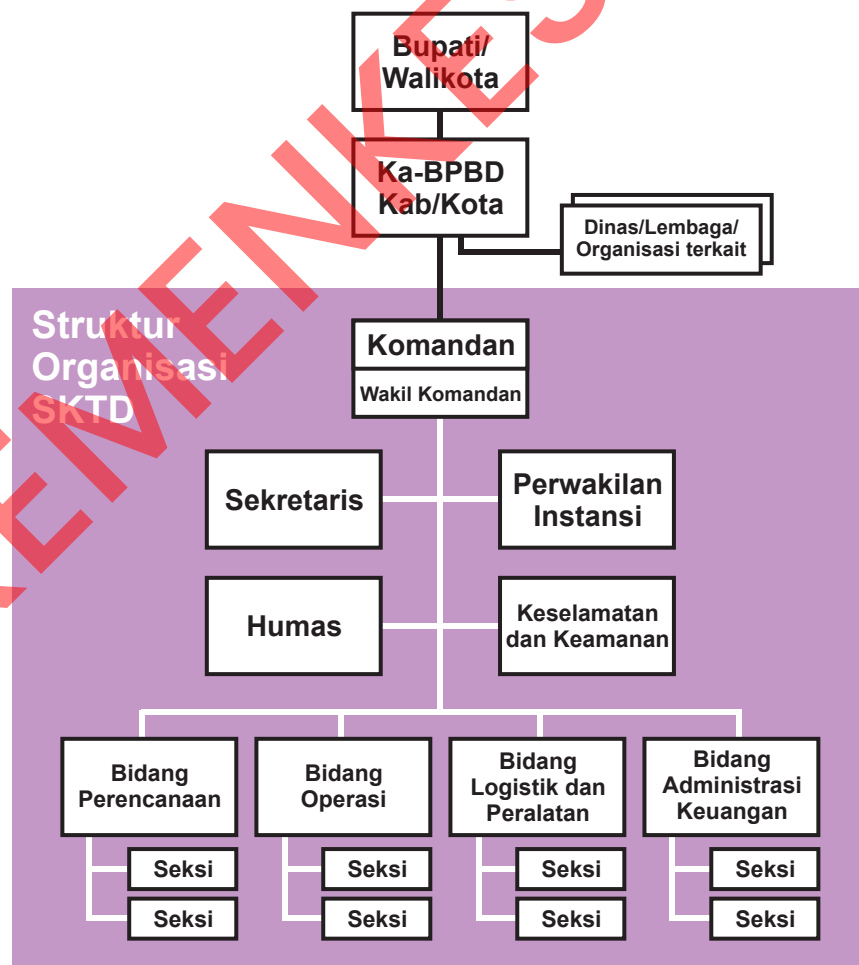
c. Staf Komando:

- Sekretariat
- Hubungan Masyarakat
- Keselamatan dan Keamanan
- Perwakilan instansi/lembaga

d. Staf Umum:

- Bidang Operasi
- Bidang Perencanaan
- Bidang Logistik dan Peralatan
- Bidang Administrasi Keuangan

STRUKTUR ORGANISASI
KOMANDO TANGGAP DARURAT BENCANA
TINGKAT KABUPATEN/KOTA



Keterangan:

————— : Jalur Komando

Struktur organisasi ini merupakan organisasi standar dan dapat diperluas berdasarkan kebutuhan.

Sesuai dengan jenis, kebutuhan dan kompleksitas bencana dapat dibentuk unit organisasi dalam bentuk seksi-seksi yang berada di bawah bidang dan dipimpin oleh Kepala Seksi yang bertanggung jawab kepada Kepala Bidang.

b) Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi

Komando Tanggap Darurat Bencana memiliki tugas pokok untuk:

- Melaksanakan pengumpulan informasi dan perkembangan informasi lapangan sebagai dasar penyusunan rencana Operasi Tanggap Darurat Bencana tingkat kabupaten/kota/provinsi/nasional.
- Menyusun rencana operasi penanganan tanggap darurat bencana.
- Mengajukan permintaan kebutuhan bantuan.
- Merencanakan, mengkoordinasikan, mengendalikan, memantau pengerahan sumberdaya untuk penanganan tanggap darurat bencana secara cepat, tepat, efektif dan efisien serta mengevaluasi pelaksanaan penanganan tanggap darurat.
- Melaporkan pelaksanaan penanganan darurat kepada Kepala BNPB/BPBD Provinsi/BPBD/SATLAK PB Kabupaten/Kota
- Menyebarluaskan informasi mengenai kejadian bencana dan penanganannya kepada media massa dan masyarakat luas.

Fungsi Komando Tanggap Darurat Bencana adalah mengkoordinasikan, mengintegrasikan dan mensinkronisasikan seluruh unsur dalam organisasi komando tanggap darurat untuk pencarian, penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan pengungsi, serta pemulihan sarana dan prasarana vital dengan segera pada saat status siaga darurat dan tanggap darurat.

c) Tempat Kedudukan

- 1) Pos Komando Tanggap Darurat Bencana Nasional berkedudukan di ibu kota negara, Pos Komando Tanggap Darurat Bencana Provinsi berkedudukan di ibu kota provinsi, Pos Komando Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota berkedudukan di ibukota kabupaten/kota atau di tempat lain sesuai kondisi yang ada.
- 2) Pada bencana skala nasional dapat dibentuk Pos Komando Tanggap Darurat Aju di provinsi dan pada bencana skala provinsi dapat dibentuk Pos Komando Tanggap Darurat Aju di kabupaten/kota yang terkena bencana.
- 3) Jangka waktu keberadaan pos komando tanggap darurat bencana bersifat sementara selama masa tanggap darurat dan beroperasi selama 24 (dua puluh empat) jam setiap hari serta dapat diperpanjang atau diperpendek waktunya sesuai dengan pelaksanaan tanggap darurat.

Persyaratan Lokasi:

- 1) Pos Komando Tanggap Darurat Bencana dapat menempati bangunan atau tenda.
- 2) Bangunan atau tenda pos komando tanggap darurat bencana menempati lokasi yang strategis dengan kriteria:
 - i) mudah diakses oleh berbagai pihak yang terlibat dalam kegiatan tanggap darurat bencana.
 - ii) aman dan terbebas dari ancaman bencana.
 - iii) memiliki lahan parkir yang memadai.
 - iv) luas lahan sekurang-kurangnya 500 m².

d) Prasarana dan Sarana

- 1) Prasarana

Posko Lapangan didirikan untuk melaksanakan kegiatan pengendalian operasi tanggap darurat bencana, dengan fasilitas atau fungsi ruangan sebagai berikut:

- Ruang komandan dan wakil komandan

- Ruang Koordinator Bidang-Bidang
- Ruang Perwakilan dan Penghubung (LO),
- Ruang sekretariat
- Ruang logistik
- Ruang rapat
- Ruang data, informasi, dan komunikasi (termasuk media center)
- Ruang/Kamar tidur
- Ruang dapur
- Kamar mandi, cuci dan kakus (MCK)
- Tempat ibadah

2) Sarana

- Sarana komunikasi berupa : telepon, telepon satelit (visat), mesin fax, radio komunikasi jarak dekat dan jarak jauh.
- Seperangkat komputer dan multimedia: website, e-mail, teleconference.
- Televisi, radio
- Pengeras suara
- Sarana transportasi darat, laut dan udara
- Alat-alat tulis kantor
- Media presentasi: LCD projector
- Papan nama (Plang)
- Papan data (daerah, data korban, kerusakan, kebutuhan mendesak, mengacu pada hasil kaji cepat TRC PB)
- Peta Induk (peta tentang semua kegiatan Posko)
- Peta Lokasi
- Peta/Data Logistik
- Peta/Data Personil
- Peta/Data bantuan
- Peta/Data Kebutuhan
- Peta/Data Peralatan

- Peta/Data NGO lokal dan asing
- Jam dinding
- Buku jurnal

e) Pembiayaan

Biaya operasional Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat Bencana bersumber dari:

1. APBD Kabupaten/Kota
2. APBD Provinsi
3. APBN
4. Bantuan lain yang tidak mengikat.

2. Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat Bencana

a) Struktur Organisasi

Struktur Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat sekurang-kurangnya terdiri atas:

- 1) Komandan Posko,
- 2) Wakil Komandan Posko
- 3) Perwakilan instansi/lembaga
- 4) Sekretariat yang membawahi :
 - Sub Bagian Data, Informasi dan Komunikasi
 - Sub Bagian Administrasi
- 5) Bidang SAR
- 6) Bidang Dapur Umum Lapangan (DUMLAP),
- 7) Bidang Logistik, Peralatan dan Pengelolaan Bantuan
- 8) Bidang Layanan Kesehatan dan Psiko-sosial.
- 9) Bidang Pemulihan Darurat Prasarana dan Sarana Vital
- 10) Bidang Keselamatan dan Keamanan

Struktur tersebut masih bisa ditambah atau dikurangi sesuai dengan kebutuhan pada masing-masing kabupaten/kota yang mengalami bencana. Bagan struktur Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat,

leading sector dan keanggotaannya

b) Uraian Tugas

Uraian tugas Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat Bencana adalah:

- Melanjutkan kegiatan asesmen cepat terhadap kejadian bencana yang telah dilakukan oleh Tim Reaksi Cepat;
- Melakukan kegiatan pencarian, penyelamatan, dan evakuasi korban bencana;
- Memberikan pelayanan pemenuhan kebutuhan dasar bagi korban bencana;
- Memberikan perlindungan terhadap korban bencana yang rentan;
- Memberikan pelayanan kepada korban bencana yang mungsingi;
- Melakukan perbaikan prasarana dan sarana vital dengan segera.

c) Tempat Kedudukan

- Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat Bencana merupakan tempat berkoordinasi berbagai sumber daya penanganan kedaruratan bencana pada kesatuan wilayah lokasi bencana atau titik bencana, yang dikendalikan oleh komandan Posko Lapangan.
- Wilayah kerja masing-masing Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat Bencana mencakup satu kesatuan wilayah dimana bencana terjadi atau membawahi sebanyak-banyaknya dua kesatuan wilayah bencana jika salah satu kesatuan wilayah tersebut mengalami kelumpuhan total akibat bencana.
- Jangka waktu keberadaan pos komando lapangan tanggap darurat bencana bersifat sementara, dan beroperasi selama 24 (dua puluh empat) jam setiap hari selama masa tanggap darurat bencana, serta dapat diperpanjang atau di perpendek sesuai dengan kebutuhan.

Persyaratan Lokasi

Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat Bencana dapat menempati bangunan yang ada atau menempati tenda yang didirikan pada lokasi yang idealnya memenuhi kriteria sebagai berikut:

- Tempat yang cukup luas yang bisa menampung beberapa tenda.
- Berdekatan dengan akses jalan utama memasuki wilayah bencana
- Berdekatan dengan lokasi pengungsian
- Lokasi aman dan terbebas dari ancaman bencana

d) **Prasarana dan Sarana**

1) Prasarana

Posko Lapangan didirikan untuk melaksanakan kegiatan pengendalian operasi tanggap darurat bencana, dengan fasilitas atau fungsi ruangan sebagai berikut:

- Ruang komandan dan wakil komandan
- Ruang Koordinator Bidang-Bidang
- Ruang Perwakilan dan Penghubung (LO),
- Ruang sekretariat
- Ruang logistik
- Ruang rapat
- Ruang data, informasi, dan komunikasi (termasuk media center)
- Ruang/Kamar tidur
- Ruang dapur
- Kamar mandi, cuci dan kakus (MCK)
- Tempat ibadah

2) Sarana

- Sarana komunikasi berupa : telepon, telepon satelit (visat),

mesin fax, radio komunikasi jarak dekat dan jarak jauh.

- Perangkat komputer dan multimedia: website, e-mail, teleconference.
- Televisi, radio
- Pengeras suara
- Sarana transportasi darat, laut dan udara
- Alat-alat tulis kantor
- Media presentasi: lcd projector
- Papan nama (Plang)
- Papan data (daerah, data korban, kerusakan, kebutuhan mendesak, mengacu pada hasil kaji cepat TRC PB)
- Peta Induk (peta tentang semua kegiatan Posko)
- Peta Lokasi
- Peta/Data Logistik
- Peta/Data Personil
- Peta/Data bantuan
- Peta/Data Kebutuhan
- Peta/Data Peralatan
- Peta/Data NGO lokal dan asing
- Jam dinding
- Buku jurnal

e) Pembiayaan

Biaya operasional Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat Bencana bersumber dari:

1. APBD Kabupaten/Kota
2. APBD Provinsi
3. APBN
4. Bantuan lain yang tidak mengikat

3. Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana

Pembentukan Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana dilakukan setelah terbentuknya Pos Komando Tanggap Darurat Bencana.

- Pada skala bencana kabupaten/kota, Pos Pendukung dibentuk oleh Komandan Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota
- Pada skala bencana Provinsi, Pos Pendukung dibentuk oleh Komandan Tanggap Darurat Bencana Provinsi.
- Pada skala bencana nasional, Pos Pendukung dibentuk oleh Komandan Tanggap Darurat Nasional.

a) **Struktur Organisasi**

Struktur Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana terdiri atas :

- 1) Komandan Pos Pendukung
- 2) Wakil Komandan Pos Pendukung
- 3) Sekretariat
- 4) Bidang Logistik dan Peralatan
- 5) Bidang Sumberdaya manusia

b) **Tugas Pokok dan Fungsi**

Tugas Pokok Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana adalah memberikan dukungan akses dan mobilisasi sumberdaya kepada Pos Komando Tanggap Darurat Bencana dan Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat Bencana.

Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana berfungsi untuk :

- 1) Mengelola logistik dan peralatan mulai dari penerimaan, pengadministrasian dan pengiriman kepada Pos Komando Tanggap Darurat Bencana atau Pos Komando Lapangan atas perintah Komandan Pos Komando Tanggap Darurat Bencana untuk kegiatan tanggap darurat bencana di lokasi bencana;
- 2) Mengelola sumber daya manusia mulai dari penerimaan, pengadministrasian dan pengiriman kepada Pos Komando Tanggap Darurat Bencana atau Pos Komando Lapangan atas perintah Komandan Pos Komando Tanggap Darurat Bencana untuk kegiatan tanggap darurat bencana di lokasi bencana;

- 3) Memfasilitasi bantuan internasional baik dari Lembaga Internasional, Lembaga Asing Non Pemerintah maupun militer asing. Ketentuan mengenai hal ini diatur tersendiri dengan Peraturan Kepala BNPB.

c) Tempat Kedudukan

- 1) Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana merupakan pos yang membantu akses bantuan tanggap darurat guna mendukung keberadaan Pos Komando Tanggap Darurat Bencana.
- 2) Keberadaan Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana:
 - i) Pada bencana skala nasional berkedudukan di Bandara atau pelabuhan Internasional dan pangkalan militer
 - ii) Ada bencana skala provinsi berkedudukan di bandara atau pelabuhan di provinsi yang mengalami bencana, dan pangkalan militer
 - iii) Pada bencana skala kabupaten/kota berkedudukan di bandara atau pelabuhan atau lokasi yang dekat dan mudah diakses oleh Pos Komando Tanggap Darurat Bencana atau mudah diakses oleh Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat Bencana.
- 3) Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana yang berkedudukan di bandara atau pelabuhan dan pangkalan militer, menggunakan fasilitas tempat berupa hanggar, depo, gudang, atau fasilitas perkantoran.
- 4) Jangka waktu keberadaan pos pendukung tanggap darurat bencana bersifat sementara, dan beroperasi selama 24 (dua puluh empat) jam setiap hari selama tanggap darurat bencana, serta dapat diperpanjang atau diperpendek sesuai dengan kebutuhan.

Proses Pembentukan

Pembentukan Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana dilakukan setelah terbentuknya Pos Komando Tanggap Darurat Bencana.

1. Pada skala bencana kabupaten/kota, Pos Pendukung dibentuk

- oleh Komandan Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota
2. Pada skala bencana Provinsi, Pos Pendukung dibentuk oleh Komandan Tanggap Darurat Bencana Provinsi.
 3. Pada skala bencana nasional, Pos Pendukung dibentuk oleh Komandan Tanggap Darurat Nasional.

d) Prasarana dan Sarana

1) Prasarana

Posko Pendukung yang didirikan di bandara, pelabuhan atau pangkalan militer, menggunakan prasarana hangar, depo atau perkantoran, yang lokasinya berdekatan dengan Pos Komando Tanggap Darurat Bencana atau Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat. Prasarana tersebut memiliki fasilitas:

- Ruang komandan dan wakil komandan
- Ruang Sekretariat
- Ruang Logistik
- Ruang Tamu dan media center
- Ruang rapat
- Ruang Liaison Officer (LO)
- Ruang istirahat
- Pantry
- Kamar mandi, cuci dan kakus (MCK)
- Tempat ibadah

2) Sarana

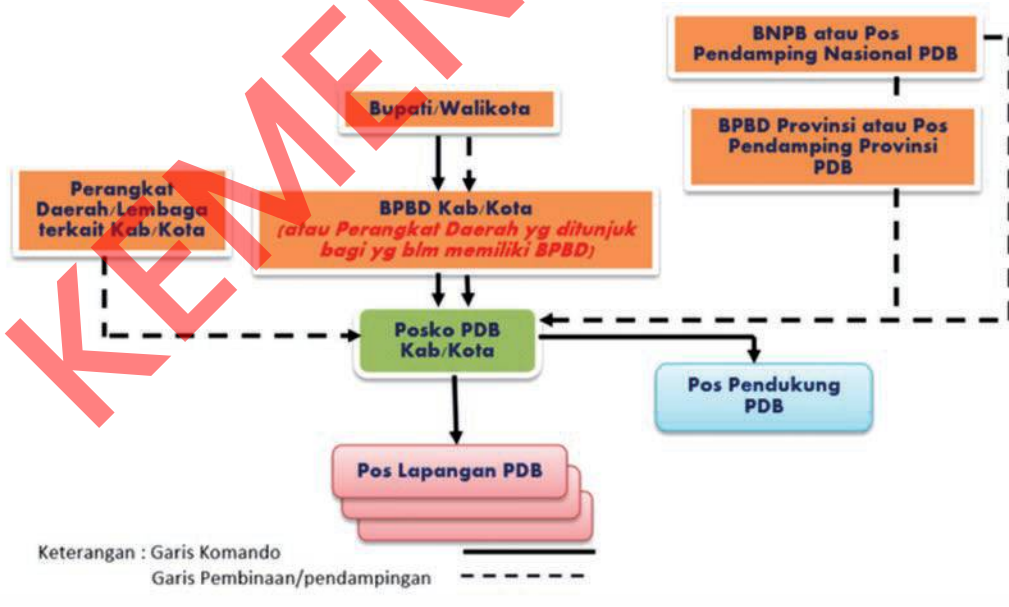
- Sarana komunikasi berupa : telepon, telepon satelit, mesin fax, radio komunikasi jarak dekat dan jarak jauh.
- Sarana multimedia : komputer, website, e-mail, teleconference.
- Sarana transportasi
- Alat-alat tulis kantor
- Papan nama (Plang)

- Peta Lokasi
- Peta/Data Logistik
- Peta/Data Personil
- Peta/Data bantuan
- Peta/Data Kebutuhan
- Peta/Data Peralatan
- Peta/Data NGO lokal dan asing
- Peta rute pengiriman
- Jam dinding
- Buku jurnal

4. Pokok Bahasan 4: Penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana Pada Status Keadaan Darurat Bencana Kabupaten/ Kota

a. Struktur Organisasi

Struktur Komando Bencana di Satu Kabupaten/Kota



Struktur Komando Bencana di Beberapa Kabupaten/Kota



b. Mekanisme Penyelenggaraan

Mekanisme hubungan kerja antara BPBD/SATLAK PB Kabupaten/Kota dengan Pos Komando Lapangan Tanggap Darurat Bencana bersifat komando

c. Mekanisme Permintaan Bantuan

- Komandan Posko Lapangan Tanggap Darurat mengajukan permintaan bantuan sumberdaya baik berupa sumberdaya manusia, logistik maupun peralatan kepada Komandan Posko Tanggap Darurat Kabupaten/ kota/BPBD provinsi dan BNPB, berdasarkan atas kekurangan sumberdaya yang tersedia di lokasi dan tingkat kewenangannya.
- Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota meneruskan permintaan bantuan sumber daya kepada BPBD Provinsi
- Kepala BPBD Provinsi meneruskan permintaan bantuan sumber daya kepada BNPB

d. Mekanisme Mobilisasi Bantuan

- a) Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota/ BPBD Provinsi dan BNPB melakukan analisis permintaan bantuan
- b) Jika persediaan bantuan cukup memadai, selanjutnya :
 - BNPB mengerahkan bantuan sumberdaya melalui BPBD Provinsi atau secara langsung ke Posko Lapangan Tanggap Darurat Bencana dengan didampingi Pejabat BPBD Provinsi dan Posko Tanggap Darurat Kabupaten/ Kota.
 - BPBD Provinsi mengerahkan bantuan sumberdaya melalui Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota atau secara langsung ke Posko Lapangan Tanggap Darurat Bencana dengan didampingi Pejabat Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota.
 - Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota mengerahkan bantuan sumberdaya secara langsung ke Posko Lapangan Tanggap Darurat.
- c) Jika persediaan bantuan sumberdaya tidak memadai, maka Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota memerintahkan Komandan Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota untuk mengerahkan bantuan sumberdaya ke Posko Lapangan Tanggap Darurat.

e. Mekanisme Penyampaian Informasi dan Pelaporan

Setelah bantuan sumberdaya dioperasikan, selanjutnya selambat-lambatnya dalam kurun waktu dua minggu sejak masa tanggap darurat bencana dinyatakan berakhir:

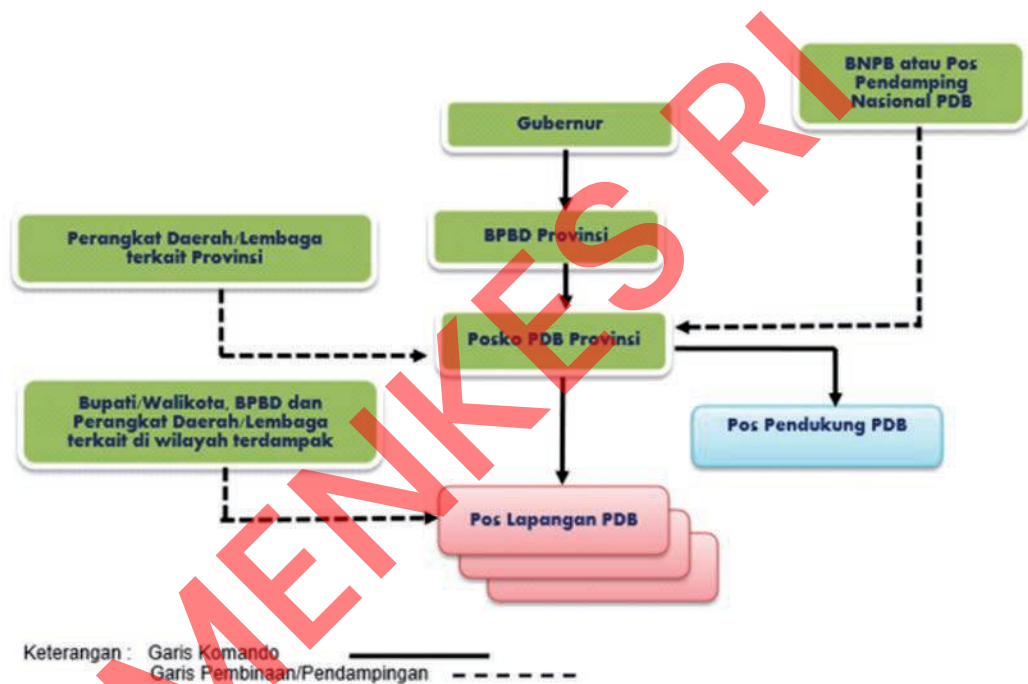
- a) Komandan Posko Lapangan Tanggap Darurat Bencana melaporkan penggunaan bantuan sumberdaya kepada Komandan Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota/ BPBD Provinsi/ BNPB sesuai dengan bantuan sumberdaya yang diterima dan digunakan.
- b) Komandan Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota memberikan laporan kepada Kepala BPBD/SKPD Kabupaten/Kota dan BPBD Provinsi tentang rekapitulasi permintaan dan penggunaan

bantuan sumberdaya oleh semua Posko Lapangan Tanggap Darurat Bencana yang berada di wilayahnya.

- c) BPBD Provinsi memberikan laporan kepada BNPB tentang rekapitulasi permintaan dan penggunaan bantuan sumberdaya oleh Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota.

5. Pokok Bahasan 5: Penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana Pada Status Keadaan Darurat Bencana Provinsi

a. Struktur Organisasi



b. Mekanisme Penyelenggaraan

Mekanisme hubungan kerja antara BPBD provinsi dengan BPBD/SATLAK PB Kabupaten/Kota bersifat koordinasi

c. Mekanisme Permintaan Bantuan

- Komandan Posko Lapangan Tanggap Darurat (Poskolap TD) mengajukan permintaan bantuan sumberdaya baik berupa sumberdaya manusia, logistik maupun peralatan kepada Komandan Posko Tanggap Darurat Kabupaten/ kota/ provinsi dan BNPB, berdasarkan atas kekurangan sumberdaya yang tersedia di lokasi dan tingkat kewenangannya.

- Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota meneruskan permintaan bantuan sumber daya ke Posko Tanggap Darurat Bencana Provinsi
- Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Provinsi meneruskan permintaan bantuan sumber daya kepada BNPB

d. Mekanisme Mobilisasi Bantuan

- a) Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota/ Provinsi dan BNPB melakukan analisis permintaan bantuan
- b) Jika persediaan bantuan cukup memadai, selanjutnya :
 - BNPB mengerahkan bantuan sumberdaya melalui Posko Tanggap Darurat Provinsi atau secara langsung ke Posko Lapangan Tanggap Darurat Bencana dengan didampingi Pejabat Posko Tanggap Darurat Provinsi dan Kabupaten/Kota.
 - Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Provinsi mengerahkan bantuan sumberdaya melalui Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota atau secara langsung ke Posko Lapangan Tanggap Darurat Bencana dengan didampingi Pejabat Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota.
 - Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota mengerahkan bantuan sumberdaya secara langsung ke Posko Lapangan Tanggap Darurat.
- c) Jika persediaan bantuan sumberdaya tidak memadai, maka :
 - Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Provinsi memerintahkan Komandan Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana Provinsi untuk mengerahkan bantuan sumberdaya ke Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota.
 - Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota memerintahkan Komandan Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota untuk mengerahkan bantuan sumberdaya ke Posko Lapangan Tanggap Darurat

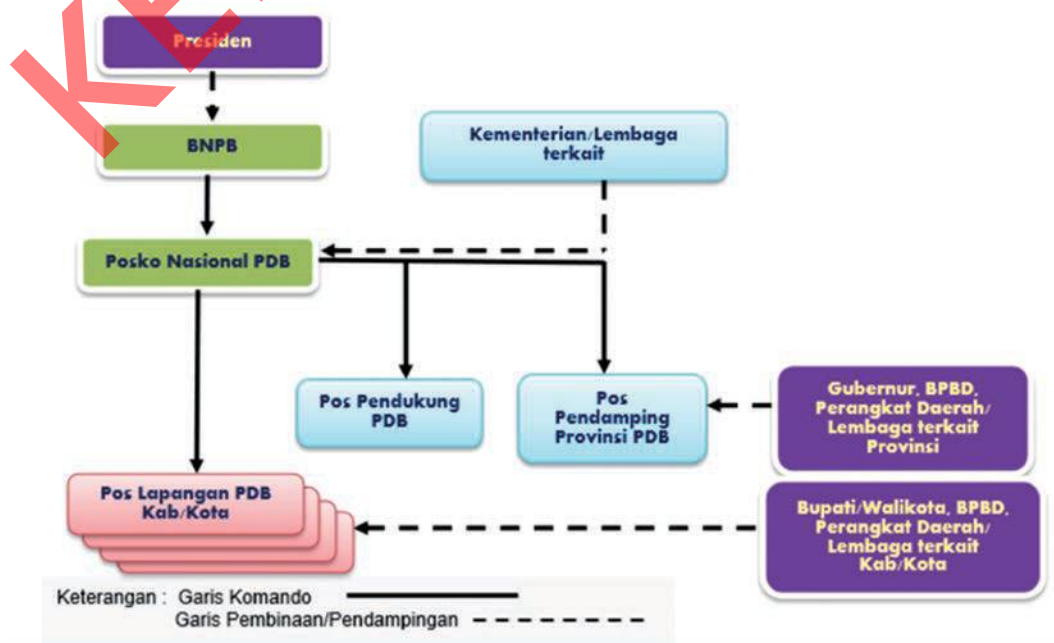
e. Mekanisme Penyampaian Informasi Dan Pelaporan

Setelah bantuan sumberdaya dioperasikan, selanjutnya selambat-lambatnya dalam kurun waktu dua minggu sejak masa tanggap darurat bencana dinyatakan berakhir:

- Komandan Posko Lapangan Tanggap Darurat Bencana melaporkan penggunaan bantuan sumberdaya kepada Komandan Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota/ Provinsi/ BNPB sesuai dengan bantuan sumberdaya yang diterima dan digunakan.
- Komandan Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota memberikan laporan kepada Kepala BPBD/SKPD Kabupaten/Kota dan Komandan Posko Tanggap Darurat Provinsi tentang rekapitulasi permintaan dan penggunaan bantuan sumberdaya oleh semua Posko Lapangan Tanggap Darurat Bencana yang berada di wilayahnya.
- Komandan Posko Tanggap Darurat Provinsi memberikan laporan kepada Kepala BPBD Provinsi dan BNPB tentang rekapitulasi permintaan dan penggunaan bantuan sumberdaya oleh Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota

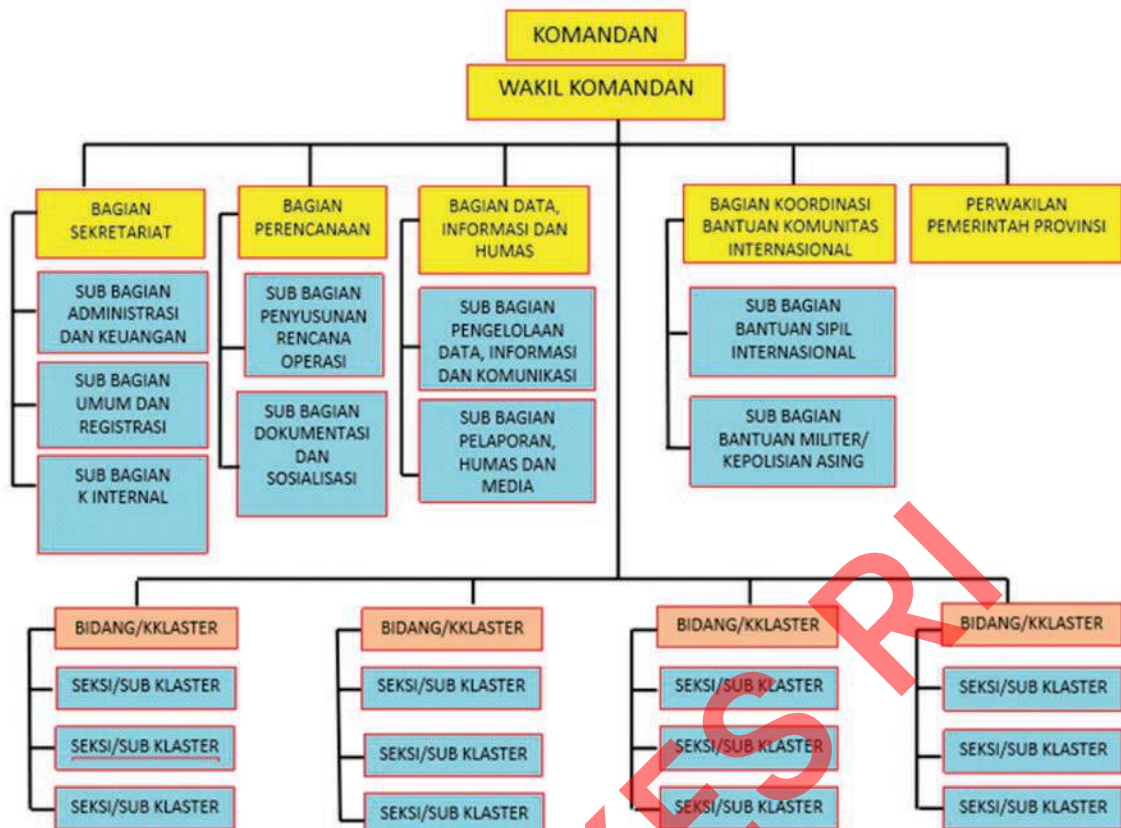
6. Pokok Bahasan 6: Penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana Pada Status Keadaan Darurat Bencana Nasional

a. Struktur Organisasi



b. Penyelenggaraan Klaster dalam Penanggulangan Bencana Klaster nasional adalah sebagai berikut:

No	Klaster	Kegiatan Utama	Koordinator
1.	Kesehatan	Medis, Identifikasi korban, kesehatan reproduksi, dampak psikososial dan kualitas gizi	PKK Kemenkes
2.	Pencarian & Penyelamatan	Pencarian, Penyelamatan, Pertolongan	Basarnas
3.	Logistik	Permakanan, sandang, Distribusi barang bantuan dan peralatan	Kemensos
4.	Pengungsian dan perlindungan	Keamanan, penampungan sementara, manajemen pengungsian, perlindungan kelompok rentan, Psikososial	Kemensos
5.	Pendidikan	Belajar mengajar formal & informal, sekolah darurat, Bimf & Penyuluhan bagi anak dan org dewasa, kerohanian	Kemendikbud
6.	Sarana dan Prasarana	Akses transportasi, telekomunikasi, energi, transportasi, perumahan, pembersihan puing, air dan sanitasi	Kemen PU PR
7.	Ekonomi	Pertanian, perkebunan, peternakan, perdagangan, perikanan	Kementan
8.	Pemulihan Dini	Belum disepakati secara penuh, perlu konsultasi lebih lanjut dengan Kemendagri	



c. Mekanisme penyelenggaraan

Mekanisme hubungan kerja antara BNPB dengan BPBD provinsi dan BPBD/SATLAK PB Kabupaten/Kota bersifat koordinasi.

d. Mekanisme Permintaan Bantuan

- Komandan Posko Lapangan Tanggap Darurat (Poskolap TD) mengajukan permintaan bantuan sumberdaya baik berupa sumberdaya manusia, logistik maupun peralatan kepada Komandan Posko Tanggap Darurat Kabupaten/ kota/ provinsi/nasional, berdasarkan atas kekurangan sumberdaya yang tersedia di lokasi dan tingkat kewenangannya.
- Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota meneruskan permintaan bantuan sumber daya ke Posko Tanggap Darurat Bencana Provinsi
- Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Provinsi meneruskan permintaan bantuan sumber daya ke Posko Tanggap Darurat Bencana Nasional

e. Mekanisme Mobilisasi Bantuan

- a) Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota/Provinsi/Nasional melakukan analisis permintaan bantuan
- b) Jika persediaan bantuan cukup memadai, selanjutnya :
 - Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Nasional mengerahkan bantuan sumberdaya melalui Posko Tanggap Darurat Provinsi atau secara langsung ke Posko Lapangan Tanggap Darurat Bencana dengan didampingi Pejabat Posko Tanggap Darurat Provinsi dan Kabupaten/Kota.
 - Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Provinsi mengerahkan bantuan sumberdaya melalui Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota atau secara langsung ke Posko Lapangan Tanggap Darurat Bencana dengan didampingi Pejabat Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota.
 - Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota mengerahkan bantuan sumberdaya secara langsung ke Posko Lapangan Tanggap Darurat.
- c) Jika persediaan bantuan sumberdaya tidak memadai, maka :
 - Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Nasional memerintahkan Komandan Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana Nasional untuk mengerahkan bantuan sumberdaya ke Posko Tanggap Darurat Provinsi.
 - Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Provinsi memerintahkan Komandan Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana Provinsi untuk mengerahkan bantuan sumberdaya ke Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota.
 - Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota memerintahkan Komandan Pos Pendukung Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota untuk mengerahkan bantuan sumberdaya ke Posko Lapangan Tanggap Darurat.

f. Mekanisme Penyampaian Informasi dan Pelaporan

Setelah bantuan sumberdaya dioperasikan, selanjutnya selambat-lambatnya dalam kurun waktu dua minggu sejak masa tanggap darurat bencana dinyatakan berakhir:

- a) Komandan Posko Lapangan Tanggap Darurat Bencana melaporkan penggunaan bantuan sumberdaya kepada Komandan Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota/ Provinsi/Nasional sesuai dengan bantuan sumberdaya yang diterima dan digunakan.
- b) Komandan Posko Tanggap Darurat Kabupaten/Kota memberikan laporan kepada KepalaBPBD/SKPD Kabupaten/Kota dan Komandan Posko tanggap Darurat Provinsi tentang rekapitulasi permintaan dan penggunaan bantuan sumberdaya oleh semua Posko Lapangan Tanggap Darurat Bencana yang berada di wilayahnya.
- c) Komandan Posko Tanggap Darurat Provinsi memberikan laporan kepada Kepala BPBD Provinsi dan Komandan Posko Tanggap Darurat Bencana Nasional tentang rekapitulasi permintaan dan penggunaan bantuan sumberdaya oleh Posko Tanggap Darurat Bencana Kabupaten/Kota
- d) Komandan Posko Tanggap Darurat Nasional memberikan laporan kepada Kepala BNPB tentang rekapitulasi permintaan dan penggunaan bantuan sumberdaya oleh semua Posko Tanggap Darurat Bencana Provinsi.

VII. EVALUASI

Jika terjadi bencana di beberapa kabupaten, bagaimana struktur organisasi dan pengaktifan sistem komando penanganan darurat bencana di daerah tersebut? Sebutkan prasarana dan sarana apa saja yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan sistem komando penanganan darurat bencana!

VIII. RANGKUMAN

1. SKPL Merupakan alat penanganan yang terstandarisasi untuk memenuhi tuntutan situasi darurat maupun non darurat besar dan kecil
2. Sistem Komando Tanggap Darurat Bencana adalah satu kesatuan upaya terstruktur dalam satu komando yang digunakan untuk mengintegrasikan

kegiatan penanganan darurat secara efektif dan efisien dalam menanggulangi dampak pada saat keadaan darurat bencana.

3. Tahapan Pembentukan Komando Penanganan Darurat Bencana:
 - Informasi Kejadian Awal
 - Penugasan TRC
 - Penetapan Status/Tingkatan Bencana
 - Pembentukan Komando Penanganan Darurat Bencana
4. Penyelenggaraan Sistem Komando Penanganan Darurat dilaksanakan pada level Kabupaten/Kota, Provinsi, dan Nasional

IX. DAFTAR PUSTAKA

1. Panduan Peserta Tingkat Dasar Incident Command System, US Forest, 2010
2. PERKA BNPB No. 10 tahun 2008 tentang Pembentukan Komando Tanggap Darurat
3. PERKA BNPB NO. 14 TAHUN 2010 tentang Pedoman Pembentukan Pos Komando Tanggap Darurat

KEMENKESRI

KEMENKES RI



KEMENKES

Materi Inti 2

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu

KEMENKES RI



MATERI INTI 2

SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU

I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini terdiri dari pelayanan kesehatan pasien/ kasus gawat darurat prarumah sakit yang meliputi pembelajaran tentang faktor faktor determinan, komunikasi dan transportasi, medical first responder, pelayanan ambulans dan pola pelayanan rujukan.

Selain itu juga dipelajari tentang pelayanan kesehatan kasus gawat darurat di rumah sakit yang meliputi pelayanan di ruang perawatan kritis, alur pelayanan gawat darurat saat bencana dan terjadinya korban masal, pelayanan kasus gawat darurat antar rumah sakit yang meliputi jejaring rujukan serta penanggulangan gawat darurat terpadu pada keadaan sehari hari dan bencana.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu memahami Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu pada keadaan sehari-hari dan bencana.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu :

1. Menjelaskan konsep SPGDT
2. Menjelaskan pelayanan kesehatan gawat darurat pra rumah sakit;
3. Menjelaskan pelayanan kesehatan gawat darurat di rumah sakit;
4. Menjelaskan pelayanan kesehatan gawat darurat antar rumah sakit;
5. Memahami sistem penanggulangan gawat darurat terpadu pada keadaan sehari-hari dan bencana.

III. POKOK BAHASAN

1. Menjelaskan konsep SPGDT
2. Pelayanan Kesehatan Gawat Darurat Pra Rumah Sakit
3. Pelayanan Kesehatan Gawat Darurat di Rumah Sakit
4. Pelayanan Kesehatan Gawat Darurat Antar Rumah Sakit
5. Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu pada Keadaan Sehari-hari dan Bencana

IV. BAHAN AJAR

Materi-materi yang diberikan berkaitan dengan pelayanan kesehatan gawat darurat pra rumah sakit, pelayanan kesehatan gawat darurat di rumah sakit, pelayanan kesehatan gawat darurat antar rumah sakit, penanggulangan gawat darurat terpadu pada keadaan sehari-hari dan bencana serta peraturan perundang-undangan terkait.

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran materi ini.

Langkah 1. Pengkondisian Peserta

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2. Penyampaian Materi

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, kemudian curah pendapat.

2. Jika diperlukan video mengenai korban massal dan atau penanganan kecelakaan dapat ditayangkan pada saat sebelum materi diberikan dan/atau ditayangkan saat sebelum memulai curah pendapat atau tugas kelompok/simulasi table top
3. Praktek lapangan diseyogyakan untuk dilakukan di RS terdekat dengan tempat pelatihan

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Fasilitator merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

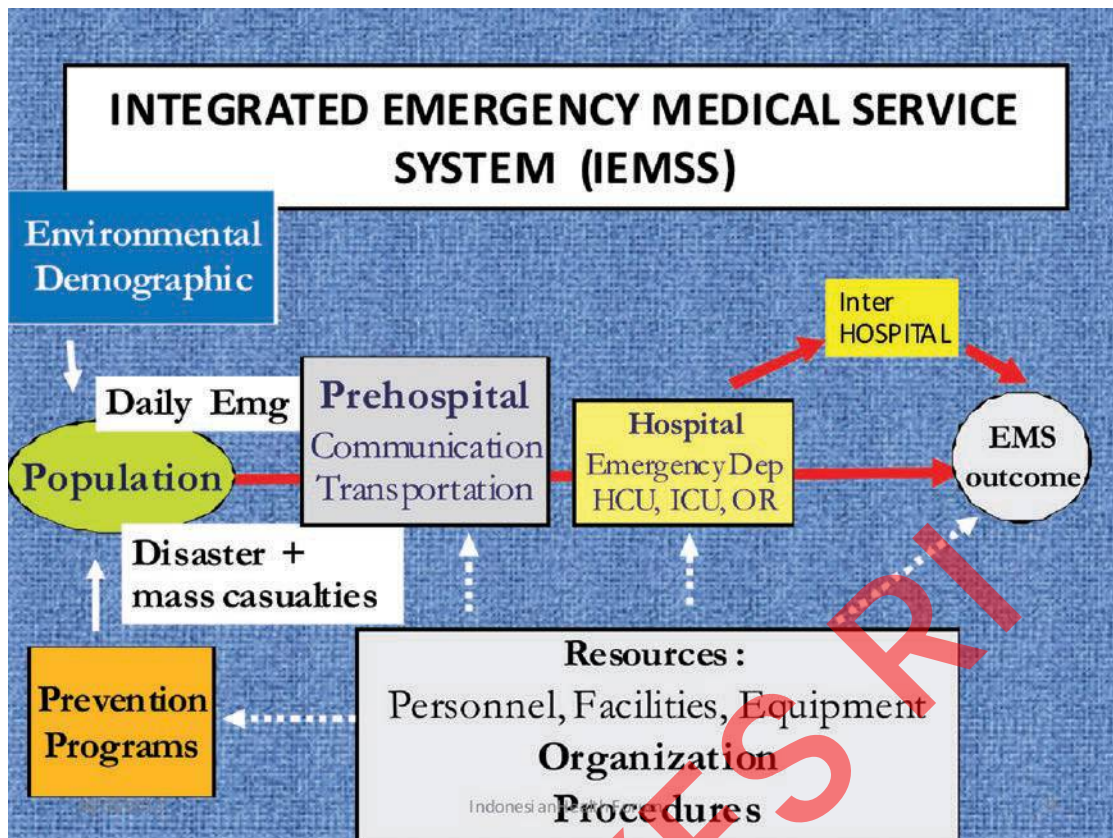
VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan 1: Konsep SPGDT

SPGDT adalah suatu sistem berupa koordinasi dari sektor kesehatan yang didukung oleh sektor lain dan kegiatan kelompok profesional pada keadaan kedaruratan medis sehari-hari (SPGDT-S) dan pelayanan kedaruratan medis pada saat kejadian bencana (SPGDT-B).

Pelayanan kesehatan (*Health services*) dalam SPGDT (IEMSS) meliputi :

1. Sistem Pelayanan pra Rumah sakit (*Prehospital medical services system*)
2. Sistem Pelayanan di Rumah sakit (*Hospital service system*)
3. Sistem Pelayanan antar Rumah sakit (*Interhospital service system*)



Faktor-faktor yang berpengaruh dalam sistem antara lain:

1. *Demography (population density, distribution of population)*
2. *Geography*
3. *Community preparedness*
4. *Transportation*
5. *Communication (Hardware & software)*
6. *Health care facilities (Gov/private Hospital, Primary Health care)*

Demografi & Geografi

Keadaan kedaruratan maupun Bencana terjadi di daerah padat penduduk berbeda dengan daerah yang berpenduduk jarang, misal, di kepulauan. Ada/tidak infra struktur dan sarana transportasi (jalan raya, kapal, pesawat), komunikasi khususnya daerah terpencil, pedalaman, kepulauan.

Community preparedness

Bagaimana menyiapkan masyarakat dalam memberikan pertolongan pertama kasus gawat darurat baik dalam keadaan sehari hari maupun saat terjadi bencana terutama menghadapi korban masal / korban dalam jumlah banyak.

Diperlukan pelatihan sebagai penolong pertama bagi masyarakat awam atau kelompok awam khusus (Petugas kepolisian, pemadam kebakaran, tim *rescue*, relawan dan lain-lain) dapat disebut sebagai *medical first responder*.

Transportation

Dipengaruhi oleh infrastruktur di daerah, keadaan geografi dan jenis transportasi yang tersedia. Ambulans darat atau ambulans jalan raya untuk ketersediaan jalan raya di daerah-daerah seperti P. Jawa – Sumatra dengan jarak jangkauan maksimal dua jam dari fasilitas kesehatan. Pada kasus tertentu misalnya saat bencana dan tersedia jalur kereta api maka kereta api dapat digunakan mengangkut banyak korban dan dilanjutkan dengan ambulans jalan raya (dari stasiun KA sampai rumah sakit) sebagai alternatif sarana transportasi.

Untuk daerah kepulauan atau tidak tersedia jalan raya jarak jangkau dua jam diperlukan ambulans udara (helikopter) sedangkan untuk lebih dari dua jam diperlukan ambulans udara berupa pesawat *fixed wing*. Hal ini masih sulit tersedia di Indonesia dan biaya yang mahal.

Untuk daerah kepulauan atau pulau dengan sungai besar dapat disiapkan ambulans air (kapal) tetap ini tidak mudah, untuk sungai tergantung arus sungai dapat dilalui atau tidak, untuk kapal laut juga sangat tergantung tinggi gelombang. Sehingga pilihan pelayanan melalui udara lebih baik tetapi memerlukan pelayanan transportasi terpadu Helikopter dan ambulans jalan raya serta memerlukan area pendaratan.

Communication

Semua sarana komunikasi yang tersedia disatu wilayah/ daerah harus dapat dimanfaatkan dan dikoordinasikan dalam sistem pelayanan gawat darurat. Untuk sarana telpon diperlukan nomor panggil kedaruratan yang dikelola dalam satu koordinasi. Untuk sarana komunikasi khusus antara ambulans dan fasilitas kesehatan diperlukan sarana komunikasi radio (UHF,VHF,HF) sedangkan antar RS dapat digunakan telpon, radio dan lain sebagainya sesuai perkembangan teknologi.

Bukan hanya sarana atau alat komunikasi tetapi juga diperlukan adanya jaring komunikasi (*communication net*) yang merupakan koordinasi antara pemerintah daerah, sektor kesehatan, sektor perhubungan dan komunikasi yang memerlukan kebijakan dalam pelaksanaannya.

Health Care Facility

Keadaan kedaruratan maupun Bencana terjadi di daerah dipengaruhi oleh ada/ tidak rumah sakit atau fasilitas pelayanan di setiap wilayah/ daerah selain tipe rumah sakit juga distribusi rumah sakit dan kepemilikan yang mempengaruhi pembiayaan bagi pasien yang memerlukan pertolongan segera.

Bila tidak ada rumah sakit, diperlukan kebijakan pemerintah pusat atau daerah dengan beberapa alternatif memperkuat pelayanan transportasi rujukan atau memperkuat pelayanan kegawatdaruratan di Puskesmas antara lain peningkatan sarana prasarana termasuk sistem komunikasi, meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM, melengkapi peralatan medis gawat darurat. Pada saat bencana perlu dipikirkan perlu/ tidaknya membangun rumah sakit lapangan.

2. Pokok bahasan 2: Pelayanan Kesehatan Gawat Darurat Pra Rumah Sakit

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi: Faktor-faktor yang mempengaruhi Pelayanan Kasus Emergensi/Gawat Darurat Pra Rumah Sakit, antara lain:

- a. Penanganan oleh awam khusus
- b. Nomor Telfon Panggil;
- c. Pusat Pelayanan Ambulan;
- d. Pelayanan Ambulan;
- e. Koordinasi Pelayanan Darurat.

Pelayanan kasus gawat darurat pra rumah sakit dapat pula disebut sebagai pelayanan gawat darurat di luar rumah sakit (*O-H-EMS / Out Hospital Emergency Medical Services*). Pelayanan ini meliputi pelayanan yang dilakukan pada pelayanan kesehatan primer, pada pos P3K, pelayanan oleh organisasi relawan (*volunteer*), pelayanan medis pada klinik swasta. Termasuk pelayanan pada pusat pelayanan ambulans (di negara lain ada pelayanan pada *Dispatch center*) yaitu pelayanan pada permintaan ambulans dan memberikan respon serta manajemen pelayanan dari satu tempat ke fasilitas kesehatan. Pelayanan tersebut sebaiknya dikoordinasikan dan di supervisi oleh pemerintah baik pemerintah lokal/ daerah (kabupaten/kota), pemerintah propinsi/ regional maupun nasional melalui layanan komunikasi telpon panggil (*public telephone call number*).

a. Penanganan oleh awam khusus

Keadaan gawat darurat dapat terjadi dimana saja, kapan saja dan dapat menimpa siapa saja, dan dapat disebabkan oleh penyakit ataupun kecelakaan. Penyakit dapat berupa: serangan jantung, kejang demam, muntaber, demam berdarah, dan lain-lain, sementara kecelakaan dapat berupa: kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja, bencana alam, dll.

Prinsip penanganan penderita gawat darurat adalah tepat, cepat dan cermat dalam upaya penyelamatan jiwa dan mencegah kecacatan. Orang yang berada di tempat kejadian merupakan penentu keselamatan korban, yang diharapkan dapat melakukan sesuatu untuk mencegah kematian atau kecacatan akibat keadaan gawat darurat.

Sosialisasi mengenai upaya-upaya penatalaksanaan manajemen TK (Tempat Kejadian) dan pemberian pertolongan pertama pada kasus emergensi yang ditemukan di sehari-hari menjadi tanggung jawab pemerintah daerah bekerja sama dengan instansi terkait seperti rumah sakit maupun puskesmas dan organisasi kemasyarakatan setempat seperti PMI maupun LSM yang terakreditasi. Sasarannya adalah masyarakat yang terlatih (kemudian disebut menjadi awam khusus) mampu memberikan pertolongan pertama pada keadaan gawat darurat terutama tentang cara pembebasan jalan nafas, memberikan nafas buatan, pijat jantung, balut bidai, memindahkan pasien dan mampu melakukan komunikasi minta tolong.

Medical First Responder (MFR) adalah relawan yang menguasai pengetahuan dan keterampilan dasar pertolongan medis pertama kepada korban luka, sebelum dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan lanjut.

Salah satu bentuk dari pertolongan pertama adalah *safe community*, suatu gerakan agar terciptanya masyarakat yang berpartisipasi mandiri hidup sehat, aman dan sejahtera dimanapun mereka berada yang melibatkan peran aktif himpunan profesi maupun masyarakat (misal: PSC, Poskesdes, Desa Siaga, Destana/Desa Tanggap Bencana, Desa Tangguh dll).

Visi dari *safe community* untuk menjadi gerakan yang mampu melindungi masyarakat dalam keadaan darurat sehari-hari dan bencana, maupun atas dampak akibat terjadinya bencana. Dan terciptanya perilaku masyarakat dan lingkungan untuk menciptakan situasi sehat dan aman.

Misi dari *safe community* adalah untuk menciptakan gerakan di masyarakat, mendorong kerja-sama lintas sektor-program, mengembangkan standar

nasional, mengusahakan dukungan dana dalam rangka pemerataan dan perluasan jangkauan pelayanan terutama dalam keadaan darurat, menata sistem pendukung pelayanan diseluruh unit pelayanan kesehatan

Nilai dasar dari *safe community* (SC):

1. **Care** : pencegahan, penyiagaan dan mitigasi
2. **Equity** : adanya kebersamaan dari institusi pemerintah, kelompok/organisasi profesi dan masyarakat
3. **Partnership** : menggalang kerja-sama lintas sektor dan masyarakat untuk mencapai tujuan
4. **Networking** : membangun jaring kerja-sama dalam suatu sistem dengan melibatkan seluruh potensi yang terlibat dalam gerakan SC
5. **Sharing** : memiliki rasa saling membutuhkan dan kebersamaan dalam memecahkan segala permasalahan dalam gerakan SC.

Tujuan Usaha *Safe Community* adalah untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam menata perilaku, membantu pendekatan SPGDT yang dapat diterapkan, membangun respons masyarakat melalui pusat pelayanan terpadu dan potensi penyiagaan fasilitas, dan mempercepat response time untuk menghindari kematian dan kecacatan.

Sasaran Usaha *Safe Community* adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kepedulian dalam kewaspadaan dini dan kegawatdaruratan sehingga terlaksananya koordinasi lintas sektor terkait, tergabung dalam satu kesatuan, dengan tujuan akhir terwujudnya subsistem komunikasi dan transportasi sebagai pendukung.

b. Nomor telpon panggil (*Emergency call number*) di Indonesia.

Setiap negara dapat menentukan kebijakan tentang nomor telpon panggil dalam keadaan gawat darurat, di Indonesia ditetapkan berdasarkan INPRES No. 4 Tahun 2013 nomor telpon panggil untuk ambulans adalah no 119/118. Nomor ini sebaiknya sama untuk seluruh daerah/ wilayah di Indonesia dan dapat diakses dari telpon umum dan sifat pelayanannya adalah tanpa bayar (*free of charge*) Pelayanan telpon ini harusnya berada dalam satu senter pelayanann dan memiliki jaringan komunikasi yang baik dengan senter pelayanan kesehatan untuk memberikan respons terhadap masalah kesehatan yang dilaporkan.

Pelayanan ambulans terpadu dari sebuah senter pelayanan (*Dispatch center*) di setiap negara bisa berbeda, tetapi pada umumnya terdapat koordinasi minimal dengan dua pelayanan keadaan darurat misalnya pelayanan ambulans dan pemadam kebakaran atau pelayanan ambulans dengan pelayanan keamanan/ kepolisian.

Di Indonesia pelayanan terpadu seperti belum dapat diwujudkan karena masih memiliki nomor telpon panggil yang berbeda misal, bila ambulans ditetapkan dengan nomor panggil 119/118, sedangkan kepolisian dengan nomor panggil 110 dan 112, atau Dinas pemadam kebakaran dengan no 113. Selain itu pula gedung komunikasi sebagai pusat pelayanan masih terpisah untuk masing masing pelayanan tersebut.

c. Pusat pelayanan ambulans (*Dispatch Center/ DC*).

Pusat pelayanan ambulans seharusnya sudah dapat dibentuk di setiap daerah/ wilayah dan pusat ini bertanggung jawab memberikan respons terhadap permintaan bantuan kasus gawat darurat, misalnya memberangkatkan ambulans untuk membawa pasien yang membutuhkan. Ambulans ini harus disertai dengan kru dan peralatan yang dapat dilakukan untuk memberikan pelayanan kegawat daruratan selama perjalanan. Pusat ini juga dapat memberikan layanan untuk pemberian saran menuju fasilitas pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat.

Dengan permasalahan adanya perbedaan keadaan geografi setiap daerah/ wilayah maka setiap propinsi dapat membuat kebijakan sesuai dengan kondisi daerahnya, baik kebijakan tentang jenis transportasi yang digunakan (ambulans udara, ambulans laut/ sungai dan ambulans darat atau ambulans jalan raya), maupun tentang jumlah senter pelayanan.

Senter pelayanan ambulans dipengaruhi oleh infrastruktur di daerahnya, kerjasama antar propinsi yang bersebelahan (dengan komunikasi informasi disesuaikan dengan perkembangan teknologi misal penggunaan internet). Kebijakan bila terjadi korban masal atau bila daerahnya terkena bencana sehingga memerlukan bantuan dari luar daerahnya. Di Indonesia pernah timbul gagasan membangun PSC (*Public Safety center*) gagasan ini mirip dengan *Dispatch center* yang memberi layanan komunikasi untuk panggilan darurat. Pusat/ setra pelayanan kedaruratan: *Public safety center* (PSC), berupa layanan terpadu antara kepolisian (*SECURITY*), petugas pemadam kebakaran (*RESCUE*), pelayanan ambulans (*HEALTH*) atau *DISPATCH CENTER*.

Selain layanan komunikasi terpadu untuk keadaan darurat juga layanan terhadap kejadian kedaruratan medis dalam upaya memberikan pertolongan pertama

d. Pelayanan ambulans.

Jenis ambulans dapat dikelompokkan berdasarkan jenis kendaraan trasportasinya misal; ambulans udara (helikopter atau *fixed wing*), ambulans laut (kapal), ambulans air untuk sungai, dan ambulans jalan raya.

Dibanyak negara ambulans jalan raya dibagi dalam 3 kelompok yaitu, misalnya di Eropa dibagi menjadi ambulans tipe A, B, C .

- a) Ambulan tipe A adalah ambulans untuk transport pasien , pasien tidak akan menjadi gawat darurat. (di Indonesia diset sebagai ambulans tranport)
- b) Ambulan tipe B adalah ambulan *emergency* yang didisain dan dilengkapi dengan peralatan pertolongan dasar (*basic life support*) dan monitoringnya selama perjalanan.
- c) Ambulan tipe C adalah ambulans untuk pelayanan intensif yaitu ambulans yg didisain dan dilengkapi peralatan untuk pertolongan yang lebih lanjut (*advance life support*).

Bila tipe B cukup diawaki oleh perawat dan *technician* sedangkan tipe C termasuk dokter di dalamnya.

Di Indonesia untuk jenis yang serupa dengan tipe B dan C jarang didapat dan keduanya biasa disebut dengan ambulans gawat darurat yang umumnya sama dengan tipe B di Eropa.

Di Amerika dan beberapa negara lain membagi dalam kelompok Ambulan tipe 1,2 dan 3 dengan kriteria yang mirip dengan Eropa. Terdapat pula kriteria adanya ambulan yang disiapkan untuk menghadapi korban masal dan mendukung penyiapan rumah sakit lapangan.

Pelayanan yang berhubungan dengan transportasi termasuk keselamatan dalam perjalanan (*safe transport*) Perencanaan berpedoman pada transport yang aman perlu personel terlatih, *equipment/* peralatan yang penting dan minimal manajemennya sama dengan pelayanan di tempat pengiriman , komunikasi dan koordinasi harus baik. Beberapa hal penting dalam tranportasi antara.lain;

1. Memperhatikan kebutuhan khusus pasien / *Patient need special requirement and safe*
2. Tim menyadari akan tanggung jawabnya/ *team aware of the responsibility*
3. Telah menyampaikan informasi tentang pasien yang akan dikirim ke fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju/ *Receiving facility well informed & prepared to accept the patients*
4. Memperhatikan hal khusus yang berhubungan dengan perjalanan selama transportasi/ *Specific transport condition*
5. Telah mengetahui keadaan jalur yang akan dilalui / *Check the route Transport*
6. Tim penerima dapat melakukan pengambil alihan penanganan pasien dengan baik/ *Receiving team adequately take over management of the patient*

e. Koordinasi pelayanan darurat.

Koordinasi pelayanan kedaruratan terpadu sebetulnya sangat penting misalnya pelayanan ambulans dengan kepolisian atau dengan pemadam kebakaran atau dengan kelompok relawan.

Polisi dan pemadam kebakaran adalah orang yang sering pertama kali berada di lokasi kejadian dan seharusnya sebagai penolong pertama (*Medical first responder*) mereka memiliki pengetahuan dan peralatan untuk pertolongan pertama sampai dengan *Basic life support*, dan bertugas memberikan pertolongan sebelum tim medis atau pelayanan ambulans tiba di lokasi kejadian.

Koordinasi pelayanan secara terpadu walaupun penolong pertama adalah petugas kepolisian atau pemadam kebakaran dapat membantu penyiapan peralatan medis yang dibutuhkan pada pertolongan pertama.

Misalnya ambulan dari Dinas kebakaran atau kepolisian atau organisasi kemasyarakatan lainnya memiliki peralatan standar antara lain *Cervical collar* (bidai leher), tandu untuk mengangkat pasien, tabung oksigen, suction unit, AED (*Automated external defibrillator*) dan beberapa peralatan medis lainnya, selain alat komunikasi untuk koordinasi dalam pelayanan. Bagi penolong pertama (MFR) dikenal standar prosedur 3T *Triage-Treat-Transport*.

3. Pokok Bahasan 3: Pelayanan Kesehatan Gawat Darurat di Rumah Sakit

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

- a. Ruang pelayanan kritis;
- b. Alur pelayanan kasus gawat darurat;
- c. Kejadian gawat darurat dengan korban massal.

a. Ruang Pelayanan Kritis

Ruang Pelayanan Kritis di rumah sakit yang akan melakukan pelayanan kasus gawat darurat adalah :

1. Instalasi Gawat Darurat / IGD

Ruang Gawat Darurat adalah salah satu ruang yang disyaratkan harus ada pada bangunan rumah sakit, yang merupakan Ruang pelayanan khusus yang menyediakan pelayanan yang komprehensif dan berkesinambungan selama 24 jam.

Bagian atau ruangan ini sebetulnya adalah ruangan yang melakukan pertolongan pada pasien yang memerlukan pertolongan segera (*requiring immediate attention*) apakah karena gangguan fungsi fisiologis tubuh atau karena kecelakaan.

Definisi WHO yang banyak digunakan adalah *an area of hospital permanently and specifically staffed and equipped to receive and treat emergency patients presenting with injuries and sudden illness.*

Pelayanan Gawat darurat /*emergency* bertanggung jawab meningkatkan tentang kebutuhan penilaian / *assessment* dan manajemen penyakit kritis yang terbuka dalam 24 jam selama 7 hari dalam seminggu.

Dasar pelayanan terpadu di IGD tergantung dari data kunjungan kasus terbanyak, waktu kedatangan, data kematian yang terjadi. masalah waktu tindakan dan ada tidaknya tempat rawat/pelayanan lanjutan yg dibutuhkan data kasus berhubungan dgn keperluan SDM profesional, kelengkapan sarana dan prasarana Tata ruang di IGD memperhatikan jumlah petugas, jumlah kasus, peralatan yang dimiliki/diperlukan. Data harus dibuat, dievaluasi dan dibuat pengembangan sistem berdasarkan permasalahan (kerja sama RS, sistim komunikasi,dll). Kerja sama

sulit diimplementasikan, untuk wilayah yang heterogen (jumlah dan distribusi RS, kepemilikan RS, ketersediaan SDM, ketersediaan fasilitas dan ketersediaan sistem)

Pelayanan di rumah sakit dan jejaring keselamatan (*safety net*).

Akses pelayanan di rumah sakit seharusnya terbuka, apakah pasien masuk berdasarkan rujukan atau pasien datang sendiri. Untuk masuk tidak berdasarkan identifikasi khusus atau pembayaran yang harus dilakukan terlebih dahulu sehingga pasien mengalami keterlambatan untuk mendapatkan pelayanan dalam ancaman kematian (*life threatening*).

Langkah menerima semua pasien memang akan berdampak banyaknya pasien yang masuk ke IGD (ED) sehingga memunculkan idea adanya pelayanan dasar dan pelayanan lanjutan. Penilaian tentang tidak efisiennya pelayanan kesehatan sering melupakan pelayanan di IGD. Sedangkan masyarakat merasakan bahwa pelayanan yang mudah didapat dan segera ditangani adalah di IGD dengan alasan apapun baik diagnostik, preventif atau terapeutik. Bahkan di beberapa negara menganggap masuk melalui IGD akan lebih mudah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lanjutan. Pada studi yang pernah dilakukan didapatkan hasil bahwa tidak ada pembatasan untuk masuk IGD (tidak selalu harus ada rujukan, tidak selalu harus menyediakan uang terlebih dahulu, tidak selalu harus mempunyai kartu jaminan kesehatan dll), masyarakat masuk karena ingin segera mendapat pelayanan yang berhubungan dengan kemungkinan adanya ancaman kematian.

Terdapat penelitian yang mencoba mencari adakah perbedaan pelayanan pada golongan tertentu disuatu negara. Melakukan tindakan untuk memperkuat pelayanan di IGD dengan melakukan *re-modeling* IGD

2. Instalasi Perawatan Intensif/IPI

Ruang Perawatan Intensif (ICU=*Intensive Care Unit*) adalah bagian dari bangunan rumah sakit dengan kategori pelayanan kritis, selain instalasi bedah dan instalasi gawat darurat.

Ruang Perawatan Intensif merupakan instalasi pelayanan khusus

di rumah sakit yang menyediakan pelayanan yang komprehensif dan berkesinambungan selama 24 jam. Fasilitasnya untuk merawat pasien yang dalam keadaan belum stabil sesudah operasi berat atau bukan karena operasi berat yang memerlukan secara intensif pemantauan ketat atau tindakan segera.

SDM/ PERSONNEL sebaiknya terdiri dari 2 jenis petugas terlatih dalam penanganan setiap pasien (*2 Trained staff : doctor & nurse accompany each patients*) sulit diterapkan bila terjadi korban masal.

Peralatan/ bahan habis pakai maupun obat-obatan harus tersedia cukup dalam jumlah disesuaikan dengan keadaan dan kebutuhan pasien/ *patient condition*).

EQUIPMENT / peralatan harus selalu dicek dan dipastikan dapat digunakan. Keterbatasan ketersediaan tempat tidur di ICU menyebabkan banyak penolakan kasus untuk dirawat intensif baik dalam keadaan sehari hari maupun saat terjadi bencana. Sehingga saat ini berkembang pengetahuan tentang *Intensive care without wall* yang menyebabkan diperlukannya pengetahuan dan ketrampilan untuk *health care professional*.

3. Kamar bedah/KB/OK

Kompleks “ruang operasi” dibangun di zona terpisah dari ruang lain di Rumah Sakit dengan berbagai permasalahannya

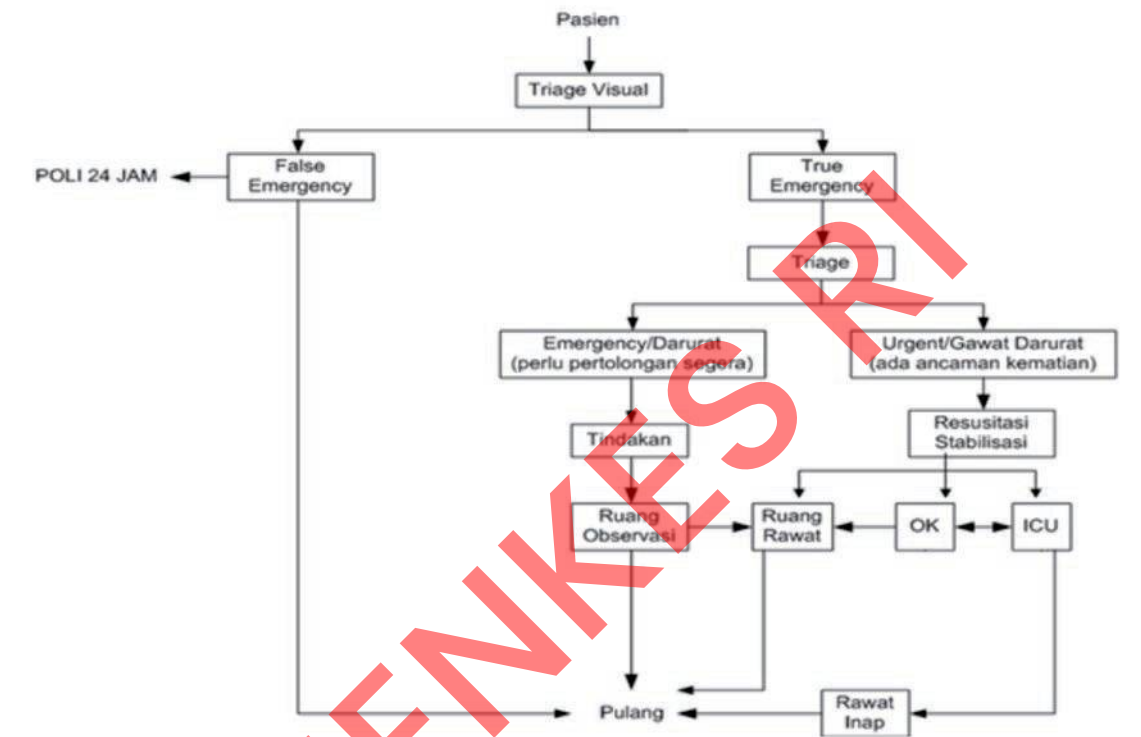
Petugas yang bekerja dalam kompleks ruang operasi harus diatur agar jalur masuk yang dilewatinya dari satu area “steril” ke lainnya dengan tidak melewati area “infeksius atau kotor”.

KB/OT dibangun diantara beberapa disiplin dan profesi, karena dalam pelayanannya akan terlibat dokter spesialis bedah, spesialis anestesi, perawat kamar bedah, perawat anestesi, petugas kebersihan dll yang harus bekerja secara harmonis dalam satu koordinasi.

Penggunaan KB/ OT pada kasus emergensi memiliki berbagai tingkat kesulitan dalam prediksi kegiatannya dikarenakan diperlukannya mekanisme keputusan yang harus dilakukan dalam waktu singkat.

Jumlah kamar operasi tersedia terbatas dalam keadaan sehari hari dan sulit penambahan jumlah kamar operasi, penambahan peralatan, perlu disterilisasi ulang, memerlukan bahan habis pakai yang cukup, SDM untuk kamar bedah.

b. Alur pelayanan kasus gawat darurat di RS.



Keberhasilan SPGDT sehari hari dipengaruhi oleh faktor 5 M (*Man, Material, Machine, Method* dan *Money*):

1. Tersedianya SDM professional
2. Tersedianya bahan habis pakai dan obat yang sesuai kegawat-daruratan
3. Tersedianya peralatan medis dan penunjang
4. Tersedianya prosedur dan tata kerja yang dapat diterapkan
5. Tersedianya sistem pendanaan yang mencukupi kebutuhan pelayanan

c. Kejadian gawat darurat dengan korban masal

Prinsip Umum

Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan:

- Melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat
- Melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*).

Untuk memenuhi prinsip ini, maka dokter dan perawat yang bekerja di IGD-rumah sakit wajib memiliki keterampilan, kemampuan melakukan TRIASE dan *basic life support*, untuk itu rumah sakit berkewajiban memfasilitasi pelatihan bagi petugas gawat darurat untuk dapat memiliki kemampuan tersebut.

Hal ini yang membuat Rumah Sakit Swasta hanya mau menerima dokter/perawat yang sudah memiliki sertifikat Gawat Darurat.

Sistem Triage

Adalah sistem seleksi pasien untuk membuat kelompok prioritas karena kebutuhan pelayanannya dan sumbernya tersedia. sebagai suatu standar prosedur yang meliputi adanya personil (SDM), bahan habis pakai (*supplies*), peralatan (*equipment*) termasuk transportasi dan ketersediaan fasilitas kesehatan yang berpengaruh pada kualitas suatu sistem pelayanan gawat darurat/ *emergensi* terpadu dalam pelayanan kesehatan.

Sistem Triage semula dikenal di unit pelayanan gawat darurat (ED), karena meningkatnya kebutuhan pelayanan pada kasus gawat darurat. Sedangkan pada pelayanan di luar rumah sakit sistem Triage ini masih perlu disebar luaskan dan diperkuat dalam pelaksanaannya.

Hampir semua rumah sakit menggunakan sistem Triage dan sebagian dari pelayanan ambulans juga telah menggunakan sistem Triage. Diharapkan senter-senter pelayanan ambulans juga menggunakan sistem ini, dikarenakan bila pada saat hampir bersamaan akan diperlukan pemberian prioritas. Pengiriman ambulans bukan berdasarkan urutan waktu panggil tetapi berdasarkan prioritas pelayanan yang harus diberikan.

Pedoman Triage atau *Triage guidelines* sebaiknya ditetapkan dalam satu standar nasional dengan sistem berbasis komputer, protokol ini dapat di

modifikasi dan dapat di evaluasi oleh pelaksana pelayanan (*health care provider*).

Terdapat berbagai sistem Triage yang dapat dipilih, di Indonesia saat ini sebagian menggunakan sistem labeling dengan kode warna merah, kuning, hijau dan hitam. Sebagian RS mengganti dengan sistem yang lain yang diadopsi dari Australia maupun lainnya. Tetapi pada penanganan korban masal diperlukan kesamaan dalam pemilihan sistem Triage sehingga tidak terjadi salah interpretasi tentang kegawat daruratan satu kasus.

Layanan Khusus

Pada kejadian khusus misalnya terjadinya penyakit menular atau keracunan bahan kimia, diperlukan area layanan yang terpisah dari pelayanan kasus emergensi yang biasa. Area ini disebut juga sebagai area dekontaminasi yang terletak dekat IGD dan ditangani oleh tim khusus terlatih. Sebutan untuk tim ada beberapa yang menggunakan istilah **Hazmat team** (*hazard material team*). Disain area ini untuk mengatasi pencemaran yang dibawa pasien agar tidak merugikan pasien lain maupun petugas yang melakukan penanganan.

4. Pokok Bahasan 4: Pelayanan Kesehatan Gawat Darurat antar Rumah Sakit

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi Jejaring Rujukan.

Jejaring pelayanan dibuat berdasarkan kelas Rumah sakit atau berdasarkan kemampuan Rumah sakit (kuantitas dan kualitas) dalam memberikan pelayanan, walaupun dikemudian hari didapatkan ide pembangunan Rumah sakit tanpa kelas. Permasalahan kelas rujukan dipengaruhi oleh tersedianya SDM khusus (misal dokter spesialis) dan sarana prasarana yang spesialistik.

Rujukan sehari hari adalah rujukan dari satu rumah sakit ke rumah sakit yang lebih lengkap atau memiliki SDM dan fasilitas spesialistik. Tetapi bila suatu rumah sakit rujukan tertinggi tidak memiliki tempat rawat bagaimana hubungan antar rumah sakit pemerintah dan swasta untuk penanganan kegawat daruratan medik. Hal ini biasanya merupakan masalah berhubungan dengan pendanaan dari sumber yang berbeda (pribadi atau asuransi). Dalam berbagai peraturan perundang undangan setiap fasilitas kesehatan tidak boleh menolak memberikan layanan pada kasus gawat darurat, tetapi keterbatasan tempat rawat biasanya menyebabkan hal itu terjadi.

Pada saat terjadi bencana dengan korban masal akan dilakukan evakuasi transportasi dari Puskesmas atau dari lapangan saat terjadi bencana ke Rumah sakit rujukan. Agar tidak terjadi permasalahan yang bersifat administratif dalam pendanaan maka diperlukan pengaturan sesuai dengan SPGDT sebagai suatu system yang berlaku diseluruh wilayah negara kita.

Pengaturan ini juga diperlukan dan berlaku bagi pelayanan transportasi antar Rumah sakit.

Pengaturan tersebut secara umum terdiri dari :

1. Pengaturan tentang sistim informasi manajemen (SIM) Rumah sakit, karena menghadapi kompleksitas masalah yang dihadapi. Pengaturan ini juga memerlukan adanya audit pelayanan kesehatan dan penunjang dihubungkan dengan kebutuhan pendanaan atau pengaturan keuangan bagi pelayanan kesehatan.
2. Koordinasi pelayanan kesehatan dalam terutama kasus kedaruratan medik yang memerlukan koordinasi khususnya penyampaian informasi sebelum rujukan dilakukan.
3. Jejaring pelayanan dibuat berdasarkan kemampuan fasilitas kesehatan yang tersedia di satu wilayah antara kelas Rumah sakit dengan memperhatikan kemampuannya (kuantitas dan kualitas)

Simpulan

1. Kualitas pelayanan pra Rumah sakit , Di Rumah sakit dan antar Rumah sakit tergantung dari “Data kepemilikan SDM (medis dan non medis), kemampuan SDM khususnya dalam pelayanan kegawatdaruratan” dan tersedianya fasilitas pelayanan serta pengaturan pelaksanaan atau tata kerja yang sistematis dengan mempertimbangkan efisiensi tanpa meninggalkan prinsip kualitas pelayanan yang baik (professional)
2. Pembinaan sistem perlu kepedulian dan perhatian Pemerintah daerah , manajer atau pimpinan rumah sakit. Dalam pembinaan sistem (SPGDT) memerlukan pembinaan SDM, dilengkapi evaluasi melalui mekanisme Audit pelayanan. Bila angka kematian tinggi maka evaluasi yang dilakukan dengan melakukan kajian apakah kualitas SDM yang perlu ditingkatkan profesionalismenya, apakah masalah keterbatasan fasilitas peralatan atau adanya masalah dalam sistem pelayanan yang tidak terstruktur atau tidak jelasnya sistem pelayanan (SOP) yang diterapkan.

SPGDT Bencana Rujukan antar RS

Jejaring rujukan dibuat sesuai kemampuan rumah sakit yang berada di lokasi bencana/dekat dengan lokasi bencana. Dalam memberikan pelayanan baik dari segi kuantitas kemampuan menerima pasien maupun kualitas pelayanan yang dihubungkan dengan kemampuan SDM dan kesediaan fasilitas medis maupun perkembangan teknologi.

Sebagai pertimbangan,

- Bagaimana kalau RS rujukan pemerintah penuh, apakah dapat dirujuk ke RS swasta bagaimana komunikasi, transportasi dan pembiayaan
- RS terbatas di daerah kepulauan atau di daerah perbatasan dan daerah terpencil dengan permasalahan infrastruktur transportasi.

Keberhasilan SPGDT-B didukung oleh komponen sebagai berikut:

1. ORGANISASI (organisasi tetap/ organisasi struktural dan organisasi penugasan/ bersifat sementara) melibatkan multi disiplin dan multi profesi yang melibatkan banyak unsur (keamanan, ketertiban, rescue, medis, komunikasi termasuk kehumasan), perlu pengaturan dalam organisasi pengendalian (komando/ koordinasi) dan organisasi di lapangan dengan uraian tugasnya termasuk produk hukum, petunjuk operasional.
2. FASILITAS (meliputi sarana dan prasarana) di semua wilayah pelayanan sejak pra Rumah sakit sampai di rumah sakit. Termasuk mobilisasi dan aktivasi baik fasilitas yang berhubungan dengan pelayan kesehatan atau pendukungnya.
3. KOMUNIKASI (Alat komunikasi, jejaring komunikasi dan prosedur) baik untuk pelayanan informasi, pelaksanaan koordinasi dan penanganan operasional. Penjelasan rinci pada saat bencana lihat materi penanganan bencana.
4. DATA/DOKUMEN (Data SDM, Data komunikasi, Data fasilitas Data operasional) yang diperlukan mendukung pelaksanaan operasional, termasuk perangkat yang berhubungan dengan ketentuan regulasi dan Protap (Prosedur tetap) baik di jajaran Kesehatan maupun Non Kesehatan.

5. PENANGANAN OPERASIONAL (pra rumah sakit, di rumah sakit, antar rumah sakit). Pada penanganan operasional diperlukan berbagai panduan untuk penyamaan persepsi baik berupa petunjuk pelaksanaan (juklak), petunjuk teknis (juknis), petunjuk dalam semua sistem (sistem komunikasi informasi, sistem pelaporan, sistem monitoring dan evaluasi, sistem pemberian bantuan, sistem pengalokasian sumber daya, sistem pengalokasian fasilitas, sistem yang berhubungan dengan pendanaan.

5. Pokok Bahasan 5: Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu pada Keadaan Bencana

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi penanggulangan gawat darurat terpadu pada keadaan bencana

a. Manajemen penanganan korban masal dengan sumber daya yang terbatas

Bencana dalam konteks pelayanan kesehatan, seperti yang tercantum dalam definisi WHO; Setiap keadaan yang secara gradual menyebabkan masalah kesehatan di masyarakat dan tidak dapat ditangani dengan adekuat. Dalam hal ini bencana yang dimaksud terutama yang menyebabkan korban masal dan memerlukan penanganan kesehatan yang baik walaupun akan dijumpai keterbatasan SDM, keterbatasan fasilitas dll.

Pada penanganan bencana dengan korban masal (pra rumah sakit, di rumah sakit dan antar rumah sakit) memerlukan pengaturan dan penetapan tentang :

- 1) **Koordinasi dan komando** (perlu kesepakatan semua unsur terlibat baik unsur pelayanan medis maupun unsur penanganan bencana secara menyeluruh) pada saat penanganan bencana berlangsung.
- 2) Pengaturan bila diperlukan peningkatan (**eskalasi**) dan **mobilisasi sumber daya** (SDM, fasilitas dan sumber daya lain) terkait dengan masalah penugasan termasuk pembiayaan.
- 3) Pelatihan berupa **simulasi** dari prosedur tetap (Protap), petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis yang dibuat oleh masing-masing institusi agar dapat diimplementasikan, pada saat penyiagaan dan penanganan bencana.

- 4) **Pelaporan, monitoring dan evaluasi** yang didokumentasikan untuk menganalisis/ mengetahui masalah dan hasil penanganan pada saat pasca bencana.

Korban bencana berupa korban masal berarti jumlah petugas kesehatan lebih sedikit dari jumlah korban yang harus ditangani. Korban bencana akan selalu terdiri dari tiga kelompok kasus yaitu : korban meninggal, korban sakit/ cedera dan korban yang merupakan pengungsi.

Jejaring pelaksana (provider) dalam SPGDT terdiri dari:

- 1) Komponen **institusi pelayanan** meliputi komponen pra rumah sakit dan komponen rujukan
- 2) Komponen **SDM** baik SDM kesehatan maupun non kesehatan
- 3) Komponen **penunjang** khususnya transportasi dan komunikasi
- 4) Komponen **sektor** terkait baik sektor kesehatan maupun non kesehatan
- 5) Komponen **pembiayaan** berupa asuransi kesesehatan (pemerintah/ swasta) biaya perorangan.

Pada saat kejadian bencana ;

- 1) Memerlukan adanya komponen sebagai berikut: organisasi, fasilitas, komunikasi, pendataan dan penanganan operasional.
- 2) Pelayanan medis di lapangan (pra RS), di RS dan antar RS
- 3) Perlu mengetahui karakteristik kasus pada setiap kejadian bencana (analisis kejadian dan permasalahannya)
- 4) Rumah sakit perlu memiliki perencanaan penanganan Bencana (*Hospital Disaster Plan*)

Komponen pendukung keberhasilan dalam sistem diperlukan komponen sebagai berikut:

- 1) Organisasi (koordinasi pengendalian, lintas sektor)
- 2) Fasilitas(di lapangan, di RS, transportasi, logistik)
- 3) Komunikasi (sistem koordinasi , informasi, pendataan)

- 4) Dokumentasi /pendataan (fasilitas, bantuan, korban)
- 5) Penanganan operasional (Pra RS, di RS, Antar RS).

b. Hospital Disaster plan

Pada saat terjadi bencana (internal atau eksternal) maka rumah sakit harus sudah menyiapkan diri dengan membuat perencanaan sebelumnya yaitu ;

- a) Perencanaan penanganan korban bencana di area musibah/ area bencana (pengiriman tim ke lokasi bencana)
- b) Perencanaan RS menerima korban bencana (korban masal) yang dikirim ke rumah sakit dari lokasi bencana
- c) Perencanaan penanganan pasien dan masyarakat RS menghadapi bencana yang terjadi di dalam RS

Terdapat tugas dan tanggung jawab RS dalam menghadapi bencana yaitu:

- a) Membuat **perencanaan** bila menghadapi disaster dan selalu **dievaluasi**.
- b) Melakukan koordinasi dgn instansi di luar RS & antar unit kerja di dalam RS
- c) Melakukan **pelatihan periodik** dan berkelanjutan bagi personil di RS
- d) **Menyiagakan sistem komunikasi, sistem evakuasi** penggerakan ambulans, penyediaan obat dan alat untuk korban masal.
- e) **Menentukan** penanggung jawab dan jadwal penugasan & diketahui oleh seluruh pegawai di RS pada saat kebakaran.

EXTERNAL DISASTER (Penerimaan korban masal di RS)

Bila korban masal dikirim ke rumah sakit maka diperlukan beberapa hal penting yang harus dilaksanakan, antara lain:

- a) Mobilisasi dan mengaktivasi **sumber daya manusia**,
- b) Mobilisasi **alat kesehatan dan obat-obatan**
- c) **Memperluas area kerja atau merubah fungsi ruangan** yang ada untuk menampung semua korban yang dikirim ke rumah sakit .

INTERNAL DISASTER (Rumah sakitnya yang terkena bencana).

Bangunan RS terdiri dari dua jenis bangunan dengan permasalahan yang berbeda yaitu ;

- a) RS vertikal, bangunan bertingkat bila terkena bencana akan memiliki masalah kesulitan dalam evakuasi
- b) RS horisontal, bangunannya satu lantai dihubungkan dengan koridor/ gang beratap yang akan berdampak dengan evakuasi korban yang relatif lebih mudah

Setiap rumah sakit seharusnya mempunyai sistem alarm untuk memberikan informasi tentang kejadian di rumah sakit, misalnya ;

Bila terjadi bencana digunakan kode warna/khusus yang diketahui seluruh petugas rumah sakit (perlu penetapan/ kebijakan), sebagai salah satu contoh di sebuah RS di Australia :

KODE MERAH : bila terjadi kebakaran di RS / ada **API /ASAP**

KODE BIRU : adalah kode untuk informasi adanya pasien yang memerlukan **RJP/CPR (MEDICAL EMERGENCY)**

KODE UNGU : Bila RS mendapat **ANCAMAN BOM**

KODE KUNING : Bila RS mengalami **INTERNAL EMERGENCY**

KODE HITAM : Bila di RS ada **ANCAMAN PERSEORANGAN**

KODE COKLAT : Bila RS harus menangani **EXTERNAL EMERGENCY**

KODE ORANGE : Bila diperlukan **EVAKUASI**

Tetapi tidak banyak rumah sakit di Indonesia yang memiliki kebijakan dalam ketentuan di RS.

Langkah kegiatan yang harus dilaksanakan oleh RS pada saat RS-nya mengalami bencana yaitu;

- a) Perlu penyelamatan pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit itu sendiri. Bila memungkinkan penyelamatan dokumen atau alat kesehatan.
- b) Mengetahui kepadatan dan distribusi masyarakat RS, mengetahui fasilitas penyelamatan di RS, membuat perencanaan alur evakuasi di RS

- c) Pencegahan bila memungkinkan lebih baik dari penanganan bencana yang terjadi di RS

Pemilihan tempat penampungan sementara pada saat kejadian dan belum dapat dievakuasikan,

- a) Area penampungan aman dari ancaman bahaya
- b) Usahakan tidak memindahkan pasien lebih dari satu kali
- c) Perhatikan kebutuhan lain dari pasien di area penampungan

Kebutuhan tempat penampungan antara lain,

- a) Terlindung dari cuaca (panas, hujan)
- b) Tersedia sumber listrik yg bisa dipindahkan (genset, solar panel)
- c) Penerangan yg bisa dipindahkan
- d) Kebutuhan pribadi (sanitasi, toilet, cuci tangan dll)

c. Pengiriman Tim ke Lapangan (*Foreign Medical Team*)

Pada kejadian bencana yang terjadi di luar Rumah sakit memerlukan pengkajian sbb (*for external disaster; establish context*):

- 1) Keadaan khusus di masyarakat yang berhubungan dengan kepadatan penduduk (*Characteristic community, demographic such as population density*)
- 2) Tersedianya sumber dana / *All resources (transportation, logistics)*
- 3) Sistem komunikasi dan jejaring sosial yang tersedia saat itu / *Social network, communication system*
- 4) Permasalahan yang berhubungan dengan infrastruktur / *Infrastructure problem* (jalan raya, tempat penampungan, bandara / pelabuhan)
- 5) Karakteristik kasus korban bencana / *Characteristic the victims* misalnya pada saat gempa akan ditemukan banyak kasus trauma, pada saat gunung meletus akan didapatkan kasus ISPA dan luka bakar, pada saat terjadi banjir akan banyak dijumpai kasus infeksi.

Pada saat kasus trauma banyak ditemukan maka diperlukan data untuk penanganannya, misalnya perlu pembedahan maka:

- 1) Rumah sakit terdekat apakah bisa digunakan
- 2) Apakah diperlukan RS lapangan (tenda RS, sumber listrik, sumber air bersih, pembuangan limbah dan peralatan medis portabel)
- 3) Apakah tersedia sarana transportasi sehingga korban dapat dikirim ke RS di daerah yang aman

Pengiriman tim ke lapangan memerlukan beberapa pertimbangan tentang beberapa hal penting:

- 1) Komposisi tim yang akan dikirim ke tempat bencana dengan kemampuan khusus yang dimiliki / *Team composition (speciality)*
- 2) Komando/ Koordinator tim yang memiliki kemampuan mengaktifkan tim di lapangan/ *Team commander and who activate the team*
- 3) Diperlukan peralatan medis, peralatan proteksi diri para petugas, logistik pendukung yang dibutuhkan tim/ *Need the medical equipment, protective clothing, supporting logistics*
- 4) Kesepakatan sistem komunikasi dan transportasi/ *Communication and transport arrangement*

Pelajarilah terlebih dahulu bila terdapat pengalaman tim sebelumnya dan permasalahannya (*what we learnt from the experiences to preparing for health services after huge disaster*);

- Penetapan hal yang penting dengan membuat prioritas pada pengiriman tim medis ke lapangan (*The urgent action is needed make the priorities are sending the rapid medical response team*).
- Pengadaan logistik yang penting adalah penyediaan air bersih di daerah bencana, penyiapan tenda penampungan yang cukup, penyediaan makanan dan sanitasi yang baik (*logistic for clean water, adequate shelter, food, adequate sanitation*).
- Penilaian dan penanganan masalah klinis untuk menurunkan angka kematian dan mencegah terjadinya penyakit menular (*health care assessment to reduce mortality and preventing diseases of outbreaks, diarrhea, malaria, dengue*).

Kegiatan yang dapat dilakukan:

- Pembuatan rumah sakit lapangan (menggunakan tenda, bangunan yang ada dan mengelola penyelenggaraan pelayanan kesehatan di lokasi bencana)
- Membantu rumah sakit lain (RS terdekat dengan lokasi bencana/ RS rujukan di lokasi bencana)
- Bila diperlukan membantu mengkoordinasikan tim medis / rumah sakit pada penanganan di lapangan

VII. EVALUASI

1. Latihan kasus tentang kerjasama dalam pengelolaan (manajerial) antara pengendali operasional, pengendali logistik, pengendali komunikasi, pengendali data, koordinasi.
 - identifikasi masalah (organisasi, komunikasi, transportasi)
 - analisis masalah (operation plan)
 - pelaksanaan
 - evaluasi keberhasilan penanganan

Kasus bencana alam/ bencana akibat ulah manusia/bencana kompleks

2. Latihan kasus penanganan korban masal dalam penanganan di lapangan / di RS
 - penilaian kebutuhan SDM, sarana, prasarana (kebutuhan ambulans, fasilitas kesehatan)
 - aktivasi tim, koordinasi di lapangan
 - penyiapan lokasi penampungan korban cedera sebelum evakuasi.
 - pelayanan rujukan

VIII. RANGKUMAN

Sistem pelayanan gawat darurat terpadu dapat dilaksanakan dengan baik, dimulai dengan melakukan analisis masalah, memiliki data sumber daya lintas sektor, dapat membuat perencanaan penanganan (dengan dukungan organisasi yang diaktivasi), menjalin kerja sama terkoordinasi dalam pelaksanaan.

IX. DAFTAR PUSTAKA

1. Kepmenkes No. 106/Menkes/SK/I/2004 Tentang Tim SPGDT dan Pelatihan PPGD / GELS
2. Pedoman Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu, Ditjen Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan
3. National Emergency Medical Services Education Standards, an Emergency Medical Responder Instructional Guidelines
(<http://www.ems.gov/pdf/811077b.pdf>)
4. Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters
(http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf)

KEMENKES RI

KEMENKES RI



KEMENKES

Materi Inti 3

Koordinasi Klaster Kesehatan

KEMENKES RI



MATERI INTI 3

KOORDINASI KLASTER KESEHATAN

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini terdiri dari sistem kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana dan kegiatannya serta praktik koordinasi. Sistem kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana meliputi definisi umum kluster, kluster internasional, kluster nasional dan subnasional, kluster kesehatan dan subkluster kesehatan. Kegiatan kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana meliputi identifikasi pemangku kepentingan, pemetaan kapasitas, manajemen informasi, koordinasi, kerjasama, integrasi dan sinergi, standar, pengkajian, analisis dan prioritas, strategi dan perancangan, advokasi dan pengerahan sumber daya, dan pemantauan, evaluasi dan pembelajaran. Melakukan koordinasi sektor kesehatan pada saat terjadi bencana meliputi praktik koordinasi kluster kesehatan saat terjadi bencana.

Metode yang digunakan dalam pembelajaran adalah penugasan sebelum pelatihan, observasi, pameran, wawancara, ceramah interaktif, tanya jawab, diskusi kelompok, main peran pertemuan kluster dan simulasi lapangan.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari materi ini peserta latih latih mampu menerapkan sistem kluster kesehatan.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu :

1. Menjelaskan tentang sistem kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana;
2. Mengidentifikasi kegiatan kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana;
3. Melakukan koordinasi sektor kesehatan pada saat terjadi bencana.

III. POKOK BAHASAN

1. Sistem kluster dalam penanggulangan bencana
2. Sistem kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana
3. Mekanisme koordinasi, kerja sama, integrasi dan sinergi kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana.

IV. BAHAN AJAR

Bahan belajar yang diberikan berkaitan dengan kluster kesehatan dalam dalam penanggulangan bencana, yaitu sistem, kegiatan dan praktik koordinasi bidang kesehatan dalam penanggulangan bencana.

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran.

Langkah 1. Pengkondisian Peserta

Langkah pembelajaran:

1. Sebelum pelatihan, peserta latih diminta melakukan observasi, wawancara dan pemetaan pelaku kesehatan dalam penanggulangan bencana di wilayah kerjanya. Hasil kerja peserta latih dipajang di ruang pelatihan, sehingga menjadi pameran karya peserta latih.
2. Fasilitator menyapa peserta latih dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan, pengalaman berkaitan dengan kluster kesehatan.
3. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang atau tulis di flipchart.

Langkah 2. Penyampaian Materi

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, kemudian curah pendapat.

2. Alternatif langkah, fasilitator dapat menanyakan apa saja pemahaman peserta latih yang berkaitan dengan kluster kesehatan, atau pembelajarannya menyangkut tugas pra-pelatihan, lalu secara dialogis fasilitator menyampaikan paparannya secara interaktif.

Alternatif langkah, bila ingin menggunakan pengalaman lapangan peserta latih, dapat digunakan pendekatan main peran kasus tanggap darurat bencana.

Fasilitator menjadi “simulation master” yang memberikan masukan-masukan perkembangan situasi dan dibantu oleh timnya untuk memainkan peran sebagai orang media, lembaga internasional yang baru masuk ke Indonesia.

Peserta latih bisa memainkan peran seperti apa adanya, dapat juga memainkan peran yang dekat dengan pekerjaannya sehari-hari. Peserta latih memainkan peran sebagai pejabat pemerintah (Kementerian Kesehatan/ Dinas Kesehatan) dengan beragam bidang yang berlainan, ada yang berperan sebagai wakil dunia usaha, ada yang berperan sebagai wakil LSM, asosiasi profesi. Tiap peran sudah dibuat rincian dan tugasnya.

Seluruh peserta latih memegang skenario umum, laporan kejadian bencana awal.

Fasilitator memberi tahu aturan selama main peran, misalnya saling tidak memperlihatkan kertas yang diperuntukkan untuk masing-masing (untuk nanti dikomunikasikan, namun tidak diperlihatkan), waktu selama pelatihan – tiap 10 menit identik dengan 1 jam di lapangan. Skenarionya terlampir (perlu disiapkan)

Pada akhir bermain peran, fasilitator mengajak peserta latih untuk memetik pembelajaran untuk masing-masing topik pembelajaran yang sudah dituliskan di atas, misalnya menyangkut manajemen informasi, analisis, strategi, rencana aksi bersama, komunikasi, koordinasi, kolaborasi (kerja sama), termasuk membuat rangkuman secara partisipatoris.

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator mengajak peserta latih melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta latih terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran. Alternatif langkah ini – fasilitator dapat meminta peserta latih menyampaikan pembelajarannya selama sesi menyangkut pokok-pokok dan subpokok pembahasan, secara dialogis.

2. Fasilitator mengajak peserta latihan merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan. Alternatif langkah ini, fasilitator dapat meminta peserta latihan secara bergantian membuat poin-poin penting selama sesi, kemudian fasilitator melengkapi poinnya. Fasilitator dapat menggunakan metaplan untuk mencatatkan poin-poin penting materi di flipchart.
3. Fasilitator mengajak peserta latihan membuat kesimpulan. Alternatif langkah ini, fasilitator dapat meminta peserta latihan untuk membuat kesimpulan-kesimpulan dan dilengkapi oleh fasilitator.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan 1: Sistem Kluster Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana

a. Kluster Internasional

Kluster

- Sekelompok badan, organisasi, dan/atau lembaga yang bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama – untuk mengatasi kebutuhan pada sektor tertentu (seperti kesehatan) [diadaptasi dari WHO]
- Suatu “kluster” biasanya bersifat “kelompok sektoral” dan tidak perlu ada perbedaan antara keduanya terkait sasaran dan kegiatan mereka; tujuan mengisi kesenjangan dan memastikan adanya kesiapan dan tanggap darurat yang sebanding [IASC].

Koordinasi

- perihal mengatur suatu organisasi atau kegiatan sehingga peraturan dan tindakan yg akan dilaksanakan tidak saling bertentangan atau simpang siur (kbbi.web.id)
- Proses (serangkaian kegiatan) yang menyatukan berbagai elemen berbeda dalam satu harmoni atau hubungan yang efisien [dari *Oxford English Dictionary*]
- Dalam konteks tanggap darurat bantuan kemanusiaan, bertujuan untuk membuat segenap organisasi yang turut serta bekerja sama dalam kemitraan untuk menghasilkan kegiatan yang selaras dan memanfaatkan sumber daya secara efisien dalam kerja sasaran, prioritas dan strategi yang telah disepakati, untuk kemaslahatan warga yang terdampak.

- Proses proaktif di mana alokasi material, tenaga, keuangan, dan sumber daya teknis dibuat agar lebih efisien dan efektif [Tool kit Klaster Penampungan]

Integrasi

- pembauran hingga menjadi kesatuan yg utuh atau bulat (kbbi.web.id)

Sinergi

- Melakukan kegiatan gabungan (kbbi.web.id)
- Kerja sama atau kooperasi atau kolaborasi merujuk pada praktik seseorang atau kelompok yang lebih besar yang bekerja di khayalak dengan tujuan atau kemungkinan metode yang disetujui bersama secara umum, alih-alih bekerja secara terpisah dalam persaingan.

Masalah yang umum terjadi yang memunculkan perlunya klaster dalam penanggulangan bencana adalah:

1. Kurangnya sumber daya (orang, waktu, alat, bahan, dana) untuk memenuhi besarnya kebutuhan yang ada;
2. Duplikasi atau berlebihan alokasi sumber daya di tempat tertentu atau ketiadaan sumber daya;
3. Kekurang tepatan sasaran, waktu, mutu, dan jumlah
4. Kesimpangsiuran informasi yang mempersulit penanganan
5. Penanganan terkesan lamban, tidak merata dan sulit terpantau
6. Kurangnya koordinasi antar pelaku tanggap darurat
7. Sarana dan infrastruktur pendukung lumpuh

Faktor-faktor yang mempengaruhi koordinasi, kerjasama, integrasi, dan sinergi klaster kesehatan:

1. Kepemimpinan
2. Kepercayaan satu sama lain
3. Relasi antar pemangku kepentingan
4. Sejarah dan latar belakang



Dalam bidang kemanusiaan terdapat kluster internasional yang terdiri dari kumpulan badan-badan internasional. Kluster internasional terdiri dari 11 kluster yaitu:

1. Perlindungan (anak) – diketuai oleh Komisi Tinggi Perserikatan Bangsa-bangsa Urusan Pengungsi (UNHCR)
2. Hunian – diketuai oleh Federasi Palang Merah dan Bulan Sabit Sedunia (IFRC)
3. Air, sanitasi dan promosi kebersihan – diketuai oleh Komisi Tinggi Perserikatan Bangsa-bangsa Urusan Pengungsi (UNHCR)
4. Koordinasi dan manajemen kamp – diketuai oleh Organisasi Internasional untuk Migrasi (IOM) dan UNHCR
5. Pemulihan dini – diketuai oleh UNDP – Program Pembangunan Perserikatan Bangsa-Bangsa
6. Logistik – diketuai oleh Badan Pangan Sedunia (WFP)
7. Komunikasi darurat diketuai oleh WFP
8. Kesehatan diketuai oleh Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO)
9. Pendidikan – diketuai oleh UNICEF dan Save the Children
10. Ketahanan pangan diketuai oleh WFP dan Organisasi Pertanian Sedunia (FAO)
11. Gizi – diketuai oleh UNICEF

Pendekatan kluster ini merupakan salah satu cara mengelola koordinasi dan kerjasama antar pelaku kemanusiaan dalam melancarkan perencanaan strategis. Di tingkat negara pendekatan ini akan:

1. Membangun sistem kepemimpinan dan akuntabilitas yang jelas untuk suatu tanggapan internasional pada setiap sektor, di bawah suatu kepemimpinan koordinator kemanusiaan;
2. Memberikan suatu kerangka kerja kemitraan yang efektif di antara pelaku internasional dan nasional di setiap sektor.

b. Kluster Nasional



Di Indonesia, kluster nasional terdiri dari 8 kluster, yaitu:

1. Kesehatan – diketuai Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan
2. Pencarian dan Pertolongan – diketuai oleh BNPP/BASARNAS (Badan Search and Rescue Nasional)
3. Logistik diketuai Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB)
4. Pengungsian dan Perlindungan diketuai oleh Kementerian Sosial
5. Pendidikan diketuai oleh Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
6. Sarana dan Prasarana diketuai oleh Kementerian Pekerjaan Umum
7. Pemulihan dini diketuai oleh Kementerian Dalam Negeri
8. Ekonomi diketuai oleh Kementerian Pertanian.

Pembentukan kluster nasional ini didasarkan pada Keputusan Kepala BNPB Nomor 173 Tahun 2014, yang diperkuat oleh Peraturan Kepala BNPB Nomor 174 tahun 2014 tentang Kluster Nasional Penanggulangan Bencana.

2. Pokok Bahasan 2: Sistem Kluster Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana

a. Definisi umum tentang kluster kesehatan dalam bencana

Kluster Kesehatan adalah sekelompok badan, organisasi, dan/atau lembaga yang bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama – untuk mengatasi kebutuhan pada sektor kesehatan. [diadaptasi dari WHO]. Suatu “kluster” biasanya bersifat “kelompok sektoral” dan tidak perlu ada perbedaan antara keduanya terkait sasaran dan kegiatan mereka; tujuan mengisi kesenjangan dan memastikan adanya kesiapan dan tanggap darurat yang sebanding [IASC].

Tugas kluster kesehatan

Kluster kesehatan bertugas melaksanakan perencanaan, penyelenggaraan, monitoring serta evaluasi kegiatan di bidang kesehatan pada saat terjadi bencana maupun situasi normal, meliputi:

1. Pelayanan kesehatan
2. Pengendalian penyakit
3. Penyehatan lingkungan
4. Penyiapan air bersih dan sanitasi yang berkualitas
5. Pelayanan kesehatan gizi
6. Pengelolaan Obat Bencana
7. Penyiapan kesehatan reproduksi dalam situasi bencana
8. Penanganan kesehatan jiwa
9. Penatalaksanaan korban mati
10. Pengelolaan informasi di bidang kesehatan.

Koordinator Kluster Kesehatan: Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI

Wakil Koordinator: Pusat Kedokteran dan Kesehatan, Kepolisian RI.

b. Kluster kesehatan dan sub-kluster Kesehatan

Konsep Pengorganisasian Kluster dan Sub-kluster Kesehatan

Tugas Kluster	Pelaksana Sub Kluster
Pelayanan kesehatan	Sub Kluster Pelayanan kesehatan
Pengendalian penyakit	Sub Kluster Pengendalian Penyakit
Penyehatan lingkungan	Sub Kluster Penyehatan Lingkungan dan Penyiapan Air
Penyiapan air bersih dan sanitasi yang berkualitas	
Pelayanan kesehatan gizi	Sub Kluster Pelayanan Gizi
Pengelolaan Obat Bencana	Sub Kluster Logistik Kesehatan
Penyiapan kesehatan reproduksi dalam situasi bencana	Sub Kluster KIA dan Reproduksi
Penanganan kesehatan jiwa	Sub Kluster Kesehatan Jiwa
Penatalaksanaan korban mati	Sub Kluster DVI
Pengelolaan informasi di bidang kesehatan.	Sub Kluster Informasi Kesehatan.

Kegiatan Kluster Kesehatan

Koordinasi, Kerjasama, Integrasi dan Sinergi

	Koordinasi	Kerja sama	Integrasi	Sinergi
Persepsi	Sama	Sama	Sama	Sama
Tujuan	Sama	Sama	Sama	Sama
Sasaran	Bisa beda	Sama	Sama	Sama
Cara	Beda	Beda	Bisa sama	Bisa sama
Wilayah kerja	Bisa beda	Bisa beda	Bisa beda	Bisa beda
Dana	Masing-masing	Masing-masing	Mungkin digabung	Mungkin digabung
Entitas-identitas	Masing-masing	Masing-masing	Bisa gabung	Masing-masing
Pengelolaan sumber daya	Masing-masing	Ada yang dikelola bersama	Dikelola bersama	Dikelola masing-masing

Koordinasi, kerjasama, integrasi dan sinergi kluster kesehatan, terutama dilakukan menyangkut:

1. Pengkajian: situasi masyarakat, risiko bencana yang ada, risiko terhadap kesehatan, kondisi kesehatan, kerentanan dan kemampuan masyarakat, para pemangku kepentingan yang ada, kesenjangan dan permasalahan yang ada;
2. Manajemen informasi – hasil kajian, pemantauan, evaluasi dan pembelajaran
3. Keterlibatan para pemangku kepentingan :peta kemampuan dan sumber daya yang dapat digunakan bersama;
4. Analisis dan prioritas :
5. Strategi dan perancangan
6. Advokasi dan pengeralahan sumber daya
7. Pemantauan, evaluasi dan pembelajaran

3. Pokok Bahasan 3: Mekanisme koordinasi, kerjasama, integasi, dan sinergi kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana

a. Pelibatan para pemangku kepentingan

Para pemangku kepentingan bidang kesehatan diidentifikasi, baik yang terlibat pada sebelum, saat, maupun pasca bencana, yaitu:

1. Unsur masyarakat: perorangan dan kelompok masyarakat, termasuk asosiasi profesi, kelompok-kelompok budaya, kelompok sosial, kelompok keagamaan, dan kelompok seminat
2. Unsur dunia usaha: perorangan dan kelompok, yang terkait langsung dengan kesehatan dan tidak langsung berkaitan dengan kesehatan. Yang terkait dengan kesehatan misalnya toko obat/apotek, rumah sakit, klinik, perusahaan obat, perusahaan bahan dan alat kesehatan. Yang tidak langsung terkait kesehatan namun mempunyai unit kesehatan, misalnya BUMN, perusahaan-perusahaan besar.
3. Unsur pemerintah: instansi pemerintahan yang terkait dengan kesehatan, misalnya dinas kesehatan, atau sub bagian satuan kerja pemerintahan daerah yang mempunyai tugas pokok dan fungsi terkait kesehatan.

b. Pemetaan kapasitas pemangku kepentingan

Pemetaan kapasitas pemangku kepentingan dilakukan untuk memastikan kecukupan kapasitas yang diperlukan untuk melakukan kegiatan. Kapasitas yang dipetakan meliputi petugas yang dimiliki: jumlah dan kualifikasinya, alat dan bahan serta spesifikasinya, prosedur, dana dan jenisnya, jejaring yang dimiliki dan luas jangkauan layanan.

c. Manajemen informasi

Manajemen informasi kesehatan meliputi seluruh upaya pengumpulan, pengolahan, penyebaran, sampai penyimpanan. Informasi yang dikumpulkan meliputi informasi dasar menyangkut kependudukan, mata pencaharian, geografis, sosial, ekonomi, politik dan budaya yang terkait dengan kebiasaan yang mempengaruhi dan berdampak pada kesehatan. Informasi yang dikelola, antara lain situasi kesehatan, status kesehatan kelompok penduduk, akses terhadap kesehatan, status gizi, kesehatan lingkungan, kesehatan jiwa, kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi, cakupan imunisasi, penyakit endemis, vektor, penyakit kronis, riwayat kejadian luar biasa/wabah,

d. Standar

Standar yang digunakan bersama dalam kluster kesehatan ini, adalah standar-standar nasional atau internasional yang diadopsi, yang sudah ada di dalam bidang-bidang:

1. Gizi
2. Kesehatan jiwa
3. Kesehatan lingkungan
4. Pengendalian dan pemantauan penyakit menular
5. Layanan kesehatan dasar
6. Kesehatan reproduksi, kesehatan anak, kesehatan ibu
7. Pemberdayaan masyarakat

e. Pengkajian

Pada saat prabencana, pengkajian risiko kesehatan merupakan kajian yang dilakukan bersama secara terkoordinasi, terpadu, terintegrasi dan sinergis para anggota klaster. Hasil kajian ini dibagikan dan dijadikan bahan dasar perencanaan pengurangan risiko bencana dan penyusunan rencana kontinjensi bidang kesehatan.

Pada saat terjadi bencana, dilakukan kajian cepat dampak bencana bidang kesehatan, dan kajian lanjut bencana dalam bidang kesehatan. Kajian ini dilakukan secara terkoordinasi, terintegrasi, dan sinergi antar pihak dalam klaster kesehatan dan juga dengan klaster lainnya.

Pada pasca bencana, dilakukan kajian kerugian dan kebutuhan sesuai dengan format kajian DALA yang sudah diadaptasi ke dalam bidang kesehatan. Kajian ini dilakukan bersama para pihak klaster dan klaster lainnya.

f. Analisis dan prioritas

Analisis dilakukan untuk menemukan kesenjangan dan keperluan bantuan dari luar, baik itu pada pra bencana, saat bencana, maupun pasca bencana.

Prioritas dilakukan menimbang ketersediaan sumber daya lokal, dan sumber daya dari luar yang memungkinkan, dengan urutan prioritas pada kelompok yang paling rentan dalam komunitas.

g. Strategi dan perancangan

Strategi dan perancangan dalam klaster kesehatan merujuk prinsip-prinsip klaster kesehatan yang sudah disepakati bersama, baik pada saat sebelum terjadi bencana, saat terjadi bencana, dan pasca bencana.

Pilihan strategi didasarkan pada:

1. Memastikan pusat kegiatan pada masyarakat terdampak/berisiko bencana;
2. Penggunaan sumber daya lokal/masyarakat sebesar mungkin
3. Sebesar mungkin menggunakan struktur organisasi masyarakat yang sudah ada, bila terdampak, maka struktur yang ada diperkuat agar mampu fungsi.

4. Sambil memenuhi kebutuhan darurat, sudah dilakukan investasi untuk mengurangi kerentanan di masa depan dan membangun kapasitas lokal, baik pelaku kesehatan, terutama masyarakat terdampak.

Dalam perancangan, antara lain beberapa prinsip yang dipertimbangkan adalah:

1. Keterwakilan kelompok-kelompok masyarakat dalam proses perencanaan, terutama kelompok rentan atau pengampu kelompok rentan;
2. Sedapat mungkin menggunakan sumber daya lokal, baik material, perorangan, dan kebiasaan lokal;
3. Keberlanjutan proses intervensi dipertimbangkan sejak dini, dengan menimbang pemenuhan hak-hak dasar manusia.

h. Advokasi dan pengeralahan sumber daya

Kegiatan klaster kesehatan pada sebelum kejadian bencana, saat bencana, dan pasca bencana sering terkendala oleh peraturan atau kebijakan yang ada. Peraturan atau kebijakan yang ada, entah buta risiko bencana, atau belum menimbang konteks lokal, atau perlunya kecepatan dalam penyaluran bantuan terutama pada fase tanggap darurat, dapat merupakan kendala. Kendala-kendala yang diidentifikasi di bidang kebijakan ini perlu diadvokasi melalui beragam tingkatan sesuai dengan fasenya. Advokasi dapat dilakukan di tingkat nasional, bila berkaitan kebijakan nasional, namun sedapat mungkin advokasi dilakukan di tingkat daerah menimbang otonomi daerah dan lebih tepatnya fokus intervensi.

i. Pemantauan, evaluasi dan pembelajaran

Pemantauan, evaluasi dan pembelajaran dilakukan sesuai dengan rancangan awal yang dilakukan menyangkut masukan, waktu, tempat, proses, hasil yang dicapai, dan keberlanjutan. Proses ini dapat dilakukan oleh anggota klaster, atau subklaster, namun sebaiknya melibatkan perwakilan masyarakat. Hasilnya dibagikan kepada para pemangku kepentingan termasuk masyarakat yang terdampak atau berisiko bencana.

VII. EVALUASI

1. Apakah yang dimaksud dengan kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana?
2. Sebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi koordinasi, kerjasama, integrasi dan sinergi kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana!
3. Sebutkan langkah-langkah koordinasi, kerjasama, integrasi dan sinergi antar kluster dalam penanggulangan bencana!
4. Apa saja permasalahan dalam koordinasi bencana?
5. Apakah peran para pemangku kepentingan dalam kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana?
6. Sebutkan struktur organisasi dalam kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana!
7. Sebutkan permasalahan-permasalahan yang terjadi dalam kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana!

VIII. RANGKUMAN

Peserta latih telah berlatih mengenal sistem kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana dan mekanisme koordinasi, kerjasama, integrasi dan sinergi kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana. Para pemangku kepentingan terlibat sejak sebelum bencana terjadi, saat bencana terjadi, maupun pasca bencana. Peserta latih latih mengenali definisi, faktor yang mempengaruhi, langkahnya, strukturnya, permasalahannya, pelibatan, pemetaan kapasitas, manajemen informasi, standar, pengkajian, analisis dan prioritas, strategi dan perancangan, advokasi dan pengalihan sumberdaya, pemantauan, evaluasi dan pembelajaran kluster kesehatan dalam penanggulangan bencana.

IX. DAFTAR PUSTAKA

1. Republik Indonesia (2009): Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Pasal 32)
2. Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2014): Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan
3. Badan Nasional Penanggulangan Bencana Republik Indonesia (2014): Indeks Risiko Bencana Indonesia Tahun 2013
4. Inter Agency Standing Committee (2009): Global Health Cluster – A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster
5. Badan Standarisasi Nasional (2013): Standarisasi Nasional Indonesia Nomor 7937:2013 tentang Layanan Kemanusiaan dalam Bencana
6. Kerangka Aksi Pengurangan Risiko Bencana Sendai: 2015-2030
7. Sasaran Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goal) 2015-2030

KEMENKES RI

KEMENKES RI



KEMENKES

Materi Inti 4

Kesiapan Petugas Kesehatan di Daerah Bencana

KEMENKES RI



MATERI INTI 4

KESIAPAN PETUGAS KESEHATAN DI DAERAH BENCANA

I. DESKRIPSI SINGKAT

Situasi yang disebabkan oleh kejadian bencana berpotensi menimbulkan korban jiwa, kerusakan sarana dan prasarana, kerusakan lingkungan serta munculnya pengungsian bagi masyarakat yang terdampak. Oleh karena itu diperlukan kewaspadaan dan kesiapsiagaan semua pihak dalam menghadapi situasi bencana yang terjadi.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta diharapkan mampu menilai risiko kesehatan pada situasi bencana, melakukan penyiapan dan penggerakan sumber daya kesehatan dan upaya untuk menurunkan risiko kesehatan masyarakat pada situasi bencana.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu :

1. Menjelaskan tentang situasi dan kondisi saat bencana.
2. Menyusun perencanaan operasional kesehatan pada situasi bencana.
3. Menjelaskan pelaksanaan rencana operasi.
4. Menjelaskan kesiapan personal petugas kesehatan pada situasi bencana.

III. POKOK BAHASAN

1. Situasi dan kondisi saat bencana

Sub Pokok Bahasan:

Overview situasi dan kondisi saat bencana

2. Perencanaan operasional kesehatan pada bencana

Sub Pokok Bahasan:

- a. Pengertian rencana operasi kesehatan
- b. Waktu penyusunan rencana operasi kesehatan
- c. Sumber data dalam penyusunan rencana operasi kesehatan
- d. Proses penyusunan rencana operasi kesehatan

3. Pelaksanaan rencana operasi kesehatan

Sub Pokok Bahasan:

- a. Penyiagaan sumber daya kesehatan
- b. Penggerakan sumber daya kesehatan
- c. Koordinasi sumber daya kesehatan
- d. Pemantauan dan evaluasi operasi kesehatan

4. Menjelaskan kesiapan personal petugas kesehatan pada situasi bencana

Sub Pokok Bahasan:

- a. Kesiapan fisik dan mental personal
- b. Kesiapan sarana dan prasarana
- c. Jaminan bagi petugas kesehatan (asuransi)
- d. Batasan masa kerja bagi petugas kesehatan

IV. BAHAN AJAR

Materi dan bahan-bahan yang berkaitan dengan kerawanan dan risiko kesehatan akibat bencana, penyiapan dan penggerakan sumber daya kesehatan untuk penanggulangan kesehatan pada situasi bencana serta langkah-langkah menurunkan risiko kesehatan pada situasi bencana, termasuk kesiapan personal petugas.

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran:

Langkah 1. Pengkondisian Peserta

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2. Penyampaian Materi

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang.
2. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, kemudian curah pendapat.

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Fasilitator merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan 1: Situasi dan kondisi saat bencana

Sub pokok bahasan:

Overview situasi dan kondisi saat bencana

Secara umum dampak bencana antara lain:

1. Kehilangan nyawa
2. Cedera (luka ringan sampai berat)
3. Pengungsian
4. Kerusakan struktur dan infrastruktur
5. Terganggunya pelayanan publik
6. Terganggunya pemerintahan
7. Trauma psikososial
8. Terganggunya roda ekonomi
9. Hilangnya mata pencaharian

Narasumber meminta kepada peserta untuk dapat menceritakan situasi dan dampak bencana berdasarkan pengalaman peserta.

2. Pokok Bahasan 1: Perencanaan operasional kesehatan pada bencana

Sub pokok bahasan:

a. Pengertian rencana operasi kesehatan.

Rencana Operasi Kesehatan adalah suatu proses perencanaan tindakan operasi krisis kesehatan dengan menyepakati tujuan operasi dan ketentuan tindakan teknis dan manajerial untuk penanganan darurat bencana dan disusun berdasarkan berbagai masukan penanganan bencana termasuk rencana kontinjensi dan informasi bencana untuk mencapai tujuan penanganan darurat bencana secara aman, efektif dan akuntabel.

Proses penyusunan rencana operasi kesehatan merupakan tahapan penting dalam penanganan krisis kesehatan yang perlu mendapat perhatian agar operasi krisis kesehatan dapat diselenggarakan secara efektif yang berlaku untuk status siaga darurat, tanggap darurat dan transisi darurat ke pemulihan.

Dalam Rencana Operasi Kesehatan ditetapkan tujuan, tindakan-

tindakan taktis/teknis dan manajerial serta inventarisasi potensi sumberdaya yang ada, sehingga penanggungjawab kesehatan beserta seluruh jajarannya dan organisasi yang terkait dapat melaksanakan penanganan krisis kesehatan.

Narasumber meminta kepada peserta untuk mendeskripsikan rencana operasi kesehatan berdasarkan pengetahuan peserta untuk menyamakan persepsi.

b. Waktu penyusunan rencana operasi kesehatan

Rencana operasi disusun sesegera mungkin berdasarkan rencana kontinjensi dan informasi awal kejadian bencana.

c. Sumber data dalam penyusunan rencana operasi kesehatan

Rencana kontinjensi dan informasi awal kejadian.

Narasumber meminta kepada peserta untuk menjelaskan kaitan rencana kontinjensi dengan rencana operasi serta menjelaskan proses validitas pengumpulan dan pengolahan data dan informasi awal kejadian.

d. Proses penyusunan rencana operasi kesehatan

Proses penyusunan rencana operasi kesehatan terdiri dari tahapan-tahapan, yang merupakan suatu siklus perencanaan operasi kesehatan dan merupakan prosedur tetap dalam penyusunan rencana operasi, yaitu:

a) Tindakan Awal

- 1) Mengaktifkan rencana kontinjensi yang disesuaikan dengan kondisi bencana yang terjadi.
- 2) Pada status siaga darurat, rencana tindakan operasi kesehatan didasarkan atas asumsi kejadian dan pembuatan skenario sesuai dengan krisis kesehatan yang akan dihadapi.
- 3) Identifikasi tindakan operasi setelah bencana yang terjadi, yaitu pada status tanggap darurat bencana dan status transisi darurat ke pemulihan, diawali dengan analisis krisis kesehatan termasuk mengkaji kejadian dan perkembangan kejadian krisis kesehatan atas dasar masukan dari:

[a] Informasi umum kejadian awal, yang dapat bersumber dari pemerintah daerah, instansi/lembaga, masyarakat dan sumber-sumber lainnya.

[b] Informasi resmi yang berasal dari sumber-sumber yang dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan kewenangannya, seperti Badan Meteorologi Klimatologi dan Geofisika (BMKG), Badan Geologi Departemen Eenergi Sumber Daya Mineral (ESDM), Departemen Pekerjaan Umum (PU), Departemen Kehutanan, dan Departemen Pertanian.

[c] Informasi dari tim RHA yang ditugaskan baik oleh Dinas Kesehatan setempat maupun langsung oleh Kementerian Kesehatan, yang meliputi :

- i. Cakupan lokasi bencana
- ii. Jumlah korban bencana
- iii. Kerusakan prasarana dan sarana
- iv. Gangguan terhadap fungsi pelayanan kesehatan
- v. Gangguan akses
- vi. Gangguan fungsi pemerintahan
- vii. Kemampuan sumberdaya setempat
- viii. Upaya-upaya yang telah dilakukan
- ix. Kebutuhan mendesak yang harus segera dipenuhi

[d] Informasi krisis kesehatan didistribusikan kepada penanggungjawab kesehatan setempat.

[e] Bagan Penyusunan Rencana Operasi :



b) Penetapan Tujuan dan Sasaran

- 1) Berdasarkan analisis kejadian awal dan informasi mengenai kebutuhan bantuan, tahapan proses perencanaan selanjutnya adalah menetapkan Tujuan dan Sasaran yang akan dicapai dalam operasi.
- 2) Penanggungjawab kesehatan memberikan arahan mengenai tujuan dan sasaran umum operasi; menetapkan strategi umum, kebijakan, batasan anggaran dalam mencapai tujuan dan sasaran operasi.
- 3) Tujuan dan Sasaran Operasi dalam garis besar meliputi tindakan-tindakan untuk:
 - [a] Pelayanan kesehatan pra rumah sakit bagi korban cedera
 - [b] Pelayanan kesehatan bagi pengungsi terutama bagi kelompok rentan
 - [c] Penyediaan dan distribusi personil, perbekalan dan peralatan kesehatan
 - [d] Pengaktifan Sistem Kewaspadaan Dini untuk mencegah terjadinya KLB
 - [e] Pemulihan dengan segera fungsi sarana dan prasarana kesehatan.

Tujuan dan Sasaran Operasi harus dibuat:

- [a] jelas dan terukur.
- [b] harus dapat dicapai dengan mempertimbangkan ketersediaan personil, logistik dan peralatan pada shif operasi tersebut.
- [c] harus fleksibel dan memberikan ruang bagi penanggungjawab kesehatan untuk mencapai solusi operasi yang optimal.

Narasumber meminta kepada peserta untuk menyebutkan tujuan dan sasaran operasi kesehatan yang lebih spesifik (dapat diukur – smart) berdasarkan garis besar tindakan di atas.

c) Rapat Rencana Operasi

- 1) Rapat Rencana Operasi bertujuan untuk:
 - [a] Menentukan strategi cara pencapaian tujuan dan sasaran operasi krisis kesehatan yang telah ditetapkan.
 - [b] Mengalokasikan bantuan sumberdaya, baik personil, perbekalan dan peralatan kesehatan sebagai tindakan operasi krisis kesehatan.
 - [c] Menyiapkan sistem monitoring operasi sebagai alat untuk mengoreksi atau menyesuaikan rencana yang telah ditetapkan apabila perkembangan lapangan membutuhkan.
- 2) Penanggungjawab kesehatan memimpin rapat rencana operasi atau mendelegasikan ke pejabat terkait.
- 3) Pimpinan rapat menentukan garis pengendalian operasi krisis kesehatan.
- 4) Menentukan dukungan-dukungan lainnya, seperti: jaring komunikasi yang diperlukan untuk mengkoordinasikan operasi dan dukungan keselamatan serta transportasi petugas operasi krisis kesehatan.
- 5) Dokumen rapat rencana operasi dibagikan kepada seluruh petugas terkait.

d). Monitoring dan evaluasi

- 1) Pelaksanaan rencana operasi harus dimonitor dan dievaluasi pada setiap tahapan pengembangan dan implementasinya oleh penanggung jawab kesehatan.
- 2) Penanggungjawab kesehatan dapat melakukan koreksi dan penyesuaian terhadap pelaksanaan rencana operasi sesuai dengan perkembangan yang terjadi di lapangan.
- 3) Sebagai masukan untuk penetapan tujuan dan sasaran operasi untuk periode operasi selanjutnya, jajaran kesehatan memberikan rekomendasi kepada penanggungjawab kesehatan berdasarkan informasi dan umpan balik dari lapangan.

Proses perencanaan dilaksanakan untuk menghasilkan rencana operasi krisis kesehatan yang dapat diimplementasikan secara efektif.

Narasumber memberikan contoh kasus bencana sebagai bahan penugasan bagi peserta untuk membuat tujuan, sasaran, strategi teknis kesehatan berdasarkan skala prioritas krisis kesehatan.

3. Pokok Bahasan 3: Pelaksanaan rencana operasional kesehatan pada bencana.

Sub pokok bahasan:

a. Penyiagaan sumber daya kesehatan

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.

1) Penyiagaan sumber daya manusia

Pada saat terjadi bencana penyiagaan SDM kesehatan tergabung dalam suatu tim penanggulangan krisis yang meliputi Tim Reaksi Cepat/TRC, Tim Penilaian Cepat Kesehatan (RHA) dan Tim Bantuan Kesehatan. Sebagai koordinator tim adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi atau Kabupaten/Kota (sesuai Surat Kepmenkes Nomor 066 tahun 2006).

- a) 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 :

- [1] pelayanan medik: dokter umum, dokter spesialis sesuai kebutuhan, perawat mahir, apoteker/tenaga teknis kefarmasian, sopir ambulans
 - [2] surveilans epidemiolog/sanitarian;
 - [3] petugas komunikasi;
 - [4] petugas logistik.
- b) Tim Penilaian Cepat Kesehatan (RHA). Tim yang bisa diberangkatkan dalam waktu 0-24 jam atau bersamaan dengan TRC dan bertugas melakukan penilaian dampak bencana dan mengidentifikasi kebutuhan bidang kesehatan, minimal terdiri dari: dokter umum, epidemiolog/surveilan, sanitarian.
- c) Tim Bantuan Kesehatan. Tim yang diberangkatkan berdasarkan rekomendasi Tim RHA untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan petugas dan peralatan yang lebih memadai.
- 2) Penyiagaan fasilitas pelayanan kesehatan
- Fasilitas pelayanan kesehatan disiagakan untuk menerima korban yang dirujuk:
- a) Menyiapkan ruangan untuk menampung korban rujukan.
 - b) Menyiagakan tim penanggulangan bencana di fasilitas kesehatan setempat beserta instrumennya dalam satu komando.
 - c) Menyiagakan petugas dan alat komunikasi aktif di fasilitas pelayanan kesehatan setempat.
 - d) Menyiagakan tim ambulance untuk menjemput korban dan mengirim ke rujukan lanjutan dalam satu komando.
 - e) Menyiagakan fasilitas pelayanan untuk menerima korban meninggal.
- 3) Penyiagaan obat, perbekalan dan peralatan kesehatan
- Penanggung jawab kesehatan menyiagakan:
- a) Stok obat dan peralatan kesehatan di gudang farmasi sesuai

kebutuhan.

- b) Berkoordinasi dengan apotik terdekat bila stok obat dan peralatan kesehatan di gudang farmasi kosong.

b. Penggerakan sumber daya kesehatan

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:

- 1) 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;
- 2) 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;

- 3) 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;
- 4) 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;
- 5) 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.

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:

- [a] Melindungi tim penolong dari campur tangan pihak luar;
- [b] Mencegah terjadinya kemacetan dalam alur evakuasi korban dan mobilisasi sumber daya;
- [c] Melindungi masyarakat dari kemungkinan risiko terpapar oleh kecelakaan yang terjadi.

Briefing sebelum berangkat, tim menyusun rencana dengan menetapkan:

- 1) Tujuan tim;
- 2) Pembagian tugas;
- 3) Jalur pelaporan;
- 4) Perlengkapan personal, tim dan peralatan kerja;

5) Rencana akses transportasi.

Debriefing setelah tiba dilokasi, tim melakukan:

- 1) Melapor kepada penanggungjawab tim;
- 2) Menetapkan lokasi kerja;
- 3) Memastikan jalur komunikasi (radio komunikasi, telepon/hp, internet, dll);
- 4) Memastikan dukungan bagi anggota tim (akomodasi, perbekalan makanan, dll);
- 5) Mengatur rencana pertemuan (dengan pemda setempat, dinkes, pimpinan rumah sakit, koordinator pengungsi, dll) untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan.

c. Koordinasi sumber daya kesehatan

Koordinasi sumber daya dengan lintas sektoral diperlukan guna mengantisipasi meluasnya skala dan dampak dari krisis kesehatan yang terjadi.

d. Pemantauan dan evaluasi operasi kesehatan.

Manajemen penanggulangan krisis kesehatan berhubungan dengan keselamatan dan kesehatan 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 dan untuk menilai atau mengukur keberhasilan kegiatan tanggap darurat dan pemulihan yang telah 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.

4. Pokok Bahasan 4: Kesiapan personal petugas kesehatan.

Sub pokok bahasan:

a. Kesiapan fisik dan mental personal

Kriteria kesiapan fisik dan mental personal meliputi:

- 1) Secara jasmani dan rohani dinyatakan sehat
- 2) Memiliki pengetahuan dan pengalaman
- 3) Memiliki kemampuan analisa
- 4) Memiliki mutu pribadi (dapat bekerja dalam tim, dapat bekerja dilokasi bencana, memiliki motivasi tinggi dll)

b. Kesiapan sarana dan prasarana

- 1) Alat Proteksi Diri
- 2) Personal kit
- 3) Tim kit
- 4) Peralatan kerja

c. Briefing dan debriefing

Briefing merupakan hal harus dilakukan sebelum berangkat, tim menyusun rencana dengan menetapkan:

- 1) Tujuan tim
- 2) Informasi yang dibutuhkan
- 3) Sumber informasi
- 4) Pembagian tugas
- 5) Jalur pelaporan
- 6) Perlengkapan personal, tim dan peralatan kerja
- 7) Rencana akses transportasi

Debriefing merupakan hal yang dilakukan setelah tiba di lokasi, yaitu tim melakukan:

- 1) Melapor kepada penanggungjawab tim
- 2) Menetapkan lokasi kerja

- 3) Memastikan jalur komunikasi (radio komunikasi, telepon/hp, internet, dll)
- 4) Memastikan dukungan bagi anggota tim (akomodasi, perbekalan makanan, dll)
- 5) Mengatur rencana pertemuan (dengan pemda setempat, dinkes, pimpinan rumah sakit, koordinator pengungsi, dll) untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan

d. Batasan masa kerja bagi petugas kesehatan

Penentuan batasan waktu masa kerja bagi petugas diperlukan guna menentukan batas maksimal petugas dapat bertugas di lokasi kerja.

e. Jaminan bagi petugas kesehatan (asuransi)

Jaminan atas diri dan keluarga yang ditinggalkan bagi petugas kesehatan selama bertugas di lokasi merupakan hak yang harus dipenuhi sesuai dengan aturan perundang-undangan yang berlaku.

VII. SKENARIO RENCANA OPERASI

Pada hari selasa tanggal dd/mm/yyyy pukul 15.00 WIB terjadi gempa bumi di Kecamatan Sriwing, Kabupaten Sriwing Raya. Bencana ini menyebabkan kerusakan pada rumah-rumah penduduk di Desa Timur dan Desa Barat. Selain itu terjadi longsor di Desa Barat dan menimbun beberapa rumah. Listrik dan komunikasi telepon terputus di kedua desa.

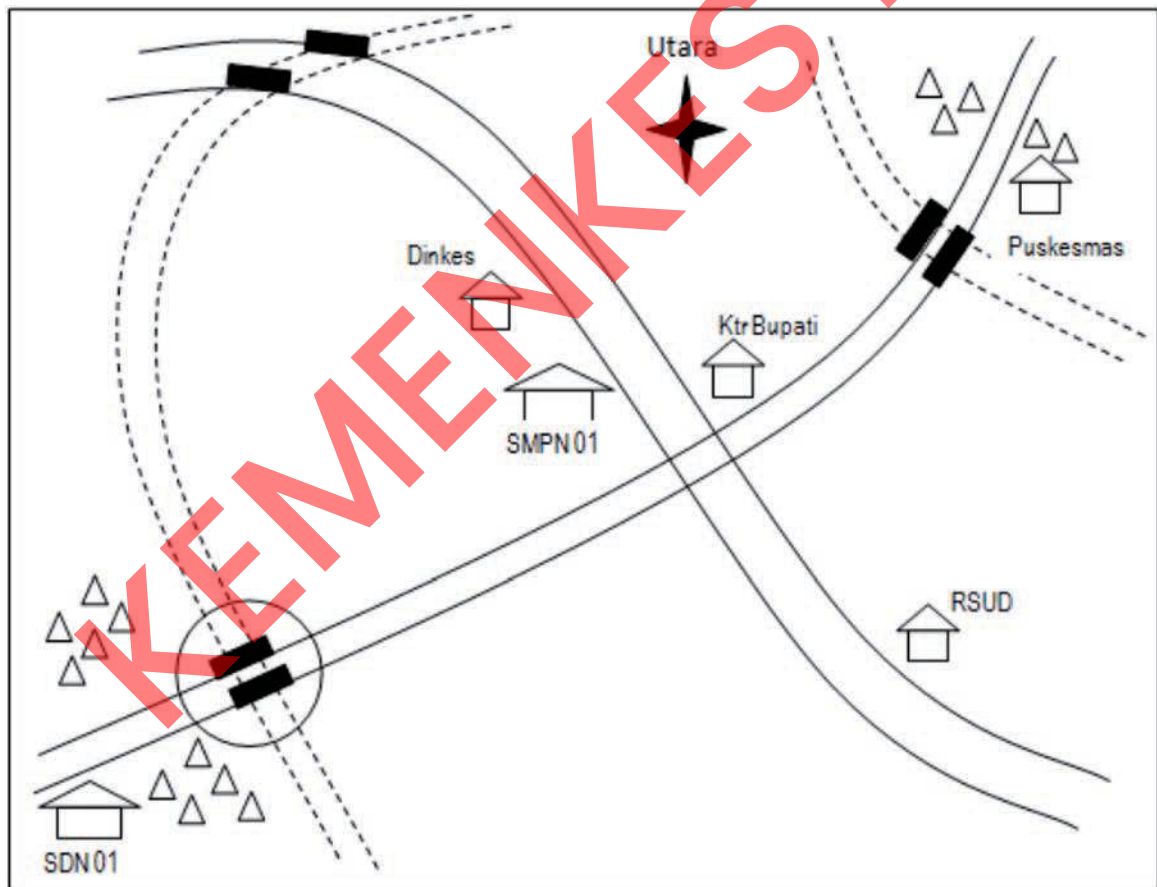
Korban meninggal di Desa Timur 15 orang, luka berat 25 orang, 30 rumah rusak total dan diperkirakan masih banyak korban yang tertimpa reruntuhan. Puskesmas kecamatan yang berada di desa tersebut mengalami rusak ringan.

Korban meninggal di Desa Barat 5 orang, luka berat 9 orang. 5 rumah rusak tertimbun longsor dan 8 rusak total akibat gempa. Masih ada kemungkinan korban yang tertimpa reruntuhan dan timbunan longsor. Jembatan menuju Desa Barat terputus dan tidak dapat dilalui. Sekolah dasar Desa Barat tidak mengalami kerusakan dan ratusan pengungsi berada di SD tersebut. Sumber air bersih rusak dan tercemar material longsor.

Hal-hal yang dilakukan:

1. Kumpul dan kelompokkan data
2. Identifikasi masalah
3. Susun rencana operasi:
 - a. tetapkan tujuan dan strategi taktis untuk mengatasi upaya
 - b. identifikasi sumber daya yang akan dikerahkan
 - c. tetapkan kegiatan dan target harian untuk mengatasi masalah
 - d. tetapkan alur komando dan komunikasi
 - e. tetapkan alur pemantauan dan evaluasi

PETA KABUPATEN SRIWING, KECAMATAN SRIWING



— Jalan Provinsi

- - - Sungai

▬ Jembatan

△ Pemukiman penduduk

VIII. EVALUASI

1. Apa saja rencana operasi kesehatan yang harus dilakukan saat terjadi bencana?
2. Apa saja informasi yang harus diperoleh saat terjadi bencana?
3. Bagaimanakah cara melakukan overview situasi bencana?
4. Dokumen dan perlengkapan personal apa saja yang perlu dipersiapkan?

IX. RANGKUMAN

Sebagai suatu metode pendekatan dalam penanggulangan bencana, maka rencana operasi dan kesiapan petugas kesehatan di daerah bencana merupakan suatu tahapan yang harus dipersiapkan dalam menghadapi bencana. Dalam modul ini peserta diharapkan dapat memahami konsep perencanaan operasi kesehatan dan kesiapan tenaga kesehatan secara sistematis.

Catatan: diambil poin-poin dari masalah, tidak lebih dari 250 kata.

X. DAFTAR PUSTAKA

1. PP 21 tahun 2008 ttg Penyelenggaraan PB
2. Pedoman Teknis PKKAB
3. *UN Disaster Assessment and Coordination (UNDAC) Handbook*, 2010
4. *Protokol Rapid Health Assessment*, WHO



KEMENKESRI

Materi Inti 5

Manajemen Pengungsi

KEMENKES RI



MATERI INTI 5

MANAJEMEN PENGUNGS

I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini terdiri atas:

1. Kebijakan, prinsip dan upaya penanganan pengungsi yang meliputi pembelajaran tentang kebijakan, prinsip-prinsip manajemen, dan upaya penanganan pengungsi.
2. Koordinasi dan manajemen tempat pengungsian yang meliputi pembelajaran tentang realitas pengungsi dan hak-hak pengungsi, pendekatan dan prinsip koordinasi dan pengelolaan tempat pengungsian, peran dan tanggung jawab dalam koordinasi dan pengelolaan tempat pengungsian, standar pemenuhan kebutuhan populasi terdampak bencana, perlindungan di tempat pengungsian, partisipasi pengungsi, koordinasi tempat pengungsian, pengelolaan informasi di tempat pengungsian, perencanaan tempat pengungsian, perawatan dan pemeliharaan tempat pengungsian serta solusi berkelanjutan dan penutupan tempat pengungsian.

Metode yang digunakan dalam pembelajaran adalah ceramah, tanya jawab, diskusi kelompok, curah pendapat, studi kasus, permainan, wawancara dan praktik lapangan.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu memahami manajemen pengungsi.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu :

1. Menjelaskan tentang kebijakan, prinsip dan upaya penanganan pengungsi;
2. Mengidentifikasi koordinasi dan manajemen tempat pengungsian penanggulangan bencana

III. POKOK BAHASAN

1. Kebijakan, prinsip dan upaya penanganan pengungsi terdiri atas:
 - a. Kebijakan penanganan pengungsi
 - b. Prinsip-prinsip manajemen penanganan pengungsi
 - c. Upaya penanganan pengungsi
 - 1) Upaya perlindungan
 - 2) Upaya pemberdayaan
 - 3) Upaya penempatan pengungsi
2. Koordinasi dan manajemen tempat pengungsian terdiri atas:
 - a. Realitas pengungsi dan hak-hak pengungsi
 - b. Pendekatan dan prinsip koordinasi dan pengelolaan tempat pengungsian
 - c. Peran dan tanggung jawab dalam koordinasi dan pengelolaan tempat pengungsian
 - d. Standar pemenuhan kebutuhan populasi terdampak bencana
 - e. Perlindungan di tempat pengungsian
 - f. Partisipasi pengungsi
 - g. Koordinasi tempat pengungsian
 - h. Pengelolaan informasi di tempat pengungsian
 - i. Perencanaan tempat pengungsian
 - j. Perawatan dan pemeliharaan tempat pengungsian
 - k. Solusi berkelanjutan dan penutupan tempat pengungsian

IV. BAHAN AJAR

Materi-materi yang diberikan berkaitan dengan kebijakan, prinsip dan upaya penanganan pengungsi serta koordinasi dan manajemen tempat pengungsian

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran:

Langkah 1. Pengkondisian

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2. Penyampaian Materi

1. Fasilitator menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang.
2. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, diskusi kelompok, curah pendapat, studi kasus, permainan, wawancara dan praktik lapangan.

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Narasumber melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Narasumber merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan 1 : Kebijakan, Prinsip dan Upaya Penanganan Pengungsi

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. Kebijakan penanganan pengungsi

- UU 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana pada pasal 6, pasal 8, pasal 13 dan pasal 20
- PP 21 tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana pada pasal 52, pasal 53 dan pasal 56
- UU 11 tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial pada pasal 14 dan pasal 15
- PP 39 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial pada pasal 6, pasal 29 dan pasal 30
- Permensos No. 129/HUK/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Sosial Daerah Provinsi dan Daerah Kabupaten/Kota

Pengungsi adalah orang atau kelompok orang yang terpaksa atau dipaksa keluar dari tempat tinggalnya untuk jangka waktu yang belum pasti sebagai akibat dampak buruk bencana (UU No 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana)

Pengungsi adalah seseorang atau sekelompok orang yang meninggalkan suatu wilayah guna menghindari suatu bencana atau musibah. Setiap pengungsi biasanya ditempatkan di sebuah tempat penampungan untuk memudahkan para relawan mengurus dan menolong. Lama pengungsi berada di sebuah tempat penampungan tidak dapat diprediksi. Tergantung dari kondisi atau situasi saat itu. Biasanya pengungsi diurus oleh pemerintah setempat, tapi tidak menutup kemungkinan para relawan datang untuk membantu (UNHCR)

Negara Kesatuan Republik Indonesia bertanggung jawab melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dengan tujuan untuk memberikan perlindungan terhadap kehidupan dan penghidupan termasuk perlindungan atas bencana, dalam rangka mewujudkan kesejahteraan umum yang berlandaskan Pancasila, sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Salah satu tujuan penanggulangan bencana adalah untuk memberikan

perlindungan kepada masyarakat dari ancaman bencana dengan prinsip antara lain kemitraan, pemberdayaan, nondiskriminatif dan nonproletisi.

Tanggung jawab Pemerintah dan Pemerintah Daerah dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana meliputi perlindungan masyarakat dari dampak bencana dan penjaminan pemenuhan hak masyarakat dan pengungsi yang terkena bencana secara adil dan sesuai dengan standar pelayanan minimum.

b. Prinsip-Prinsip Penanganan Pengungsi

1) Prinsip Umum

- a) Para pengungsi internal memiliki, dalam kesetaraan penuh, hak-hak dan kebebasan-kebebasan yang dijamin oleh hukum internasional dan nasional, sama seperti orang-orang lain di negeri mereka. Mereka tidak boleh didiskriminasi secara merugikan dalam memperoleh hak-hak dan kebebasan-kebebasan yang mana pun dengan alasan bahwa mereka adalah pengungsi internal.
- b) Pihak-pihak berwenang di tingkat nasional-lah yang pertama-tama memiliki kewajiban dan tanggung jawab untuk menyediakan perlindungan dan bantuan kemanusiaan kepada para pengungsi internal di dalam wilayah hukum mereka.
- c) Para pengungsi internal memiliki hak untuk meminta dan menerima perlindungan serta bantuan kemanusiaan dari pihak-pihak berwenang tersebut. Mereka tidak boleh ditindas atau dihukum oleh karena mengajukan permintaan semacam itu.

2) Prinsip Perlindungan Pengungsi

- a) Pengungsian internal tidak boleh berlangsung lebih lama daripada yang dituntut oleh keadaan dan pengungsian internal tidak boleh dilaksanakan dengan cara-cara yang melanggar hak untuk hidup dari mereka yang terkena, martabat mereka, serta kebebasan dan keamanan mereka;
- b) Sebelum mengeluarkan keputusan apa pun yang akan mengakibatkan terjadinya pengungsian internal, pihak-pihak berwenang yang terlibat harus memastikan terlebih dahulu

bahwa semua pilihan lain yang tersedia telah ditinjau secara cermat guna menghindarkan terjadinya pengungsian sama sekali. Apabila tidak tersedia pilihan lain, segenap langkah yang perlu harus diambil guna meminimalkan jumlah orang yang terpaksa mengungsi dan dampak-dampak negatifnya;

- c) Pihak-pihak berwenang yang menangani pengungsian internal semacam itu harus memastikan, sampai sejauh mungkin, bahwa akomodasi yang layak disediakan bagi para pengungsi internal itu, bahwa pengungsian- pengungsian internal semacam itu dilaksanakan dalam kondisi keamanan, gizi, kesehatan dan hygiene yang memuaskan, serta bahwa anggota-anggota satu keluarga yang sama tidak dipisah-pisahkan.

3) Prinsip pada Masa Pengungsian

- a) Setiap manusia memiliki hak atas penghormatan terhadap kehidupan keluarganya. Untuk mewujudkan hak ini bagi para pengungsi internal, anggota-anggota keluarga yang ingin tetap tinggal bersama-sama harus diperkenankan mewujudkannya.
- b) Anggota-anggota keluarga-keluarga yang terpisah-pisah akibat pengungsian harus secepat mungkin dipersatukan kembali. Segenap langkah yang perlu harus diambil guna mempercepat penyatuan kembali anggota-anggota keluarga-keluarga tersebut, terutama apabila yang terpisah itu anak-anak. Pihak-pihak berwenang, yang telah diserahi tanggung jawab, harus memfasilitasi usaha penyelidikan yang dilakukan sanak-saudara orang yang hilang dan mendukung usaha serta bekerjasama dengan organisasi-organisasi kemanusiaan yang terlibat dalam tugas penyatuan kembali anggota-anggota keluarga.
- c) Anggota-anggota keluarga yang mengalami pengungsian internal, yang kebebasan pribadinya telah dibatasi oleh pengurungan atau pengekangan di dalam kamp-kamp, mempunyai hak untuk tetap tinggal bersama-sama.
- d) Setiap manusia memiliki hak atas pengakuan di mana pun sebagai seorang pribadi di muka hukum. Untuk mewujudkan hak ini bagi para pengungsi internal, pihak-pihak berwenang yang terkait harus menerbitkan bagi mereka semua dokumen yang

diperlukan agar mereka dapat memperoleh dan mewujudkan hak-hak hukum mereka, seperti paspor, dokumen-dokumen tanda pengenal diri, surat-surat kelahiran dan surat-surat nikah. Khususnya, pihak-pihak berwenang harus memfasilitasi penerbitan dokumen-dokumen baru atau penggantian dokumen-dokumen yang hilang selama pengungsian, tanpa menuntut syarat-syarat yang tidak masuk akal, seperti mewajibkan pengungsi internal yang memerlukannya pulang ke tempat dia dahulu biasa tinggal untuk memperoleh dokumen-dokumen itu, atau dokumen-dokumen lain yang diperlukan.

- e) Perempuan dan laki-laki mempunyai hak yang setara untuk memperoleh dokumen-dokumen yang mereka perlukan dan memiliki hak untuk memperoleh dokumen-dokumen semacam itu yang diterbitkan atas nama mereka sendiri. Setiap manusia memiliki hak atas pendidikan. Untuk mewujudkan hak ini bagi para pengungsi internal, pihak-pihak berwenang yang terkait harus memastikan bahwa pengungsi-pengungsi internal tersebut, khususnya pengungsi anak-anak, menerima pendidikan, yang pada tingkat dasar harus gratis dan diwajibkan. Pendidikan harus diselenggarakan dengan menjunjung identitas budaya, bahasa, dan agama.
- f) Harus dilakukan upaya-upaya khusus untuk memastikan peranserta penuh dan setara dari kaum perempuan dan anak-anak perempuan dalam program-program pendidikan.
- g) Prasarana dan sarana pendidikan dan pelatihan harus disediakan bagi para pengungsi internal, khususnya kaum remaja dan perempuan, yang tinggal di dalam kamp atau pun tidak, sesegera mungkin begitu keadaan mengizinkan.

4) Prinsip Pemulangan dan Pemukiman Kembali

- a) Pihak-pihak berwenang yang terkait memiliki tanggung jawab dan kewajiban utama untuk menciptakan kondisi-kondisi, serta menyediakan sarana dan prasarananya, yang memungkinkan para pengungsi internal kembali pulang secara sukarela, dengan aman dan bermartabat, ke rumah-rumah atau tempat mereka dahulu biasa tinggal, atau untuk secara sukarela bermukim kembali di bagian lain dalam negeri yang bersangkutan. Pihak-

pihak berwenang tersebut harus berusaha memfasilitasi reintegrasi para pengungsi internal yang telah pulang, atau yang telah bermukim di tempat yang baru, ke dalam masyarakatnya.

- b) Harus dilakukan usaha-usaha khusus untuk memastikan peranserta penuh para pengungsi internal tersebut dalam perencanaan dan pengelolaan pemulangan atau pemukiman kembali dan reintegrasi mereka.
- c) Para pengungsi internal yang telah pulang kembali ke rumah atau tempat mereka dahulu biasa tinggal, atau yang telah bermukim kembali di bagian lain dalam negeri yang sama, tidak boleh didiskriminasi secara merugikan sebagai akibat dari pengungsian yang telah mereka alami tersebut. Mereka harus memiliki hak untuk berperanserta sepenuhnya, dengan posisi setara, dalam urusan-urusan publik pada semua tingkatan, serta mendapatkan akses setara kepada jasa-jasa pelayanan umum.
- d) Pihak-pihak berwenang yang terkait memiliki kewajiban dan tanggung jawab untuk membantu para pengungsi internal yang telah pulang kembali, dan/atau dimukimkan kembali, untuk memperoleh kembali, sejauh bisa, harta milik dan kekayaan mereka, yang mereka tinggalkan atau yang dirampas dari mereka pada waktu mereka mengungsi. Apabila pengembalian harta milik dan kekayaan tersebut tidak mungkin dilakukan, pihak-pihak berwenang yang terkait harus memberikan, atau membantu orang-orang ini untuk mendapatkan, ganti rugi yang layak atau bentuk lain pembalasan yang adil.

c. Upaya Penanganan Pengungsi

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

1) Upaya Perlindungan

Dimaksudkan untuk mencegah dan menangani risiko dari guncangan dan kerentanan sosial seseorang, keluarga, kelompok, dan/atau masyarakat agar kelangsungan hidupnya dapat dipenuhi sesuai dengan kebutuhan dasar minimal

2) Upaya Pemberdayaan

Dilakukan upaya perbaikan fisik dan non fisik serta pemberdayaan, membina kerukunan dan mengembalikan hidup pengungsi secara

manusiawi sebagai warga negara yang memiliki hak hidup di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

3) Upaya Penempatan Pengungsi

Diarahkan pada 3 (tiga) alternatif yaitu: diutamakan kembali ke tempat semula, penyisipan pada lokasi desa yang terdekat atau ke permukiman baru (resettlement) atau transmigrasi lokal yang aman.

2. Pokok Bahasan 2: Koordinasi dan Manajemen Tempat Pengungsian

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. Realitas pengungsi dan hak-hak pengungsi

- Hak untuk hidup serta hak mempertahankan hidup dan kehidupannya (UUD 1945 Pasal 28A)
- Hak atas perlindungan diri pribadi, keluarga, kehormatan, martabat, dan harta benda yang di bawah kekuasaannya, serta hak atas rasa aman dan perlindungan dari ancaman ketakutan untuk berbuat atau tidak berbuat sesuatu yang merupakan hak asasi (UUD 1945 Pasal 28G)
- Hak atas perlindungan hak asasi manusia dan kebebasan manusia, tanpa diskriminasi (UU No 39 Tahun 1999 Pasal 3)
- Hak atas pemenuhan kebutuhan dasarnya untuk tumbuh dan berkembang secara layak (UU No 39 Tahun 1999 Pasal 11)
- Hak untuk secara bebas bergerak, berpindah, dan bertempat tinggal dalam wilayah negara Republik Indonesia (UU No 39 Tahun 1999 Pasal 27)

b. Pendekatan dan prinsip koordinasi dan pengelolaan tempat pengungsian

Koordinasi dan pengelolaan tempat pengungsian bertujuan:

- Memastikan kesetaraan akses ke layanan dan perlindungan bagi para pengungsi yang tinggal di tempat pengungsian bersama
- Memastikan perlindungan dan bantuan kemanusiaan bagi para pengungsi di tempat pengungsian berjalan efektif
- Meningkatkan kualitas hidup dan martabat para pengungsi selama masa pengungsian

- Mengadvokasi solusi yang berkelanjutan seiring dengan mempersiapkan para pengungsi untuk menghadapi hidup setelah masa pengungsian berakhir

Koordinasi dan pengelolaan tempat pengungsian menggunakan sebuah pendekatan holistik yang terdiri atas gagasan-gagasan berikut:

- Semua manusia memiliki hak untuk memperoleh perlindungan dan bantuan kemanusiaan agar hidup bermartabat
- Hidup bermartabat meliputi keseluruhan dari seorang manusia, termasuk fisik, psikologis, spiritual, dan sosial
- Prinsip-prinsip perlindungan dan bantuan kemanusiaan di tempat pengungsian berpusat pada kemanusiaan/humanity, dan tercermin dalam standar dan hukum internasional
- Perlindungan dan bantuan kemanusiaan di tempat pengungsian mengutamakan koordinasi dan kerja sama berbagai pemangku kepentingan, termasuk partisipasi dari pengungsi

c. Peran dan tanggung jawab dalam koordinasi dan pengelolaan tempat pengungsian

- Administrator fungsinya adalah bertanggung jawab terhadap keberlangsungan tempat pengungsian
- Koordinator yang fungsinya adalah membangun kebutuhan ruang kemanusiaan untuk pemberian perlindungan dan bantuan yang efektif
- Pengelola yang memiliki peranan yang cukup penting menentukan sukses atau tidaknya struktur pengelolaan tempat pengungsian karena terlibat langsung dengan para pengungsi dan mengelola aktifitas-aktifitas di dalam satu tempat pengungsian

d. Standar pemenuhan kebutuhan populasi terdampak bencana

Standar minimum mencakup empat bidang penyelamatan kehidupan bantuan kemanusiaan, yaitu:

- Pasokan air, sanitasi dan promosi kebersihan;
- Ketahanan pangan dan gizi;

- Hunian, pemukiman dan bantuan non-pangan; dan
- Layanan kesehatan

e. Perlindungan di tempat pengungsian

Perlindungan di tempat pengungsian memastikan bahwa setiap pengungsi, tanpa diskriminasi mendapatkan:

- Keamanan fisik, yaitu perlindungan menghadapi kekerasan fisik.
- Keamanan legal, termasuk di dalamnya adalah akses terhadap keadilan, status dan dokumentasi legal, dan penghormatan atas haknya.
- Keamanan material, termasuk akses pemenuhan kebutuhan pokok.

f. Partisipasi pengungsi

Partisipasi pengungsi bertujuan untuk meningkatkan akuntabilitas dalam pengelolaan tempat pengungsian. Pada saat dilibatkan, para pengungsi mengalami peningkatan rasa memiliki tempat pengungsian dan aktivitas-aktivitas di dalamnya. Selanjutnya, pengungsi akan lebih peduli tentang apa yang terjadi. Pengungsi berupaya mencari informasi, melakukan pemantauan, dan terlibat dalam berbagai pengambilan keputusan yang terkait dengan upaya perlindungan dan bantuan kemanusiaan di tempat pengungsian.

g. Koordinasi tempat pengungsian

Koordinasi bertujuan untuk memastikan bantuan kemanusiaan disajikan secara efektif dan kohesif sehingga memberikan perlindungan terhadap pengungsi sepenuhnya

Apa yang dibutuhkan untuk koordinasi yang efektif?

- Sikap yang tepat dalam koordinasi
- Adanya akses ke data
- Adanya berbagi informasi dan perencanaan bersama
- Pemantauan dan evaluasi yang berkelanjutan

h. Pengelolaan informasi di tempat pengungsian

Pengelolaan informasi meliputi informasi tentang kebutuhan, kondisi, juga informasi geografis. Selain itu, pengelolaan informasi meliputi informasi tentang perlindungan dan isu-isu sektoral yang terkait dengan kebutuhan, penyediaan kebutuhan, dan dampaknya.

Manfaat praktis dari pengelolaan informasi meliputi:

- Pengambilan keputusan berbasis bukti dalam operasi kemanusiaan
- Menyediakan bahasa yang sama dalam mendiskusikan berbagai hal dalam operasi kemanusiaan
- Bahan pertimbangan dalam perencanaan
- Menyediakan bahan untuk advokasi
- Menyediakan bahan untuk koordinasi
- Menyediakan bahan untuk mengukur hasil dari operasi kemanusiaan
- Pembuktian tentang akuntabilitas operasi kemanusiaan

i. Perencanaan tempat pengungsian

Tujuan perencanaan tempat pengungsian adalah memastikan tempat pengungsian yang aman, sehat, memberikan akses bagi hak asasi manusia, dan mendukung partisipasi komunitas pengungsi

Lokasi, ukuran, dan disain dari sebuah tempat pengungsian dipengaruhi oleh konteks, namun prinsip-prinsip perlindungan menjadi panduan dalam menentukan hal-hal tersebut

Pemilihan lokasi dan perancangan tempat pengungsian lebih baik melibatkan berbagai

pemangku kepentingan, di antaranya pengungsi, komunitas tuan rumah, dan spesialis dalam perancangan tempat pengungsian

Durasi dan situasi dari tempat pengungsian sering kali tidak dapat diprediksi sehingga rancangan tempat pengungsian harus mempertimbangkan adanya rencana kontinjensi

j. Perawatan dan pemeliharaan tempat pengungsian

Perawatan dan pemeliharaan merupakan tahapan dari siklus hidup tempat pengungsian yang terdiri dari upaya-upaya untuk memastikan bahwa

standar-standar perlindungan bagi pengungsi internal berjalan dengan efektif, setelah tempat pengungsian berdiri dan mulai beroperasi.

Perawatan dan pemeliharaan tidak sekedar berkaitan dengan bangunan/tenda, fasilitas, dan infrastruktur di tempat pengungsian. Lebih dari itu, perawatan dan pemeliharaan mencakup bagaimana memastikan layanan di tempat pengungsian dapat terus berjalan sesuai standar yang telah ditetapkan.

Instrumen utama dalam perawatan dan pemeliharaan adalah pemantauan atau monitoring

Tujuan utama dari perawatan dan pemeliharaan adalah mempertahankan atau meningkatkan standar perlindungan bagi pengungsi.

Penanggung jawab dalam perawatan dan pemeliharaan:

- Administrator bertanggung jawab terhadap keberlangsungan tempat pengungsian
- Pengelola bertanggung jawab dalam pemeliharaan tempat pengungsian secara keseluruhan, memastikan layanan dasar berjalan, & memastikan partisipasi
- Koordinator mengadvokasi perawatan & pemeliharaan (untuk memastikan standar & perlindungan)
- Penyedia layanan memperbaiki infrastruktur terkait layanannya
- Komunitas juga terlibat dalam perawatan dan pemeliharaan tempat pengungsian

k. **Solusi berkelanjutan dan penutupan tempat pengungsian**

Solusi berkelanjutan adalah sebuah kondisi di mana para pengungsi internal tidak lagi memiliki kebutuhan-kebutuhan perlindungan dan bantuan kemanusiaan yang terkait dengan pengungsian dan dapat menikmati hak-haknya tanpa didiskriminasi secara merugikan

Dalam proses solusi berkelanjutan berbasis hak, pengungsi sebaiknya mendapatkan kesempatan:

- Dalam posisi untuk membuat pilihan sadar dan sukarela
- Berpartisipasi dalam perencanaan dan pengelolaan sehingga kebutuhan dan haknya dipertimbangkan

- Memiliki akses ke aktor-aktor kemanusiaan yang aman, tidak terhalang, dan tepat waktu
- Memiliki akses ke mekanisme yang efektif untuk memantau proses dan kondisi di lapangan

VII. EVALUASI

1. Sebutkan kebijakan penanganan pengungsi!
2. Jelaskan prinsip-prinsip penanganan pengungsi!
3. Jelaskan upaya perlindungan pengungsi!
4. Jelaskan upaya pemberdayaan pengungsi!
5. Jelaskan upaya penempatan pengungsi!
6. Jelaskan prinsip koordinasi dalam pengungsian!
7. Jelaskan tentang manajemen tempat pengungsian!

VIII. RANGKUMAN

Indonesia tidak mempunyai peraturan khusus mengenai perlindungan pengungsi dalam negeri. Peraturan yang ada adalah peraturan nasional mengenai hak asasi manusia yang dapat dianalogikan juga berlaku bagi pengungsi dalam negeri karena undang-undang tidak membedakan status orang atau warga negara yang dilindungi.

Status kewarganegaraan pengungsi dalam negeri adalah berkewarganegaraan Republik Indonesia jadi jelaslah bahwa semua peraturan hukum di bidang Hak Asasi Manusia juga berlaku bagi perlindungan pengungsi dalam negeri.

Adapun peraturan-peraturan tersebut adalah Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945, Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 mengenai Hak Asasi Manusia; Undang-Undang No. 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana; Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 tahun 2008 Tentang Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2008 Tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana.

Masing-masing daerah memiliki karakteristik berbeda sehingga penyelesaian masalahnya tidak bisa diseragamkan;

Masalah pengungsi terkait dengan berbagai aspek sehingga solusinya memerlukan waktu yang relatif cukup lama (misal : Sinabung);

Masih ada pemahaman keliru bahwa pengungsi adalah penerima bantuan saja sehingga menjadikan pengungsi tergantung pada bantuan.

Masalah penanganan pengungsi sering dimanfaatkan oleh pihak tertentu sehingga mengganggu kinerja penanganan pengungsi;

Diperlukan waktu relatif cukup lama bagi pengungsi untuk menyesuaikan diri ke tempat relokasi yang baru dan atau kembali ke tempat asal;

Hambatan dalam pemberdayaan sering terkendala oleh faktor kesulitan menyalurkan minat, bakat, dan kemauan pengungsi untuk mencari sumber penghasilan alternatif;

Hambatan dalam relokasi, Pemda kesulitan mendapatkan lahan kosong dan proses perijinannya dengan status lahan/tanah yang jelas;

Pengungsi di tempat pengungsian berhadapan dengan masyarakat setempat yang seringkali menimbulkan masalah baru;

Masalah dinamika politik lokal yang dapat berpengaruh pada penanganan pengungsi, terutama minimnya atau tidak adanya alokasi anggaran/APBD setempat untuk para pengungsi serta kurangnya koordinasi, pengawasan, komunikasi baik secara vertikal dan horisontal.

IX. DAFTAR PUSTAKA

1. *Sustainable Development Goals* 2015-2030
2. *Sendai Frame Work* 2015-2030
3. SNI 7937 tahun 2013
4. Sphere 2011
5. Undang Undang No. 11 tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial
6. Undang Undang No. 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
7. PP No. 39 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial
8. PP 21 tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana
9. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 131 Tahun 2003 Tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Dan Penanganan Pengungsi Di Daerah

KEMENKES RI



Materi Inti 6

Manajemen Surveilans dan Pengendalian Penyakit Menular Saat Bencana

KEMENKES RI



MATERI INTI 6

MANAJEMAN SURVEILANS DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini terdiri dari manajemen Surveilans penyakit menular, manajemen pengendalian penyakit menular, komunikasi risiko dan advokasi saat bencana. Materi ini merupakan pembelajaran dalam melaksanakan sistem surveilans saat bencana meliputi pembelajaran tentang pemantauan terus menerus kecenderungan suatu penyakit menular yang berpotensi KLB/Wabah pada saat bencana untuk dapat direspon secara dini, sehingga angka kesakitan dan kematian dapat diminimalisasi. Kegiatan surveilans bencana merupakan bagian dari penyelenggaraan surveilans kesehatan (Permenkes no 45/2014).

Pada daerah yang sering mengalami situasi kedaruratan (bencana, pengungsian atau situasi kedaruratan kesehatan), mengharuskan masyarakatnya dalam kurun waktu tertentu dihadapkan pada situasi lingkungan yang tidak memadai, seperti ketersediaan air bersih yang sering terbatas, jumlah jamban yang tak sebanding dengan jumlah pengungsi, pengelolaan makanan yang kurang higienis, dll. Kondisi ini merupakan faktor-faktor risiko yang akan mempengaruhi daya tahan tubuh masyarakat terhadap serangan penyakit menular.

Kegiatan surveilans saat bencana merupakan kegiatan pengamatan secara terus menerus terhadap penyakit yang berpotensi KLB/wabah. Mengantisipasi keadaan yang mempengaruhi kejadian kesehatan/ kematian atau pencemaran makanan/lingkungan maupun pencemaran akibat radiasi bahan radio aktif dan kimia di lokasi bencana dan pengungsian serta pengumpulan, pengolahan dan analisis data kuantitatif dan kualitatif serta interpretasi/deseminasi terhadap informasi yang dihasilkan saat bencana

Penyakit menular yang cenderung dapat menimbulkan KLB pada kelompok masyarakat yang terpapar dengan situasi kedaruratan yang sangat perlu diwaspadai adalah ISPA (pneumonia), diare, demam berdarah dengue, malaria dan campak serta keracunan makanan, sehingga perlu dilakukan pengamatan epidemiologi secara intensif melalui Sistem Kewaspadaan Dini (SKD-KLB).

Sistem kewaspadaan dini (SKD) merupakan suatu tatanan pengamatan yang mendukung sikap cepat tanggap terhadap adanya suatu perubahan dalam masyarakat atau penyimpangan dalam masyarakat yang berkaitan dengan kecenderungan terjadinya kesakitan / kematian atau pencemaran makanan / lingkungan sehingga dapat segera dilakukan tindakan dengan cepat dan tepat untuk

mencegah dan mengurangi jatuhnya korban.

Kegiatan SKD diarahkan terhadap indikator-indikator yang dipantau sebelum terjadinya kasus, yaitu faktor-faktor risiko di lingkungan yang memungkinkan terjadinya penularan penyakit, berikut tatacara pengelolaannya sehingga dapat mengurangi penyebaran penyakit.

Metode yang digunakan dalam pembelajaran adalah ceramah, tanya jawab, diskusi kelompok, dan simulasi.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami manajemen surveilans dan pengendalian penyakit menular saat bencana.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu menjelaskan tentang:

1. Manajemen Surveilans Penyakit Menular
2. Manajemen Pengendalian Penyakit Menular
3. Indikator Utama

III. POKOK BAHASAN

1. Manajemen Surveilans Penyakit Menular
2. Manajemen Pengendalian Penyakit Menular
3. Indikator Utama

IV. POKOK BAHASAN

Materi-materi yang diberikan berkaitan dengan manajemen surveilans penyakit menular, manajemen pengendalian penyakit menular, Indikator utama surveilans.

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran:

Langkah 1. Pengkondisian

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2. Penyampaian Materi

1. Fasilitator menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, kemudian curah pendapat.

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Narasumber melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Narasumber merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan 1: Manajemen Surveilans Penyakit Menular

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. SKD-KLB → *Early Warning Alert and Response System (EWARS)*

Kegiatan surveilans saat bencana merupakan kegiatan pengamatan secara terus menerus terhadap penyakit yang berpotensi KLB/wabah yang diarahkan untuk mewaspadai dan mengantisipasi keadaan yang mempengaruhi kejadian kesehatan/ kematian atau pencemaran makanan/lingkungan maupun pencemaran akibat radiasi bahan radio aktif dan kimia di lokasi bencana dan pengungsian serta pengumpulan, pengolahan dan analisis data kuantitatif dan kualitatif serta interpretasi/deseminasi terhadap informasi yang dihasilkan saat bencana

Beberapa pengertian tentang istilah-istilah utama dalam pembahasan survailans kesehatan, antara lain:

- 1) Survailans kesehatan adalah kegiatan yang sistematis dan terus enerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mepengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan penegenddalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien
- 2) Kejadian Luar Biasa yang selanjutnya disingkat KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan/atau kematian yang bermakna secara epidemiologi pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah.
- 3) Wabah adalah kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari pada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka dan ditetapkan oleh Menteri.
- 4) Faktor Risiko adalah hal-hal yang mempengaruhi atau berkontribusi terhadap terjadinya penyakit atau masalah kesehatan.
- 5) Kewaspadaan Dini KLB dan Respons adalah kesatuan kegiatan deteksi dini terhadap penyakit dan masalah kesehatan berpotensi KLB beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya, diikuti peningkatan sikap tanggap, kesiapsiagaan, upaya-upaya

pencegahan dan tindakan penanggulangan yang cepat dan tepat, dengan menggunakan teknologi surveilans.

- 6) Penyelidikan Epidemiologi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengenal penyebab, sifat-sifat penyebab, sumber dan cara penularan/penyebaran serta faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya penyakit atau masalah kesehatan yang dilakukan untuk memastikan adanya KLB atau setelah terjadi KLB/Wabah.

b. Surveilans Kesehatan pada situasi Bencana/Krisis Kesehatan

Surveilans kesehatan diselenggarakan agar dapat melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, dan diseminasi kepada pihak-pihak terkait yang membutuhkan.

Tujuan penyelenggaraan surveilans epidemiologi pengungsi adalah mendapatkan gambaran epidemiologi penyakit prioritas, dan faktor yang berpengaruh terhadap perkembangan penyakit prioritas, secara terus menerus dan sistematis untuk memberikan dukungan informasi epidemiologi terhadap penyelenggaraan penanggulangan pengungsi dibidang kesehatan atau yang berkaitan dengan kesehatan.

Surveilans kesehatan mengedepankan kegiatan analisis atau kajian epidemiologi serta pemanfaatan informasi epidemiologi, tanpa melupakan pentingnya kegiatan pengumpulan data dan pengolahan data dan penyelenggaraan surveilans kesehatan harus mampu memberikan gambaran epidemiologi antara lain komponen pejamu, agen penyakit, dan lingkungan yang tepat berdasarkan dimensi waktu, tempat dan orang. Karakteristik pejamu, agen penyakit, dan lingkungan mempunyai peranan dalam menentukan cara pencegahan dan penanggulangan jika terjadi gangguan keseimbangan yang menyebabkan sakit.

Tujuan surveilans pada saat bencana :

1. Memonitor kesehatan penduduk dan identifikasi kebutuhan kesehatan prioritas
2. Monitoring tingkat kedaruratan melalui analisa data kesakitan dan kematian

3. Mengikuti trend insidens dan CFR penyakit utama guna deteksi dan penanggulangan dini KLB.
4. Membantu perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan.
5. Menjamin alokasi sumber daya pada kelompok rawan
6. Monitoring dampak intervensi khusus

Langkah-langkah surveilans penyakit di daerah bencana, meliputi :

1. Pengumpulan Data
 - a. Data kesakitan dan kematian
 - b. Sumber data: data dikumpulkan melalui laporan masyarakat, petugas pos kesehatan, petugas rumah sakit, koordinator penanggulangan bencana setempat
 - c. Jenis form
2. Pengolahan dan penyajian data
3. Analisis dan interpretasi
4. Penyebarluasan informasi

Peranan surveilans dalam situasi darurat :

1. Pada situasi normal melakukan surveilans rutin sistem kewaspadaan dini
2. Ancaman kedaruratan membutuhkan respon yang cepat dan surveilans intensif, seperti menentukan upaya penanggulangan, menilai keberhasilan upaya penanggulangan, menilai situasi dan kecenderungan pada situasi darurat.
3. Pada saat kedaruratan terjadi melakukan penilaian cepat kebutuhan kesehatan dan surveilans intensif. Setelah situasi normal, kegiatan kembali surveilans rutin.

Surveilans pada saat bencana dibagi menjadi 3 tahapan :

1. Surveilans pra bencana (Sistem Kewaspadaan dini)

Sistem Kewaspadaan Dini (SKD) merupakan salah satu kegiatan surveilans yang kegunaannya untuk mewaspadaikan gejala atau potensi akan timbulnya KLB penyakit menular pada situasi bencana atau krisis kesehatan yang harus dilaksanakan oleh petugas surveilans yang ada di lapangan.

Hal tersebut diatas adalah merupakan tugas dari tim surveilans kesehatan untuk melaksanakan SKD-KLB, namun SKD-KLB akan menjadi lebih berdaya-guna dan berhasil-guna (efektif dan efisien), maka masyarakat perlu dilibatkan sebagai ujung tombak pengamatan penyakit. Untuk itu masyarakat perlu mengetahui tanda-tanda /indicator yang dapat menyatakan suatu kondisi akan berubah menjadi kondisi yang membahayakan lingkungan hidupnya.

[a] Tujuan Umum:

Terselenggaranya upaya kewaspadaan dan kesiapsiagaan terhadap kemungkinan terjadinya KLB pada situasi kedaruratan atau kondisi yang mengancam kesehatan I pada wilayah yang menjadi tempat penampungan korban bencana sebagai dasar untuk dilakukan respon tindakan pencegahan dan penanggulangan yang cepat dan tepat terhadap faktor-faktor risiko yang kemungkinan dapat menyebabkan gangguan terhadap status kesehatan desa terutama terjadinya KLB.

[b] Tujuan Khusus

- Masyarakat mengetahui tanda-tanda kondisi yang mengancam kesehatan di desa terutama kemungkinan timbulnya KLB penyakit
- Masyarakat dengan dibantu Petugas kesehatan dapat melakukan pencegahan dini terhadap faktor-faktor risiko yang dapat menimbulkan gangguan status kesehatan di desa terutama terjadinya KLB penyakit menular.
- Masyarakat atau Petugas kesehatan dapat melaporkan secara cepat, tepat segera setiap ada indikasi kemungkinan akan terjadinya gangguan status kesehatan desa terutama KLB melalui saluran informasi yang dapat diandalkan.

[c] Sasaran

- Merupakan daerah rawan kedaruratan kesehatan yang masyarakatnya secara langsung terancam kondisi kesehatannya, upaya untuk mengurangi tingkat paparan masyarakat terhadap faktor-faktor risiko (upaya mitigasi) diperkirakan dapat dilaksanakan untuk mengurangi kondisi kerentanan yang diakibatkan oleh situasi kedaruratan kesehatan.
- Sasaran sistem kewaspadaan dini KLB pada situasi kedaruratan meliputi penyakit menular berpotensi KLB, kondisi rentan KLB dan faktor risiko atas kemungkinan terjadinya KLB
- Penyakit menular yang perlu mendapat perhatian utama adalah penyakit menular berpotensi wabah, yaitu Diare, Malaria, Campak, Ispa dan demam berdarah, disamping penyakit–penyakit lainnya yang bersifat lokal, penyakit baru dan penyakit timbul kembali (*emerging* dan *re-emerging disease*).

[d] Pelaksanaan

Kegiatan SKD merupakan peningkatan atau akselerasi kegiatan surveilans rutin penyakit potensial KLB yang telah berjalan, yaitu dengan meningkatkan kelengkapan dan ketepatan laporan mingguan penyakit potensial KLB melalui formulir yang telah ditentukan serta secara konsisten melakukan penyajian dan analisis data dengan teratur secara periodik waktu mingguan terhadap setiap laporan kasus dan setiap indikator faktor risiko dan penyakit menular.

Kegiatan ini penting untuk dilaksanakan, baik oleh jajaran kesehatan di pos kesehatan, di Puskesmas maupun oleh masyarakat sendiri, dimana masing-masing memiliki tugas dan tanggung jawab sesuai dengan kapasitas yang dimiliki. Inti dari pelaksanaan kewaspadaan dini adalah kepekaan atau kepedulian masyarakat terhadap ancaman pada lingkungan hidupnya dan tim kesehatan berperan sebagai fasilitator utk menyampaikan pesan dari masyarakat kepada instansi yang berwenang dan menjadi motivator terhadap respon yang akan dilaksanakan.

Sebagai sumber informasi pihak puskesmas mengandalkan pada masyarakat pengungsi atau masyarakat di daerah rawan KLB / bencana / pengungsian yang mengetahui kondisi faktor-faktor risiko atau masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat. Di sini masyarakat yang diharapkan berperan, dalam arti peka terhadap tanda-tanda sesuatu kondisi yang berisiko dan mau dengan segera memberikan informasi serta respon terhadap kondisi tersebut.

Bagi masyarakat, hal yang sangat penting diinformasikan antara lain tanda-tanda yang dapat diberikan sebagai awal penanggulangan penyakit menular:

- Diare: masyarakat melihat dan merasakan timbulnya kasus diare diantara lingkungannya, melihat beberapa tetangga atau familinya terserang penyakit diare. Selain itu masyarakat juga merasakan kesulitan mendapat air bersih. Masyarakat juga merasakan kekurangan jamban.
- Campak: masyarakat melihat dan merasakan timbulnya kasus diare diantara lingkungannya, melihat beberapa tetangga atau keluarganya terserang penyakit campak. Masyarakat melihat dan merasakan sebagian dari warganya masih kekurangan pangan.
- Demam berdarah dengue dan malaria: masyarakat melihat dan merasakan timbulnya kasus demam diantara lingkungannya, melihat beberapa tetangga atau familinya terserang demam. Masyarakat melihat dan merasakan banyak nyamuk diwilayahnya.
- ISPA : masyarakat melihat dan merasakan timbulnya kasus batuk pilek yang menjurus pada sesak nafas pada anak-anak balita diantara lingkungannya, melihat beberapa tetangga atau familinya terserang penyakit tersebut
- Keracunan makanan: masyarakat melihat dan tanggap terhadap timbulnya kasus diare, muntah-muntah dan pingsan sehabis makan-makan di antara lingkungannya.

Kegiatan utama Kewaspadaan dini KLB di Pos kesehatan atau Puskesmas di daerah rawan situasi kedaruratan merupakan rangkaian kegiatan surveilans secara yang meliputi:

- Pengumpulan dan pengolahan data, yang dapat diperoleh dari berbagai sumber data dan dilaksanakan dengan:
 - Pengamatan penderita kasus penyakit menular yang didasarkan pada distribusi kasus berdasarkan waktu, tempat (desa/lokasi pengungsian) menurut wilayah kerja pelayanan kesehatan.
 - Pengamatan kesehatan lingkungan sebagai faktor risiko, dapat berupa: tingkat risiko pemanfaatan jamban / sarana pembuangan kotoran, tingkat risiko pemanfaatan air bersih, tingkat risiko tempat pengelolaan makanan, pengamatan perilaku yang dapat berupa perilaku cuci tangan, merebus air untuk minum, membuang kotoran, dan sampah, cara perlindungan terhadap gigitan nyamuk, dll.

- Penyajian dan analisis data.

Penyajian data dengan menggunakan tabulasi dan dikombinasikan dengan grafik akan memudahkan dilakukannya analisis diskriptif. Analisis data-data tersebut diarahkan untuk mendapatkan tingkat kewaspadaan terhadap kemungkinan terjadinya KLB penyakit menular.

- Kesimpulan dan tindak lanjut

Berdasarkan indikator SKD – KLB da dibandingkan dengan data yang telah dimiliki dan ditabulasi serta divisualisasikan dengan baik, beberapa kesimpulan masalah dapat ditarik untuk segera dilakukan tindak lanjut pemecahan masalah di lapangan.

Beberapa contoh tindakan yang dapat dilakukan pada penyajian data diare pada grafik contoh diatas, antara lain:

- Melakukan penelusuran kebenaran sistem pencatatan dan pelaporan pos kesehatan, pusku dan puskesmas, apakah terjadi kesalahan pencatatan.
- Adanya kenaikan kasus segera dilakukan pengecekan lapangan.
- Jika di pos kesehatan atau di desa bermasalah terdapat pusku atau puskesmas, segera diberikan umpan balik laporan kasus.

Umpan balik sangat bermanfaat dalam meningkatkan kuantitas dan kualitas informasi yang diterima dari sumber pelapor / informasi. Umpan balik dapat dilakukan secara berkala dan teratur sesuai periode waktu laporan diterima.

Tindak lanjut yang dilakukan adalah tindakan untuk menekan jangan sampai terjadi kasus baru atau peningkatan kasus, antara lain dengan:

- Meningkatkan cakupan program.
- Penyuluhan kesehatan.
- Persiapan logistik yang memadai.
- Pendekatan lintas program atau lintas sektor untuk seara bersama melakukan kegiatan di lapangan, dan lain-lain.

2. Surveilans pada waktu bencana

Tujuan surveilan pada waktu bencana adalah memperoleh informasi yang diperlukan untuk kegiatan tanggap darurat & kebutuhan hidup dasar (termasuk kebutuhan kesehatan & sanitasi)

Surveilans pada saat bencana dilaksanakan bersamaan dengan RHA (*Rapid Health Assessment*). Informasi yang adalah jumlah (meninggal, luka), kondisi umum penduduk, kondisi umum lingkungan & sanitasi, kondisi sarana pelayanan kesehatan, akses untuk penyaluran bantuan dan sebagainya)

Kajian RHA: memberikan rekomendasi untuk pelaksanaan bantuan penanggulangan sesuai prioritas

Rapid Health Assessment (RHA)

- Karakteristik epidemiologi korban bencana
- Gambaran kondisi kesling dilokasi bencana
- Kemampuan pelayanan pencegahan penyakit di daerah bencana

Intensifikasi/Memperkuat Surveilans Bencana

- Laporan kasus/kematian
- Sistem Kewaspadaan Dini
- KLB

Metode Pengumpulan Data

1. Melakukan observasi lapangan
 - Luasnya lokasi yang terkena
 - Perpindahan/evakuasi penduduk
 - Infrastruktur yang rusak (fasilitas kesehatan, jalan, jembatan, sarana komunikasi, listrik, dll)
 - Potensi sumber air bersih
 - Sarana pembuangan kotoran/limbah dan permukiman sementara (sebaiknya dilengkapi dengan peta)
2. Wawancara (dengan pejabat, petugas kesehatan termasuk RS, tokoh masyarakat (toma, toga, guru) dan masyarakat setempat)
3. Pengumpulan data sekunder (menggambil data dari instansi terkait daerah bencana)

Kegiatan surveilans pada waktu bencana :

1. Analisis Data Pelayanan Pengobatan
2. Analisis Data Faktor Risiko
3. Laporan Berkala Situasi Darurat
4. Laporan Berkala Upaya Penanggulangan
5. Laporan Masyarakat
6. Hasil Wawancara

Surveilans faktor risiko yang perlu diidentifikasi :

1. Cakupan pelayanan air bersih
2. Cakupan pemanfaatan sarana pembuangan kotoran
3. Pengelolaan sampah
4. Pengamanan makanan
5. Kepadatan vector
6. Kebersihan lingkungan
7. Tempat perindukan vector

3. Surveilans pasca bencana

Tujuan: memperoleh informasi penyakit (utamanya yang berpotensi KLB) dan faktor risiko lingkungan.

Dilaksanakan setelah tahap kritis tanggap darurat medik dan dibentuknya pos-pos kesehatan.

Informasi yang dikumpulkan:

- Penyakit: Diare, ISPA, Campak, Malaria (format mengacu WHO & menurut kondisi bencana setempat)
- Faktor Risiko: air, tinja, limbah, genangan, vektor, lalat

Manfaat:

- Perencanaan & mobilisasi untuk penanggulangan yang tepat
- Memberikan informasi yang benar bagi pimpinan & masyarakat
- Secara tidak langsung mencegah KLB & akibat buruk lain.

2. Pokok Bahasan 2: Manajemen Pengendalian Penyakit Menular

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. Manajemen faktor risiko penyakit potensial KLB/Wabah

1) Faktor risiko kesehatan pada situasi bencana/krisis kesehatan.

Pada situasi bencana atau krisis kesehatan akan terjadi perubahan cepat berbagai sistem kehidupan kemasyarakatan, kepanikan petugas, kekacauan sistem penyelenggaraan kesehatan, kekacauan komunikasi dan koordinasi antara unit-unit kesehatan, termasuk antara daerah dan pusat, dan kekacauan sistem informasi, dan oleh karena itu memerlukan intensifikasi dan akselerasi kegiatan yang penting dan mendesak. Prioritas utama bidang kesehatan pada pengungsian adalah pada setiap penyakit yang dapat menimbulkan kematian, KLB penyakit menular dan keracunan.

Pada kejadian bencana atau krisis kesehatan pada umumnya akan menyebabkan adanya pengungsian dan dampaknya antara lain :

- Korban meninggal, yang diakibatkan oleh bencana secara langsung.
- Korban luka, biasanya juga diakibatkan secara langsung oleh bencana, yang memerlukan perawatan dan pengobatan di rumah sakit.
- Korban selamat dan mereka harus mengungsi mencari tempat yang lebih aman.

Tujuan Upaya kesehatan dalam pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan pada kejadian bencana dan pengungsian adalah untuk penyelamatan jiwa, pencegahan kecacatan dan pencegahan penyakit serta secara khusus bertujuan:

- Mengurangi jumlah kesakitan, risiko kecacatan dan kematian pada saat dan pasca terjadinya bencana dan pengungsian.
- Mencegah terjadinya penyakit menular dan penyebarannya.
- Mencegah dan mengatasi dampak kesehatan lingkungan akibat kejadian bencana dan pengungsian.

Untuk mencegah terjadinya risiko kesehatan pada kejadian bencana dan pengungsian, khususnya untuk mengurangi dan menyelamatkan

korban diperlukan suatu cara penanganan yang jelas untuk mengatur segala sesuatu yang berkaitan dengan kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana dan pengungsian. Korban yang luka atau sakit umumnya lebih mudah mengidentifikasinya dan untuk mengatasinya perlu dilakukan pengobatan dan perawatan di rumah sakit. Sedangkan korban yang selamat dan harus mengungsi, permasalahannya tidak selesai di sini, masih ada dampak ikutan yang sangat perlu diwaspadai, karena mereka sangat rentan untuk terkena penyakit menular.

Permasalahan ini disebabkan oleh:

- Jumlah pengungsi yang banyak, menempati suatu ruangan yang sempit, sehingga harus berdesakan.
- Pada umumnya tempat penampungan pengungsi sangat memadai / tak memenuhi syarat kesehatan.
- Ketersediaan air bersih dan sarana sanitasi yang ada seringkali tidak mencukupi jumlah maupun kualitasnya.
- Di antara para pengungsi banyak ditemui kelompok rentan, yaitu orang-orang yang memiliki risiko tinggi, seperti bayi, balita, ibu hamil, ibu menyusui, berusia lanjut, disable.
- Lokasi pengungsi di daerah “tidak ramah”, misal lokasinya di daerah yang endemis malaria, dekat sumber pencemaran, dll.

Dari berbagai pengalaman, penyakit yang sering terjadi pada setiap kejadian kedaruratan terutama penyakit Diare, ISPA, Malaria dan Campak serta penyakit lain yang bersifat spesifik lokal, seperti Leptospirosis.

2) Prioritas penanggulangan penyakit menular

Berbagai upaya perlu dilakukan untuk mengantisipasi dampak bencana terhadap kesehatan masyarakat, yang biasanya muncul beberapa waktu / saat setelah masa tanggap darurat selesai, terutama munculnya masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit menular potensial wabah.

Beberapa penyakit menular yang sangat perlu diwaspadai pada situasi ini sangat erat kaitannya dengan faktor risiko di atas adalah :

1. Diare.
2. ISPA.
3. Malaria .
4. Campak.

Rangkaian tindakan respon cepat seperti *rapid health assessment*, *medical emergency response*, *public health emergency response*, *early warning outbreak response system* (EWORS) serta tindakan lainnya disusun dalam suatu rencana tindak berdasarkan pentahapan atau siklus penanggulangan bencana, yaitu tahap tanggap darurat, tahap rehabilitasi, tahap rekonstruksi, dan tahap kesiapsiagaan.

Masalah lain yang tak kalah penting yang biasanya muncul setelah masalah penyakit menular adalah munculnya kasus-kasus gizi buruk, kesehatan jiwa, kesehatan reproduktif, dan sebagainya, yang biasanya muncul berselang beberapa waktu setelah masalah penyakit menular.

3. Pokok Bahasan 3: Indikator utama

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. *Indicator surveilans.*

Kegiatan Surveilans Epidemiologi segera dilakukan setelah kegiatan Penelitan Cepat (*Rapid Assesment*) dilaksanakan sampai kondisi pelayanan kesehatan menjadi normal (pengungsi tidak ada).

Indikator utamanya adalah:

- Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berkoordinasi dengan Pos Kesehatan lapangan atau unit Puskesmas dalam penyelenggaraan surveilans epidemiologi penyakit menular pada bencana/krisis kesehatan.
- Sistem surveilans epidemiologi penyakit menular yang dibangun adalah surveilans campak, diare, pnemonia, malaria, demam berdarah serta penyakit menular spesifik lokal.

- Adanya sistem pelaporan penyakit menular tertentu pada pengungsi dengan penanggung jawab di puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten/kota
- Unit pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta, termasuk LSM mengetahui dan berpartisipasi dalam melaporkan data surveilans yang dibutuhkan
- Adanya hasil analisis dan rekomendasi terhadap upaya penegendalian penyakit menular dan penyehatan lingkungan.
- Adanya pertemuan berkala membahas tentang data surveilans, hasil penilaian cepat, rekomendasi dan rencana tindak lanjut.

b. Pengendalian Penyakit Menular

Program pemberantasan penyakit menular pada bencana /krisis kesehatan yang harus dilakukan adalah penyakit potensial KLB yaitu:

- Pengendalian penyakit campak
- Pengendalian penyakit diare
- Pengendalian penyakit pneumonia/ISPA
- Pengendalian penyakit malaria
- Pengendalian penyakit menular lain spesifik/ lokal

Dalam melaksanakan kegiatan, hal-hal yang perlu mendapat perhatian:

- Pemberantasan penyakit menular harus berdasarkan hasil penilaian cepat kesehatan dan surveilans epidemiolog.
- Pelaksanaan pemberantasan penyakit menular bekerjasama antara unit program pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan serta unit surveilans.
- Setiap upaya pemberantasan penyakit menular harus memiliki pedoman standar dalam pencegahan, diagnosis dan tata laksana kasus/pengobatan.
- Setiap upaya pemberantasan penyakit menular harus dilakukan oleh petugas yang memiliki kompetensi surveilans kesehatan.
- Penegakan diagnosis didukung pemeriksaan laboratorium.

- Penanggulangan KLB diarahkan pada menghilangkan sumber penularan untuk mencegah penyebaran penyakit kepada pengunjung
- Penyuluhan kesehatan pada masyarakat.
- Peran serta tokoh masyarakat dan petugas kesehatan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

VII. EVALUASI

1. Pengertian surveilans epidemiologi ?
2. Sebutkan langkah-langkah surveilans epidemiologi?
3. Jenis penyakit potensial KLB/Wabah saat Bencana?
4. Sebutkan jenis data, sumber data dan tatacara pelaporannya?
5. Apa yang dimaksud dengan SKD-KLB?
6. Sebutkan bentuk keluaran/umpan balik informasi penyakit potensial KLB/Wabah saat bencana dan tanggap darurat?

VIII. RANGKUMAN

Kegiatan surveilans saat bencana merupakan kegiatan pengamatan secara terus menerus terhadap penyakit yang berpotensi KLB/wabah yang diarahkan untuk mewaspadaikan dan mengantisipasi keadaan yang mempengaruhi kejadian kesehatan/ kematian atau pencemaran makanan/lingkungan maupun pencemaran akibat radiasi bahan radio aktif dan kimia di lokasi bencana dan pengungsian serta pengumpulan, pengolahan dan analisis data kuantitatif dan kualitatif serta interpretasi/deseminasi terhadap informasi yang dihasilkan saat bencana akan dijadikan acuan bagi pimpinan untuk pengambilan keputusan.

IX. DAFTAR PUSTAKA

1. *Diarrhea Management Guide, the Ministry of Health of the Republic of Indonesia, Directorate General for Disease Control and Environmental Health, 2010;*
2. *Guidelines for Managing Pneumonia Among Infants, the Ministry of Health of the Republic of Indonesia, Directorate General for Disease Control and Environmental Health, 2007*
3. *Technical Guidelines for Disease Control and Environmental Health Efforts in Disaster Mitigation, Jakarta, 2010;*
4. Undang-undang Nomor 4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular
5. *Minister of Health Regulation No.1501/Menkes/Per/X/2010 on specific communicable diseases that may cause outbreaks in Mitigation Efforts;*
6. *Decree of the Minister of Health No.147/MENKES/SK/X/2003 on the Guidelines for the Implementation of Epidemiological Surveillance of Communicable and Non Communicable Diseases.*
7. Algoritma Diagnosis Penyakit dan Respon serta Format Penyelidikan Epidemiologi, Kementerian Kesehatan 2014

KEMENKES

KEMENKES RI



KEMENKES RI

Materi Inti 7

Manajemen Gizi Darurat

KEMENKES RI



MATERI INTI 7

MANAJEMEN GIZI DARURAT

I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini terdiri dari kegiatan gizi dalam penanggulangan bencana meliputi tahap pra bencana, tanggap darurat, pasca bencana dan pengalaman keberhasilan pelaksanaan kegiatan gizi; penanganan gizi pada kelompok rentan yaitu usia 0-23 bulan termasuk prinsip pemberian makanan pada bayi dan anak (PMBA) dan kriteria bayi dan baduta yang mendapat susu formula/ PASI, anak Balita 24-59 bulan, ibu hamil dan ibu menyusui serta lanjut usia; dan pelaksanaan pemantauan status gizi. Metode yang digunakan dalam pembelajaran adalah ceramah, tanya jawab, curah pendapat dan diskusi.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu memahami upaya penanganan gizi darurat saat bencana.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu menjelaskan tentang:

1. Kegiatan Gizi dalam Penanggulangan Bencana
2. Penanganan Gizi pada Kelompok Rentan
3. Pelaksanaan Pemantauan Status Gizi

III. POKOK BAHASAN

1. Kegiatan Gizi dalam Penanggulangan Bencana
2. Penanganan Gizi pada Kelompok Rentan
3. Pelaksanaan Pemantauan Status Gizi.

IV. BAHAN AJAR

Materi-materi yang diberikan berkaitan dengan kegiatan gizi dalam penanggulangan bencana, penanganan gizi pada kelompok rentan, pelaksanaan pemantauan status gizi saat bencana dan peraturan perundang-undangan terkait.

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran:

Langkah 1. Pengkondisian

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2. Penyampaian Materi

1. Fasilitator menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, curah pendapat dan diskusi..

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Narasumber melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Narasumber merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan 1: Kegiatan Gizi dalam Penanggulangan Bencana

Peserta dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi kegiatan gizi dalam penanggulangan bencana yang meliputi tahap pra bencana, tanggap darurat, pasca bencana dan pengalaman keberhasilan pelaksanaan kegiatan gizi dalam penanggulangan bencana.

Kegiatan gizi dalam penanggulangan bencana dimaksudkan untuk:

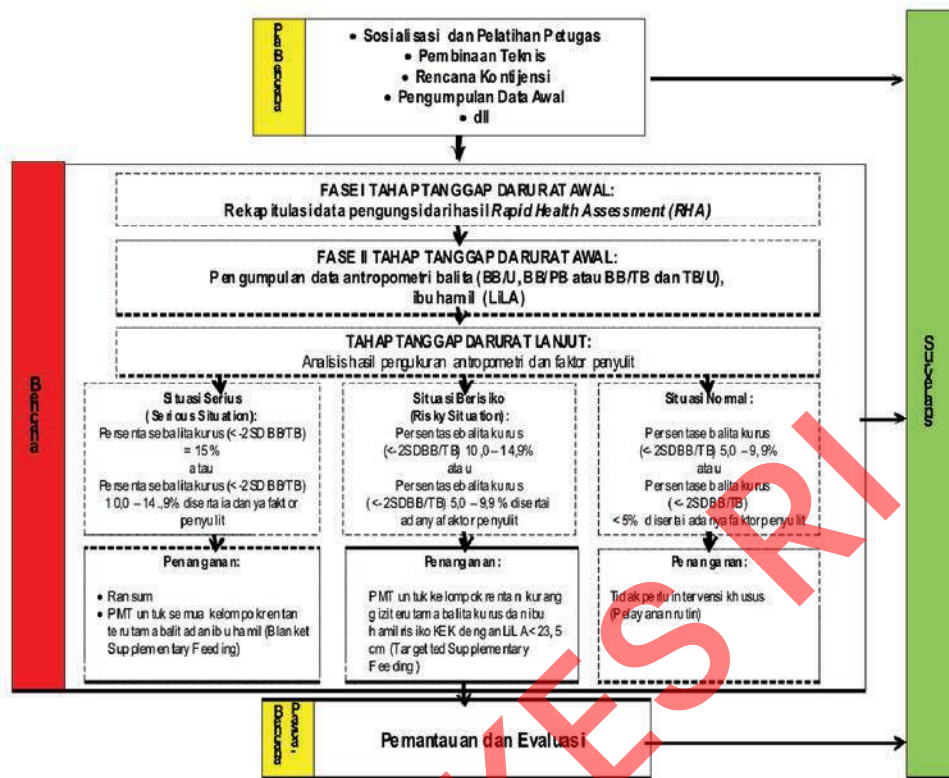
- Melindungi pemberian makanan bayi dan anak yang aman dan tepat untuk penduduk terdampak bencana dengan penerapan panduan kebijakan utama dan koordinasi yang lebih kuat.
- Memberi akses dan bantuan pangan secara tepat waktu dan layak untuk meminimalkan risiko dan meningkatkan status gizi, kesehatan dan kemampuan bertahan hidup kepada ibu dan pengasuh bayi serta anak.
- Memastikan pemenuhan kebutuhan gizi penduduk yang terdampak bencana termasuk yang paling berisiko.
- Menangani kurang gizi akut anak di bawah usia 5 tahun dengan beragam tingkatan sesuai jenisnya.
- Menyandingkan intervensi zat gizi mikro dengan intervensi kesehatan masyarakat dan pemberian gizi lainnya untuk mengurangi penyakit umum yang berhubungan dengan situasi darurat dan penanganan kekurangan zat gizi mikro.

a. Pra Bencana

Penanganan gizi pra bencana sebagai antisipasi terjadinya bencana dan mengurangi risiko dampak bencana. Kegiatan yang dilaksanakan antara lain sosialisasi dan pelatihan petugas seperti manajemen gizi bencana, penyusunan rencana kontijensi kegiatan gizi, konseling menyusui, konseling Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI), pengumpulan data awal daerah rentan bencana, penyediaan bufferstock MPASI, pembinaan teknis dan pendampingan petugas terkait dengan manajemen gizi bencana dan berbagai kegiatan terkait lainnya.

Bagan Kegiatan Gizi dalam Penanggulangan Bencana

Sumber: diadaptasi dari the management of nutrition in major emergencies: WHO, 2000, p.75-77



b. Tanggap Darurat

Situasi keadaan darurat bencana dibagi menjadi 3 tahap yaitu siaga darurat, tanggap darurat dan transisi darurat.

1) Siaga Darurat

Siaga darurat adalah suatu keadaan potensi terjadinya bencana yang ditandai dengan adanya pengungsian dan pergerakan sumber daya. Kegiatan penanganan gizi pada situasi siaga darurat sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada, dapat dilaksanakan kegiatan gizi seperti pada tanggap darurat.

2) Tanggap Darurat

Kegiatan penanganan gizi pada saat tanggap darurat dapat dikelompokkan dalam 2 (dua) tahap yaitu tahap tanggap darurat awal dan tanggap darurat lanjut.

a) Tahap Tanggap Darurat Awal

i. Fase I Tanggap Darurat Awal

Pada fase ini ditandai dengan kondisi sebagai berikut: korban bencana bisa dalam pengungsian atau belum dalam

pengungsian. Petugas belum sempat mengidentifikasi korban secara lengkap, bantuan pangan sudah mulai berdatangan dan adanya penyelenggaraan dapur umum jika diperlukan. Lamanya fase I tergantung dari situasi dan kondisi setempat di daerah bencana yaitu maksimal sampai 3 (tiga) hari setelah bencana.

Kegiatan yang dilakukan adalah:

- Memberikan makanan yang bertujuan agar pengungsi tidak lapar dan dapat mempertahankan status gizinya.
- Mengawasi pendistribusian bantuan bahan makanan.
- Menganalisis hasil *Rapid Health Assessment* (RHA) Penyelenggaraan makanan bagi korban bencana mempertimbangkan hasil analisis RHA dan standar ransum.

ii. Fase II Tanggap Darurat Awal

Kegiatan terkait penanganan gizi pada fase II adalah:

- Menghitung kebutuhan gizi
Berdasarkan analisis hasil RHA diketahui jumlah pengungsi sesuai kelompok umur, kemudian dihitung ransum pengungsi dengan memperhitungkan setiap pengungsi membutuhkan 2100kcal, 50g protein dan 40g lemak serta menyusun menu yang sesuai dengan jenis bahan makanan yang tersedia.
- Pengelolaan penyelenggaraan makanan di dapur umum yang meliputi: tempat pengolahan, sumber bahan makanan, petugas pelaksana, penyimpanan bahan makanan basah dan bahan makanan kering, cara mengolah, cara distribusi, peralatan makan dan pengolahan, tempat pembuangan sampah sementara, pengawasan penyelenggaraan makanan, distribusi makanan siap saji, pengawasan bantuan bahan makanan untuk melindungi korban bencana terhadap terjadinya 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
- Untuk bantuan bahan makanan produk dalam negeri diteliti nomor registrasi (MD), tanggal kadaluarsa, sertifikasi halal, aturan cara penyiapan dan target konsumen
- Untuk bantuan bahan makanan produk luar negeri harus diteliti nomor registrasi (ML), bahasa, tanggal kadaluarsa, aturan cara penyiapan dan target konsumen

Jika terdapat bantuan makanan yang tidak memenuhi syarat-syarat tersebut diatas, petugas harus segera melaporkan kepada koordinator pelaksana.

b) Tahap Tanggap Darurat Lanjut

Tahap ini dilaksanakan setelah tahap tanggap darurat awal, dalam rangka penanganan masalah gizi sesuai tingkat kedaruratan. Lamanya tergantung situasi dan kondisi setempat daerah bencana.

Pada tahap ini sudah ada informasi lebih rinci tentang keadaan pengungsi seperti jumlah menurut golongan umur, jenis kelamin, keadaan lingkungan, keadaan penyakit, dll. Kegiatan penanganan gizi meliputi:

- i. Analisis faktor penyulit berdasarkan hasil RHA.
- ii. Pengumpulan data antropometri balita (berat badan, panjang badan/ tinggi badan), ibu hamil dan ibu menyusui (lingkar lengan atas).
- iii. Menghitung proporsi status gizi balita kurus ($BB/TB < - 2$ SD) dan jumlah ibu hamil dengan risiko KEK ($LiLA < 23,5$ cm).

- iv. Menganalisis adanya faktor penyulit seperti kejadian diare, campak, demam berdarah, dll.

Informasi tentang proporsi status gizi balita digunakan sebagai dasar untuk melakukan modifikasi atau perbaikan penanganan gizi sesuai tingkat kedaruratan yang terjadi. Hasil analisis data antropometri dan faktor penyulit serta tindak lanjut atau respon yang direkomendasikan sebagai berikut:

- Situasi serius, jika prevalensi balita kurus > 15% tanpa faktor penyulit atau 10-14,9% dengan faktor penyulit. Pada situasi ini semua korban bencana mendapat ransum dan seluruh kelompok rentan terutama balita dan ibu hamil diberikan makanan tambahan (*blanket supplementary feeding*).
- Situasi berisiko, jika prevalensi balita kurus 10-14,9% tanpa faktor penyulit. Pada situasi ini kelompok rentan kurang gizi terutama balita kurus dan ibu hamil risiko KEK diberikan makanan tambahan (*targetted supplementary feeding*).
- Situasi normal, jika prevalensi balita kurus <10% tanpa faktor penyulit atau 5% dengan faktor penyulit maka dilakukan penanganan penderita gizi kurang melalui pelayanan kesehatan rutin.

Apabila ditemukan balita sangat kurus dan atau terdapat tanda klinis gizi buruk segera dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan untuk mendapat perawatan sesuai Tatalaksana Anak Gizi Buruk.

- v. Melaksanakan pemberian makanan tambahan dan suplemen gizi:

- Anak yang menderita gizi kurang diberikan makanan tambahan di samping makanan keluarga seperti kudapan/ jajanan dengan nilai energi 350 kkal dan protein 15 g per hari.
- Ibu hamil diberikan 1 tablet Fe setiap hari selama 90 hari.

- 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).
- Pemberian vitamin A dosis 100.000 IU bagi bayi usia 6-11 bulan dan kapsul vitamin A dosis 200.000 IU pada anak usia 12-59 bulan. Bila kejadian bencana dalam waktu kurang dari 30 hari setelah pemberian kapsul vitamin A (Februari dan Agustus) maka balita tersebut tidak dianjurkan lagi mendapat kapsul vitamin A.
- Melakukan penyuluhan kelompok dan konseling perorangan dengan materi sesuai dengan kondisi saat itu.
- Memantau perkembangan status gizi balita melalui surveilans gizi.

3) Transisi darurat

Transisi darurat adalah suatu keadaan sebelum dilakukan rehabilitasi dan rekonstruksi. Kegiatan penanganan gizi pada situasi transisi darurat disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada, dapat dilaksanakan kegiatan gizi seperti pada tanggap darurat.

c. Pasca bencana

Pada dasarnya kegiatan pada pasca bencana adalah melaksanakan pemantauan dan evaluasi sebagai bagian dari surveilans. Kegiatan ini dilakukan untuk mengetahui kebutuhan yang diperlukan (*need assessment*) dan melaksanakan kegiatan pembinaan gizi sebagai tindak lanjut atau respon dari informasi yang diperoleh secara terintegrasi dengan kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health response*) untuk meningkatkan dan mempertahankan status gizi dan kesehatan korban bencana.

d. Pengalaman Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan Gizi dalam Penanggulangan Bencana Sinabung tahun 2010-2014:

- 1) Pra Bencana:
 - Pelatihan konseling menyusui
 - Sosialisasi penanganan gizi bencana
 - Distribusi MPASI dan PMT Ibu Hamil KEK
- 2) Bencana erupsi tahun 2010:
 - Pengumpulan data antropometri Balita dan pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) ibu hamil
 - Analisa pengukuran antropometri dan faktor penyebab
 - Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) pada situasi darurat (konseling menyusui/ MPASI, pengawasan pemberian susu formula)
 - Distribusi biskuit MP-ASI
- 3) Bencana erupsi tahun 2013
 - Penimbangan bulanan Balita dicatat di Posyandu
 - Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) pada situasi darurat (konseling menyusui/ MPASI, pengawasan pemberian susu formula)
 - Distribusi biskuit MP-ASI
- 4) Pasca Bencana tahun 2014
 - Pengumpulan data antropometri Balita dan pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) ibu hamil
 - Konseling menyusui/ MPASI, pengawasan susu formula
 - Distribusi biskuit MPASI

2. Pokok Bahasan 2: Penanganan Gizi pada Kelompok Rentan

Peserta dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi Penanganan Gizi pada Kelompok Rentan yaitu anak usia 0-23 bulan, usia 24-59 bulan, ibu hamil dan menyusui, serta lanjut usia.

a. Penanganan Gizi Anak Usia 0-23 bulan

Bayi dan anak usia 0-23 bulan atau dibawah dua tahun (Baduta) merupakan kelompok yang paling rentan sehingga memerlukan penanganan gizi khusus. Penanganan gizi anak usia 0-23 bulan mengikuti prinsip Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) sebagai berikut:

1) Prinsip PMBA

- a) Pemberian ASI pada bayi/ baduta sangat penting, ASI tetap diberikan pada situasi bencana.
- b) PMBA merupakan bagian dari penanganan gizi dalam situasi bencana
- c) PMBA dalam situasi bencana harus dilakukan dengan benar dan tepat waktu
- d) Institusi penyelenggara PMBA adalah Pemerintah Daerah yang dibantu oleh Dinas Kesehatan setempat yang mempunyai tenaga terlatih penyelenggaraan PMBA dalam situasi bencana
- e) Apabila Dinas Kesehatan setempat belum memiliki atau keterbatasan tenaga pelaksana PMBA dalam situasi bencana, 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 untuk mengidentifikasi keadaan ibu, bayi dan anak termasuk bayi dan anak piatu.
- h) Ransum pangan harus mencakup kebutuhan makanan yang tepat dan aman dalam memenuhi kecukupan gizi bayi dan anak
- i) Susu formula, produk susu lainnya, botol dan dot tidak termasuk dalam penanganan ransum

2) Prinsip PMBA pada Situasi Bencana:

a) Penilaian cepat

Penilaian cepat sebagai berikut:

- i) Penilaian cepat dilakukan untuk mendapatkan data tentang jumlah dan keadaan ibu menyusui, bayi dan anak termasuk bayi piatu
- ii) Penilaian cepat dilakukan pada tahap tanggap darurat awal fase I sebagai bagian dari menghitung kebutuhan gizi
- iii) Penilaian cepat dilakukan oleh petugas gizi yang terlibat dalam penanganan bencana
- iv) Penilaian cepat dilakukan dengan mencatat, mengolah dan melaporkan data tentang jumlah dan keadaan ibu menyusui, bayi dan anak termasuk bayi piatu
- v) Instrumen penilaian cepat meliputi:
 - Profil penduduk terutama kelompok rentan dan anak yang kehilangan keluarga
 - Kebiasaan penduduk terkait PMBA, termasuk pemberian ASI Eksklusif dan MPASI serta bayi piatu
 - Keberadaan susu formula, botol dan dot
 - Data ASI Eksklusif dan MPASI sebelum bencana
 - Risiko keamanan pada ibu dan anak

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

b) Dukungan untuk keberhasilan PMBA

- i) Penyediaan tenaga konselor menyusui dan MPASI di pengungsian
- ii) Tenaga kesehatan dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Kesehatan memberikan perlindungan, promosi dan dukungan kepada ibu-ibu untuk keberhasilan menyusui termasuk relaktasi
- iii) Memberikan konseling menyusui dan PMBA di pengungsian, RS lapangan dan tempat pelayanan

kesehatan lainnya yang ada di lokasi bencana

- iv) Pembentukan pos pemeliharaan dan pemulihan gizi bayi dan Baduta
- v) Melakukan pendampingan kepada keluarga yang memiliki bayi atau anak yang menderita masalah gizi

3) Kriteria Bayi 0-5 bulan dan Baduta (6-23 bulan) yang mendapat Susu Formula atau Pengganti Air Susu Ibu (PASI):

- a) Bayi dan Baduta yang benar-benar membutuhkan sesuai pertimbangan professional tenaga kesehatan yang berkompeten (indikasi medis)
- b) Bayi dan Baduta yang sudah menggunakan susu formula sebelum situasi bencana
- c) Bayi dan Baduta yang terpisah dari ibunya (tidak ada donor ASI)
- 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

4) Cara penyiapan dan Pemberian Susu Formula

- a) Cuci tangan terlebih dahulu hingga bersih dengan menggunakan sabun
- b) Gunakan cangkir atau gelas yang mudah dibersihkan, mencuci alat dengan menggunakan sabun
- c) Gunakan selalu alat yang bersih untuk membuat susu dan menyimpannya dengan benar
- d) Sediakan alat untuk menakar air dan susu bubuk (jangan menakar menggunakan botol susu)
- e) Sediakan bahan bakar untuk memasak air dan gunakan air bersih, jika memungkinkan gunakan air minum dalam kemasan
- f) Lakukan pendampingan untuk memberikan konseling menyusui

Penanganan Gizi Bayi 0-5 Bulan

- Bayi tetap diberi ASI
- Bila bayi piatu, bayi terpisah dari ibunya atau ibu tidak dapat memberikan ASI, upayakan bayi mendapat bantuan ibu susu/donor, dengan persyaratan:
 - Permintaan ibu kandung atau keluarga bayi yang bersangkutan
 - Identitas agama dan alamat pendonor ASI diketahui dengan jelas oleh keluarga bayi
 - Persetujuan pendonor setelah mengetahui identitas bayi yang diberi ASI
 - Pendonor ASI dalam kondisi kesehatan baik dan tidak mempunyai indikasi medis
 - ASI donor tidak diperjualbelikan
 - Bila tidak memungkinkan bayi mendapat ibu susu/donor, bayi diberikan susu formula dengan pengawasan atau didampingi oleh petugas kesehatan

Penanganan Gizi Anak Usia 6-23 Bulan

- Tetap diberi ASI
- Pemberian MPASI yang difortifikasi dengan zat gizi mikro, pabrikan atau makanan lokal pada anak usia 6-23 bulan
- Pemberian makanan olahan yang berasal dari bantuan ransum umum yang mempunyai nilai gizi tinggi
- Pemberian vitamin A Biru (100.000 IU) bagi bayi berusia 6-11 bulan; dan kapsul vitamin A Merah (200.000 IU) bagi anak berusia 12-59 bulan.
- Dapur umum sebaiknya menyediakan makanan untuk anak usia 6-23 bulan
- Air minum dalam kemasan diupayakan selalu tersedia di tempat pengungsian.

5) Pengelolaan Bantuan Susu Formula atau PASI

- a) Memberikan informasi kepada pendonor 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
- d) Selalu diperhatikan batas kadaluarsa kemasan susu formula untuk menghindari keracunan dan kontaminasi

b. Penanganan Gizi Anak Balita 24-59 bulan

- 1) Hindari penggunaan susu dan makanan lain yang penyiapannya menggunakan air, penyimpanan yang tidak higienis karena berisiko terjadinya diare, infeksi dan keracunan.
- 2) Keragaman menu makanan dan jadwal pemberian makanan disesuaikan dengan kemampuan tenaga pelaksana. Daftar menu ditempelkan ditempat yang mudah dilihat oleh pelaksana pengolahan makanan
- 3) Pemberian kapsul vitamin A
- 4) Makanan utama yang diberikan sebaiknya berasal dari makanan keluarga yang tinggi energi, vitamin dan mineral.

c. Penanganan Gizi Ibu Hamil dan Ibu Menyusui

Ibu hamil perlu penambahan energi sebanyak 300 kkal dan 17 g protein, sedangkan ibu menyusui perlu penambahan energi 500 kkal dan 17 g protein. Ibu hamil dan ibu menyusui perlu diberikan nasehat atau anjuran gizi dan kesehatan melalui kegiatan konseling menyusui dan konseling MP-ASI serta pendistribusian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi ibu hamil.

d. Penanganan Gizi Lanjut Usia

Usia lanjut perlu makanan dalam porsi kecil tetapi padat gizi dan mudah dicerna. Pemberian makanan pada usia lanjut harus memperhatikan faktor psikologis dan fisiologis agar makanan yang disajikan dapat dihabiskan.

3. Pokok Bahasan 3: Pelaksanaan Pemantauan Status Gizi (PSG)

Peserta dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi Pelaksanaan Pemantauan Status Gizi. Pemantauan Status Gizi diperlukan untuk mengetahui perkembangan status gizi korban bencana. PSG dilakukan sejak terjadinya bencana dilanjutkan secara berkala (2 minggu sekali) sampai keadaan darurat dinyatakan berakhir oleh Pemerintah Daerah setempat. Pelaksanaan PSG meliputi:

a. Penyediaan instrumen dan peralatan

- 1) Instrumen PSG terdiri dari kuesioner dan formulir yang akan diisi oleh petugas pengumpul data di lapangan.
- 2) Peralatan dan bahan yang dibutuhkan antara lain:
 - a) Timbangan digital untuk menimbang berat badan Balita 0-59 bulan, anak usia sekolah, remaja dan dewasa
 - b) Timbangan bayi digital (*baby scale*) untuk menimbang berat badan bayi
 - c) Alat ukur panjang badan untuk mengukur panjang badan anak usia 0-24 bulan
 - d) Microtoise untuk mengukur tinggi badan anak diatas usia 24 bulan, remaja dan dewasa
 - e) Pita LiLA untuk mengukur Lingkar Lengan Atas Wanita Usia Subur (WUS) dan ibu hamil
 - f) Tabel Indeks Massa Tubuh (IMT) menurut umur (IMT/U)
 - g) Buku Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak
 - h) Alat pengolah data
 - i) Alat tes cepat garam beriodium (larutan uji garam beriodium)

b. Pemantauan Status Gizi (PSG)

PSG dilakukan dengan kegiatan pengumpulan data terdiri dari pengukuran antropometri dan wawancara dengan menggunakan kuesioner.

c. Pelaksana PSG

Pengumpulan data dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kabupaten/ Kota dibantu pelaksana gizi di Puskesmas atau dengan bantuan tenaga bidan atau kader setempat.

VII. EVALUASI

Evaluasi dilakukan untuk menilai pemahaman peserta terhadap materi yang disampaikan dengan contoh kasus yang dibahas dalam diskusi.

Contoh Kasus: Gempa bumi tanggal 15 Agustus 2010 di Kabupaten X

Terjadi gempa bumi tektonik berkekuatan 5,9 SR pada Sabtu, 15 Agustus 2010 pukul 05.53 WIB yang berpusat di wilayah Kabupaten X dengan kedalaman 25 km. Ribuan nyawa melayang, ratusan ribu rumah hancur, ratusan sekolah roboh, puluhan Puskesmas/ Pustu/ RS/ Sarana pelayanan kesehatan rusak berat. Korban jiwa dan kerusakan terbanyak ada di kota A. Banyak bayi dan Balita yang menjadi korban gempa. Kekacauan terjadi, sistem komunikasi terganggu, listrik di berbagai tempat padam dan saat terjadi bencana sedang libur panjang (long weekend). Di tengah kekacauan tersebut terjadi isu akan terjadi tsunami yang menambah kacau suasana.

Pemerintah Daerah termasuk Dinas Kesehatan Kabupaten X membuka Posko di rumah dinas Bupati. Pada pukul 06.30 WIB sudah bisa dilakukan koordinasi antar instansi pemerintah tetapi mengalami kesulitan karena alat telekomunikasi macet (crowded), banyak pegawai dan tenaga kesehatan yang menjadi korban. Dengan kondisi yang sangat terbatas, Dinas Kesehatan Kabupaten X membuka 4 Pos yaitu Rumah Dinas Bupati sebagai Posko, RS Kabupaten, Gudang Farmasi dan lapangan bola kabupaten X.

Bantuan yang diterima berupa tenaga medis, obat-obatan, bahan makanan, pakaian, dll. Di berbagai tempat kelompok-kelompok masyarakat aktif memberikan bantuan. Di Posko rumah dinas Bupati, Kepala Dinas Kesehatan mengkoordinasikan bantuan yang mulai berdatangan. Pada saat itu belum ada koordinasi dan pembagian tugas yang jelas. Banyak anggota masyarakat yang meminta obat-obatan secara personal. Hampir sehari-hari petugas di Posko tidak makan karena tidak ada warung yang buka dan belum ada dapur umum untuk petugas.

Pada hari kedua Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten melakukan penilaian ke sarana pelayanan kesehatan dan melakukan distribusi makanan Balita dan obat-obatan. Koordinasi dengan Dinas PU dilakukan untuk menyusun pembuangan sampah dan limbah medis. Kebutuhan bahan makanan, obat-obatan dan alat medis mulai disusun. Bantuan dari luar Kabupaten X dan luar negeri semakin banyak yang datang dan membutuhkan koordinasi yang lebih serius. Selain itu banyak masyarakat yang meminta dan memberi bantuan di Posko serta pihak yang mencari data maupun berita yang semuanya harus dilayani.

Pertanyaan-pertanyaan yang didiskusikan:

1. Informasi apa yang diperlukan untuk melakukan penanganan gizi dan bagaimana penanganannya?
2. Bagaimana pengelolaan bantuan bencana?
3. Bagaimana struktur tim yang baik, yang dapat melibatkan beberapa pihak?

VIII. RANGKUMAN

Upaya penanganan gizi dalam situasi bencana merupakan rangkaian kegiatan yang dimulai sejak sebelum terjadinya bencana (pra bencana), tanggap darurat meliputi tahap tanggap darurat awal, tanggap darurat lanjut, dan pasca bencana. Kegiatan penanganan gizi pada tahap tanggap darurat awal adalah kegiatan pemberian makanan agar pengungsi tidak lapar dan dapat mempertahankan status gizinya, sedangkan penanganan kegiatan gizi pada tahap tanggap darurat lanjut adalah untuk menanggulangi masalah gizi melalui intervensi sesuai masalah gizi yang ada.

IX. DAFTAR PUSTAKA

1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan
4. Kerangka Kerja Sendai untuk Pengurangan Risiko Bencana 2015-2030
5. Standar Nasional Indonesia (SNI) 7937: 2013 Tentang Layanan Kemanusiaan dalam Bencana
6. Kementerian Kesehatan RI. 2012. Pedoman Kegiatan Gizi dalam Penanggulangan Bencana
7. Kementerian Kesehatan RI. 2015. Pedoman Teknis Pemantauan Status Gizi
8. *The Sphere Project* Tahun 2011 Tentang Piagam Kemanusiaan dan Standar-Standar Minimum dalam Respons Kemanusiaan

KEMENKES RI



Materi Inti 8

Penanganan Masalah Kesehatan Jiwa Akibat Bencana

KEMENKES RI



MATERI INTI 8

PENANGANAN MASALAH KESEHATAN JIWA AKIBAT BENCANA

I. DESKRIPSI SINGKAT

Undang Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana menyebutkan definisi bencana sebagai suatu rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat, yang disebabkan baik oleh alam atau non alam, maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis.

Pengalaman traumatik akibat bencana dapat mengubah perilaku dan kehidupan emosi seseorang. Perasaan marah, bingung, frustrasi, tidak berdaya, merasa bersalah, sering dirasakan oleh individu. Pemulihan kondisi psikis para korban bencana memerlukan penanganan dan perhatian khusus karena bila diabaikan dapat mengganggu kualitas hidup penderita dalam jangka panjang.

Sebelum terjadi bencana, perencanaan kesiapsiagaan menghadapi bencana dan respon terhadap masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang bersifat nasional perlu dipersiapkan. Semua pelayanan kesehatan pada situasi bencana harus dapat menjamin terapi dan perawatan yang memiliki beberapa prinsip pelayanan yang dapat diakses.

Oleh karena itu menjadi penting untuk memahami situasi dan dampak bencana, baik dalam tingkatan individu maupun masyarakat dan melakukan mekanisme rujukan. Hal ini diperlukan agar kita dapat memberikan dukungan yang efektif bagi mereka yang mengalami bencana. Sistem kesehatan jiwa yang komprehensif perlu dikembangkan untuk merespon kebutuhan dukungan psikososial dan kesehatan jiwa pada masyarakat yang terkena bencana. Sistem kesehatan jiwa yang kuat memudahkan suatu daerah memiliki sumberdaya manusia yang terampil dan siap dimobilisasi dengan cepat bila terjadi bencana.

Metode yang digunakan dalam pembelajaran adalah ceramah, diskusi dan tanya jawab.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Peserta mampu memahami penanganan kesehatan jiwa dan psikososial akibat bencana

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu :

1. Menjelaskan tentang gambaran umum masalah kesehatan jiwa dan psikososial
2. Menjelaskan tentang upaya penanganan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada bencana
3. Menjelaskan sistem rujukan dalam penanganan masalah kesehatan jiwa

III. POKOK BAHASAN

1. Gambaran umum masalah kesehatan jiwa dan psikososial
 - a. Pentingnya penanganan masalah kesehatan jiwa dalam bencana
 - b. Penyebab timbulnya masalah kesehatan jiwa dan psikososial dalam bencana
 - c. Berbagai masalah kesehatan jiwa dan psikososial akibat bencana
2. Upaya penanganan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada bencana
 - a. Komponen dukungan kesehatan jiwa dan psikososial pada bencana
 - b. Upaya intervensi kesehatan jiwa dan psikososial untuk kesiapsiagaan bencana
3. Sistem rujukan
 - a. Pembentukan sistem rujukan
 - b. Piramida intervensi kesehatan jiwa dan psikososial
 - c. Sistem rujukan dan layanan menyeluruh

IV. BAHAN AJAR

Bahan materi yang diberikan berkaitan dengan kesehatan jiwa, *Psychological First Aid* (PFA) dan psikososial pada masyarakat akibat bencana dan konflik.

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran:

Langkah 1. Pengkondisian

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2. Penyampaian Materi

1. Fasilitator menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, kemudian curah pendapat.

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Narasumber melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Narasumber merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok bahasan 1: Gambaran umum masalah kesehatan jiwa dan psikososial

Sub pokok bahasan:

a. Pentingnya penanganan masalah kesehatan jiwa dalam bencana

Seseorang yang mengalami peristiwa traumatik yang diakibatkan bencana mengalami perubahan drastik dalam hidupnya. Hal-hal yang tadinya jelas, teratur dan dapat diprediksi berubah menjadi ketidakjelasan dan sulit diprediksi. Hal ini membuat persepsi seseorang akan kehidupan menjadi berubah. Mereka tidak lagi berani membuat rencana, masa depan seolah-olah hilang karena umumnya hanya hidup untuk saat ini. Pengalaman traumatik ini juga dapat mengubah perilaku dan kehidupan emosi seseorang, perasaan marah, bingung, frustrasi, tidak berdaya, merasa bersalah, sering dirasakan oleh individu.

Ada banyak gangguan mental yang dapat terjadi setelah trauma atau bencana. Ada yang memang merupakan akibat langsung dari trauma yang dialami, seperti reaksi stres akut dan gangguan stres pasca trauma; ada yang hanya dicetuskan oleh peristiwa traumatik yang dialami, seperti gangguan psikotik, gangguan ansietas dan depresi; dan ada yang secara tidak langsung disebabkan oleh bencana, karena peristiwa itu menghentikan proses pengobatan gangguan yang telah diderita sebelumnya sehingga terjadi kekambuhan. Pada beberapa kasus mungkin memerlukan bantuan profesional atau ahli kesehatan jiwa untuk mengatasi hal tersebut.

b. Penyebab timbulnya masalah kesehatan jiwa dan psikososial dalam bencana

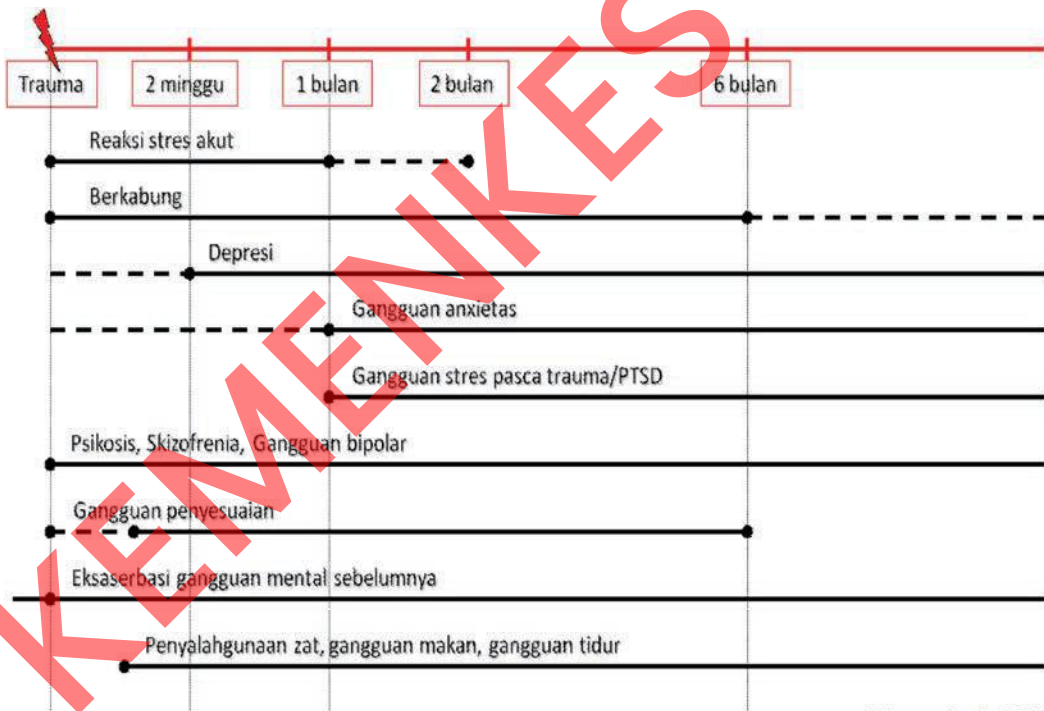
Tabel Ringkasan Proyeksi dan Rekomendasi Respon WHO

	SEBELUM BENCANA: preval. 12-bl.	SETELAH BENCANA: Prevalensi 12-bl.	Respon bantuan yang direkomenda sikan
Gangguan jiwa berat (mis., psikosis, depresi berat, gangguan ansietas yang berat dan menidake dayakan)	2-3%	3-4%	Perawatan kese hatan jiwa (sektor kesehatan)

	SEBELUM BENCANA: preval. 12-bl.	SETELAH BENCANA: Prevalensi 12-bl.	Respon bantuan yang direkomendasikan
Gangguan jiwa ringan dan sedang (mis., gangguan depresi dan ansietas ringan dan sedang)	10%	20% (berkurang menjadi 15% dengan pemulihan alamiah)	Perawatan kesehatan jiwa (sektor kesehatan) + Intervensi sosial dan dukungan psikologik dasar di masyarakat (berbagai sektor)
Distres psikologik sedang atau berat (bukan gangguan)	Tidak ada perkiraan	30-50% (berkurang dengan pemulihan alamiah)	Intervensi sosial dan dukungan psikologik dasar di masyarakat (berbagai sektor)
Distres psikologik ringan (membatik seiring waktu)	Tidak ada perkiraan	20-40%	Tidak ada respon

c. Berbagai masalah kesehatan jiwa dan psikososial akibat bencana

Tabel Gangguan Mental Setelah Trauma:



(Maramis A, 2005)

Kelima tahapan ini umumnya berlangsung secara berurutan, namun pada beberapa orang tahapan tersebut bisa tidak dialami secara berurutan atau bahkan ada yang tidak pernah melewati tahapan tertentu tetapi langsung masuk pada tahapan selanjutnya. Lama masing-masing tahapan berbeda antara satu dengan individu dengan individu lainnya, tidak ada patokan pasti berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai tahapan penerimaan.

Gangguan Stres Akut

- Setelah trauma penderita tampak berfluktuasi kondisi mentalnya yang jelas terkait dengan peristiwa itu.
- Gejala akan mereda dalam waktu beberapa hari sampai 4 minggu
- Gejala tersebut bukan merupakan eksaserbasi gangguan mental sebelumnya
- Gejala:
 - Kebingungan
 - Gelisah atau sangat reaktif
 - Menarik diri
 - Gejala cemas: misalnya berkeringat, berdebar, muka merah
 - Tampak murung
 - Amnesia (lupa peristiwa yang terjadi bahkan dirinya)

Depresi

- ▶ Pasien datang dengan 1 atau lebih **keluhan fisik**
 - Jika ditanyai lebih lanjut → terungkap depresi
- ▶ **Gejala utama:**
 - Mood sedih atau murung
 - Kehilangan minat & kesenangan
- ▶ **Gejala penyerta** yang sering didapatkan:
 - Tidur terganggu
 - Rasa bersalah atau kehilangan percaya diri
 - Malas bergerak atau bicara; atau sebaliknya malah agitasi
 - Gangguan nafsu makan
 - Konsentrasi buruk
 - Pikiran atau tindakan mengakhiri hidup
 - Jika ada risiko bunuh diri atau mencelakakan orang lain → segera rujuk ke profesional keswa

Gangguan Stres Pasca Trauma

- Respons cemas yang **berkepanjangan** terhadap peristiwa traumatik
- Gejala-gejala paling tidak harus terjadi **1 bulan setelah peristiwa trauma dan berlangsung setidaknya selama 6 bulan**
- Gejala-gejala :
 - **Re-experiencing** (terbayang kembali)
Seperti mengalami kembali peristiwa traumatiknya (*flashback*)
 - **Avoidance** (penghindaran):
 - Berusaha menghindari hal-hal yang mengingatkannya pada pengalaman trauma
 - **Hyperarousal** (keterjagaan):
 - Susah tidur, waspada berlebihan

Selain masyarakat yang terpapar bencana dapat mengalami masalah psikologis atau masalah kesehatan jiwa, para *caregiver*/relawan dapat juga mengalami masalah psikologis saat mendampingi ataupun berhadapan dengan para penyintas, hal ini disebut sebagai *Secondary Trauma*.

Secondary trauma atau *vicarious trauma* adalah pengalaman menjadi saksi atau bagian dari suatu kejadian yang mengerikan pada manusia, yang dipengaruhi oleh pandangan, aroma, suara, sentuhan dan cerita-cerita yang diungkapkan oleh para korban selamat untuk melepaskan rasa sakit mereka sendiri. Trauma ini adalah reaksi spontan fisik ketika sebuah cerita yang mengerikan dikisahkan atau sebuah kejadian terungkap. *Secondary trauma* adalah energi yang datang saat berhadapan dengan trauma, dan bagaimana tubuh dan jiwa manusia bereaksi terhadap kesedihan, amarah, dan rasa sakit. Kebingungan, rasa apatis, keinginan menyendiri, kecemasan, kesedihan dan rasa sakit biasanya merupakan tanda-tanda adanya *vicarious trauma*.

Hal-hal berikut merupakan kegiatan praktis yang dianjurkan dilakukan oleh para *caregiver*/relawan di lokasi bencana dalam rangka mengantisipasi *secondary trauma*:

- 1) Menjaga kesehatan fisik (makan teratur, makan vitamin dan suplemen jika dibutuhkan, olahraga ringan setiap pagi, segera pergi ke tenaga medis atau minum obat jika ada tanda sakit serta istirahat yang cukup);

- 2) Mempersiapkan mental untuk menghadapi keadaan yang paling buruk;
- 3) Mencari informasi mengenai kebudayaan dan kebiasaan setempat;
- 4) Mempersiapkan segala keperluan pribadi seefisien mungkin (obat-obatan, alat mandi);
- 5) Tulis jurnal/buku harian;
- 6) Menyempatkan baca buku ringan kesukaan atau melakukan kegiatan yang disenangi;
- 7) Menghabiskan waktu luang dengan teman untuk mengobrol atau sharing;
- 8) Sesekali tolak tanggung jawab ekstra diluar pekerjaan dan kemampuan Anda;
- 9) Hubungi keluarga atau teman dekat secara rutin;
- 10) Sediakan waktu untuk refleksi diri,relaksasi, merenung, dan menangislah bila perlu;
- 11) Jagalah optimisme dan harapan;
- 12) Beribadah.

2. Pokok bahasan 2: Upaya penanganan masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada bencana

Sub pokok bahasan:

a. Komponen dukungan kesehatan jiwa dan psikososial untuk kesiapsiagaan bencana

Sistem kesehatan jiwa yang komprehensif perlu dikembangkan untuk merespon kebutuhan dukungan psikososial dan kesehatan jiwa pada masyarakat yang terkena bencana. Sistem kesehatan jiwa yang kuat akan memudahkan suatu daerah memiliki sumberdaya manusia yang terampil dan siap dimobilisasi dengan cepat bila terjadi bencana.

Seluruh aspek kesehatan jiwa haruslah dikembangkan dalam jangka panjang, termasuk: pengembangan kebijakan kesehatan jiwa, pengembangan pelayanan kesehatan jiwa dan peningkatan struktur administratif kesehatan jiwa di dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota. Uraian di bawah ini merupakan ukuran untuk mengembangkan sistem

pelayanan kesehatan jiwa dari provinsi serta kabupaten/kota untuk kesiapsiagaan bencana.

1) Sistem Pelayanan Kesehatan Jiwa Untuk Kesiapsiagaan Bencana

Seperti yang sudah diuraikan didepan, ada banyak gangguan jiwa yang dapat terjadi setelah bencana seperti reaksi stres akut, gangguan depresi, gangguan anxietas, gangguan stres pasca trauma serta kambuhnya gangguan jiwa yang telah diderita sebelumnya. Oleh karena itu kita tidak harus memusatkan perhatian pada penanganan kasus-kasus trauma saja apalagi menciptakan pelayanan khusus untuk trauma, seperti trauma center yang terpisah dari pelayanan kesehatan yang ada. Yang harus dilakukan adalah membangun sistem pelayanan kesehatan jiwa masyarakat disertai sistem rujukan untuk masalah kesehatan jiwa dan psikososial pada kesiapsiagaan bencana pada suatu wilayah kabupaten/kota. Ada beberapa level sistem pelayanan kesehatan jiwa yang perlu dibangun sebagai upaya kesiapsiagaan bencana:



Keterangan :

Level 1: Pelayanan kesehatan jiwa pada tingkat masyarakat

(Community Mental Health Services)

Level 2: Pelayanan kesehatan jiwa melalui puskesmas

Level 3: Perawatan dan dukungan diluar sektor kesehatan formal

Level 4: Perawatan pada tingkat individu dan keluarga

2) Sistem Informasi

Sistem informasi merupakan komponen penting dalam pengembangan upaya kesehatan jiwa pada kesiapsiagaan bencana.

Hal ini bertujuan untuk :

- a) Menjamin diseminasi informasi sampai pada masyarakat
- b) Menjamin diseminasi informasi antar sistem yaitu dari sistem kesehatan kepada sistem lain
- c) Memudahkan akses oleh berbagai kelompok sasaran

3) Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi secara rutin atau berkala upaya-upaya program kesehatan jiwa bencana perlu dilakukan untuk menilai atau mengukur keberhasilan kegiatan yang dilaksanakan. Untuk itu perlu disusun beberapa fungsi umum monitoring dan evaluasi pada kesiapsiagaan bencana:

- a) Meninjau dan menyusun informasi tentang kapasitas dan kerentanan masyarakat untuk menghadapi isu-isu dan sumber daya kesehatan jiwa dan psikososial dalam situasi kedaruratan
- b) Menilai kapasitas tanggap darurat untuk dukungan kesehatan jiwa
- c) Mengembangkan instrumen penilaian serta fleksibel secara budaya untuk digunakan secara cepat dalam situasi kedaruratan
- d) Mengembangkan indikator untuk melakukan monitoring dan evaluasi dukungan kesehatan jiwa
- e) Mengembangkan rencana aksi untuk penilaian yang terkoordinasi
- f) Mengumpulkan dan menyebarluaskan informasi kepada masyarakat dan sektor terkait

4) Sistem Koordinasi

Maksud dan tujuan mengembangkan sistem koordinasi dalam upaya pelayanan kesehatan jiwa pada kesiapsiagaan bencana ini agar:

- a) Pemanfaatan sumber daya dapat lebih efektif dan efisien
- b) Mencegah terjadinya fragmentasi dan duplikasi upaya dukungan kesehatan jiwa dan psikososial yang diberikan
- c) Intervensi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan fakta yang ada dimasyarakat, dan tersebar secara geografis sesuai kebutuhan
- d) Menjamin agar semua organisasi lokal, nasional dan internasional menggunakan intervensi terhadap masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang dibuktikan efektif (*evidence-based intervention*)

5) Pemberdayaan Masyarakat

Upaya pemberdayaan masyarakat guna melakukan respon awal saat bencana dan mengembangkan ketahanan masyarakat, kemampuan mengatasi masalah dan mendorong hubungan masyarakat yang harmonis perlu diperkuat. Mengingat fakta bahwa di sebagian besar bencana yang terjadi, masyarakat itu sendiri yang harus merespon pada 6-12 jam pertama yang sangat kritis, ketahanan dan kesiapan masyarakat sangatlah penting.

b. Upaya intervensi kesehatan jiwa dan psikososial untuk kesiapsiagaan bencana

Penanganan kesehatan jiwa dan psikososial untuk kesiapsiagaan bencana adalah sebagai berikut :

1) Individual

Intervensi masalah kesehatan jiwa dapat diberikan secara individual misalnya melalui terapi, konseling, psikoedukasi individual, dsb.

2) Komunitas

Selain secara individual, intervensi juga bisa diberikan berazaskan komunitas, melalui pengorganisasian komunitas, psikoedukasi komunitas, dan konseling kelompok. Hal ini agar para penyintas dapat

saling bertukar pendapat dan pengalaman dalam menghadapi kejadian pasca bencana sehingga mereka merasa tidak sendiri dan mampu untuk resiliens.

Prinsip Umum Layanan

- a) Pada dasarnya setiap orang memiliki kemampuan alamiah untuk memulihkan diri. Transformasi dari perspektif korban ke penyintas (*survivors*).
- b) Keberadaan dan dukungan dari orang lain untuk menjalin hubungan saling membantu sehingga para penyintas dapat saling meringankan beban.
- c) Setiap orang akan memiliki kebutuhan yang bisa saja berbeda satu sama lain, untuk itu perlu memastikan semua kebutuhan tersebut dapat terpenuhi pada setiap levelnya.
- d) Layanan yang diberikan harus terintegrasi pada struktur layanan yang ada.

Dukungan Psikososial

Dukungan psikososial terdiri dari strategi dan intervensi yang tidak memerlukan keahlian medis saja tetapi memerlukan kemampuan tertentu. Intervensi harus berdasarkan bukti efektivitas dan mempunyai dampak psikologis dan sosial. Dukungan psikososial penting diberikan.

a) Intervensi Sosial

- Pulihnya kembali kegiatan kultural & religius
- Fasilitasi jaringan sosial untuk dukungan bagi yatim piatu, janda atau mereka yang kehilangan keluarga intinya.
- Pengorganisasian aktivitas normal bagi anak-anak, termasuk kegiatan sekolah
- Pengikutsertaan penduduk dewasa dalam kegiatan yang konkrit dan berguna bagi kepentingan bersama
- Memberi informasi yang baik dan benar serta menentramkan

b) Intervensi Psikologis

Intervensi psikologis mengikuti prinsip *Psychological First Aid* (PFA), yakni meliputi serangkaian keterampilan yang bertujuan untuk mengurangi distress dan mencegah munculnya perilaku kesehatan jiwa yang negatif yang disebabkan oleh bencana atau situasi krisis yang dihadapi individu. Perhatian dan dukungan yang bersifat non-intrusif, seperti mendengar namun tidak memaksa untuk berbicara ataupun mendorong pendampingan tanpa paksaan dari orang. PFA fokus pada mendengarkan, mengenali dan memenuhi kebutuhan dasar, mendorong pendampingan dari orang-orang yang terdekat di sekitar orang yang memerlukan dukungan, dan melindungi dari dampak negatif lebih lanjut.

Prinsip dasar PFA

- Berikan bantuan sesegera mungkin langsung pada orang yang memerlukan dukungan
- Sediakan informasi akurat dan logis tentang situasi yang ada
- Bersikap jujur, jangan pernah menjanjikan sesuatu yang tidak bisa kita penuhi
- Sediakan dukungan emosional bagi orang yang memerlukan dukungan
- Fokus pada kemampuan yang dimiliki orang yang memerlukan dukungan
- Berikan perhatian yang non-diskriminatif untuk semua (tidak membedakan latar belakang)

Sikap terhadap penyintas

- Mendengar aktif
- Berempati
- Nilai kebutuhan
- Memastikan bahwa kebutuhan fisik dasar terpenuhi
- Jangan paksa bicara
- Temani mereka, bila mungkin oleh keluarga

- Mendorong dukungan sosial, tetapi jangan paksakan
- Lindungi mereka dari bahaya lebih lanjut

Tujuan PFA

- Mengurangi dampak negatif dari pengalaman sulit karena bencana
- Memperkuat fungsi penyesuaian diri terhadap perubahan yang terjadi, baik jangka pendek & jangka panjang
- Mempercepat proses pemulihan penyintas (*survivor*)

Kerangka Kerja PFA

Model PFA menganut 3 prinsip, yaitu :

- **AMAN (SAFETY)**,
Memenuhi rasa aman pada orang yang memerlukan dukungan (AMAN)
- **FUNGSI (FUNCTION)**,
Mendorong keberfungsian optimal orang yang memerlukan dukungan (FUNGSI)
- **AKSI (ACTION)**
Memfasilitasi tindakan orang yang memerlukan dukungan untuk pemulihan (AKSI)

Kondisi yang diciptakan PFA

- Rasa aman (*safety*)
- Kenyamanan & ketenangan (*comfort & calming*)
- Dukungan sosial (*connectedness to others*)
- Sikap positif pada diri & perasaan mampu/berdaya (*self-efficacy, empowerment*)
- Harapan (*hopefulness*)

**REKOMENDASI
HAL YANG BOLEH DAN YANG TIDAK BOLEH
DALAM INTERVENSI PSIKOSOSIAL
(DO's AND DON'T's IN PSYCHOSOCIAL INTERVENTION)**

YANG BOLEH (DO's)	YANG TIDAK BOLEH (DON'T's)
MASALAH PELATIHAN (TRAINING ISSUES)	
Memastikan bahwa petugas memiliki kualifikasi yang sesuai untuk kegiatan yang diadakan. (<i>Ensure that staff are suitably qualified to conduct activities</i>)	
Melatih profesional (psikolog dan psikiater) dalam teknik klinis seperti CBT, EMDR. (<i>Train professionals (psychologists and psychiatrists) in clinical techniques, such as CBT, EMDR</i>)	Melatih orang awam (paraprofesional) dalam teknik klinis (seperti EMDR) (<i>Train paraprofessionals in clinical techniques (such as EMDR)</i>)
Menyediakan dukungan/supervisi berkelanjutan kepada tenaga yang sudah dilatih (<i>Provide ongoing support/supervision to staff who participate in trainings</i>)	Mengadakan pelatihan tanpa tindak lanjut monitoring/supervisi. (<i>Conduct 1-off trainings</i>)
Mengadakan pelatihan tentang teknik dasar konseling dalam waktu 2 minggu dengan dukungan/supervisi yang teratur. (<i>Conduct training in basic counseling skills for 2 weeks with regular support/supervision</i>)	Mengadakan pelatihan tentang teknik dasar konseling kurang dari 7 hari. (<i>Conduct training in basic counseling skills for less than 7 days.</i>)
Fokuskan pelatihan bagi anggota masyarakat tentang bagaimana menyediakan dukungan psikososial dasar, termasuk sesi tentang bagaimana mengidentifikasi masalah yang berat. (<i>Focus training for community members in how to provide basic psychosocial support. Have small section on how to identify severe problems as part of the training</i>)	Memfokuskan pada melatih orang untuk mengidentifikasi dan merujuk masalah terkait trauma saja. (<i>Focus training on teaching people how to identify and refer trauma related problems</i>)

YANG BOLEH (<i>DO's</i>)	YANG TIDAK BOLEH (<i>DON'T's</i>)
MASALAH PELATIHAN (<i>TRAINING ISSUES</i>)	
<p>Melakukan pelatihan singkat tentang dukungan psikososial dasar (psikoedukasi) bagi anggota masyarakat. <i>(Conduct short trainings on basic psychosocial support (psycho education) for members of the community)</i></p>	<p>Menyebut ini konseling atau penyembuhan trauma atau . . . dsb. <i>(Call this counseling or trauma treatment or... . . .)</i></p>
AKTIVITAS (<i>ACTIVITIES</i>)	
	<p>Mengklaim dapat 'menyembuhkan trauma' dengan aktivitas yang singkat. <i>(Claim to 'heal trauma' with short activities)</i></p>
<p>Mendukung orang-orang untuk mengambil peran aktif dalam membangun kembali komunitasnya dan kembali kepada aktivitas normal. <i>(Support people to play an active role in rebuilding their community and return to normalcy)</i></p>	<p>Memperlakukan orang sebagai korban yang memerlukan dukungan dari luar (misalnya memfokuskan hanya pada bicara tanpa dukungan tindakan bersama untuk menangani masalah yang umum). <i>(Treat people as victims in need of support from outside (e.g. focus only on talking without supporting joint action to address common problems))</i></p>
<p>Memasangkan staf dari luar DIY/Jateng dengan staf dari DIY/Jateng . <i>(Pair staff from outside DIY / Jateng with staff from DIY/Jateng)</i></p>	<p>Menggunakan staf dari luar DIY/Jateng saja. <i>(Use only staff from outside DIY/JATENG)</i></p>
<p>Mendukung proses penyembuhan tradisional yang pantas secara budaya dan religi. <i>(Support indigenous, culturally and religious appropriate healing)</i></p>	<p>Mendatangkan tenaga teknis dari luar atau asing tanpa mengintegrasikan atau mengkaitkan dengan tradisi penyembuhan setempat. <i>(Import external or foreign techniques without integrating or grounding them in local healing traditions)</i></p>
<p>Membawa partisipan melalui proses penyembuhan (masa lampau, kini dan mendatang). <i>(Take participants through a healing process (past, present, future))</i></p>	<p>Memfokus hanya pada masa lalu (misalnya debriefing). <i>(Focus only on past (e.g. debriefing))</i></p>

YANG BOLEH (DO's)	YANG TIDAK BOLEH (DON'T's)
AKTIVITAS (ACTIVITIES)	
<p>Untuk masyarakat, gunakan istilah yang mudah dimengerti yang menormalkan dan tidak menstigma reaksi seseorang. <i>(For the community, use easily understandable terms that normalize and destigmatise reactions)</i></p>	<p>Menggunakan istilah teknis atau istilah yang dapat menimbulkan stigma (misalnya trauma, penyakit dsb.) kecuali pada setting klinis. <i>(Use technical terms or terms that can stigmatise (e.g. trauma, illness etc.) except in a clinical setting)</i></p>
<p>Memfokus pada daya pulih (resilience) dan coping. <i>(Focus on resilience and coping)</i></p>	<p>Memfokus pada kerentanan, 'trauma' dan penyakit. <i>(Focus on vulnerability, 'trauma' and illness)</i></p>
<p>Menangani trauma dan juga masalah terkait stress. <i>(Address trauma and stress related problems together)</i></p>	<p>Hanya memfokus pada masalah terkait trauma dan mengabaikan masalah terkait stress. <i>(Focus only on trauma related problems and ignore stress related problems)</i></p>
<p>Menyediakan cara yang paling aman bagi orang untuk mengekspresikan peristiwa sulit yang mereka alami (misalnya meminta untuk menggambar, menulis cerita atau berbagi cerita dalam pasangan). Pastikan bahwa jika orang diminta untuk mengekspresikan pengalamannya, hal itu dilakukan sebagai bagian dari proses dukungan yang berkelanjutan dan aman. <i>(Provide the safest way for people to express their difficult events (e.g. asking to draw, write stories and or share in pairs). Ensure that if people are asked to express their experiences it is part of an ongoing, safe and supportive process).</i></p>	<p>Meminta orang atau anak untuk menceritakan kembali pengalaman yang menyulitkan tanpa dukungan ketrampilan yang sesuai. <i>(Ask people or children to retell their difficult experiences without appropriate skilled support)</i></p>

YANG BOLEH (DO's)	YANG TIDAK BOLEH (DON'T's)
AKTIVITAS (ACTIVITIES)	
<p>Memastikan bahwa hanya orang yang mempunyai relasi yang berkelanjutan dengan anak yang menanyakan pertanyaan yang sensitif. (<i>Ensure that only people with an ongoing relationship with children ask them sensitive questions</i>)</p>	<p>Orang yang tidak begitu dikenal oleh anak menanyakan hal-hal yang sensitif (misalnya tentang pengalaman yang sulit waktu bencana). (<i>People not well known to the child ask sensitive questions (e.g. about difficult experiences during disaster)</i>)</p>
<p>Menguatkan jejaring dukungan. (<i>Strengthen people's support networks</i>)</p>	<p>Menciptakan ketergantungan pada orang yang dibantu atau merusak jejaring dukungan yang sudah ada. (<i>Create dependency among beneficiaries or undermine their existing support network</i>)</p>
<p>Mengintegrasikan pelayanan psikososial dan kesehatan mental dalam pelayanan terintegrasi bagi orang yang menerima (aktivitas kesehatan, pendidikan, sosial, komunitas dsb). (<i>Integrate psychosocial and mental health services within integrated services for beneficiaries (health, education, social, community activities etc.)</i>)</p>	<p>Mendirikan 'trauma center'. (<i>Establish 'trauma centers'</i>)</p>
<p>Mendorong pendekatan terintegrasi dan berjenjang dengan sistem rujukan kepada spesialisasi yang lebih tinggi sebagaimana dibutuhkan. (<i>Promote integrated and staged approach, with referral system to higher levels of specialization as required</i>)</p>	<p>Menciptakan pelayanan spesialisik yang berdiri sendiri yang terpisah dari system yang ada. (<i>Create stand-alone specialized services that are disconnected from the existing systems</i>)</p>

3. Pokok bahasan 3: Rujukan Penanganan Masalah Keswa dan Psikososial

Sub Pokok Bahasan

a. Pembentukan sistem rujukan

Dalam masalah kesehatan jiwa dan psikososial, bila penyintas bencana diketahui membutuhkan penanganan masalah kesehatan jiwa lebih lanjut, maka keluarga atau pendamping di komunitas yang semula menanganinya kemudian dapat merujuk orang tersebut ke pusat layanan kesehatan jiwa dimana terdapat psikiater, psikolog atau perawat jiwa atau tenaga terlatih yang kompeten. Bila penyintas tersebut menunjukkan gangguan mental dan dianggap tidak mampu lagi ditangani di tempat lain maka sebagai rujukan terakhir adalah rumah sakit jiwa.



Tanda-tanda seseorang perlu dirujuk:

- Merasakan emosi negatif hampir setiap waktu dengan intensitas mendalam
- Ada perubahan perilaku yang signifikan
- Kesulitan melakukan kegiatan sehari-hari, terganggunya fungsi sosial
- Tidak mampu memenuhi kebutuhannya sendiri
- Sulit mengambil keputusan sendiri
- Terus-terus teringat pada insiden tersebut
- Mudah terkejut, sering mimpi buruk
- Menampilkan emosi yang datar
- Kehilangan gairah hidup
- Mengungkapkan keinginan untuk bunuh diri

Catatan: Hal penting yang harus diingat oleh peserta adalah mengetahui apakah gangguan atau masalah yang sudah yang ditemukan sudah dimiliki sebelum atau sesudah kejadian sehingga penanganan yang diberikan juga bisa lebih tepat.

1) Piramida intervensi kesehatan jiwa dan psikososial

Secara umum, semakin kecil dan ringan trauma yang dirasakan, semakin matang ciri kepribadian seseorang dan semakin besar dukungan keluarga dan masyarakat maka akan semakin sedikit gejala psikologik yang timbul akibat peristiwa traumatik. Semua faktor di atas saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Masing-masing memiliki kontribusi dalam timbulnya reaksi terhadap peristiwa traumatik.



Piramida layanan psikososial dan keswa di daerah bencana

2) Sistem rujukan dan layanan menyeluruh

Sistem rujukan berfungsi dua arah atau timbal balik dimana ketika kasus yang dirujuk ke profesional kesehatan mental dinilai tenaga profesional yang menanganinya sudah menunjukkan tanda-tanda perbaikan maka klien tersebut akan dirujuk kembali ke dalam lingkungan atau masyarakatnya.

Sistem rujukan berbasis komunitas / masyarakat cukup efektif.

Selanjutnya penanganan dapat diteruskan oleh keluarga atau pendampingnya dengan petunjuk khusus dari profesional tersebut. Dengan sistem dua arah ini maka klien akan mendapatkan pelayanan yang terintegrasi.

Membentuk sistem rujukan

Adanya kebutuhan akan pelayanan yang integratif dan komprehensif sesuai dengan kebutuhan penyintas seperti yang sudah diuraikan di atas maka sangat penting untuk memiliki sistem rujukan di dalam program psikososial penanganan bencana. Sebelum kita membentuk sistem rujukan ini maka hal pertama yang harus dilakukan adalah mengidentifikasi masalah yang akan ditangani di dalam sistem rujukan ini, pihak-pihak yang akan terlibat dan penting untuk ada di dalam sistem rujukan untuk pemulihan korban, serta proses dalam merujuk. Pertanyaan untuk mengidentifikasi lembaga-lembaga rujukan itu adalah:

Apa/siapa?

- Siapa saja individu, kelompok, instansi, organisasi atau lembaga yang sudah ada yang diperkirakan dapat memberikan sumbangan bagi pelayanan/penanganan terhadap korban/penyintas? Misalnya: tokoh agama, tokoh adat, perkumpulan dalam komunitas, puskesmas, rumah sakit, lembaga-lembaga penyedia layanan, lembaga-lembaga yang bergerak di bidang advokasi, dll.
- Apa saja perlengkapan dan sumber daya yang ada dan perlu diadakan dalam menangani penyintas?

Siapa yang dirujuk?

- Siapa saja yang disebut sebagai penyintas? Sebutkan karakteristiknya. Misalnya: orang yang mengalami peristiwa tsunami, perempuan atau anak yang mengalami kekerasan, dll.

Dimana?

- Dimana adanya individu/kelompok/instansi/organisasi/badan yang diperkirakan dapat memberikan sumbangan bagi pelayanan/penanganan terhadap penyintas?
- Dan dimana adanya penyintas?

Kapan?

- Kapan seorang penyintas perlu dirujuk?

Mengapa?

- Mengapa seorang penyintas perlu dirujuk? Sebutkan indikator-indikator seorang penyintas perlu dirujuk.

Bagaimana?

- Bagaimana rujukan dimulai, bagaimana proses rujukan berjalan dan bagaimana proses rujukan berakhir.

VII. EVALUASI

1. Apakah yang dimaksud dengan Kesehatan Jiwa ?
2. Bagaimana gambaran kesehatan jiwa secara umum pada situasi normal?
3. Bagaimana gambaran kesehatan jiwa pada situasi bencana?
4. Bagaimana penanganan intervensi yang biasanya dilakukan dalam penanganan kesehatan jiwa?
5. Bagaimana mekanisme sistem rujukan dalam penangan kesehatan jiwa?

VIII. RANGKUMAN

Kesehatan jiwa merupakan kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Seseorang yang mengalami peristiwa traumatik yang diakibatkan bencana mengalami perubahan drastik dalam hidupnya. Hal-hal yang tadinya jelas, teratur dan dapat diprediksi berubah menjadi ketidakjelasan dan sulit diprediksi. Hal ini membuat persepsi seseorang akan kehidupan menjadi berubah. Mereka tidak lagi berani membuat rencana, masa depan seolah olah hilang karena umumnya hanya hidup untuk saat ini. Pengalaman traumatik ini juga dapat mengubah perilaku dan kehidupan emosi

seseorang, perasaan marah, bingung, frustrasi, tidak berdaya, merasa bersalah, sering dirasakan oleh individu. Pada awal bencana, hal ini merupakan hal yang umum dialami oleh penyintas namun pada beberapa kasus mungkin memerlukan bantuan profesional atau ahli kesehatan jiwa untuk mengatasi hal tersebut jika dalam jangka waktu yang lama individu masih mengalami masalah psikologis. Intervensi yang dapat dilakukan dapat diberikan secara individu dan kelompok. Intervensi yang dapat diberikan berupa intervensi sosial dan psikologis yang mengikuti prinsip dasar PFA. Dalam masalah kesehatan jiwa dan psikososial, bila penyintas bencana diketahui membutuhkan penanganan masalah kesehatan jiwa lebih lanjut, maka keluarga atau pendamping di komunitas yang semula menanganinya kemudian dapat merujuk orang tersebut ke pusat layanan kesehatan jiwa dimana terdapat psikiater, psikolog atau perawat jiwa atau tenaga terlatih yang kompeten.

IX. DAFTAR PUSTAKA

1. UU No. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa
2. Kementerian Kesehatan (2015) Kurikulum dan Modul Psychological First Aid (PFA)
3. Departemen Kesehatan (2008). Pedoman Upaya Kesehatan Jiwa dan Psikososial untuk Kesiapsiagaan Bencana
4. Departemen Kesehatan (2008). Pedoman Kesehatan Jiwa pada situasi emergensi (aspek jiwa dan kesehatan masyarakat yang terpapar stressor yang ekstrim
5. Kepmenkes No.48 tahun 2006 tentang Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Masyarakat akibat Bencana dan Konflik
6. Departemen Kesehatan (2006). Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Masyarakat akibat Bencana dan Konflik,

KEMENKES RI



Materi Inti 9

Penanganan Kualitas Air Bersih dan Sanitasi Saat Bencana

KEMENKES RI



MATERI INTI 9

PENANGANAN KUALITAS AIR BERSIH DAN SANITASI SAAT

I. DESKRIPSI SINGKAT

Situasi bencana merupakan suatu keadaan kritis yang terjadi dengan cepat dimana kehidupan dan kesejahteraan suatu kelompok masyarakat terancam akibat suatu bencana. Situasi bencana merupakan kejadian atau peristiwa yang sangat berpotensi menimbulkan korban jiwa, kerusakan harta benda, sarana dan prasarana lingkungan serta pengungsian bagi masyarakat yang terdampak dan hal ini dapat menimbulkan risiko kesehatan yang pada akhirnya berakibat pada meningkatnya masalah kesehatan masyarakat.

Kerusakan sarana dan prasarana lingkungan permukiman seperti rusaknya sistem penyediaan air bersih, pembuangan kotoran serta limbah, pembuangan sampah serta kekurangan pangan menyebabkan meningkatnya faktor risiko atau ancaman terhadap timbulnya beberapa penyakit menular tertentu.

Air dan sanitasi merupakan determinan yang sangat penting untuk kehidupan manusia pada kondisi setelah kejadian bencana. Penduduk yang terdampak dengan bencana pada umumnya sangat rentan untuk jatuh sakit bahkan kematian akibat penyakit menular, apalagi dalam waktu yang cukup lama dengan 'kondisi sanitasi yang tidak baik, penyediaan air yang tidak memenuhi syarat kualitas maupun kuantitas serta tidak terpeliharanya perilaku hidup bersih.

Penyakit yang sangat potensial terjadi dalam kondisi demikian adalah penyakit diare dan penyakit menular yang ditularkan melalui 'faecal – oral route'. Penyakit lain adalah yang ditularkan melalui vector yang dalam kehidupannya tergantung dengan air dan sampah. Pengertian sanitasi disini adalah mencakup pembuangan kotoran, pembuangan sampah, limbah cair dan pemberantasan vector.

Untuk menurunkan risiko kesehatan, terutama bagi masyarakat yang berada di daerah rawan bencana perlu dipersiapkan dengan baik agar bilamana sewaktu waktu terjadi situasi bencana mereka sudah siap untuk melakukan langkah-langkah dalam penyediaan air bersih dan sanitasi serta perilaku hidup bersih dengan upaya pemberdayaan.

Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya untuk menumbuhkembangkan kemampuan masyarakat agar secara mandiri memiliki pengetahuan dan ketrampilan di bidang air bersih, sanitasi dan perilaku hidup bersih untuk mengatasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan

potensi setempat terutama pada situasi bencana dalam rangka pengurangan risiko kesehatannya.

Metode yang digunakan dalam pembelajaran adalah ceramah, tanya jawab, dan diskusi kelompok.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami penanganan masalah kualitas air bersih dan sanitasi dalam rangka menurunkan risiko penularan penyakit melalui penyediaan air minum dan sanitasi serta praktik perilaku hidup bersih dan sehat.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu menjelaskan tentang:

1. Masalah dan kebutuhan air minum dan sanitasi pada situasi bencana.
2. Standar minimum penyediaan air minum dan sanitasi pada situasi bencana.
3. Pengurangan faktor risiko kesehatan lingkungan melalui pemberdayaan masyarakat.

III. POKOK BAHASAN

1. Masalah dan kebutuhan air minum dan sanitasi pada situasi bencana
2. Standar minimum pemenuhan kebutuhan air minum dan sanitasi baik kuantitas maupun kualitas.
3. Pengurangan risiko kesehatan akibat kondisi kesehatan lingkungan pada situasi bencana.

IV. BAHAN AJAR

Materi-materi yang diberikan berkaitan dengan masalah dan kebutuhan air minum dan sanitasi pada situasi bencana, pemenuhan kebutuhan air minum dan sanitasi baik kuantitas maupun kualitas sesuai standar minimum serta upaya pengurangan risiko kesehatan akibat kondisi kesehatan lingkungan pada situasi bencana.

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran:

Langkah 1. Pengkondisian Peserta

Langkah Pembelajaran:

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang .

Langkah 2. Penyampaian Materi

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, kemudian curah pendapat.

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Fasilitator merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan 1: Masalah dan kebutuhan air minum dan sanitasi pada situasi bencana

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

Masalah kesehatan yang ditimbulkan dengan keterbatasan air bersih/minum dan sarana sanitasi.

Penjelasan utama adalah:

- Pentingnya ketersediaan air bersih dan sanitasi serta berilaku hidup bersih bagi korban yang mengungsi pada situasi bencana.
- Apa yang akan terjadi bila air bersih dan sanitasi sangat kurang dan kualitasnya tidak baik?
- Bagaimana menyediakan air bersih dan sarana sanitasi pada situasi tersebut?

Ketersediaan air bersih/minum dan sarana sanitasi merupakan determinan yang sangat penting untuk kehidupan manusia baik pada kehidupan normal maupun kondisi setelah kejadian bencana. Kerusakan sarana dan prasarana lingkungan permukiman setelah kejadian bencana seperti rusaknya sistem penyediaan air bersih, pembuangan kotoran dan limbah, pembuangan sampah serta kekurangan pangan sangat memungkinkan menyebabkan meningkatnya faktor risiko atau ancaman terhadap timbulnya beberapa penyakit menular tertentu.

Masyarakat yang terdampak dengan situasi bencana dan haarus mengungsi pada umumnya sangat rentan untuk jatuh sakit bahkan kematian akibat penyakit menular, apalagi dalam waktu yang cukup lama dengan 'kondisi sanitasi yang tidak baik, penyediaan air yang tidak memenuhi syarat kualitas maupun kuantitas serta tidak terpeliharanya perilaku hidup bersih.

Masalah utama di pengungsian yang diakibatkan oleh kejadian bencana antara lain:

- Kepadatan penghuni di tempat penampungan pengungsi, yang biasanya pada ruangan yang sempit, sarana air bersih/minum dan sanitasi yang serba terbatas sangat memungkinkan terjadinya penularan penyakit ISPA, demam berdarah dengue, campak.
- Keterbatasan air bersih/minum dan sarana sanitasi menyulitkan bagi para pengungsi untuk menjaga kebersihan diri, misalkan cuci tangan,

keberssihan lingkungan serta memungkinkan risiko kesehatan, yaitu terjadinya penularan penyakit diare.

Dari uraian masalah tersebut di atas, pada situasi kedaruratan bencana dapat meningkatnya risiko kesehatan antara lain:

Risiko kesehatan akibat situasi kedaruratan

No	Jenis kedaruratan	Masalah yang terjadi	Masalah Kesehatan Lingkungan	Risiko penyakit menular
1	Banjir / Banjir bandang	<ol style="list-style-type: none"> Kerusakan rumah dan lingkungan. Pengungsian. Korban Masalah penyakit Kerusakan bangunan/rumah dan lingkungan Pencemaran Udara 	<ol style="list-style-type: none"> Pencemaran sumber air bersih /minum. Pencemaran lingkungan. Sampah berserakan. Kepadatan hunian. Keterbatasan air bersih/minum. Keterbatasan Jamban. Sampah dan lalat Limbah cair. Sanitasi makanan. 	Diare. Demam berdarah dengue. ISPA Campak. Penyakit kulit.
2	Tanah Longsor	<ol style="list-style-type: none"> Kerusakan rumah/bangunan dan lingkungan Kerusakan sumber air bersih/minum 	<ol style="list-style-type: none"> Pencemaran sumber air bersih /minum. Pencemaran lingkungan. Sampah berserakan. 	Diare.
3	Kebakaran Hutan	<ol style="list-style-type: none"> Pengungsian 	<ol style="list-style-type: none"> Udara tercemar. Pencemaran sumber air bersih /minum 	ISPA
4	Letusan Gunung Api	<ol style="list-style-type: none"> Kerusakan rumah/bangunan dan lingkungan. Kerusakan sumber air bersih /minum Pengungsian Kerusakan rumah/bangunan dan lingkungan. Kerusakan sumber air bersih /minum 	<ol style="list-style-type: none"> Pencemaran sumber air bersih /minum. Pencemaran lingkungan. Sampah berserakan. Air tercemar. Keterbatasan air bersih/minum Kepadatan hunian. Keterbatasan air bersih/minum. Keterbatasan Jamban. Sampah dan lalat Limbah cair. Sanitasi makanan. 	Diare Demam berdarah dengue ISPA Penyakit kulit, dll

No	Jenis kedaruratan	Masalah yang terjadi	Masalah Kesehatan Lingkungan	Risiko penyakit menular
5	Gempa Bumi	1. Pengungsian	<ul style="list-style-type: none"> a. Pencemaran sumber air bersih /minum. b. Pencemaran lingkungan. c. Sampah berserakan. <ul style="list-style-type: none"> a. Air tercemar. b. Keterbatasan air bersih/ minum <ul style="list-style-type: none"> a. Kepadatan hunian. b. Keterbatasan air bersih/ minum. c. Keterbatasan Jamban. d. Sampah dan lalat e. Limbah cair. f. Sanitasi makanan. 	<p>Diare Demam berdarah dengue Ispa. Penyakit kulit, dll</p>
6	Tsunami		<ul style="list-style-type: none"> a. Pencemaran sumber air bersih /minum. b. Pencemaran lingkungan. c. Sampah berserakan. <ul style="list-style-type: none"> a. Air tercemar. b. Keterbatasan air bersih/ minum <ul style="list-style-type: none"> a. Kepadatan hunian. b. Keterbatasan air bersih/ minum. c. Keterbatasan Jamban. d. Sampah dan lalat e. Limbah cair. f. Sanitasi makanan 	<p>Diare Demam berdarah dengue Ispa. Penyakit kulit, dll</p>
7	Kerusuhan sosial	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan rumah dan lingkungan. 2. Pengungsian. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Pencemaran sumber air bersih /minum. b. Pencemaran lingkungan. c. Sampah berserakan. <ul style="list-style-type: none"> a. Kepadatan hunian. b. Keterbatasan air bersih/ minum. c. Keterbatasan Jamban. d. Sampah dan lalat e. Limbah cair. f. Sanitasi makanan. 	<p>Diare. Demam berdarah dengue. Ispa. Campak. Penyakit kulit</p>

No	Jenis kedaruratan	Masalah yang terjadi	Masalah Kesehatan Lingkungan	Risiko penyakit menular
8	Angin puting beliung	1. Kerusakan bangunan/rumah dan lingkungan	a. Pencemaran dan kerusakan sumber air bersih /minum. b. Pencemaran lingkungan. c. Sampah berserakan.	Diare

Dari berbagai pengalaman, penyakit yang sering terjadi dan perlu diwaspadai pada setiap kejadian kedaruratan terutama penyakit Diare, ISPA, Malaria dan Campak serta penyakit lain yang bersifat spesifik local, seperti Leptospirosis.

2. Pokok Bahasan 2: Standar minimum kebutuhan air minum dan sanitasi.

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi pemenuhan kebutuhan dasar dan standar minimumnya.:

Pemenuhan kebutuhan dasar bagi pengungsi, seperti kebutuhan air bersih/minum, sarana sanitasi, makanan dan minuman serta perilaku hidup bersih dan sehat yang memenuhi standar minimal, tujuan utamanya adalah untuk menurunkan risiko kesehatan bagi pengungsi. Kebutuhan dasar tersebut adalah:

a. Penyediaan dan perbaikan kualitas air bersih

Pada tahap awal setelah kejadian kedaruratan yang mengakibatkan adanya pengungsian, yang sangat perlu mendapat perhatian adalah ketersediaan air bersih, karena tanpa adanya air bersih sangat berpengaruh terhadap kebersihan dan akan dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit menular, seperti diare, typhus, scabies, penyakit kulit lainnya.

Pada tahap awal tanggal darurat, yang diprioritaskan adalah ketersediaan air minum dan pada hari-hari berikutnya mulai memperhatikan masalah kualitas air bersih/minum sesuai peraturan yang ada dan melakukan perbaikan kualitas bilamana diperlukan.

Standar:

- 1) Pada hari-hari pertama pengungsian:
 - Air minum 5 liter/orang/hari.
- 2) Hari berikutnya berangsur angsur:
 - Air bersih/minum 20 liter/orang/hari
 - Semua pengungsi akses terhadap ketersediaan air bersih.

b. Pengelolaan pembuangan kotoran

Jika terjadi situasi kedaruratan dimana pengungsi mulai berdatangan di tempat penampungan pengungsi, ketersediaan sarana pembuangan kotoran menjadi sangat penting, yang dapat digunakan oleh pengungsi untuk membuang kotoran. Sarana pembuangan kotoran, yang biasa disebut jamban dapat dibangun yang sederhana dan cepat dapat dimanfaatkan, yang bertujuan untuk mengamankan kotoran manusia agar tidak mencemari sumber air bersih dan makanan/minuman.

Standar minimum:

- 1) 1 unit jamban digunakan untuk maksimal 20 orang.
- 2) Ada pemisahan jamban untuk pria dan wanita.

c. Pengelolaan sampah dan limbah

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/penyediaan air bersih yang ada, mulai dari pewadahan, pengumpulan sampai dengan pembuangan akhir.

Standar :

Semua sampah terkumpul dan terwadahi/tertutup rapat pada tempat sampah.

Sedangkan masalah limbah, biasanya terdiri atas limpahan air hujan dan air dari bekas kegiatan pengungsi sehari-hari, seperti kegiatan di dapur (masak, cuci alat dapur), kegiatan rumah tangga (mandi, cuci, dll). Tujuan pengamanan terhadap air limbah ini adalah untuk menghindarkan menjadi

tempat perindukan/berbiaknya nyamuk dan lalat penular penyakit, mencemari sumber / penyediaan air bersih, genangan air atau banjir.

Standard:

Tidak ada genangan air limbah di sekitar lokasi pengungsian

d. Pengawasan dan pengamanan pengelolaan makanan dan dapur umum

Pengawasan dan pengamanan penyediaan makanan dan minuman di pengungsian dilakukan termasuk pengolahannya yang disediakan bagi pengungsi bertujuan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit melalui makanan / minuman dengan menjaga kebersihan pengolahan makanan yang memenuhi syarat kesehatan dan dengan cara-cara penanganan yang benar.

Standar:

Makanan yang dimasak harus segera dimakan/tidak ada makanan masak yang menginap

e. Pemberantasan serangga dan binatang penular penyakit.

Keberadaan vector seperti nyamuk, lalat, tikus berhubungan dengan kondisi lingkungan fisik dan kebersihan lingkungan. Pada lingkungan di pengungsian dimana terdapat kondisi kepadatan penghuni yang melebihi biasanya, pengelolaan sampah, limbah, kotoran, pengelolaan makanan serta kebersihan perorangan yang kurang baik merupakan tempat yang sangat ideal untuk berkembangbiak vector. Mengurangi kepadatan vector pada situasi 'emergency' dan pengungsian tidaklah mudah. Dan semuanya harus didasarkan pada kebiasaan hidup masing-masing vector yang merupakan hal yang penting dalam pelaksanaan pemberantasannya.

Standar:

- 1) Tidak ada sampah berserakan.
- 2) Tidak ada genangan air limbah.

Sampah dan limbah merupakan tempat berkembangbiaknya vektor/binatang penular penyakit.

f. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Perilaku hidup bersih dan sehat juga merupakan salah satu upaya untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan yang lebih murah dan mudah dibandingkan dengan upaya pengobatan. Dalam bidang kesehatan lingkungan, upaya PHBS meliputi minum air yang telah dimasak, buang kotoran di jamban, membuang sampah pada tempat sampah dan cuci tangan dengan sabun sebelum makan dan setelah buang air besar PHBS ini sangat perlu dipraktikkan baik pada kehidupan sehari-hari maupun pada situasi kedaruratan.

Standar:

- 1) Minum air yang telah dimasak.
- 2) Buang kotoran di jamban.
- 3) Buang sampah pada tempatnya.
- 4) Cuci tangan dengan sabun sebelum makan dan setelah buang air besar.

Hingga saat ini, masalah perilaku untuk hidup bersih dan sehat masih merupakan faktor utama yang menyebabkan terjadinya penyakit, baik penyakit menular maupun tidak menular.

g. Penyediaan tempat pengungsian (bangunan, tenda, dll)

Tempat untuk mengungsi dapat berupa bangunan tenda, bangunan permanen yang cukup luas (tempat ibadah, gedung pertemuan, dll). Bagi masyarakat yang memiliki bangunan tempat tinggal yang cukup luas, bilamana terjadi pengungsian diharapkan dapat membantu masyarakat pengungsi yang memerlukan untuk ditampung. (dibahas tersendiri pada materi Penanganan Pengungsian)

3. Pokok Bahasan 3: Pengurangan risiko kesehatan akibat kondisi kesehatan lingkungan

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

- Upaya pengurangan risiko akibat kondisi kesehatan lingkungan sebelum bencana terjadi
- Pengurangan risiko kesehatan lingkungan saat terjadi situasi bencana.

Penanganan kesehatan lingkungan yang dapat dilaksanakan untuk mengurangi risiko kesehatan apabila terjadi situasi bencana adalah membangun kesiapsiagaan masyarakat di daerah rawan bencana melalui pemberdayaan sehingga terbangun kebiasaan yang baik dalam pemenuhan kebutuhan air bersih/minum dan sanitasi serta perilaku hidup bersih dan sehat.

Hal ini dapat digambarkan dalam bentuk contoh tabel sebagai berikut yang menggambarkan rencana kegiatan pengurangan risiko kedaruratan yang diharapkan dapat menurunkan atau menghilangkan factor risiko kesehatan yang dikoordinasikan oleh Ketua Lingkungan dengan fasilitasi Dinas Kesehatan setempat.

Matrik Rencana Pengurangan Risiko Kedaruratan bidang Kesehatan Lingkungan

No	Masalah	Tujuan	Kegiatan	Sumber daya yang diperlukan	Penanggung Jawab
1	Pencemaran terhadap sumber air bersih	Sumber air bersih bebas dari pencemaran	Gotong royong pembersihan sumber air dari kotoran. membangun pagar sekeliling sumber air.	Material untuk pagar.	Ketua Lingkungan
2	Kebiasaan minum air yang tidak dimasak	Membiasakan minum air yang telah dimasak	Di rumah tangga masing-masing	Air bersih/minum dan perangkat masak air.	
3	Masyarakat buang kotoran di sungai	Membudayakan buang kotoran di jamban.	Di rumah tangga masing-masing	Jamban keluarga	

No	Masalah	Tujuan	Kegiatan	Sumber daya yang diperlukan	Penanggung Jawab
4	Masyarakat Buang sampah sembarangan	Membudayakan buang sampah di tempat sampah.	Di rumah tangga masing-masing dan di tempat umum	Tempat sampah dan pengelolaan sampah di lingkungan.	
5	PHBS belum jalan	Membudayakan PHBS sebagai perilaku sehari-hari masyarakat	Di rumah tangga masing-masing dan di tempat umum/ tepat kerja		

Bilamana sewaktu-waktu terjadi situasi bencana, diharapkan masyarakat sudah terbiasa dan tahu apa yang harus dilaksanakan dalam pemenuhan kebutuhan air bersih dan sanitasi serta praktik perilaku hidup bersih dan sehat.

Hal ini perlu didukung dengan penyediaan air bersih/minum dan sarana sanitasi lainnya yang harus disediakan oleh pemerintah/ lembaga lainnya.

VII. EVALUASI

1. Bagaimanakah pentingnya pemenuhan kebutuhan air bersih/minum dan sanitasi pada situasi bencana?
2. Bagaimana pemenuhan kebutuhan air minum dan sanitasi serta perilaku yang tepat bagi pengungsi korban bencana?
3. Bagaimana upaya pengurangan risiko kesehatan akibat kondisi kesehatan lingkungan pada situasi bencana dapat dilaksanakan?

VIII. RANGKUMAN

Penyakit yang sangat potensial terjadi pada pengungsian dalam situasi bencana adalah penyakit diare dan penyakit menular yang ditularkan melalui 'faecal – oral route'. Penyakit lain adalah yang ditularkan melalui vektor yang dalam kehidupannya tergantung dengan air dan sampah.

Untuk menurunkan risiko kesehatan, terutama bagi masyarakat yang berada di daerah rawan bencana perlu dipersiapkan dengan baik agar masyarakat bilamana sewaktu waktu terjadi situasi bencana sudah siap untuk melakukan langkah-langkah dalam penyediaan air bersih dan sanitasi serta perilaku hidup bersih secara mandiri yang memenuhi standar minimum.

IX. DAFTAR PUSTAKA

1. Petunjuk Teknis Upaya Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dalam Penanggulangan Bencana. 2010. Ditjen PP & PL.
2. Prosedur Tetap (SOP) Sanitasi Darurat Bencana Banjir/Tsunami. 2006. Direktorat Penyehatan Lingkungan Ditjen PP & PL.

KEMENKES RI

KEMENKES RI



KEMENKES RI

Materi Inti 10

Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan

KEMENKES RI



MATERI INTI 10

KESEHATAN REPRODUKSI PADA KRISIS KESEHATAN

I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini terdiri dari Paket Pelayanan Minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan yang meliputi pembelajaran tentang pentingnya kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan, saat penerapan PPAM pada siklus penanggulangan krisis kesehatan, konsep Paket Pelayanan Awal Minimum Kesehatan Reproduksi (PPAM) Kesehatan Reproduksi; komponen PPAM Kesehatan Reproduksi; logistik untuk mendukung pelaksanaan PPAM, konsep dasar gender dan pentingnya penanggulangan krisis kesehatan yang responsif gender, pencegahan kekerasan berbasis gender.

Metode yang digunakan dalam pembelajaran adalah ceramah, tanya jawab, diskusi kelompok, pemutaran film, bermain peran.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami PPAM Kesehatan Reproduksi pada krisis kesehatan.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu :

1. Menjelaskan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan.
2. Menjelaskan mengenai PPAM Kesehatan Reproduksi.
3. Menjelaskan pentingnya isu gender dan pencegahan kekerasan berbasis gender dalam penanggulangan krisis kesehatan.

III. POKOK BAHASAN

1. Kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan.

Sub pokok bahasan:

- a. Pentingnya Kesehatan Reproduksi pada krisis kesehatan.
- b. Penerapan PPAM pada siklus penanggulangan krisis kesehatan.

2. PPAM Kesehatan Reproduksi.

Sub pokok bahasan :

- a. Konsep PPAM Kesehatan Reproduksi
- b. Komponen PPAM Kesehatan Reproduksi
- c. Logistik untuk mendukung pelaksanaan PPAM

3. Isu gender dan pencegahan kekerasan berbasis gender dalam penanggulangan krisis kesehatan

Sub pokok bahasan:

- a. Konsep dasar gender dan pentingnya penanggulangan krisis kesehatan yang responsif gender
- b. Pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender

IV. BAHANAJAR

Materi-materi yang diberikan berkaitan dengan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan, PPAM kesehatan reproduksi, dan logistik kesehatan reproduksi saat krisis kesehatan.

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran:

Langkah 1. Pengkondisian Peserta

Langkah Pembelajaran:

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang .

Langkah 2. Penyampaian Materi

1. Fasilitator memutar film tentang PPAM dan mendiskusikan film tersebut dengan peserta.
2. Fasilitator menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, kemudian curah pendapat.

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Narasumber melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Narasumber merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan 1: Kesehatan Reproduksi saat Bencana

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. Pentingnya Kesehatan Reproduksi pada krisis kesehatan.

Indonesia merupakan daerah rawan bencana dan bencana mengakibatkan terjadinya krisis kesehatan. Banyak usaha penanggulangan yang telah dilakukan, namun masih sedikit yang memberikan perhatian untuk kesehatan reproduksi. Dalam situasi normalpun banyak permasalahan di bidang kesehatan reproduksi dan kondisi ini akan menjadi lebih buruk pada situasi krisis kesehatan.

Risiko kekerasan seksual dapat meningkat pada krisis kesehatan, antara lain: Penularan IMS/HIV dapat meningkat di area dengan kepadatan populasi tinggi; Kurangnya pelayanan Keluarga Berencana meningkatkan risiko yang berhubungan dengan kehamilan yang tidak diinginkan; Kekurangan gizi meningkatkan risiko komplikasi kehamilan; Persalinan dapat terjadi selama perpindahan populasi, dan Kurangnya akses terhadap pelayanan kegawatdaruratan obstetri komprehensif meningkatkan risiko kematian ibu.

Dalam kondisi krisis kesehatan, tetap ada kebutuhan akan pelayanan kesehatan reproduksi, antara lain:

- Kebutuhan untuk ibu hamil, persalinan, komplikasi obstetri, aborsi, KB dan lain sebagainya.
- Kebutuhan khusus perempuan: perlindungan saat menstruasi (pembalut), higiene kit dsb.
- Kebutuhan untuk melanjutkan kehidupan seksual yang sehat dan lain sebagainya.

b. Saat penerapan PPAM-Kespro pada siklus penanggulangan krisis kesehatan

PPAM-Kespro dilaksanakan pada situasi tanggap darurat krisis kesehatan. Sedangkan pada situasi normal (pra krisis kesehatan) dan pasca krisis kesehatan, yang dilaksanakan adalah kegiatan rutin kesehatan reproduksi.

2. Pokok Bahasan 2: PPAM Kesehatan Reproduksi

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi

a. Konsep dan komponen PPAM kesehatan reproduksi.

PPAM Kesehatan Reproduksi adalah sekumpulan kegiatan prioritas Kesehatan reproduksi yang dilaksanakan pada tanggap darurat krisis kesehatan, yang apabila dilaksanakan pada krisis kesehatan, PPAM akan dapat menyelamatkan hidup dan mencegah kesakitan pada penduduk yang terkena dampak bencana khususnya perempuan.

b. Komponen PPAM Kesehatan Reproduksi terdiri dari 5 (lima) tujuan yaitu:

- 1) Mengidentifikasi koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi
 - a) Menetapkan seorang koordinator pelayanan kesehatan reproduksi untuk mengkoordinir lintas program, lintas sektor, lembaga lokal dan internasional dalam pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi.
 - b) Melaksanakan pertemuan koordinasi untuk mendukung dan menetapkan sub-koordinator di setiap pelaksanaan PPAM (SGBV, HIV, Maternal dan Neonatal serta logistik).
 - c) Melaporkan isu-isu dan data terkait kesehatan reproduksi,

ketersediaan sumber daya serta logistik pada pertemuan koordinasi.

2) Mencegah & menangani kekerasan seksual

- a) Melakukan perlindungan bagi penduduk yang terkena dampak, terutama perempuan dan anak-anak.
- b) Menyediakan layanan medis dan dukungan psikososial bagi penyintas perkosaan.
- c) Memastikan masyarakat mengetahui informasi tersedianya pelayanan medis, psikososial, rujukan perlindungan dan bantuan hukum.
- d) Memastikan adanya jejaring untuk pencegahan dan penanganan kekerasan seksual.

Untuk pencegahan kekerasan seksual, seorang koordinator kesehatan reproduksi harus memastikan hal berikut ini:

- Menempatkan kelompok rentan di pengungsian dan memastikan satu keluarga berada dalam tenda yang sama. Perempuan yang menjadi kepala keluarga dan anak yang terpisah dari keluarga dikumpulkan di dalam satu tenda.
- Menempatkan MCK laki-laki dan perempuan secara terpisah di tempat yang aman dengan penerangan yang cukup. Pastikan bahwa pintu MCK dapat di kunci dari dalam.
- Melakukan koordinasi dengan penanggung jawab keamanan untuk mencegah terjadinya kekerasan seksual.
- Melibatkan lembaga-lembaga/ organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan dan perempuan di pengungsian dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual
- Menginformasikan adanya pelayanan bagi penyintas perkosaan dengan informasi telephone yang bisa dihubungi 24 jam. Informasi dapat diberikan melalui leaflet, selebaran, radio, dll.
- Memastikan adanya petugas yang bertanggung jawab terhadap penanganan kasus kekerasan seksual

- Memastikan tersedianya layanan medis dan psikososial ada di organisasi/lembaga yang berperan serta mekanisme rujukan perlindungan dan hukum terkoordinasi untuk penyintas.
 - Menyediakan fasilitas untuk pemenuhan kebutuhan seksual bagi pasangan suami istri yang sah, sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal.
- 3) Mengurangi penularan HIV
 - a) Memastikan tersedianya transfusi darah yang aman
 - b) Memfasilitasi dan menekankan penerapan kewaspadaan standar.
 - c) Memastikan ketersediaan kondom.
 - 4) Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal
 - a) Memastikan adanya tempat khusus untuk bersalin
 - b) Memastikan tersedianya pelayanan persalinan normal dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal (PONED dan PONEK) di fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.
 - c) Membangun sistem rujukan untuk memfasilitasi transportasi dan komunikasi dari masyarakat ke puskesmas dan puskesmas ke rumah sakit.
 - d) Tersedianya perlengkapan persalinan yang diberikan pada ibu hamil yang akan melahirkan dalam waktu dekat
 - e) Memastikan masyarakat mengetahui adanya layanan pertolongan persalinan dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
 - 5) Merencanakan pelayanan Kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi stabil
 - a) Mengidentifikasi kebutuhan logistik kesehatan reproduksi berdasarkan estimasi pemakaian
 - b) Mengidentifikasi data sasaran dan data cakupan layanan.
 - c) Mengidentifikasi lokasi yang cocok untuk menyelenggarakan

layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif.

- d) Menilai kemampuan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan merencanakan pelatihan.

c. Logistik untuk mendukung pelaksanaan PPAM

1) Kit Individu

Kit individu merupakan paket berisi pakaian, perlengkapan kebersihan diri, perlengkapan bayi, dll, yang diberikan kepada perempuan usia reproduksi, ibu hamil, ibu bersalin dan bayi baru lahir. Kit ini dapat langsung diberikan dalam waktu 1-2 hari saat bencana kepada pengungsi setelah melakukan estimasi jumlah sasaran. Terdapat 4 jenis kit individu yaitu Kit Higienis, Kit Ibu Hamil, Kit Ibu Bersalin dan Kit Bayi Baru Lahir.

2) Kit Bidan/Partus Set

Pada tanggap darurat krisis kesehatan, alat-alat kesehatan kemungkinan banyak yang rusak termasuk alat kesehatan yang digunakan untuk menolong persalinan. Kit Bidan dapat diberikan kepada bidan untuk mengganti peralatan yang hilang saat bencana sehingga masih bisa melakukan pelayanan seperti sedia kala.

3) Kit Kesehatan Reproduksi (RH Kit)

Untuk melaksanakan PPAM kesehatan reproduksi yaitu dalam memberikan pelayanan klinis bagi penyintas perkosaan, mengurangi penularan HIV serta mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian ibu dan neonatal, telah dirancang paket-paket yang berisi obat dan alat kesehatan yang dibutuhkan yang disebut Kit Kesehatan Reproduksi (Kit RH). Kit kesehatan reproduksi dikemas dan diberi nomor sesuai dengan jenis tindakan yang akan dilakukan. Alat, obat dan bahan habis pakai tersedia lengkap di tiap kemasan. Kit kesehatan reproduksi dirancang untuk digunakan dalam jangka waktu tiga bulan untuk jumlah penduduk tertentu. Kebutuhan kit tergantung pada jumlah pengungsi, dan jenis pelayanan yang akan diberikan dan perkiraan lamanya waktu mengungsi.

Kit Kesehatan Reproduksi terdiri dari 3 (tiga) blok, yaitu :

a) Blok 1

- Tingkat masyarakat dan pelayanan kesehatan dasar untuk 10.000 orang/3 bulan.
- Blok 1 terdiri dari 6 kit (kit 0 sampai 5).
- Perlengkapan ini ditujukan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi di tingkat masyarakat dan perawatan kesehatan dasar.

b) Blok 2

- Tingkat pelayanan kesehatan dasar dan rumah sakit rujukan untuk 30.000 orang/3 bulan.
- Blok 2 terdiri dari 5 kit (kit 6 sampai 10) yang berisi bahan habis pakai dan bahan yang dapat digunakan kembali.
- Perlengkapan ini ditujukan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi pada tingkat puskesmas atau rumah sakit.

c) Blok 3

- Tingkat rumah sakit rujukan untuk 150.000 orang/3 bulan
- Blok 3 terdiri dari 2 kit (kit 11 dan 12) yang berisi bahan habis pakai dan perlengkapan yang dapat digunakan kembali untuk memberikan pelayanan PONEK pada tingkat rujukan (bedah caesar).

Alat dan Sarana Pendukung Lainnya

- a) Tenda kesehatan reproduksi
- b) Buku KIA
- c) Generator
- d) Bilik Asmara

Perlu dipikirkan apakah masyarakat memerlukan bilik asmara selama di pengungsian.

3. Pokok Bahasan 3: Isu gender dan pencegahan kekerasan berbasis gender dalam penanggulangan krisis kesehatan

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi

a. Konsep gender dan pentingnya penanggulangan krisis kesehatan yang responsif gender

1) Definisi gender:

Gender adalah perbedaan peran, fungsi dan tanggungjawab antara perempuan dan laki-laki yang merupakan hasil konstruksi sosial dan dapat berubah sesuai perkembangan jaman. Berbeda dengan seks yang berarti jenis kelamin dan merupakan kodrat bagi perempuan dan laki-laki yang tidak dapat dipertukarkan, gender lebih menekankan kepada hubungan atau relasi harmonis antara perempuan dan laki-laki untuk mencapai keseimbangan dan kebahagiaan.

2) Beberapa definisi terkait gender:

- Buta gender: asumsi bahwa tidak ada perbedaan sosial dan ekonomi antara laki-laki dan perempuan
- Bias Gender: kebijakan yang memihak salah satu jenis kelamin (laki-laki atau perempuan)
- Sensitif gender: kemampuan untuk memahami hubungan sosial antara laki-laki dan perempuan dan mempertimbangkan dalam melakukan intervensi.
- Responsif Gender: kebijakan/program/kegiatan atau kondisi yang sudah dilakukan dengan memperhitungkan kepentingan kedua jenis kelamin.
- Kesetaraan Gender: tidak ada diskriminasi terhadap seseorang karena jenis kelaminnya, memiliki hak yang sama dalam kehidupan ekonomi, sosial, politik, dll.

3) Perbedaan antara seks/jenis kelamin dan gender

Seks	Gender
Perbedaan laki-laki dan perempuan yang didasarkan atas ciri-ciri biologis yang kodrati yaitu yang diberikan oleh Tuhan YME.	Hubungan antara perempuan dan laki-laki yang ditentukan oleh nilai-nilai sosial budaya yang dianut oleh masyarakat mengenai pandangan, asumsi dan harapan akan peran, tanggung jawab, sikap, sifat dan kesempatan yang dilekatkan kepada perempuan dan laki-laki.
Bersifat tetap dan tidak berubah.	Berubah seiring waktu.
Tidak dipengaruhi faktor ekonomi maupun sosial.	Dipengaruhi banyak faktor: pendidikan, status ekonomi, usia dll.
Berlaku dimana saja baik bagi perempuan ataupun laki-laki.	Berbeda di antara sesama perempuan atau laki-laki : dipengaruhi oleh umur, budaya, tradisi, status ekonomi dll. Berlaku juga untuk laki-laki.

- 4) Mengapa isu gender penting pada penanggulangan krisis kesehatan:
- a) Bencana memberikan dampak yang berbeda pada perempuan, anak perempuan, laki-laki dan anak laki-laki.
 - b) Mereka menghadapi risiko yang berbeda dan menjadi korban dengan cara yang berbeda. Masalah kesehatan yang berbeda yang dialami oleh perempuan dan laki-laki.

Memperhatikan isu gender artinya mengenali kebutuhan, kapasitas dan kontribusi mereka yang berbeda.

- 5) Kesetaraan Gender pada penanggulangan krisis kesehatan:
- a) Adalah memastikan bahwa perlindungan dan bantuan yang diberikan pada krisis kesehatan direncanakan dan dilaksanakan dengan cara yang menguntungkan laki-laki dan perempuan secara setara, dengan memperhitungkan kebutuhan dan kapasitas mereka
 - b) Dilakukan melalui pengarusutamaan gender ke setiap sub kluster kesehatan dan memastikan bahwa tidak ada yang terabaikan, dipinggirkan, atau didiskriminasi karena jenis kelaminnya dalam:
 - i. Upaya perlindungan (misalnya perlindungan terhadap kekerasan berbasis gender)
 - ii. Layanan kesehatan untuk semua pengunjung laki-laki dan perempuan termasuk kelompok rentan (perempuan, ibu hamil, ibu menyusui, anak-anak, penyandang disabilitas, orang tua dll)
 - iii. Kebutuhan dasar seperti:
 - Makanan untuk ibu hamil, ibu menyusui, anak-anak dan kelompok rentan;
 - Fasilitas air dan sanitasi (toilet) yang aman untuk semua kelompok rentan;
 - Perlindungan menstruasi bagi wanita usia subur;
 - Tersedianya layanan KB bagi laki-laki dan perempuan; dll.

Gender check list/daftar tilik gender pada penanggulangan krisis kesehatan

Gender check list adalah daftar periksa berupa indikator-indikator penting gender, yang patut dipakai sebagai alat bantu menilai dan memonitor sejauh mana dimensi gender diintegrasikan ke dalam respon penanggulangan krisis kesehatan.

Ini untuk memastikan bahwa perlindungan dan bantuan yang diberikan pada krisis kesehatan direncanakan dan diimplementasikan dengan cara yang memberikan manfaat setara bagi laki-laki, anak laki-laki, anak perempuan, dan perempuan, melalui analisis kebutuhan dan kapasitas mereka.

6) Analisa gender pada penanggulangan krisis kesehatan:

Pengumpulan data dan kebutuhan pengungsi

- a) Semua *need assessment* bidang kesehatan telah memasukkan masalah gender pada fase pengumpulan informasi dan analisa
- b) Data mengenai pengungsi, kematian, kesakitan, serta pelayanan kesehatan secara rutin dikumpulkan. Data ini dipilah, dilaporkan dan dianalisa berdasarkan usia dan jenis kelamin dengan menerapkan analisa gender.
- c) Perempuan, anak perempuan, laki-laki dan anak laki-laki diajak berkonsultasi mengenai permasalahan mereka, pendapat dan solusi untuk penanganan krisis kesehatan

7) Pengumpulan data tentang tenaga yang terlibat pada penanggulangan krisis kesehatan:

- a) Data rinci jenis kelamin tenaga kesehatan lokal maupun internasional yang bekerja di penanggulangan krisis kesehatan dikumpulkan dan dianalisa
- b) Ada keterwakilan laki-laki dan perempuan pada posisi pembuat kebijakan pada respon krisis kesehatan
- c) Team *need assessment* klaster kesehatan memiliki jumlah anggota laki-laki dan perempuan yang seimbang.

8) Indikator terintegrasinya gender ke dalam penanggulangan krisis kesehatan:

- a) Penggunaan data terpilah dalam perencanaan dan penganggaran kegiatan krisis serta pada saat melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan tersebut.
- b) Pada saat pelaksanaan kegiatan penanggulangan krisis harus memastikan bahwa perempuan dan laki-laki dari kelompok sosial yang berbeda dapat mengakses dan berpartisipasi dalam kegiatan penanggulangan krisis tersebut.
- c) Praktik-praktik internal lembaga yang bergerak di penanggulangan krisis kesehatan harus mencerminkan kesetaraan gender, misalnya menghindari terjadinya eksploitasi seksual dan selalu mempromosikan kesetaraan gender.

b. Pencegahan kekerasan berbasis gender

Definisi kekerasan berbasis gender adalah Setiap tindakan penyimpangan yang disebabkan adanya ketidakseimbangan kekuasaan dalam relasi antara perempuan dan laki laki (gender) yang berakibat atau mungkin berakibat kesengsaraan atau penderitaan perempuan termasuk anak-anak baik secara fisik, seksual dan/atau psikologis, termasuk ancaman tindakan tertentu, pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang, yang terjadi di ranah privat/domestik dan di ranah publik.

- 1) Kebutuhan Perlindungan kelompok rentan terhadap Kekerasan Berbasis Gender termasuk kekerasan seksual
 - a) Risiko kekerasan seksual dapat meningkat selama situasi bencana & pengungsian.
 - b) Cara mengatur camp pengungsian berkontribusi terhadap meningkatnya risiko terjadi kekerasan seksual.
- 2) Kondisi tenda pengungsian yang aman:
 - a) Idealnya ada tenda per keluarga
 - b) Kalau tidak memungkinkan yaitu dengan penempatan pengungsi yang saling mengenal atau berasal dari daerah yang sama di tenda yang sama.
 - c) Ada tenda khusus untuk kelompok rentan: misalnya tenda ramah perempuan dan anak, tenda kesehatan reproduksi, tenda untuk orang tua, difabel, dll.
- 3) Kondisi toilet yang aman:
 - a) Terpisah antara laki-laki dan perempuan
 - b) Idealnya jumlah toilet perempuan lebih banyak
 - c) Dapat dikunci dari dalam
 - d) Memiliki sistem penerangan yang cukup
 - e) Ada patroli keamanan: khususnya di malam hari untuk melindungi kelompok rentan
- 4) Menyebutkan contoh-contoh perbedaan risiko dan kebutuhan antara laki-laki dan perempuan.

- a) Contoh perbedaan risiko yang dihadapi:
- Saat tsunami di Aceh: korban terbesar adalah perempuan
 - Saat peperangan/konflik bersenjata: korban terbesarnya adalah laki-laki
- b) Contoh perbedaan kebutuhan khusus perempuan:
- Kebutuhan makanan yang berbeda, misalnya untuk perempuan hamil dan menyusui
 - Kebutuhan pakaian yang berbeda: kebutuhan pembalut, kebutuhan pakaian khusus untuk perempuan muslim (seperti saat tsunami di Aceh), pakaian ibu hamil, pakaian ibu menyusui
- c) Contoh kebutuhan khusus laki-laki: seperti alat pencukur, sarung, kondom dll

VII. EVALUASI

1. Jelaskan konsep PPAM kesehatan reproduksi!
2. Jelaskan komponen PPAM kesehatan reproduksi?
3. Jelaskan logistik dalam kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan?
4. Bagaimana kriteria penanggulangan krisis kesehatan yang responsif gender?

VIII. RANGKUMAN

PPAM Kesehatan Reproduksi adalah sekumpulan kegiatan prioritas Kesehatan reproduksi yang dilaksanakan pada tanggap darurat krisis kesehatan, yang apabila dilaksanakan pada krisis kesehatan, PPAM akan dapat menyelamatkan hidup dan mencegah kesakitan pada penduduk yang terkena dampak bencana khususnya perempuan, dan mempunyai 5 tujuan kegiatan.

Komponen PPAM terdiri dari:

1. Mengidentifikasi koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi
2. Mencegah & menangani kekerasan seksual
3. Mengurangi penularan HIV
4. Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal

5. Merencanakan pelayanan Kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi stabil.

Logistik kesehatan reproduksi adalah:

1. Kit Individu
2. Kit Bidan/Partus Set
3. Kit Kesehatan Reproduksi (RH Kit)
4. Alat dan Sarana Pendukung Lainnya

Gender adalah perbedaan peran, fungsi dan tanggungjawab antara perempuan dan laki-laki yang merupakan hasil konstruksi sosial dan dapat berubah sesuai perkembangan jaman.

Tujuan dari pengintegrasian isu gender adalah untuk memastikan bahwa perlindungan dan bantuan yang diberikan pada krisis kesehatan direncanakan dan dilaksanakan dengan cara yang menguntungkan laki-laki dan perempuan secara setara, dengan memperhitungkan kebutuhan dan kapasitas mereka.

IX. DAFTAR PUSTAKA

1. Permenkes Nomor 64 tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan
2. Pedoman Teknis Krisis Kesehatan Akibat Bencana, Kemenkes revisi 2013
3. Buku Pedoman Kesehatan Reproduksi pada Tanggap Darurat Krisis Kesehatan, Kemenkes 2014
4. Buku Pedoman antar Lembaga, Kesehatan Reproduksi pada Situasi Krisis Kemanusiaan (Inter Agency Guideline on RH in humanitarian crisis situations, revised 2010)
5. Sphere, Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, 2011
6. Sustainable Development Goal (SDG) 2015-2030 goal 3: universal access to reproductive health and goal no 4: on elimination of Gender Based Violence
7. Sendai Framework of Action on DRR paragraph 30J
8. Buku saku Gender untuk situasi bencana- IASC: Perempuan, Anak Perempuan, Laki-laki, Anak Laki-laki: Kebutuhan Berbeda-Kesempatan Sama (IASC Gender handbook in humanitarian action: Women, girls, boys and men:

Different needs – Equal Opportunities)

9. IASC Guideline for integrating Gender Based Violence (GBV) interventions in humanitarian action: reducing risk, promoting resilience and aiding recovery, 2016
10. Daftar periksa gender: gender working group West Sumatera-UNFPA, 2010

KEMENKES RI



Materi Inti 11

Kesiapsiagaan Pandemi

KEMENKES RI



MATERI INTI 11

KESIAPSIAGAAN PANDEMIK

I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini terdiri dari penjelasan tentang agent penyakit pada manusia dan binatang yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi meliputi pembelajaran tentang karakteristik agent penyakit; tipe agent penyakit; mekanisme penularan agent penyakit; perbedaan antara KLB, epidemi dan pandemi; sejarah epidemi/pandemi; epidemiologi dan karakteristik klinis dari epidemi/pandemi; dan potensi kerugian sosial ekonomi akibat epidemi/pandemi.

Metode yang digunakan dalam pembelajaran adalah ceramah, tanya jawab, dan diskusi kelompok.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu memahami kesiapsiagaan menghadapi pandemi.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu menjelaskan tentang:

1. Infeksi agent penyakit pada manusia yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi.
2. Epidemiologi penyakit yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi.
3. Epidemi/pandemi penyakit pada manusia.

III. POKOK BAHASAN

1. Infeksi agent penyakit pada manusia yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi.
2. Epidemiologi penyakit berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi.
3. Epidemi/pandemi pada manusia.

IV. BAHAN AJAR

Materi-materi yang diberikan berkaitan dengan infeksi agent penyakit pada manusia yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi, epidemiologi penyakit berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi, epidemi/pandemi pada manusia, serta peraturan perundang-undangan terkait.

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran:

Langkah 1. Pengkondisian Peserta

Langkah Pembelajaran:

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2. Penyampaian Materi

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, kemudian curah pendapat.

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Fasilitator merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan 1: Infeksi Agent Penyakit pada Manusia yang Berpotensi Menimbulkan Pandemi/Pandemi.

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. Karakteristik agent penyakit yang menimbulkan pandemi/pandemi

Menurut WHO, sebagian besar agent penyakit yang berpotensi menimbulkan pandemi/pandemi merupakan penyakit zoonosis akibat interaksi antara manusia dengan binatang. Contoh yang paling aktual adalah virus flu burung dengan sub tipe H5N1 yang saat ini beredar di unggas di Asia dan timur laut Afrika, dan telah menimbulkan penyakit pada manusia dan kematian sejak tahun 1997. Contoh lain, misalnya virus Flu Babi (*Swine Influenza*) dengan sub tipe H1N1 dan juga MERS-CoV dengan agentnya yaitu Corona Virus yang diduga berasal dari unta di Timur Tengah, atau Ebola di Afrika Barat Daya diduga penularannya berasal dari kelelawar.

Karena binatang memiliki peran penting sebagai sumber makanan dan mata pencaharian di banyak negara yang terkena KLB/epidemi penyakit-zoonosis tersebut, maka WHO dan mitra sektor kesehatan hewan harus bekerja sama pada interfas manusia-hewan untuk mengidentifikasi dan mengurangi risiko kesehatan hewan dan kesehatan masyarakat dalam konteks nasional, regional, dan internasional untuk mencegah terjadinya Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (*Public Health Emergency of International Concern*). Konsep *One Health* adalah upaya terpadu antara kesehatan manusia dan kesehatan hewan untuk mencegah munculnya penyakit-penyakit zoonosis.

b. Tipe agent penyakit pada manusia yang berpotensi menimbulkan pandemi/pandemi dan bagaimana agent tersebut menginfeksi manusia dan binatang.

Penyebab penyakit yang berpotensi menimbulkan pandemi/pandemi utamanya adalah kelompok virus dan bakteri. Virus dan bakteri ini memiliki berbagai jenis tipe dan varian serta virulensi yang berbeda-beda.

Suatu hal yang dikhawatirkan dunia saat ini, yaitu kemungkinan terjadinya pandemi penyakit yang disebabkan oleh strain virus tipe baru (*novel virus*) yang berasal dari mutasi adaptif, atau penyusunan ulang materi genetik, contohnya antara lain terjadinya 'perkawinan' (*reassortment*) antara virus Flu Burung (*Avian Influenza*) dengan virus influenza musiman (*seasonal*

influenza), yang mana virus Influenza dengan sub tipe baru tersebut mudah menular dari manusia ke manusia dan dapat menimbulkan kesakitan dan kematian yang cukup tinggi. Pandemi penyakit zoonosis ini menimbulkan implikasi kekacauan sosial, kerugian ekonomi dalam jumlah besar, gangguan keamanan dan kelumpuhan pelayanan masyarakat termasuk pelayanan kesehatan. Oleh karena itu negara yang terjangkau penyakit yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi harus menyusun pedoman untuk Kesiapsiagaan dan Penanggulangan Menghadapi Penyakit berpotensi Epidemi/Pandemi.

2. Pokok Bahasan 2: Epidemiologi Penyakit yang Berpotensi Menimbulkan Epidemi/Pandemi

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. Mekanisme penularan agent penyakit yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi pada manusia dan binatang

Cara penularan agent penyakit yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi pada manusia dan binatang yaitu penularan secara langsung (kontak langsung dengan darah atau cairan tubuh), melalui binatang (*vector-borne disease*), dan melalui udara (*air-borne disease*).

Contoh penyakit yang penularannya secara langsung yaitu ebola. Untuk penyakit yang penularannya melalui binatang yaitu pes (pinjal tikus yang mengandung baksil pes menularkan penyakit ini ke manusia melalui gigitan), sedangkan penularan melalui udara contohnya adalah H1N1.

b. Epidemiologi penyakit yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi dan menjelaskan perbedaan antara KLB, epidemi dan pandemi.

Epidemiologi merupakan penjelasan mengenai distribusi penyakit yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi berdasarkan variabel *time*, *place*, *person* serta *host*, *agent*, dan *environment* dengan berbagai contoh penyakit yang berpotensi epidemi/pandemi, serta menjelaskan perbedaan antara KLB, epidemi dan pandemi.

Salah satu contoh kasus adalah kejadian flu burung yang muncul sebagai Epidemi/KLB setempat atau sebagai kasus sporadis. Berdasarkan laporan WHO sampai dengan 17 Juli 2015 kasus Avian Influenza (H5N1) telah menyerang 16 negara dengan jumlah kasus 143 dan meninggal 42 (CFR = 3,40 %).

3. Pokok Bahasan 3: Epidemi/Pandemi Penyakit pada Manusia

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan mendapatkan penjelasan tentang Epidemi/pandemi penyakit pada manusia yang meliputi:

a. Sejarah Epidemi/Pandemi penyakit pada manusia

Pada abad pertengahan di Benua Eropa, terjadi wabah pes yang membunuh jutaan manusia. Berikutnya, pada tahun 1918, dalam bulan-bulan terakhir Perang Dunia I, virus flu yang ganas dan mematikan menginfeksi pasukan militer AS di kamp militer Kansas. Hanya 6 bulan kemudian setelah itu, flu telah menjadi pandemi di seluruh dunia di semua benua. Ketika pandemi Flu Spanyol telah usai, sekitar 1 miliar orang atau setengah penduduk dunia telah tertular, dengan kematian berkisar antara 40-60 juta.

Untuk kasus epidemi, sekitar tahun 2003, pernah terjadi wabah SARS di China, Hong Kong, Singapura, dan Kanada. Hingga saat ini masih terdapat epidemi/pandemi penyakit yang terjadi di belahan dunia tertentu, seperti flu burung, flu babi, dan MERS CoV. Di antara tahun 2014-2015, telah terjadi epidemi penyakit yang dahsyat dan meresahkan masyarakat serta berdampak besar pada kesehatan manusia yang menjadi keprihatinan dunia, yaitu epidemi penyakit Ebola di Afrika Barat Daya.

b. Epidemiologi dan karakteristik klinis dari epidemi/pandemi penyakit pada manusia

Kasus epidemi/pandemi penyakit pada manusia diklasifikasikan dalam 4 jenis kasus sesuai perkembangan diagnosis, yaitu seseorang dalam penyelidikan, kasus suspek, kasus probable dan kasus konfirmasi.

1) Seseorang Dalam Penyelidikan

Seseorang/sekelompok orang yang telah diputuskan oleh pejabat kesehatan berwenang untuk diinvestigasi terkait kemungkinan infeksi agent penyakit.

2) Kasus Suspek

Seseorang yang menderita gejala penyakit menyerupai gejala penyakit yang berpotensi menjadi epidemi/pandemi tersebut, misalnya Suspek Flu Burung yaitu demam panas $\geq 38^{\circ}\text{C}$ disertai dengan satu atau lebih gejala berikut: batuk, sakit tenggorokan, pilek, sesak nafas (nafas pendek). ditambah dengan satu atau lebih

keadaan ini : Pernah kontak dengan unggas sakit/mati mendadak yang belum diketahui penyebabnya serta produk mentahnya (telur, jeroan) termasuk kotoran dalam 7 hari terakhir sebelum timbul gejala di atas. Pernah kontak dengan penderita AI konfirmasi dalam 7 hari terakhir sebelum timbul gejala di atas; Pernah kontak dengan spesimen AI H5N1 dalam 7 hari terakhir sebelum timbul gejala di atas; Ditemukan adanya leukopenia ($< 5000/l$); Ditemukan adanya antibodi terhadap H5 dengan pemeriksaan Hemagglutination Inhibition (HI) test menggunakan eritrosit kuda. Contoh selain Flu Burung antara lain Ebola, MERS-CoV, dan H1N1.

3) Kasus probable

Kasus probable adalah kasus suspek disertai salah satu bukti hasil pemeriksaan laboratorium terbatas.

4) Kasus konfirmasi

Kasus konfirmasi adalah kasus suspek atau kasus probabel yang didukung oleh hasil pemeriksaan laboratorium yang diharuskan/distandarkan. Contohnya untuk kasus H5N1: Kultur (biakan) virus Influenza A/ H5N1 positif; PCR Influenza A/ H5N1 positif; Pada Immunofluorescence (IFA) test ditemukan antibodi positif dengan menggunakan antigen monoklonal Influenza A/H5N1; Kenaikan titer antibodi spesifik Influenza/H5N1 pada fase konvalesen sebanyak 4 kali atau lebih dibandingkan dengan fase akut dengan *microneutralization test*.

c. Tanda-tanda kemungkinan terjadinya epidemi/pandemi

Suatu penyakit dapat meningkat jumlah kejadiannya dan meluas penyebarannya. Jika suatu penyakit meningkat jumlahnya secara signifikan dalam kurun waktu tertentu, maka dapat terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB). Jika penyakit meluas di suatu daerah atau negara secara tiba-tiba dan menimpa bagian yang cukup besar dari suatu populasi penduduk maka dapat dikatakan telah terjadi epidemi/wabah. Suatu penyakit berpotensi menjadi epidemi dapat diketahui melalui sinyal epidemiologis dan sinyal virulogis/mikrobiologis. Apabila Epidemi menjadi Pandemi (wabah raya) apabila persebarannya meluas hingga lintas negara.

d. Potensi kerugian sosial ekonomi akibat epidemi/pandemi penyakit pada manusia

Epidemi/pandemi menimbulkan kerugian yang sangat besar, baik di bidang kesehatan maupun di bidang sosial dan ekonomi. Adanya epidemi/pandemi dapat mengancam kesehatan dan keselamatan umat manusia apabila tidak segera ditangani. Efek lainnya, kondisi tersebut juga berdampak pada aspek sosial dan ekonomi yang dapat menimbulkan kerugian yang sangat besar.

Kerugian sosial dan ekonomi akibat epidemi/pandemi yaitu antara lain

- Menurunnya angka kunjungan wisatawan di suatu negara yang sedang terjangkit epidemi/pandemi suatu penyakit, hal ini berdampak pada sektor ekonomi penduduk di negara tersebut misalnya berkurangnya pendapatan dari sektor wisata. Dampak luasnya, pendapatan Negara dari sektor pariwisata juga ikut berkurang.
- Beban ekonomi yang timbul akibat biaya yang dikeluarkan untuk melakukan pemberantasan wabah.
- Menurunnya pendapatan dari sektor peternakan, utamanya jika epidemi/pandemi yang terjadi menjangkiti hewan ternak.
- Stigma yang terdapat di masyarakat terhadap penderita dan embargo transportasi dari negara lain.

e. Kesiapsiagaan dan respon menghadapi epidemi/pandemi

Untuk mencegah meluasnya penyakit agar tidak menjadi epidemi/pandemi maka diperlukan suatu langkah kesiapsiagaan yang melibatkan antar lembaga, antara lain menyusun suatu rencana kontijensi bersama dan penguatan surveilans sebagai bagian dari kewaspadaan dini.

Surveilans harus dilakukan di semua level dan alurnya harus jelas agar informasi tersampaikan secara cepat dan tepat. Surveilans secara terus menerus dan berkesinambungan merupakan sebuah upaya mendeteksi dini ancaman suatu wabah penyakit.

Epidemi/pandemi harus segera ditangani agar penyebarannya tidak meluas. Beberapa cara yang direkomendasikan yaitu:

- Mendirikan suatu pusat komando yang melibatkan lintas Kementerian/Lembaga atau posko KLB.

- Penyelidikan epidemiologi diikuti dengan strategi dan rencana penanggulangan
- Pengenalan dini, isolasi pasien suspek atau confirm dan pelaporan kepada Dinas Kesehatan berwenang, serta karantina terhadap orang yang datang dari daerah terjangkit atau orang yang kontak dengan penderita (contact person).
- Pengobatan yang diperlukan bagi penderita.
- Kewaspadaan standar yaitu kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri (APD), kebersihan pernapasan dan etika batuk, pencegahan luka tusukan jarum atau benda tajam lainnya, pengelolaan limbah, serta pembersihan dan disinfeksi lingkungan dan peralatan. Sebagai pelengkap dan tambahan dari kewaspadaan standar, perlu dilakukan juga kewaspadaan transmisi droplet, kewaspadaan transmisi kontak, kewaspadaan transmisi hewan dan kewaspadaan transmisi airborne.

VII. EVALUASI

1. Sebutkan karakteristik penyakit pada manusia yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi pada manusia!
2. Jelaskan tipe agent penyakit pada manusia yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi dan bagaimana agent tersebut menginfeksi manusia dan binatang!
3. Jelaskan mengenai epidemiologi penyakit pada manusia yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi !
4. Jelaskan perbedaan antara KLB, epidemi dan pandemi!
5. Jelaskan secara singkat sejarah epidemi/pandemi !
6. Jelaskan epidemiologi dan karakteristik klinis dari penyakit pada manusia yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi!
7. Jelaskan tanda-tanda kemungkinan terjadinya epidemi/pandemi!
8. Jelaskan secara singkat upaya kesiapsiagaan dan respon menghadapi epidemi/pandemi!
9. Apa kerugian di bidang sosial dan ekonomi akibat adanya epidemi/pandemi penyakit?

VIII. RANGKUMAN

Menurut WHO, sebagian besar agent penyakit yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi merupakan penyakit zoonosis akibat interaksi manusia dengan binatang, contohnya penyakit flu burung, flu babi, MERS CoV, hingga Ebola. Suatu hal yang dikhawatirkan yaitu kemungkinan terjadinya pandemi penyakit yang disebabkan oleh strain virus tipe baru yang berasal dari mutasi adaptif, atau penyusunan ulang materi genetik, yang mana virus dengan sub tipe baru tersebut dapat sangat mudah menular dari manusia ke manusia dan dapat menimbulkan kesakitan dan kematian yang cukup tinggi.

Epidemi/pandemi penyakit zoonosis ini menimbulkan implikasi kekacauan sosial, kerugian ekonomi dalam jumlah besar, gangguan keamanan dan kelumpuhan pelayanan masyarakat termasuk pelayanan kesehatan. Oleh karena itu negara yang terjangkit penyakit yang berpotensi menimbulkan epidemi/pandemi harus menyusun pedoman untuk Kesiapsiagaan dan Penanggulangan Menghadapi Penyakit berpotensi Epidemi/Pandemi

IX. DAFTAR PUSTAKA

1. International Health Regulation, 2005
2. Chin, J (2005), Editor Penerjemah: dr. I Nyoman Kandun, MPH, Manual Pemberantasan Penyakit Menular, Jakarta
3. Heymann, David (editor). Control of Communicable Disease in Man, 2015.
4. http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/ (Diakses 9 Agustus 2015)
5. http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/EN_GIP_20150717cumulativeNumberH5N1cases.pdf?ua=1 (Diakses 9 Agustus 2015)
6. http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/avian_influenza/en/ (Diakses 9 Agustus 2015)

KEMENKES RI



KEMEN

Materi Inti 12
Komunikasi Risiko

KEMENKES RI



MATERI INTI 12

KOMUNIKASI RISIKO

I. DESKRIPSI SINGKAT

Sebuah bencana atau wabah baik itu influenza baik itu yang disebabkan oleh virus H5N1 atau jenis virus flu baru lainnya, dapat terjadi kapan saja dan tidak dapat diprediksikan, tidak seorangpun yang dapat menebak waktu yang tepat wabah ini akan menyerang seluruh dunia, tapi yang dapat dipastikan yakni adalah wabah ini dapat menyebabkan kerugian yang cukup besar.

Tindakan yang dapat dilakukan adalah memberikan informasi kepada masyarakat untuk dapat mengurangi bahkan menghilangkan risiko.

Dalam materi komunikasi risiko dan krisis ini menjelaskan secara singkat tentang komunikasi, komunikasi risiko dan komunikasi krisis, tujuan, sasaran, prinsip-prinsip komunikasi risiko dan krisis yang meliputi pembelajaran tentang penerima pesan, isi pesan, cara penyampaian pesan, hasil yang diinginkan; perencanaan dan langkah-langkah pembelajaran tentang perencanaan komunikasi, dan pelajaran baik dan buruk.

Metode yang digunakan dalam pembelajaran adalah ceramah, tanya jawab, dan diskusi kelompok.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu melakukan komunikasi risiko dan krisis secara efektif.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu :

1. Menjelaskan konsep dasar komunikasi.
2. Mampu mengelola skala prioritas informasi.
3. Mampu melakukan analisa risiko
4. Mampu menyampaikan informasi risiko

III. POKOK BAHASAN

1. Komunikasi Risiko dan Krisis:
 - a. Komunikasi
 - b. Komunikasi risiko
 - c. Komunikasi krisis
2. Skala prioritas informasi
3. Analisa risiko
 - a. Unsur-unsur (sifat risiko, manfaat, pilihan manajemen risiko)
 - b. Prinsip prinsip (urjensi, audiens, pakar, saling percaya, keterbukaan, memasukkan risk dalam perspektif,)
 - c. Persyaratan untuk komunikasi risiko yang efektif (latar belakang penyebab risiko, penyusunan pesan, distribusi pesan melalui media, evaluasi (pelaksanaan pesan di masyarakat)
 - d. Penyampaian Informasi: Lisan, Tertulis, Audio, Visual dan Audiovisual

IV. BAHANAJAR

Materi yang diberikan yang diberikan berkaitan dengan pengertian komunikasi secara umum, komunikasi risiko dan komunikasi krisis, tujuan, sasaran, prinsip-prinsip komunikasi risiko dan krisis, isi pesan, cara penyampaian pesan, hasil yang diinginkan; perencanaan dan langkah-langkah pembelajaran serta peraturan perundang-undangan yang berlaku.

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran:

Langkah 1. Pengkondisian Peserta

Langkah Pembelajaran:

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang .

Langkah 2. Penyampaian Materi

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyampaikan paparan seluruh materi sesuai urutan pokok bahasan dan sub pokok bahasan dengan menggunakan bahan tayang. Fasilitator menyampaikan materi dengan metode ceramah tanya jawab, kemudian curah pendapat.

Langkah 3. Rangkuman dan Kesimpulan

Langkah pembelajaran:

1. Narasumber melakukan evaluasi untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
2. Narasumber merangkum poin-poin penting dari materi yang disampaikan.
3. Fasilitator membuat kesimpulan.

VI. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan 1: Komunikasi Risiko dan Krisis

Peserta diklat dalam mata ajaran ini akan memperoleh materi yang meliputi:

a. Definisi komunikasi

Definisi yang paling sederhana, komunikasi berarti proses penyampaian suatu pernyataan oleh seseorang kepada orang lain (Ruben dan Steward, 1996:16). John R. Wenburg dan William William Willmot mendefinisikan "komunikasi" sebagai suatu usaha memperoleh makna. Menurut Steward L. Tubbs dan Sylvia Moss, "Komunikasi adalah proses pembentukan makna di antara dua orang atau lebih". Donald Byker dan Loren J. Anderson menyebutkan, Komunikasi (manusia) adalah berbagi informasi antara dua orang atau lebih".

Para ahli tersebut mendefinisikan komunikasi sebagai proses, karena komunikasi merupakan kegiatan yang ditandai dengan tindakan, perubahan, pertukaran dan perpindahan.

Komunikasi pada dasarnya merupakan suatu proses yang menjelaskan siapa? mengatakan apa? dengan saluran apa? kepada siapa? dengan akibat atau hasil apa? (*who? says what? in which channel? to whom? with what effect?*). (Lasswell 1960).

Berdasarkan definisi tersebut di atas, terdapat 5 (lima) unsur yang harus ada dalam komunikasi, yaitu:

1. Komunikator (Siapa yang menyampaikan/ mengatakan).

Komunikator adalah pelaku utama/pihak yang mempunyai kebutuhan untuk berkomunikasi atau yang memulai suatu komunikasi, bisa seorang individu, kelompok, organisasi, maupun suatu negara sebagai komunikator.

2. Pesan (menyampaikan/mengatakan apa).

Apa yang akan disampaikan/dikomunikasikan kepada penerima (komunikasi), dari sumber (komunikator) atau isi informasi. Merupakan seperangkat simbol verbal/non verbal yang mewakili perasaan, nilai, gagasan/maksud sumber tadi. Ada 3 (tiga) komponen pesan yaitu makna, simbol untuk menyampaikan makna, dan bentuk/organisasi pesan.

3. Media (Melalui saluran/Channel/Media apa).

Wahana/alat untuk menyampaikan pesan dari komunikator (sumber) kepada komunikasi (penerima) baik secara langsung (tatap muka), maupun tidak langsung (melalui media cetak/elektronik dll).

4. Komunikasi (Penerima pesan ditujukan)

Orang/kelompok/organisasi/suatu negara yang menerima pesan dari sumber. Disebut tujuan (destination)/ pendengar (listener)/ khalayak (audience)/ komunikasi/penafsir/penyandi balik (decoder).

5. Efek (Apa dampak/Efek yang ditimbulkannya).

Dampak/efek yang terjadi pada komunikasi (penerima) setelah menerima pesan dari sumber, seperti perubahan sikap, bertambahnya pengetahuan, dll.

b. Unsur Komunikasi

Dalam proses komunikasi ada tiga unsur yang mutlak harus dipenuhi karena merupakan suatu bentuk kesatuan yang utuh dan bulat. Bila salah satu unsur tidak ada, maka komunikasi tidak akan pernah terjadi. Dengan demikian, setiap unsur dalam komunikasi itu memiliki hubungan yang sangat erat dan saling ketergantungan satu dengan

lainnya. Artinya, keberhasilan komunikasi ditentukan oleh semua unsur tersebut.

Unsur-unsur komunikasi yaitu:

1. Komunikator/pengirim/sender.

Merupakan orang/pihak yang menyampaikan isi pernyataannya kepada komunikan. Komunikator bisa tunggal, kelompok, atau organisasi pengirim berita. Komunikator bertanggung jawab dalam hal mengirim berita dengan jelas, memilih media yang cocok untuk menyampaikan pesan tersebut, dan meminta kejelasan apakah pesan telah diterima dengan baik. Untuk itu, seorang komunikator dalam menyampaikan pesan atau informasi harus memperhatikan dengan siapa dia berkomunikasi, apa yang akan disampaikan, dan bagaimana cara menyampaikannya.

2. Komunikan/penerima/receiver.

Merupakan penerima pesan atau berita yang disampaikan oleh komunikator. Dalam proses komunikasi, penerima pesan bertanggungjawab untuk dapat mengerti isi pesan yang disampaikan dengan baik dan benar. Penerima pesan juga memberikan umpanbalik kepada pengirim pesan untuk memastikan bahwa pesan telah diterima dan dimengerti secara sempurna.

3. Saluran/media/channel.

Merupakan saluran atau jalan yang dilalui oleh isi pernyataan komunikator kepada komunikan dan sebaliknya. Pesan dapat berupa kata-kata atau tulisan, tiruan, gambaran atau perantara lain yang dapat digunakan untuk mengirim melalui berbagai channel yang berbeda seperti telepon, televisi, fax, photo copy, email, sandimorse, semaphore, sms, dan sebagainya. Pemilihan channel dalam proses komunikasi tergantung pada sifat berita yang akan disampaikan (Wursanto, 1994).

Hambatan komunikasi yang efektif

- a) Bahasa
- b) Lingkungan yang bising
- c) Merendahkan

- d) Kurang perhatian
- e) Ketidakmampuan
- f) Tidak nyaman dengan topik pembicaraan
- g) Jarak
- h) Terlalu banyak pertanyaan
- i) Orang ketiga
- j) Waktu

3) Bagaimana Komunikas yang efektif

Komunikasi efektif bagi pengelola merupakan keterampilan penting karena perencanaan, pengorganisasian, dan fungsi pengendalian dapat berjalan hanya melalui aktivitas komunikasi. Dalam beberapa situasi di dalam organisasi, kadangkala muncul sebuah pernyataan di antara anggota organisasi, apa yang kita dapat adalah kegagalan komunikasi. Pernyataan tersebut mempunyai arti bagi masing-masing anggota organisasi, dan menjelaskan bahwa yang menjadi masalah dasar adalah komunikasi, karena kemacetan atau kegagalan komunikasi dapat terjadi antar pribadi, antar pribadi dalam kelompok, atau antar kelompok dalam organisasi.

Agar komunikasi dapat berjalan dengan efektif, ke 5 (lima) unsur komunikasi di atas harus dipenuhi dengan jelas.

Pertanyaan “Siapa mengatakan apa, kepada siapa, melalui media apa dan dengan harapan menimbulkan efek yang bagaimana” harus dapat dijawab oleh seorang komunikator dalam mendesain rencana komunikasinya.

Information over flow

Dengan semakin berkembangnya teknologi, seorang komunikator yang baik harus dapat menjawab tantangan dari “berkelimpahan informasi” (Information over flow). Beragam jenis pesan dikirimkan dengan berbagai jenis media pada saat yang hampir bersamaan, sehingga terlalu banyak informasi yang diterima. Seseorang dalam satu waktu menerima orang di sekitarnya, SMS, telepon/ponsel, e-mail, iklan/berita radio, iklan/berita TV, poster banner, leaflet yang

disebarkan di jalan.

Information filter processing

Dengan banyaknya informasi yang masuk dalam satu waktu yang bersamaan seperti yang diuraikan di atas menyebabkan seseorang secara otomatis melakukan *Information filter processing* (pembatasan informasi yang masuk). Secara disadari atau tidak disadari manusia, kemudian membatasi informasi yang masuk ke dalam dirinya, berdasarkan:

1. Kepentingan dan kebutuhan
2. Minat dan ketertarikan

Dengan adanya Information over flow dan dengan didasari oleh kepentingan dan kebutuhan serta minat dan ketertarikan informasi, secara otomatis terjadi Information filter processing.

Oleh karena itu seorang komunikator dituntut semakin pintar dan kreatif dalam menyampaikan informasinya agar informasi itu mendapatkan efek yang diharapkan.

Artinya, komunikasi akan menjadi efektif apabila pesan yang disampaikan oleh komunikator sesuai/ selaras dengan kepentingan dan kebutuhannya serta menarik minat/ ketertarikannya atas berita/pesan tersebut dan tentunya diharapkan akan mendapatkan efek yang diharapkan.

Sebagai petugas pemberi pelayanan dituntut untuk dapat melakukan komunikasi efektif. Untuk dapat melakukan komunikasi efektif maka hal-hal yang mendasar perlu dibahas dalam setiap pokok bahasan.

Mengembangkan kemampuan komunikasi anda.

Bila Anda mencoba untuk terhubung dengan lingkungan orang-orang yang lebih besar, anda perlu menjawab 5 pertanyaan dibawah ini:

1. Apakah anda menemukan kesamaan dengan lawan komunikasi anda?
2. Apakah anda membuat mereka merasa nyaman?

3. Apakah anda membuat mereka merasa dimengerti ?
4. Apakah hubungan anda dengan jelas didefinisikan
5. Apakah mereka merasakan emosi yang positif akibat berinteraksi dengan anda?

Untuk memperjelas bagaimana melakukan komunikasi efektif adalah bagaimana menerapkan 14 (empat belas) point Tehnik Komunikasi Efektif:

1. Berikan kesan bahwa anda antusias berbicara dengan mereka.
Ketika memberi mereka kesan bahwa anda sangat antusias berbicara dengan mereka dan bahwa anda peduli kepada mereka, anda membuat perasaan mereka lebih positif dan percaya diri. Mereka akan lebih terbuka kepada anda dan sangat mungkin memiliki percakapan yang mendalam dengan anda.
2. Ajukan pertanyaan tentang minat mereka.
Ajukan pertanyaan terbuka yang akan membuat mereka berbicara tentang minat dan kehidupan mereka. Galilah sedetail mungkin sehingga akan membantu mereka memperoleh perspektif baru tentang diri mereka sendiri dan tujuan hidup mereka.
3. Beradaptasi dengan bahasa tubuh dan perasaan mereka
Rasakan bagaimana perasaan mereka pada saat ini dengan mengamati bahasa tubuh dan nada suara. Dari sudut pandang ini, anda dapat menyesuaikan kata-kata, bahasa tubuh, dan nada suara anda sehingga mereka akan merespon lebih positif.
4. Tunjukkan rasa persetujuan: katakan pada mereka apa yang mereka kagumi tentang mereka dan mengapa.
Salah satu cara terbaik untuk segera berhubungan dengan orang adalah dengan menjadi jujur dan memberitahu mereka mengapa anda menyukai atau mengagumi mereka.
Jika menyatakan secara langsung dirasakan kurang tepat, cobalah dengan pernyataan tidak langsung. Kedua pendekatan tersebut bisa sama-sama efektif.
5. Dengarkan dengan penuh perhatian apa yang mereka katakan

Jangan terlalu berfokus pada apa yang akan anda katakan selanjutnya selagi mereka berbicara. Sebaliknya, dengarkan setiap kata yang mereka katakan dan responlah serelevan mungkin.

6. Berikan kontak mata yang lama

Kontak mata yang kuat mengkomunikasikan kepada orang lain bahwa anda tidak hanya terpicat oleh mereka dan apa yang mereka katakan tetapi juga menunjukkan bahwa anda dapat dipercaya.

7. Ungkapkan diri anda sebanyak mungkin

8. Berikan kesan bahwa anda berdua berada dalam tim yang sama

9. Berikan senyuman terbaik anda

10. Menawarkan saran yang bermanfaat

11. Beri mereka motivasi

12. Tampil dengan energi sedikit lebih tinggi dibanding orang lain.

13. Sebut nama mereka dengan cara yang menyenangkan di telinganya

14. Tawarkan untuk menjalani hubungan selangkah lebih maju

Komunikasi merupakan keterampilan dasar seorang pengelola pelayanan, dan menjadi elemen penting dalam pelayanan, karena menyangkut kompetensi petugas pemberi pelayanan dan jasa yang diberikan sehingga tercapai kepuasan pengguna jasa. keterampilan dasar berkomunikasi yang harus dimiliki petugas adalah :

1. Mampu saling memahami kelebihan dan kekurangan individu
2. Mampu mengkomunikasikan pikiran dan perasaan
3. Mampu saling menerima, menolong, dan mendukung
4. Mampu mengatasi konflik yang terjadi dalam komunikasi
5. Saling menghargai dan menghormati.

1. Komunikasi risiko

Komunikasi risiko adalah proses pertukaran informasi secara terus-menerus sebelum terjadinya bencana, baik langsung dan tidak langsung dengan pemberitaan yang benar dan bertanggung jawab yang terbuka dan interaktif atau berulang di antara individu, kelompok atau lembaga.

Komunikasi harus terbuka, interaktif dan transparan. Karakteristik risiko yang diperoleh dari penilaian risiko dan krisis atau kebijakan yang akan diimplementasikan, harus dikomunikasikan kepada semua pihak terkait, sehingga semua pihak yang terkait memperoleh informasi yang cukup mengenai pencegahan terhadap ancaman atau bahaya dilakukan dengan tindakan tepat yang harus dilakukan.

Komunikasi dengan berbagai pihak baik kepada tokoh agama, tokoh masyarakat dilakukan secara baik dan benar sangat penting sehingga tidak ada prasangka bahwa masyarakat akan dirugikan atau diberi beban oleh peraturan atau kebijakan.

Komunikasi risiko juga harus bersifat mendidik dan melindungi masyarakat, serta meningkatkan kesadaran akan pentingnya pencegahan dan kemungkinan bahaya yang akan terjadi.

Komunikasi risiko merupakan bagian dari rangkaian proses meminimalkan risiko.

Komunikasi risiko bertujuan untuk meningkatkan kesiapsiagaan dan peran serta masyarakat dalam penanggulangan krisis. Untuk mencapai tujuan tersebut disampaikan:

- a) bagaimana peran serta masyarakat dalam kesiapsiagaan
- b) prinsip dasar komunikasi risiko sebagai landasan umum pengambilan keputusan dan penetapan kegiatan
- c) prosedur penyelenggaraan kegiatan komunikasi risiko

- d) upaya menggalang kemitraan dalam menghadapi krisis kesehatan
- e) mengembangkan pesan-pesan terkait krisis kesehatan.

Untuk komunikasi risiko dilakukan identifikasi terhadap:

- a) Alat atau saluran komunikasi; yang dimaksud adalah sistim pengeras suara umum, radio telekomunikasi, alat komunikasi tradisional, pesawat telepon, hp dan akses internet.
- b) Peralatan pendukung; alat perekam suara, penerangan, papan pengumuman, komputer, mesin fax, akses internet, wi fi.
- c) Keadaan setempat; terkait kondisi geografis suatu wilayah.

Kegiatan pelaksanaan komunikasi risiko:

- a) Memberdayakan masyarakat dengan memberdayakan serta peran masyarakat dalam mengatasi masalah
- b) Menginformasikan kemasyarakat langkah-langkah apa saja yang boleh dilakukan dan yang tidak boleh dilakukan.
- c) Mengumpulkan data dan informasi secara berkala atau setiap ada perkembangan situasi.
- d) Mengolah dan mengelola data dan informasi terkumpul.
- e) Membuat papan informasi internal (kontak person, peta wilayah dll).
- f) Mengatur jenis dan salurah informasi bagi target yang berdeda-beda
- g) Menetapkan distribusi informasi berdasarkan jenis dan saluran
- h) Menyusun pesan atau instruksi dan koordinasi

dengan ahli teknis.

- i) Mendistribusikan informasi/instruksi/pesan (yang mungkin berbeda-beda) berdasarkan target dan saluran jenis informasi.

2. Komunikasi krisis

Komunikasi krisis adalah proses penyampaian informasi ke pemangku kebijakan dan masyarakat saat terjadi bencana berdasarkan hasil identifikasi dan pemilahan, pengelolaan skala prioritas terhadap informasi yang potensial menimbulkan krisis.

Dalam keadaan krisis masyarakat begitu peka terhadap perubahan, informasi yang disampaikan harus menggambarkan petugas/ pemerintah memahami keadaan, mengetahui kebijakan yang ditetapkan, merasa diperhatikan, terlindung dan aman.

Informasi akan diterima dengan baik oleh masyarakat, jika dapat :

- a) menciptakan kepercayaan masyarakat
- b) akurat, disampaikan pada waktu yang tepat
- c) transparan, jujur dan objektif
- d) sesuai dengan kondisi setempat
- e) berkesinambungan/.terus-menerus.
- f) menciptakan ketenangan namun tidak meninggalkan upaya kewaspadaan dan tanggap.

Prinsip prinsip komunikasi krisis

Saat terjadi krisis, penyedia informasi harus menganalisa dan mempersiapkan apa yang akan ditanyakan pertama kali oleh masyarakat

- a) Apakah keadaan aman
- b) Apakah yang akan berdampak pada masyarakat
- c) Apa yang harus dilakukan untuk melindungi masyarakat

- d) Apa yang menyebabkan munculnya masalah / keadaan ini
- e) Bagaimana upaya penanggulangannya?

Saat terjadi krisis, penyedia informasi harus menganalisa dan mempersiapkan apa yang akan ditanyakan pertama kali oleh media

- a) Kejadian apa yang terjadi
- b) Siapa yang bertanggung jawab
- c) Apakah keadaan ini sudah ditangani
- d) Apakah korban sudah ditangani?
- e) Apa yang diharapkan?
- f) Apa yang harus kita lakukan?
- g) Mengapa kejadian ini terjadi?
- h) Apakah ada pesan untuk mengingatkan?
- i) Apa yang sebaiknya disampaikan ke masyarakat
- j) Kapan waktu yang tepat
- k) Bagaimana menyampaikannya
- l) Dimana menyampaikannya
- m) Siapa yang seharusnya menyampaikannya
- n) Mengapa perlu disampaikan

- c. **Analisa terkait risiko untuk menentukan alternatif upaya keputusan dan kebijakan terkait dengan penanganan bencana/krisis kesehatan**

$$\begin{array}{c}
 \mathbf{R} = \mathbf{H} \times \frac{\mathbf{V}}{\mathbf{C}} \\
 \text{Risk Index} \quad \text{Hazard} \quad \text{Vulnerability} \quad \text{Capacity}
 \end{array}$$

DISASTER RISK INDEX is equal with HAZARD and community VULNERABILITY magnitude, but inversely proportional with community and government CAPACITY

Alternatif upaya keputusan dan kebijakan terkait dengan penanganan bencana/krisis kesehatan berdasarkan konsep komunikasi risiko bencana

Hal yang harus diperhatikan saat mengambil keputusan saat situasi darurat:

1. Diambil dalam waktu yang singkat dan cepat
2. Tidak dapat ditarik kembali
3. Dapat mengarah ke dampak yang tidak pasti
4. Tidak utuh atau tidak lengkap karena informasi yang diberikan sepotong sepotong
5. Unsur-unsur (sifat risiko, manfaat, pilihan manajemen risiko), Bergantung pada apa dan kepada siapa pesan disampaikan.

VII. Evaluasi

1. Sebutkan pengertian dan tujuan komunikasi risiko dan komunikasi krisis?
2. Sebutkan unsur apa saja di komunikasi risiko ?
3. Jelaskan perencanaan dan langkah-langkah dalam komunikasi risiko?
4. Jelaskan bagaimana cara menyampaikan pesan kemasyarakat jika dalam kondisi bencana ?
5. Sebutkan dengan media apa saja anda melakukan komunikasi risiko di masyarakat?

VIII. Rangkuman

Komunikasi risiko bertujuan untuk menyampaikan pesan kepada masyarakat tentang bagaimana cara pencegahan secara mandiri dan penanggulangan bencana yang harus dilakukan, seperti menepis informasi yang tidak benar (rumor) terkait bencana. Sehingga dapat mengurangi atau bahkan menghilangkan risiko yang ada.

IX. DAFTAR PUSTAKA

1. Kepmenkes No. 342 tahun 2007 tentang Pejabat yang Berwenang Memberikan Informasi kepada pers/masyarakat
2. Kepmenkes No. 300/Menkes/Sk/IV/2009 Tentang Pedoman Penanggulangan Episenter Pandemi Influenza
3. Komunikasi resiko sebagai salah satu komponen struktur analisis risiko (Witono Adiyoga)
4. *The application of risk communication to food standards and safety matters- The report of a joint FAO/WHO Expert Consultation (FAO Food and Nutrition Paper)*
5. Falak Nawaz, *Training Manager Asian Disaster Preparedness Center : Disaster Risk Communication and Communities*. Bangkok, Thailand
6. Hendra Cipta : Komunikasi Risiko Bencana pada Level Komunitas.

KEMENKES RI

KEMENKES RI



MATERI PENUNJANG

KEMENKES RI

KEMENKES RI

Materi Penunjang 1

Membangun Komitmen Belajar

KEMENKES RI



MATERI PENUNJANG 1

MEMBANGUN KOMITMEN BELAJAR

I. DESKRIPSI SINGKAT

Dalam suatu pelatihan terutama pelatihan dalam kelas, bertemu sekelompok orang yang belum saling mengenal sebelumnya, berasal dari tempat yang berbeda, dengan latar belakang sosial budaya, pendidikan/ pengetahuan, pengalaman, serta sikap dan perilaku yang berbeda pula, pada awal memasuki suatu pelatihan, sering para peserta menunjukkan suasana kebekuan (*freezing*), karena belum tentu pelatihan yang diikuti merupakan pilihan prioritas dalam kehidupannya. Mungkin saja kehadirannya di pelatihan karena terpaksa, tidak ada pilihan lain, harus menuruti ketentuan/persyaratan.

Agar pelatihan sukses, partisipatif dan berbasis aktifitas peserta, kita harus memperkenalkan rasa percaya antar peserta. Dalam lingkungan peserta yang saling percaya, peserta akan lebih disiapkan untuk berani mengambil risiko, berkontribusi dan lebih menyenangkan proses belajar dan membantu kelancaran proses pembelajaran selanjutnya.

Untuk menciptakan rasa saling percaya ini, kita harus memecahkan kebekuan dengan proses pencairan (*unfreezing*) pada awal pelatihan dengan cara saling mengenal antar peserta dan menciptakan perasaan positif satu sama lain.

Membangun Komitmen Belajar (BLC) adalah salah satu metode atau proses untuk mencairkan kebekuan tersebut. BLC juga mengajak peserta mampu mengemukakan harapan-harapan mereka dalam pelatihan ini, serta merumuskan nilai-nilai dan norma yang kemudian disepakati bersama untuk dipatuhi selama proses pembelajaran. Jadi inti dari BLC juga adalah terbangunnya komitmen dari semua peserta untuk berperan serta dalam mencapai harapan dan tujuan pelatihan, serta mentaati norma yang dibangun berdasarkan perbauran nilai nilai yang dianut dan disepakati. Proses BLC adalah proses melalui tahapan dari mulai saling mengenal antar pribadi, mengidentifikasi dan merumuskan harapan dari pelatihan ini, sampai terbentuknya norma kelas yang disepakati bersama serta kontrol kolektifnya.

Pada proses BLC setiap peserta harus berpartisipasi aktif dan dinamis. Keberhasilan atau ketidak berhasilan proses BLC akan berpengaruh pada proses pembelajaran selanjutnya.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti sesi ini peserta saling mengenal serta mampu merumuskan norma kelas yang disepakati bersama.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu :

1. Melaksanakan perkenalan antara peserta, fasilitator dan panitia.
2. Mencapai suasana pencairan sehingga peserta dapat lebih siap dan berani mengemukakan pengalaman dan pandangannya/ berpartisipasi aktif dalam pelatihan.
3. Merumuskan harapan-harapan terhadap pelatihan yang merupakan kesepakatan bersama dan menjadi norma kelas yang disepakati bersama
4. Menetapkan kontrol kolektif terhadap pelaksanaan norma kelas.

IV. POKOK BAHASAN

1. Perkenalan.
2. Pencairan (*Ice breaker*).
3. Harapan kelas, kekhawatiran mencapai harapan dan komitmen menjadi norma kelas.
4. Kontrol efektif.

V. BAHAN AJAR

1. Modul
2. Game
3. Petunjuk diskusi

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan dalam materi ini:

Langkah 1. Perkenalan

1. Memperkenalkan diri dan menyampaikan tujuan pembelajaran.
2. Mengajak peserta untuk berpartisipasi aktif dalam proses pembelajaran.
3. Memandu peserta untuk proses perkenalan dengan metode:
 - Dalam 5 menit pertama setiap peserta diminta berkenalan dengan peserta lain sebanyak-banyaknya
 - Meminta peserta yang berkenalan dengan jumlah peserta terbanyak, dan dengan jumlah peserta paling sedikit untuk memperkenalkan teman-temannya
 - Meminta peserta yang belum disebut namanya untuk memperkenalkan diri, sehingga seluruh peserta saling berkenalan

Langkah 2. Pencairan

1. Fasilitator menyiapkan kursi sejumlah peserta dan disusun melingkar.
2. Fasilitator meminta semua peserta duduk di kursi dan satu diantaranya duduk di tengah lingkaran.
3. Peserta yang duduk di tengah lingkaran diminta memberi aba-aba, agar peserta yang disebut identitasnya pindah duduk, misalnya dengan menyeru: "Semua peserta berbaju merah pindah" Pada keadaan tersebut akan terjadi pertukaran tempat duduk dan saling berebut. Hal tersebut menggambarkan suasana "storming", atau seperti "badai" yang merupakan tahap awal dari suatu pembentukan kelompok.
4. Ulangi lagi, setiap peserta yang duduk di tengah lingkaran untuk menyerukan identitas yang berbeda, misalnya peserta yang berkaca mata atau yang berbaju batik dan lain-lain. Lakukan permainan tersebut selama 10 menit.
5. Fasilitator memandu peserta untuk merefleksikan perasaannya dalam permainan tersebut serta pengalaman belajar apa yang diperolehnya.
6. Fasilitator membuat rangkuman bersama-sama peserta, agar terjadi proses yang dinamis.

Langkah 3. Merumuskan harapan terhadap pelatihan dan norma yang disepakati.

1. Fasilitator membagi peserta dalam kelompok kecil @ 5-6 orang, kemudian menjelaskan penugasan kelompok yaitu:
2. Masing-masing kelompok menentukan harapan terhadap pelatihan ini serta kekhawatiran dalam mencapai harapan tersebut. Mula-mula secara individu, kemudian hasil setiap individu dibahas dan dilakukan kesepakatan sehingga menjadi harapan kelompok.
3. Setiap kelompok diminta untuk mempresentasikan hasil diskusikan. Peserta lainnya diminta untuk memberikan tanggapan dan masukan.
4. Fasilitator memandu peserta untuk membahas harapan dan kekhawatiran dari setiap kelompok tersebut sehingga menjadi harapan kelas yang disepakati bersama.
5. Berdasarkan harapan kelas yang telah disepakati kemudian fasilitator memandu peserta untuk merumuskan norma kelas yang disepakati bersama. Peserta difasilitasi sedemikian rupa agar semua berperan aktif dan memberikan komitmennya untuk mentaati norma kelas tersebut.

Langkah 4. Menentukan Kontrol Kolektif.

1. Fasilitator memandu brainstorming tentang sanksi apa yang harus diberlakukan bagi orang yang tidak mematuhi atau melanggar norma yang telah disepakati. Tuliskan hasil brainstorming di papan flipchart agar bisa dibaca oleh semua peserta. Peserta difasilitasi sedemikian rupa sehingga aktif dalam melakukan brainstorming.
2. Fasilitator memandu membahas hasil brainstorming, sehingga dapat dirumuskan sanksi yang disepakati kelas.
3. Fasilitator meminta salah seorang peserta untuk menuliskan dengan jelas rumusan sanksi yang telah disepakati tersebut pada kertas flipchart serta menempelnya di dinding agar bisa dibaca dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Langkah 5. Penutupan sesi

1. Fasilitator memandu peserta membuat rangkuman dari semua proses dan hasil pembelajaran selama sesi ini.
2. Fasilitator memberi ulasan singkat tentang materi yang terkait dengan BLC.

3. Fasilitator meminta peserta untuk berdiri membentuk lingkaran sambil berpegangan tangan, dan mengucapkan ikrar bersama untuk mencapai harapan kelas dan mematuhi norma yang telah disepakati.
4. Mengakhiri sesi dengan tepuk tangan bersama.
5. Fasilitator mengucapkan salam dan mengajak semua peserta saling bersalaman.

VI. URAIAN MATERI

Dalam sesi BLC, lebih banyak menggunakan metode games/permainan, penugasan individu dan diskusi kelompok. Hanya di akhir sesi ada ulasan singkat tentang materi yang terkait dengan BLC.

1. Pokok Bahasan: Komitmen

Adalah keterikatan, keterpanggilan seseorang terhadap apa yang dijanjikan atau yang menjadi tujuan dirinya atau kelompoknya yang telah disepakati dan terdorong berupaya sekuat tenaga untuk mengaktualisasinya dengan berbagai macam cara yang baik, efektif dan efisien.

Komitmen belajar/pembelajaran, adalah keterpanggilan seseorang/kelompok/kelas (peserta pelatihan) untuk berupaya dengan penuh kesungguhan mengaktualisasikan apa yang menjadi tujuan pelatihan/pembelajaran. Keadaan ini sangat menguntungkan dalam mencapai keberhasilan individu/kelompok/kelas, karena dalam diri setiap orang yang memiliki komitmen tersebut akan terjadi niat baik dan tulus untuk memberikan yang terbaik kepada individu lain, kelompok dan kelas secara keseluruhan.

Dengan terbangunnya BLC, juga akan mendukung terwujudnya saling percaya, saling kerja sama, saling membantu, saling memberi dan menerima, sehingga tercipta suasana/lingkungan pembelajaran yang kondusif.

2. Pokok Bahasan: Harapan Terhadap Pelatihan

Adalah kehendak/keinginan untuk memperoleh atau mencapai sesuatu. Dalam pelatihan berarti keinginan untuk memperoleh atau mencapai tujuan yang diinginkan sebagai hasil proses pembelajaran.

Dalam menentukan harapan harus realistis dan rasional sehingga kemungkinan untuk mencapainya besar. Harapan jangan terlalu tinggi dan jangan terlalu rendah.

Harapan juga harus menimbulkan tantangan atau dorongan untuk mencapainya, dan bukan sesuatu yang diucapkan secara asal asalan. Dengan demikian dinamika pembelajaran akan terus terpelihara sampai akhir proses.

3. Pokok Bahasan: Kesepakatan Norma Kelas

Merupakan nilai yang diyakini oleh suatu kelompok atau masyarakat, kemudian menjadi kebiasaan serta dipatuhi sebagai patokan dalam perilaku kehidupan sehari-hari kelompok/ masyarakat tersebut. Norma adalah gagasan, kepercayaan tentang kegiatan, instruksi, perilaku yang seharusnya dipatuhi oleh suatu kelompok.

Norma dalam suatu pelatihan, adalah gagasan, kepercayaan tentang kegiatan, instruksi, perilaku yang diterima oleh kelompok pelatihan, untuk dipatuhi oleh semua anggota kelompok (peserta, pelatih/fasilitator dan panitia).

4. Pokok Bahasan: Kesepakatan Kontrol Kolektif

Merupakan kesepakatan bersama tentang memelihara agar kesepakatan terhadap norma kelas ditaati. Biasanya ditentukan dalam bentuk sanksi apa yang harus diberlakukan apabila norma tidak ditaati atau dilanggar.

KEMENKES RI

Lembar Kerja 1

Menentukan Harapan Pembelajaran dan kekhawatiran untuk mencapai harapan tersebut.

Tahap 1: Menentukan harapan kelompok dan kekhawatiran mencapai harapan.

1. Peserta dibagi dalam kelompok kecil @ 5-8 orang.
2. Mula mula peserta bekerja secara individu. Secara sendiri sendiri setiap peserta mengidentifikasi apa yang menjadi harapannya terhadap pelatihan ini. Tuliskan pada kertas catatan masing masing 3 harapan yang menjadi prioritas. Tuliskan juga kekhawatiran untuk mencapai harapan
3. Kemudian diskusikan harapan masing-masing peserta dalam kelompok dipandu oleh ketua kelompok.
4. Dengan metode brainstorming setiap peserta menyampaikan pendapatnya tentang usulan harapan kelompok berdasarkan hasil renungan dan analisis dari harapan harapan semua anggota kelompok.
5. Kelompok diharapkan dapat menentukan harapan kelompok dan kekhawatiran sebagai hasil kesepakatan bersama. Setiap kelompok menentukan 3 harapan yang menjadi prioritas kelompok.
6. Tuliskan harapan kelompok dan kekhawatiran pada kertas flipchart.

Tahap 2: Menentukan harapan kelas.

1. Setiap kelompok mempresentasikan harapan dan kekhawatiran kelompoknya.
2. Fasilitator memandu brainstorming untuk menentukan harapan kelas berdasarkan hasil analisis dari semua harapan kelompok dan kekhawatirannya.
3. Buat kesepakatan kelas untuk menentukan 5 harapan yang menjadi prioritas kelas serta kekhawatiran mencapai harapan.
4. Tuliskan hasilnya pada kertas flipchart.

Hasil pada setiap kelompok

Harapan Individu	Harapan Kelompok	Kekhawatiran Individu	Kekhawatiran Kelompok

Hasil Kelas

Harapan Kelompok	Harapan Kelas
Kelompok 1	
Kelompok 2	
Kelompok 3	
Kelompok 4	

Tahap 3. Menentukan norma kelas

Dalam menentukan norma kelas, peserta difasilitasi untuk melakukan brainstorming. Fasilitasi dapat dilakukan oleh fasilitator atau dipilih salah seorang dari peserta untuk memandu kelas.

1. Setiap peserta diminta mengemukakan pendapatnya tentang norma kelas berdasarkan harapan kelas yang sudah disepakati (norma untuk mencapai harapan kelas)
2. Tuliskan pendapat peserta pada kertas flipchart agar terbaca oleh semua orang. Dapat juga diminta salah seorang peserta mengetik di komputer dan ditayangkan.
3. Pendapat peserta tidak boleh dikomentari dahulu.
4. Setelah semua pendapat peserta tertulis, kemudian dikompilasi/dipilah, yaitu pendapat yang serupa digabung jadi satu.
5. Hasil penggabungan kemudian dibahas, sehingga menjadi beberapa

butir norma.

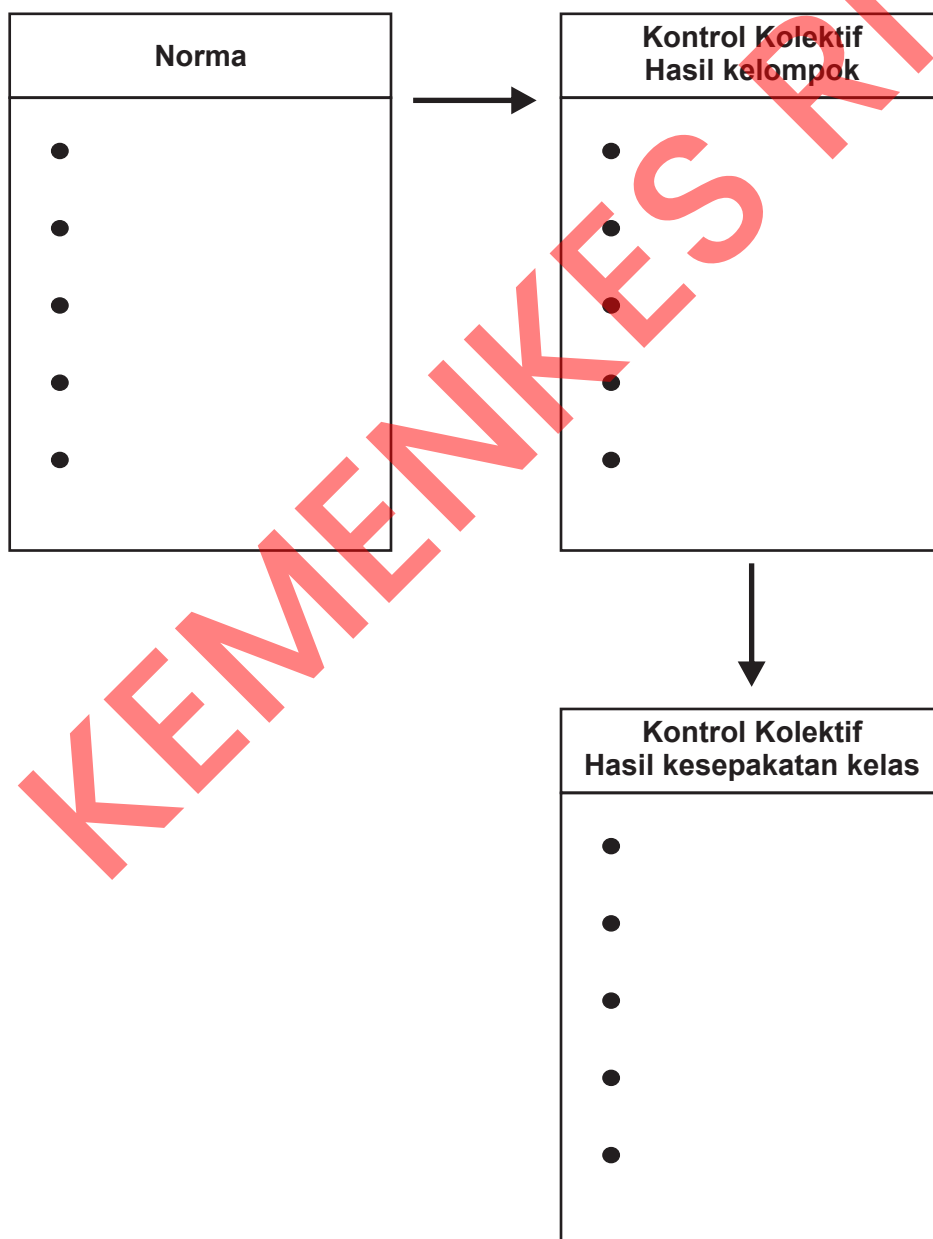
6. Buatlah kesepakatan bersama dan menjadikannya sebagai norma kelas yang harus ditaati.
7. Tuliskan norma kelas yang sudah disepakati pada kertas flipchart dan tempelkan di dinding agar dapat dibaca semua orang.

Norma yang disepakati
<ul style="list-style-type: none">•••••

KEMENKES RI

Lembar Kerja 2. Menentukan Kontrol Kolektif

1. Peserta kembali ke dalam kelompok kecil
2. Norma yang di sepakati dibahas untuk ditentukan apa kontrol kolektif apabila ada yang tidak mentaati norma kelas
3. Hasil kelompok kemudian di presentasikan
4. Fasilitator memandu peserta untuk menentukan kontrol kolektif yang disepakati bersama (kelas). Tuliskan hasil kesepakatan kontrol kolektif pada kertas flipchart.



VII. REFERENSI DAN BAHAN BELAJAR

1. Departemen Kesehatan RI, 2006. Modul TOT Pelatihan Pengelola Program Kesehatan Indera Pendengaran.
2. Departemen Kesehatan RI, 2005. Modul TOT Pelatihan Pengelola Program Kesehatan Indera Penglihatan.
3. Pusdiklat Departemen Kesehatan RI, 2001. Membangun Komitmen Belajar.
4. Lembar petunjuk penugasan

KEMENKES RI

KEMENKES RI

KEMENKES RI

Materi Penunjang 2
Rencana Tindak Lanjut

KEMENKES RI



MATERI PENUNJANG 2

RENCANA TINDAK LANJUT

I. DESKRIPSI SINGKAT

Setelah peserta dibekali pengetahuan dan ketrampilan dalam pelatihan, sesi akhir dalam pelatihan ini adalah menyusun Rencana Tindak Lanjut (RTL).

Dalam penyusunan RTL disini seyogyanya diarahkan kepada pencapaian tujuan agar *Quality Control* diterapkan pada setiap pelatihan yang telah terakreditasi, karena hal ini merupakan salah satu kegiatan yang harus dilakukan dalam menjamin mutu pelatihan.

RTL yang disusun harus dibuat sedemikian rupa sehingga kegiatan-kegiatan yang ditentukan jelas dan konkrit sesuai dengan kondisi wilayah kerja setempat agar RTL tersebut dapat diimplementasikan.

Agar peserta dapat menyusun RTL, maka dalam modul ini dijelaskan tentang :

1. Pengertian RTL
2. Analisis situasi
3. Penyusunan RTL.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu menyusun Rencana Tindak Lanjut pasca pelatihan.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu :

1. Menjelaskan pengertian dan tujuan Rencana Tindak Lanjut.
2. Menjelaskan langkah-langkah dalam menyusun RTL
3. Menyusun rencana tindak lanjut

III. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

Pokok Bahasan: Rencana Tindak Lanjut

Sub Pokok Bahasan :

1. Pengertian dan tujuan Rencana Tindak Lanjut
2. Langkah-langkah dalam menyusun RTL.
3. Penyusunan RTL

IV. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran materi ini.

Langkah 1. Pengkondisian

1. Fasilitator menyampaikan tujuan pembelajaran, metode yang digunakan, alokasi waktu dan mengapa modul/materi ini diperlukan dalam pelatihan Master Of Training, serta keterkaitan dengan materi sebelumnya.
2. Fasilitator memberi kesempatan bertanya kepada peserta apabila ada hal yang dianggap belum jelas.
3. Fasilitator menjawab dan mengklarifikasi hal-hal yang dipertanyakan peserta.

Langkah 2. Penyampaian Materi

1. Fasilitator menjelaskan : "Pengertian dan tujuan Rencana Tindak Lanjut dan Langkah-langkah penyusunan RTL.
2. Setiap selesai penyampaian pokok bahasan, fasilitator memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya sampai seluruh peserta memahami penjelasan fasilitator.

Langkah 3. Penugasan Penyusunan RTL

1. Fasilitator membagi kelompok sesuai dengan asal peserta.
2. Fasilitator menjelaskan bahwa output dari penugasan ini adalah tersusunnya RTL untuk menerapkan pelatihan di wilayah kerja masing-masing.
3. Fasilitator menugaskan masing-masing kelompok untuk:
 - Melakukan analisis situasi
 - Menyusun rencana tindak lanjut
4. Fasilitator mendampingi peserta dalam melaksanakan penugasan.
5. Untuk presentasi, diakhir sesi ini kelompok dapat menulis hasil penugasan

pada flipchart atau laptop yang ada.

Langkah 4. Presentasi

1. Wakil dari kelompok institusi yang ditunjuk menyajikan hasil penugasannya. Adapun jumlah
2. Kelompok lain diminta untuk memberikan tanggapan
3. Fasilitator mengklarifikasi hal-hal yang perlu diluruskan dari hasil presentasi dan tanggapan peserta.

Langkah 5. Rangkuman

1. Fasilitator memandu peserta dalam menyimpulkan dan merangkum pembahasan materi.
2. Fasilitator mengakhiri sesi dan mengucapkan salam.

V. URAIAN MATERI

1. Pokok Bahasan: Pengertian dan Tujuan RTL

Pengertian RTL merupakan suatu dokumen yang menjelaskan tentang kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan, setibanya peserta di wilayah kerja masing-masing dengan memperhitungkan hal-hal yang telah ditetapkan berdasarkan potensi dan sumber daya yang ada.

Oleh karena itu RTL memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

1. Terarah :
Setiap kegiatan yang dicantumkan dalam RTL hendaknya terarah untuk mencapai tujuan.
2. Jelas
Isi rencana mudah dimengerti dan ada pembagian tugas yang jelas antara orang-orang yang terlibat didalam masing-masing kegiatan.
3. Fleksibel
Mudah disesuaikan dengan perkembangan situasi. Oleh karena itu RTL mempunyai kurun waktu relatif singkat.

Tujuan RTL adalah agar peserta latih/ institusi memiliki acuan dalam menindaklanjuti suatu kegiatan pelatihan.

2. Pokok Bahasan: Ruang Lingkup RTL

Ruang lingkup Rencana Tindak lanjut (RTL) sebaiknya minimal:

1. Menetapkan kegiatan apa saja yang akan dilakukan
2. Menetapkan tujuan setiap kegiatan yang ingin dicapai
3. Menetapkan sasaran dari setiap kegiatan
4. Menetapkan metode yang akan digunakan pada setiap kegiatan
5. Menetapkan waktu dan tempat penyelenggaraan
6. Menetapkan siapa pelaksana atau penanggung jawab dari setiap kegiatan
7. Menetapkan besar biaya dan sumbernya.

3. Pokok Bahasan: Analisis Situasi Dalam Menerapkan Pelatihan Item Development

Analisis situasi merupakan suatu kegiatan yang dilakukan sebelum penyusunan RTL. Dengan analisis situasi akan memberikan gambaran singkat dari berbagai kemungkinan yang akan terjadi berkaitan dengan rencana penerapan pelatihan.

Analisis yang dilakukan berupa analisis terhadap situasi dan kondisi situasi, meliputi :

1. Komitmen pimpinan terhadap mutu pelatihan
2. Komitmen dari para penyelenggara pelatihan terhadap mutu pelatihan
3. Sumber daya yang dimiliki untuk menerapkan pelatihan (SDM, sarana pendukung, biaya).

4. Pokok Bahasan: Penyusunan RTL

Berdasarkan hasil analisis kemudian disusun RTL dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Identifikasi dan buat perumusan yang jelas dari semua kegiatan yang akan dilaksanakan (apa/what). Pada saat menentukan kegiatan hendaknya mereview modul Pelatihan Item Development.
2. Tentukan apa tujuan dari masing-masing kegiatan yang telah ditentukan.
3. Tentukan sasaran dari masing-masing kegiatan yang telah ditentukan

4. Tetapkan cara atau metode yang akan digunakan dalam pelaksanaan setiap kegiatan (bagaimana/how).
5. Perkirakan waktu yang diperlukan untuk setiap kegiatan (kapan/when), dan tentukan lokasi yang akan digunakan dalam melakukan kegiatan (tempat/where)
6. Perkirakan besar dan sumber biaya yang diperlukan pada setiap kegiatan.
7. Tetapkan siapa mengerjakan apa pada setiap kegiatan dan bertanggung jawab kepada siapa (siapa/who)

Oleh karena itu dalam menyusun RTL harus mencakup unsur-unsur sebagai berikut:

1. Kegiatan

yaitu uraian kegiatan yang akan dilakukan, didapat melalui identifikasi kegiatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Agar hal ini terealisasi maka diidentifikasi kegiatan apa yang diperlukan.

2. Tujuan

adalah membuat ketetapan ketetapan yang ingin dicapai dari setiap kegiatan yang direncanakan pada unsur nomor 1. Penetapan tujuan yang baik adalah di rumuskan secara konkrit dan terukur.

3. Sasaran

yaitu seseorang atau kelompok tertentu yang menjadi target kegiatan yang direncanakan.

4. Cara/Metode

yaitu cara yang akan dilakukan dalam melakukan kegiatan agar tujuan yang telah ditentukan dapat tercapai.

5. Waktu dan Tempat

Dalam penentuan waktu sebaiknya menunjukkan kapan suatu kegiatan dimulai sampai kapan berakhir. Apabila dimungkinkan sudah dilengkapi dengan tanggal pelaksanaan. Hal ini untuk mempermudah dalam persiapan kegiatan yang akan dilaksanakan, serta dalam melakukan evaluasi. Sedangkan dalam menetapkan tempat, seyogyanya menunjukkan lokasi atau alamat kegiatan akan dilaksanakan

6. Biaya

Agar RTL dapat dilaksanakan perlu direncanakan anggaran yang dibutuhkan untuk kegiatan tersebut. Akan tetapi perencanaan anggaran harus realistis untuk kegiatan yang benar-benar membutuhkan dana, artinya tidak mengada-ada.

Perhatikan/pertimbangkan juga kegiatan yang memerlukan dana tetapi dapat digabung pelaksanaannya dengan kegiatan lain yang dananya telah tersedia.

Rencana anggaran adalah uraian tentang biaya yang diperlukan untuk pelaksanaan kegiatan, mulai dari awal sampai selesai.

7. Pelaksana/penanggung jawab

yaitu personal/tim yang akan melaksanakan kegiatan yang direncanakan. Hal ini penting karena personal/tim yang terlibat dalam kegiatan tersebut mengetahui dan melaksanakan kewajiban.

Untuk lebih mudahnya, penyusunan RTL dapat menggunakan Format Isian sebagai berikut :

Format Isian Rencana Tindak Lanjut

No	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Cara/ Metode	Waktu & Tempat	Biaya	Pelaksana/ Penanggung Jawab
1	2	3	4	5	6	7	8

Penjelasan :

Kolom 1 : Kolom nomor

Pada kolom ini dicantumkan nomor kegiatan mulai dari 1, 2, 3 dst sesuai dengan jumlah kegiatan yang direncanakan.

Kolom 2 : Kolom kegiatan

Pada kolom ini dirinci kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan biasanya dimulai dari laporan pada atasan tentang pelatihan yang telah diikuti sampai dengan tujuan yang ingin dicapai.

Kolom 3 : Kolom tujuan

Pada kolom ini dicantumkan tujuan dari masing-masing kegiatan, yaitu hasil yang ingin dicapai apabila kegiatan tersebut dilaksanakan.

Kolom 4 : Kolom sasaran

Pada kolom ini dicantumkan siapa atau kelompok apa sasaran yang telah ditetapkan pada setiap kegiatan.

Kolom 5 : Kolom cara/ metode

Pada kolom ini dicantumkan cara-cara dalam melakukan kegiatan.

Kolom 6 : Kolom waktu dan tempat

Pada kolom ini dicantumkan kapan dan dimana kegiatan akan dilaksanakan.

Kolom 7: Kolom biaya

Pada kolom ini diisi pembiayaan yang meliputi: besar biaya yang dibutuhkan dan sumber biaya yang dimungkinkan, atau tidak perlu biaya atau biaya sudah tercakup dalam kegiatan yang dipadukan.

Kolom 8: Kolom pelaksana/penanggung jawab

Pada kolom ini dicantumkan nama dari pelaksana/penanggung jawab dari masing-masing kegiatan.

LEMBAR KERJA

- Peserta dibagi dalam kelompok, masing-masing anggota berasal dari propinsi yang sama.
- Di setiap kelompok dipilih Ketua, Sekretaris dan Penyaji.
- Fasilitator menyampaikan penugasan penyusunan RTL
- Ketua kelompok memandu dan melibatkan seluruh anggota kelompok untuk menyusun RTL dengan:
 - a. Menganalisis situasi
 - b. Menetapkan kegiatan
 - c. Menentukan tujuan per kegiatan
 - d. Menentukan sasaran per kegiatan
 - e. Menentukan cara dan metode pada setiap kegiatan
 - f. Menentukan waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan
 - g. Menentukan biaya apabila ada kegiatan ada yang harus dibiayai
 - h. Menentukan pelaksana atau penanggung jawab dari masing-masing kegiatan.
- Hasil diskusi dituangkan dalam matrik RTL yang dipelajari dalam modul atau dikembangkan lagi sesuai kebutuhan.
- Masing-masing kelompok mempersiapkan bahan presentasi.



KEMENKESHA

BAB V
PENUTUP

KEMENKES RI



Kurikulum dan modul peningkatan kapasitas petugas dalam pengurangan risiko bencana internasional / *International Training Consortium Disaster Risk Reduction (ITCDRR)* ini dapat menjadi acuan untuk pelaksanaan pelatihan yang terakreditasi dan memenuhi standar sehingga dapat meningkatkan kualitas penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana.

Kami menyadari bahwa kurikulum dan modul ini masih memiliki banyak kekurangan. Saran dan masukan yang membangun kami harapkan untuk perbaikan kurikulum dan modul peningkatan kapasitas petugas dalam pengurangan risiko bencana internasional yang akan datang.

KEMENKES RI

KEMENKES RI

KEMENKES RI

The background features a gradient of green and yellow, with numerous 3D hexagonal shapes scattered across the top and bottom edges. These shapes are rendered in various shades of green and yellow, creating a dynamic and modern aesthetic.

KEMENKES RI