

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/1502/2023
TENTANG
PEDOMAN NASIONAL PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka mendukung ketahanan kesehatan dan peningkatan kualitas pelayanan dan perlindungan kesehatan kepada masyarakat melalui penanggulangan krisis kesehatan diperlukan tata kelola krisis kesehatan yang dilaksanakan secara terpadu dan terkoordinasi;
b. bahwa agar penyelenggaraan penanggulangan krisis kesehatan berjalan efektif, efisien dan akuntabel diperlukan pedoman sebagai standar secara nasional;
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Nasional Penanggulangan Krisis Kesehatan;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4723);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia

jdih.kemkes.go.id

Nomor 5063);

4. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 128, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6236);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Pengelolaan Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4828);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1781);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN NASIONAL PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN.

KESATU : Menetapkan Pedoman Nasional Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.

KEDUA : Pedoman Nasional Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai acuan bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, swasta dan pemangku kepentingan lainnya dalam penyelenggaraan penanggulangan krisis kesehatan.

jdih.kemkes.go.id

KETIGA : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 20 Juli 2023

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003

jdih.kemkes.go.id

LAMPIRAN
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/1502/2023
TENTANG
PEDOMAN NASIONAL
PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

PEDOMAN NASIONAL PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Indonesia adalah negeri rawan bencana (*disaster prone area*). Berdasarkan IRBI (Indeks Risiko Bencana Indonesia), setiap tahunnya tidak ada satu pun wilayah di Indonesia yang berisiko rendah terhadap bencana.

Indonesia memiliki 127 gunung api aktif serta dilalui oleh 3 lempeng tektonik, yaitu Lempeng Indo-Australia, Eurasia, dan Pasifik. Hal ini menyebabkan Indonesia rawan terhadap ancaman bencana letusan gunung api maupun gempa bumi. Adanya curah hujan tinggi serta faktor lingkungan menyebabkan Indonesia rawan terhadap bencana hidrometeorologi. Selain itu, Indonesia memiliki banyak *point of entry* (baik jalur udara, laut, dan darat) yang meningkatkan risiko penyebaran penyakit/bahaya dari luar negeri yang berdampak kedaruratan kesehatan masyarakat dan berpotensi menjadi bencana non alam.

Sejumlah bencana besar baik level nasional, provinsi, maupun kabupaten/kota yang pernah terjadi menjadi pembelajaran dalam mobilisasi sumber daya kesehatan.

Pada penanganan darurat bencana alam, jumlah sumber daya yang dimobilisasi tidak menjadi masalah, karena ketika satu wilayah terjadi bencana, akan datang bantuan dari wilayah lainnya. Namun, tantangannya adalah dalam respons cepat dan tepat, serta pengelolaan yang efektif di lapangan. Beberapa faktor penyebabnya adalah karena belum ada sistem pengelolaan *database*, belum lengkapnya standar penghitungan kebutuhan sumber daya, serta kurang memadainya kompetensi tenaga yang dimobilisasi.

Sedangkan pengalaman pada bencana non alam (Pandemi COVID-19), terjadi kesulitan dalam memobilisasi tenaga cadangan kesehatan, karena

jdih.kemkes.go.id

seluruh wilayah terdampak. Kuantitas kurang dan perekrutan yang dilakukan saat darurat membutuhkan proses yang tidak sebentar.

Berdasarkan hasil evaluasi pengalaman penanganan bencana di Indonesia, termasuk Pandemi COVID-19, Kementerian Kesehatan mencanangkan transformasi sistem kesehatan, di mana salah satu tujuannya untuk menciptakan sistem ketahanan kesehatan yang kuat dan tangguh dalam memberikan respons kesehatan untuk bencana nasional maupun global. Penguatan ini dilakukan melalui tiga prioritas utama, yaitu: 1) penguatan produksi alat kesehatan, bahan baku obat, dan vaksin dalam negeri; 2) penguatan surveilans yang adekuat; serta 3) penguatan sistem penanganan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan.

Sasaran strategis untuk penguatan sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan adalah terbentuknya Klaster Kesehatan di level nasional/provinsi/kabupaten/kota serta terbentuknya tenaga cadangan kesehatan yang teregistrasi dan terlatih.

Untuk mewujudkan sasaran strategis tersebut, diperlukan pedoman yang merupakan petunjuk teknis dari Permenkes No. 75 tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan maka disusun "Pedoman Nasional Penanggulangan Krisis Kesehatan".

B. TUJUAN

Panduan bagi pengelola program dan masyarakat untuk mengimplementasikan upaya penanggulangan krisis kesehatan pada tahap pra, saat darurat, dan pasca krisis kesehatan.

C. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup pedoman ini meliputi:

1. Pembentukan klaster kesehatan dan operasionalisasi *Health Emergency Operation Centre* (HEOC).
2. Pelaksanaan program Tenaga Cadangan Kesehatan, termasuk *Emergency Medical Team* (EMT).
3. Pengelolaan logistik penanggulangan krisis kesehatan.
4. Standar minimal pelayanan kesehatan oleh sub-sub klaster.
5. Pengkajian kebutuhan pasca bencana (Jitu Pasna) bidang kesehatan.
6. Pengelolaan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan (SIPKK).
7. Pengelolaan risiko krisis kesehatan pada *Mass Gathering.*
8. Melakukan upaya pemberdayaan masyarakat untuk penanggulangan krisis kesehatan, termasuk dalam melakukan penanganan kegawatdaruratan.

jdih.kemkes.go.id

D. SASARAN

1. Kementerian dan lembaga.
2. Pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota.
3. Fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Organisasi profesi.
5. Institusi pendidikan.
6. Dunia usaha.
7. Media.
8. Organisasi kemasyarakatan.
9. Masyarakat.

jdih.kemkes.go.id

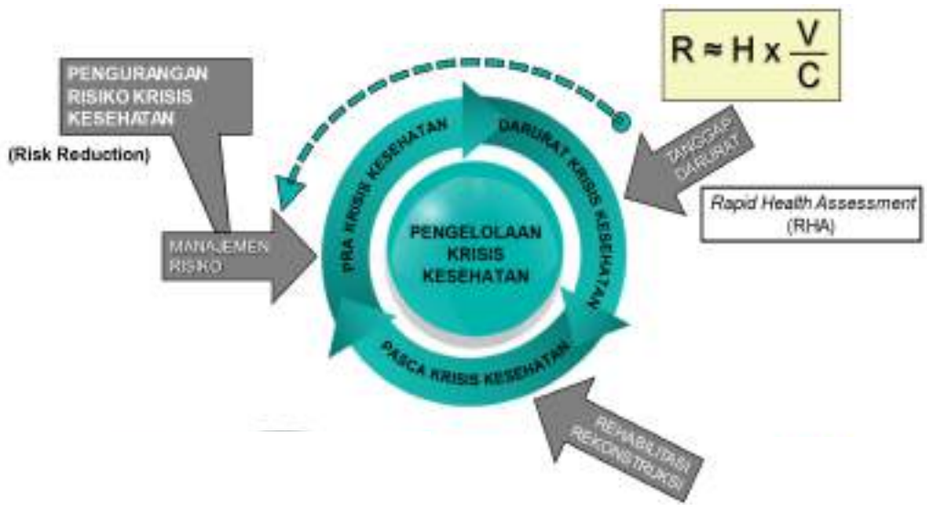
BAB II
KLASTER KESEHATAN DAN *HEALTH EMERGENCY OPERATION CENTRE* (HEOC)

A. KONSEP PENGELOLAAN KRISIS KESEHATAN

Krisis kesehatan adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengakibatkan timbulnya korban jiwa, korban luka/sakit, pengungsian dan/atau adanya potensi bahaya yang berdampak pada kesehatan masyarakat yang membutuhkan respons cepat di luar kebiasaan normal dan kapasitas kesehatan tidak memadai.

Penetapan status darurat krisis kesehatan dilakukan oleh Menteri Kesehatan atau Kepala Dinas Kesehatan berdasarkan hasil kaji cepat kesehatan/*Rapid Health Assessment* (RHA) yang menunjukkan adanya kondisi ancaman Kesehatan masyarakat. Apabila Presiden/Gubernur/Bupati/ Walikota telah menetapkan status darurat bencana, maka otomatis status darurat krisis kesehatan berlaku tanpa harus adanya penetapan status darurat krisis kesehatan oleh Menteri Kesehatan/Kepala Dinas Kesehatan.

Pengelolaan krisis kesehatan dilakukan melalui tiga tahapan, yaitu sebelum terjadinya krisis kesehatan (pra krisis kesehatan), saat darurat krisis kesehatan, dan setelah terjadinya krisis kesehatan (pasca krisis kesehatan). Upaya pengelolaan menitikberatkan pada upaya sebelum terjadinya krisis kesehatan melalui kegiatan pengurangan risiko krisis kesehatan. Sebagaimana ilustrasi berikut ini. (Warna tiap pasca kuning)



Gambar 2.1 Paradigma Manajemen Krisis Kesehatan

jdih.kemkes.go.id

I. **Pra Krisis Kesehatan**

Pengurangan risiko krisis kesehatan merupakan serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk peningkatan kapasitas sumber daya kesehatan, pengelolaan ancaman terjadinya krisis kesehatan, dan pengurangan kerentanan.

$$\text{Risiko Krisis Kesehatan} = \text{Ancaman Bahaya} \times \frac{\text{Kerentanan}}{\text{Kapasitas}}$$

Gambar 2.2 Prinsip Pengelolaan Risiko Bencana

Keterangan:

a. Ancaman Bahaya = suatu kejadian atau peristiwa yang dapat menimbulkan bahaya Krisis Kesehatan berdasarkan parameter intensitas dan probabilitas kejadian.
b. Kerentanan = Keadaan atau sifat/perilaku manusia atau masyarakat yang menyebabkan ketidakmampuan menghadapi bahaya atau ancaman Krisis Kesehatan. Terdiri dari kerentanan fisik, ekonomi, sosial budaya dan lingkungan. Penjelasannya sebagai berikut:
   - Kerentanan sosial budaya menggambarkan tingkat kerapuhan sosial dan budaya dalam menghadapi ancaman/bahaya. Beberapa indikator sosial budaya yang terkait dengan permasalahan kesehatan antara lain jumlah kelompok rentan, indeks status kesehatan masyarakat, *hygiene*/perilaku/kebiasaan/kearifan lokal di masyarakat, cakupan imunisasi dan sebagainya.
   - Kerentanan ekonomi menggambarkan suatu kondisi tingkat kerapuhan ekonomi dalam menghadapi ancaman/bahaya. Kerapuhan ekonomi ini berpengaruh terhadap akses ke pelayanan kesehatan. Indikator ekonomi yang terkait permasalahan kesehatan antara lain kepemilikan jaminan pembiayaan kesehatan/asuransi kesehatan.
   - Kerentanan fisik/infrastruktur menggambarkan suatu kondisi fisik/infrastruktur yang rawan terhadap faktor bahaya tertentu. Contohnya antara lain kerentanan bangunan, sarana prasarana, atau kerentanan lokasi fasilitas pelayanan kesehatan di daerah rawan bencana.
   - Kerentanan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang rawan terhadap faktor bahaya tertentu. Contohnya antara lain status kesehatan lingkungan di suatu wilayah.
c. Kapasitas = kekuatan dan potensi yang dimiliki oleh perorangan, keluarga, masyarakat, dan pemerintah yang membuat mereka

jdih.kemkes.go.id

mampu mencegah, mengurangi, siap-siaga, menanggapi dengan cepat atau segera pulih dari suatu Krisis Kesehatan.

Upaya peningkatan kapasitas dilakukan dengan:

a. meningkatkan kemampuan sumber daya manusia baik dalam hal manajerial maupun teknis.
b. kajian risiko krisis kesehatan.
c. menyusun, mensosialisasikan dan menerapkan kebijakan atau standar penanggulangan krisis kesehatan.
d. mengembangkan sistem informasi penanggulangan krisis kesehatan.
e. menyusun rencana penanggulangan krisis kesehatan, yang terdiri dari:
   - Rencana penanggulangan krisis kesehatan yang bersifat umum untuk seluruh ancaman bahaya (*all hazard*).
   - Rencana kontingensi atau Renkon, adalah suatu proses perencanaan ke depan (baik akan terjadi maupun tidak terjadi), untuk kesiapan tanggap darurat, yang didalamnya terdapat situasi potensi bencana, di mana skenario, kebutuhan sumber daya (analisis kesenjangan) diidentifikasi, kesepakatan tujuan, tindakan teknis dan manajerial ditetapkan, dan sistem respons serta pengarahan potensi disetujui bersama, untuk mencegah, atau menanggulangi secara lebih baik dalam situasi darurat. Renkon disusun untuk menghadapi kedaruratan satu ancaman bahaya (*single hazard*) dan kemungkinan bencana ikutan (bila ada). Renkon harus selaras dengan rencana penanggulangan krisis kesehatan yang bersifat umum (*template* renkon pada formulir 1).
f. melaksanakan peningkatan kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan aman bencana.
g. simulasi/gladi lapangan bidang kesehatan.
h. pemberdayaan masyarakat.
i. mengembangkan sistem peringatan dini.
j. membentuk *Emergency Medical Team* (EMT)/Tim Kegawatdaruratan Medis, tim *Rapid Health Assessment* (RHA), *Public Health Rapid Response Team* (PHRRT), dan tim kesehatan lainnya.
k. menyiapkan ketersediaan sarana prasarana kesehatan, dan perbekalan kesehatan yang memadai untuk upaya tanggap darurat.

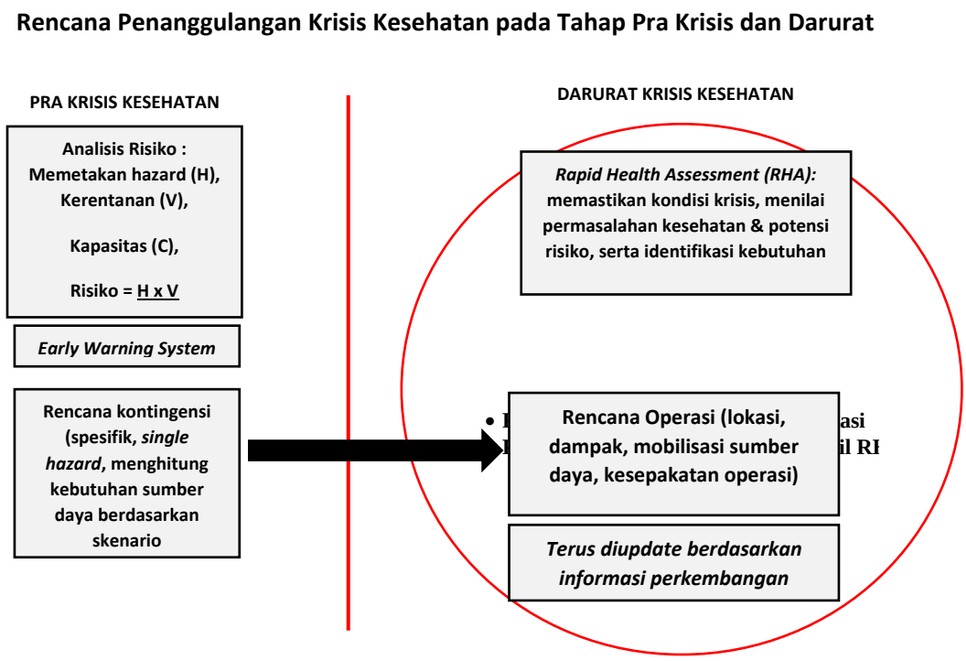
jdih.kemkes.go.id

II. Darurat Krisis Kesehatan

Penanggulangan pada tahap darurat krisis kesehatan ditujukan untuk merespons seluruh kondisi kedaruratan secara cepat dan tepat guna menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan lebih lanjut, dan memastikan program kesehatan berjalan dengan terpenuhinya standar minimal pelayanan kesehatan.

Penanggulangan krisis kesehatan pada tahap darurat krisis kesehatan dilakukan melalui kegiatan:

a. Melakukan *Rapid Health Assessment* (RHA).
b. Aktivasi *Health Emergency Operation Centre* (HEOC).
c. Menyusun dan melaksanakan rencana operasi krisis kesehatan berdasarkan hasil RHA dan rencana kontingensi bidang kesehatan (bagi yang sudah memiliki).



Gambar 2.3 Korelasi antara rencana penanggulangan krisis kesehatan pada tahap pra krisis kesehatan dan darurat krisis kesehatan

d. Membuat peta respons, yaitu peta yang menyajikan kapasitas daerah dalam merespons kedaruratan, berisi pemetaan bahaya, kapasitas, kerentanan, alur respons dan jalur evakuasi.
e. Memobilisasi sumber daya manusia, sarana prasarana kesehatan, dan perbekalan kesehatan yang memadai dengan ritme yang diatur sehingga tidak terjadi penumpukan sarana prasarana pada suatu waktu.

jdih.kemkes.go.id

f. Memastikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terdampak berjalan sesuai standar dengan memperhatikan kepentingan kelompok rentan.
g. Mengintensifkan pemantauan perkembangan situasi.
h. Melaksanakan komunikasi krisis kesehatan.

III. Pasca krisis Kesehatan

Penanggulangan pada tahap pascakrisis kesehatan ditujukan untuk mengembalikan kondisi sistem kesehatan seperti pada kondisi pra krisis kesehatan dan membangun kembali lebih baik, aman, dan berkelanjutan (*build back better, safer, and sustainable).* Kegiatannya, yaitu:

a. Melakukan pengkajian kebutuhan sumber daya kesehatan pasca bencana (Jitu Pasna) bidang kesehatan.
b. menyusun rencana rehabilitasi dan rekonstruksi kesehatan.
c. melaksanakan rencana rehabilitasi dan rekonstruksi kesehatan.
d. monitoring dan evaluasi pelaksanaan rehabilitasi dan rekonstruksi kesehatan.

IV. Pengorganisasian

Pengelolaan krisis kesehatan dilakukan dengan sistem klaster pada tingkat Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota, di mana seluruh kapasitas yang ada dikelompokkan berdasarkan fungsi pelayanan. Tujuannya untuk meningkatkan koordinasi, kolaborasi, dan integrasi dalam pengelolaan krisis kesehatan. Klaster kesehatan merupakan bagian integral dari klaster penanggulangan bencana dan harus selalu berkoordinasi aktif dengan Pos Komando Penanganan Darurat Bencana (Posko PDB).



Gambar 2.4 Sistem Klaster Bencana (Kep. Kepala BNPB No. 173/2014)

Klaster Kesehatan adalah kelompok pelaku penanggulangan krisis kesehatan yang mempunyai kompetensi bidang kesehatan yang berkoordinasi, berkolaborasi, dan integrasi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan, yang berasal dari Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah, sektor swasta/lembaga usaha, akademisi, media, dan kelompok masyarakat.

jdih.kemkes.go.id

Klaster Kesehatan dibentuk pada pra krisis kesehatan dan sifatnya koordinatif untuk pengurangan risiko krisis kesehatan dengan anggotanya merupakan lembaga/institusi/organisasi yang terkait penanggulangan krisis kesehatan di wilayah tersebut. Sedangkan saat darurat krisis kesehatan, Klaster Kesehatan bersifat komando dengan anggotanya terdiri dari seluruh pelaku respons darurat krisis kesehatan baik dari dalam wilayah tersebut (tenaga *existing*) maupun tenaga cadangan kesehatan dari luar wilayah yang datang membantu ke lokasi terdampak.

Klaster Kesehatan terdiri dari beberapa sub klaster, yaitu:

a. Sub klaster pelayanan kesehatan, yang bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan terutama pelayanan pertolongan darurat pra-fasilitas pelayanan kesehatan dan rujukan.
b. Sub klaster pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan, yang bertugas melakukan pengendalian penyakit dan upaya kesehatan lingkungan.
c. Sub klaster kesehatan reproduksi, yang bertugas menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi.
d. Sub klaster kesehatan jiwa, yang bertugas menyelenggarakan upaya penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial secara optimal.
e. Sub klaster pelayanan gizi, yang bertugas menyelenggarakan pelayanan gizi.
f. Sub klaster identifikasi korban mati akibat bencana (*Disaster Victim Identification*/DVI), yang bertugas menyelenggarakan identifikasi korban meninggal dan penatalaksanaannya.
g. Sub klaster promosi kesehatan, yang bertugas menyelenggarakan upaya promosi kesehatan.

Klaster kesehatan terdiri atas:

a. Klaster Kesehatan Nasional, dibentuk oleh Menteri dan dikoordinasikan oleh Kepala Pusat yang menangani bidang krisis kesehatan.
b. Klaster Kesehatan Provinsi, dibentuk dan dikoordinasikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.
c. Klaster Kesehatan Kabupaten/Kota, dibentuk dan dikoordinasikan oleh oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

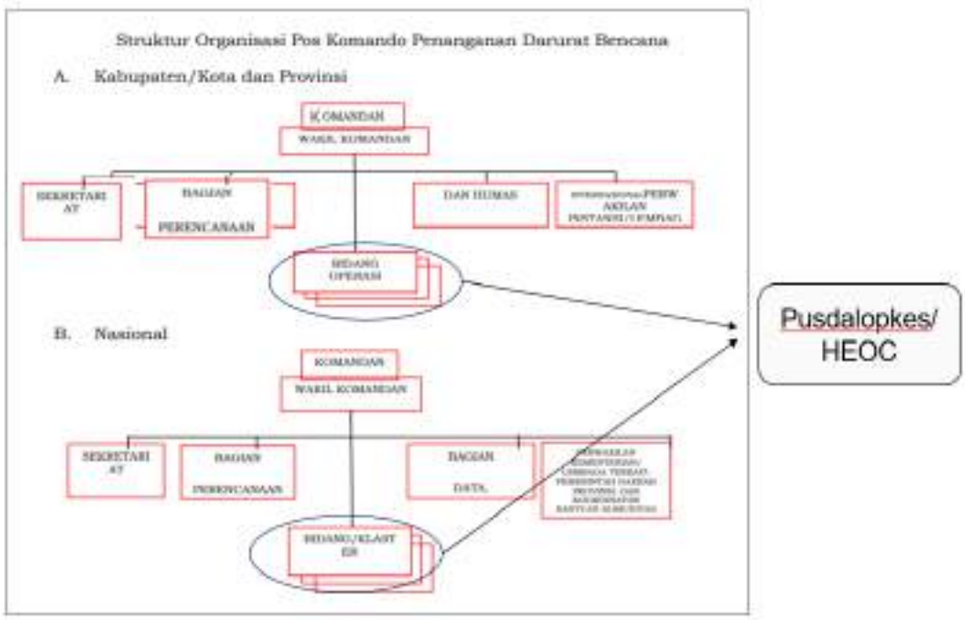
jdih.kemkes.go.id

B. AKTIVASI HEOC/KLASTER KESEHATAN

Saat darurat krisis kesehatan, Koordinator Klaster Kesehatan mengaktivasi Pusat Kendali Operasi Kedaruratan Kesehatan/Pusdalopkes (*Health Emergency Operation Centre*/HEOC), yaitu sistem manajemen kesehatan yang mengintegrasikan berbagai fasilitas, perangkat, prosedur, sumber daya terlatih dan sistem teknologi informasi dan komunikasi sebagai pusat kendali, koordinasi, kolaborasi untuk memantau, mendeteksi, mencegah dan merespons krisis kesehatan dalam sebuah organisasi yang terukur. Koordinator Klaster Kesehatan juga sebagai Ketua HEOC.

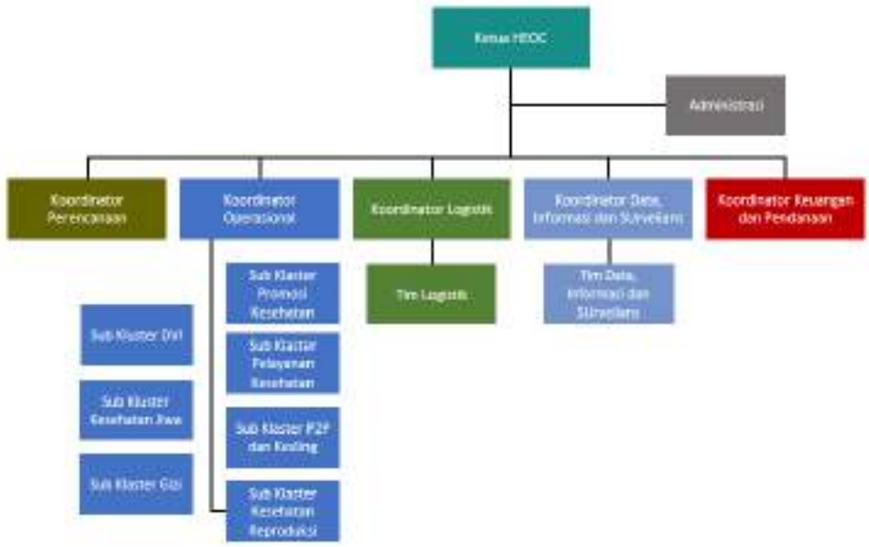
HEOC bertugas memberikan pelayanan dan pelindungan kesehatan kepada masyarakat terdampak melalui kegiatan tanggap darurat krisis kesehatan serta menjalankan fungsi komando, koordinasi dan kolaborasi dengan semua pemangku kebijakan yang bergerak di bidang kesehatan saat terjadi krisis kesehatan. Pada krisis kesehatan level provinsi, HEOC provinsi sebagai pos utama dan dapat dibentuk HEOC di kabupaten/kota sebagai pos lapangan. Pada krisis kesehatan level nasional, HEOC nasional sebagai pos utama dan dapat dibentuk HEOC di provinsi/kabupaten/kota sebagai pos lapangan. Pos lapangan merupakan wilayah komando dari pos utama.

HEOC merupakan bagian dari struktur organisasi Pos Komando Penanganan Darurat Bencana (Posko PDB), sebagaimana bagan berikut ini:



Gambar 2.5 Kedudukan pusdalopkes berdasarkan Perka BNPB No. 3/2016 tentang Sistem Komando Penanganan Darurat Bencana

jdih.kemkes.go.id



Gambar 2.6 Struktur Organisasi *Health Emergency Operation Centre* (HEOC)

Ketua HEOC mengadakan rapat koordinasi rutin yang dihadiri oleh semua koordinator bidang dan perwakilan unsur yang dikendalikan oleh ketua HEOC dan hasil rapat ini harus dilaporkan kepada Posko PDB. Tugas dari masing-masing koordinator bidang adalah sebagai berikut:

1. Koordinator Perencanaan
    a. Menyusun rencana operasi penanganan tanggap darurat krisis kesehatan berdasarkan hasil RHA dan renkon (bila ada).
    b. Melakukan pemutakhiran rencana operasi dan peta respon sesuai situasi dan kondisi penanganan darurat krisis kesehatan.
    c. Memberikan rekomendasi penanganan krisis kesehatan.
    d. Melakukan evaluasi penanganan darurat krisis kesehatan.
    e. Melakukan penilaian evaluasi kapasitas dan beban fasilitas pelayanan kesehatan.
    f. Melakukan rapat koordinasi internal.
2. Koordinator Operasional
    a. Melaksanakan rencana operasi yang telah disusun.
    b. Mengoordinasikan upaya pelayanan kesehatan (pra rumah sakit serta internal dan antar rumah sakit) saat darurat krisis kesehatan.
    c. Mengoordinasikan dan memobilisasi tenaga cadangan kesehatan antara lain Tim Kegawatdaruratan Medis (EMT), Tim Kesehatan Masyarakat (PHRRT).
    d. Menugaskan dan melakukan pemantauan pelaksanaan pelayanan kesehatan oleh tenaga cadangan kesehatan.
    e. Memastikan sistem rujukan saat krisis kesehatan dapat berjalan dengan baik sejak dari pra rumah sakit serta antar rumah sakit.

jdih.kemkes.go.id

f. Melakukan rapat koordinasi internal.

3. Koordinator Logistik
   a. Memfasilitasi tambahan logistik kesehatan yang dibutuhkan oleh Klaster Kesehatan.
   b. Melakukan perencanaan kebutuhan, pengadaan, penyediaan, penyimpanan, distribusi, pencatatan dan pelaporan logistik kesehatan saat darurat krisis kesehatan.
   c. Mengelola donasi logistik.
   d. Melakukan rapat koordinasi internal.
4. Koordinator Data, Informasi dan Surveilans
   a. Melakukan pemantauan terus menerus kondisi krisis kesehatan serta memberikan informasi terkini situasi dan penanganan krisis kesehatan kepada ketua HEOC.
   b. Mencatat tenaga cadangan kesehatan yang membantu respons penanganan darurat krisis kesehatan serta membuat *database.*
   c. Melakukan pengelolaan data dan informasi yang meliputi pengumpulan, pengolahan, analisa, pembuatan laporan dan penyebarluasan data dan informasi penanganan darurat krisis kesehatan.
   d. Melakukan kegiatan komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat yang meliputi upaya komunikasi publik, penanganan rumor/hoaks.
   e. Melaksanakan kegiatan surveilans kesehatan di lokasi bencana.
   f. Melakukan rapat koordinasi internal.
   g. Manajemen data dan informasi serta penyebarluasan informasi terkait penanggulangan krisis kesehatan.
5. Koordinator Keuangan dan Pendanaan
   a. Mengelola kebutuhan pendanaan semua operasional HEOC.
   b. Mengelola bantuan donasi keuangan.
   c. Membuat catatan keuangan dan melaporkan kepada ketua HEOC.

C. PETA RISIKO DAN PETA RESPONS

I. Peta Risiko

Peta risiko juga merupakan alat visualisasi data untuk mengomunikasikan risiko yang spesifik. Peta risiko membantu daerah mengidentifikasi dan memprioritaskan risiko yang terkait dengan daerah tersebut. Tujuan dari peta risiko adalah untuk meningkatkan pemahaman daerah tentang profil risikonya, memperjelas sifat dan dampak risiko serta meningkatkan penilaian risiko daerah tersebut. Peta risiko dianggap sebagai komponen penting dari manajemen risiko daerah karena membantu mengidentifikasi risiko yang memerlukan perhatian lebih. Risiko

jdih.kemkes.go.id

teridentifikasi yang masuk dalam tingkat keparahan tinggi itulah yang menjadi prioritas daerah.

Peta risiko disiapkan saat sebelum terjadi krisis kesehatan atau pada fase pra krisis kesehatan. Peta risiko masuk dalam penyusunan rencana kontingensi daerah dan dinas kesehatan. Dimulai dengan mengidentifikasi bahaya (*hazard*) yang pernah terjadi atau yang mungkin akan terjadi, kerentanan (*vulnaribility*) serta kapasitas (*capacity*) yang ada, dengan harapan saat kapasitas ditingkatkan, maka hal ini dapat menurunkan dampak risiko yang mungkin terjadi.

Peta risiko dapat dibuat dalam bentuk digital maupun manual. Manfaat peta risiko sebagai berikut:

1. Peta risiko menawarkan visualisasi.
2. Memberi pandangan yang komprehensif untuk dampak risiko.
3. Membantu daerah meningkatkan manajemen risiko dan tata kelola dengan mmemprioritaskan upaya manajemen risiko.
4. Membuat prioritas risiko memungkinkan untuk fokus pada waktu dan dana dari kerusakan yang potensial.

Adapun cara membuat peta risiko sebagai berikut.

1. Identifikasi risiko menetap atau rutin terjadi dari bahaya/ancaman merupakan langkah awal dalam membuat peta risiko. Kemudian setelah risiko diidentifikasi, perlu dipahami jenis kejadian internal atau eksternal.
2. Evaluasi risiko dari bahaya yang terjadi dan perkirakan frekuensi, dampak potensial dan kemungkinan proses pengendalian yang dapat dilakukan, serta tentukan kerentanan daerah tersebut.
3. Prioritaskan risiko yang terjadi, risiko yang paling berdampak dan dikelola dengan menerapkan proses pengendalian untuk membantu mengurangi potensi.
4. Saat ancaman/bahaya berkembang serta kerentanan berubah, maka peta risiko harus ditinjau secara teratur dan dikelola secara efektif.

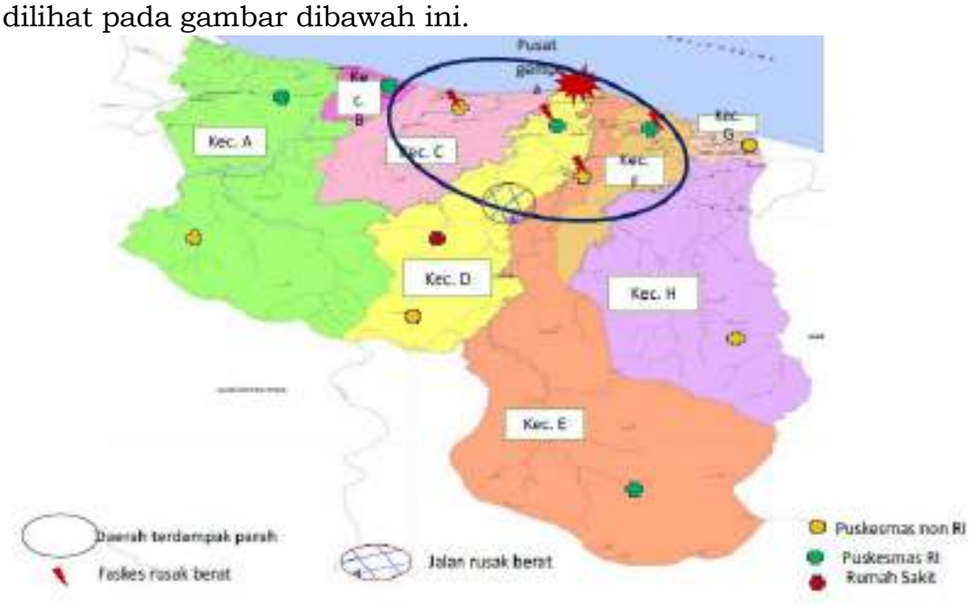
Sebelum terjadi bencana, dilakukan analisis risiko dengan mengidentifikasi bahaya apa saja yang akan terjadi serta dinilai dampaknya sehingga didapat prioritas risiko yang paling tinggi, contohnya Gempa Bumi. Diawali dengan menetapkan daerah yang paling tinggi dampaknya akibat gempa bumi tersebut dan ditandai dengan warna *oranye*, yang dampak sedang dengan warna kuning, dan yang berdampak ringan atau jauh dari dampak yang mungkin terjadi ditandai dengan warna hijau. Kemudian kita identifikasi wilayah yang memiliki kerentanan akibat oleh gempa tersebut.

jdih.kemkes.go.id

Setelah itu kita tandai kapasitas apa aja yang ada di daerah tersebut agar kita dapat mengetahui kekuatan kita jika terjadi gempa bumi.
Berikut merupakan penyusunan peta risiko:

1. Siapkan skenario, atau skenario yang sudah disusun dalam rencana kontingensi.
2. Tentukan bencana yang akan dipetakan.
3. Siapkan peta kabupaten atau peta kecamatan.
4. Tetapkan letak kemungkinan bencana yang akan terjadi dengan diberi warna merah agar jelas terlihat (ini sebagai peta bahaya).
5. Tentukan wilayah yang mungkin rawan/rentan terhadap bencana dari bahaya yang akan terjadi (sebagai peta kerentanan), *ploting* sebaran dampak, wilayah pemukiman dan infrastruktur yang terdampak.
6. Lalu beri tanda untuk semua fasilitas kesehatan yang ada didaerah tersebut sebagai peta kapasitas, baik primer dan rujukan (untuk peta kapasitas).
7. Tentukan rencana respons yang dapat dilakukan oleh daerah (Klaster Kesehatan) berdasarkan skenario dan kemungkinan bencana yang akan terjadi.
8. Dipantau minimal setahun sekali bersama rencana kontingensi yang disusun.

Berikut ini merupakan beberapa contoh gambar peta risiko yang dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

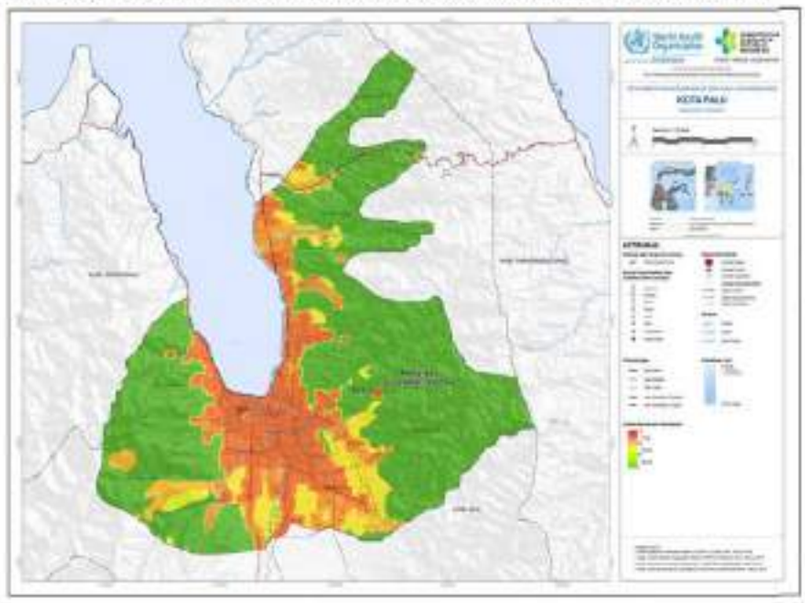


Gambar 2.7 Peta Risiko berdasarkan hazard/bahaya terhadap gempa bumi

Gambar diatas merupakan peta risiko untuk peta hazard/bahaya gempa bumi, dengan fasilitas kesehatan dari kapasitas yang ada.

jdih.kemkes.go.id

Gambaran peta risiko dengan penampakan seluruhnya beserta keterangan



Gambar 2.8 Tampilan Peta Risiko Kota Palu secara Keseluruhan beserta keterangan

Peta yang diperbesar untuk menunjukkan hazard/bahaya, kerentanan dan kapasitas



- Ada hazard: (warna hijau/oranye/kuning) bahaya dampak gempa bumi
- Ada vulnerability: digambarkan dengan arsiran tebal/tipis kepadatan penduduk
- Ada kapasitas: ada lokasi puskesmas dan RS

Gambar 2.9 Peta risiko diperbesar untuk menunjukkan hazard/bahaya, kerentanan dan kapasitas

jdih.kemkes.go.id

Pembuatan peta risiko jelas menggunakan resource yang sudah ada dan kerjasama lintas sektor, seperti BNPB/ BPBD, K/L lain dan akademisi. Peta Risiko daerah-daerah di Indonesia dapat diakses di http://inarisk.bnpb.go.id/



Gambar 2.10 Peta risiko bencana yang dapat diakses di inarisk BNPB

II. Peta Respons

Kondisi darurat krisis kesehatan selalu ditandai dengan adanya permasalahan kesehatan yang melebihi kapasitas sehari-hari dan diikuti dengan jumlah sumber daya yang sangat terbatas, padahal di situasi darurat pada saat yang bersamaan kita harus melakukan respons cepat demi menyelamatkan jiwa dan mencegah kecacatan. Respons cepat dapat dilakukan jika sejak awal kita sudah menyiapkan peta risiko sehingga kita bisa dengan cepat melihat bagaimana situasi kapasitas kita yang ada saat itu. Untuk mempercepat tindakan kita maka dibutuhkan peta respon yaitu peta yang dapat memetakan lokasi bencana serta seberapa luas bencaa yang terjadi dan berapa banyak kapasitas kita yang tersisa, dan berapa banyak kebutuhan bantuan yang akan kita siapkan.

Peta respons adalah pemetaan yang dilakukan sebagai respons kapasitas daerah dalam merespon kedaruratan yang disajikan dalam bentuk peta yang berisi bahaya dan kapasitas atau dapat juga dikatakan bahwa peta respon adalah media yang digunakan sebagai visualisasi dari berbagai informasi terkait penanganan krisis kesehatan, sehingga mobilisasi layanan Kesehatan dapat dilakukan dengan lebih efisien dan efektif.

Salah satu tujuan dibuat peta respons untuk memudahkan kita dalam menempatkan Tenaga Cadangan Kesehatan agar tidak terjadi tumpang tindih dan bisa terdistribusi dengan baik, tidak bertumpuk dalam satu tempat. Peta respon penting dibuat agar tim Tenaga

jdih.kemkes.go.id

Cadangan Kesehatan yang datang dapat melihat wilayah kerja mereka. Peta respons dibuat:

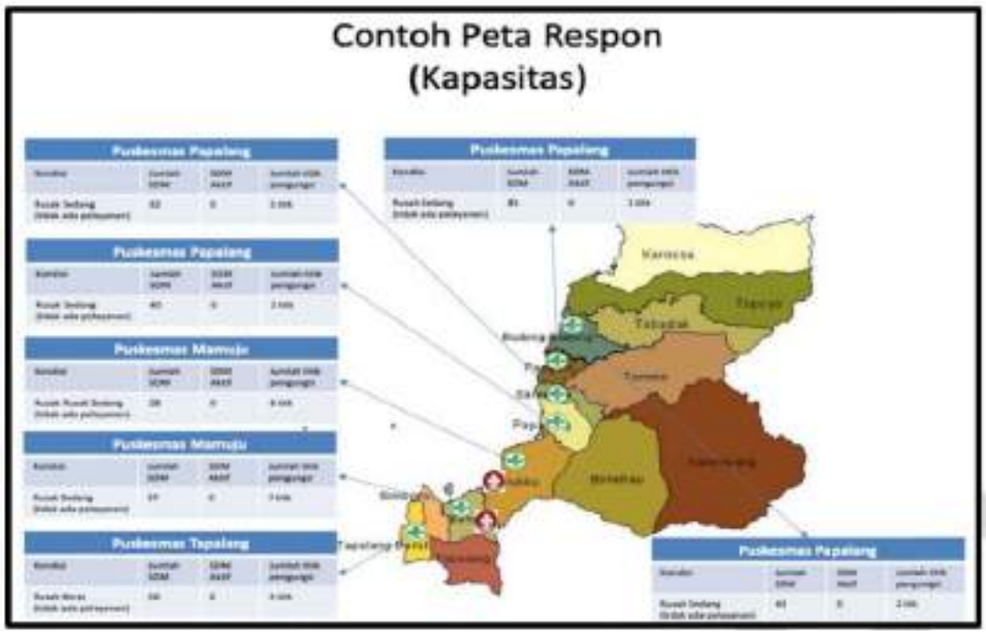
1. Pada saat terjadi bencana.
2. Bahaya/ancaman yang dibuat adalah *single hazard*. (contoh: gempa bumi)
3. Identifikasi wilayah kerentanan dimana saja, termasuk kelompok rentan.
4. Kepasitas apa saja yang masih tersedia di daerah tersebut dan yang ada di fasilitas layanan kesehatan.



Gambar 2.11 Peta Respons (Kerentanan) dengan *single hazard* gempa bumi

Gambar diatas menunjukkan gempa bumi sebagai bahaya (*single hazard*) yang sudah terjadi maka dibuat peta kerentanan yang berisi dari berapa banyak tempat pengungsian, berapa banyak kelompok rentan yang ada di daerah tersebut, dan daerah mana yang harus dievakuasi.

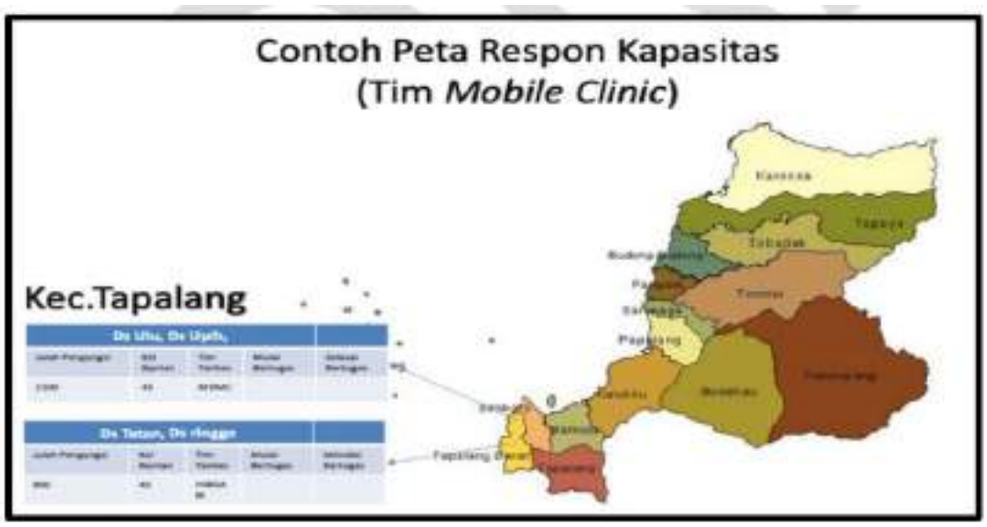
jdih.kemkes.go.id



Gambar 2.12 Peta Respons (Kapasitas)

Gambar diatas adalah peta kapasitas, yang menampilkan berapa banyak kapsitas yang dimiliki daerah setelah terjadi bencana gempa bumi, sehingga kita bisa memahami daerah mana yang masih membutuhkan layanan kesehatan. Kapasitas yang dipetakan sebagai berikut.

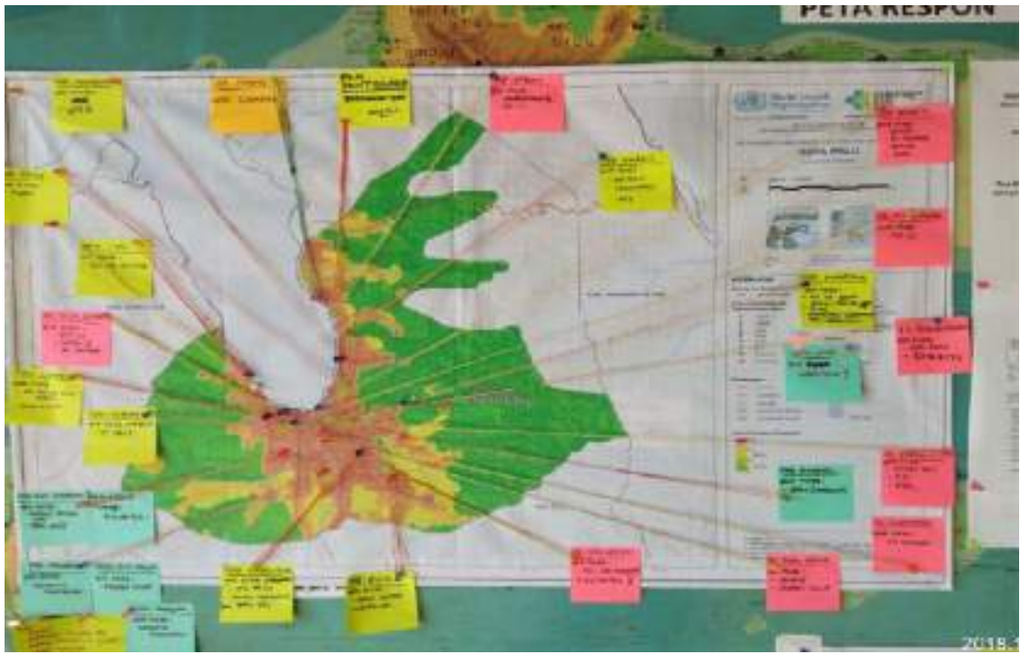
1. Fasilitas Kesehatan yang masih bisa melakukan layanan kesehatan.
2. Sumber Daya Manusia (SDM) yang ada di puskesmas yang masih bisa melakukan pelayanan.
3. Sumber Daya Manusia SDM) yang ada di rumah Sakit.
4. Kader/Tenaga Cadangan Kesehatan Kesehatan yang ada di daerah tersebut.



Gambar 2.13 Peta respons kapasitas Tim *Mobile Clinic*

Gambar diatas menunjukkan tim *mobile* (tim medis yang akan membantu di daerah Kec. Tapalang. Setiap Tenaga Cadangan Kesehatan yang datang akan dicatat dan diletakkan ke daerah yang

sangat membutuhkan serta yang belum mendapatkan layanan kesehatan.



Gambar 2.14 Peta Respons manual

Gambar diatas adalah peta respons manual:

1. Warna hijau dan kuning adalah Tenaga Cadangan Kesehatan yang membantu di layanan primer.
2. Warna merah adalah Tenaga Cadangan Kesehatan yang membantu di rumah sakit.
3. Warna orange adalah Tenaga Cadangan Kesehatan yang ada di rumah sakit kapal.

Proses penyusunan peta respons:

1. Siapkan manajemen kit dan peta wilayah yang terkena bencana.
2. *Ploting* fasilitas kesehatan yang masih dapat memberikan pelayanan.
3. Beri tanda fasilitas kesehatan yang tidak dapat memberikan pelayanan, termasuk tempat pengungsian yang membutuhkan layanan kesehatan.
4. Letakkan dan atur relawan yang datang ke Klaster Kesehatan ke daerah atau fasilitas kesehatan yang perlu dibantu juga di tempat pengungsian yang membutuhkan layanan kesehatan.
5. Beri warna yang berbeda pada fasilitas primer dan rujukan untuk memudahkan setiap orang yang melihat.
6. Dipantau setiap hari mobilitas yang ada di peta.

jdih.kemkes.go.id

Kesimpulan:

a. Peta respons dibuat saat terjadi bencana.
b. Peta respons diletakkan di tempat yang mudah dilihat.
c. Di update berdasarkan hasil laporan perkembangan harian.
d. Pada bencana *sudden-onset disaster* (bencana yang sifatnya mendadak), peta respon dapat dibuat secara manual dengan peralatan (manajemen kit) yang sudah disiapkan sebelumnya. Jika situasi sudah memungkinkan baru dibuat peta digital.
e. Perkembangan data dari peta respons harus diolah menjadi informasi untuk penentuan operasi berikutnya dan advokasi.

III. Perbedaan Peta Risiko dan Peta Respons

Tabel 2.1 Perbedaan peta risiko dan peta respons

	PETA RISIKO	PETA RESPONS
Kapan disiapkan	Sebelum terjadi bencana	Sesudah terjadi bencana
Ancaman/Bahaya	Identifikasi yang pernah terjadi atau yang mungkin terjadi	Hanya ada satu kejadian (*single hazard*)
	Bahaya lebih dari satu (*all hazard*)	
Kerentanan	Disiapkan berdasarkan beberapa ancaman yang sudah diidentifikasi	Disiapkan hanya berdasarkan pada saat ancaman sudah terjadi
Kapasitas	Seluruh kapasitas yang ada di daerah, seperti berapa banyak fasilitas kesehatan yang ada di daerah tersebut.	Berapa banyak kapasitas yang tersisa seperti: - Fasilitas kesehatan yang masih bisa melakukan pelayanan kesehatan - SDMK yang masih ada dan dapat melakukan pelayanan. - Kader/relawan kesehatan.
Peralatan pembuatan peta (manajemen kit)	Tidak dibutuhkan karena sudah disusun dan disiapkan sebelum terjadi bencana	Harus disiapkan karena dipakai pada saat terjadi bencana dan akan dibutuhkan selama masa tanggap darurat

jdih.kemkes.go.id

	PETA RISIKO	PETA RESPONS
Jenis peralatan	Peta manual (untuk daerah yang tidak memungkinkan membuat peta digital): - Peta Kabupaten/Kecamatan sesuai dengan ancaman yang sudah diidentifikasi - Paku - Gunting - Pin paku - Benang warna - Stickynote (kertas berwarna)	Peta manual: - Papan tempel peta (untuk ditenda) - Peta Kabupaten/Kecmatan sesuai dengan ancaman yang sudah diidentifikasi - Paku - Gunting - Pin paku - Benang warna - Stickynote (kertas berwarna)
	Peta Digital: - Laptop - Peta dicetak setelah dibuat di laptop	Peta Digital: - Laptop - LCD (opsional)
Jenis Peta	Peta Manual: - Peta hazard yang berisi dari prioritas ancaman yang sudah dihitung dan di analisis. - Peta kerentanan yang memuat daerah yang mungkin rentan jika terjadi ancaman yang sudah diidentifikasi sebelumnya.	Peta Manual: - Peta kapasitas (kondisi fasilitas primer dan rujukan) - Peta layanan (titik layanan kesehatan *mobile*)
	Peta Digital: Isinya sama dengan peta manual dan dapat di review setiap tahun dengan perkembangan situasi.	Peta Digital: - Infografis - Bahan rapat koordinasi - Laporan perkembangan situasi per hari

jdih.kemkes.go.id

D. RENCANA KONTINGENSI BIDANG KESEHATAN

Rencana kontingensi bidang kesehatan adalah suatu proses perencanaan penanganan situasi darurat bencana dan krisis kesehatan tertentu berdasarkan skenario yang disusun oleh sektor kesehatan ataupun pengembangan kasus kesehatan dari skenario yang sudah disusun oleh pemerintah daerah. Di dalamnya terdapat tindakan teknis dan manajerial yang telah ditetapkan dan sistem tanggapan serta pengerahan potensi kesehatan yang disetujui bersama untuk mencegah dan/atau menanggulangi secara lebih baik situasi darutat dan ditetapkan secara formal

I. Analisis Risiko

Dokumen rencana kontingensi harus disusun seoperasional mungkin sesuai dengan jenis ancaman bencana yang terjadi atau berpotensi terjadi di daerah. Analisis risiko merupakan langkah awal dalam penentuan prioritas jenis ancaman bencana apa yang dikembangkan menjadi rencana kontijensi. Analisis risiko adalah penilaian potensi ancaman bencana dan dampak yang ditimbulkan sehingga dapat dilakukan prioritas mitigasi dan kesiapsiagaannya. Dinas kesehatan provinsi tentu harus menganalisis risiko bencana seluruh wilayah kabupaten/kotanya. Begitu juga dengan dinas kesehatan kabupaten/kota harus mengidentifikasi dan menganalisis risiko bencana dan krisis kesehatan yang ada di wilayahnya.

Terdapat beberapa *tool*/metode/rumus yang digunakan untuk melakukan analisis risiko. Namun, prinsipnya adalah melakukan identifikasi jenis ancaman, menghitung dampaknya, dan menghitung analisisnya.

a. Metode Skala Probabilitas dan Skala Dampak

Metode ini dilakukan dengan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya bencana dan dampak yang ditimbulkan. Hal yang pertama dilakukan adalah mengidentifikasi jenis bahaya/bencana. Potensi ancaman bencana dapat dikelompokkan dalam 3 jenis yaitu bencana alam, bencanan non alam dan bencana sosial. Krisis kesehatan terjadi jika bencana berdampak pada kesehatan masyarakat dan membutuhkan respon cepat di luar kebiasaan normal. Indikator untuk potensi ancaman bencana meliputi jenis ancaman bencana dan jumlah kejadian bencana di wilayah tersebut dalam kurun waktu 25 tahun terakhir. Setiap jenis bahaya/bencana memiliki karakteristik dan sangat berkaitan dengan masalah yang dapat diakibatkannya. Data kejadian bencana akan memudahkan menilai jenis-jenis

jdih.kemkes.go.id

bencana yang pernah dan diprediksi akan terjadi dalam satu wilayah.

Setelah menentukan jenis-jenis bencana yang pernah dan diprediksi akan terjadi, maka mulai dinilai probabilitas dan dampak dari bencana. Tolak ukur probabilitas dengan memberikan bobot/skoring kemungkinan terjadinya bahaya/bencana. Tolak ukur dampak dengan memberikan bobot/skoring dampak dari ancaman tersebut.

Tabel 2.2 Skala Probabilitas (P)

Variabel	Penilaian	
	Nilai	Keterangan
Sangat sering	5	Diprediksi muncul 1-5 tahun, atau dalam hitungan bulan bahkan hitungan hari
Sering	4	Kejadian yang biasa terjadi, diperkirakan 1 kali dalam 10 tahun
Kadang-kadang	3	Kadang-kadang terjadi, diperkirakan 1 kali dalam 20 tahun
Jarang	2	Kejadian yang tidak biasa, diperkirakan tidak akan muncul lebih dari 1 kali dalam 100 tahun
Sangat jarang	1	Kejadiannya sangat tidak lanzim/tidak biasa, diperkirakan tidak akan muncul lebih dari 1 kali dalam 500 tahun

Tabel 2.3 Skala Dampak (D)

Variabel	Penilaian	
	Nilai	Keterangan
Sangat Parah	5	Hampir dipastikan 100% wilayah hancur dan lumpuh total
Parah	4	50-75% wilayah hancur dan lumpuh, membutuhkan bantuan dari luar
Cukup Parah	3	10-50% wilayah hancur, membutuhkan sumber daya lokal
Ringan	2	Kurang dari 10% wilayah yang terkena, gangguan ada tetapi sedikit
Tidak Parah	1	Dampak bencana tidak berpengaruh

Tabel 2.4 Indikator Dampak

Indikator	Parameter
1. Dampak terhadap Manusia	Kematian
	Luka
	Kunjungan IGD
2. Gangguan Layanan Kesehatan	Ketersediaan tenaga kesehatan
3. Dampak Bagi Masyarakat	Jumlah pengungsi
4. Gangguan Fasyankes	Kerusakan Fasyankes

jdih.kemkes.go.id

Setelah dilakukan penilaian pada probabilitas dan dampak, hasilnya dimasukkan ke dalam Matriks Risiko berikut.

SKALA DAMPAK	5					**Risiko Sangat Tinggi**
	4				**Risiko Tinggi**	
	3			**Risiko Sedang**		
	2		**Risiko Rendah**			
	1	**Risiko Sangat Rendah**				
		1	2	3	4	5
		SKALA PROBILITAS				

b. Metode Matriks Penilaian Risiko

Metode ini menggunakan variabel bahaya, kerentanan dan kapasitas sebagai penilaian risiko.

1) Variabel Bahaya mencakup keadaan atau potensi mengalami bencana yang dapat berdampak pada korban jiwa, cedera, atau kehilangan/kerusakan materi. Penilaian dilakukan terhadap unsur masing-masing variabel berdasarkan data empiris, pengalaman dan perkiraan dengan keterangan:

   1 = Ancaman/bahaya dengan risiko rendah

   2 = Ancaman/bahaya dengan risiko sedang

   3 = Ancaman/bahaya dengan risiko tinggi

   Nilai variabel karakteristik bahaya merupakan hasil penjumlahan ilai frekuensi, intensitas, dampak, keluasan dan durasi

2) Variabel Kerentanan mencakup keadaan atau perilaku masyarakat yang menyebabkan ketidakmampuan menghadapi bahaya atau ancaman krisis kesehatan. Penilaian dilakukan terhadap unsur masing-masing variabel berdasarkan data empiris, pengalaman dan perkiraan dengan keterangan:

   1 = kerentanan rendah

   2 = kerentanan sedang

   3 = kerentanan tinggi

   Nilai variabel karakteristik kerentanan merupakan hasil penjumlahan nilai fisik, sosial dan ekonomi

3) Variabel Kapasitas mencakup kekuatan dan potensi yang dimiliki oleh perorangan, keluarga, masyarakat, dan

pemerintah yang membuat mereka mampu mencegah, mengurangi, siap-siaga, menanggapi dengan cepat atau segera pulih dari suatu krisis kesehatan. Penilaian dilakukan terhadap unsur masing-masing variabel berdasarkan data empiris, pengalaman dan perkiraan dengan keterangan:

1 = kemampuan tinggi

2 = kemampuan sedang

3 = kemampuan tinggi

Nilai variabel kapasitas merupakan hasil penjumlahan dari nilai kebijakan, kesiapsiagaan dan peran serta masyarakat.

jdih.kemkes.go.id

Tabel 2.5 Analisis Risiko menggunakan Matriks Penilaian Risiko

No	Variabel	Jenis Bencana			
		Gempa	Covid-19	Banjir Bandang	Pertiakaian Antar Desa
I	**Bahaya**				
	- **Frekuensi** □ *Gambaran kemungkinan suatu bahaya/ancaman terjadi*				
	- **Intensitas** □ *Kekuatan dan kecepatan secara kuantitatif/kualitatif. Misalnya banjir diukur dari ketinggiannya*				
	- **Dampak** □ *Seberapa besar akibat bahaya terhadap kehidupan rutin, apakah parah, sedang atau ringan*				
	- **Keluasan** □ *Luasnya daerah yang terkena secara geografis. Misalnya berapa luas kecamatan yang terkena*				
	- **Kurun Waktu** □ *Rentan waktu lamanya bencana/kedaruratan berlangsung*				
	TOTAL				
II	**Kerentanan**				
	- **Fisik** □ *Kekuatan dan bangunan fisik terhadap bencana dan bagaimana sistem transportasi dan telekomunikasi saat terjadi bencana*				
	- **Sosial** □ *Bagaimana proporsi kelompok rentan dan status kesehatan masyarakat*				
	- **Ekonomi** □ *Kondisi kerapuhan ekonomi dalam menghadapi ancaman/bahaya*				
	Total				
III	**Kapasitas**				
	- **Kebijakan** □ *Ada/tidaknya kebijakan, peraturan perundangan, perda, protab tentang penanggulangan krisis kesehatan*				
	- **Kesiapsiagaan** □ *Ada tidaknya sistem peringatan dini dan rencana kontijensi*				
	- **Peran Serta Masyarakat (PSM)** □ *Apakah masyarakat perduli dan*				

jdih.kemkes.go.id

No	Variabel	Jenis Bencana			
		Gempa	Covid-19	Banjir Bandang	Pertiakaian Antar Desa
	terlibat dalam penanganan bencana.				
	Total				
	Nilai				

c. Metode Sederhana Perhitungan Analisis Risiko

Setelah melakukan perhitungan analisis risiko diatas maka akan dilakukan pengkategorian jenis bencana apa dengan risiko sangat tinggi, risiko tinggi, risiko sedang, risiko rendah dan risiko sangat rendah. Jenis bencana yang masuk dalam kategori sangat tinggi dan tinggi menjadi prioritas penanganan bencana. Selanjutnya Dinas Kesehatan dapat menyusun skenario penanganan bencana tersebut termasuk memetakan kapasitas dan kebutuhan dalam penanganan bencana.

Contoh analisis risiko dalam menentukan prioritas bencana dengan menggunakan metode skala probabilitas dan skala dampak:

Langkah 1: menentukan kemungkinan potensi ancaman bencana (probabilitas)

JENIS BENCANA	PROBABILITAS (P)
Gempa Bumi	4
Banjir Bandang	5
Tanah Longsor	4
Pandemi Covid-19	4
Pertikaian Antar Desa	2
Demam Berdarah	3
dan lain-lain	

Langkah 2: menilai dampak bencana

Semua jenis bencana yang terpilih diatas dinilai dampak bencananya.

jdih.kemkes.go.id

1) Jenis Bencana Gempa Bumi

Letusan Gempa Bumi tahun 2018			**Dampak**
Indikator	Data Harian	Gempa Bumi 2018	
Kematian	3	30	4
Luka	5	50	4
Kunjungan IGD	20	200	4
Ketersediaan Nakes	97 %	50%	3
Jumlah pengungsi	-	1000	4
Kerusakan Fasyankes	-	40 %	3
Risiko			**22/6 = 3.6**

Banjir Bandang tahun 2019			**Dampak**
Indikator	Data Harian	Banjir Bandang 2019	
Kematian	3	3	0
Luka	5	5	0
Kunjungan IGD	20	24	1
Ketersediaan Nakes	97 %	97%	0
Jumlah pengungsi	-	100	2
Kerusakan Fasyankes	-	10 %	1
Risiko			**4/6= 0.6**

Demam Berdarah tahun 2005			**Dampak**
Indikator	Data Harian	Demam Berdarah tahun 2005	
Kematian	3	3	0
Luka/Gejala Berat	5	30	2
Kunjungan IGD	20	30	2
Ketersediaan Nakes	97 %	97%	0
Jumlah pengungsi	-	-	0
Kerusakan Fasyankes	-	-	-
Risiko			**4/6= 0.6**

jdih.kemkes.go.id

Langkah 3: mengalikan probabilitas dengan dampak yang ditimbulkan melalui tabel matriks risiko

SKALA DAMPAK	5					
	4					
	3				Gempa Bumi; Covid-19	
	2		**Pertikaian antar desa**			
	1			Demam Berdarah	Tanah Longsor	Banjir Bandang
		1	2	3	4	5
		SKALA PROBILITAS				

d. Penentuan Prioritas

Hasil perhitungan analisis probabilitas ancaman dan dampak akan menunjukkan skala risiko. Skala risiko umumnya dikatagorikan sebagai risiko rendah, sedang, tinggi, dan sangat tinggi. Melalui matriks dan/atau hasil perhitungan analisis dari berbagai pedekatan analsisi risiko diatas maka didapatkan contoh pengkategorian risiko bencana dan krisis kesehatan sebagai berikut:

JENIS BENCANA	RISIKO BENCANA
Gempa Bumi	**Tinggi**
Banjir Bandang	Sedang
Tanah Longsor	Sedang
Pandemi COVID-19	**Tinggi**
Pertikaian Antar Desa	Rendah
Demam Berdarah	Rendah

Berdasarkan tabel di atas maka jenis bencana yang menjadi prioritas penanganan bencana adalah gempa bumi dan pandemic covid-19. Selanjutnya Dinas Kesehatan menyusun skenario dan specific hazard plan bencana gempa bumi dan pandemic COVID-19 pada dokumen rencana penanggulangan becana di dinas kesehatan (rencana kontingensi).

jdih.kemkes.go.id

II. Penyusunan Rencana Kontingensi

Rencana kontingensi penanggulangan krisis kesehatan sangat bergantung dari analisis risiko dan skenario yang dikembangkan. Rencana kontingensi yang disusun berdasarkan bukti termasuk rencana tindakan yang operasional adalah dasar dari respons yang tepat dan efektif jika terjadi bencana/ krisis kesehatan. Oleh karena itu, penyusunan skenario harus detil dengan memperhitungkan dampak-dampak yang mungkin terjadi. Skenario merupakan dasar menentukan rencana respons awal, komunikasi, layanan *pre hospital*, manajemen klinis, termasuk peran dan tanggungjawab sektoral dan lintas sektor akan didetilkan. (WHO 2019).

Penyusunan skenario dapat dilakukan dengan dua cara yakni pertama, penyusunan skenario yang dimulai dari merincikan kronologi terlebih dahulu dan kedua, dari perhitungan detil asumsi dampak. Cara pertama, dapat dimulai dengan menuliskan penjelasan kronologi kejadian dan menyusun asumsi dampak dan rencana penanganan secara umum. Cara kedua, dapat dimulai dengan mendetilkan perhitungan asumsi dampak bencana terhadap masing-masing sektor, kemudian menyimpulkan asumsi dampak dengan singkat dan menuliskan kronologi kejadian bencananya. Pada dasarnya, kedua cara menyusun skenario ini dapat saling melengkapi baik menuliskannya secara umum lalu mendetailkan, atau melakukan perhitungan dampak secara detail terlebih dahulu dan kemudian meringkasnya secara umum dalam sebuah skenario.

Tahap penyusunan skenario dalam rencana kontijensi penanggulangankrisis kesehatan adalah langkah yang tidak bisa ditinggal setelah melakukan analisis risiko. Menyusun skenario yang mendekati kejadian sebenarnya sangat dibutuhkan agar perencanaan kebijakan dan strategi dapat dilakukan, termasuk melakukan perhitungan detil kebutuhan logistik, SDM, dan anggaran yang dibutuhkan untuk penanganan masalah skenario tersebut.

a. Pengembangan Skenario

1) Pengertian Skenario Kejadian

Skenario kejadian adalah gambaran kejadian secara jelas dan rinci tentang bencana yang diperkirakan akan terjadi meliputi lokasi, waktu, durasi dan dampak bencana yang terjadi. Sedangkan, pengembangan skenario adalah prakiraan kejadian yang mungkin timbul akibat suatu bencana yang melanda.

jdih.kemkes.go.id

Skenario harus disusun berdasarkan data/kajian ilmiah/ data dan analisis resmi dari lembaga yang memiliki otoritas, kompetensi dan kredibilitas dalam kebencanaan dan krisis kesehatan dengan memperhatikan masukan dari Narasumber atau Pakar yang kompeten atau berasal dari instansi berwenang/memiliki otoritas di bidangnya untuk memberikan perspektif, pertimbangan, dan arahan tentang bahaya dan faktor/elemen risiko bencana di daerah/kawasan. Selain itu pengembangan skenario juga dapat merujuk dan mempertimbangkan sejarah kebencanaan terburuk yang pernah dialami. Skenario kejadian dapat disusun dengan mempertimbangkan waktu kejadian, lokasi, asal/penyebab, intensitas, kecepatan kejadian, jarak, proses, luasan terdampak, serta potensi bahaya lanjutan atau ikutannya.

Skenario kejadian berkembang berdasarkan detil perhitungan asumsi dampak. Asumsi dampak adalah prakiraan/proyeksi dampak negatif yang mungkin timbul akibat suatu bencana yang melanda. Proyeksi akibat langsung dikembangkan berdasarkan skenario kejadian dan peta risiko atau peta bahaya dengan mempertimbangkan aspek kerentanan dan kapasitas publik/swasta/komunitas yang terkena dampak bencana. Asumsi dampak diklasifikasikan dalam aspek- aspek sebagai berikut; lingkungan, kependudukan, ekonomi, infrasturktur/fisik, dan layanan sipil pemerintahan, kesehatan, fasilitas kesehatan.

Selain merujuk pada data dan analisis dampak yang dikeluarkan lembaga resmi, perhitungan asumsi dampak juga dapat merujuk pada sejarah kejadian, atau asumsi yang paling mungkin terjadi. Asumsi dampak dapat dikembangkan berdasarkan kesepakatan para pemangku kepentingan.

2) Menetapkan Ancaman Spesifik untuk Dijadikan Skenario

Rencana kontijensi penanggulangan krisis kesehatan disusun hanya untuk satu ancaman (hazard) atau bencana tetapi tetap memperhitungkan bencana ikutan dan bencana sekunder. Misalnya kejadian gempa bumi dapat diikuti dengan bencana tsunami di pesisir dan likuifaksi seperti yang terjadi di bencana Sulawesi Tengah tahun 2018.

jdih.kemkes.go.id

Bencana banjir yang bekepanjangan dapat diikuti dengan bencana wabah diare di masyarakat terdampak misalnya.

Penentuan satu ancaman yang akan dibuat rencana kontingensi didasarkan pada analisis risiko (kemungkinan kejadian dan dampak) yang telah dilakukan. Oleh karena itu, setiap daerah mungkin saja memiliki banyak rencana kontingensi.

Terdapat dua situasi yang dihadapi oleh dinas kesehatan saat menyusun rencana kontijensi bidang kesehatan sebagai berikut:

a) Situasi pertama jika Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) telah membuat rencana kontingensi untuk ancama/ bencana-bencana yang mungkin terjadi di daerah.

   Jika, skenario rencana kontingensi sudah ada, maka Dinas Kesehatan cukup meninjau kembali skenario tersebut dan mengembangkan skenario terkait dampak kesehatan. Umumnya rencana kontingensi daerah dibuat oleh lintas sektor, termasuk kesehatan. Meksi demikian, tetap disarankan untuk sektor kesehatan tetap membuat rencana kontingensi bidang krisis kesehatan lebih detil, seperti bagaimana dinas kesehatan akan mengaktifkan klaster kesehatan, mengatur dan mengontrol bantuan Tenaga Cadangan Kesehatan kesehatan, mengatur puskesmas, rumah sakit dan klinik, serta mengordinasikan masalah-masalah kesehatan yang berhubungan dengan sektor lainnya.

   Umumnya skenario kejadian telah memuat waktu kejadian, lokasi, pemicu kejadian, bahaya primer seperti jumlah populasi terdampak dan kerusakan umum, peringatan dini, cakupan wilayah terdampak seperti berapa kecamatan dan desa, bahaya sekunder seperti sumber penyakit ikutan dari situasi lingkungan bencana dan bahaya pengikut lainnya seperti situasi pandemi.

b) Situasi kedua jika daerah belum memiliki rencana kontingensi

   Jika situasi ini yang dihadapi maka penyunan skenario harus per tahap dari awal yang dimulai dari penentuan prioritas analisis risiko, membuat asumsi dampak dan menyusun skenario. Kemudian, sektor kesehatan dapat

jdih.kemkes.go.id

mensosialisasikan dan melibatkan lintas sektor dalam penyusunan rencana kontingensi bencana kesehatan/ krisis kesehatan ini.

b. Asumsi Dampak

1) Menghitung Dampak Kesehatan Akibat Bencana

Setelah prioritas ancaman dipilih dan ditentukan besaran risikonya, maka dilanjutkan dengan memperkirakan atau membuat asumsi dampak kesehatan yang mungkin terjadi. Pada umumnya setiap kejadian bencana memberikan dampak pada kesehatan baik langsung dan tidak langsung. Setiap kejadian bencana memberikan dampak pada kesehatan masyarakat dan sistem kesehatan sebagai berikut:

a) Dampak langsung pada kesehatan masyarakat
Contohnya: Trauma fisik, kematian, luka-luka, morbiditas, trauma kejiwaan

b) Dampak langsung pada sistem layanan kesehatan
Contohnya: kerusakan bagunan puskesmas, rusaknya bangunan rumah sakit, rusaknya laboratorim, tenaga kesehatan menjadi korban

c) Dampak tidak langsung pada kesehatan masyarakat
Contohnya: program imunisasi jadi terhambat karena situasi bencana, tidak bisa melaksanakan imuniasai karena masyarakat sasaran mengungsi, penyakit program seperti TBC, HIV menjadi terganggu, peningkatan angka kematian ibu dan bayi akibat bencana dan lain sebagainya

d) Dampak tidak langsung pada sistem layanan kesehatan
Contohnya: akses jalan terputus sehingga waktu rujukan menjadi lebih lama, listrik tidak bisa beroperasional sehingga rumah sakit tidak bisa melakukan tindakan operasi, sumber air di puskesmas terdampak tercemar dan perpipaan putus akibat bencana sehingga persalinan tidak bisa dilakukan di puskesmas dan lain sebagainya.

Dampak kesehatan di atas, harus dapat diprediksi dan diperhitungkan oleh tim penyusun skenario. Dinas kesehatan sebagai koordinator sektor kesehatan di daerah harus memperhitungkan dampak ini secara detil agar dapat memvisualisasikan masalah-masalah kesehatan yang harus direspon dalam rencana kontingensi ini. Begitu juga ditingkat puskesmas dan

jdih.kemkes.go.id

rumah sakit misalnya dapat memahami skenario dan kemudian merencanakan respons dalam rencana kesiapsiagaan mereka masing-masing terkait rencana kontingensi bidang kesehatan yang dibuat dinas kesehatan ini. Banyak model tabel untuk memudahkan perhitungan prediksi dampak kesehatan ini, berikut salah satu contohnya:

1. Dampak pada aspek Kesehatan

No	Nama Kecamatan	Dampak			Pengungsi		
		Meninggal	Luka berat/ Rawat Inap	Luka Ringan/ Rawat Jalan	Total	Kelompok Rentan	Jumlah Titik pengungsian
1							
2							
3							
4							
TOTAL							

2. Dampak pada fasilitas kesehatan

No	Nama Fasilitas/Aset	Jumlah Terancam (Unit)	Dampak Kerusakan				Keterangan
			Ringan	Sedang	Berat	Hilang	
1	Rumah sakit						•
3	Puskesmas						□
4	Pustu						□

Atau ada model tabel yang menggabungkan semuanya seperti berikut:

Jenis ancaman :
Lokasi Kejadian : Provinsi : Kabupaten : Kecamatan : Kelurahan : Desa :

No	Bentuk risiko/ dampak	Jumlah
1	Kematian	
2	Luka berat	
3	Luka ringan	
4	Kelompok rentan	
	Ibu hamil	
	Bayi	
	Balita	
	Lansia	
	Disabilitas	
5	Titik pengungsian	
6	Kejadian penyakit:	
	Diare	
	ISPA	
	DBD	
	Dll	
7	Kerusakan Fasilitas Kesehatan (puskesmas)	

Jenis ancaman : Lokasi Kejadian : Provinsi : Kabupaten : Kecamatan : Kelurahan : Desa :		
No	**Bentuk risiko/ dampak**	**Jumlah**
	Rusak ringan	
	Rusak sedang	
	Rusak berat	
8	Kerusakan Fasilitas Kesehatan (Rumah Sakit)	
	Rusak ringan	
	Rusak sedang	
	Rusak berat	
9	Kerusakan Fasilitas Kesehatan (Puskesmas Pembantu)	
	Rusak ringan	
	Rusak sedang	
	Rusak berat	
10	Dst	

Semakin detil perhitungan dampak kesehatan, maka semakin baik skenario rencana kontingensi ini sehingga semakin mudah untuk menyusun kebijakan, strategi, dan perhitungan kebutuhan anggaran kedepannya. Oleh karena itu, tim penyusun harus memperhatikan pengalaman bencana sebelumnya, memperhitungkan dampak yang pasti terjadi, memperhitungkan dampak yang bisa saja terjadi serta ketidakpastian lainnya yang berdampak pada bidang kesehatan.

Umumnya dampak bencana terhadap sistem kesehatan dan layanan kesehatan jarang diperhitungkan padahal setiap kejadian bencana bisa berdamak pada capaian kinerja/ program layanan kesehatan. Hal ini harus menjadi perhitungan dampak kesehatan dalam skenario serta dapat dituliskan secara kualitatif/ narasi seperti contoh tabel di bawah ini:

Dampak terhadap program layanan kesehatan.

- selama satu bulan tanggap darurat capaian cakupan imunisasi menurun
- selama satu bulan tanggap darurat terjadi peningkatan angka kematian ibu
- tidak dapat melacak pasien TB yang sedang dalam pengawasan minum obat
- tidak dapat melakukan penyelidikan epidemiologi karena pembatasan skalas besar
- dst

jdih.kemkes.go.id

2) Menghitung dan Memprediksi Dampak Ekonomi, Pemerintahan, Kependudukan, Fasilitas, dan Aspek Lingkungan Akibat Bencana

Asumsi dampak adalah perhitungan atau prediksi yang dibuat oleh tim penyusun sebagai dampak dari bencana terhada berbagai macam aspek seperti kependudukan, fasilitas umum, dan lingkungan, sama seperti melakukan perhitungan dampak kesehatan.

Asumsi dampak bencana ini dapat dikembangkan dari peta risiko, peta ancaman, peta kerentanan dan kapasitas masyarakat ataupun dari perhitungan risiko/ dampak ancaman yang telah ditetapkan. Asumsi dampak sebaiknya disusun dan disepakati oleh seluruh tim penyusun, bidang-bidang dan pimpinan. Asumsi dampak dikembangkan dengan mempertimbangkan kejadian sebelumnya, data real saat ini, dan kemungkinan-kemungkinan dampak yang terjadi di masa depan. Oleh karena itu, saat tim melakukan asumsi dampak sebaiknya juga membawa data profil daerah, profil kesehatan, data BPBS, dan data BPBD atau data pendukung lainnya, termasuk angka-angka dampak pada bencana serupa yang pernah terjadi sebelumnya.

Tabel-tabel di bawah ini membantu peserta untuk melakukan perhitungan asumsi dampak:

1. Dampak pada aspek kependudukan

   Saat menentukan besarnya daerah terdampak maka perhitungkan berapa kabupaten terdampak, atau jika bencana terjadi di kabupaten maka berapa kecamatan yang terdampak. Pada aspek kependudukan ini kita menentukan berapa perkiraan jumlah penduduk yang terdampak dan perkiraan jumlah kelompok rentang yang terdampak (Bayi, Balita, Lansia, Bumil, Buteki, Disabilitas, Orang sakit keras, dll).

No	**Nama Kabupaten / Kecamatan**	**Jumlah Penduduk Terdampak (jiwa)**	**Jumlah Kelompok Rentan yang Terdampak (jiwa)**						
			Bayi	**Balita**	**Lansia**	**Bumil**	**Buteki**	**Disabilitas**	**Orang sakit keras**
1									
2									
3									
4	Dst								
TOTAL									

2. Dampak pada fasilitas umum

Perhitungan dampak fasilitas umum sama dengan dampak pada fasilitas kesehatan.

No	Nama Fasilitas/Aset	Jumlah Terancam (unit)	Dampak Kerusakan				Keterangan
			Ringan	Sedang	Berat	Hilang	
1	Rumah penduduk						
3	Pasar						
4	Perpipaan/ air bersih						
5	Dll						

3. Dampak pada aspek pemerintahan

Perhitungan dampak pemerintahan sama dengan dampak pada fasilitas kesehatan.

No	Nama Sarana Pemerintah	Jumlah Terancam (unit)	Dampak Kerusakan (unit)			Keterangan
			Ringan	Sedang	Berat	
1	Kantor Desa					
2	Kantor Kecamatan					
3	Kantor Dinkes Kab.					
4	Sarana prasarana Dinkes					
5	Arsip dan dokumen Dinkes					
6	Fasilitas Pendidikan					
7	Dll					

3) Penyusunan Skenario

Skenario adalah cerita tentang apa yang mungkin terjadi di masa yang akan datang yang bertujuan untuk bahan eksplorasi, diskusi, dan pemahaman terkait kasus yang diceritakan di skenario. Sehingga, skenario kejadian bencana di rencana kontingensi adalah kesepakatan jalan cerita yang dibuat tim berdasarkan daya yang ada dan menggambarkan situasi yang realistis, logis, dan dapat dipertanggungjawabkan serta dapat divisualisasikan rangkaian kejadian yang berurutan.

Tujuan penyusunan skenario adalah untuk menggambarkan satu ancaman bahaya yang akan dibuatkan rencana kontijensinya, sehingga tim penyusun memiliki persepsi yang sama terhadap dampak yang

jdih.kemkes.go.id

mungkin terjadi. Penyusunan dan pengembangan skenario bermanfaat untuk:

a) Meningkatkan pemahaman mengenai risiko/ masalah yang akan dihadapi
b) Meningkatkan pemikiran kritis jika ini terjadi "*what if*" maka apa yang harus dilakukan "*what should do*"
c) Membantu memberikan gambaran terhadap suatu kejadian yang belum pernah terjadi tapi bisa terjadi di masa depan, termasuk dampak sekunder dan bawaan dari sebuah bencana.
d) Menggambarkan interkonektivitas dalam sebuah sistem sehingga dapat membantu bertindak secara sistem. Dengan kata lain, skenario dapat memvisualisasikan akar masalah dari berbagai sektor yang terlibat. Hal ini memudahkan untuk menentukan akar masalah dari pada melihat sesuatu terjadi dari satu sisi atau satu sektor saja. Sehingga membantu mengambil keputusan tersistem, cepat dan tepat.
e) Sebagai media komunikasi yang memfasilitasi satu pemahaman mengenai risiko dan bagaimana harus merespon.
f) Memberikan gambaran bagaimana sumber daya akan dialokasikan.

Skenario memungkinkan untuk meningkatkan pemahaman dan memberikan perspesktif baru terhadap sesuatu yang mungkin terjadi di masa depan dan apa yang harus dilakukan. oleh karena itu, penulisan skenario sebaiknya dilakukan secara partisipatory yang melibatkan semua tim penyusun dan pengguna termasuk mendiskusikan dengan praktisi, pengambil keputusan, dan akademisi.

Secara umum urutan penulisan penulisan skenario sebagai berikut:

1. tentukan bencana berdasarkan skala prioritas dari analisis risiko
2. tentukan tingkat risiko bencana tersebut; ringan, sedang atau berat, dan pilih skenario terberat yang masih mampu direspon
3. gambarkan kronologis kejadiannya (apa/ jenis bencananya, kapan/ waktu kejadian, dimana/ lokasi kejadian dan daerah terdampak lainnya, siapa/ masyarakat yang

jdih.kemkes.go.id

terdampak, bagaimana/ situasi kondisi, dan informasi lainya yang terkait)

4. gambarkan lamanya/ durasi kejadian
5. gambarkan asumsi dampak (aspek penduduk, aspek kesehatan, aspek fasilitas kesehatan, aspek fasilitas umum, aspek ekonomi, aspek pemerintahan, aspek lingkungan) tentukan kondisi lainnya yang dapat memperberat dampak ataupun meringankan dampak

Penyusunan skenario mengikuti kronologis kejadian detil seperti apa/ jenis bencananya, kapan/ waktu kejadian, dimana/ lokasi kejadian dan daerah terdampak lainnya, siapa/ masyarakat yang terdampak, bagaimana/ situasi kondisi, dan informasi lainya yang terkait sebagai berikut:

1. waktu kejadian (kapan). Dapat mengembangkan skenario terburuk misalnya bencana terjadi di hari libur, bencana terjadi dini hari seperti gempa Sulbar tahun 2021, bencana terjadi pagi hari seperti Gempa Yogya 2006 dll.
2. lama kejadian bencana, contohnya gempa dirasakan berapa menit. Gempa susulan terus dirasakan hingga 1 bulan misalnya.
3. perulangan kejadian, contohnya gempa susulan dirasakan setelah sekian menit dari gempa pertama. Gelombang pandemic covid terjadi berkali-kali misalnya.
4. luas daerah terdampak, apakah satu dusun, satu desa, satu kelurahan, kecamatan, kabupaten atau beberapa daerah terdampak sekaligus.
5. ketersedaian jalur dan alat evakuasi.
6. Potensi bencana ikutan, contohnya bencana gempa menyebabkan tumpahan bahan kimia yang mudah meledak dan menyebabkan kebakaran. Atau terjadi arus pendek listrik akibat bencana banjir dan membahayan penolong misalnya. Atau bencana pandemi Covid-19 yang menyebabkan kekerasan seksual meningkat di rumah tangga.

   Contoh skenario:

   Skenario di bawah ini diambil dari dokumen Dinkes Disaster Plan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah. Berdasarkan analisis risiko maka dipilih prioritas bencana yang diangkat menjadi skenario rencana kontijensi tahun 2020 adalah bencana terakhir yang

menimpa Sulteng tahun 2018 lalu. Kemudian dilakukan perhitungan dampak yang lebih besar dari sebelumnya dan disusunlah seperti skenario di bawah ini. Dengan memahami skenario akan dapat mendukung rasionalitas respons yang akan dilakukan. Skenario sebaiknya berfokus pada titik kegagalan yang pasti mungkin terjadi. sehingga memakasa untuk mengidentifikasi kerentanan yang ada.



c. Rencana Aksi (Identifikasi Masalah, Kebijakan Strategi, Kegiatan Sub Klaster, dan Kebutuhan Anggaran

Selain identik dengan analisis risiko dan skenario, rencana kontingensi penanggulangan krisis kesehatan juga identik dengan pemetaan kapasitas yang dimiliki. Pemetaan kapasitas perlu dilakukan agar kebijakan dan strategi sebagai rencana respons dapat lebih operasional sesuai dengan kemampuan kapasitas yang ada.

Langkah dalam penyusunan kebijakan dan strategi dalam rencana kontingensi penanggulangan krisis kesehatan dimulai dengan menelaah skenario dan kemudian mengidentifikasi masalah. Masalah bisa berasal dari analisis dampak yang berhubungan dengan kesehatan, masalah yang pernah terjadi pada bencana sebelumnya (pengalaman) atau pun dari *brainstorming*/ diskusi para penyusun. Masalah-masalah dapat diprioritaskan mulai dari yang paling krusial dan membutuhkan kebijakan cepat.

jdih.kemkes.go.id

Kebijakan dan strategi yang ditetapkan harus dapat mewujudkan pemberian hak masyarakat yang dijamin dalam undang-undang penanggulangan bencana yakni mendapatkan perlindungan sosial dan rasa aman khususnya bagi kelompok rentan, selain itu setiap orang yang terkena bencana berhak mendapat bantuan pemenuhan kebutuhan dasar. Oleh karena itu kebijakan dan strategi bidang kesehatan dalam penanganan bencana dan krisis kesehatan juga harus disandarkan pada standar pelayanan minimal situasi bencana bidang kesehatan.

1) Tujuan Menyusun Kebijakan dan Strategi
    1. Menentukan kebijakan dan strategi untuk merespons masalah yang terjadi sesuai skenario penting dilakukan agar sistem kesehatan yang terganggu oleh bencana dan krisis kesehatan dapat segera kembali normal dengan menggunakan sumber daya minimal. Detil penyusunan rencana kontingensi penanggulangan krisis kesehatan bermanfaat untuk respon cepat yang efektif dan efisien dalam menggunakan sumber daya. Oleh karena itu, setelah skenario dan asumsi dampak disusun maka rencana respons yang harus diberikan disusun dalam bentuk kebijakan dan strategi.
    2. Tujuan menyusun kebijakan dan strategi adalah:
        a. pedoman respons tanggap darurat bencana yang mungkin terjadi.
        b. merespon kejadian bencana yang mungkin terjadi dengan kebijakan dan strategi yang operasional.
        c. menyepakati bersama kebijakan dan strategi yang telah disusun.
        d. melatih tim penyusun rencana kontingensi, tim bencana, dan stakeholder yang terlibat mengenai respons tanggap darurat kejadian bencana yang mungkin terjadi.
    3. Agar dipahami oleh semua tim penyusun dan stakeholder yang akan melaksanakan rencana kontingensi penanggulangan krisis kesehatan, maka penyusunan kebijakan dan strategi harus diidentifikasi, ditentukan dan didiskusikan dengan pelaksana dan pengambil

jdih.kemkes.go.id

kebijakan. Tujuannya agar kebijakan dan strategi disepakati bersama dan lebih operasional.

2) Pengertian Kebijakan dan Strategi

Oreantasi kebijakan adalah keputusan dan perumusan dilakukan oleh manajemen tingkat atas. Sedangkan strategi beroreantasi pada tindakan yang dikemas dalam bentuk rencana aksi dan yang merumuskan dapat terdiri dari manajemen tingkat atas dan manajemen tingkat menengah.

Kebijakan adalah panduan dan aturan yang disusun untuk mengatur tindakan serta dasar rencana dalam pelaksanaan suatu tindakan. Dengan kata lain, kebijakan penanganan darurat bencana adalah arahan atau pedoman umum yang bersifat mengikat bagi para pihak yang terlibat sesuai dengan tugas dan fungsinya serta struktur komando/ klaster kesehatan dalam melaksanakan tugas pokok dan operasinya. Contoh kebijakan penanganan darurat bencana bidang kesehatan; menetapkan kerjasama dan koordinasi tim klaster kesehatan dinas kesehatan secara terencana dan menyeluruh, memberikan layanan kesehatan pada masyarakat terdampak, dan melakukan monitoring evaluasi penanganan krisis kesehatan.

Implementasi kebijakan dan strategi dapat digunakan untuk jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang. Oleh karena rencana kontingensi penanggulangan krisis kesehatan akan diaktifkan sesaat bencana terjadi hingga mendapat perbaharuan situasi yang sebenarnya dan berkembang menjadi rencana operasi maka implementasi kebijakan dan strategi rencana kontingensi adalah jangka pendek yang berisikan tindakan dan rencana aksi yang sederhana.

Sedangkan strategi adalah rencana aksi yang didisain untuk mencapai satu atau beberapa tujuan, salah satunya tujuan kebijakan. Dengan kata lain, strategi penanganan darurat bencana adalah pedoman pelaksanaan umum bagaimana kebijakan diimplementasikan selama operasi guna mencapai efektivitas kebijakan. Contoh strategi kebijakan menetapkan kerjasama dan koordinasi tim klaster kesehatan dinas kesehatan secara terencana dan menyeluruh; mengaktifkan sistem komando klaster kesehatan, melaksanakan rapat harian klaster kesehatan,

jdih.kemkes.go.id

meningkatkan kecepatan pengumpulan data informasi klaster kesehatan.

Prinsip perumusan kebijakan meliputi:

1. Kebijakan adalah dasar untuk pelaksanaan respons tanggap darurat.
2. Kebijakan harus mengacu pada norma dan dipastikan tidak bertentangan dengan norma tersebut baik lokal, nasional, dan internasional.
3. Kebijakan dirumuskan dengan mengakomodasi peran-aktif pemerintah, LSM, badan-badan internasional, masyarakat dan dunia usaha.
4. Kebijakan disepakati oleh semua pihak.
5. Kebijakan dibuat spesifik untuk menangani dampak yang diasumsikan pada skenario.
6. Kebijakan harus dapat dicapai dengan mempertimbangkan sumberdaya yang ada seperti ketersediaan personil, logistik, peralatan yang ada.
7. Kebijakan harus cukup fleksibel dan memberikan ruang untuk mencapai solusi penanganan tanggap darurat yang operasional dan optimal.

Prinsip perumusan strategi meliputi:

1. Strategi dibuat agar kebijakan dapat lebih mudah dijalankan.
2. strategi respons tanggap darurat dilaksanakan oleh masing-masing sub-sub klaster/ tim bencana.
3. Strategi disepakati oleh semua pihak
4. Strategi harus spesifik untuk menangani dampak yang diasumsikan muncul pada skenario.

3) Cara Menyusun Kebijakan dan Strategi

Mengidentifikasi masalah merupakan langkah utama untuk menyusun kebijakan dan strategi penanganan tanggap darurat sesuai dengan skenario dan asumsi dampak. Masalah dapat diidentifikasi dari dampak yang telah prediksi, misalnya masalah pada aspek kependudukan, masalah pada aspek kesehatan, masalah pada aspek fasilitas, pemerintahan, dan lingkungan yang berdapak pada kesehatan atau sistem kesehatan, termasuk masalah

jdih.kemkes.go.id

koordinasi, kurangnya kapasitas sumber daya, dan masalah krisis kesehatan lainnya.

Berikut ini contoh identifikasi masalah dari skenario yang dikembangkan di bab sebelumnya:

Tabel 2.6 Contoh identifikasi masalah dari skenario

Skenario	Daftar Masalah
Pada hari Jum'at tanggal 28 September 20xx, jam 18.02. WITA, telah terjadi Gempa Bumi dengan skala 7.4 SR. Pusat gempa berada di 26 km Utara Donggala dan 80 km Barat laut Kota Palu dengan kedalaman 10 km yang diikuti dengan Tsunami yang melanda pantai barat Pulau Sulawesi, Indonesia dan Likuifaksi. Guncangan gempa bumi tersebut dirasakan di Kabupaten Donggala, Kota Palu, Kabupaten Parimo, Kabupaten Sigi, Kabupaten Poso, Kabupaten Toli Toli, Kabupaten Mamuju bahkan hingga Kota Samarinda, Kota Balikpapan dan Makassar. Gempa tersebut memicu terjadinya Tsunami hingga ketinggian 5 M di Kota Palu, dan menimbulkan terjadinya likuifaksi di beberapa titik lokasi yaitu di Kelurahan Balaroa, Kelurahan Petobo dan Desa Jono Oge.	-
Gempa mengakibatkan ribuan warga panik dan berusaha menyelamatkan diri. Dampak dari gempa bumi, tsunami dan likuifaksi tersebut yakni total korban jiwa 4.402 jiwa, meninggal 2.665 jiwa, hilang 701 jiwa. Selanjutnya total pengungsi 172.999 jiwa tersebar di lebih dari 100 titik pengungsian.	- Banyak korban jiwa yang meninggal dan hilang serta mengalami luka berat dan ringan. - …. - …. - ….
Gempa juga berdampak pada fasilitas-fasilitas kesehatan dan pemerintahan, dimana 9 puskesmas terdampak rusak berat dari 4 kabupaten, 1 rumah sakit rusak berat dan 17 pustu rusak berat.	- Faskes terkena dampak langsung bencana sementara banyak korban jiwa yang butuh pertolongan - …. - …. - ….

jdih.kemkes.go.id

Skenario	Daftar Masalah
Tenaga kesehatan juga menjadi korban akibat bencana.	- Banyak tenaga kesehatan yang menjadi korban - …. - ….
Sarana prasarana yang tidak berfungsi yakni listrik padam, komunikasi terputus, dan alat transportasi yang tidak dapat berfunngsi sebagaimana mestinya.	- Sarana prasana terputus sekitar 4 hari yaitu listrik padam, komunikasi terputus, saran air bersih terganggu, dan alat transportasi tidak berfungsi krn BBM terbatas. - Akses jalan terputus terkhusus di daerah terdampak terisolir . - …. - ….
Selama masa tanggap darurat banyak korban bencana terkena penyakit diare di titik pengungsian.	- Muncul penyakit diare di beberapa titik pengungsian - …. - ….
Sehingga Gubernur Daerah Provinsi Sulawesi Tengah menetapkan Status Tanggap Darurat selama 14 hari sejak tanggal 28 September.	- Koordinasi belum berjalan dengan baik pada satu minggu pertama kejadian bencana - Satu minggu pertama kejadian pengaturan relawan yang datang belum terkoordinir dengan baik, beberapa relawan tidak melapor ke kedatangan dan kepulangan ke Klaster Kesehatan - ……

Sumber: Dokumen Dinkes Disaster Plan Dinas Kesehatan Provinsi Sulteng revisi 1 tahun 2020

Daftar masalah membantu tim penyusun untuk menentukan kebijakan dan strategi untuk mengatasinya dengan mempertimbangkan kemampuan kapasitas yang dimiliki, kecepatan waktu, dan operasionalitas. Pindahkan daftar masalah ke tabel kebijakan dan strategi seperti contoh di bawah ini.

jdih.kemkes.go.id

Tabel. 2.7 Contoh Kebijakan dan Strategi

No	Identifikasi Masalah	Kebijakan	Strategi
1.	Banyak korban jiwa yang meninggal dan hilang serta mengalami luka berat dan ringan.	Setiap korban meninggal dan luka berat ditangani sesuaiprosedur	• Berkoordinasi dengan DVI • Menetapkan rumah sakit rujukan • Mobilisasi EMT mobile dan EMT fixke lokasi
2	Fasilitas kesehatan terkena dampak langsung bencana sementara banyak korban jiwa yang butuh pertolongan	Memastikan fungsi fasilitas kesehatan tetap berjalan	• Mendirikan Pos kesehatan dan rumah sakit lapangan di titik-titik kritis untuk triase dan pertolongan awal • Menetapkan rumah sakit rujukan • Membangun pos kesehatan di pengungsian • Mendistribusikan relawan kesehatan/EMT ke fasilitas kesehatan yang terdampak untuk mendukung layanan kesehatan tetap berjalan
3	Banyak tenaga kesehatan yang menjadi korban	Memastikan fungsi jabatan tenaga kesehatan yang menjadi korban tetap berjalan	• Mengidentifikasi jumlah tenaga kesehatan yang di butuhkan • Meminta tenaga kesehatan dari luar daerah seperti tenaga relawan/ rilis permintaan bantuan tenaga kesehatan, relawan kesehatan • Mendistribusikan relawan kesehatan/EMT ke fasilitas kesehatan yang terdampak untuk mengantikan fungsi tenaga kesehatan yang terdampak
4	Sarana prasan aterputus sekitar 4hari yaitu listrik padam, komunikasi terputus, saran ai bersih terganggu, dan alat transportasi	Memastikan pelayanan tetap berjalan menggunakan sarana alternatif lainnya. Misalnya genset	• Koordinasi untuk perbaikan jaringan listrik yang rusak dengan PLN • Koordinasi jaringan komunikasi yang rusak dengan Dinas Informatika • Koordinasi pengadaan air bersih ditempat pengungsian

jdih.kemkes.go.id

No	Identifikasi Masalah	Kebijakan	Strategi
	tidak berfungsi krn BBM terbatas.		• Koordinasi pengadaan stok BBM oleh pihak pertamina
5	Akses jalan terputus terkhusus di daerah terdampak terisolir.	Masyarakat terisolir yang terkena dampak bencana harus mendapatkan pelayanan kesehatan secepat mungkin.	• Koordinasdi perbaikan akses oleh PU • Koodinasi dengan pihak TNI AU untuk menyiapkan sarana transportasi udara ke daerah yang terisolir untuk melakukan layanan kesehatan • Menetapkan rumah sakit rujukan terdekat • Mobilisasi EMT mobile dan EMT fix ke lokasi
6	Muncul penyakit diare di beberapa titik pengungsian	Memastikan penderita diare mendapatkan pengobatan	• Sub Klaster melakukan pelayanan kesehatan di titik pengungsian sesuai dengan fungsinya
7	Koordinasi belum berjalan dengan baik pada satu minggu pertama kejadian bencana.	Ada sistem komando yang jelas	• Mengaktifkan sistem komando tim bencana kesehatan yang sudah ditentukan atau tim klaster kesehatan • Mengaktifkan klaster kesehatan

Pada tahap penentuan respons tanggap darurat untuk rencana kontingensi penanggulangan krisis kesehatan ini, tim penyusun harus terus melakukan brainstorming, diskusi dan koreksi, termasuk konsultasi dengan para pengambil keputusan setingkat bidang dan seksi. Diskusi dengan lintas sektor yang terlibat dan pakar juga penting untuk dilakukan agar masalah, kebijakan dan strategi yang ditentukan menjadi lebih detil mendekati situasi yang sebenarnya akan terjadi serta memprediksi segala ketidakpastian terburuk yang mungkin terjadi.

jdih.kemkes.go.id

BAB III
TENAGA CADANGAN KESEHATAN DAN *EMERGENCY MEDICAL TEAM* (EMT)

A. KONSEP TENAGA CADANGAN KESEHATAN

Tenaga cadangan kesehatan adalah sumber daya manusia (tim atau perorangan) baik nakes maupun non nakes yang disiapkan (registrasi dan pembinaan) dalam kondisi pra-krisis kesehatan untuk dimobilisasi pada situasi darurat krisis kesehatan (alam, non alam, sosial) dalam rangka memperkuat kapasitas tenaga kesehatan dan program kesehatan di wilayah terdampak.

Tenaga cadangan kesehatan berlatar belakang non kesehatan, contohnya berasal dari Karang Taruna, Pramuka Saka Bhakti Husada, Korps Suka Rela/KSR PMI, tenaga sukarela/TSR PMI, mahasiswa, dan masyarakat umum lainnya.

Tenaga cadangan kesehatan tim maupun perorangan dapat mendaftar secara sukarela maupun *mandatory*. Untuk *mandatory* yaitu: 1) Penugasan oleh institusi pemerintah (contoh: TNI, POLRI, RS pemerintah, institusi pendidikan negeri); atau 2) Penugasan berdasarkan MoU dengan pemerintah oleh institusi swasta/organisasi kemasyarakatan yang berbadan hukum atau oleh organisasi profesi yang diakui oleh pemerintah.

Registrasi tenaga cadangan kesehatan dilakukan melalui aplikasi berbasis website https://tenagacadangankesehatan.kemkes.go.id/. Dinas kesehatan kabupaten/ kota dan provinsi maupun Kementerian Kesehatan dapat mengakses *database* tersebut untuk digunakan pada saat wilayahnya terdampak krisis kesehatan dan membutuhkan dukungan tenaga cadangan kesehatan untuk penanganan saat tanggap darurat.

Tenaga cadangan kesehatan yang sudah melakukan proses registrasi selanjutnya akan dilakukan kredensialing untuk menilai apakah calon tenaga cadangan tersebut memenuhi persyaratan yang ditetapkan dan menentukan level kompetensi yang dimiliki. Bagi tenaga cadangan yang sudah melakukan registrasi dan lolos kredensialing, dilakukan pengklasifikasian/*leveling* berdasarkan tingkat kompetensi (*pre-elementary*, dasar, menengah, dan mahir) di mana *leveling* ini menjadi dasar bagi program pembinaan.

Pembinaan tenaga cadangan dilakukan dalam bentuk pendidikan, pelatihan, *workshop*, seminar, lokakarya, simulasi, *Table Top exercise* sesuai dengan klasifikasi/*leveling* yang telah ditetapkan. Selain itu juga melalui pemberian penghargaan/*reward* serta pemeriksaan kesehatan secara berkala (*self assessment* dan/atau pemeriksaan tenaga medis).

jdih.kemkes.go.id

Saat terjadi darurat krisis kesehatan, tenaga cadangan akan mendapatkan notifikasi dan penetapan mobilisasi dilakukan oleh koordinator klaster kesehatan daerah terdampak.

Pada kondisi darurat krisis kesehatan di mana terjadi kekurangan jumlah tenaga kesehatan, diberlakukan aturan khusus administrasi bagi Tenaga Cadangan Kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

B. PRINSIP TENAGA CADANGAN KESEHATAN

1. Wajib menjalankan prinsip-prinsip asas kemanusiaan, netralitas, berfokus pada keselamatan pasien/korban, proporsional, akuntabel, independen, dan imparsial.
2. Mencegah terjadinya *sexual and gender based violence* (SGBV) atau kekerasan seksual dan berbasis *gender.*
3. Tenaga kesehatan harus melaksanakan kode etik sesuai dengan aturan yang ditetapkan oleh organisasi profesi masing-masing.
4. Harus memenuhi persyaratan kecukupan tim secara mandiri selama penugasan yang mencakup akomodasi, transportasi, pangan, suplai listrik, pengelolaan limbah domestik, dan air bersih.
5. Patuh dan taat pada SOP yang ditetapkan.
6. Bersikap professional.
7. Bersikap jujur dan bertanggung jawab.
8. Bersikap saling menghormati.
9. Bersikap ramah.
10. Menghindari konflik kepentingan pribadi, kelompok maupun golongan.
11. Tidak boleh melakukan tindakan kriminal.
12. Memberikan pelayanan dengan empati, hormat dan santun tanpa pamrih serta tanpa unsur pemaksaan.
13. Memberikan pelayanan secara cepat, tepat, terbuka dan adil serta tidak diskriminatif.
14. Menghargai norma budaya dan adat istiadat lokal.

jdih.kemkes.go.id

C. REGISTRASI TENAGA CADANGAN KESEHATAN

Registrasi merupakan salah satu tahapan dalam proses menjadi Tenaga Cadangan Kesehatan. Calon Tenaga yang akan menjadi Tenaga Cadangan Kesehatan wajib melakukan pendaftaran secara daring/*online* dengan persyaratan yang sudah ditentukan. Registrasi dilakukan pada tahap pra-krisis kesehatan. Setelah melakukan registrasi, Tenaga Cadangan Kesehatan melakukan *self assessment* untuk kesehatan fisik dan mental (format terlampir). Hasil *self assessment* kesehatan fisik menjadi *awareness* bagi catatan kesehatan fisik Tenaga Cadangan Kesehatan. Sedangkan hasil *self assessment* kesehatan mental menjadi persyaratan yang harus dipenuhi. Tenaga Cadangan Kesehatan yang telah memenuhi persyaratan, otomatis akan mendapatkan kartu elektronik yang berisi data-data dari Tenaga Cadangan Kesehatan tersebut.

Untuk tenaga cadangan individu, registrasi dilakukan oleh masing-masing individu. Sedangkan registrasi tenaga cadangan yang berupa tim dapat dilakukan oleh ketua tim/anggota tim/organisasi pengampu.

Kredensialing bagi tenaga cadangan yang bersifat mandatory dilakukan oleh institusi/organisasi pengampu sebelum melakukan registrasi. Sedangkan kredensialing bagi tenaga cadangan yang bersifat sukarela dilakukan secara elektronik dan manual (bila diperlukan) yang dilakukan oleh Sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI) dan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) setelah tenaga cadangan melakukan registrasi. Update data dilakukan secara mandiri oleh tenaga cadangan setiap tahun atau bila ada perubahan data melalui aplikasi yang sama saat registrasi.

I. Persyaratan

Tenaga kesehatan dan non kesehatan yang akan bergabung ke dalam Program Tenaga Cadangan Kesehatan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut.

a. Warga Negara Indonesia (WNI)
b. Laki-Laki dan Perempuan
c. Usia 18 – 65 Tahun
d. Memiliki BPJS kesehatan atau ketenagakerjaan yang masih aktif atau asuransi kesehatan lainnya.
e. Pernyataan bersedia ditugaskan sebagai relawan.
f. Pernyataan telah mendapat izin dari institusi tempat bekerja.
g. Pernyataan telah mendapat izin dari pasangan (bila sudah menikah) atau izin orang tua/wali (bila belum menikah).
h. Kontak darurat (nama, nomor telepon) dan hubungan kekerabatan. Nama kontak harus sama dengan nama pemberi izin pada poin 7.

jdih.kemkes.go.id

i. Pernyataan telah mendapat izin dari pimpinan institusi akademi (bagi mahasiswa(i)).

j. Sehat mental (online assessment saat registrasi).

k. Untuk tenaga cadangan yang registrasi mandatory, ada pernyataan penugasan oleh institusi pemerintah (contoh: TNI, POLRI, RS pemerintah, institusi pendidikan negeri), atau penugasan berdasarkan MoU dengan pemerintah oleh institusi swasta/organisasi kemasyarakatan yang berbadan hukum atau oleh organisasi profesi yang diakui oleh pemerintah.

l. Persyaratan tambahan khusus Nakes:

1) Usia 20 – 65 tahun atau sesuai penunjukan oleh Pusat Krisis Kesehatan.

2) Memiliki STR atau sertifikat kompetensi yang masih aktif sesuai kompetensi.

II. Formulir Registrasi

Terdapat beberapa formulir yang tersedia untuk registrasi tenaga cadangan diantaranya formulir sukarela individu nakes, formulir sukarela individu non nakes, formulir tim sukarela, dan formulir *mandatory.*

a. Formulir Sukarela Individu Nakes

Tenaga kesehatan yang mendaftar sebagai Tenaga Cadangan Kesehatan wajib mengisi form registrasi yang memuat jenis tenaga cadangan, identitas, asal organisasi, jenis profesi, dan kompetensi meliputi.

1) Nama
2) Nomor Induk Kependudukan (NIK)
3) Jenis Kelamin
4) Umur dan tanggal lahir
5) Alamat
6) Asal Organisasi
7) Nomor BPJS/Asuransi Kesehatan lainnya
8) Nomor BPJS Ketenagakerjaan (opsional)
9) Jenis Tenaga Kesehatan
10) Kompetensi tambahan lain yang dimiliki
11) Dokumen Kompetensi (opsional bagi yang tidak terdata di SISDMK)
12) Pernyataan pelatihan yang telah diikuti
13) Pernyataan pengalaman keikutsertaan dalam penanggulangan bencana
14) Pernyataan telah mendapat izin dari pasangan (bila sudah menikah) atau izin orang tua/wali (bila belum menikah)

jdih.kemkes.go.id

15) Kontak darurat (nama, nomor telepon) dan hubungan kekerabatan. Nama kontak harus sama dengan nama pemberi izin pada poin 14.
16) Jenis kompetensi lain yang juga dimiliki (bisa lebih dari satu), yaitu:
    a) *Tracing* (pelacak kontak erat)
    b) Teknisi radio komunikasi
    c) Promosi kesehatan
    d) Manajemen data dan informasi
    e) Kehumasan (antara lain pengelola media sosial pada situasi darurat krisis kesehatan)
    f) Pengemudi (ambulans, mobil jenazah, truk logistik, bus, dll)
    g) Administrasi
    h) Psychological First Aid
    i) Pemulasaraan jenazah
    j) Logistik
    k) Kesehatan lingkungan
    l) Medical first aid
    m) Medical record
    n) Manajerial
    o) Rapid Health Assessment (RHA)

Bagi tenaga kesehatan yang tidak ter-kredensialing secara otomatis dalam sistem maka akan dilakukan kredensialing secara manual oleh sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI) dan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).

b. Formulir Sukarela Individu Non Nakes

Tenaga kesehatan sukarela non nakes yang mendaftar sebagai Tenaga Cadangan Kesehatan diwajibkan mengisi form registrasi yang memuat jenis tenaga cadangan, identitas, asal organisasi, dokumen perizinan, jenis profesi dan kompetensi meliputi:

1) Nama
2) Nomor Induk Kependudukan (NIK)
3) Jenis kelamin
4) Umur dan tanggal lahir
5) Alamat
6) Asal Organisasi
7) Nomor BPJS/Asuransi Kesehatan Lainnya
8) Nomor BPJS Ketenagakerjaan (opsional)
9) Pernyataan telah mendapat izin dari pasangan (bila sudah menikah) atau izin orang tua/wali (bila belum menikah)

jdih.kemkes.go.id

10) Kontak darurat (nama, nomor telepon) dan hubungan kekerabatan. Nama kontak harus sama dengan nama pemberi izin pada poin 9.
11) Pernyataan pelatihan yang telah diikuti
12) Pernyataan pengalaman keikutsertaan dalam penanggulangan bencana
13) Jenis kompetensi yang dipilih (bisa lebih dari satu), seperti:
    a) *Tracing* (pelacak kontak erat)
    b) Teknisi radio komunikasi
    c) Promosi kesehatan
    d) Manajemen data dan informasi
    e) Kehumasan (antara lain pengelola media sosial)
    f) Pengemudi (ambulans, mobil jenazah, truk logistik, bus, dll)
    g) Administrasi
    h) Psychological first aid
    i) Pemulasaraan jenazah
    j) Logistik
    k) Kesehatan lingkungan
    l) Medical first aid
    m) Medical record
    n) Manajerial
    o) Rapid Health Assessment (RHA)

c. Formulir Tim Sukarela

Selain mendaftar sebagai individu, Tenaga Cadangan Kesehatan juga bisa mendaftar dalam bentuk tim dari instansi dan lembaga yang berbadan hukum atau organisasi masyarakat yang diakui pemerintah. Dimana tim wajib mengisi formulir tim sukarela yang memuat:

1) Nama institusi/lembaga pengampu
2) Nomor registrasi institusi/lembaga/organisasi masyarakat di Kementerian Hukum dan HAM
3) Alamat sekretariat
4) Nama koordinator (Ketua)
5) Nomor telepon koordinator
6) Nama pembina (penanggung jawab tim)
7) Nomor telepon pembina (penanggung jawab tim)
8) Jenis kompetensi dan jumlahnya
9) Jumlah anggota tim yang bertugas
10) Uraian nama anggota tim dengan melengkapi kompetensi dan STR

jdih.kemkes.go.id

11) Surat tugas yang ditandatangani oleh pejabat/pimpinan yang berwenang

d. Formulir *Mandatory*

Penugasan yang berasal bersifat *mandatory* dapat mengisi formulir yang memuat data:

1) Nama institusi/lembaga pengampu
2) Nomor registrasi institusi/lembaga/organisasi masyarakat di Kementerian Hukum dan HAM
3) Alamat sekretariat
4) Nama ketua/koordinator
5) Nomor telepon ketua/koordinator
6) Nama pembina (penanggung jawab tim)
7) Nomor telepon pembina (penanggung jawab tim)
8) Jenis kompetensi dan jumlahnya
9) Nomor MoU dengan Kemenkes (opsional untuk organisasi masyarakat/ lembaga/institusi non pemerintah)
10) Jumlah anggota tim yang bertugas
11) Uraian nama anggota tim dengan melengkapi kompetensi dan/atau STR

III. Prosedur Registrasi

Langkah-langkah yang harus dilakukan oleh tenaga cadangan untuk proses registrasi sebagai berikut.

a. Menyiapkan persyaratan yang diperlukan.
b. Menggunakan aplikasi berbasis internet untuk registrasi yang dapat diakses pada alamat *website* https://tenagacadangankesehatan.kemkes.go.id/
c. Mengikuti alur proses registrasi sesuai tahapan yang sudah ditentukan dalam *website* tersebut

jdih.kemkes.go.id



Gambar 3.1 Alur registrasi Tenaga Cadangan Kesehatan

Catatan:

Pendaftar juga mengisi jenis Tenaga Cadangan Kesehatan yang akan menjadi spesialisasinya, yang telah dikelompokkan berdasarkan klaster kesehatan, yaitu sebagai berikut:

Tabel 3.1 Jenis Tenaga Cadangan Kesehatan

No	Klaster Kesehatan	Tenaga Cadangan	
		Nakes	Nakes dan Non Nakes
1.	Koordinator	• pejabat/tenaga kesehatan yang ditunjuk sebagai coordinator	• manajerial • *disaster health manager* • petugas administrasi • petugas registrasi
2.	Tim data, informasi, dan surveilans	• pengelola data dan informasi • petugas *rapid health assessment* (RHA) • surveilans	• manajemen data dan informasi • kehumasan (pengelola media sosial, dst) • teknisi radio komunikasi
3..	Tim Logistik	• tenaga kefarmasian • tenaga teknis kefarmasian • apoteker • elektromedis	• ahli manajemen logistik • pengemudi • pengelola gudang • porter
4.	Sub Klaster Promosi Kesehatan	• pengelola program promosi kesehatan • tenaga kesehatan masyarakat	• tenaga promosi kesehatan
5.	Sub Klaster Pengendalian Penyakit dan	• tenaga kesehatan masyarakat	• tenaga sanitasi/ kesehatan lingkungan • tenaga *tracing*

No	Klaster Kesehatan	Tenaga Cadangan	
		Nakes	Nakes dan Non Nakes
	Kesehatan Lingkungan	• analis laboratorium • tenaga kesehatan lingkungan • surveilans • epidemiolog • entomolog • sanitarian • tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) • nakes lainnya (tergantung kepada jenis pandeminya)	• pemulasaran jenazah
6.	Sub Klaster Pelayanan Kesehatan	• tenaga medis • tenaga keperawatan • tenaga kebidanan • tenaga keterapian fisik • tenaga keteknisian medis • tenaga kesehatan tradisional • tenaga teknik biomedik • radiographer • analis laboratorium • radiographer	• *medical first aid* • petugas administrasi • petugas registrasi • pemulasaran jenasah • pengemudi ambulans • pengemudi mobil jenazah
7.	Sub Klaster Pelayanan Gizi	• dokter ahli gizi • tenaga gizi	• petugas administrasi
8.	Sub Klaster Kesehatan Jiwa	• tenaga psikologi klinis • psikiater • psikolog • perawat kesehatan jiwa	• *Psychological First Aid*
9.	Sub Klaster Kesehatan Reproduksi	• tenaga kebidanan • dokter spesialis obgyn • tenaga keperawatan	• petugas administrasi
10.	Sub Klaster DVI	• kedokteran forensik • dokter gigi	• petugas administrasi

jdih.kemkes.go.id

D. PEMBINAAN TENAGA CADANGAN KESEHATAN

Pembinaan sangat penting dalam meningkatkan kapasitas Tenaga Cadangan Kesehatan dan memastikan mereka siap untuk dimobilisasi pada kondisi krisis kesehatan. Pada situasi krisis kesehatan, masalah yang terjadi bukan karena kurangnya sumber daya kesehatan tetapi karena lemahnya koordinasi antar profesi kesehatan dalam manajemen krisis kesehatan. Oleh karena itu, selain kompetensi sesuai profesi masing-masing, dibutuhkan kompetensi tambahan mengenai *disaster health management*/manajemen krisis kesehatan. Hal ini untuk menjamin agar pelaksanaan penanggulangan krisis kesehatan terkoordinasi dengan baik di lapangan karena tenaga cadangan kesehatan mampu memahami posisi, tugas, dan fungsinya di klaster kesehatan, serta mampu berkoordinasi dan berkolaborasi baik di internal tim maupun dengan tim lain.

Pembinaan terkait keprofesian Tenaga Cadangan Kesehatan dilakukan oleh organisasi profesi masing-masing. Sedangkan pembinaan terkait dengan manajemen krisis kesehatan merupakan tanggung jawab Kemenkes, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, dan organisasi pengampu.

Pembinaan Tenaga Cadangan Kesehatan dilakukan dengan tahapan: identifikasi level kompetensi manajemen krisis kesehatan, pengembangan kompetensi melalui pelatihan dan pendidikan, dan monitoring status kesehatan secara berkala. *Levelling* kompetensi terdiri dari:

a. Level 0: sudah teregistrasi.
b. Level 1: mampu berkoordinasi di dalam timnya dan bisa berkoordinasi dengan tim lain.
c. Level 2: sudah memenuhi level 1 dan mampu berkoordinasi dengan klaster kesehatan di daerah terdampak.
d. Level 3: sudah memenuhi level 2, serta mampu menjadi pendamping di Klaster Kesehatan/ HEOC.

I. Identifikasi Level Kompetensi Manajemen Krisis Kesehatan

Identifikasi level kompetensi manajemen krisis kesehatan dilakukan sebagai dasar untuk melakukan tahapan pembinaan.

a. Standar Kompetensi Manajemen Krisis Kesehatan

Standar kompetensi manajemen krisis kesehatan bagi Tenaga Cadangan Kesehatan untuk penanganan darurat krisis kesehatan terdiri dari kompetensi inti, khusus dan penunjang.

1) Kompetensi Inti

Kompetensi inti adalah yang harus dimiliki oleh semua Tenaga Cadangan Kesehatan yang sudah teregistrasi. Materi yang diajarkan meliputi:

jdih.kemkes.go.id

a) Kebijakan manajemen bencana dan krisis kesehatan di Indonesia (pengorganisasian, SPM, dan kebijakan lainnya)
b) Konsep dasar manajemen bencana dan krisis kesehatan (*All hazard* berdasarkan *Health Emergency and Disaster Risk* dari WHO 2021 dan *Disaster logic model* oleh Prof Marvin)
c) Jenis-jenis perencanaan bencana (rencana penanggulangan krisis kesehatan, rencana kontingensi, rencana operasi, dan rencana pemulihan)
d) Penerapan keamanan dan keselamatan selama melakukan operasi tugas di daerah bencana
e) Rapid Health assessment (RHA)
f) Pelaksanaan registrasi, laporan harian, laporan akhir tugas ke klaster kesehatan
g) Kepemimpinan dalam bencana dan krisis kesehatan (*incident command system*)
h) Operasionalisasi Health Emergency Operation Center (HEOC)/Klaster Kesehatan.

2) Kompetensi Penunjang

Kompetensi penunjang adalah materi pelatihan tambahan sebagai pelengkap kompetensi inti. Materi kompetensi penunjang sebagai berikut.

a) Komunikasi efektif dalam bencana dan krisis kesehatan
b) Penyusunan peta respons
c) Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan (SIPKK)
d) Pemberdayaan masyarakat untuk krisis kesehatan
e) Penilaian kerusakan dan kerugian bidang kesehatan pascabencana/Kajian Kebutuhan Pasca Bencana (Jitupasna) Bidang Kesehatan
f) Analisis risiko dengan berbagai instrumen (identifikasi *hazard*, menghitung dampak dan menganalisis risiko).

3) Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus adalah kompetensi pilihan. Tidak menjadi dasar untuk *leveling*. Pilihan materi sebagai berikut.

a) *Tracing* (pelacak kontak erat)
b) Radio komunikasi
c) Penggerak masyarakat untuk kesehatan (petugas yang diharapkan hadir di pengungsian dan komunitas terdampak, yang bertugas untuk menjadi penggerak/motivator kegiatan kesehatan masyarakat, bekerjasama dengan *stakeholder* di wilayah terdampak serta profesi kesehatan lainnya)

jdih.kemkes.go.id

d) Manajemen data dan informasi bencana (petugas data dan informasi)
e) Pengelola media sosial di situasi krisis
f) Pengemudi ambulans
g) Administrasi
h) *Psychological First Aid*
i) Pemulasaraan jenazah
j) Logistik
k) Pengelola limbah (medis dan domestik)
l) Teknik Dekontaminasi
m) *Medical first aid*
n) *Medical record.*

b. Level Kompetensi Manajemen Krisis Kesehatan

Level kompetensi yang dimiliki tenaga cadangan kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan kompetensi manajemen bencana kesehatan dari tenaga cadangan tersebut. Untuk setiap level Tenaga Cadangan Kesehatan terdapat kompetensi yang harus sudah diikuti oleh tenaga cadangan tersebut, sesuai tabel di bawah ini.

Tabel 3.2 Level Tenaga Cadangan Kesehatan

LEVEL	DESKRIPSI LEVEL	KEBUTUHAN PEMBINAAN
0 (*Pre-elementary*)	Telah melakukan registrasi dan lulus kredensialing Belum pernah mengikuti pelatihan dan tidak memiliki pengalaman kebencanaan	• Briefing Manajemen Bencana • *Basic Life Support (BLS)*
1 (Dasar)	Telah mengikuti pelatihan/kompetensi level 0 dan/atau telah memiliki pengalaman bencana	**Pelatihan Inti** 1) Kebijakan manajemen krisis kesehatan di Indonesia 2) Konsep dasar manajemen bencana dan krisis kesehatan 3) *Rapid Health assessment* (RHA) 4) Pelaksanaan registrasi, laporan harian dan laporan

jdih.kemkes.go.id

LEVEL	DESKRIPSI LEVEL	KEBUTUHAN PEMBINAAN
		akhir tugas ke klaster kesehatan.
2 (Menengah)	• Telah mengikuti pelatihan level dasar • Memiliki pengalaman ikut pelatihan/simulasi terkait kebencanaan, atau • Pernah berpartisipasi aktif dalam kegiatan-kegiatan *non emergency* (pra-bencana)	**Pelatihan Inti** 1) Jenis-jenis perencanaan bencana 2) Penerapan keamanan dan keselamatan selama melakukan operasi tugas di daerah bencana 3) Kepemimpinan dalam bencana dan krisis kesehatan (*incident command system*) 4) Operasionalisasi HEOC/ klaster kesehatan **Pelatihan Penunjang (Pilihan):** 1) *Tracing* (pelacak kontak erat) 2) Radio komunikasi 3) Penggerak masyarakat untuk kesehatan 4) Manajemen data dan informasi bencana
3 (Mahir)	• Memenuhi standar level menengah • Memiliki pengalaman dalam kedaruratan/bencana • Mempunyai kemampuan kepemimpinan pada situasi bencana (dilihat dari pengalaman dia menjadi koordinator tim, atau dari sertifikat pelatihan kepemimpinan)	Menyelesaikan semua kompetensi penunjang

jdih.kemkes.go.id

II. Pengembangan Kompetensi

a. Peningkatan Kapasitas

Penyelenggaraan peningkatan kapasitas terdiri dari pelatihan, *workshop*, dan seminar.

1) Pelatihan

Pelatihan merupakan salah satu bentuk peningkatan kapasitas yang diberikan kepada tenaga cadangan untuk menambah pengetahuan dan keterampilan terkait penanggulangan krisis kesehatan dalam rangka meningkatkan kinerja dan profesionalisme. Pelatihan dilaksanakan minimal 30 jam pembelajaran.

Pelatihan dapat dilakukan baik secara klasikal (pelatihan, kursus, seminar) maupun non klasikal (pelatihan jarak jauh, magang). Materi pelatihan disesuaikan dengan kompetensi yang harus dimiliki oleh anggota Tenaga Cadangan Kesehatan sesuai dengan level tenaga cadangan.

Pelatihan dilaksanakan oleh institusi pelatihan yang terakreditasi oleh Kementerian Kesehatan, yaitu lembaga diklat Kementerian Kesehatan, lembaga diklat pemerintah daerah, institusi perguruan tinggi, organisasi profesi, LSM/NGO.

Jenis pelatihan yang dibutuhkan untuk meningkatkan kapasitas dan kompetensi Tenaga Cadangan Kesehatan antara lain:

a) Level 0 (Pre-elementary)
   1. Pelatihan manajemen krisis kesehatan
   2. Pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD)/*Basic Life Support* (BLS)

b) Level 1 (Dasar)
   1. Pelatihan manajemen bencana/krisis kesehatan
   2. Pelatihan Kaji Cepat Masalah Kesehatan/*Rapid Health Assessment* (RHA)

c) Level 2 (Menengah)
   1. Pelatihan manajemen krsis kesehatan
   2. Pelatihan manajemen korban massal
   3. Pelatihan penyusunan peta respons
   4. Pelatihan penyusunan rencana kontingensi
   5. Pelatihan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan (SIPKK)
   6. Pelatihan Tim Reaksi Cepat (TRC)
   7. Table Top Exercise (TTx)
   8. Simulasi penanggulangan krisis kesehatan

jdih.kemkes.go.id

9. Analisis risiko dan pengurangan risiko krisis kesehatan
10. Penilaian kerusakan dan kerugian bidang kesehatan pascabencana (Jitu Pasna).

d) Level 3 (Mahir)

1. Pelatihan manajemen krisis kesehatan
2. Pelatihan penanggulangan krisis kesehatan akibat kimia, biologi, radiologi dan nuklir (KBRN)
3. Pelatihan penanggulangan krisis kesehatan akibat konflik sosial
4. Pelatihan kepemimpinan dalam kedaruratan/bencana
5. Pelatihan pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan krisis Kesehatan.

2) Pelatihan Tenaga Cadangan Kesehatan dilakukan dengan beberapa mekanisme antara lain:

a) Penyusunan dan pengembangan kurikulum terkait pelatihan penanggulangan krisis kesehatan:

1. Identifikasi dan integrasi kurikulum pelatihan terkait penanggulangan bencana dan krisis kesehatan yang dimiliki BNPB, Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan dan Pusat Krisis Kesehatan.
2. Menyusun kurikulum dan modul pelatihan Tenaga Cadangan Kesehatan sesuai kompetensi.

Tahapan kegiatan dalam penyusunan kurikulum antara lain:

1. Identifikasi dan penyusunan kompetensi peserta latih yang ingin dicapai untuk menjawab gap kompetensi
2. Menyusun draf kurikulum sesuai pedoman penyusunan kurikulum pelatihan bidang kesehatan
3. Menyusun rancang bangun program mata pelatihan (RBPMP),
4. Menyusun panduan penugasan sesuai metode pembelajaran yang ada di RBPMP
5. Menyusun bahan ajar atau modul pembelajaran
6. Menyusun soal-soal pre dan post test, uji sumatif, checklist uji keterampilan dan sikap/perilaku.
7. Penetapan/pengesahan kurikulum
8. Sosialisasi kurikulum pelatihan
9. Pelatihan bagi pelatih untuk implementasi kurikulum.

jdih.kemkes.go.id

b) Pengembangan sistem pelatihan

1. Membuat *e-learning* terkait kebencanaan dengan *reward* sertifikat, SKP, dan sebagainya. Termasuk Menyusun kurikulum pelatihan jarak jauh.
2. Menyiapkan *Learning Management System* (LMS) serta media pembelajaran pelatihan sesuai dengan kurikulum.

3. Pelatihan luring dilaksanakan oleh institusi pelatihan yang terakreditasi, bila institusi pelatihan belum terakreditasi maka bekerja sama dengan institusi pelatihan terakreditasi.

a) Workshop

Pertemuan ilmiah untuk meningkatkan kompetensi terkait peningkatan kinerja dan karir yang diberikan oleh pakar/praktisi. Fokus kegiatan ini untuk meningkatkan pengetahuan tertentu yang relevan dengan bidang tugas atau kebutuhan pengembangan karier dengan memberikan penugasan kepada peserta untuk menghasilkan produk tertentu selama kegiatan berlangsung dengan petunjuk praktis dalam penyelesaian produk (sumber: Pedoman Pengembangan Kompetensi PNS di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI).

b) *Seminar*

Pertemuan ilmiah untuk meningkatkan kompetensi terkait peningkatan kinerja dan karier yang diberikan oleh pakar/praktisi untuk memperoleh pendapat para ahli mengenai suatu permasalahan di bidang aktual tertentu yang relevan dengan bidang tugas atau kebutuhan pengembangan karier.

c) Sertifikasi

Peserta pelatihan yang telah mengikuti pelatihan dan lulus akan diberikan Sertifikat Pelatihan Digital yang diterbitkan oleh institusi yang terakreditasi melalui mekanisme yang telah diatur oleh Direktorat Peningkatan Mutu Nakes dan telah tercantum nilai Satuan Kredit Profesi (SKP) dari organisasi profesi.

3) Pendidikan

Dalam pengelolaan krisis kesehatan, Tenaga Cadangan Kesehatan merupakan komponen yang penting dan perlu disiapkan dengan sebaik mungkin. Salah satu strategi penyiapan Tenaga Cadangan Kesehatan dapat dilakukan

jdih.kemkes.go.id

dengan melibatkan mahasiswa pada Perguruan Tinggi bidang Kesehatan.

Untuk mencapai kompetensi tenaga cadangan pada Perguruan Tinggi bidang kesehatan telah disiapkan mata kuliah tersendiri yaitu mata kuliah Pengelolaan Krisis Kesehatan Pada Bencana, dengan jumlah beban satuan kredit semester/SKS sebesar 2 SKS terdiri dari 1 SKS teori dan 1 SKS praktek. Sementara itu muatan SKS mata kuliah tersebut memiliki muatan dasar dan umum sebesar 1,5 SKS dan muatan kekhususan prodi sebesar 0,5 SKS (kompetensi spesifik dari masing-masing prodi).

Mata kuliah ini memuat materi tentang prinsip-prinsip teoritis dan keterampilan dasar penanggulangan bencana. Fokus mata kuliah ini meliputi berbagai aspek yang terkait dengan penanggulangan bencana.

Kegiatan belajar mahasiswa berorientasi pada pencapaian kemampuan berpikir secara sistematis, komprehensif, dan kritis dalam mengaplikasikan konsep dan keterampilan dasar penanggulangan bencana. Kegiatan belajar dilakukan melalui kuliah, diskusi, penugasan, dan praktikum melalui pendekatan *Interprofessional Education* (IPE) dan *interprofessional Collaboration* (IPC).

Mata kuliah pengelolaan krisis kesehatan berupa materi umum (untuk semua jurusan), meliputi:

1. Dasar-dasar manajemen penanggulangan bencana (pengertian, jenis, dan karakteristik bencana, siklus penanggulangan bencana, perencanaan dalam penanggulangan bencana dan pengorganisasian penanggulangan di Indonesia).
2. Dampak bencana terhadap kehidupan masyarakat dan kesehatan masyarakat.
3. Dasar hukum/regulasi dalam penanggulangan bencana dan krisis kesehatan.
4. Basic life support (khusus untuk mahasiswa jurusan non keperawatan dan kebidanan, materi ini diberikan tetapi tidak mendalam).
5. Penanggulangan krisis kesehatan
    a. Pengurangan risiko kesehatan:
        1) Analisis risiko krisis kesehatan
        2) Mitigasi krisis kesehatan
        3) Upaya pengurangan risiko kesehatan

jdih.kemkes.go.id

4) Kesiapsiagaan
5) Sistem kewaspadaan dini.

b. Darurat Krisis Kesehatan:
1) *Rapid Health Assessment* (RHA)
2) Penyusunan rencana operasi darurat krisis kesehatan
3) Kegiatan operasional klaster kesehatan
4) Penanganan korban luka/trauma
5) Penanganan kesehatan pengungsi (air bersih dan sanitasi, sanitasi makanan dapur umum, pelayanan kesehatan dasar, surveilans, pengendalian penyakit menular/tidak menular, gizi darurat, *trauma healing*, kesehatan ibu hamil dan anak)
6) Sistem komando lapangan
7) Sistem komunikasi dan informasi kesehatan
8) Support system (manajemen perbekalan kesehatan; perbaikan dan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan darurat).

Catatan:

Point 4) dan 5) perlu tahu tetapi tidak mendalam. Ini akan menjadi materi spesifik di tiap jurusan.

c. Penanggulangan pascakrisis kesehatan (kesiapsiagaan menghadapi potensi munculnya KLB-Penyakit).

6. Simulasi penanggulangan krisis Kesehatan
a. Manajemen korban massal (penanganan *pre-hospital and hospital*). (jurusan: keperawatan, penata anestesi, *ostetis protetis*).
b. *Mental health and psychosocial support* (jurusan: keperawatan, psikologi kesehatan, akupunktur terapis, okupasi terapis).
c. Kesehatan lingkungan dalam situasi krisis kesehatan (jurusan kesehatan lingkungan).
d. Penanganan gizi darurat (jurusan gizi).
e. Kesehatan reproduksi dalam situasi krisis kesehatan (jurusan kebidanan).
f. Fasilitas pelayanan kesehatan aman untuk situasi krisis kesehatan dan bencana (jurusan teknik elektromedik dan jurusan radiologi).
g. Komunikasi dan informasi kesehatan (jurusan perilaku dan promosi kesehatan, jurusan rekam medik).

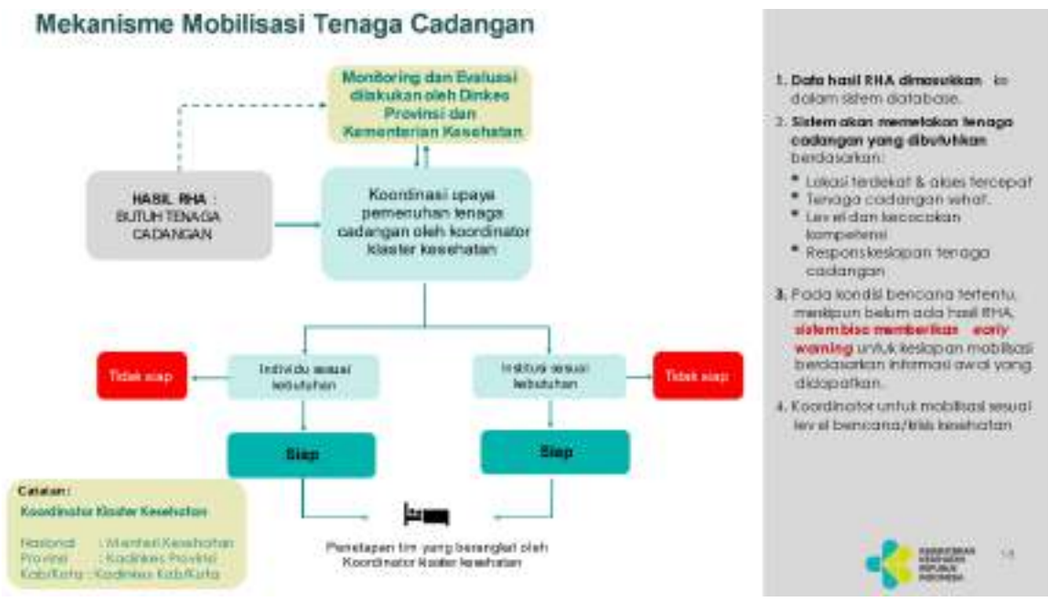
jdih.kemkes.go.id

III. Monitoring Kesehatan secara Berkala

Tenaga Cadangan Kesehatan diharapkan untuk selalu memeriksa kesehatan secara berkala baik fisik maupun mental. Hasil pemeriksaan tersebut dijadikan dasar untuk memperbaharui data status kesehatan di *website* Tenaga Cadangan Kesehatan. Data ini menjadi dasar bagi sistem untuk melakukan skrining saat kondisi darurat membutuhkan mobilisasi Tenaga Cadangan Kesehatan. Oleh karena itu, bila sedang dalam kondisi sakit, Tenaga Cadangan Kesehatan agar memperbaharui status kesehatannya di *website.*

Pemeriksaan kesehatan secara berkala dilakukan sekurang-kurangnya 6 bulan sekali melalui *self assessment* fisik (formulir 1) dan *self assessment* mental (formulir 2) menggunakan aplikasi yang tersedia dalam *website* Tenaga Cadangan Kesehatan. Bila memungkinkan, dapat melakukan jenis pemeriksaan kesehatan lainnya, antara lain: pemeriksaan fisik, tekanan darah, berat badan, tinggi badan, pemeriksaan laboratorium (kadar gula darah, profil lipid: kadar kolesterol, LDL, HDL, trigliserida), foto *rontgen* thorax

E. MOBILISASI



Gambar 3.2 Mekanisme Tenaga Cadangan Kesehatan

Pada situasi darurat krisis kesehatan, rekomendasi kebutuhan dibuat berdasarkan prediksi yang sudah diestimasikan sebelumnya dalam rencana kontingensi kesehatan yang diperkuat dengan situasi terbaru kondisi di lapangan dari hasil penilaian cepat kesehatan/*Rapid Heatlh Assessment* (RHA) yang dimasukkan ke dalam sistem informasi Tenaga Cadangan Kesehatan. Selanjutnya sistem akan memetakan tenaga cadangan yang potensial untuk dimobilisasi untuk menjadi dasar bagi

jdih.kemkes.go.id

Koordinator Klaster Kesehatan memilih dan menetapkan tenaga yang akan dimobilisasi.

Pada kondisi tertentu, sistem dapat memberikan peringatan dini pada para Tenaga Cadangan Kesehatan sebagai informasi kesiapsiagaan untuk dimobilisasi. Peringatan dini diberikan pada situasi ancaman krisis kesehatan sebagai berikut.

1. Gempa ≥ 6 Skala Richter.
2. Potensi tsunami sesudah terjadi gempa bumi.
3. Potensi intensitas curah hujan ekstrem (> 150 mm).
4. Level IV (status awas) untuk gunung berapi.

I. Persiapan Mobilisasi

Ketika terdapat kejadian yang diduga darurat krisis kesehatan di suatu daerah, maka Dinas Kesehatan setempat melakukan RHA untuk memastikan benar tidaknya terjadi kedaruratan serta dampak dari krisis kesehatan tersebut. Selain itu, secara simultan Dinas Kesehatan setempat mempersiapkan aktivasi rencana penanggulangan krisis kesehatan dan rencana kontingensi.

Setelah dipastikan terjadi darurat krisis kesehatan maka klaster kesehatan dan rencana penanggulangan krisis kesehatan diaktivasi serta disesuaikan dengan hasil RHA. Berdasarkan hasil RHA maka Koordinator Klaster Kesehatan akan mengidentifikasi kebutuhan mobilisasi Tenaga Cadangan dari luar wilayah terdampak. Klaster kesehatan di daerah terdampak terus melakukan RHA dan memperbaharui informasi perkembangan, termasuk kebutuhan Tenaga Cadangan Kesehatan.

Kementerian Kesehatan dan/atau dinas kesehatan provinsi secara simultan mempelajari profil kapasitas maksimum daerah terdampak, berdasarkan hasil asistensi/kajian risiko (yang telah dilakukan pada prakrisis kesehatan), serta informasi awal krisis kesehatan. Hal ini dilakukan untuk mengetahui prediksi kebutuhan awal sambil berkoordinasi untuk pemenuhan Tenaga Cadangan kesehatan.

Apabila dibutuhkan bantuan Tenaga Cadangan Kesehatan maka Koordinator Klaster Kesehatan kabupaten-kota/provinsi dan Kementerian Kesehatan melihat *dashboard* Tenaga Cadangan Kesehatan. *Dashboard* tersebut digunakan untuk men-*skrining* Tenaga Cadangan Kesehatan yang potensial dimobilisasi berdasarkan kebutuhan dari hasil RHA. Adapun Tenaga Cadangan Kesehatan yang diutamakan untuk dimobilisasi adalah Tenaga Cadangan Kesehatan yang terdekat dengan lokasi terdampak, memiliki akses tercepat,

jdih.kemkes.go.id

dalam kondisi sehat, memiliki kecocokan level dan kompetensi, serta siap untuk dimobilisasi. Koordinator Klaster Kesehatan menetapkan Tenaga Cadangan Kesehatan (organisasi pengampu dan/atau individu) yang memenuhi kriteria, untuk dapat dimobilisasi ke lokasi terdampak dengan prinsip akses terdekat, tercepat, dan aman. Koordinator klaster kesehatan dapat menambah jumlah Tenaga Cadangan yang dimobilisasi berdasarkan perkembangan situasi krisis kesehatan.

Tenaga Cadangan Kesehatan yang telah ditetapkan untuk dimobilisasi ke wilayah terdampak harus melapor pada dinas kesehatan di wilayah asal. Selain itu juga harus mendapatkan informasi sebagai berikut.

1. Kondisi terkini di lokasi bencana.
2. Kebutuhan pelayanan kesehatan maupun kebutuhan bantuan kesehatan lainnya di wilayah terdampak. Cara penghitungan kebutuhan SDM kesehatan saat krisis kesehatan dapat dilihat pada formulir 3-8.
3. Akses menuju lokasi terdampak.
4. Kondisi keamanan.

Tenaga Cadangan Kesehatan yang teregistrasi melalui suatu organisasi pengampu akan mendapatkan penjelasan (*briefing*) pra-penugasan dari organisasinya tersebut sebelum berangkat ke lokasi terdampak krisis kesehatan, meliputi:

1. Informasi terkini dari klaster kesehatan
2. Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan di wilayah terdampak
3. Prosedur dan tugas tim di lapangan
4. Memastikan kesiapan tim:
    a. Logistik (pribadi, tim dan operasional) sesuai kebutuhan pelayanan yang akan dilakukan menyesuaikan dengan kebutuhan di lapangan.
        1) Pribadi
            a) *Checklist* kesiapan
            b) Perencanaan individu
            c) Job description
            d) Daftar kontak (orang-orang yang dapat dihubungi untuk koordinasi di lapangan maupun untuk keadaan darurat/*emergency*)
            e) KTP/Paspor
        2) Kebutuhan Operasional
            a) Logistik medis (emergency kit, obat-obatan, kit kesehatan reproduksi, logistik medis lainnya)

jdih.kemkes.go.id

b) Logistik non-medis (*hygiene kit, family kit,* logistik kesehatan lingkungan, PMT, kantong jenazah, media KIE, APD, dan logistik non-medis lainnya)

3) Kebutuhan Tim
   a) Tenda/akomodasi
   b) Kompor
   c) Genset
   d) Makanan siap saji

b. Dokumen
   1) Form-form sesuai sub klaster atau tim
   2) Buku saku pedoman teknis di lapangan (bila perlu)
   3) Surat tugas (khusus Tenaga Cadangan Kesehatan non personal)
   4) *Member card* Tenaga Cadangan Kesehatan
   5) Surat Pengantar/Keterangan logistik (bila Tenaga Cadangan Kesehatan membawa logistik)
   6) Dokumen lainnya (contoh: hasil *rapid test* antigen, dokumen renkon, dan dokumen lainnya)

c. Lama penugasan sesuai dengan deklarasi tanggap darurat lokasi terdampak, kurang lebih 7 (tujuh) hari di lokasi terdampak di luar waktu perjalanan.

Catatan:

Persiapan mobilisasi dan perjalanan Tenaga Cadangan Kesehatan dalam kondisi penyakit infeksi *emerging* (PIE) dan kondisi khusus lainya mengacu pada regulasi yang ada.

J. Pelaksanaan di Wilayah Terdampak

Sesampainya di wilayah terdampak, Tenaga Cadangan Kesehatan melakukan hal-hal sebagai berikut.

1. Melaporkan kedatangan kepada Health Emergency Operation Center (HEOC) di sekretariat HEOC dengan menyerahkan *member card* Tenaga Cadangan Kesehatan dan/atau surat tugas.
2. Mengisi secara manual atau digital, formulir laporan kedatangan yang berisi antara lain: data rincian Tenaga Cadangan Kesehatan, Kompetensi anggota tim, Kapasitas layanan, dan Logistik yang dibawa.

jdih.kemkes.go.id

Setelah proses pelaporan kedatangan selesai, maka Tenaga Cadangan Kesehatan akan mendapatkan hal-hal sebagai berikut dari HEOC.

1. Tanda pengenal/identitas sebagai anggota HEOC.
2. Surat tugas/SK penugasan dari Koordinator Klaster Kesehatan yang berisi antara lain informasi lokasi penugasan serta durasinya.
3. Informasi situasi terkini penanganan krisis kesehatan.
4. Informasi mekanisme penanganan sesuai dengan penugasan.
5. Formulir pelaporan harian dan informasi waktu pengumpulan laporan harian.
6. Informasi terkait akses menuju ke lokasi penugasan dan nomor telepon penanggung jawab di lokasi penugasan.
7. Informasi waktu rapat koordinasi berkala yang harus diikuti oleh perwakilan Tenaga Cadangan Kesehatan.

Setelah mendapatkan penugasan dari HEOC, maka Tenaga Cadangan Kesehatan memulai penugasan dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut.

1. Melakukan koordinasi dengan HEOC.
2. Melaksanakan tugas di lokasi penugasan pada jam operasional sesuai arahan HEOC dan hasil koordinasi dengan penanggung jawab kesehatan di lapangan yang dibentuk oleh HEOC (bila ada).
3. Melaksanakan tugas sesuai standar prosedur yang berlaku.
4. Kerja sama yang baik perlu dilakukan agar pelayanan kepada masyarakat terdampak berjalan dengan sinergis.
5. Melaporkan hasil penugasan setiap hari kepada HEOC menggunakan format laporan yang ditetapkan oleh HEOC, pada waktu yang sudah ditentukan HEOC.
6. Mempublikasikan informasi situasi kesehatan, harus berkoordinasi dengan HEOC.
7. Perwakilan Tenaga Cadangan Kesehatan wajib mengikuti rapat koordinasi berkala yang dipimpin oleh HEOC.
8. Apabila Tenaga Cadangan Kesehatan membutuhkan tambahan sumber daya kesehatan selama penugasan, dapat mengajukan kepada Koordinator Sub Klaster/Tim masing-masing.
9. Selama penugasan, Tenaga Cadangan Kesehatan melakukan monitoring dan evaluasi kinerja serta kesehatan fisik dan mentalnya. Apabila perlu, dapat mengomunikasikan permasalahan internal kepada HEOC.
10. HEOC mengendalikan dan mengevaluasi kinerja setiap tenaga cadangan serta berhak memberikan sanksi apabila tenaga

jdih.kemkes.go.id

cadangan melakukan pelanggaran terhadap ketentuan yang berlaku.

Rapat koordinasi Klaster Kesehatan berkala di HEOC mendiskusikan berbagai hal, diantaranya sebagai berikut.

1. Situasi kesehatan terkini di lokasi penugasan.
2. Permasalahan kesehatan/potensi permasalahan kesehatan.
3. Kebutuhan untuk pelayanan kesehatan.
4. Upaya respons/antisipasi yang harus dilaksanakan oleh berbagai pihak.
5. Rencana kegiatan harian dari sub klaster.

Pada akhir penugasan, Tenaga Cadangan Kesehatan menyusun dan menyerahkan laporan kepulangan yang formatnya sudah ditentukan oleh HEOC. Dalam laporan tersebut, disampaikan juga pemanfaatan sisa logistik kesehatan/non kesehatan yang dipakai selama penugasan (contoh: didonasikan, dibawa pulang, dan sebagainya). Selanjutnya melakukan serah terima kepada Tenaga Cadangan Kesehatan yang akan meneruskan penugasan (bila ada).

K. Pascamobilisasi

Tenaga Cadangan Kesehatan yang telah selesai bertugas dan kembali ke daerah asal, melapor pada dinas kesehatan di wilayah asal.

Tenaga Cadangan Kesehatan tersebut harus mendapatkan *debriefing* yang terdiri dari proses pembelajaran, evaluasi, serta *assessment* fisik maupun mental. Bagi tenaga cadangan yang mempunyai organisasi pengampu, *debriefing* menjadi tanggung jawab organisasi pengampu. Bagi tenaga cadangan perorangan yang tidak memiliki organisasi pengampu, *debriefing* dapat dilakukan dengan melakukan *self assessment* fisik maupun mental di *dashboard* tenaga cadangan. Hasil *self assessment* dilaporkan pada dinas kesehatan melalui *dashboard* tenaga cadangan untuk ditindaklanjuti bila diperlukan.

L. PENGAWASAN

Pengawasan sebagai salah satu fungsi manajemen berperan untuk menjamin agar pelaksanaan kegiatan program Tenaga Cadangan Kesehatan berjalan sesuai dengan indikator pengawasan dan pengendalian yang telah ditetapkan, sehingga tujuan dapat tercapai secara efektif dan efisien. Pengawasan dilaksanakan melalui monitoring dan evaluasi mulai dari proses perencanaan, registrasi, pembinaan dan mobilisasi Tenaga Cadangan Kesehatan.

jdih.kemkes.go.id

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi terhadap mobilisasi tenaga cadangan pada darurat krisis kesehatan level kabupaten/kota dilakukan Dinkes Provinsi dan Kementerian Kesehatan. Sedangkan pada darurat krisis kesehatan level provinsi dan nasional, monitoring dan evaluasi dilakukan oleh Kementerian Kesehatan.

Tabel 3.3 Indikator Pengawasan dan Pengendalian

No	Tahapan	Indikator	Aspek yang dimonitor
1	Perencanaan implementasi program Tenaga Cadangan Kesehatan	Penetapan target Tenaga Cadangan Kesehatan yang akan diregistrasi dan sosialisasi/ diseminasi program	1. *Database* Tenaga Cadangan Kesehatan. 2. Jumlah sosialisasi.
2	Registrasi	Ketersediaan Tenaga Cadangan Kesehatan sesuai kebutuhan melalui registrasi	1. Jumlah Calon Tenaga Cadangan Kesehatan yang mendaftar. 2. Peta keberadaan Tenaga Cadangan Kesehatan berdasarkan jenis dan kompetensinya. 3. Jumlah Tenaga Cadangan Kesehatan yang telah memiliki *member card* berdasarkan jenis tenaga dan level kompetensi.
3	Pembinaan	Jumlah Tenaga Cadangan Kesehatan yang telah dilatih sesuai level kompetensi	1. Jumlah kurikulum dan modul pelatihan sesuai kompetensi Tenaga Cadangan Kesehatan yang telah disusun. 2. Jumlah dan peta sebaran institusi pelatihan yang terakreditasi yang menyediakan pelatihan bagi Tenaga Cadangan Kesehatan. 3. Jumlah dan peta sebaran Tenaga Cadangan Kesehatan yang dilatih pada level kompetensi *pre-elementary*, dasar, menengah dan mahir. 4. Jumlah Tenaga Cadangan Kesehatan yang telah memiliki sertifikat pelatihan dengan nilai SKP dari organisasi profesi

jdih.kemkes.go.id

No	Tahapan	Indikator	Aspek yang dimonitor
			sesuai dengan level kompetensi. 5. Jumlah Tenaga Cadangan Kesehatan yang menerima *reward.*
4	Mobilisasi	Jumlah dan jenis kebutuhan Tenaga Cadangan Kesehatan sesuai kebutuhan di lokasi terdampak terpenuhi secara cepat	1. Jumlah dan jenis Tenaga Cadangan Kesehatan yang dimobilisasi sesuai atau tidak dengan kebutuhan. 2. Kecepatan tim bantuan medis sampai ke lokasi terdampak ≤ 24 jam. 3. Durasi penugasan di lapangan. 4. *Briefing* sebelum berangkat (dilakukan oleh organisasi pengampu atau dinas kesehatan di wilayah asal). 5. Tenaga Cadangan Kesehatan melapor ke HEOC. 6. HEOC memberikan *briefing* dan menempatkan di lokasi penugasan. 7. Mengirimkan laporan harian pada HEOC. 8. Bekerja sesuai dengan standar profesi/kompetensi. 9. Tenaga Cadangan Kesehatan menjadi bagian dari Klaster Kesehatan maupun Sub Klaster Kesehatan. 10. Memberikan laporan akhir sebelum pulang. *11.* Tenaga Cadangan Kesehatan mendapatkan proses *debriefing.*

M. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Laporan pemantauan dan evaluasi berupa:

1. Dokumen Pelaporan

   Berisi tentang rekomendasi hasil pemantauan dan evaluasi pengelolaan tenaga cadangan kesehatan kepada pimpinan.

2. Alur Pelaporan

jdih.kemkes.go.id

Pelaporan hasil pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berjenjang. Alur pelaporan hasil pemantauan dan evaluasi beserta output yang diharapkan dari pelaksana di masing-masing tingkatan.

3. Tindak Lanjut

   Pemanfaatan data hasil pemantauan dan evaluasi untuk perbaikan program dan pengembangan di masa yang akan datang. Masing-masing pelaksana pemantauan dan evaluasi menyampaikan hasil analisis, rekomendasi dan tindak lanjut kepada instansi sasaran dalam diseminasi hasil pemantauan dan evaluasi.

Selain digunakan sebagai pelaporan pemantauan dan evaluasi pengelolaan tenaga cadangan kesehatan, hasil dari pelaporan dapat digunakan sebagai indikator penilaian kinerja di masing-masing unit.

Pemantauan dan evaluasi mobilisasi dilakukan setiap kali terjadi krisis kesehatan yang membutuhkan mobilisasi tenaga cadangan kesehatan. Sedangkan pemantauan dan evaluasi lainnya dilakukan satu tahun sekali.

N. PENGHARGAAN

Tenaga cadangan kesehatan yang telah selesai bertugas membantu penanganan krisis kesehatan dapat diberikan penghargaan (*reward*) atas jasa-jasa yang telah diberikan. Bentuk penghargaan (*reward*) yang diberikan dapat berupa:

1. Pemberian penghargaan dari Kementerian Kesehatan atas dharma baktinya dicatat secara digital. Berdasarkan usulan dari Dinas Kesehatan dan dilakukan verifikasi oleh Kementerian Kesehatan, setiap Tenaga Cadangan Kesehatan yang ditugaskan mendapat sertifikat.
2. Pemberian Satuan Kredit Profesi (SKP) dari organisasi profesi kesehatan sesuai dengan jenis profesi tenaga kesehatan.
3. Penggantian jumlah Satuan Kredit Semester (SKS) dari institusi pendidikan asal tenaga cadangan Kesehatan.
4. Mengikuti pelatihan, *workshop* dan olimpiade yang difasilitasi oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
5. Jambore Nasional Tenaga Cadangan Kesehatan yang difasilitasi oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
6. Pemberian penghargaan bagi orang-orang yang berjasa bagi pengembangan program tenaga cadangan kesehatan.

Pemberian penghargaan dapat dilakukan melalui kerja sama dan kolaborasi antara Kementerian Kesehatan dengan Kementerian/Lembaga, Institusi Perguruan Tinggi, Dunia Usaha, LSM/NGO, Media dan Masyarakat.

jdih.kemkes.go.id

O. KODE ETIK TENAGA CADANGAN KESEHATAN

Setiap profesi memiliki kode etik untuk mengatur cara kerjanya, sehingga diharapkan semua orang bisa profesional dalam menjalankan profesinya sesuai dengan kode etik yang ditetapkan.

Dalam hal Tenaga Cadangan Kesehatan melakukan pelanggaran terhadap prinsip Tenaga Cadangan Kesehatan yang telah ditetapkan, akan diproses sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku. Selain itu juga dapat diberikan sanksi administratif, berupa:

1. Teguran lisan (dipanggil untuk diberi peringatan secara lisan, dan dicatat sebagai suatu teguran).
2. Teguran secara tertulis yang berisi peringatan I atau II atau III.
3. Pemberhentian sebagai anggota Tenaga Cadangan Kesehatan.

P. SISTEM INFORMASI TENAGA CADANGAN KESEHATAN

Sistem Informasi Tenaga Cadangan Kesehatan merupakan sistem informasi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan untuk membuka kesempatan seluas-luasnya bagi para relawan kesehatan dalam memberikan kontribusi bagi penanganan krisis kesehatan diseluruh wilayah Indonesia. Sistem ini mencakup tiga tahapan yang terdiri dari registrasi, pembinaan dan mobilisasi serta dapat diakses melalui https://tenagacadangankesehatan.kemkes.go.id.

Sistem Informasi Tenaga Cadangan Kesehatan terintegrasi dengan Sistem Penanggulangan Krisis Kesehatan (SIPKK) Pusat Krisis Kesehatan dan Sistem Informasi Sumber Daya Kesehatan (SISDMK) Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan melalui *Platform* SATUSEHAT.

I. Pengelola Sistem Informasi

Sistem Informasi Tenaga Cadangan Kesehatan ini dikelola oleh:

a. Pusat Data dan Teknologi Informasi serta *Digital Transformation Office,* sebagai penanggung jawab Sistem Informasi Tenaga Cadangan Kesehatan yang bertugas mengembangkan, memelihara, menjaga keamanan sistem, data dan informasi serta menyediakan infrastruktur teknologi informasi.
b. Sekretariat Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan, sebagai penanggungjawab pengelola data dan informasi terkait registrasi serta pembinaan Tenaga Cadangan Kesehatan.
c. Sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia, sebagai penyedia data calon tenaga cadangan yang berasal dari tenaga kesehatan.

jdih.kemkes.go.id

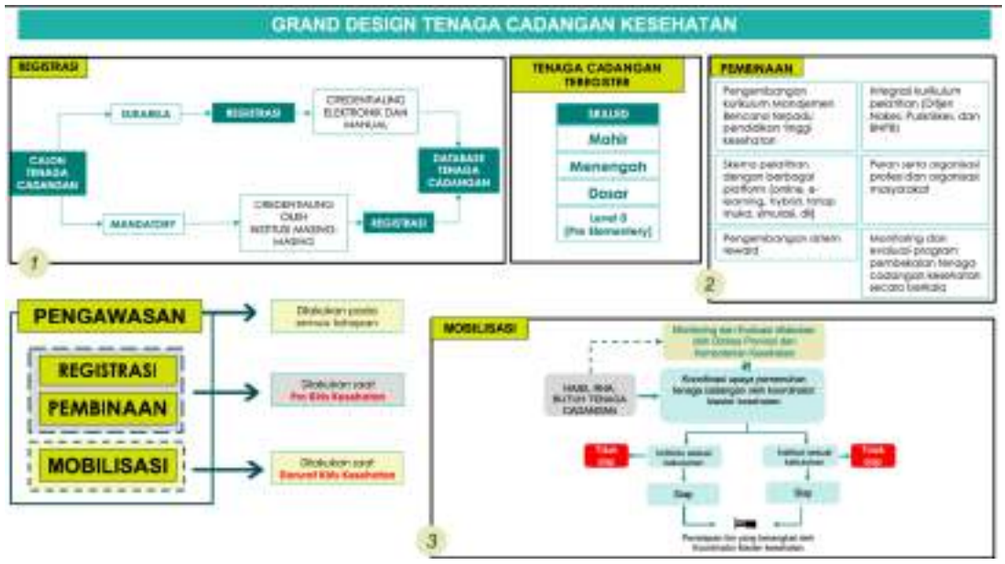
d. Pusat Krisis Kesehatan, sebagai penanggung jawab data dan informasi terkait mobilisasi Tenaga Cadangan Kesehatan.

1. Pengguna

   Sistem informasi ini dapat digunakan oleh Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, pemangku kepentingan terkait, serta seluruh masyarakat.

2. Alur Proses

   Alur proses sistem informasi Tenaga Cadangan Kesehatan dibuat berdasarkan *grand design* Tenaga Cadangan Kesehatan.



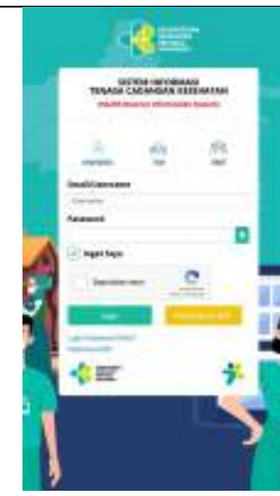
Gambar 3.3 Alur Proses Sistem Informasi Tenaga Cadangan Kesehatan

3. Fitur

   a) Registrasi

      Registrasi merupakan salah satu tahapan dalam proses menjadi Tenaga Cadangan Kesehatan. Calon Tenaga yang akan menjadi Tenaga Cadangan Kesehatan wajib melakukan pendaftaran registrasi melalui *online* dengan persyaratan yang sudah ditentukan. Terdapat tiga jenis Tenaga Cadangan Kesehatan yang dapat melakukan registrasi, yaitu Individu, Tim dan Emergency Medical Team (EMT).

jdih.kemkes.go.id

		
Tenaga Cadangan Individu	Tenaga Cadangan TIM	Tenaga Cadangan EMT

Gambar 3.4 Registrasi Tenaga Cadangan Kesehatan

Pada tahap registrasi, sistem akan mencari dan menarik data berdasarkan Nomor Induk Kependudukan (NIK) pada *database* Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK) dan *database* Peduli Lindungi. Selanjutnya calon Tenaga Cadangan Kesehatan akan diminta untuk memberikan persetujuan atas ketentuan tenaga cadangan kesehatan.

Setelah mendaftar, calon Tenaga Cadangan Kesehatan akan mendapatkan notifikasi verifikasi melalui email *official* tenaga.cadangan@kemkes.go.id yang berupa:

1. Pendaftaran Tenaga Cadangan Kesehatan Individu

   Username dan *password* untuk masuk pada sistem informasi Tenaga Cadangan Kesehatan dan melengkapi data profil.
2. Pendaftaran Tenaga Cadangan TIM/EMT

   Pemberitahuan untuk menunggu verifikasi dari admin pusat selama 3 (tiga) kali 24 jam. *Username* dan *Password* akan dikirim melalui email yang didaftarkan pada sistem setelah mendapatkan verifikasi dari admin pusat.

Calon Tenaga Cadangan Kesehatan yang sudah mendaftarkan diri diharapkan melengkapi profil data diri atau tim.

b) Pembinaan

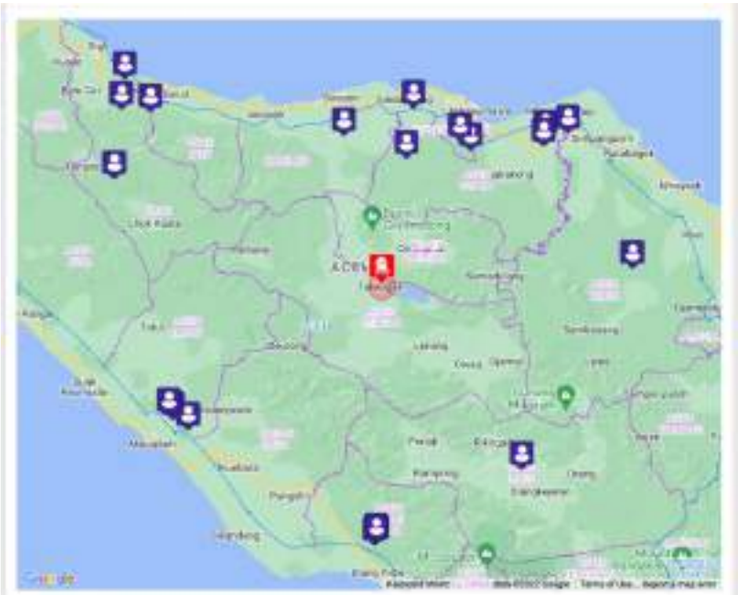
Salah satu konsep digitalisasi proses pembinaan Tenaga Cadangan Kesehatan berupa *e-learning*. Sistem informasi Tenaga Cadangan Kesehatan akan terintegrasi dengan *e-learning* yang dimiliki oleh Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan.

c) Mobilisasi

jdih.kemkes.go.id

Digitalisasi proses mobilisasi merupakan langkah tepat untuk mencapai respons cepat dan tepat. Beberapa bentuk digitalisasi yang ada di sistem informasi Tenaga Cadangan Kesehatan sebagai berikut.

1. Tampilan lokasi *member* Tenaga Cadangan Kesehatan yang siap dimobilisasi dari provinsi maupun kabupaten/kota.



Gambar 3.5 Peta Sebaran Tenaga Cadangan Kesehatan

2. Pelaporan kegiatan mobilisasi tenaga cadangan kesehatan dalam penanganan kejadian krisis kesehatan.
3. Nomor telepon (*contact person*) Tenaga Cadangan Kesehatan untuk mempermudah koordinasi dalam penanganan kejadian krisis kesehatan.

4. Lain-Lain

   Prosedur teknis penggunaan Sistem Informasi Tenaga Cadangan Kesehatan akan dibuat dalam bentuk *manual book*. Jika terjadi kendala pada Sistem Informasi Tenaga Cadangan Kesehatan, pengguna dapat menghubungi *call center* di nomor 0811 163 119.

Q. PENDANAAN

Pendanaan kegiatan penanggulangan krisis kesehatan bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), masyarakat, dan sumber-sumber lain yang sah.

Dalam rangka kegiatan pembinaan dan mobilisasi Tenaga Cadangan Kesehatan, dapat dilakukan kemitraan dengan organisasi dalam negeri, pemerintah luar negeri, serta organisasi luar negeri, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 1

FORMULIR *SELF ASSESSMENT* FISIK

NO.	*Self Assessment* Kesehatan Fisik	
1	Apakah Anda sedang menderita penyakit hati/liver?	
2	Apakah Anda sedang menderita dan mendapat pengobatan penyakit kanker?	
3	Apakah Anda sedang mendapat pengobatan untuk gangguan pembekuan darah, defisiensi imun dan penerima produk darah/transfusi?	
4	Apakah Anda memiliki riwayat penyakit epilepsi?	
5	Apakah Anda menderita penyakit Diabetes Melitus?	
6	Apakah Anda menderita HIV?	
7	Apakah Anda memiliki penyakit paru (asma, PPOK)?	
8	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga?	
9	Apakah Anda sering merasa kelelahan?	
10	Apakah Anda memiliki penyakit Hipertensi,	
11	Apakah Anda memiliki penyakit serangan jantung	
12	Apakah Anda memiliki penyakit gagal jantung kongestif,	
13	Apakah Anda memiliki nyeri dada	
14	Apakah Anda memiliki nyeri sendi,	
15	Apakah Anda memiliki stroke	
16	Apakah Anda memiliki penyakit ginjal kronis/cuci darah?	
17	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk naik 10 anak tangga?	
18	Apakah Anda mengalami kesulitan berjalan kira kira 100 sampai 200 meter?	
19	Apakah Anda mengalami penurunan berat badan yang bermakna dalam setahun terakhir?	

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 2

FORMULIR *SELF ASSESSMENT* MENTAL

Self-Reporting Questionnaire-20

Nama: ..... **Laki-Laki /Perempuan**

Tanggal Lahir/Usia: .....

Alamat: .....

Telepon/HP:.....

Petunjuk: Bacalah petunjuk ini seluruhnya sebelum mulai mengisi. Pertanyaan berikut berhubungan dengan masalah yang mungkin mengganggu Anda **selama 30 hari terakhir**. Apabila Anda menganggap pertanyaan itu Anda alami dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom **Y (berarti Ya)**. Sebaliknya, Apabila Anda menganggap pertanyaan itu tidak Anda alami dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom **T (Tidak)**. Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Y dan T. Kami tegaskan bahwa jawaban Anda bersifat rahasia dan akan digunakan hanya untuk membantu pemecahan masalah Anda.

NO	Pertanyaan	Y	T
1	Apakah Anda sering merasa sakit kepala?		
2	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?		
3	Apakah tidur Anda tidak nyenyak?		
4	Apakah Anda mudah merasa takut?		
5	Apakah Anda merasa cemas, tegang, atau khawatir?		
6	Apakah tangan Anda gemetar?		
7	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?		
8	Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih?		
9	Apakah Anda merasa tidak bahagia?		
10	Apakah Anda lebih sering menangis?		
11	Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari?		
12	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan?		
13	Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai?		
14	Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini?		
15	Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal?		
16	Apakah Anda merasa tidak berharga?		
17	Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda?		
18	Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu?		
19	Apakah Anda merasa tidak enak di perut?		
20	Apakah Anda mudah lelah?		

Skoring/Penilaian :

- Jika terdapat minimal 6 (enam) Jawaban YA, mengindikasikan adanya masalah kesehatan jiwa (gangguan mental emosional) maka perlu diberikan promosi kesehatan dan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan lebih lanjut oleh tenaga kesehatan

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 3

STANDAR MINIMAL KEBUTUHAN TENAGA KESEHATAN

GEMPA DAN/ATAU TSUNAMI

TENAGA KESEHATAN	STANDAR MINIMAL		REFERENSI
Dokter Umum	Luka Berat dan Luka Ringan: **Dokter : Perawat = 1:3**		*Blue book EMT guideline* (WHO)
Perawat	Luka Berat: **Pasien : Perawat = 8:1** **Dokter : Perawat = 1:3** **Kasus intensive pasien:perawat = 2:1 (24/7) □ 3 shift**	Luka Ringan : **Pasien : Perawat = 50 :1**	*Blue Book EMT WHO &* Refugee Health, an Approach to Emergency Situations, MSF (Medecins Sans Frontiers)
Apoteker	1-2 orang di tiap *In-patient department* (*central level*) □ RS rujukan. (Kebutuhan RS 1/250.000 penduduk □ *Sphere*)		*Refugee Health, an Approach to Emergency Situations, MSF*
Bidan	2 per 1.000 penduduk		*Standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Bedah Umum	((Jumlah pasien bedah/5)/5)-jumlah dokter bedah di tempat		*PABI*
Sp. Ortopedi	Luka Berat: Dokter Ortopedi : Pasien = 1:10		PABOI (Perhimpunan Dokter Spesialis Orthopedi dan Traumatologi Indonesia)
Sp. Obsgyn	0,03 per 1.000 penduduk		*Standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Anastesi	1:1 dengan dokter bedah		Blue book EMT guideline (WHO)
Sp. Anak	0,024 x130% per 1.000 penduduk		*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*

jdih.kemkes.go.id

TENAGA KESEHATAN	STANDAR MINIMAL	REFERENSI
Sp. Penyakit Dalam	0,03 x 130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Pulmonologi	0,02 x 130% per 1.000 penduduk (Khusus Tsunami)	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Kulit dan Kelamin	Rasio dokter kulit: dr umum = 1 : 57 (UK)	Total number and ratio of dermatologists and general practitioners... | Download Table (researchgate.net)
Sp. Emergency Medicine	3 per 250.000 penduduk	*Dari expert (dr Ali Haedar, Sp.EM,KPEC,FAHA). Idealnya di setiap RS ada 1 SpEM yang jaga di tiap shift (3 shift). Standar jumlah RS yaitu 1:250.000 (Sphere)*
Sp. Kesehatan Jiwa (Psikiater & Psikolog Klinis)	1 per 20.000 penduduk	Mental Health Care Health Professional Shortage Areas (HPSAs), KFF
Sp. Rehab Medik	Professional RM-tempat tidur = 1:20	Blue book EMT guideline (WHO)
Sanitarian	0,21 x 130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Gizi	0,35 x per 1.000 penduduk	*Standar Ditjen Nakes dengan OP*
Epidemiolog	1 per 200.000 populasi	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 4

STANDAR MINIMAL KEBUTUHAN TENAGA KESEHATAN PADA BENCANA BANJIR

TENAGA KESEHATAN	STANDAR MINIMAL	REFERENSI
Dokter Umum	1 x 130% per 1000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Perawat	2,7x130% per 1000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Apoteker	1-2 orang di tiap In-patient department (central level) RS rujukan. (Kebutuhan RS 1/250.000 penduduk Sphere)	*Refugee Health, an Approach to Emergency Situations, MSF*
Bidan	2 per 1000 penduduk.	*Standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Obsgyn	0,03 per 1000 penduduk	*Standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Emergency Medicine	3 per 250.000 penduduk	*Dari expert (dr Haedar). Idealnya di setiap RS ada 1 SpEM yang jaga di tiap shift (3 shift). Standar jumlah RS yaitu 1:250.000 (Sphere)*
Sp. Anak	0,024 x130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Penyakit Dalam	0,03 x 130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Pulmonologi	0,02 x 130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) &*

jdih.kemkes.go.id

TENAGA KESEHATAN	STANDAR MINIMAL	REFERENSI
		standar Ditjen Nakes dengan OP
Sp. Kulit dan Kelamin	Rasio dokter kulit: dr umum = 1 : 57 (UK)	*Total number and ratio of dermatologists and general practitioners... | Download Table (researchgate.net)*
Kesehatan Jiwa (Psikiater & Psikolog Klinis)	1 per 20.000 populasi	*Mental Health Care Health Professional Shortage Areas (HPSAs), KFF*
Sp Mata	1 x 130% per 43.0000	*Automated feature-based grading and progression analysis of diabetic retinopathy (Turk, et al, 2020) dalam jurnal "The Royal College of Pthtahlmologists) komposisi di India dan Arab Saudi*
Sanitarian	0,21x130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Gizi	0,35 x 130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Epidemiolog	1 per 200.000 populasi	*JEE Guideline (WHO, 2022)*

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 5

STANDAR MINIMAL KEBUTUHAN TENAGA KESEHATAN

PADA BENCANA ERUPSI GUNUNG API

TENAGA KESEHATAN	STANDAR MINIMAL	REFERENSI
Dokter Umum	1 x 130% per 1000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Perawat	2,7x130% per 1000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Apoteker	1-2 orang di tiap In-patient department (central level) RS rujukan. (Kebutuhan RS 1/250.000 penduduk Sphere)	*Refugee Health, an Approach to Emergency Situations, MSF*
Bidan	2 per 1000 penduduk.	*Standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp Emergency Medicine	3 x 130% per 250.000	*Dari expert (dr Haedar). Idealnya di setiap RS ada 1 SpEM yang jaga di tiap shift (3 shift). Standar jumlah RS yaitu 1:250.000 (Sphere)*
Sp. Bedah Umum	((Jumlah pasien bedah/5)/5)- jumlah dokter bedah di tempat	*PABI*
Sp. Ortopedi	Luka Berat: Dokter Ortopedi : Pasien = 1:10	PABOI (Perhimpunan Dokter Spesialis Orthopedi dan Traumatologi Indonesia)
Sp. Obsgyn	0,03 per 1000 penduduk	*Standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Anestesi	1:1 dengan dokter bedah (umum dan orthopedi)	*Blue Book EMT WHO*

jdih.kemkes.go.id

TENAGA KESEHATAN	STANDAR MINIMAL	REFERENSI
Sp. Anak	0,024 x130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Penyakit Dalam	0,03 x 130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Pulmonologi	0,02 x 130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Kulit dan Kelamin	Rasio dokter kulit: dr umum = 1 : 57 (UK)	*Total number and ratio of dermatologists and general practitioners... | Download Table (researchgate.net)*
Kesehatan Jiwa (Psikiater & Psikolog Klinis)	1 per 20.000 populasi	Mental Health Care Health Professional Shortage Areas (HPSAs), KFF
Sp Rehab Medik	Profesional RM-tempat tidur= 1:20	Blue book EMT guideline (WHO)
Sp Mata	1 x 130% per 43.0000	*Automated feature-based grading and progression analysis of diabetic retinopathy (Turk, et al, 2020) dalam jurnal "The Royal College of Pthtahlmologists)*
Sanitarian	0,21x130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Gizi	0,35 x 130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) &*

jdih.kemkes.go.id

TENAGA KESEHATAN	STANDAR MINIMAL	REFERENSI
		standar Ditjen Nakes dengan OP
Epidemiolog	1 per 200.000 populasi	*JEE Guideline (WHO, 2022)*

FORMULIR 6

STANDAR MINIMAL KEBUTUHAN TENAGA KESEHATAN

PADA BENCANA KONFLIK

TENAGA KESEHATAN	STANDAR MINIMAL		REFERENSI
Dokter Umum	Rawat inap dan rawat jalan: **Dokter : Perawat = 1:3**		*Blue Book EMT WHO*
Perawat	Luka Berat: **Pasien : Perawat = 8:1** **Dokter : Perawat = 1:3** **Kasus intensive pasien:perawat = 2:1 (24/7) 3 shift**	Luka Ringan : **Pasien : Perawat = 50 :1**	*Blue Book EMT WHO* & Refugee Health, an Approach to Emergency Situations, MSF (Medecins Sans Frontiers)
Apoteker	1-2 orang di tiap In-patient department (central level) RS rujukan. (Kebutuhan RS 1/250.000 penduduk Sphere)		*Refugee Health, an Approach to Emergency Situations, MSF*
Bidan	2 x 130% per 1000 penduduk.		*Standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Emergency Medicine	3 x 130% per 250.000		*Dari expert (dr Haedar). Idealnya di setiap RS ada 1 SpEM yang jaga di tiap shift (3 shift). Standar jumlah RS yaitu 1:250.000 (Sphere)*
Sp. Penyakit Dalam	0,03 x 130% per 1.000 penduduk		*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Bedah Umum	((Jumlah pasien bedah/5)/5)-jumlah dokter bedah di tempat		*PABI*
Sp. Anestesi	1:1 dengan dokter bedah		*Blue Book EMT WHO*

jdih.kemkes.go.id

TENAGA KESEHATAN	STANDAR MINIMAL	REFERENSI
Kesehatan Jiwa (Psikiater & Psikolog Klinis)	1 x 130% per 20.000 populasi	Mental Health Care Health Professional Shortage Areas (HPSAs), KFF
Sp. Obsgyn	0,03 x 130% per 1000 penduduk	*Standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp Radiologi	0,02x130% per 1000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp. Anak	0,024 x130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sp Syaraf	0,01 x 130% per 1000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Sanitarian	0,21x130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Gizi	0,35 x 130% per 1.000 penduduk	*JEE Guideline (WHO, 2022) & standar Ditjen Nakes dengan OP*
Epidemiolog	1 per 200.000 populasi	*JEE Guideline (WHO, 2022)*

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 7

JENIS-JENIS SPESIALIS YANG DIBUTUHKAN BERDASARKAN BENCANA

	GEMPA BUMI DAN TSUNAMI	GEMPA	BANJIR	ERUPSI	KONFLIK SOSIAL
Minggu 1	Jenis Layanan lebih kepada kegawatdarurat an prosedur bedah dan penanganan korban tenggelam	Jenis Layanan lebih kepada kegawatda ruratan yang memerluk an prosedur bedah	Jenis Layanan lebih kepada Penangan an korban tenggelam dan kegawatda ruratan cardiovasc ular	Jenis Layanan lebih kepada luka bakar, iritasi dan gangguan pernapasa n.	Jenis layanan lebih kepada kegawatda ruratan karena trauma, dan masalah mental
Minggu 2 **(Penyakit akibat di pengungsia n)**	**Jenis Layanan Lebih Kepada Penanganan Karena Berjangkitnya Penyakit Menular Dan Penyakit Kronis**				
Jenis Penyakit	1. **Fraktur dan luka robek** 2. **Trauma kepala** 3. **Hemopneu mothorax** 4. **Infeksi** 5. Diare akut, disentri, DBD, penyakit kulit, campak, serta penyakit-penyakit kronis	1. **Fraktur dan Luka robek** 2. **Trauma tik Asfiksia** 3. Diare, Disentri , DBD, penyaki t kulit, campak , serta penyaki t-penyaki t kronis	1. **Trauma tik Asfiksia** 2. **Pny. Jantun g** 3. **Diare** 4. **ISPA** 5. **Pneum onia** 6. Penyaki t Kulit, Dispeps ia, Cephalg ia, Hiperte nsi, *vector, water & rodent borne disease,* malnutr isi	1. **Luka bakar** 2. **ISPA** 3. **Pneum onia** 4. **Conjun gtivitis** 5. Myalgia, Cephalg ia, Hiperte nsi	1. **Trauma** 2. **Mental** 3. Komplik asi persalin an, malnutr isi akut, ganggua n jiwa, dan infeksi

jdih.kemkes.go.id

	GEMPA BUMI DAN TSUNAMI	GEMPA	BANJIR	ERUPSI	KONFLIK SOSIAL
Spesialis	**Mg.1** : Ortopedi, Anestesi, Anak, Bedah, Internis, Pulmonologi, Obgyn, Jiwa, EM, Forensik	**Mg.1** : Ortopedi, Anastesi, Anak, Bedah, Internis, Obgyn, Jiwa, EM, Forensik	**Mg.1** : Pulmonologi, Anak, Internis, Jiwa, Mata, EM	**Mg.1** : Bedah, Anestesi, EM, Internis, Mata, Ortopedi, Kulit (Sp.Luka Bakar), Pulmonologi, Anak, Obgyn, Jiwa	**Mg.1** : EM, Internis, Bedah, Anestesi, Obgyn, Jiwa, Forensik, Radiologi, Anak, Orthopedi
	Mg.2 : Mg.1 + Rehab Medik, Kulit dan Kelamin	**Mg.2** : Mg.1 + Rehab medik, Kulit dan Kelamin	**Mg.2** : Kulit dan Kelamin	**Mg.2** : Mg.1 + Rehab Medik, Kulit	Mg.2 : Mg.1 + Syaraf
Tenaga Kesehatan	Dokter Umum, Perawat, Apoteker, Sanitarian, Epidemiolog, Bidan, Gizi, Promkes	Dokter Umum, Perawat, Apoteker, Sanitarian, Epidemiolog, Bidan, Gizi, Promkes	Dokter Umum, Perawat, Apoteker, Sanitarian, Epidemiolog, Bidan, Gizi, Promkes	Dokter Umum, Perawat, Apoteker, Sanitarian, Epidemiolog, Bidan, Gizi, Promkes	Dokter Umum, Perawat, Apoteker, Sanitarian, Epidemiolog, Bidan, Gizi, Promkes

Sumber : WHO dan beberapa jurnal internasional

Catatan: Semua jenis tenaga kesehatan dapat dibutuhkan pada kondisi darurat krisis kesehatan tergantung kepada hasil RHA

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 8

PERKIRAAN KEBUTUHAN TENAGA KESEHATAN YANG DIMOBILISASI BERDASARKAN JENIS BENCANA, MENGACU PADA DATA EMPIRIS

TENAGA KESEHATAN	STANDAR SITUASI NORMAL	PERKIRAAN KEBUTUHAN				REFERENSI
		Gempa Bumi/ Tsunami	Erupsi gunung api	Banjir	Banjir Bandang	
Dokter Umum	1 Per 1.000 penduduk	3 – 6 kali standar situasi normal	2 – 6 kali standar situasi normal	7% - 16% dari standar situasi normal	2,5 kali standar situasi normal	Data empiris
Perawat	2,7 per 1.000 penduduk	2 – 12 kali standar situasi normal	± 6 lipat standar situasi normal	6% - 16% dari standar situasi normal	2 kali standar situasi normal	Data empiris
Apoteker	0,91 per 1.000 penduduk	2%-50% dari standar situasi normal	0,005 – 2 kali standar situasi normal	1% - 17% dari standar situasi normal	-	Data empiris
Bidan	2 per 1.000 penduduk	1% - 33% dari standar situasi normal	0,03 – 2 kali standar situasi normal	2% - 3% dari standar situasi normal	-	Data empiris
Sp. Bedah Umum	0,02 per 1.000 penduduk	2-4 kali standar situasi normal	7 – 18 kali standar situasi normal	-	3 kali standar situasi normal	Data empiris
Sp. Ortopedi		Dokter Ortopedi : Pasien = 1:10	Dokter Ortopedi : Pasien = 1:10	-	Dokter Ortopedi : Pasien = 1:10	PABOI (Perhimpunan Dokter Spesialis Orthopedi dan Traumatologi Indonesia)
Sp. Obsgyn	0,03 per 1.000	6% - 60% dari	0 – 2 kali standar	-	-	Data empiris

jdih.kemkes.go.id

TENAGA KESEHATAN	STANDAR SITUASI NORMAL	PERKIRAAN KEBUTUHAN				REFERENSI
		Gempa Bumi/ Tsunami	Erupsi gunung api	Banjir	Banjir Bandang	
	penduduk	standar situasi normal	situasi normal			
Sp. Anestesi	0,02 per 1.000 penduduk	0,5 – 2 kali standar situasi normal	0 – 1 kali standar situasi normal	-	3 kali standar situasi normal	Data empiris
Sp. Anak	0,024 per 1.000 penduduk	1 – 3 kali standar situasi normal	0 – 11 kali standar situasi normal	0 – 2 kali standar situasi normal	-	Data empiris
Sp. Penyakit Dalam	0,03 per 1.000 penduduk	0,4 – 1,4 kali standar situasi normal	0 –3 kali standar situasi normal	-	-	Data empiris
Sanitarian	0,21 per 1.000 penduduk	5% - 60% dari standar situasi normal	27% - 40% dari standar situasi normal	0 – 19% dari standar situasi normal	6 kali standar situasi normal	Data empiris
Gizi	0,35 per 1.000 penduduk	12%-80% dari standar situasi normal	0,03 – 9 kali standar situasi normal	0 – 22% dari standar situasi normal	-	Data empiris

- Perkiraan kebutuhan ini memerlukan kajian lebih lanjut untuk mengevaluasi proses mobilisasi yang pernah dilakukan.
- Kebutuhan saat darurat bencana/krisis kesehatan menyesuaikan dengan hasil Rapid Health Assessment (RHA).
- Beberapa hal lain yang mempengaruhi jumlah kebutuhan yaitu jumlah korban dan kerusakan fasilitas kesehatan, kapasitas SDM setempat, durasi kedaruratan, serta akses ke pelayanan kesehatan, yang bisa bervariasi pada masing-masing gempa dan/atau tsunami.

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 9

JENIS TENAGA CADANGAN MENGACU PADA 10 PILAR RESPONS PANDEMI WHO

Pilar untuk Respons Pandemi		Jenis Tenaga yang dibutuhkan	
		Khusus Nakes	**Bisa dilaksanakan oleh Nakes dan Non Nakes**
1	Koordinasi, Perencanaan dan Monitoring		Manajer, pengelola data dan informasi, petugas RHA
2	Komunikasi Risiko dan Pemberdayaan Masyarakat		Tenaga promosi kesehatan, humas (pengelola media social, dst)
3	Surveilans, Penyelidikan Epidemiologi, Kontak Tracing, Analisis Risiko	• Surveilans, Epidemiolog, Entomolog, dan Nakes lainnya (tergantung kepada jenis pandeminya)	• Tenaga tracing, tenaga kesling
4	Pintu Masuk Negara/ Wilayah, Perjalanan Internasional dan Transportasi, termasuk PSBB & PPKM	Epidemiolog, entomolog	tenaga sanitasi lingkungan
5	Laboratorium	Analis laboratorium	Administrasi
6	Pengendalian Infeksi	• Tim PPI, Sanitarian	• pemulasaran jenazah
7	Manajemen Kasus	• Tenaga medis, Dokter, perawat, bidan, • apoteker, TTK • radiografer, elektromedis	• *disaster health manager* • pemulasaran jenazah, driver ambulans • Perekam medis dan informasi kesehatan • Administrasi • *Medical first aid* • *Psychological First Aid*
8	Dukungan Operasional dan Logistik	• Apoteker • Tenaga teknis kefarmasian (TTK)	• Ahli manajemen logistik • Pengelola gudang.

jdih.kemkes.go.id

Pilar untuk Respons Pandemi		Jenis Tenaga yang dibutuhkan	
		Khusus Nakes	**Bisa dilaksanakan oleh Nakes dan Non Nakes**
9	Keberlangsungan Pelayanan dan Sistem Esensial	• Dokter, Perawat, Bidan • Apoteker, TTK	• *Disaster health manager* • registrasi dan administrasi
10	Vaksinasi	Dokter/dokter gigi, Perawat, Bidan	Registrasi dan administrasi

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 10

KLASIFIKASI TENAGA CADANGAN DENGAN SISTEM KLASTER KESEHATAN

No.	Klaster Kesehatan	Tenaga Cadangan	
		Nakes	Nakes dan Non Nakes
1.	Koordinator	• pejabat/tenaga kesehatan yang ditunjuk sebagai koordinator	• manajerial • *disaster health manager* • petugas administrasi • petugas registrasi
2.	Tim data, informasi, dan surveilans	• pengelola data dan informasi • petugas *Rapid Health Assessment* (RHA) • surveilans	• manajemen data dan informasi • kehumasan (pengelola media sosial) • teknisi radio komunikasi
3.	Tim Logistik	• tenaga kefarmasian • tenaga teknis kefarmasian • apoteker	• ahli manajemen logistik • pengemudi • pengelola gudang • porter
4.	Subklaster Promosi Kesehatan	• pengelola program promosi kesehatan • tenaga kesehatan masyarakat	• tenaga promosi kesehatan
5.	Subklaster Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan	• tenaga kesehatan masyarakat • tenaga kesehatan lingkungan • surveilans • epidemiolog • entomolog • sanitarian • tim PPI • nakes lainnya (tergantung kepada jenis pandeminya)	• tenaga sanitasi/ kesehatan lingkungan • tenaga *tracing*
6.	Subklaster Pelayanan Kesehatan	• tenaga medis • teaga keperawatan • tenaga kebidanan • tenaga keterapian fisik • tenaga keteknisian medis • tenaga kesehatan tradisional • tenaga teknik biomedik • radiographer • analis laboratorium	• *medical first aid* • petugas administrasi • petugas registrasi • pemulasaran jenasah • pengemudi ambulans • pengemudi mobil jenasah
7.	Subklaster Pelayanan Gizi	• tenaga gizi	• petugas administrasi
8.	Subklaster Kesehatan Jiwa	• tenaga psikologi klinis • psikiater • psikolog	• *Psychological First Aid*
9.	Subklaster Kesehatan Reproduksi	• tenaga kebidanan • dokter spesialis obgyn • teaga keperawatan	• petugas administrasi

jdih.kemkes.go.id

10.	Subklaster DVI	• kedokteran forensik	• petugas administrasi

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 11

FORMAT PELAPORAN KLASTER KESEHATAN

FORMAT PELAPORAN HARIAN KLASTER KESEHATAN

Jenis Bencana :
Waktu kejadian bencana: Tanggal .... Bulan .... Tahun .... Pukul ....
Lokasi Bencana :
Klaster Kesehatan :
(Isi klaster kesehatan yang melaporkan)
Update laporan :
Hari .... Tanggal .... Pukul ....

JUMLAH KORBAN		PENGUNGSI	
Meninggal	(kumulatif)	Jumlah pengungsi :	
Luka Berat / Rav at inap	(kumulatif)	Jumlah populasi terdampak:	
Luka Ringan / Rav at Jalan Jumlah kasus dioperasi	(kumulatif)	Jumlah Pos yankes: Tren penyakit	

FASILITAS KESEHATAN TERDAMPAK	
Rumah Sakit	
Puskesmas	
Pustu	

JUMLAH RELAWAN (kumulatif, yang masih aktif, dan kebutuhan)

Dokter Umum	:	Tenaga Manajemen	:	Sp. Bedah	:	Sp. Mata	:
Dokter Gigi	:	Tenaga Lainnya	:	Sp. Anestesi	:	Sp. Saraf	:
Apoteker/Farmasi	:	Non Nakes	:	Sp. Internist	:	Sp. Forensik	:
Perawat	:			Sp. Orthopedi	:	Sp. Obgyn	:
Bidan	:			Sp. Emergency Medicine	:	Sp. THT	:
Psikolog	:			Sp. Rehab Medik	:	Sp. Urologi	:
Sanitarian	:			Sp. Bedah Thorax	:	Sp. Kulit & Kelamin	:
Tenaga Gizi	:			Psikiater	:	Sp. Patologi Klinik	:
Epidemiolog	:			Sp. Pediatrik	:	Sp. Radiologi	:
				Sp. Paru	:	Sp. Bedah Plastik	:

LAPORAN HARIAN SUB-SUB KLASTER KESEHATAN & TIM

Sub Klaster Promosi Kesehatan
Yang telah dilakukan :
Yang akan dilakukan :
Ringkasan kebutuhan :
dokumentasi :

Tim Logistik
Donasi yang diterima :
Distribusi :
Kebutuhan :
dokumentasi :

Sub Klaster Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan
Yang telah dilakukan :
Yang akan dilakukan :
Ringkasan kebutuhan :
dokumentasi :
Grafik distribusi penyakit

Sub Klaster Gizi
Yang telah dilakukan :
Yang akan dilakukan :
Ringkasan kebutuhan :
dokumentasi :

Sub Klaster Kesehatan Reproduksi
Yang telah dilakukan :
Yang akan dilakukan :
Ringkasan kebutuhan :
dokumentasi :

Sub Klaster Jiwa
Yang telah dilakukan :
Yang akan dilakukan :
Ringkasan kebutuhan :
dokumentasi :

Sub Klaster DVI
Yang telah dilakukan :
Yang akan dilakukan :
Ringkasan kebutuhan :
dokumentasi :

jdih.kemkes.go.id

R. TIM KEGAWATDARURATAN MEDIS/EMERGENCY MEDICAL TEAM (EMT)

Pada saat terjadi krisis kesehatan di tahap tanggap darurat, kecepatan dan ketepatan respons pelayanan kesehatan di lokasi terdampak menjadi sangat penting untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan (*life saving and limb saving*) pada masyarakat terdampak. Emergency Medical Team (EMT) merupakan tim kegawatdaruratan medis yang diharapkan dapat menjawab kebutuhan layanan kesehatan tersebut untuk memperkuat sistem pelayanan kesehatan di daerah terdampak dan membantu percepatan pemulihan sistem kesehatan yang ada.

Pedoman EMT ini digunakan sebagai acuan bagi seluruh pemangku kepentingan dalam pengelolaan krisis kesehatan sehingga seluruh bantuan layanan kesehatan dalam situasi krisis kesehatan dapat diberikan secara optimal, baik dari sisi tenaga, sarana prasarana, maupun layanan, serta memiliki standar yang dapat dilaksanakan oleh semua pihak yang terlibat dalam penanganan krisis kesehatan tersebut dan terkoordinir di bawah Health Emergency Operation Center (HEOC) sesuai level bencana yang terjadi.

I. Tipe EMT

Tipe EMT dibedakan sesuai dengan kualifikasi dan kompetensinya berdasarkan jenis layanan Kesehatan yang diberikan, yaitu:

a. EMT Tipe 1 Bergerak (*Mobile*)

Melakukan pelayanan medis dasar rawat jalan dan kegawatdaruratan secara mobile serta melakukan rujukan.

b. EMT Tipe 1 Menetap (Fixed)

c. Melakukan pelayanan medis dasar rawat jalan dan kegawatdaruratan yang bersifat menetap di satu lokasi serta melakukan rujukan.

d. EMT Tipe 2

Melakukan pelayanan EMT Tipe 1 dengan dukungan pelayanan rawat inap, pelayanan bedah umum, penanganan kasus kegawatdaruratan (emergensi), penanganan cedera/trauma, pelayanan bedah kebidanan dan pelayanan spesialis lain disesuaikan dengan kejadian bencana serta ditambahan pelayanan rujukan.

e. EMT Tipe 3

Melakukan pelayanan EMT Tipe 2 ditambah pelayanan perawatan intensif dan rujukan lanjutan.

f. EMT *Specialist Care Team*

Tim perawatan khusus tambahan yang terdiri dari spesialis tertentu yang dapat ditugaskan di fasilitas kesehatan lokal atau bergabung ke dalam EMT Tipe 2 atau Tipe 3 atau tempat penugasan lain sesuai kebutuhan. Pelayanan spesialis tersebut dapat berupa spesialis

jdih.kemkes.go.id

wabah/penyakit infeksi, bedah, orthopedi, anestesi, emergensi medis, rehabilitasi medis, kesehatan jiwa, penyakit dalam, obstetri dan ginekologi, pediatri, neonatologi (bayi baru lahir), radiologi, perawatan luka, penanganan luka bakar, Disaster Victim Identification (DVI), dialisis, evakuasi medis, atau terdiri gabungan beberapa spesialis (interdisipliner).

II. Struktur EMT

Emergency Medical Team (EMT) sekurang-kurangnya memiliki struktur sebagai berikut.

Pengampu : Institusi pemerintah atau organisasi non pemerintah yang membentuk EMT.

Ketua tim : Dokter yang pernah ikut merespons bencana/krisis kesehatan dan/atau mengikuti pelatihan manajemen bencana (Level 1 Tenaga Cadangan Kesehatan).

Tugas :

a. Bertanggungjawab atas seluruh kegiatan tim;
b. Berkoordinasi dengan HEOC dan EMT lain;
c. Melakukan identifikasi permasalahan kesehatan dan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan;
d. Melakukan briefing dan debriefing kepada anggotanya;
e. Melaporkan kedatangan, kegiatan harian dan kepulangan kepada HEOC;
f. Menyampaikan laporan akhir operasi medis yang dijalankan di lokasi bencana;
g. Melakukan serah terima kepada ketua EMT selanjutnya jika ada pergantian tim atau anggota;
h. Sebagai narahubung EMT kepada HEOC terkait informasi medis korban bencana yang ditangani oleh timnya;
i. Melakukan supervisi, monitoring dan evaluasi kinerja anggota timnya serta kesehatan fisik dan mental selama penugasan;
j. Memastikan keamanan dan keselamatan tim selama bertugas sesuai kondisi di lokasi penugasan.

Anggota EMT : Terdiri dari berbagai tenaga profesional bidang kesehatan dan non kesehatan (sesuai tipe EMT).

jdih.kemkes.go.id

Tugas : a. Bertanggungjawab kepada Ketua Tim;
b. Melakukan pelayanan sesuai kompetensinya;
c. Mengumpulkan seluruh data dan menyusun draf laporan tim;
d. Melakukan pengelolaan logistik medis dan non medis;
e. Mendokumentasikan kegiatan tim;
f. Mengelola keuangan tim.

III. Standar Pelayanan EMT

EMT memiliki kewajiban untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat terdampak. EMT dimobilisasi ke terdampak bencana dalam waktu maksimal 24 jam setelah kejadian (khususnya EMT Tipe 1). EMT bertugas secara menetap atau berkeliling untuk melayani dan merujuk korban akibat krisis kesehatan. EMT berada di bawah kendali dan koordinasi EMTCC, dalam hal ini berada di bawah koordinasi sub klaster pelayanan kesehatan. Pada kondisi HEOC belum terbentuk, EMT yang pertama kali tiba di lokasi bencana dapat menjadi EMTCC dan membantu mengkoordinasikan EMT lainnya.

Tabel 3.4 Tipe EMT

Tipe EMT	Waktu Respons	Lama Penugasan
Tipe 1 Bergerak	24 jam pertama	14 hari efektif
Tipe 1 Menetap		
Tipe 2	24-36 jam pertama	21 hari efektif
Tipe 3	36-48 jam pertama	28 hari efektif
Spesialis Care Team	Menyesuaikan dengan kebutuhan	

Organisasi pengampu/institusi membentuk EMT dengan ruang lingkup pelayanan, kompetensi, dan kualifikasi sumber daya manusia, serta sarana dan logistik dengan ketentuan minimal sebagai berikut.

Tabel 3.5 Standar Minimal Pelayanan EMT Tipe 1 Bergerak (*Mobile*)

Ruang Lingkup Pelayanan	Kompetensi dan Kualifikasi	Sarana dan Logistik
a. Pelayanan kesehatan: ● Triase ● Penanganan awal medis ● Penanganan kegawatdaruratan	● 1 orang dokter	a. Ambulans

jdih.kemkes.go.id

Ruang Lingkup Pelayanan	Kompetensi dan Kualifikasi	Sarana dan Logistik
trauma dan non-trauma ● Stabilisasi dan rujukan dari pasien yang membutuhkan layanan rawat inap dan tingkat perawatan yang lebih tinggi ● Pelayanan kesehatan dasar ● Pelayanan kesehatan kegawatdaruratan reproduksi, kebidanan dasar dan perawatan bayi baru lahir b. Durasi pelayanan 8 jam per hari. c. Jumlah layanan minimal 50 pasien per hari. d. Pelayanan dapat dilaksanakan di ambulans, tenda atau sarana lain yang memungkinkan. e. Mendukung atau mengaktifkan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan area terdampak	● 2 orang perawat ● 1 orang pengemudi ambulans	b. *Emergency kit* c. Obat-obatan dan BMHP

Tabel 3.6 Standar Minimal Pelayanan EMT Tipe 1 Menetap (*Fixed*)

Ruang Lingkup Pelayanan	Kompetensi dan Kualifikasi	Sarana dan Logistik
a. Pelayanan kesehatan primer: ● Triase ● Penanganan awal medis ● Penanganan kegawatdaruratan trauma dan non-trauma ● Stabilisasi dan rujukan daripasien yang membutuhkan layanan rawat inap dan tingkat perawatan yang lebih tinggi ● Pelayanan kesehatan dasar ● Pelayanan kesehatan reproduksi, pelayanan kebidanan dasar dan perawatan bayi baru lahir. b. Durasi pelayanan 8 jam per hari. c. Jumlah layanan minimal 100 pasien per hari. d. Pelayanan dapat dilaksanakan di faskes, tenda atau sarana lain yang memungkinkan. e. Mendukung atau mengaktifkan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan area terdampak.	● 1 orang dokter, ● 2 orang perawat, ● 1 orang farmasi, ● 1 orang tenaga umum/ logistik ● 1 orang admin	a. *Emergency kit* b. Obat-obatan c. Logistik medis dan umum

Organisasi pengampu/institusi di provinsi dan kabupaten/kota, dapat juga membentuk EMT Tipe 2, 3 dan *Specialist Care Teams* yang

jdih.kemkes.go.id

memberikan pelayanan kesehatan lanjutan/spesialistik seperti bedah, obstetri ginekologi, penyakit dalam, anak, anestesi, orthopedi, dan lain-lain.

Tabel 3.7 Standar Minimal Pelayanan EMT Tipe 2

Ruang Lingkup Pelayanan	Kompetensi dan Kualifikasi (minimal)	Sarana dan Logistik
Pelayanan Tipe 1 ditambah : ● Penerimaan pasien baru, pasien rujukan ● Rawat inap, ● Bedah umum dan ● Kebidanan Trauma dan kondisi mayor lainnya yang meliputi: a. Triase bedah dan bantuan hidup lanjutan, b. Penanganan definitif luka dan patah tulang, c. Bedah pengendalian kerusakan (*damage control surgery),* d. Bedah umum dan kebidanan darurat, e. Pelayanan rawat inap untuk darurat non-trauma, f. Anestesi dasar, X-ray, transfusi darah, g. Pelayanan lab dan rehabilitasi medis. h. Pelayanan dapat dilaksanakan di fasilitas kesehatan definitif, RS Lapangan atau sarana lain yang memungkinkan yang memenuhi standar/spesifikasi teknis yang berlaku.	Staf: a. Meliputi dokter yang terlatih dalam penanganan kegawatdaruratan dan perawatan medis umum (termasuk pelayanan kesehatan ibu dan anak), b. Staf bedah dan anestesi untuk kamar operasi, c. Staf medis dan perawat untuk menangani rawat inap dan pelayanan lainnya (radiologi, laboratorium, dll) d. Staf Farmasi e. Staf Logistik Rasio harus memenuhi atau melebihi: a. Rasio teknisi anestesi/ dokter anestesi yaitu 1 dokter bedah dengan 5 staf teknis ruang bedah untuk setiap 1 meja operasi. b. Rasio perawat setidaknya 1 perawat untuk 8 tempat tidur (24 jam) c. Tenaga ahli Teknik elektromedik	● 1 meja operasi ● 7 bedah mayor atau 15 bedah minor per hari ● 20 tempat tidur rawat inap ● Pelayanan 24 jam per hari/7 hari per minggu

Jumlah, jenis tenaga dan logistik yang dibutuhkan untuk pembentukan EMT Tipe 2 dapat dilihat pada formulir.

Tabel 3.8 Standar Minimal Pelayanan EMT Tipe 3

jdih.kemkes.go.id

Ruang Lingkup Pelayanan	Kompetensi dan Kualifikasi (minimal)	Sarana dan Logistik
Pelayanan Tipe 2 ditambah: ● Perawatan bedah kompleks, rujukan rawat inap, termasuk kapasitas perawatan intensif/Intensive Care Unit (ICU). ● Selain pelayanan tipe 2, EMT tipe 3 juga menyediakan: ● Pelayanan primer dan stabilisasi ● Perawatan rekonstruktif luka kompleks dan ortopedi, ● Pelayanan X-ray lanjutan, transfusi darah, pelayanan lab dan rehab, ● Pelayanan kesehatan anak tingkat lanjutan dan anestesi orang dewasa, dilengkapi tempat tidur/Intensive Care Unit (ICU) dengan layanan 24 jam dengan ketersediaan alat dukung pernafasan (ventilator).	Staf harus memenuhi standar kompetensi dan rasio dari EMT tipe 2 dan; dokter bedah rekonstruksi *orthoplastic.* Rasio 1 perawat untuk 2 tempat tidur pada perawatan intensif (24 jam).	● Setidaknya 2 meja operasi ● > 100 pasien rawat jalan ● > 40 pasien pasien rawat inap (20 tempat tidur pasien rawat inap post operasi) ● 15 bedah mayor atau 30 bedah minor per hari, ● 4 tempat tidur perawatan intensif. ● Pelayanan 24 jam per hari/7 hari per minggu

Tabel 3.9 Standar Minimal EMT *Specialist Care Teams*

Ruang Lingkup Pelayanan	Kompetensi dan Kualifikasi (minimal)	Sarana dan Logistik
● Perawatan spesialis yang spesifik terhadap suatu disiplin ilmu, menunjang pelayanan yang diberikan oleh EMT tipe 2 + 3 atau rumah sakit lokal. ● Pelayanan spesialis dapat meliputi: Penanganan luka bakar, cuci darah dan perawatan untuk gejala edema, bedah maksilofasial, bedah *orthoplastic,* rehabilitasi intensif, kesehatan ibu*, Neonatal dan pelayanan kesehatan anak.	● Merespons kebutuhan yang ada akan pelayanan spesialis ● Tergabung dalam dan bekerja dari EMT 2 atau 3, rumah sakit nasional atau sistem kesehatan ● Untuk beberapa pelayanan, dapat bersifat mandiri seperti pelayanan kesehatan masyarakat. ● Standar kualifikasi dan kompetensi disesuaikan organisasi profesi masing-masing	Disesuaikan dengan kapasitas pelayanan dan standar profesi masing-masing.

Jenis obat-obatan dan logistik EMT disesuaikan dengan jenis layanan.

jdih.kemkes.go.id

IV. Pembentukan EMT

Pembentukan EMT dilakukan pada level nasional, provinsi, dan kabupaten/kota oleh organisasi pemerintah maupun organisasi non-pemerintah berdasarkan standar yang ditetapkan dalam pedoman ini. Proses seleksi dan rekruitmen anggota EMT dengan syarat-syarat tertentu termasuk registrasi dan kredensial individu anggota sesuai dengan kualifikasi keprofesian masing-masing anggota EMT. Database EMT dan keanggotaannya dibuat oleh organisasi pengampu.

Langkah-langkap pembentukan EMT adalah sebagai berikut.

a. *Self Assessment* dan Penetapan Tipe EMT

Langkah awal dalam pembentukan EMT adalah *self assessment* dari setiap organisasi pengampu (lembaga/instansi baik pemerintah maupun non-pemerintah) terkait sumber daya manusia, sumber daya alat, sumber daya keuangan, dan ancaman potensi bencana di lokasi EMT tersebut. Adapun tujuan *assessment* adalah untuk mendapatkan gambaran awal terkait kapasitas dan tipe EMT yang akan dibentuk.

b. Pengumuman Rekrutmen

Lembaga/instansi pemerintah maupun non pemerintah membuat pengumuman rekrutmen anggota EMT ke jejaringnya masing-masing dengan mencantumkan kriteria peserta sesuai tipe/jenis EMT yang akan dibentuk.

c. Pengumpulan Berkas

Berkas tenaga kesehatan yang melamar sebagai anggota EMT dikirimkan dan dikumpulkan kepada lembaga/instansi yang membentuk EMT.

d. Kredensial

Lembaga/instansi pemerintah maupun non pemerintah yang akan membentuk EMT melakukan kredensial calon anggota EMT yang mendaftarkan diri.

e. Tes Kesehatan Fisik, Mental dan Wawancara

Tes kesehatan fisik, mental dan wawancara dilaksanakan oleh lembaga/instansi yang membentuk EMT. Tes kesehatan fisik dan mental dilakukan untuk mengetahui kondisi kesehatan para pelamar anggota EMT, sedangkan tes wawancara dilakukan untuk mengetahui motivasi dan komitmen para pelamar anggota EMT dalam hal kerja-kerja kemanusiaan bidang kesehatan.

jdih.kemkes.go.id

f. Pengumuman Kelulusan Seleksi

Pengumuman kelulusan seleksi dilaksanakan dan dilakukan di internal lembaga/instansi yang membentuk EMT.

g. Penetapan oleh Organisasi Pengampu melalui SK Pembentukan EMT

Pembentukan EMT oleh organisasi pemerintah maupun organisasi non pemerintah dilakukan melalui proses penunjukan dan ditetapkan melalui Surat Keputusan Kepala/Ketua organisasi.

EMT yang telah ditetapkan dengan SK Pembentukan EMT dari organisasi pengampu dan sudah teregistrasi di Sistem Pendaftaran Tenaga Cadangan Kesehatan wajib dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di lokasi EMT berada. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melaporkan rekapitulasi EMT yang terdaftar di wilayahnya ke Dinas Kesehatan Provinsi yang selanjutnya oleh Dinas Kesehatan Provinsi dilaporkan ke Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

V. Pelatihan EMT

Untuk meningkatkan kompetensi EMT, dibutuhkan adanya pelatihan-pelatihan yang direncanakan dan dilaksanakan oleh pengampu masing-masing. EMT dapat pula mengikuti pelatihan yang dilakukan oleh instansi/Lembaga lain, antara lain.

a. Pelatihan Wajib

Pelatihan wajib merupakan pelatihan yang harus diikuti oleh para anggota EMT. Pelatihan ini dibedakan menjadi pelatihan yang bersifat klinis dan non-klinis dengan materi sebagai berikut.

1. Pelatihan Klinis
   a) Pelatihan yang bersifat spesialistik sesuai dengan Organisasi Profesi masing-masing anggota EMT.
   b) Pelatihan dasar: BLS dan/atau BCLS dan/atau ACLS dan/atau BTLS dan/atau BSS dan/atau ATLS dan/atau PHTLS dan/atau PTC dan/atau PPGD dan/atau *Disaster Wound Care.*
2. Pelatihan non klinis bagi EMT mengacu kepada bab Pembinaan Tenaga Cadangan Kesehatan (TCK).
3. Pelatihan Tambahan

   Pelatihan tambahan merupakan pelatihan yang sifatnya tidak wajib namun dapat dilakukan sesuai dengan ancaman bencana di masing-masing lokasi EMT. Jenis-jenis pelatihan tambahan yang dapat diikuti oleh EMT mengacu pada Bab Pembinaan Tenaga Cadangan Kesehatan (TCK).

jdih.kemkes.go.id

VI. Logistik EMT

Pada prinsipnya EMT harus memenuhi persyaratan kecukupan tim secara mandiri (*self sufficient*) selama penugasan yang mencakup akomodasi, transportasi, pangan, suplai listrik, pengelolaan limbah medis dan domestik, dan air bersih.

Berdasarkan peruntukannya logistik EMT terdiri dari:

a. Logistik Pribadi

Perlu disiapkan logistik pribadi bagi setiap anggota EMT, dengan mempertimbangkan aspek kecukupan dan disesuaikan dengan jenis bencana serta kondisi lingkungan di lokasi penugasan.

b. Logistik Tim

Perlu disiapkan logistik yang digunakan oleh dan untuk operasional atau layanan yang dilakukan oleh tim, dengan mempertimbangkan aspek kecukupan dan disesuaikan dengan jenis bencana, layanan kesehatan yang diberikan serta kondisi lingkungan di lokasi penugasan.

Masing-masing logistik tersebut terdiri dari logistik medis dan non-medis sebagaimana terdaftar dalam formulir (Formulir 4). Selain merujuk pada formulir tersebut, EMT Tipe 2 dan Tipe 3 dapat menyesuaikan kebutuhan logistik dengan mengacu kepada standar organisasi profesi serta standar EMT internasional yang dikeluarkan oleh WHO.

VII. Perhatian Khusus

Selama bertugas di lokasi bencana, EMT harus menerapkan prinsip TCK dan memperhatikan hal-hal penting sebagai berikut.

a. Menerapkan upaya-upaya pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit.
b. Menerapkan prinsip-prinsip pengendalian dan pencegahan infeksi (PPI).
c. Melakukan tatalaksana awal korban meninggal serta melaporkan kepada pihak berwenang (formulir SOP).

VIII. Pembinaan, Pemantauan, dan Evaluasi EMT

Pembinaan, pemantauan dan evaluasi EMT, dilakukan untuk memastikan sekaligus menjaga agar EMT tetap memenuhi standar sesuai pedoman EMT. Pembinaan sangat penting dalam meningkatkan kapasitas EMT dan memastikan mereka siap untuk dimobilisasi pada kondisi darurat krisis kesehatan.

Pembinaan EMT dilakukan oleh organisasi pengampu, melalui kegiatan peningkatan kapasitas dan kompetensi serta koordinasi secara berkala. Pembinaan terkait keprofesian anggota EMT

jdih.kemkes.go.id

dilakukan oleh organisasi profesi masing-masing. Sedangkan pembinaan terkait dengan manajemen krisis kesehatan merupakan tanggung jawab Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, dan organisasi pengampu.

Pemantauan dan evaluasi dilakukan terhadap kinerja EMT selama di lokasi penugasan antara lain mencakup:

1. Jumlah, dan jenis EMT yang dimobilisasi ke lokasi terdampak apakah sudah sesuai dengan kebutuhan atau belum.
2. Kualitas layanan kesehatan yang diberikan EMT.
3. Kepatuhan terhadap alur kerja.
4. Kecepatan EMT sampai ke lokasi terdampak.
5. Durasi penugasan EMT di lokasi terdampak.

Pemantauan dan evaluasi untuk EMT baik yang diampu oleh lembaga/institusi pemerintah maupun non-pemerintah dilakukan oleh lembaga/institusi masing-masing dan/atau HEOC. Pemantauan dan evaluasi dapat dilakukan saat dan/atau pasca penugasan sesuai aturan yang berlaku di lembaga/institusi tersebut.

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 12

Standar Prosedur Operasional Laporan Kedatangan EMTs

<table>
<tr><td rowspan="2">  </td><td colspan="3">Standar Prosedur Operasional
Laporan Kedatangan Emergency Medical Teams</td></tr>
<tr><td>No Dokumen</td><td>Revisi ke -</td><td>Halaman 1 dari 3</td></tr>
<tr><td>SPO</td><td>Tanggal ditetapkan</td><td colspan="2">Ditetapkan,

Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan,
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia</td></tr>
<tr><td>Pengertian</td><td colspan="3">Proses pendaftaran dari suatu EMT’s secara ad-hoc (saat datang di lokasi terdampak bencana yang mengakibatkan krisis kesehatan), yang berfungsi untuk menghubungkan data EMT’s ke dalam sistem agar mudah dipetakan dan didistribusikan oleh klaster kesehatan setempat c.q sub-klaster pelayanan kesehatan/ EMT’s ke daerah yang membutuhkan sesuai dengan kapasitas dan kualifikasi teknis tim tersebut</td></tr>
<tr><td>Tujuan</td><td colspan="3">Laporan kedatangan EMT’s dibutuhkan agar dapat mengatur distribusi, monitoring layanan kesehatan oleh EMT’s kepada masyarakat terdampak bencana, serta pemanfaatan kapasitas sesuai dengan kebutuhan.

EMT’s akan melakukan laporan kedatangan di titik masuk (bandara/ pelabuhan) yang dikoordinir oleh KKP dan dinas kesehatan dan/atau melakukan laporan kedatangan langsung ke dinas kesehatan provinsi dan/atau dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan status bencana.</td></tr>
<tr><td>Kebijakan</td><td colspan="3">• Undang-Undang Republik Indonesia. Nomor 24 Tahun 2007. tentang Penanggulangan Bencana
• Regulasi Institusi asal/induk organisasi terkait pembentukan EMT’s
• Regulasi BNPB terkait pembentukan EMT’s
• Regulasi Pusat Krisis Kementerian Kesehatan terkait pembentukan EMT’s
• Surat Edaran (SE) Satgas Covid-19 Nomor 22 Tahun 2021 tentang Ketentuan Perjalanan Orang Dalam Negeri Pada Masa Pandemi Covid-19</td></tr>
</table>

jdih.kemkes.go.id

Prosedur	Laporan kedatangan EMT's harus memperhatikan hal-hal berikut: 1. Proses seleksi dan rekruitmen anggota tim dengan syarat-syarat tertentu termasuk laporan kedatangan dan kredensial individu anggota sesuai dengan kualifikasi keprofesian masing-masing; 2. Telah melakukan pelatihan internal dan adanya evaluasi pasca penugasan; 3. Dianjurkan juga bagi tim EMT's untuk dapat terintegrasi dengan rencana kontijensi kesehatan yang disusun oleh dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota asal sebagai bagian dari standar pelayanan minimal daerah tersebut. 4. Laporan kedatangan dapat di lengkapi secara online dengan link isian yang disediakan dinas kesehatan provinsi dan/atau dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan status bencana.

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	**Standar Prosedur Operasional** **Laporan kedatangan *Emergency Medical Teams***		
	No Dokumen	Revisi ke -	Halaman 2 dari 3
	Laporan kedatangan pada saat bencana EMT's mengatur juga tentang kegiatan yang akan dilakukan oleh EMT's-CC yang didetailkan pada SOP berikut: 1. Penugasan (*Deployment*) 2. Penjaminan mutu (*Quality Assurance*) 3. Kerjasama 4. *Deployment team TOR* 5. *National Health Cluster* 6. Pengaktifan EMT's-CC dan sub klaster 7. National Health Cluster and EMT's-CC Time frame 8. *Reception Departure Centre* (RDC) 9. Mobilisasi 10. *Demobilization* 11. Pendampingan 12. Komposit Tim Tahapan prosedur: 1. Persiapan mobilisasi dan perjalanan tenaga EMT's dalam keadaan pandemi Covid 19 mengacu pada Surat Edaran (SE) Satgas Covid-19 Nomor 22 Tahun 2021 tentang Ketentuan Perjalanan Orang Dalam Negeri Pada Masa Pandemi Covid-19. 2. Laporan kedatangan EMT's pada pada fase akut/saat terjadi bencana dilakukan secara ad-hoc di lokasi bencana, untuk tidak tertukar dengan laporan kedatangan pada fase normal dilakukan di dinas kesehatan propinsi/kabupaten/kota tempat tim EMT's tersebut berkantor 3. Laporan kedatangan EMT's ad-hoc dilakukan mulai ketibaan di RDC di pintu masuk awal ke daerah bencana		

	4. Oleh RDC kemudian diarahkan ke pos klaster kesehatan untuk melakukan laporan kedatangan lanjutan 5. Menyerahkan form laporan kedatangan EMT's terlampir 6. Institusi asal/ profesi/ induk organisasi menyerahkan profil EMT's (latar belakang, visi, misi, tujuan, sumber dana dan rekam jejak) dan TOR ke petugas penerima di pos klaster Kesehatan

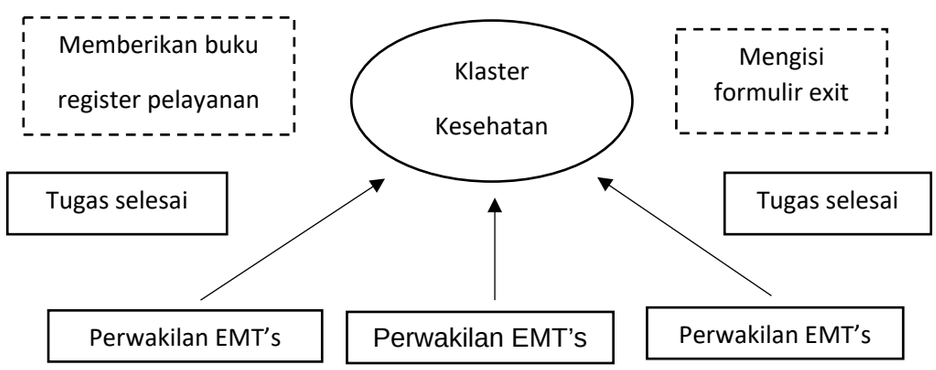
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	**Standar Prosedur Operasional** **Laporan kedatangan *Emergency Medical Teams***		
	No Dokumen	Revisi ke -	Halaman 3 dari 3
	7. Pos klaster kesehatan menentukan klasifikasi Nasional EMT's yang dituju (Tipe 1 (*Mobile/Fixed*), Tipe 2, Tipe 3 atau Sel Spesialis). 8. Pos klaster kesehatan dibantu oleh organisasi profesi di daerah bencana memastikan kualifikasi dan kompetensi anggota sesuai dengan standar nasional profesi terkait. 9. Memiliki kelengkapan logistik pelayan kesehatan dan tim sesuai spesifikasi klasifikasi Nasional EMT's. 10. Memiliki sistem pencatatan rekam medis tertulis/digital yang direkapitulasi setiap hari penugasan. 11. Pos kesehatan memberikan tanda pengenal dan form-form terkait kepada tim EMT's yang sudah melakukan laporan kedatangan dan terverifikasi untuk bertugas. 12. Pos klaster kesehatan memberikan tenaga pendamping (dijelaskan di SOP berbeda). 13. Tim EMT's yang tidak dapat melewati verifikasi teknis karena satu dan lain hal untuk menunggu arahan dari sub-klaster pelayanan kesehatan/EMT's CC untuk kemudian digabungkan dengan tenaga/tim kesehatan lain menjadi tim komposit (dijelaskan di SOP berbeda) 14. Memiliki prosedur rekapitulasi total yang dilaporkan secara berkala kepada field commander selambat-lambatnya pada hari akhir penugasan. 15. Memiliki prosedur serah terima dengan institusi pemerintahan/ sosial/ pelayanan kesehatan tempat bertugas.		

FORMULIR 13

Standar Prosedur Operasional Laporan Kepulangan EMTs

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	**Standar Prosedur Operasional** **Laporan Kepulangan *Emergency Medical Teams***		
	No Dokumen	Revisi ke -	Halaman 1 dari 1
SPO	**Tanggal ditetapkan**	**Ditetapkan,** Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia	
Pengertian	Kegiatan pelaporan pelayanan kesehatan yang di lakukan EMT's setelah selesai bertugas di klaster Kesehatan		
Tujuan	Untuk mendapatkan semua laporan kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh EMT's di daerah terdampak		
Kebijakan	1. Peraturan Menteri Kesehatan No 67/2013 2. Perka BNPB no 17/2011 3. Perka BNPB No 6 tahun 2018 4. Perban No 6 /2018		
Prosedur	1. Perwakilan EMT's yang sudah selesai bertugas datang melapor langsung ke klaster kesehatan 2. Menyerahkan buku register pelayanan kesehatan ke klaster kesehatan 3. Mengisi formulir *exit report* yang ada di klaster kesehatan 4. Formulir *exit report* bisa didapatkan di website pusat krisis kesehatan atau di klaster kesehatan langsung 5. Formulir *exit report* yang sudah diisi diserahkan kembali ke klaster kesehatan 6. EMT's kembali ke daerah asal		

Alur :



FORMULIR 14

Standar Prosedur Operasional Rekam Medis EMTs

<table>
<tr><td rowspan="2">KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</td><td colspan="3">Standar Prosedur Operasional
Rekam Medis Emergency Medical Teams</td></tr>
<tr><td>No Dokumen</td><td>Revisi ke -</td><td>Halaman 1 dari 3</td></tr>
<tr><td>SPO</td><td>Tanggal ditetapkan</td><td colspan="2">Ditetapkan,

Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan,
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia</td></tr>
<tr><td>Definisi</td><td colspan="3">Rekam medis adalah bukti tertulis (kertas atau elektronik) yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti temuan hasil penilaian/pemeriksaan medis, rencana asuhan, rincian pelaksanaan asuhan dan pengobatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi serta ringkasan kepulangan pasien yang dibuat oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA)</td></tr>
<tr><td>Tujuan</td><td colspan="3">• Alat komunikasi antar Profesional Pemberi Asuhan yang memberikan asuhan pasien (communication)
• Dasar dalam penghitungan biaya pelayanan kepada pasien, penyedia data khusus untuk penelitian dan pendidikan
• Dasar untuk merencanakan asuhan yang harus diberikan kepada pasien
• Bahan yang berguna untuk analisis, penelitian, dan evaluasi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien (audit klinis)
• Sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan pelaporan
• Bukti tertulis/terekam atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit
• Perlindungan kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit, maupun Profesional Pemberi Asuhan
• Perlindungan terhadap data pasien</td></tr>
<tr><td>Kebijakan terkait</td><td colspan="3">• Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis
• Pedoman Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit</td></tr>
<tr><td>Prosedur</td><td colspan="3">1. Setiap pasien yang akan mendapatkan pemeriksaan dan tindakan/perawatan medis harus dibuatkan rekam medis.
2. Rekam medis dibuat dibagian pendaftaran kemudian dibawa petugas ke tempat pelayanan pasien.
3. Pada berkas rekam medis harus dicantumkan nomor rekam medis yang dikeluarkan oleh bagian pendaftaran sarana pelayanan kesehatan.
4. Setiap pasien mendapatkan kartu berobat yang mencantumkan nomor rekam medis.</td></tr>
</table>

jdih.kemkes.go.id

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	**Standar Prosedur Operasional** **Rekam Medis *Emergency Medical Teams***		
	No Dokumen	Revisi ke -	Halaman 2 dari 3
	5. Data umum pasien dan data terkait bencana diisi oleh petugas di bagian pendaftaran secara lengkap, jelas dan benar, meliputi: a. Identitas pasien b. Tanggal dan waktu c. Jenis bencana dan lokasi pasien ditemukan d. Identitas pengantar pasien atau yang menemukan pasien e. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan f. Kategori kegawatan g. Nomor pasien bencana massal. 6. Data medis pasien diisi oleh dokter maupun tenaga medis lain yang memeriksa atau merawat pasien, secara lengkap, mudah dan berkesinambungan, meliputi: a. Hasil anamnesis dan riwayat penyakit b. Hasil pemeriksaan fisis dan penunjang medis c. Diagnosis d. Pengobatan dan/atau tindakan e. Ringkasan kondisi pasien dan rencana tindak lanjut f. Nama, jabatan/institusi, dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan g. Sarana transportasi yang digunakan jika pasien akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. 7. Memastikan seluruh data pasien terlindungi dan tidak dapat diakses oleh orang lain yang tidak berkepentingan. 8. Setelah pasien mendapatkan perawatan/layanan kesehatan dan rekam medis diisi lengkap oleh dokter maupun tenaga medis yang memberikan pelayanan kesehatan, berkas rekam medis dikembalikan kembali ke bagian rekam medis. 9. Untuk pasien rawat inap, jika pasien telah selesai dirawat (dipulangkan), dokter penanggung jawab pemberi pelayanan medis membuat ringkasan pulang, yang sekurang-kurangnya berisi: a. identitas pasien b. diagnosis masuk dan indikasi dirawat c. ringkasan hasil pemeriksaan fisis dan penunjang d. diagnosis akhir e. pengobatan dan tindak lanjut f. nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.		

<table>
<tr><td rowspan="2">KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</td><td colspan="3">Standar Prosedur Operasional
Rekam Medis Emergency Medical Teams</td></tr>
<tr><td>No Dokumen</td><td>Revisi ke -</td><td>Halaman 3 dari 3</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">10. Isi rekam medis dapat diberikan kepada pasien dalam bentuk salinan atau ringkasan rekam medis, namun berkas rekam medis adalah milik fasilitas pelayanan kesehatan.
11. Apabila pasien meninggal dalam perawatan, maka dokter penanggung jawab pemberi pelayanan medis membuat surat keterangan kematian, yang sekurang-kurangnya memuat:
a. identitas pasien
b. tanggal dan waktu dinyatakan meninggal
c. nama, jabatan/institusi, dan tanda tangan dokter penanggung jawab pelayanan kesehatan.
12. Penyimpanan rekam medis oleh fasilitas pelayanan kesehatan harus dipastikan aman dan diperlakukan secara akuntabel.
13. Jangka waktu penyimpanan rekam medis pasien pada sarana pelayanan kesehatan:
a. Non-rumah sakit disimpan maksimal dua tahun
b. Rumah sakit disimpan maksimal lima tahun.
14. Setelah lewat jangka waktu tertentu maka seluruh data wajib dimusnahkan.</td></tr>
</table>

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 15

Standar Prosedur Operasional Transportasi dan Rujukan EMTs

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	**Standar Prosedur Operasional** **Transportasi Rujukan *Emergency Medical Teams***		
	No Dokumen	Revisi ke -	Halaman 1 dari 1
SPO	**Tanggal ditetapkan**	**Ditetapkan,** Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia	
Pengertian	Transportasi Rujukan adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh Emergency Medical Team (EMT's) untuk mengirim pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan untuk mendapatkan penanganan yang lebih memadai dan sesuai kebutuhan.		
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk melakukan transportasi pasien rujukan		
Kebijakan	1. Permenkes No. 19 tahun 2016 tentang sistem penanganan gawat darurat terpadu. 2. Permenkes No. 71 tahun 2017 tentang pelayanan ambulan. 3. Kepmenkes No. 882/Menkes/SK/X/2009 tentang Pedoman penanganan evakuasi medik.		
Prosedur	1. Mempersiapkan pasien dalam kondisi stabil dan siap dirujuk 2. Melakukan komunikasi dengan koordinator klaster kesehatan terkait fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat menerima rujukan 3. Mempersiapkan transportasi dengan ambulans 4. Mempersiapkan unit ambulans evakuasi medis sesuai kebutuhan pasien 5. Melakukan timbang terima pasien dengan petugas setempat termasuk dengan melampirkan dokumentasi-dokumentasi dan hasil pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan 6. Melakukan komunikasi dengan pasien dan keluarga untuk menjelaskan petugas yang akan melakukan transportasi rujukan 7. Melakukan penilaian cepat dari ujung kepala sampai kaki pasien untuk pemeriksaan silang dokumentasi 8. Menidaklanjuti pasien dengan menggunakan alat pindah sementara (LSB/Scoop Stretcher) ke atas Roll in Cott sesuai indikasi 9. Mengikat (Strapping) pasien diatas Roll in Cott		

jdih.kemkes.go.id

	10. Memasukkan Roll in Cott ke dalam ambulans dengan posisi kepala masuk terlebih dahulu 11. Mengunci Roll in Cot didalam ambulans 12. Memonitor TTV pasien setiap 10 menit untuk pasien kritis dan 30 menit untuk pasien non kritis 13. Melakukan timbang terima pasien ke Rumah Sakit rujukan mengenai: a. Initial Assesment b. Dokumentasi Assesment c. Pemeriksaan Penunjang d. Alasan Rujukan 14. Petugas Kembali ke Pos Awal 15. Melakukan desinfektasi dan mempersiapkan unit ambulans untuk siap dipakai Kembali

jdih.kemkes.go.id

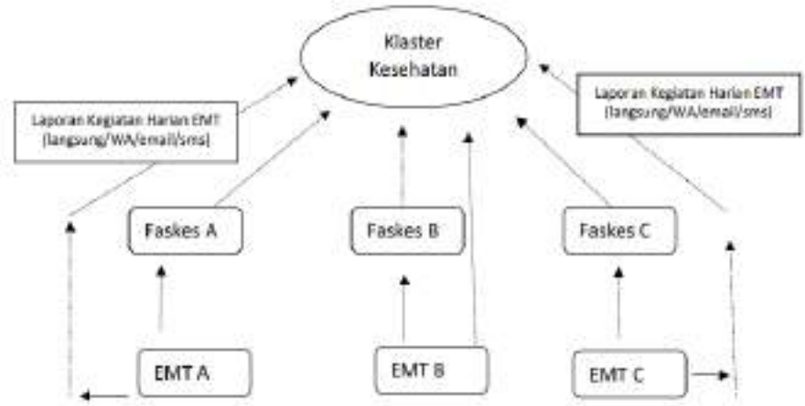
FORMULIR 16

Standar Prosedur Operasional Laporan Harian EMTs

<table>
<tr><td rowspan="2">  </td><td colspan="3">Standar Prosedur Operasional
Laporan Harian Emergency Medical Teams</td></tr>
<tr><td>No dokumen</td><td>Revisi ke-</td><td>Halaman 1 dari 2</td></tr>
<tr><td>SPO</td><td>Tanggal di tetapkan</td><td colspan="2">Ditetapkan,

Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia</td></tr>
<tr><td>Pengertian</td><td colspan="3">Kegiatan pengumpulan data penyampaian laporan pelayanan kesehatan yang dilakukan harian oleh EMTs selama bertugas di daerah terdampak bencana yang ditugaskan oleh EMTs-CC menggunakan format terlampir atau format lain yang sudah disepakati oleh tim EMTs dan otoritas kesehatan setempat di rapat EMTs-CC/klaster Kesehatan</td></tr>
<tr><td>Tujuan</td><td colspan="3">Untuk mendapatkan data dan informasi pelayanan kesehatan yang valid dan update di daerah terdampak bencana sebagai dasar yang kuat bagi klaster kesehatan dalam pengambilan kebijakan sesuai dengan kebutuhan daerah terdampak.</td></tr>
<tr><td>Kebijakan</td><td colspan="3">1. PMK No 67/2013
2. Perka BNPB no 17/2011
3. Perka BNPB No 6 tahun 2018
4. Perban No 6 /2018</td></tr>
<tr><td>Prosedur</td><td colspan="3">1. Laporan harian EMTs diisi sesuai dengan format laporan kegiatan yang disusun oleh Pusat Krisis Kesehatan / DHMT /HEOC atau format lain yang sudah disepakati oleh tim EMTs dan otoritas kesehatan setempat di rapat EMTs-CC/klaster kesehatan.
2. Laporan relawan tersebut diberikan ke klaster kesehatan setiap hari pukul 16.00 waktu setempat atau sesuai waktu yang ditentukan.
3. Jika EMTs ditugaskan jauh dari klaster kesehatan, maka laporan kesehatan bisa dikirimkan via online (WhatsApp, email, sms) dan diserahkan ke fasilitas kesehatan terdekat
4. Nomor WhatsApp dan alamat email ditentukan oleh klaster kesehatan
5. Waktu pengumpulan laporan kegiatan harian di fasilitas kesehatan terdekat pukul 15.00 setiap hari atau sesuai waktu yang ditentukan.
6. Fasilitas kesehatan yang menerima laporan harian kegiatan EMTs, mengirimkan kembali laporan</td></tr>
</table>

	tersebut ke klaster kesehatan setiap hari pukul 16.00 atau sesuai waktu yang ditentukan. 7. Klaster kesehatan mengolah laporan kegiatan harian EMTs menjadi satu informasi yang valid dan update 8. EMTs wajib mempunyai buku register pelayanan kesehatan yang isinya berupa semua kegiatan harian yang dilakukan oleh EMTs selama bertugas di daerah bencana.

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	**Standar Prosedur Operasional** **Laporan Harian *Emergency Medical Teams***		
	No dokumen	Revisi ke-	Halaman - 122 - dari 2
Alur			

FORMULIR 17

Standar Prosedur Operasional Koordinasi antar EMTs

<table>
<tr><td rowspan="2">  </td><td colspan="3">Standar Prosedur Operasional
Koordinasi antar Emergency Medical Teams</td></tr>
<tr><td>No Dokumen</td><td>Revisi ke -</td><td>Halaman 1 dari 1</td></tr>
<tr><td>SPO</td><td>Tanggal ditetapkan</td><td colspan="2">Ditetapkan,

Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan,
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia</td></tr>
<tr><td>Pengertian</td><td colspan="3">Adalah petunjuk pelaksanaan kerjasama antar Emergency Medical Team (EMT’s) dalam penanganan krisis kesehatan. EMT’S diharapkan dapat menjembatani permasalahan atau krisis kesehatan di lapangan dalam pendekatan yang komprehensif agar pelayanan kesehatan yang diberikan paripurna dan berkesinambungan.</td></tr>
<tr><td>Tujuan</td><td colspan="3">Untuk menjamin standar dan tersedianya akses terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif dilokasi dimana terjadi krisis kesehatan dan muncul kebutuhan tenaga, sarana prasarana dan material kesehatan.</td></tr>
<tr><td>Kebijakan</td><td colspan="3">Permenkes no….. tahun 2022 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan</td></tr>
<tr><td>Prosedur</td><td colspan="3">1. Pimpinan wilayah terdampak bencana mengeluarkan keputusan penetapan status bencana dan masa tanggap darurat sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
2. EMT’s yang ditugaskan ke lokasi daerah terdampak bencana wajib melakukan identifikasi permasalahan kesehatan di tempatnya bertugas dengan mengumpulkan informasi dari masyarakat terdampak dan/atau dengan melakukan pengamatan secara langsung.
3. Informasi yang terkumpul disampaikan saat rapat koordinasi harian EMT’s-CC di HEOC untuk memperkaya laporan harian EMT’s-CC.
4. Rapat koordinasi harian dilakukan dilokasi dan pada jam yang telah ditentukan oleh HEOC dan dihadiri oleh perwakilan dari masing-masing EMT’s yang bertugas.
5. Seluruh EMT’s wajib menaati hasil kesepakatan pada rapat koordinasi harian. Adanya perubahan di lapangan yang bersifat mendesak dapat disampaikan ke HEOC melalui jalur komunikasi yang telah ditentukan sebelumnya.
6. Koordinasi dapat juga dilakukan antar EMT’s secara langsung jika diperlukan sesuai kondisi di lapangan dan melaporkan kepada HEOC.</td></tr>
</table>

jdih.kemkes.go.id

	7. Koordinator HEOC membawa isu- isu permasalahan di luar sektor kesehatan pada pertemuan lintas lembaga atau lintas sektor.

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 18

Standar Prosedur Operasional Rapid Health Assessment EMTs

<table>
<tr><td rowspan="2">  </td><td colspan="3">Standar Prosedur Operasional
Rapid Health Assessment Emergency Medical Teams</td></tr>
<tr><td>No Dokumen</td><td>Revisi ke -</td><td>Halaman 1 dari 3</td></tr>
<tr><td>SPO</td><td>Tanggal ditetapkan</td><td colspan="2">Ditetapkan,

Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan,
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia</td></tr>
<tr><td>Pengertian</td><td colspan="3">Rapid Health Assessment adalah penilaian kesehatan cepat melalui pengumpulan informasi cepat dengan analisis besaran masalah sebagai dasar mengambil keputusan akan kebutuhan untuk tindakan penanggulangan segera.</td></tr>
<tr><td>Tujuan</td><td colspan="3">Standar Operasional Prosedur (SOP) Rapid Health Assessment ini disusun sebagai pedoman mengukur besaran masalah kesehatan di lokasi bencana, hasilnya berbentuk rekomendasi untuk digunakan dalam pengambilan keputusan penanggulangan kesehatan.</td></tr>
<tr><td>Kebijakan</td><td colspan="3">• Peraturan Menkes RI No. 75 Tahun 2019, tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan
• Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana</td></tr>
<tr><td>Prosedur</td><td colspan="3">Kualifikasi Pelaksana :
1. Memahami prinsip dasar BHD (bantuan hidup dasar)
2. Dapat bekerja berkelompok
3. Dapat mengidentifikasi kebutuhan - kebutuhan pokok yang diperlukan saat bencana termasuk petugas medis
4. Terdiri minimal 3 orang (dokter umum, sanitarian dan epidemilogi)

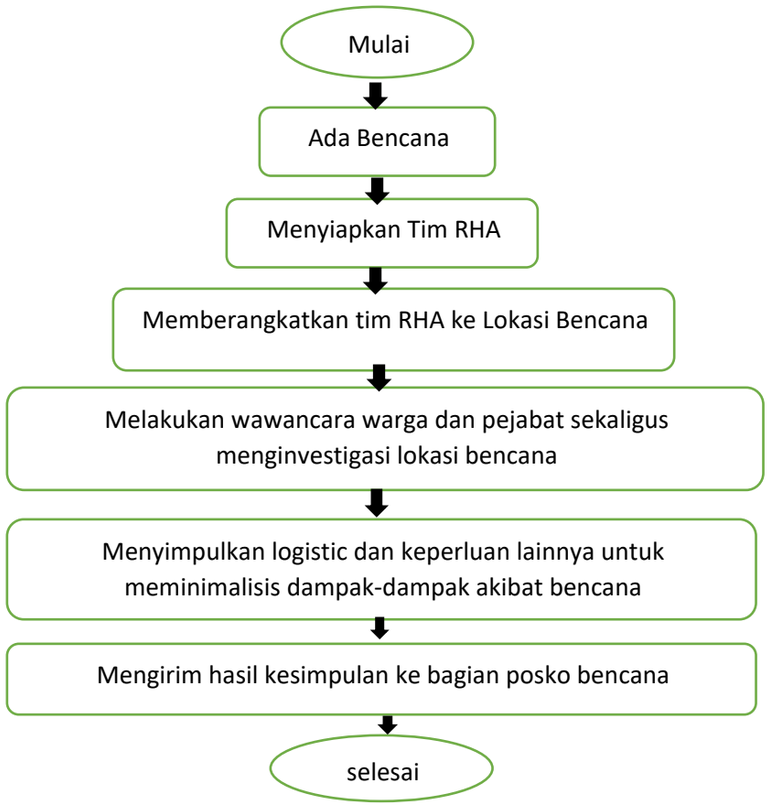
Peralatan / Perlengkapan :
1. Sarana komunikasi
2. Sarana transportasi
3. Formulir pencatatan dan pelaporan

Pihak Yang Terkait :
Petugas di Posko Bencana terdekat dan Posko Bencana pusat, petugas di tempat pelayanan kesehatan terdekat (puskesmas, klinik, rumah sakit, atau rumah sakit lapangan), Dinas Kesehatan, petugas surveilans, petugas pelaksana program kesehatan yang terkait dengan penyakit potensi KLB pada situasi bencana.</td></tr>
</table>

	Pencatatan dan Pendataan : 1. Data jenis bencana, lokasi kejadian, dan waktu kejadian bencana 2. Data mengenai korban dan kerusakan di wilayah 3. Data mengenai kondisi masyarakat meliputi tempat tinggal sementara, ketersediaan sandang dan pangan, ketersediaan dan kondisi sumber air bersih, kondisi sanitasi dasar, ketersediaan sarana umum, isu perlindungan utama dimasyarakat, sarama pendidikan dan fasilitas pelayanan kesehatan.

jdih.kemkes.go.id

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	**Standar Prosedur Operasional** ***Rapid Health Assessment Disaster Management Teams***		
	No Dokumen	Revisi ke -	Halaman 2 dari 3
	Mekanisme : 5. Posko Bencana segera (10 menit) melaporkan informasi daerah yang terkena bencana dalam bentuk konsep dan data; 6. Relawan/Petugas RHA menerima informasi daerah yang terkena bencana dalam bentuk Dokumen laporan bencana (10 menit) 7. Relawan/Petugas RHA Menyiapkan personel RHA dalam bentuk surat perintah dalam 1 hari 8. Relawan/Petugas RHA Mengidentifikasi korban korban bencana dan daerah daerah terkena dampak bencana melalui kegiatan survey dalam 1 (satu) hari 9. Relawan/Petugas RHA Merencanakan pendistribusian petugas medis dan logistik kebutuhan korban bencana dalam bentuk laporan/konsep dalam waktu 1 (satu) hari 10. Relawan/Petugas RHA Memberikan informasi yang dibutuhkan korban bencana daam bentuk laporan (10 menit) 11. Posko Bencana Menerima informasi yang dibutuhkan korban bencana dan mengkonfirmasi informasi diterima dalam bentuk laporan (10 menit). 12. Relawan/Petugas RHA Membuat laporan kegiatan dalam bentuk dokumen.		

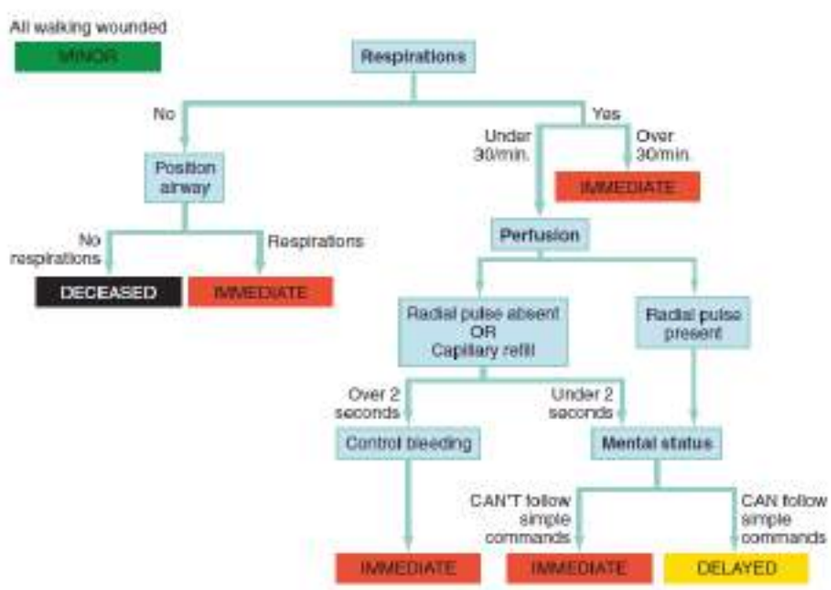
	Alur: 

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 19

Standar Prosedur Operasional Penyaringan dan Triase EMTs

<table>
<tr><td rowspan="2">KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</td><td colspan="3">Standar Prosedur Operasional
Penyaringan dan Triase Emergency Medical Teams</td></tr>
<tr><td>No Dokumen</td><td>Revisi ke -</td><td>Halaman 1 dari 3</td></tr>
<tr><td>SPO</td><td>Tanggal ditetapkan</td><td colspan="2">Ditetapkan,

Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan,
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia</td></tr>
<tr><td>Pengertian</td><td colspan="3">Proses khusus memilih dan memilah pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratan, jumlah pasien, sumber daya yang tersedia, dan kesempatan untuk menyelamatkan pasien lebih banyak dalam kondisi bencana atau korban masal</td></tr>
<tr><td>Tujuan</td><td colspan="3">• Triase yang digunakan di tempat kejadian/ Pra fasyankes
• Triase yang digunakan di fasyankes.</td></tr>
<tr><td>Kebijakan</td><td colspan="3">4. PMK no 47 tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan
5. PMK no 19 tahun 2016 tentang SPGDT</td></tr>
<tr><td>Prosedur</td><td colspan="3">A. Triase di pra fasyankes
 

a. Pasien yang dapat perjalan masuk dalam kategori Hijau
b. Pasien yang tidak bernafas setelah dilakukan manuver buka jalan nafas masuk dalam kategori Hitam
c. Pasien dengan laju nafas lebih dari 30 kali permenit, atau nadi radialis tidak dapat diraba, atau laju pengisian kapiler > 2 detik, dan atau tidak dapat mengikuti perintah sederhana masuk dalam kategori Merah.</td></tr>
</table>

jdih.kemkes.go.id

<table>
<tr><td rowspan="2">KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</td><td colspan="3">Standar Prosedur Operasional
Penyaringan dan Triase Emergency Medical Teams</td></tr>
<tr><td>No Dokumen</td><td>Revisi ke -</td><td>Halaman 2 dari 3</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">
d. Pasien dengan laju nafas kurang dari 30 kali permenit dan nadi radialis dapat diraba,dan laju pengisian kapiler < 2 detik, dan dapat mengikuti perintah sederhana masuk dalam kategori Kuning.
B. Triase di Fasyankes
1. Pasien datang diterima tenaga kesehatan di ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan. Bila jumlah Pasien lebih dari kapasitas ruangan, maka triase dapat dilakukan di luar ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan.
2. Penilaian dilakukan secara singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan kategori kegawatdaruratan Pasien oleh tenaga kesehatan dengan cara:
a. Menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien
b. Menilai kebutuhan medis
c. Menilai kemungkinan bertahan hidup
d. Menilai bantuan yang memungkinkan
e. Memprioritaskan penanganan definitif
3. Mengkategorikan status Pasien menurut kegawat-daruratannya, apakah masuk ke dalam kategori merah, kuning, hijau atau hitam berdasarkan prioritas atau penyebab ancaman hidup. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment).
a. Kategori merah merupakan prioritas pertama (Pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera).
b. Kategori kuning merupakan prioritas kedua (Pasien memerlukan tindakan definitif, tidak ada ancaman jiwa segera).
c. Kategori hijau merupakan prioritas ketiga (Pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan).
d. Kategori hitam merupakan Pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi.
4. Saat terjadi bencana alam ataupun kejadian bencana lainnya yang menyebabkan pasien dalam jumlah banyak, penggunaan Tag Triase (pemberian label pada Pasien) perlu dilakukan.
5. Pasien dengan laju nafas kurang dari 30 kali permenit dan nadi radialis dapat diraba,dan laju pengisian
</td></tr>
</table>

	kapiler < 2 detik, dan dapat mengikuti perintah sederhana masuk dalam kategori Kuning.

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	**Standar Prosedur Operasional** **Penyaringan dan Triase *Emergency Medical Teams***		
	No Dokumen	Revisi ke -	Halaman 3 dari 3
	C. Triase di Fasyankes 1. Pasien datang diterima tenaga kesehatan di ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan. Bila jumlah Pasien lebih dari kapasitas ruangan, maka triase dapat dilakukan di luar ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan. 2. Penilaian dilakukan secara singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan kategori kegawatdaruratan Pasien oleh tenaga kesehatan dengan cara: f. Menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien g. Menilai kebutuhan medis h. Menilai kemungkinan bertahan hidup i. Menilai bantuan yang memungkinkan j. Memprioritaskan penanganan definitif 3. Mengkategorikan status Pasien menurut kegawat-daruratannya, apakah masuk ke dalam kategori merah, kuning, hijau atau hitam berdasarkan prioritas atau penyebab ancaman hidup. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (*Airway*, *Breathing*, *Circulation*, *Disability*, *Environment*). e. Kategori merah merupakan prioritas pertama (Pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera). f. Kategori kuning merupakan prioritas kedua (Pasien memerlukan tindakan definitif, tidak ada ancaman jiwa segera). g. Kategori hijau merupakan prioritas ketiga (Pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan). h. Kategori hitam merupakan Pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi. 4. Saat terjadi bencana alam ataupun kejadian bencana lainnya yang menyebabkan pasien dalam jumlah banyak, penggunaan *Tag Triase* (pemberian label pada Pasien) perlu dilakukan.		

FORMULIR 20

Standar Prosedur Operasional Keselamatan dan Keamanan Anggota EMTs

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	**Standar Prosedur Operasional** **Keselamatan dan Keamanan Anggota** ***Emergency Medical Teams***		
	No Dokumen	Revisi ke -	Halaman 1 dari 2
SPO	**Tanggal ditetapkan**	**Ditetapkan,** Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia	
Pengertian	Berbagai tindakan yang dilakukan untuk dapat menjamin keselamatan dan keamanan anggota tim EMT		
Tujuan	Tim EMT bertanggung jawab terhadap keamanan dan keselamatan anggotanya dengan: • Anggota EMT memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk dapat menjamin keamanan dan keselamatan dirinya beserta anggota tim yang lain • Tim EMT dapat menjamin pelayanan kesehatan yang diberikan ke masyarakat terdampak di area penugasan dilakukan secara aman • Tim EMT dapat membantu meningkatkan pengawasan terhadap keamanan dan keselamatan masyarakat di daerah penugasan		
Kebijakan	6. Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan 7. Peraturan Menteri Kesehatan No. 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit 8. Peraturan Menteri Kesehatan No. 52 Tahun 2018 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan		
Prosedur	1. Anggota EMT wajib mengikuti pelatihan safer access (safety and security) yang diselenggarakan oleh organisasi pengampu 2. Pelatihan keamanan dan keselamatan meliputi: universal precaution, keamanan dan ketahanan negara, keselamatan dan kesehatan kerja, keamanan kerja, pengetahuan manajemen risiko, perbedaan antara risiko dan ancaman, tindakan pencegahan dan tindakan mitigasi, berurusan dengan media, mengetahui lingkungan anda dan memiliki kesadaran budaya, jenis kelamin dan keberagaman, mempersiapkan perjalanan, komunikasi darurat, mengelola risiko kesehatan pribadi,		

	mengetahui ambang batas stress, pencegahan kekerasan seksual, manajemen kekerasan, manajemen konflik, komunikasi efektif. 3. Pengampu EMT wajib memiliki mekanisme keselamatan dan keamanan untuk tim EMT 4. EMT yang akan berangkat telah melakukan registrasi baik secara mandiri atau kelompok dan telah tercatat di dinas Kesehatan kebupaten/kota atau provinsi atau nasional 5. EMT yang akan berangkat harus memastikan dirinya dalam keadaan sehat dan bugar serta memiliki asuransi kesehatan dan asuransi jiwa 6. EMT menyiapkan kelengkapan administrasi beserta APD dan alat komunikasi untuk dibawa ke lokasi bencana.

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	**Standar Prosedur Operasional** **Keselamatan dan Keamanan Anggota** ***Emergency Medical Teams***		
	No Dokumen	Revisi ke -	Halaman 2 dari 2
	7. EMT yang menerima penugasan pendistribusian tenaga kerja ke tempat bencana melaporkan kedatangan kepada DHMT dan menyerahkan surat tugas 8. Ketua EMT memimpin briefing untuk menjelaskan tentang situasi dan kondisi, serta kearifan local di lokasi bencana kepada anggota. Apabila lokasinya merupakan daerah endemik penyakit tertentu, setiap personil hendaknya mendapatkan vaksin ataupun tindakan pencegahan lainnya. 9. Di lokasi bencana, Petugas Keselamatan dan Keamanan Tim menjalankan tugasnya dengan didukung seluruh anggota tim 10. EMT memiliki jadwal penugasan dengan mempertimbangkan beban kerja 11. Secara rutin, setiap anggota EMT harus diperiksa kesehatannya sebelum dan setelah bertugas di lokasi bencana atau akan kembali ke daerah masing-masing. 12. Setiap anggota tim wajib menjaga gaya hidup yang sehat, makan dan istirahat yang cukup, menjaga kebugaran tubuh, tidak menggunakan narkoba atau minum-minuman keras 13. Ketua tim secara rutin mengikuti koordinasi dengan DHMT 14. Setiap anggota tim berkewajiban untuk menjaga persepsi positif individu dan organisasi pengampu EMT 15. Tidak memberikan informasi pada media dan memberikan pendapat pribadi mengenai kegiatan tim,		

	arahkan media kepada pihak yang ditunjuk sebagai juru bicara 16. Melaporkan kepulangan kepada DHMT sesuai format yang ditetapkan 17. Ketua EMT memimpin debriefing kepada anggota EMT

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 21

Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Limbah Medis Padat EMTs

<table>
<tr><td rowspan="2">KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</td><td colspan="3">Standar Prosedur Operasional
Pengelolaan Limbah Medis Padat
Emergency Medical Teams</td></tr>
<tr><td>No Dokumen</td><td>Revisi ke -</td><td>Halaman 1 dari 2</td></tr>
<tr><td>SPO</td><td>Tanggal ditetapkan</td><td colspan="2">Ditetapkan,

Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan,
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia</td></tr>
<tr><td>Pengertian</td><td colspan="3">Limbah padat medis adalah limbah padat yang terdiri dari limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah farmasi, limbah sitotoksis, limbah kimiawi, limbah radioaktif, limbah kontainer bertekanan dan limbah dengan kandungan logam berat yang tinggi.</td></tr>
<tr><td>Tujuan</td><td colspan="3">Memastikan bahwa sampah yang dihasilkan oleh tim (sampah medis maupun non-medis) mulai dari produksi hingga pengumpulan, perlakuan dan pembuangan akhir dapat dikelola secara baik, sehingga dapat melindungi seluruh anggota tim, komunitas, dan atau lingkungan.</td></tr>
<tr><td>Kebijakan</td><td colspan="3">• UU RI no 18 tahun 2008 tentang Pengelolaan sampah
• Perauran Pemerintah No 101 tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun
• Permenkes no 27 tahun 2017 tentang pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan
• Pedoman Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit</td></tr>
<tr><td>Prosedur</td><td colspan="3">1. Siapkan bak sampah yang sudah dilapisi dengan plastik yang telah ditentukan untuk pembuangan limbah.
2. Buang sampah ke tempat yang sudah disediakan sesuai jenis sampah
3. Identifikasi sampah
a. Plastik kuning untuk limbah medis infeksius (semua benda yang terkontaminasi dengan cairan tubuh pasien, misalnya darah, urine, faeces, muntahan, dan lain-lain) antara lain kasa, underpad, selang infus, pampers, selang NGT, selang oksigen, dan lain-lain di ruang pelayanan.
b. Plastik hitam untuk limbah padat non medis (antara lain : plastik, kertas, daun, dan lain-lain) seluruh area instalasi EMT</td></tr>
</table>

	c. Plastik Putih  untuk limbah medis non infeksius (antara lain : plabot infus, botol kaca bekas infus, botol bekas obat, plastik bekas obat, dan lain-lain), untuk plabot sebelum masuk ke plastik putih harus dikosongkan isinya / airnya terlebih dahulu, dan botol kaca dimasukkan secara terpisah ke dalam kantong plastik putih di ruang pelayanan. d. Plastik merah  untuk obat berupa tablet, kapsul, serbuk yang sudah kadaluarsa dan atau tidak dapat dikonsumsi lagi e. Wadah tahan tusuk dan air (*safety box*) untuk limbah tajam (antara lain: jarum suntik, jarum jahit bedah, ampul, pisau, gunting, skalpel, dan lain-lain) di ruang pelayanan. f. Plastik biru  untuk limbah B3 umum (pecahan termometer, lampu TL dan lain-lain) 4. Pengecekan plastik sampah dilakukan setiap pagi pukul 07.30 dan sore pukul 16.30 5. Plastik yang sudah terisi 3/4 penuh dan ganti dengan kantong plastik yang baru. 6. Ikat kuat plastik sampah dengan tali rafia 7. Buang sampah padat dari unit/ ruangan ke lokasi pengolahan sampah menggunakan plastic hitam besar melalui jalur khusus, dilakukan dua kali sehari yaitu pagi antara pukul 07.30 – 09.00 WIB dan sore pukul 16.30 – 18.00 WIB 8. Timbang sampah padat medis untuk mengetahui jumlah sampah yang dihasilkan oleh bagian layanan 9. Lakukan pencatatan dari hasil penimbangan pada poin 7 pada formulir penerimaan sampah yang telah disediakan. 10. Untuk limbah medis infeksisus, limbah medis non-infeksius dan limbah tajam, lakukan proses lebih lanjut dengan incinerator. Hal-hal lebih detail mengenai incinerator dibahas lebih detail pada SOP “Operasional Incinerator” 11. Apabila karena satu dan lain hal, incinerator tidak dapat difungsikan, maka limbah tajam akan dikubur. Proses penguburan limbah tajam dibahas lebih detail pada SOP “Operasional Incinerator”. Sedangkan limbah medis infeksius dan non-infeksius akan diolah dengan cara ditimbun

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 22

Standar Prosedur Operasional Pengelolaan Limbah Medis Tajam EMTs

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	**Standar Prosedur Operasional** **Pengelolaan Limbah Medis Tajam** ***Emergency Medical Teams***		
	No Dokumen	Revisi ke -	Halaman 1 dari 1
SPO	**Tanggal ditetapkan**	**Ditetapkan,** Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia	
Pengertian	**Limbah Tajam** adalah semua benda yang mempunyai permukaan tajam yang dapat melukai atau menusuk. Yang termasuk limbah tajam adalah jarum suntik, jarum jahit bedah,pisau, scalpel, gunting, benang kawat, pecahan kaca, ampul bekas obat dan benda lain yang dapat melukai atau menusuk. Benda-benda tajam sekali pakai memerlukan penanganan khusus karena benda-benda ini dapat melukai petugas kesehatan dan juga masyarakat sekitarnya, jika limbah ini dibuang di tempat pembuangan limbah umum. Pembuangan benda tajam dan jarum menggunakan safety box injeksi tahan tusukan dan air, dibuang setelah berisi 3/4 dimusnahkan dengan insenerator bekerjasama dengan pihak ketiga di bawah pengawasan Unit Limbah, Sanitasi dan Lingkungan. Limbah tajam harus ditempatkan pada wadah tahan tusuk dan kebocoran air.		
Tujuan	1. Tersedianya acuan penerapan langkah-langkah pengelolaan limbah tajam. 2. Terhindarnya penyebaran penyakit infeksi.		
Kebijakan	• UU RI no 18 tahun 2008 tentang Pengelolaan sampah • Perauran Pemerintah No 101 tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun • Permenkes no 27 tahun 2017 tentang pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan • Pedoman Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit		
Prosedur	1. Siapkan Safety Box di setiap meja tindakan. 2. Buang limbah tajam (jarum suntik, jarum jahit bedah, pisau bedah, scalpel, benang kawat, pecahan kaca, ampul bekas obat) langsung ke dalam safety box. 3. Tutup setelah terisi 3/4 penuh dan ganti dengan yang baru. 4. Buang ke Unit Limbah Sanitasi untuk dimusnahkan di insenerator. 5. Timbang dan catat jumlahnya.		

	6. Apabila insenerator tidak dapat digunakan, maka pemusnahan limbah tajam dilakukan dengan cara a. Kumpulkan limbah tajam yang akan dimusnahkan b. Siapkan tempat yang kuat dan tidak mudah pecah untuk mencampur limbah dengan adonan c. Masukkan limbah tajam dalam adonan tersebut d. Siapkan tempat untuk membuat adonan semen, pasir, air. e. Buat adonan semen, pasir, dan air dengan perbandingan 1:1 f. Biarkan kering g. Sambil menunggu campuran limbah tajam dan adonan kering, buat galian tanah dengan kedalaman 50 cm – 100 cm h. Setelah campuran limbah tajam dan adonan kering, masukkan ke dalam lubang galian i. Pastikan campuran limbah tajam dan adonan kering tidak pecah serta cukup tebal. j. Tutup lubang galian sepadat mungkin 7. Membuat laporan berita acara pemusnahan limbah.

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 23

Standar Prosedur Operasional Pengawasan Kesehatan Fisik dan Mental Anggota EMTs

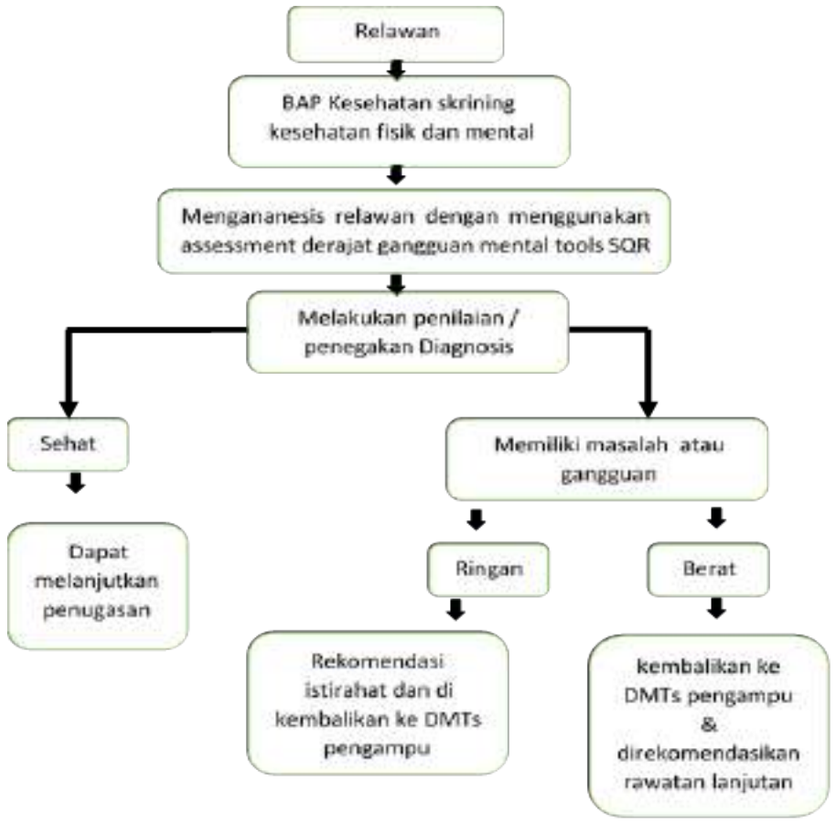
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	**Standar Prosedur Operasional** **Pengawasan Fisik dan Mental Anggota** ***Emergency Medical Teams***		
	No Dokumen	Revisi ke -	Halaman 1 dari 2
SPO	**Tanggal** **Ditetapkan**	**Ditetapkan,** Kepala Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia	
Pengertian	**Pengawasan Fisik dan Mental Anggota Tim Relawan** adalah pemeriksaan berkala atau sewaktu-waktu untuk mengetahui kondisi kesehatan fisik dan mental selama di daerah penugasan.		
Tujuan	Standar Operasional Prosedur (SOP) Pengawasan Fisik dan mental Anggota Tim ini disusun sebagai acuan untuk memantau kondisi kesehatan fisik dan mental anggota tim relawan dalam melaksanakan tugas sebagai relawan krisis kesehatan di daerah bencana.		
Kebijakan	• Undang-undang RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan • Undang-undang RI No. 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa • Peraturan Menkes RI No. 75 Tahun 2019, tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan • Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana		
Prosedur	**Waktu Pelaksanaan :** 7. Minimal satu bulan sekali 8. Sewaktu waktu bila diperlukan **Kualifikasi Pelaksana :** 1. Dilakukan oleh Psikiater/Dokter 2. Dilakukan oleh Psikolog **Kebutuhan Sarana dan Prasarana :** 1. Ruangan memiliki kecukupan cahaya yang baik dengan listrik maupun cahaya matahari serta memiliki ventilasi yang memadai 2. Formulir skrining kesehatan fisik dan mental		

3. ATK : pulpen, buku pencatatan skrining, lemari arsip, odner/box file, computer, dan jaringan internet, dan printer
4. Peralatan medis : stetoscope, penlight, tensi meter, timbangan, tempat tidur, perlak, oksigen, tiang infus dan infus set, peralatan pertolongan pertama, peralatan resusitasi, alat suntik, desinfektan, kapas, kursi roda, dan tandu.
5. Obat-obatan gawat darurat
6. Obat-obatan psikiatrik
7. Tempat sampah: medis dan non medis

Mekanisme :

1. Menerima dan mencatat relawan yang disarankan untuk diperiksa.
2. Melakukan pemeriksaan fisik.
3. Mengananesis relawan dengan menggunakan assessment derajat gangguan mental tools SQR 20.
4. Melakukan penilaian berat ringannya gangguan mental (penegakan diagnostik).

Alur Pengawasan Fisik dan Mental



jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 24

Formulir Kedatangan EMTs

LOGO PUSKRIS KEMKES	LOGO LEMBAGA PENGAMPU DMT

LAPORAN KEDATANGAN DISASTER MEDICAL TEAM (DMT)

A. Data rincian DMT

Nama Ketua Tim _____

Nama DMT _____

Klasifikasi Tim
- ☐ Tipe 1 (Aju)
- ☐ Tipe 2 (Yankes Dasar)
- ☐ Tipe 3 (Yankes Lanjutan)

Tanggal Kedatangan ...../...../20.... Masa Penugasan ..... hari

Tanggal Pelayanan dimulai ...../...../20....

Tanggal Kepulangan ...../...../20....

Nara Hubung tim selama penugasan

Nama : Posisi/jabatan :

Email : No HP :

B. Kapasitas logistik tim

1. Logistik non medis yang dibawa

- ☐ tenda, jumlah
- ☐ genset, jumlah
- ☐ penjernih air, jumlah
- ☐ alat komunikasi, jumlah
- ☐ laptop, jumlah
- ☐ lain-lain

2. Logistik medis yang dibawa

- ☐ obat
- ☐ alat kesehatan
- ☐ Bahan habis pakai
- ☐ lain-lain,.....

3. Dokumen

- ☐ surat tugas
- ☐ STR
- ☐ daftar logistik
- ☐ lain-lain,.....

C. Kapasitas Layanan

Kapasitas Rawat Jalan (pasien/hari)		Jenis layanan : ☐ anestesi general ☐ perawatan intensif/ ICU ☐ X-ray ☐ USG ☐ CT scan ☐ Laboratorium ☐ Bank Darah ☐ Rehabilitasi medik ☐ Ruang isolasi ☐ Lain-lain, ...
Kapasitas Rawat Inap (pasien/hari)		
Kapasitas Operasi Bedah mayor (kasus/hari)		
Kapasitas Operasi Bedah minor (kasus/hari)		

D. Kapasitas Anggota Tim

Profesi/Spesifikasi	Jumlah (orang)
Dokter Umum	
Dokter Spesialis a. b. c. d. e.	
Perawat	
Bidan	
Apoteker/ Asisten apoteker	
Psikolog	
Logistik	
Administrasi	
Petugas Keamanan dan Keselamatan	
Lain-lain	

Ketua DMT

(.....)

Tanggal : ...../...../ 20

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR LAPORAN HARIAN

A. Detail Pelaporan

Tanggal: dd/mm/yyyy

Periode pelaporan: dd/mm/yyyy to dd/mm/yyyy

Laporan harian mencakup data dalam periode 24 jam sampai pukul 16.59 setiap harinya

*Jika formulir ini **TIDAK** digunakan untuk laporan harian, tuliskan periode waktu (tanggal) yang dilaporkan*

Lokasi (mis. nama rumah sakit atau EMT beserta tipenya): _____

Daerah: _____ Tipe lokasi: _____ _____

Fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta; rumah sakit daerah, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), atau rumah sakit lapangan

Nama narahubung: _____

Organisasi: _____ _____

e-mail: _____ _____

Telepon: + kode negara – kode area – nomor telepon

B. Indikator Ringkasan

Konsultasi Pasien **Rawat Jalan**	Pendaftaran Pasien Baru	**Jumlah Kematian di Rumah Sakit**	**Kapasitas Tempat Tidur RS (pukul 17.00)**

	Rawat Inap	< 5 tahun	>= 5 tahun	Terpakai	Jumlah Total

C. Kebutuhan Pelayanan			
	Total	**< 5 tahun**	**>= 5 tahun**
Konsultasi pasien rawat jalan			
Pendaftaran pasien baru rawat inap			
Rujukan ke fasilitas kesehatan lain			
Perawatan Bedah dan Trauma:			
Tindakan bedah kecil (minor)			
Tindakan bedah besar (mayor) *Tidak termasuk tindakan bedah Caesar*			
Kasus trauma (terkait kejadian bencana)			
Amputasi anggota gerak (tungkai) bawah *Tidak termasuk amputasi jari kaki*		Laki-laki: Perempuan:	Laki-laki: Perempuan:
Fiksasi eksternal* *Terkait patah tulang kompleks*		Laki-laki: Perempuan:	Laki-laki: Perempuan:
Cedera tulang belakang*		Laki-laki: Perempuan:	Laki-laki: Perempuan:
Tindakan Lain:			

jdih.kemkes.go.id

Tuliskan tindakan lain yang relevan, mis. bedah Caesar, tindakan persalinan, dll			

**indikator untuk mengantisipasi kebutuhan pelayanan rehabilitasi jangka Panjang*

D. Pengawasan Penyakit Menular

Jumlah Pasien dengan Penyakit BARU	**< 5 tahun**	**>= 5 tahun**	**Total**
Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA)			
Diare cair akut			
Diare berdarah akut			
Diare lainnya			
Demam disertai kuning (ikterus/*jaundice*)			
Demam dengan ruam kulit			
Demam yang tidak diketahui penyebabnya			
Tuliskan kondisi/penyakit lain yang relevan dengan lokasi atau konteks			

Apakah data yang tersedia mengindikasikan potensi terjadinya wabah?

ÿ Ya (jenis wabah: _____ dan lokasi terjadinya: _____)

ÿ Tidak

E. Gambaran Situasi

jdih.kemkes.go.id

1. Situasi umum di daerah/lokasi (kebutuhan utama, infrastuktur yang terkena dampak, dll):

2. Kebutuhan/dukungan mendesak yang diperlukan:

3. Hal lainnya:

Laporan ini dibuat oleh: _____

Tanda tangan: _____

Jabatan: _____

AKHIR DARI LAPORAN

Definisi Kasus

Kondisi	Definisi
Tindakan bedah besar (mayor)	Tindakan bedah yang memerlukan insisi pada struktur jaringan tubuh bagian dalam (melewati *fascia* dalam) atau insisi ke dalam rongga tubuh, dan umumnya memerlukan tindakan anestesi/bius umum atau regional (mis. *open reduction internal fixation*, laparotomi trauma)
Tindakan bedah kecil (minor)	Tindakan bedah yang hanya memerlukan insisi pada kulit atau selaput mukosa dan jaringan penyambung superfisial, serta dapat dilakukan dengan tindakan anestesi/bius lokal maupun sedasi sadar (mis. insisi dan drainase abses sederhana, jahit luka superfisial)
Cedera tulang belakang	Defisit sensoris dan motoris sementara maupun permanen yang secara klinis sesuai dengan cedera pada tulang belakang akibat trauma akut pada punggung maupun penyebab lain yang relevan
Diare cair akut	Buang air besar (BAB) setidaknya 3 kali dalam 24 jam, dengan konsistensi cair atau abnormal dan tidak disertai darah
Diare berdarah akut	Buang air besar (BAB) berdarah setidaknya 3 kali dalam 24 jam
Demam disertai kuning (ikterus/*jaundice*)	Demam lebih dari 38°C disertai kekuningan pada mata (sklera), lidah, atau kulit

jdih.kemkes.go.id

1.1. Formulir Kepulangan EMT

LAPORAN KEPULANGAN

EMERGENCY MEDICAL TEAM (EMT)

2. A. Data Rincian EMT

Nama Ketua Tim: :

Nama EMT :

Klasifikasi Tim :

- Tipe Yankes Dasar
- Tipe Yankes Spesialistik

Tanggal Kedatangan	...../...../20....	Masa Penugasan	.....hari
Tanggal Pelayanan dimulai Tanggal Pelayanan diakhiri	.....//20.... .....//20....		
Tanggal Kepulangan	.....//20....		

Nara Hubung paska kepulangan

Nama :		Posisi/jabatan :	
Email :		No HP :	

jdih.kemkes.go.id

3. B. Kegiatan dan Pelayanan

Penugasan

Tanggal	Lokasi dan jenis layanan	Kerjasama dengan pihak lain
Mulai : ..../..../20 Selesai: ..../..../20	▢ Menetap ▢ Bergerak	• PKM ..... • RS ..... • EMT ..... • Lain-lain .....
Mulai : ..../..../20 Selesai: ..../..../20	▢ Menetap ▢ Bergerak	• PKM ..... • RS ..... • EMT ..... • Lain-lain .....
Mulai : ..../..../20 Selesai: ..../..../20	▢ Menetap ▢ Bergerak	• PKM ..... • RS ..... • EMT ..... • Lain-lain .....
Mulai : ..../..../20 Selesai: ..../..../20	▢ Menetap ▢ Bergerakk	• PKM ..... • RS ..... • EMT ..... • Lain-lain .....
Mulai : ..../..../20 Selesai: ..../..../20	▢ Menetap ▢ Bergerak	• PKM ..... • RS ..... • EMT ..... • Lain-lain .....

jdih.kemkes.go.id

Rekapan Pelayanan

Layanan	**Total**		**Total**
Konsultasi rawat jalan		Kematian	
Pasien rawat inap		Pasien degan kebutuhan rahabiltasi medis	
Operasi besar		Transfer/ rujukan	
Operasi kecil			

Kegiatan lain :	O WASH O Edukasi Kesehatan O Surveillance	O Nutrisi O Dukungan psikososial O Lain-lain ……

4. C. Pengalaman dan Masukan

1. 1. Kebutuhan layanan kesehatan
2. 2.Tantangan dan Isu yang dihadapi
3. *3. Kebutuhan layanan kesehatan yang masih diperlukan*
4. 4. Rekomendasi

jdih.kemkes.go.id

5. D. Transisi dan Kepulangan

1. ***1. Layanan dan Fasilitas EMT telah:*** ● ditutup ● diserahkan ke puskesmas ● diserahkan ke RS ● diserahkan ke HEOC ● diserahkan ke EMT selanjutnya ● lain-lain : .....
2. ***2. Pasien paska operasi*** ● tidak ada, jelaskan… ● ada, sebutkan jumlah dan diagnosisnya
3. ***3. Pasien yang masih ditangani*** ● Tidak ada ● Ada, sebutkan jumlah ..... ● Diserahterimakan kepada .....
4. ***4. Apakah semua data rekam medis dan catatan sudah diserah terima kan?*** ● Ya, jelaskan ..... ● Tidak, jelaskan .....
5. ***5. Apakah ada logistik medis maupun non-medis yang di donasikan?*** ● Ya, sebutkan jenis, jumlah, serta penerimanya ● Tidak

Dilaporkan oleh **(.....)**	**Tanggal : ...../...../ 20**

2. Daftar Logistik

2.1. Logistik Personal

1.

Nomor	Nama Barang	Kuantiti	Keterangan
A	Personal		
1	Helm / penutup kepala	1	
2	Sarung Tangan Karet Panjang	2	

jdih.kemkes.go.id

3	Sepatu Bot Karet/Sepatu Lapangan	1	
4	Senter	1	
5	Masker	sesuai kebutuhan	
6	Kacamata Gogle	1	
7	Rompi/Tanda Pengenal EMT	1	
8	Botol minum	1	
9	Charger/Power bank	1	
10	Alat kebersihan diri	1 paket	
11	Pakaian Pengganti	sesuai kebutuhan	
12	Plastik		
13	Pembalut (khusus EMT Wanita)	sesuai kebutuhan	khusus wanita
14	Obat-obatan	sesuai kebutuhan	sesuai kondisi medis personal
15	Makanan kecil padat	min 48 jam pertama	
16	Sleeping Bag	1 paket	
17	Uang	sesuai kebutuhan	
18	Sendok/garpu/sedotan/sumpit/piring	sesuai kebutuhan	
19	Jas Hujan	1	

2.2. Logistik Tim

1. Emergency Kit

No	Nama Barang	Jumlah	Keterangan
A	Personal		
1	Helm / penutup kepala	1	
2	Sarung Tangan Karet Panjang	2	

jdih.kemkes.go.id

No	Nama Barang	Jumlah	Keterangan
A	Personal		
3	Sepatu Bot Karet/Sepatu Lapangan	1	
4	Senter	1	
5	Masker	sesuai kebutuhan	
6	Kacamata Gogle	1	
7	Rompi/Tanda Pengenal EMT	1	
8	Botol minum	1	
9	Charger/Power bank	1	
10	Alat kebersihan diri	1 paket	
11	Pakaian Pengganti	sesuai kebutuhan	
12	Plastik		
13	Pembalut (khusus EMT Wanita)	sesuai kebutuhan	khusus wanita
14	Obat-obatan	sesuai kebutuhan	sesuai kondisi medis personal
15	Makanan kecil padat	min 48 jam pertama	
16	Sleeping Bag	1 paket	
17	Uang	sesuai kebutuhan	
18	Sendok/garpu/sedotan/sumpit/piring	sesuai kebutuhan	
19	Jas Hujan	1	
B	Tim Umum		
	Umum		

jdih.kemkes.go.id

No	Nama Barang	Jumlah	Keterangan
A	Personal		
1	Sarung Tangan disposible	sesuai kebutuhan	mengikuti jumlah personal dan lama respons
2	Tenda	sesuai kebutuhan	
3	Sleeping bag / velbed	sesuai kebutuhan	
4	Senter	sesuai kebutuhan	
5	Generator		
6	Identitas tim (bendera)		
7	Telepon jinjing		
8	Makanan siap makan	sesuai kebutuhan	
9	Air mineral	sesuai kebutuhan	
10	Sabun Cuci		
11	Sabun Mandi		
12	Handy Talkie		
13	Dana Operasional (tunai)		
	Administrasi		
1	Komputer jinjing	2	
2	Printer	1	
3	Tinta	2	
4	Kertas A4/legal/us letter	2 pak	
5	Kertas Kop	1 pak	
6	Papan jalan	5	

jdih.kemkes.go.id

No	Nama Barang	Jumlah	Keterangan
A	Personal		
7	Pulpen	1 box	
8	Selotip	5	
9	Stapler & isi	1-3	
10	Gunting	1	
11	Cutter	1	
12	Lakban	5	
13	Kwitansi	2 buku	
14	Cap organisasi	1	
15	Amplop	1 box	
16	Map Plastik	20	
17	Penjepit kertas	2 box	
18	Lem	2	
C	Medikal (Box emergency)		
Airway			
1	Laringoscope Dewasa	Set	1
	Blade No. 2		
	No. 3		
	No. 4		
2	Laringoscope Bayi & Anak	Set	1
	Blade No. 1		
	Blade No. 2		

No	Nama Barang	Jumlah	Keterangan
A	Personal		
	Blade No. 3		
3	Naso Pharyngeal Airway No.7	Pcs	1
4	Oropharingeal Airway		
	Dewasa ukuran 8	Pcs	2
	Dewasa ukuran 9	Pcs	2
	Dewasa Ukuran 10	Pcs	2
	Anak	Pcs	2
	Bayi	Pcs	2
5	Endo Tracheal Tube		
	No. 2.5	Pcs	1
	No. 3.0	Pcs	1
	No. 4.0	Pcs	1
	No. 5.0	Pcs	1
	No. 5.5	Pcs	1
	No. 6.0	Pcs	1
	No. 6.5	Pcs	1
	No. 7.0	Pcs	1
	No. 7.5	Pcs	1
	No. 8.0	Pcs	1
	No. 8.5	Pcs	1
	No. 9.0	Pcs	1
6	Xylocain Jelly	Tube	1
7	Mouth Gage ulir	Pcs	1

jdih.kemkes.go.id

No	Nama Barang	Jumlah	Keterangan
A	Personal		
8	Magil Forcep	Pcs	1
9	Mandrain/Stilet	Pcs	1
10	Tongue Spatel	Pcs	1
11	Suction Manual	Unit	1
12	Suction Elektrik	Unit	
13	Kanul Suction Dewasa	Pcs	1
14	Kanul Suction Anak	Pcs	1
15	Kanul Suction Bayi	Pcs	1
16	Neck Collar Ukuran S	Set	1
	Neck Collar Ukuran M	Set	1
	Neck Collar Ukuran L	Set	1
Breathing			
1	Bag Valve Mask		
	Dewasa	Set	1
	Anak	Set	1
	Bayi	Set	1
2	Nasal Kanul Oksigen Dewasa		2
	Nasal Kanul Oksigen Anak		2
	Nasal Kanul Oksigen Bayi		2
3	Rebreathing Mask Dewasa		1
	Rebreathing Mask Anak		1
	Rebreathing Mask Bayi		1
4	Non Rebreathing Mask Dewasa		1

jdih.kemkes.go.id

No	Nama Barang	Jumlah	Keterangan
A	Personal		
	Non Rebreathing Mask Anak		1
5	Oxygen portable / Oxipipe	Unit	1
6	Tabung O2 Sedang	Tabung	1
7	Regulator / Flowmeter	Set	1
8	Stetoscope	Pcs	1
9	Pulse Oxymeter	Set	1
Circulation			
1	Infus Set	Pcs	4
2	IV Catheter No. 14	Pcs	4
	IV Catheter No. 16	Pcs	4
	IV Catheter No. 18	Pcs	4
	IV Catheter No. 20	Pcs	4
	IV Catheter No. 22	Pcs	4
	IV Catheter No. 24	Pcs	4
3	Cairan Infus		
	RL	Kolf	5
	NaCL	Kolf	5
	Glukose 10%	Kolf	5
4	Spuit 2,5 cc	Pcs	2
	Spuit 3 cc	Pcs	2
	Spuit 5 cc	Pcs	2
	Spuit 10 cc	Pcs	2
	Spuit 20 cc	Pcs	2

jdih.kemkes.go.id

No	Nama Barang	Jumlah	Keterangan
A	Personal		
5	Tensimeter ABN	Set	1
6	Folley Catheter No.8	Pcs	1
	Folley Catheter No.10	Pcs	1
	Folley Katheter No.12	Pcs	1
	Folley Catheter No. 16	Pcs	1
	Folley Catheter No. 18	Pcs	1
7	Urine Bag	Pcs	1
8	Kassa Steril	Box	2
9	Verband Gulung 5 cm	Pack	1
	Verband Gulung 10 cm	Pack	1
10	Balut Cepat No. 01	Pcs	1
	Balut Cepat No. 02	Pcs	1
	Balut Cepat No. 03	Pcs	1
	Balut Cepat No. 04	Pcs	1
11	Gunting Verband	Pcs	1
12	Pincet Anatomis	Pcs	1
13	Arteri Klem	Pcs	1
14	Plester 5 cm	Roll	1
15	Electroda	Pack	1
16	Defibrilator Nihon	Unit	1
17	Micropore 3M	Pcs	2
Circulation			
1	Adrenalin/ Epineprin 1mg		

jdih.kemkes.go.id

No	Nama Barang	Jumlah	Keterangan
A	Personal		
2	Sulfas Atropin 0,25 mg		
3	Buscopan inj		
4	Furosemide 20 mg		
5	Dextrose 40 %		
6	Lidocaine 2%		
7	MgSO4 40%		
8	Metamizole 1 g		
9	Ketorolac 30 mg		
10	Calsium Gluconas 1 g		
11	Efedrine 50 mg		
Ekstraksi dan Transportasi			
1	Safety Belt	Pcs	
2	Lakban Bening	Roll	1
3	Spalk	Set	
4	Scoop Stretcher	Set	
5	Long Spine Board	Set	
6	Head Immobilizer	Set	
Penunjang Lainnya			
1	NGT Bayi	Pcs	1
	NGT Anak	Pcs	1
	NGT Dewasa	Pcs	1
2	Alcohol 70 %	Botol	1
3	Handscoon	Box	1

jdih.kemkes.go.id

No	Nama Barang	Jumlah	Keterangan
A	Personal		
4	Masker	Box	1
5	Selimut Luka Bakar	Set	
6	Mitella	Pcs	5
7	Elastis Verband No.7.5	Pcs	1
	Elastis Verband No.10	Pcs	1
8	Aluminium Foil	Roll	1

2. Disaster Wound Care Kit

Kategori	Alat Kesehatan	Jumlah
	1. Handscoon (L / XL) 2. Masker/pelindung wajah 3. Skort/gown 4. Booth shoes 5. Head Lamp	1 Box 1 Box 1 Set 1 Set 1 set
Instrumen	1. Set Minor wound care (Gunting Jaringan, Klem Jaringan Pinset anatomis dan pinset silurgis) 2. Set Medis: spuit size 3 ml 3. Set Medis: spuit size 50 ml jarum 18 g	3 Set 2 pcs 2 pcs
BHP	1. Nacl.0.9% 2. Wound Soap (Sabun Cuci Luka: klincare; Metco natural soap) 3. Underpad 4. Kassa sterile (kasa Besar) 5. Non sterile kasa lipat dan gulung 6. Cairan gentle antiseptik (PHMB 0.2%/Octenidine 0,1%) 7. Calcium alginate (contoh: Algelle, suprasop A, Kaltostat) 8. Polyurethane foam (contoh: opticelle foam, Alevyn, Betaplast foam) 9. Hydrocolloid 10. Zinc cream (Metcovazin) 11. Hydrogel (contoh: Amorgelle, octenidine gel, duoderm gel) 12. Transparent Film Dressing 13. Plester hypoallergenic 14. Crepe & elastic bandage 15. Cohesive bandage 16. Lidocaine Spray	5 bottle 3 pcs 1 pack 10 packs 5 pcs 5 pcs 20 pcs 5 pcs

	17. Wound Strip Sterile	5 pcs 15 pcs 5 pcs 1 box 1 box 10 pcs 10 pcs 2 pcs 5 pcs

Hitung kebutuhan sumber daya manusia dan logistik EMT Tipe 2

(*WHO Blue Book*)

Jenis Tenaga	**Jumlah**	**Keterangan**
Sp. Orthopedi	2	
Sp. Bedah Umum	3	
Sp. Emergency	3	
Sp. Obgyn	2	
Sp. Anestesi	3	
Sp. Anak	1	
Sp. Penyakit Dalam	1	
Sp. Rehab Medis	1	
Dokter Umum	11	
Dokter Gigi	2	
Perawat • Perawat rawat inap • Perawat rawat jalan • Perawat OK • Perawat IGD	• 9 • 3 • 15 • 6	
Ahli Gizi	2	
Psikiater	1	
Admin	1	
Surveilans	1	
Epidemiolog	1	
Tenaga Logistik	15	
Penata Anestesi	1	
Radiografer	1	

jdih.kemkes.go.id

Sanitarian	1	
Apoteker	1	
Asisten Apoteker	2	
Analis Laboratorium	1	
Total	90	

Kebutuhan logistik tim untuk pasien rawat jalan dan rawat inap (14 hari)

Logistik	Jumlah	Pedoman
Water		
• Potable drinking water • Hand washing • Sterilisation & hygiene needs	• 5 Unit (500L/h) • 19 Unit • 2 unit UV lamp & 1 unit *autoclave*	• 60L team member/day (x 70 = 4.200L) • 5L per outpatient/day (x 100 orang = 500L) • 40L per inpatient/day (x 20 orang = 800L) • 100L per surgical case
Power Lighting		
1. Genset (5.000 kVa) 2. Kabel 3. Lampu 4. Terminal 5. Panel	• 6 Unit • 2 rol • 100 pcs • 38 pcs • 5 unit	Sufficient to light/power clinical patient areas, toilets and staff living area; • Environmental control • Cold chain / pharmacy • Autoclave • Operating theatre
Shelter		
1. Tenda & perangkat	19 set	- Rawat Inap

Logistik	Jumlah	Pedoman
Pengelolaan sampah medis dan umum		
1. Tempat sampah medis	• 5 pcs • 20 pcs	Specific technical compliance with safe handling/disposal as per international guidelines;

jdih.kemkes.go.id

2. Tempat sampah domestik 3. Incinerator 4. Polybag	• 2 Unit • 500 pcs	• Bodily Fluids & waste • Surgical waste • Sharps & Medications • Chemicals
Sanitasi		
1. Toilet portable	• 4 unit	Min 2 toilets per 100 outpatients and 2 per 20 inpatients • Culturally / gender appropriate • Separate team, outpatient & inpatient toilets & hygiene areas
Alat komunikasi		
1. Telfon mobile 2. Telfon satelit 3. Radio komunikasi 4. Laptop 5. Modem & Router	• 1 set • 1 set • 1 set • 1 set • 1 set	

Logistik	Jumlah	Pedoman
Alat Transportasi		
1. Mobil petugas 2. Ambulance rujukan	• 1 unit • 1 unit	Plans for; • team & equipment movement • patient referral & transfer if required
Makanan		
1. Makanan & Minuman	• 1 Paket	Sufficient for entire team and anticipated inpatient needs for 14 days; • Postoperative care • Paediatric / infant care • High calorie nutrition • Culturally appropriate

jdih.kemkes.go.id

BAB IV
PENGELOLAAN LOGISTIK KESEHATAN

A. PENDAHULUAN

Bencana seringkali menimbulkan krisis kesehatan seperti korban jiwa, korban luka, dampak psikologis, dan masalah kesehatan peBAB ngungsi serta menimbulkan kerugian harta benda, rusaknya sarana dan prasarana umum, kurangnya atau bahkan lumpuhnya sistem pelayanan kesehatan di lokasi terdampak, sehingga diperlukan ketersediaan dan dukungan logistik kesehatan dan perlengkapan untuk penanggulangan bencana.

Logistik dan perlengkapan adalah segala sesuatu yang berwujud dan dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup manusia. Kebutuhan logistik dan perlengkapan di suatu wilayah dibandingkan dengan wilayah lainnya memiliki perbedaan bergantung pada jenis dan karakteristik bencananya. Logistik juga merupakan unsur pokok yang menentukan berhasil atau gagalnya suatu manajemen bencana. Oleh sebab itu, pengelolaan logistik kesehatan yang baik sangat dibutuhkan, agar penanggulangan krisis kesehatan dapat berhasil dan dapat mengurangi dampak dari krisis kesehatan.

Pengelolaan logistik kesehatan dalam rangka penanggulangan krisis kesehatan, merupakan suatu sistem yang menjelaskan tentang logistik kesehatan dan peralatan kesehatan yang dibutuhkan untuk menanggulangi krisis kesehatan pada masa pra krisis kesehatan, pada saat terjadi krisis kesehatan dan pada pasca krisis kesehatan. Dalam upaya mengukur pencapaian keberhasilan pelaksanaan manajemen logistik penanggulangan krisis kesehatan dan menganalisa manfaat bantuan logistik kesehatan yang diberikan, diperlukan monitoring dan evaluasi secara komprehensif dimulai dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, penggunaan, pengendalian, pencatatan dan pelaporan sampai dengan penghapusan.

Untuk itu dipandang perlu untuk menyusun klasifikasi logistik kesehatan menurut WHO terdiri dari 4 jenis, yaitu:

1. Obat-obatan, menurut WHO obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau

jdih.kemkes.go.id

menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi;

2. Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) adalah alat kesehatan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai (single use) seperti spuit, baju APD, Gown, Handscoon dan seterusnya;
3. Bahan Pendukung Kesehatan, adalah bahan yang digunakan untuk mendukung jalannya kegiatan dan upaya kesehatan seperti plastik poly bag, needle destroyer, Medical Record Administration Set.
4. Alat kesehatan, adalah perangkat apa pun yang dimaksudkan untuk digunakan dalam tujuan kesehatan. Fungsi alat kesehatan terbagi menjadi dua yaitu:
   a. Fungsi Kuratif adalah alat kesehatan yang berfungsi untuk memberikan terapi dan intervensi langsung kepada pasien, seperti *Ventilator, Syring Pump, HFNC, Infused Pump*, Oksigen Konsentrator, *minor/mayor surgery, surgical kit*, dan lain-lain;
   b. Fungsi Diagnostik, peralatan yang digunakan untuk membantu menunjang/menegakkan diagnosa seperti tensimeter, *stetoscope*, *X-Ray, EKG*, dan seterusnya.

Pengelolaan logistik kesehatan ditujukan untuk mendukung upaya pelayanan kesehatan yang rangkaian kegiatannya yang meliputi:

1. Perencanaan kebutuhan
2. Penerimaan dan/atau Pengadaan
3. Penyimpanan
4. Pendistribusian
5. Penggunaan dan pengendalian
6. Pencatatan dan pelaporan
7. Pengawasan dan Evaluasi
8. Pemusnahan

B. PENGELOLAAN LOGISTIK KESEHATAN

I. Perencanaan

Perencanaan kebutuhan logistik kesehatan merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan sesuai hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien, melalui identifikasi kebutuhan, inventarisasi ketersediaan, pengumpulan data, dan analisis untuk menghasilkan standar minimal kebutuhan dalam penanggulangan bencana.

jdih.kemkes.go.id

Perencanaan dilaksanakan setiap periode tertentu dengan tujuan untuk mendekatkan perhitungan perencanaan dengan kebutuhan nyata, sehingga dapat menghindari kekosongan dan menjamin ketersediaan obat yang dimulai dengan kegiatan:

a. Identifikasi Kebutuhan

1) Metode Konsumsi

Metode konsumsi menggunakan data dari konsumsi periode sebelumnya dengan penyesuaian yang dibutuhkan. Perhitungan dengan metode konsumsi didasarkan atas analisa data konsumsi sediaan farmasi periode sebelumnya ditambah stok penyangga (buffer stock), stok waktu tunggu (lead time) dan memperhatikan sisa stok. *Buffer stock* dapat mempertimbangkan kemungkinan perubahan pola penyakit dan kenaikan jumlah kunjungan (misal: adanya Kejadian Luar Biasa, bencana). Jumlah *buffer stock* bervariasi antara 10% sampai 20% dari kebutuhan pada situasi normal. Sedangkan stok *lead time* adalah stok logistik kesehatan yang dibutuhkan selama waktu tunggu sejak logistik kesehatan dipesan sampai diterima.

Data yang perlu dipersiapkan untuk perhitungan metode konsumsi adalah daftar nama obat, stok awal, penerimaan, pengeluaran, sisa stok, daftar obat hilang, rusak, dan kedaluwarsa, kekosongan obat, pemakaian rata-rata obat satu periode, waktu tunggu sejak obat dipesan sampai diterima (*lead time*), stok pengaman (*buffer stock*) serta pola kunjungan.

2) Metode Morbiditas

Metode morbiditas adalah perhitungan kebutuhan obat berdasarkan pola penyakit. Metode morbiditas memperkirakan keperluan logistik kesehatan tertentu berdasarkan dari jumlah obat, dan kejadian penyakit umum, dan mempertimbangkan pola standar pengobatan untuk penyakit tertentu. Metode ini umumnya dilakukan pada program yang dinaikkan skalanya (scaling up). Metode ini merupakan metode yang paling rumit dan memakan waktu yang lama. Hal ini disebabkan karena sulitnya pengumpulan data morbiditas yang valid terhadap rangkaian penyakit tertentu. Tetapi metode ini tetap merupakan metode terbaik untuk perencanaan pengadaan atau untuk perkiraan anggaran untuk sistem suplai fasyankes khusus, atau untuk program baru yang belum ada riwayat penggunaan obat

jdih.kemkes.go.id

sebelumnya. Faktor yang perlu diperhatikan adalah perkembangan pola penyakit dan *lead time*.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam metode ini adalah:

1. Jumlah penduduk yang akan dilayani.
2. Jumlah kunjungan kasus berdasarkan frekuensi penyakit.
3. Standar pedoman pengobatan yang digunakan
4. Alokasi dana yang tersedia

Dalam menerapkan metode morbiditas, dapat menggunakan instrumen bantu untuk pengelolaan logistik kesehatan berupa aplikasi baik berbasis *online* maupun *offline.*

Sebagai contoh pada saat COVID-19 tahun 2020, WHO memperkenalkan *Essensial Forecasting Supply Tools* (ESFT) sebagai aplikasi yang dapat memprediksi kebutuhan logistik kesehatan untuk penanggulangan COVID-19 seperti kebutuhan APD *Coverall, Gown*, Masker, dan lain-lain.

b. Inventarisasi ketersediaan

1) Pemetaan dan pendataan ketersediaan logistik secara Nasional, Provinsi, Kabupaten/Kota dan Organisasi Kemasyarakatan dengan sumber daya logistiknya;
2) Kebutuhan logistik kesehatan minimal per wilayah (provinsi/ kabupaten/kota);
3) Rencana mobilisasi untuk mengisi kekurangan logistik kesehatan pada suatu wilayah.

Perencanaan saat darurat krisis kesehatan melalui kegiatan identifikasi kebutuhan, inventarisasi ketersediaan, pengumpulan data, dan analisis untuk menghasilkan standar minimal kebutuhan dalam penanggulangan krisis kesehatan. Maksud dan tujuan perencanaan pada saat darurat krisis kesehatan adalah untuk:

1. Mengetahui jumlah dan jenis bantuan dan peralatan yang dibutuhkan;
2. Mengetahui jumlah korban terkena bencana yang membutuhkan bantuan logistik dan peralatan;
3. Menentukan metode pendistribusian;
4. Mengetahui sasaran penerima bantuan; dan
5. Menentukan waktu penyampaian bantuan

Untuk mencapai maksud dan tujuan tersebut maka perlu dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

jdih.kemkes.go.id

a) Inventarisasi ketersediaan dan kebutuhan. Data dapat dihimpun dari:
   1) Laporan-Laporan;
   2) Rekomendasi Tim Rapid Health Assessment (RHA);
   3) Media Massa;
   4) Permintaan Instansi terkait;
   5) Hasil rapat koordinasi terhadap informasi mengenai jumlah korban, jumlah pengungsi, kondisi kerusakan dan lain-lain.

b) Identifikasi Akses dan Moda Transportasi ke Daerah Terdampak
   Pada saat bencana terjadi, perlu dilakukan *assessment* terkait dengan akses dan moda transportasi, karena seringkali banyak akses yang tidak bisa dilalui oleh kendaraan. Moda transportasi yang akan digunakan merupakan hasil dari *assessment* tersebut. *Assessment* dapat dilakukan dengan melibatkan *stakeholder* daerah yang terdampak atau informasi dari *stakeholder* terkait.

II. Penerimaan dan/atau Pengadaan

Penyediaan logistik kesehatan bisa berasal dari penerimaan dan/atau pengadaan. Penyediaan logistik kesehatan dan peralatan pada situasi krisis kesehatan merupakan salah satu unsur yang sangat vital dalam pelayanan kesehatan pada keadaan krisis kesehatan. Oleh karena itu diperlukan adanya persediaan logistik kesehatan dan peralatan sebagai persediaan bila terjadi krisis kesehatan. Persediaan ini harus tersedia mulai dari tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi, sampai di Pusat. Selain logistik kesehatan dan peralatan dari Pusat, Provinsi maupun Kabupaten/Kota, biasanya apabila terjadi suatu bencana/krisis kesehatan dari berbagai pihak mernberikan sumbangan atau bantuan.

Sebagian besar bantuan diberikan dengan tujuan yang mulia yaitu untuk meringankan beban bagi sesame, namun tujuan mulia ini tidak selalu selaras dalam hal pelaksanaannya. Beberapa contoh antara Iain logistik kesehatan yang dikirim tidak sesuai dengan jenis bencana yang teriadi, jumlah logistik kesehatan yang dikirim melebihi keperluan pada saat bencana/krisis kesehatan, obat yang dikirimkan tidak mempunyai dosis yang lazim digunakan oleh pihak penerima, sumber daya manusia untuk melakukan verifikasi bantuan logistik kesehatan, dan koordinasi lintas sektor yang belum terjalin dengan baik. Dari hal-hal tersebut akan menyebabkan beberapa akibat antara Iain penumpukan atau over stok logistik kesehatan, masalah dalam penyimpanan, masalah dalam pengamanan, dan masalah dalam penggunaan.

jdih.kemkes.go.id

Proses penerimaan dan/atau pengadaan logistik dan peralatan penanggulangan bencana dimulai dari pencatatan atau inventarisasi termasuk kategori logistik atau peralatan, dari mana bantuan diterima, kapan diterima, apa jenis bantuannya, seberapa banyak jumlahnya, bagaimana cara menggunakan atau mengoperasikan logistik atau peralatan yang disampaikan, apakah ada permintaan untuk siapa bantuan ini ditujukan.

Proses penerimaan dan/atau pengadaan logistik dan peralatan untuk penanggulangan krisis kesehatan dilaksanakan oleh penyelenggara penanggulangan krisis kesehatan dan harus diinventarisasi atau dicatat.

Pengadaan bertujuan untuk membuat rencana pengadaan berdasarkan rencana kontinjensi dan inventarisasi ketersediaan wilayah.dan membuat permintaan pengadaan logistik kepada panitia pengadaan sesuai peraturan perundang - undangan.

Tujuan Penerimaan adalah untuk:

1. Mengetahui jenis logistik yang diterima dari berbagai sumber.
2. Untuk mencocokkan antara kebutuhan dengan ketersediaan logistik.
3. Menginformasikan logistik sesuai skala prioritas kebutuhan.
4. Sebagai upaya pengendalian dan pengawasan penggunaan logistik.
5. Untuk menyesuaikan dalam hal penyimpanan

Sumber penerimaan dan/atau pengadaan logistik dan peralatan penanggulangan krisis kesehatan dapat berasal dari:

1. Dalam negeri antara lain dari Pemerintah (APBN), masyarakat, badan usaha dan lembaga swadaya masyarakat.
2. Luar negeri antara lain dari Pemerintah, masyarakat, badan usaha dan lembaga swadaya masyarakat.

Proses Penerimaan dan/atau Pengadaan:

1. Proses pengadaan logistik dan peralatan penanggulangan krisis kesehatan dilaksanakan secara terencana dengan memperhatikan jenis dan jumlah kebutuhan, yang dapat dilakukan melalui pelelangan, pemilihan dan penunjukkan langsung sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
2. Penerimaan logistik dan peralatan melalui hibah dilaksanakan berdasarkan peraturan dan perundangan yang berlaku dengan memperhatikan kondisi pada keadaan darurat.

a. Prosedur Penerimaan Bantuan Logistik

jdih.kemkes.go.id

Saat krisis kesehatan penerimaan logistik kesehatan perlu dikelola dengan baik, terutama logistik kesehatan yang lebih spesifik seperti bantuan obat-obatan dan bahan habis pakai yang merupakan unsur esensial dalam mengurangi penderitaan masyarakat terdampak. Oleh karena itu pengetahuan dan kewaspadaan tenaga kefarmasian sangat diperlukan untuk melakukan seleksi pada saat penerimaan bantuan obat dan perbekalan kesehatan pada saat bencana.

Pada umumnya masalah utama yang sering berkaitan dengan pemberian obat dari donor ditemukan dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Tidak sesuai dengan situasi darurat yang terjadi, baik dari aspek pola penyakit maupun tingkat pelayanan kesehatan yang tersedia. Obat tersebut sering tidak dikenal oleh tenaga kesehatan setempat maupun pasien, bahkan kadang-kadang tidak memenuhi standar pengobatan yang berlaku.
2. Tiba tanpa terlebih dahulu disortir dan diberi label dalam bahasa Indonesia/Inggris. Bahkan kadang tanpa ada nama generiknya.
3. Kualitas tidak sesuai dengan standar yang berlaku. Seperti masa kadaluarsa obat mungkin sudah terlewati sebelum sampai di tangan pasien atau obat sampel yang dikembalikan ke apotek dari dokter atau pasien.
4. Jumlah pemberian tidak sesuai kebutuhan, akibatnya beberapa obat berlebih harus dimusnahkan. Hal ini dapat menimbulkan masalah pada daerah terdampak bencana yang menerima bantuan tersebut di kemudian hari.

Untuk menjamin kualitas logistik medis yang diterima dalam keadaan baik dan dapat digunakan dengan efektif dan efisien, maka perlu adanya langkah pengecekan secara administrasi dan kualitas logistik medis.

Tabel 4.1 Langkah-langkah pengecekan administrasi dan kualitas logistik medis

Penanggung Jawab	**Kegiatan**
Penerima bantuan /tenaga administrasi	• Melakukan cek dan ricek apakah secara administrasi logistik medis yang akan diterima secara admin dapat diterima • Memeriksa ijin edar, EUA dan memastikan telah dilakukan uji fungsi atas alat kesehatan yang

jdih.kemkes.go.id

Penanggung Jawab	Kegiatan
	didonasikan
Penerima bantuan /tenaga kefarmasian	Melakukan cek dan ricek apakah secara teknis logistik medis yang akan diterima tepat dan dapat digunakan Melakukan cek kualitas
Penerima bantuan /PJ gudang	• Melakukan cek dan ricek apakah secara teknis logistik medis yang akan diterima dapat disimpan dan diterima di waktu pengiriman • Memastikan kondisi secara fisik barang aman dan dalam keadaan baik/ masih tersegel • Memastikan akses gudang, keamanan dan keselamatan Mengkoordinasikan tenaga angkut

Pada situasi darurat krisis kesehatan yang bersifat sudden-onset, saat manajemen dalam keadaan chaos di hari awal kejadian dan belum ada penanggung jawab definitif penerimaan logistik kesehatan maupun tenaga kefarmasian, pihak penerima bantuan perlu memiliki prosedur standar dalam penerimaan bantuan logistik Kesehatan.

Beberapa persyaratan yang perlu diperhatikan dalam manajemen penerimaan obat dan perbekalan kesehatan sebagai berikut:

1. Kondisi Fisik

   Kondisi obat dan perbekalan kesehatan yang diberikan dalam keadaan baik dan lengkap, serta tidak ada kemasan logistik yang rusak.

2. Masa Kadaluarsa

   Pemenuhan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan harus memperhatikan masa kadaluarsa pada kemasan saat diterima oleh penerima bantuan.

   Masa kadaluarsa obat dan perbekalan kesehatan sebaiknya minimal dua tahun pada saat diterima oleh penerima bantuan. Hal ini bermaksud agar obat dan perbekalan kesehatan tersebut dapat dimanfaatkan sesuai dengan kebutuhan sub klaster di bidang operasional maupun program rutin setelah masa tanggap darurat/respons krisis kesehatan berakhir sebaiknya pihak pemberi bantuan sudah mengkonfirmasi dan mencantumkan masa kadaluarsa pada packing list maupun pada kemasan bantuan yang diberikan.

jdih.kemkes.go.id

3. Sumber Barang Donasi

   Obat dan perbekalan kesehatan yang diterima harus berasal dari sumber resmi atau dalam hal ini bantuan yang diterima telah terdaftar/mempunyai izin edar dari Kementerian Kesehatan RI dan Badan POM atau jika dari luar negeri, dari lembaga resmi negara asal obat dan perbekalan kesehatan atau WHO, hal ini diperlukan untuk menjamin keamanan dari obat dan perbekalan kesehatan yang diterima oleh otoritas kesehatan terdampak bencana.

4. Sesuai dengan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN)

   Kondisi ini diperlukan agar tidak mengganggu program Penggunaan Obat Esensial dari sarana Kesehatan terdampak bencana. Beberapa kali dijumpai tenaga kesehatan menggunakan baik intervensi maupun obat dan perbekalan kesehatan yang di luar standar pelayanan esensial, hal ini cukup digunakan pada saat Emergency Medical Team (EMT) tersebut bertugas saja dan tidak meninggalkan bantuan obat dan perbekalan kesehatan ke fasilitas kesehatan.

5. Dosis dan obat sebaiknya sama dengan obat yang biasa digunakan petugas

   Hal ini diperlukan agar petugas kesehatan tidak merasa bingung dengan kekuatan sediaan dari bantuan obat yang diberikan, karena petugas pelaksana biasanya sangat jarang mendapat pelatihan yang cukup tentang hal ini.

6. Memiliki label bahasa Indonesia dan/atau bahasa inggris

   Tujuan dari pemberian label ini agar petugas kesehatan dapat dengan mudah mengerti tentang petunjuk penggunaan, kondisi penyimpanan dan label sebaiknya mencantumkan nama generik dan nomor batch, bentuk sediaan, kekuatan, nama produsen, dumlah dalam wadah terkecil, kondisi penyimpanan dan masa kadaluarsa.

7. Memenuhi standar international pengiriman barang

   Setiap obat dan perbekalan kesehatan yang dikirim hendaknya disertai dengan surat jalan/*airwaybill* (jika melalui udara) dan *packing list* detail isi karton yang menyebutkan secara spesifik bentuk sediaan, jumlah, nomor *batch*, *expire date*, volume, bobot, dan kondisi penyimpanan yang khusus. Berat karton sebaiknya tidak lebih dari 50 kg. Hal ini agar diperlukan agar memudahkan dalam penyimpanan dan pendistribusian obat ke sarana kesehatan, mengingat pada kondisi bencana di sarana kesehatan tidak mempunyai peralatan bila harus mengangkat

jdih.kemkes.go.id

karton lebih dari 50 kg. Dan akan lebih baik lagi saat pengiriman juga menyediakan pallet kayu/ karet.

8. *Demurrage* dan *custom*

Obat dan Perbekalan Kesehatan sumbangan bisa mendapat fasilitas pembebasan tarif pajak. apabila ada rekomendasi dari Sekretariat Negara (masuk dalam kategori bantuan teknis). Selanjutnya dilakukan pengurusan ke Departemen Keuangan cq Ditjen Bea Cukai. Untuk daerah Propinsi ada rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dan untuk Kabupaten/Kota ada rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta rekomendasi dari Kantor Bea Cukai. Biaya pengiriman dari Negara donor, transport lokal, pergudangan penyimpanan yang baik, urusan bea cukai sebaiknya dibayar oleh pemberi bantuan termasuk jika ada *demurrage*. Istilah *Demurrage* bisa berarti sebagai biaya (Denda) yang harus dibayar karena terlambat mengembalikan kontainer milik penyedia jasa dan posisi kontainer tersebut masih dalam pelabuhan baik laut maupun udara. Biasanya perusahaan penyedia jasa akan memberi batas waktu menggunakan kontainer 7-10 hari lamanya. Sampai batas waktu tersebut pengguna harus mengembalikan kontainer dalam keadaan kosong, jika melebihi batas yang ditentukan, nantinya perusahaan pelayaran akan memberi biaya *demurrage*. Besaran denda ini cukup bervariasi, bisa juga dibebaskan namun harus mengurus kelengkapan administrasi yang cukup lama, sebaiknya perlu ada pelatihan dan penunjukkan penanggung jawab untuk pengurusan ini.

Penjelasan diatas, sebaiknya sudah diinformasikan sejak awal kepada pemberi bantuan sehingga supaya daerah terdampak bencana sebagai penerima bantuan tidak mengalami masalah bila ada item obat dan perbekalan kesehatan yang tidak diinginkan termasuk dalam dokumen pengiriman barang dari pemberi bantuan, terlebih bantuan yang berasal dari luar negeri. Dengan cara ini dari awal penerima obat dan perbekalan kesehatan sumbangan sudah dapat melakukan pengkajian baik secara teknis terhadap obat dan perbekalan kesehatan yang disumbangkan maupun manajemen penyimpanan serta kelengkapan administrasi yang diperlukan.

III. Alur Penerimaan Bantuan Logistik Kesehatan

jdih.kemkes.go.id

a. Alur Penerimaan Bantuan Logistik Kesehatan asal barang dari Dalam Negeri

Bantuan logistik kesehatan dari dalam negeri adalah seluruh bantuan logistik kesehatan yang diberikan oleh instansi pemerintah, swasta, NGO, dan lintas sektor lainnya, yang posisi barang ada dalam negeri (tidak membutuhkan proses importasi). Berikut alur penerimaan bantuan berupa logistik kesehatan bersumber dari dalam negeri:

1. Donatur memberi informasi terkait rencana pemberian bantuan logistik kesehatan kepada penerima bantuan (*consignee*) melalui surat rencana hibah/ *declaration gift letter*;
2. Dalam surat rencana hibah**/** *declaration gift letter* terdapat informasi berupa nama barang, jenis barang, jumlah, merek, spesifikasi, dan harga barang;
3. Donatur berkoordinasi dengan penerima bantuan (*consignee*) terkait jadwal dan mekanisme pengiriman barang;
4. Donatur mengirimkan barang donasi kepada penerima bantuan (*consignee*);
5. Donatur dan/ atau penerima bantuan (*consignee*) membuat Berita Acara Serah Terima (BAST) sebagai bukti penerimaan barang donasi/ bantuan logistik kesehatan;
6. Berita Acara Serah Terima (BAST) memuat keterangan seperti peruntukan logistik kesehatan yang didonasikan, nama barang, jumlah, jenis barang, kondisi, merk, spesifikasi, harga satuan barang, dan total nilai donasi;
7. Apabila donatur merupakan instansi pemerintah, maka donatur dan *consignee* melakukan pencatatan *Transfer In* dan *Transfer Out* pada masing-masing instansi;
8. Penerima bantuan (*consignee*) akan menyampaikan rekapan hasil distribusi logistik kesehatan yang didonasikan kepada donatur.

b. Alur Penerimaan Bantuan Logistik Kesehatan asal barang dari Luar Negeri

Bantuan logistik kesehatan dari luar negeri adalah seluruh bantuan logistik kesehatan yang diberikan oleh instansi pemerintah, swasta, NGO, dan lintas sektor lainnya, yang posisi barang berasal dari luar negeri (membutuhkan proses importasi). Berikut alur penerimaan bantuan/donasi logistik kesehatan bersumber dari luar negeri:

jdih.kemkes.go.id

1. Pemberi Donasi menyampaikan tawaran donasi (*declaration gift letter*) kepada penerima bantuan (*consignee*). Surat ditujukan dengan menyertakan jenis barang, jumlah, merk, spesifikasi, kondisi, dan harga barang;
2. *Consignee* memberikan jawaban/tanggapan kepada donatur terkait rencana pemberian donasi;
3. Donatur berkoordinasi dengan *consignee* terkait jadwal dan mekanisme pengiriman barang;
4. Proses *custom clearance* untuk penerimaan bantuan logistik kesehatan atau donasi ini dilakukan oleh donatur;
5. Logistik kesehatan yang diberikan telah memiliki sertifikat kelayakan uji fungsi dan dibuktikan dengan pengecekan fisik dan uji fungsi terhadap alat-alat kesehatan yang diterima;
6. Segala biaya yang ditimbulkan dari proses penerimaan bantuan menjadi tanggung jawab donatur.

IV. Penyimpanan

Penyimpanan adalah suatu kegiatan menyimpan, memelihara, dan menjaga logistik kesehatan yang diterima pada tempat yang dinilai aman dari pencurian serta gangguan fisik yang dapat merusak logistik kesehatan tersebut dengan tujuan untuk memelihara mutu barang logistik kesehatan bencana, menghindari penggunaan yang tidak bertanggung jawab, menjaga kelangsungan persediaan, serta memudahkan pencarian dan pengawasan.

Kegiatan penyimpanan meliputi:

a. Pengaturan Tata Ruang Penyimpanan (Gudang)

   Untuk mendapatkan kemudahan dalam penyimpanan, penyusunan, pencarian, dan pengawasan logistik kesehatan, maka diperlukan pengaturan tata ruang penyimpanan dengan baik.

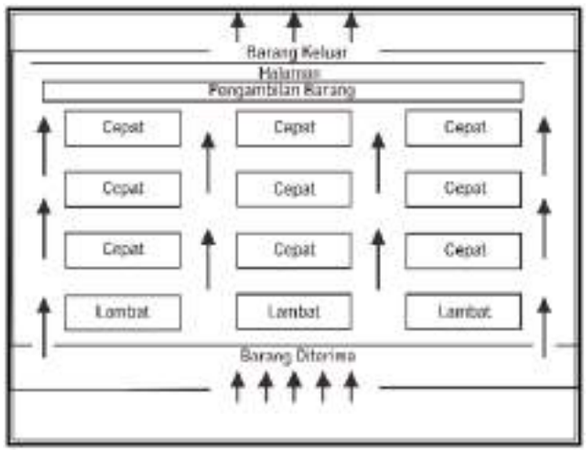
   Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam pengaturan tata ruang penyimpanan logistik kesehatan adalah sebagai berikut:

   1. Ergonomi (Kemudahan Bergerak)

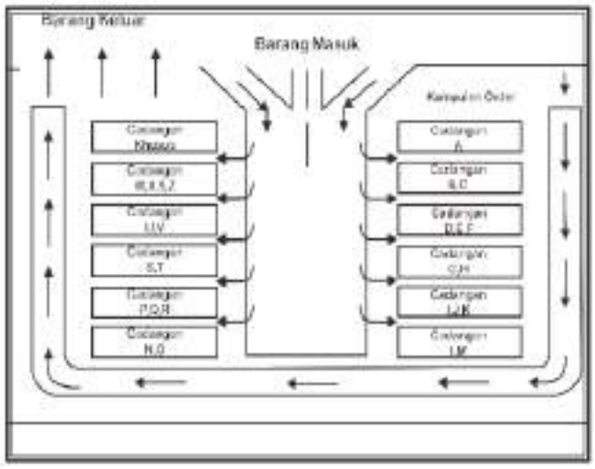
      Untuk kemudahan bergerak, maka gudang perlu ditata menggunakan sistem satu lantai, antara lain pembatasan penggunaan sekat karena akan membatasi pengaturan ruangan. Jika diperlukan sekat, maka harus memperhatikan posisi dinding dan pintu untuk mempermudah gerakan. Untuk memudahkan pencarian barang penting dapat memanfaatkan teknologi informasi seperti pihak ketiga penyedia sistem inventaris, atau minimal menggunakan *excel*

jdih.kemkes.go.id

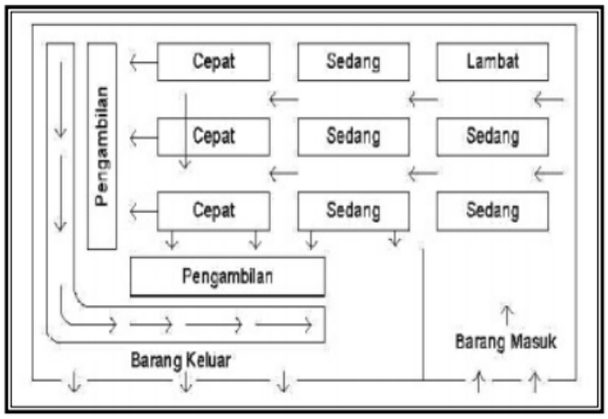
sheet. Apapun sistem yang digunakan harus dapat memberikan informasi jika barang akan segera habis. Berdasarkan arah arus penerimaan· dan pengeluaran, ruang penyimpanan dapat ditata berdasarkan sistem arus garis Iurus, arus U, maupun arus L yang dijelaskan pada gambar berikut:



Gambar 4.1 Denah Penyimpanan dengan arus garis lurus



Gambar 4.2 Denah penyimpanan dengan arus U



Gambar 4.3 Denah penyimpanan dengan arus L

2. Sirkulasi Udara yang Baik

   Salah satu faktor penting dalam penataan gudang harus memperhatikan sirkulasi udara yang cukup di dalam ruangan

jdih.kemkes.go.id

gudang. Sirkulasi udara yang baik akan menjaga kualitas logistik kesehatan sekaligus bermanfaat dalam memperpanjang dan memperbaiki kondisi kerja. Disarankan gudang logistik kesehatan memiliki sistem pengaturan suhu ruangan. Idealnya dalam gudang terdapat AC, namun biayanya akan menjadi mahal untuk ruang gudang yang luas. Alternatif lain adalah menggunakan kipas angin. Apabila kipas angin belum cukup maka perlu ventilasi melalui atap.

3. Rak dan Palet

   Rak dan palet merupakan sarana penyimpanan yang idealnya harus terdapat dalam gudang penyimpanan logistik kesehatan. Penempatan rak yang tepat dan penggunaan pallet akan dapat meningkatkan sirkulasi udara dan gerakan logistik kesehatan. Penggunaan pallet memberikan keuntungan yaitu berupa sirkulasi udara dari bawah dan perlindungan terhadap banjir, peningkatan efisiensi penanganan stok, dapat menampung obat lebih banyak, dan lebih murah dari pada rak. Namun jika space terbatas dan menggunakan rak untuk menghemat tempat pastikan semua barang diberi identifikasi, akan lebih baik lagi menggunakan sistem elektronik seperti *barcode*, rak penyimpanan barang dan gang penyimpanan diberi identifikasi seperti di supermarket.

4. Kondisi Penyimpanan Khusus

   Logistik kesehatan tertentu harus disimpan dalam penyimpanan khusus. seperti:

   a) vaksin dan obat-obatan yang membutuhkan perlakuan khusus seperti suhu tertentu yang stabil.
   b) obat-obatan berjenis narkotika, psikotropika, dan bahan berbahaya lainnya harus disimpan dalam lemari khusus dan selalu terkunci.
   c) desinfektan, eter, atau bahan mudah terbakar harus disimpan dalam ruangan khusus yang terpisah dari gudang induk dan dijauhkan dari lokasi penyimpanan logistik kesehatan lainnya.

5. Risiko yang perlu diperhatikan pada saat penyimpanan

   Untuk menyimpan logistik kesehatan perlu diperhatikan risiko yang mungkin timbul sehingga dapat mengurangi kualitas. Risiko tersebut meliputi:

   a) risiko internal seperti logistik yang mudah rusak dan terbakar, rentan terhadap hewan, dan risiko akibat kecelakaan kerja

jdih.kemkes.go.id

b) risiko eksternal seperti potensi terkena bencana dan pencurian

Dalam proses penyimpanan perlu dihindari adanya penumpukan bahan-bahan yang mudah terbakar seperti dus, karton, dan lain-lain. Alat pemadam kebakaran harus dipasang di tempat yang mudah dijangkau dan dalam jumlah yang cukup. Alat pemadam kebakaran agar diperiksa secara berkala untuk memastikan kelayakan fungsi.

Biasanya tempat penyimpanan logistik kesehatan pada kejadian krisis kesehatan baik *slow onset* maupun *sudden onset disaster* akan berada di gudang farmasi /instalasi farmasi dinas kesehatan, namun kadang pada kasus-kasus tertentu, bangunan tersebut tidak dapat digunakan baik karena akses yang jauh maupun terdampak dari bencana (kebanjiran, runtuh karena gempa, dsb).

Sektor kesehatan nasional/provinsi/kabupaten/kota dapat berkolaborasi baik dengan klaster logistik dari BNPB/BPBD maupun TNI/Polri untuk meningkatkan kapasitas penyimpanan, salah satu contohnya adalah mobilisasi tenda *mobile storage unit* atau *wikhall* milik WFP (Badan Dunia Ketahanan Pangan). Tenda *mobile storage unit* atau *wikhall* milik WFP (Badan Dunia Ketahanan Pangan) merupakan salah satu alternatif penyimpanan yang optimal saat terjadi bencana dan bebas biaya selama didokumentasikan dalam rencana kontinjensi. Tenda ini memiliki spesifikasi struktur aluminium dan terpal dari *poliester* berlapis PVC dengan perlindungan UV. Memiliki ventilasi udara di setiap atap pelana (ruas), mampu menahan kapasitas beban angin: hingga 110 km/Jam dan kapasitas beban salju (atau air jika di iklim tropis) hingga 75 kg/m2 saat dipasang ke tanah sesuai instruksi, dan waktu lama pasang 3-5 hari oleh 15 orang yang terlatih.

Tabel 4.2 Jenis tenda yang dapat digunakan sebagai tempat penyimpanan logistik kesehatan sementara saat terjadi krisis kesehatan

Jenis Tenda	**Asal**	**Spesifikasi teknis**	**Keterangan**
Tenda PKK (kecil)	Kemenkes RI	Kapasitas 10 velbed PVC 0.65 mm	Inflatable, membutuhkan pompa
Tenda Pusat Krisis (besar)	Kemenkes RI	Kapasitas 14 velbed	Inflatable, membutuhkan

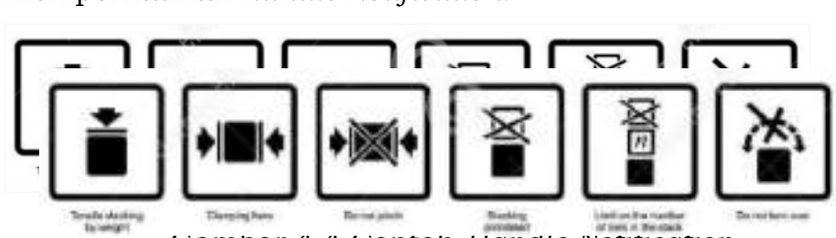
jdih.kemkes.go.id

Jenis Tenda	Asal	Spesifikasi teknis	Keterangan
		PVC 0.65 mm	pompa
Tenda BNPB	BNPB / BPBD	Ukuran 12 x 6m	Manual membutuhkan 5 orang untuk mendirikan
Tenda Pleton TNI /POLRI	TNI / umum	Ukuran 14 x 5m Nylon coated material	Manual membutuhkan 5 orang untuk mendirikan
Tenda MSU WFP *(wikhall)*	WFP /Klaster logistik nasional	Ukuran 32 x 10 m	Manual membutuhkan 15 orang terlatih untuk mendirikan
Tenda lain-lain	PMI /LSM /Universitas	Ukuran bervariasi, bahan bervariasi	Upaya terakhir (*last resources)* , anual membutuhkan 2-3 orang untuk mendirikan

b. Pengelolaan Stok

Logistik kesehatan disusun secara efisien dan mudah diakses agar mudah ditemukan ketika diperlukan. Untuk itu perlu dilakukan langkah-Iangkah sebagai berikut:

1. Gunakan prinsip FIFO (First In First Out) atau FEFO (First Expired First Out) dalam penyusunan logistik kesehatan yaitu logistik yang masa kadaluarsanya lebih awal atau yang diterima lebih awal harus digunakan lebih awal sebab umumnya logistik kesehatan yang datang lebih awal biasanya juga diproduksi lebih awal dan umumnya relatif lebih tua dan masa kadaluarsanya mungkin lebih awal.
2. Logistik kesehatan disusun dalam kemasan yang sesuai dengan ukuran rak/palet secara rapi dan teratur. Cara menyusun/ menumpuk barang di palet seperti kardus infus, kardus MP-ASI dan barang lain juga perlu diperhatikan agar stabil, tidak terlalu tinggi dan label agar mudah terlihat. Perlu memperhatikan handle notification. Dibawah ini merupakan contoh untuk menyusun/menumpuk barang dengan memperhatikan *handle notification*:



Gambar 4.4 Contoh *Handle Notification*

Keterangan gambar:

i. Penumpukan secara *vertical*
ii. Penataan secara *horizontal*
iii. Dilarang dihimpit
iv. Dilarang ditumpuk
v. Penumpukan terbatas sesuai angka pada symbol
vi. Dilarang digulingkan

3. Pisahkan obat-obatan minum dengan obat-obatan untuk pemakaian luar, juga pisahkan dengan jenis logistik kesehatan lain (*desinfektan*, MP-ASI, dsb), gunakan tempat khusus untuk menyimpan narkotika, psikotropika, maupun obat-obat dan perbekalan kesehatan yang dapat dipengaruhi oleh temperatur, udara, cahaya maupun kontaminasi bakteri.
4. Logistik kesehatan yang disimpan harus diberi kode spesifik.
5. Cantumkan nama masing-masing logistik kesehatan pada rak dengan rapi.
6. Apabila persediaan cukup banyak, maka biarkan logistik kesehatan tetap dalam karton masing-masing, ambil seperlunya.
7. Menuju industri digitalisasi 4.0, sangat dianjurkan untuk institusi terkait memiliki kerjasama dengan pengembang software untuk menggunakan aplikasi dalam melakukan manajemen stok, gudang hingga transportasi baik dalam maupun luar negeri yang akan membantu akuntabilitas manajemen logistik medis.
8. Pencatatan pada Kartu Stok
   a) Kartu stok digunakan untuk mencatat mutasi seperti penerimaan, pengeluaran, hilang, rusak atau kadaluwarsa barang logistik Kesehatan. Kartu stok harus selalu diperbaharui setiap terjadi mutasi logistik kesehatan.
   b) Tiap lembar kartu stok hanya diperuntukkan mencatat data mutasi satu jenis barang yang berasal dari satu sumber anggaran. Tiap baris data hanya diperuntukkan mencatat satu kejadian mutasi logistik. Contoh: di gudang logistik kesehatan menyimpan 1000 velbed, 500 dari Bantuan Swasta, 300 milik Kemenkes, dan 200 bantuan dari EMT-IDI maka untuk satu jenis barang, yaitu velbed harus dicatat/dirinci menjadi tiga kartu stok. Berikut merupakan contoh kartu stok.

jdih.kemkes.go.id



Gambar 4.5 Contoh Kartu Stok

c) Data pada kartu stok digunakan untuk menyusun laporan perencanaan, pengadaan, distribusi dan sebagai pembanding terhadap stok fisik logistik kesehatan dalam gudang.
d) Kartu stok harus diletakkan pada logistik kesehatan bersangkutan.
e) Pencatatan dilakukan secara rutin dari hari ke hari.
f) Setiap terjadi mutasi logistik kesehatan (penerimaan, pengeluaran, hilang, rusak atau kadaluwarsa) langsung dicatat dalam kartu stok.

V. Pendistribusian

a. Penentuan Metode Distribusi

Distribusi merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam rangka menyalurkan/menyerahkan logistik kesehatan dari tempat penyimpanan sampai ke tujuan dengan tetap menjamin mutu, stabilitas, jenis, jumlah, dan ketepatan waktu. Pada prinsipnya distribusi adalah mencari skema yang paling cepat, efektif dan efisien. Ada beberapa skema distribusi yang bisa gunakan antara lain:

1. *Pizza Delivery*, dalam skema ini logistik langsung diantar ke objek yang akan di distribusi, kendalanya adalah dalam kondisi darurat Sumber Daya Manusia (SDM) maupun fasilitas kendaraan angkut akan sangat terbatas;
2. *Drive Thru*, dalam skema ini logistik kesehatan yang akan didistribusikan, diinformasikan untuk dapat diambil sendiri di Pos Logistik Kesehatan.
3. *Military Cooperation*, dalam skema ini berkoordinasi dengan pihak Militer untuk dapat mengerahkan Alat Utama Sistem Pertahanan (ALUTSISTA) untuk dapat membantu dalam mendistribusikan logistik. Yang perlu diperhatikan dalam

jdih.kemkes.go.id

skema ini adalah koordinasi mengenai administrasi dan dokumentasi dalam pengiriman.

4. *Private Expedition*, dalam skema ini pengiriman logistik akan dilaksanakan menggunakan pihak swasta sehingga dalam skema ini perlu diperhatikan anggaran untuk pengirimannya.

Beberapa hal yang harus diperhatikan berkaitan dengan distribusi logistik kesehatan dan perlengkapan pada saat krisis kesehatan:

1. Adanya permintaan dari daerah terdampak krisis kesehatan;
2. Jika logistik kesehatan tidak tersedia di wilayah yang mengalami bencana, maka diusahakan dari wilayah terdekat atau berjenjang hingga ke Pusat;
3. Perhatikan kelayakan logistik kesehatan yang akan dikirim (tidak rusak dan *expired date*);
4. Pemerintah daerah dan pusat harus mengalokasikan biaya distribusi dengan menggunakan sumber dana yang sudah ditetapkan dalam peraturan perundangan yang berlaku atau sumber dana lain yang sah;
5. Kerjasama lintas sektor dan lintas program perlu dilakukan.

b. Penyimpanan, pemeliharaan, serta pengeluaran logistik kesehatan dan peralatan dari gudang.

1. Prosedur penetapan gudang terdiri atas lokasi, kemudahan akses, jenis gudang, kapasitas dan fasilitas penyimpanan, sistem pengamanan dan keselamatan, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Tujuan pergudangan untuk:
   a) mencatat jenis, jumlah, kualitas, kondisi logistik kesehatan dan peralatan, waktu, dan identitas petugas;
   b) menjaga kondisi logistik kesehatan dan peralatan dari kerusakan dan kehilangan atau berkurangnya standar mutu;
   c) memudahkan pendistribusian logistik kesehatan dan peralatan, dengan menggunakan metode pertama masuk-pertama keluar (*first-in first-out*), dan pertama kadaluarsa-pertama keluar (*first-expired first-out*); dan menjamin ketersediaan logistik kesehatan dan peralatan setiap waktu.

c. Distribusi Logistik Kesehatan di Tempat Transit

Jangkauan penanganan kondisi krisis yang luas, menyebabkan pengiriman logistik medis tidak dapat langsung ke lokasi wilayah. sehingga perlu adanya transit sebelum menuju wilayah respon.

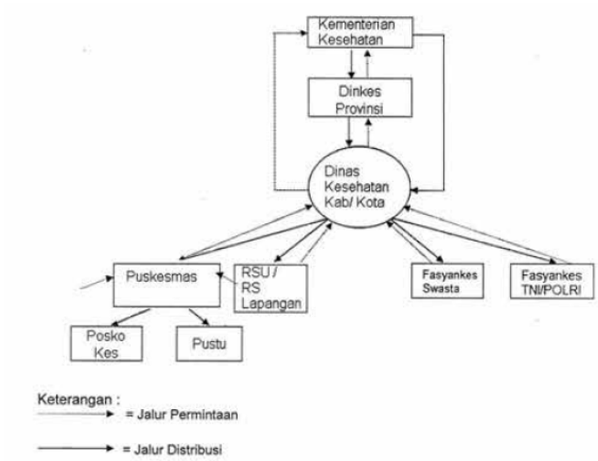
jdih.kemkes.go.id

selain itu, untuk menjaga kualitas logistik medis yang akan dikirimkan maka perlu adanya manajemen distribusi logistik medis di tempat transit.

VI. Penggunaan dan Pengendalian

Kegiatan penggunaan dan pengendalian meliputi:

a. Mengelola dan mengoordinasikan seluruh aktivitas Manajemen Logistik Kesehatan dan Peralatan pada saat krisis kesehatan dan pasca krisis kesehatan dengan organisasi/lembaga terkait dan melaporkannya secara periodik;
b. Mempertanggungjawabkan dukungan fasilitas, pelayanan, personil, peralatan dan bahan atau material lain yang dibutuhkan oleh Pos Kesehatan, Pengungsian di area terdampak;
c. Membantu wilayah daerah kabupaten/kota/provinsi lainnya atas permintaan atau inisiatif.



Gambar 4.6 Jalur Permintaan dan Pendistribusian

VII. Pencatatan dan pelaporan

Pada saat terjadi krisis kesehatan, pencatatan mutasi dan pelaporan dilakukan pada durasi waktu yang akan ditentukan oleh Koordinator Klaster Kesehatan untuk dilaporkan ke Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan. Pelaporan dapat dilakukan secara harian, mingguan, atau bulanan yang meliputi penerimaan, pemakaian dan sisa stok. Pelaporan ini merupakan bentuk pertanggungjawaban masing-masing tingkat pelayanan kepada organisasi di atasnya dan sebagai bahan evaluasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan logistik kesehatan dan peralatan di daerah terdampak.

Pengelolaan logistik kesehatan dapat dijalankan secara profesional, diperlukan dukungan sistem manajemen informasi untuk dapat memenuhi kebutuhan:

a. Pemetaan dan pendataan ketersediaan logistik sesuai dengan yang sudah diatur dalam perencanaan.

jdih.kemkes.go.id

b. Sistem *tracking*, yang dapat menggunakan beberapa cara:
   1. untuk keseluruhan tahapan manajemen logistik: *Computerized Tracking System* (sistem tracking terkomputerisasi).
   2. untuk pengangkutan, pergudangan dan pendistribusian: *Commodity Tracking Numbering* (tracking penomoran komoditas).

Penggunaan teknologi seperti aplikasi pergudangan akan memudahkan manajemen stok gudang.

VIII. Pengawasan dan Evaluasi

Evaluasi adalah rangkaian kegiatan membandingkan realisasi masukan (input), keluaran (output), dan hasil (outcome) terhadap rencana dan standar. Evaluasi melihat manfaat untuk perencanaan selanjutnya.

Pengawasan mencakup aktivitas pemantauan, audit, pengukuran, analisis dan evaluasi. Pengawasan dilakukan dengan merumuskan:

a. Kriteria tolak ukur terhadap proses yang terkandung di dalam Sistem Pengelolaan Logistik Kesehatan dan Peralatan;
b. Metode yang digunakan untuk memastikan hasil yang valid;
c. Kapan akan dilakukan; dan
d. Kapan hasil pengawasan perlu dilakukan analisis dan evaluasi.

Informasi secara tertulis dari hasil pengawasan harus didokumentasikan, dikendalikan dan dilaporkan dengan baik sebagai upaya perbaikan berkelanjutan. Tim Monitoring dan Evaluasi menyiapkan laporan sesuai dengan format Laporan Monitoring dan Evaluasi. Laporan diserahkan kepada koordinator tim logistik kesehatan dan peralatan setiap tiga bulan.

IX. Pemusnahan

a. Pemusnahan Obat dan Logistik Kesehatan

   Proses pemusnahan mengacu pada Pedoman Teknis Pemusnahan Sediaan Farmasi dengan rnempertimbangkan dampak lingkungan dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Secara garis besar, proses pemusnahan obat dan logistik kesehatan terdiri dari:

   1. memilah, memisahkan dan menyusun daftar obat dan logistik kesehatan yang akan dimusnahkan
   2. menentukan cara pernusnahan
   3. menyiapkan pelaksanaan
   4. menetapkan łokasi pemusnahan
   5. pelaksanaan pemusnahan

jdih.kemkes.go.id

6. membuat berita acara pemusnahan dengan tembusan kepada Gubernur/Bupati/Walikota sebagai laporan.

b. Penghapusan barang milik negara

Penghapusan barang milik negara dari daftar barang dengan menerbitkan keputusan dari pejabat yang berwenang untuk membebaskan pengelola barang, pengguna barang dan/atau kuasa pengguna barang dari tanggung jawab administrasi dan fisik atas barang yang berada dalam penguasaannya. Penghapusan dapat dilakukan dengan cara;

1. penyerahan kepada pengguna barang;
2. pemindahtanganan;
3. adanya putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap dan sudah tidak ada upaya hukum;
4. karena melaksanakan ketentuan peraturan perundangan;
5. pemusnahan.

C. KEGIATAN LOGISTIK KESEHATAN

I. Pada Pra Krisis Kesehatan

Pada tahap pra krisis kesehatan, pengelolaan berjalan secara normal tetapi dilakukan persiapan untuk mengantisipasi bila terjadi krisis kesehatan. Perencanaan kebutuhan logistik kesehatan dalam kondisi normal perlu memperhatikan jumlah dan jenis logistik kesehatan yang diperlukan pada saat terjadi krisis kesehatan. Pembuatan paket-paket obat dan perbekalan kesehatan pada penanggulangan krisis kesehatan disesuaikan dengan potensi bencana yang ada di daerahnya.

Pemenuhan kebutuhan logistik untuk penanggulangan krisis kesehatan harus disiapkan sesuai dengan risiko kesehatan yang akan dihadapi yang sudah disusun sebelumnya di rencana kontijensi penanggulangan krisis kesehatan daerah atau disaster plan yang dibuat dinas kesehatan. Logistik medis dapat berupa obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai, sarana prasarana kesehatan, makanan tambahan dan suplemen gizi, alat dan bahan faktor risiko kedaruratan lingkungan, dan perlengkapan kesehatan individu.

Pada masa pra krisis Kesehatan dibentuk Tim Logistik Kesehatan di Kabupaten/Kota, Provinsi, dan Pusat sehingga tim tersebut dapat segera bergerak pada situasi darurat krisis kesehatan.

II. Pada Darurat Krisis Kesehatan

a. Perencanaan Kebutuhan

jdih.kemkes.go.id

Pada saat darurat krisis kesehatan dilakukan perencanaan kebutuhan logistik meliputi kegiatan identifikasi kebutuhan, inventarisasi ketersediaan, pengumpulan data, dan analisis untuk menghasilkan standar minimal kebutuhan dalam penanggulangan krisis kesehatan. Maksud dan tujuan perencanaan pada saat darurat krisis kesehatan adalah untuk:

1) mengetahui jumlah dan jenis bantuan dan peralatan yang dibutuhkan;
2) mengetahui jumlah korban terkena bencana yang membutuhkan bantuan logistik dan peralatan;
3) menentukan metode pendistribusian;
4) mengetahui sasaran penerima bantuan; dan
5) menentukan waktu penyampaian bantuan.

Untuk mencapai maksud dan tujuan tersebut maka perlu dilakukan Langkah-langkah sebagai berikut:

1. Inventarisasi ketersediaan dan kebutuhan. Data dapat dihimpun dari:
   a) Laporan-Laporan;
   b) Rekomendasi Tim Rapid Health Assessment (RHA);
   c) Media Massa;
   d) Permintaan Instansi terkait;
   e) Hasil rapat koordinasi terhadap informasi mengenai jumlah korban, jumlah pengungsi, kondisi kerusakan dan lain-lain.
2. Identifikasi Akses dan Moda Transportasi ke Daerah Terdampak
   Pada saat bencana terjadi, perlu dilakukan *assessment* terkait dengan akses dan moda transportasi, karena seringkali banyak akses yang tidak bisa dilalui oleh kendaraan. Moda transportasi yang akan digunakan merupakan hasil dari *assessment* tersebut. *Assessment* dapat dilakukan dengan melibatkan *stakeholder* daerah yang terdampak atau informasi dari *stakeholder* terkait.

b. Distribusi

Beberapa hal yang harus diperhatikan berkaitan dengan distribusi logistik dan perlengkapan pada saat darurat krisis kesehatan:

1) Persyaratan pendistribusian logistik dan perlengkapan adalah adanya permintaan dari daerah terdampak krisis kesehatan;
2) Apabila obat dan perbekalan kesehatan tidak tersedia di provinsi yang mengalami krisis kesehatan maka diusahakan dari provinsi terdekat atau Kementerian Kesehatan;
3) Provinsi terdekat wajib membantu daerah yang terdampak krisis kesehatan;

jdih.kemkes.go.id

4) Adanya estimasi tingkat keparahan bencana, jumlah korban dan jenis penyakit;
5) pemerintah pusat dan daerah harus mengalokasikan biaya distribusi dengan menggunakan sumber dana yang sudah ditetapkan dalam peraturan perundangan yang berlaku, sehingga tidak mengalami kesulitan dalam mendistribusikan logistik dan perbekalan kesehatan;
6) kerjasama lintas sektor dan lintas program mutlak dilakukan.

c. Pemenuhan Kebutuhan Logistik

Bencana yang dapat menyebabkan terjadinya krisis kesehatan atau kedaruratan kesehatan masyarakat terdiri atas dua tipe kejadian bencana yaitu *slow onset* atau terjadi secara perlahan seperti banjir, kebakaran hutan dan lahan dan *sudden onset* atau terjadi secara mendadak seperti gempa bumi, tsunami, gunung meletus, atau longsor. Informasi yang harus dikumpulkan saat darurat krisis kesehatan terdapat pada form *Rapid Health Assessment* (RHA). Penyediaan dan mobilisasi sumberdaya logistik kesehatan bisa dilakukan dengan memperhatikan dokumen Rencana Kontingensi atau dokumen sejenis dan hasil dari assessment yang diharapkan sangat menggambarkan kejadian di daerah terdampak bencana. Informasi yang perlu didapatkan antara lain:

1) Ketersediaan penanggung jawab penerima barang di daerah terdampak bencana;
2) Spesifikasi teknis mengenai kebutuhan logistik kesehatan dari sub-sub sektor kesehatan;
3) Akses, jalur distribusi, dan moda transportasi dari daerah asal dan ke daerah terdampak bencana;
4) Ketersediaan tempat penyimpanan yang mendekati ideal di daerah terdampak bencana atau daerah terdekat;
5) Faktor penunjang seperti listrik, bahan bakar, tenaga *unloading*;
6) Keamanan dari akses, jalur distribusi, moda transportasi serta tempat penyimpanan tersebut.

III. Pada Pasca Krisis Kesehatan

Pasca krisis kesehatan perlu adanya pengelolaan logistik yang baik agar logistik kesehatan dan peralatan sisa bantuan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Untuk itu diperlukan langkah-langkah sebagai berikut:

a. Perencanaan penyimpanan, relokasi atau pemusnahan

jdih.kemkes.go.id

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

1) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan di kabupaten/kota melakukan inventarisasi logistik kesehatan dan peralatan dan melaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota.
2) Dinas kesehatan kebupaten/kota melaksanakan rekapitulasi hasil inventarisasi logistik kesehatan dan peralatan.
3) Hasil rekapitulasi logistik kesehatan dan peralatan dilaporkan ke dinas kesehatan provinsi.
4) Dinas kesehatan provinsi menindaklanjuti hasil rekapitulasi tersebut dengan cara memfasilitasi, apabila perlu dilakukan relokasi atau pemusnahan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Dalam hal ini ada beberapa pilihan yang dapat diambil antara lain:
   a) Dihibahkan ke stakeholder setempat
   b) Dikirim kembali ke gudang asal atau gudang regional
   c) Penghapusan dan pemusnahan untuk barang yang rusak dan tidak layak pakai mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

b. Redistribusi dan relokasi

Penarikan kembali logistik kesehatan dan peralatan, hasil inventarisasi logistik kesehatan dan peralatan ditindaklanjuti dinas kesehatan kabupaten/kota dengan cara sebagai berikut:

Semua logistik kesehatan dan peralatan di pos kesehatan ditarik ke puskesmas. Kelebihan logistik kesehatan dan peralatan di pustu/puskesmas ditarik ke dinas kesehatan kabupaten/kota.

c. Evaluasi Pengelolaan Logistik Kesehatan

Untuk evaluasi pengelolaan logistik kesehatan dan peralatan pada tahap rehabilitasi dan rekonstruksi, digunakan instrumen sebagai berikut:

1) Kesesuaian jenis logistik kesehatan dan peralatan yang dibutuhkan dengan bantuan logistik kesehatan yang diterima. Untuk mendukung pelayanan kesehatan disaat krisis kesehatan maka dibutuhkan kesesuaian jenis logistik kesehatan dan peralatan yang dibutuhkan sesuai masalah kesehatan yang timbul saat terjadinya krisis kesehatan dan jenis bantuan yang diterima.
2) Ţingkat ketersediaan logistik kesehatan dan peralatan. Untuk mendukung pelayanan kesehatan di saat krisis kesehatan,

jdih.kemkes.go.id

maka dibutuhkan kesesuaian jumlah logistik kesehatan dan peralatan yang dibutuhkan sesuai masalah keşehatan yang timbul saat bencana.

3) Presentase logistik kesehatan kadaluwarsa

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

4) Presentase logistik kesehatan dan peralatan yang rusak

Terjadinya logistik kesehatan dan peralatan kesehatan rusak mencerminkan ketidaktepatan bantuan dan/atau kurang baiknya sistem distribusi, dan/atau kurangnya pengamatan mutu dalam penyimpanan logistik kesehatan dan peralatan kesehatan.

Informasi secara tertulis dari hasil evaluasi harus didokumentasikan dan dikendalikan dengan baik sebagai upaya perbaikan berkelanjutan.

d. Evaluasi BAST

BAST (Berita Acara Serah Terima) logistik adalah dokumen yang digunakan untuk mencatat pengiriman barang dari satu pihak ke pihak lain. Berita Acara Serah Terima merupakan dokumen yang penting oleh karena itu, dalam evaluasi Berita Acara Serah Terima, akan diperiksa apakah semua barang dan jasa yang diserahkan telah sesuai dengan yang tercantum dalam dokumen pengadaan dan telah diterima dengan baik oleh pihak yang menerima. Selain itu, juga akan diperiksa apakah seluruh dokumen dan tanda terima telah dilengkapi dengan baik dan benar sesuai dengan peraturan yang berlaku. Evaluasi BAST logistik dapat dilakukan dengan cara berikut:

1) Kepatuhan terhadap prosedur: Pastikan bahwa pengiriman barang dan pencatatan dalam BAST dilakukan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan. Hal ini meliputi persyaratan dokumentasi, waktu pengiriman, kondisi barang yang dikirim, dan lain-lain;
2) Kualitas barang: Periksa kualitas barang yang dikirim dan pastikan bahwa kondisi barang sesuai dengan yang tercatat dalam BAST. Jika ada kerusakan atau cacat pada barang, pastikan untuk mencatatnya dan meminta tindakan perbaikan;
3) Kesesuaian jumlah barang: Pastikan bahwa jumlah barang yang tercantum dalam BAST sesuai dengan jumlah barang yang

jdih.kemkes.go.id

diterima. Jika terdapat perbedaan jumlah barang, pastikan untuk mencatatnya dan menyelesaikan permasalahan tersebut;

4) Akurasi informasi: Pastikan bahwa informasi yang tercatat dalam BAST akurat dan lengkap. Periksa apakah data penerima, pengirim, jenis barang, jumlah barang, dan lain-lain sudah tercatat dengan benar;
5) Tindak lanjut: Jika ada masalah atau perbedaan dalam BAST, pastikan untuk menindaklanjuti dengan segera dan mencari solusi yang tepat untuk menyelesaikan permasalahan tersebut;
6) Evaluasi penggunaan BAST: Lakukan evaluasi terhadap penggunaan BAST secara berkala untuk memastikan bahwa dokumen tersebut masih relevan dan efektif untuk kebutuhan logistik perusahaan.

Dengan melakukan evaluasi BAST logistik pascakrisis dapat memastikan bahwa pengiriman barang/bantuan berjalan lancar dan sesuai dengan standar yang ditetapkan, sehingga dapat meningkatkan kinerja pendistribusian logistik secara keseluruhan.

D. PENGELOLAAN ADMINISTRASI LOGISTIK KESEHATAN

Pengelolaan administrasi logistik kesehatan merupakan upaya penataan administrasi logistik kesehatan agar dapat berjalan secara efektif, efisien, dan akuntabel. Kegiatan dalam manajemen administrasi terdiri atas pencatatan barang masuk dan keluar.

1. Pencatatan Barang Masuk
   a. Logistik kesehatan yang diterima harus disertai dengan dokumen lengkap, berupa:
      1) Surat Penawaran Bantuan (Declaration Gift Letter);
         Surat Persetujuan Penerimaan Bantuan (Acceptance Letter);
      2) Surat Jalan, dan Packing List;
      3) Faktur (Invoice) yang mencantumkan harga barang untuk logistik kesehatan yang bersumber dari pengadaan barang/APBN.
   b. Setelah dokumen dinyatakan lengkap, dilakukan pemeriksaan kesesuaian jumlah dan kondisi barang. Barang yang terima akan dibuatkan Berita Acara Serah Terima (BAST).
   c. Logistik kesehatan yang diterima diinput dalam sistem pencatatan dan kartu stok, kemudian logistik kesehatan disimpan di gudang.
   d. Logistik kesehatan disimpan sesuai dengan SOP penyimpanan.

jdih.kemkes.go.id

e. Untuk logistik kesehatan tertentu yang memerlukan pengecekan dan uji fungsi, dapat berkoordinasi dengan Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK), atau pihak lain yang berkompeten.
f. Biaya pengujian akan ditanggung oleh donatur.

2. Pencatatan Barang Keluar
   a. Dasar distribusi logistik kesehatan berdasarkan Surat Permohonan dan Kaji Kebutuhan.
   b. Setelah Surat Permohonan dan Kaji Kebutuhan disetujui pimpinan maka akan ditindaklanjuti oleh bagian distribusi.
   c. Sebelum barang didistribusikan, bagian distribusi melakukan:
      1) Pengecekan kembali kondisi, jenis, dan jumlah logistik kesehatan.
      2) Melakukan pencatatan keluar ke dalam sistem pencatatan.
      3) Memastikan alat transportasi yang digunakan oleh pihak distributor sesuai dengan jenis logistik kesehatan yang akan didistribusikan.
   d. Pihak distributor diwajibkan membawa kembali Surat Tanda Penerimaan Logistik yang telah ditandatangani oleh pihak penerima barang yang akan dijadikan dasar pembuatan BAST.
   e. Dokumen
      1. Contoh Surat Bukti Barang Keluar (SBBK) dan Tanda Terima


KOP SURAT INSTANSI

SURAT BUKTI BARANG KELUAR (SBBK)

Gambar 4.7 Contoh Surat Bukti Barang Keluar (SBBK) dan Tanda Terima

2. Contoh Surat Tanda Penerimaan Barang



KOP SURAT INSTANSI

BUKTI PENERIMAAN LOGISTIK KESEHATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini
Nama :
NIP/NRP/ID :
Instansi / Kantor :
Alamat Kantor :
Nomor HP :

Dengan ini menyatakan telah menerima barang/logistik kesehatan dibawah ini dalam kondisi baik dan lengkap dengan perincian dibawah ini:

No	Nama Barang	Merk/Type	Jumlah Barang		Harga Satuan	Harga Total
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Demikian bukti penerimaan logistik kesehatan ini dibuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Lokasi, Tanggal Penerimaan

Mengetahui : Yang Menyerahkan : Yang Menerima :

(Bukti Penerimaan Logistik Kesehatan ini adalah untuk Serah Terima barang dan sebagaimana akan di proses BAST Aslinya)

Gambar 4.8 Contoh Surat Tanda Penerimaan Barang

3. Contoh Berita Acara Serah Terima (BAST) Logistik



KOP SURAT INSTANSI

BERITA ACARA SERAH TERIMA
BANTUAN NAMA INSTANSI
UNTUK NAMA PENERIMA
No : Nomor bastnya

Pada hari ini [hari penerimaan barang] tanggal [dua belas penerimaan barang] bulan [dua belas penerimaan barang] tahun [dua tahun penerimaan barang] kami yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama :
NIP :
Jabatan :
Alamat :

Bertindak untuk dan atas nama Dinas Kabupaten Pangandaran, selanjutnya disebut Pihak Pertama.

2. Nama :
NIP :
Jabatan :
Alamat :

Bertindak untuk dan atas nama Dinas Kabupaten Pangandaran, selanjutnya disebut Pihak Kedua.

Pasal 1

Untuk mendukung kegiatan Nama kegiatan Dalamnya dalam penanganan Krisis Kesehatan dan Pandemi COVID-19 maka Pihak Pertama menyerahkan bantuan kepada Pihak Kedua dengan nilai seluruhnya sebesar Rp. 000.000.000,- (..... rupiah).

Pasal 2

Pihak Kedua menerima bantuan sebagaimana tersebut pada pasal 1 dari Pihak Pertama dalam keadaan baik.

Pasal 3

Pihak Kedua bertanggung jawab dan mempergunakan bantuan tersebut ke dalam daftar inventaris (Pihak Kantor/Barang Milik Negara) dan untuk operasional selanjutnya menjadi tanggung jawab Pihak Kedua.

KOP SURAT INSTANSI

Pasal 4

Pihak pertama menyerahkan BMN kepada pihak kedua sesuai dengan pasal 1 berupa :

No	Nomor Barang	Nama Barang	Jumlah		Nilai Satuan Perolehan (Rp)	Total Nilai Perolehan (Rp)
1						
2						
3						
4						
5						
TOTAL						

Demikian Berita Acara ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pihak Pertama Pihak Kedua

Nama Jelas Pihak Pertama
NIP

Nama Jelas Pihak Kedua
NIP

Gambar 4.9 Contoh Berita Acara Serah Terima (BAST) Logistik

E. PENGORGANISASIAN PENGELOLAAN LOGISTIK

Prinsip dasar dari pengelolaan logistik kesehatan pada situasi krisis kesehatan adalah cepat, tepat dan sesuai kebutuhan. Oleh karena itu dengan banyaknya institusi yang terlibat perlu dilakukan koordinasi dan pembagian tugas dan tanggung jawab. Hal ini diperlukan agar tidak terjadi

tumpang tindih penanggung jawab pada setiap tahapan bencana. Fungsi pengorganisasian pengelolaan logistik yaitu:

1. Memberikan kejelasan dan ketepatan dalam pembagian aktivitas pada unit-unit kerja maupun kepada para pegawai dalam suatu organisasi untuk melaksanakan pengelolaan logistik
2. Memberikan pedoman kerja bagi unit kerja maupun bagi personil di setiap unit kerja dalam menjalankan pengelolaan logistik
3. Menyediakan piranti pengawasan maupun penilaian kinerja pegawai dalam melaksanakan kegiatan pengelolaan logistik
4. Menyediakan instrumen pengendalian logistik

Berdasarkan fungsi pengorganisasian maka kegiatan pengorganisasian secara operasional berkaitan langsung dengan kegiatan pembagian kerja, yang dapat dihubungkan dengan satuan organisasi dan pejabat.

Tim logistik Kesehatan bertugas menyelenggarakan perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, dan penyerahan logistik kesehatan untuk memenuhi kebutuhan logistik kesehatan dalam penanggulangan Krisis Kesehatan.

Pola penyelenggaraan Logistik dan Peralatan berdasarkan kegiatan pemetaan kapasitas sumber daya. Pola penyelenggaraan Logistik dan Peralatan mulai dari:

1. tingkat nasional meliputi kementerian/lembaga, dunia usaha, dan masyarakat;
   tingkat daerah provinsi meliputi organisasi perangkat daerah, dunia usaha, dan masyarakat;
2. tingkat daerah kabupaten/kota meliputi organisasi perangkat daerah, dunia usaha, dan masyarakat. Pola penyelenggaraan sebagaimana dimaksud melalui pola kerja sama di bidang sistem manajemen, komando, koordinasi, pelaksana, perencanaan, administrasi dan keuangan, komunikasi dan transportasi.

Tim Logistik Kesehatan mempunyai kegiatan sebagai berikut:

1. Menyusun perencanaan;
2. Melaksanakan pemenuhan kebutuhan logistik;
3. Mengelola logistik kesehatan meliputi aktivitas penerimaan, mencatat, menyimpan, mendistribusikan, melakukan pemeliharaan, mengamankan, dan pemusnahan/ penghapusan logistik kesehatan;
4. Menjalankan administrasi logistik kesehatan sesuai prosedur.

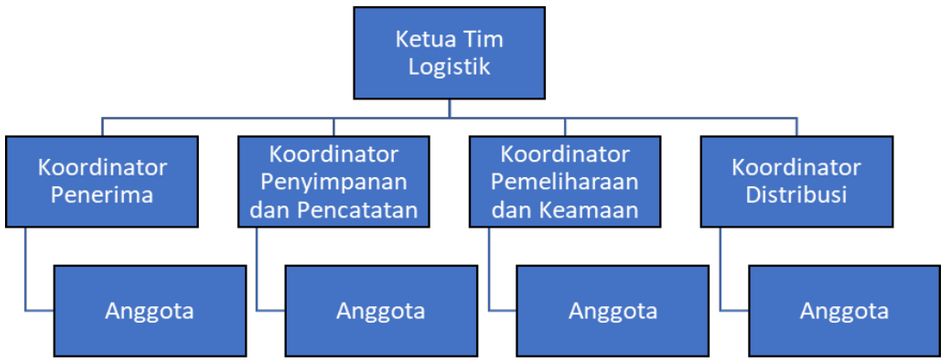
Pengorganisasian Logistik Kesehatan merupakan suatu struktur pembagian tugas yang mendeskripsikan berbagai komponen yang menyusun tim. Komponen tersebut berisikan setiap individu yang memiliki

jdih.kemkes.go.id

posisi dan perannya masing-masing. Pengorganisasian Tim Logistik Kesehatan memuat paling tidak sebagai berikut:

a. Struktur Organisasi

Organisasi Logistik Kesehatan terdiri dari:



Gambar 4.10 Struktur Organisasi Logistik Kesehatan

Masing-masing peran memiliki tugas dan tanggungjawab sebagai berikut:

1) Ketua Tim Logistik yang memiliki tugas dan tanggungjawab:
   a) Berkoordinasi dengan pihak terkait dalam rangka pemenuhan kebutuhan logistik kesehatan untuk penanggulangan krisis kesehatan;
   b) Melaksanakan pembagian peran kepada masing-masing koordinator;
   c) Menyusun perencanaan kebutuhan logistik kesehatan, target kerja, petunjuk teknis, dan evaluasi pengelolaan logistik kesehatan;
   d) Memberikan pengarahan teknis kepada para coordinator;
   e) Memberikan petunjuk, bimbingan, dan saran kepada pendamping lapangan atas pelaksanaan pekerjaan yang sedang berjalan;
   f) Menyediakan instrumen dan fasilitas untuk pengelolaan logistik;
   g) Menelaah laporan dari masing-masing koordinator;
   h) Mengkoordinasikan proses penghapusan logistik kesehatan;
   i) Bertanggungjawab atas seluruh pengelolaan logistik kesehatan;
   j) Melakukan evaluasi terhadap laporan dan hasil kerja yang telah dilakukan.
2) Koordinator Penerimaan memiliki tugas dan tanggungjawab:
   a) Berkoordinasi dengan pihak terkait lainnya untuk penerimaan logistik kesehatan;

jdih.kemkes.go.id

b) Berkoordinasi untuk transportasi dan/atau akses penerimaan logistik kesehatan;
c) Mengkoordinasikan proses bongkar muat logistik kesehatan;
d) Memeriksa kesesuaian kualitas dan kuantitas logistik yang diterima;
e) Membuat dokumen pencatatan logistik, masuk barang, dan Berita Acara Serah Terima (BAST);
f) Membuat laporan kepada ketua Tim Logistik.

3) Koordinator Penyimpanan dan Pencatatan memiliki tugas dan tanggungjawab:
a) Berkoordinasi dengan Koordinator Penerimaan dan Koordinator Distribusi;
b) Menyediakan fasilitas dan sarana yang dibutuhkan untuk penyimpanan dan pencatatan logistik kesehatan;
c) Bertanggungjawab atas penataan dan pengelolaan gudang penyimpanan logistik kesehatan;
d) Berkoordinasi dengan koordinator Pemeliharaan dan Keamanan terkait penyimpanan logistik kesehatan;
e) Membuat dokumen pencatatan logistik kesehatan (kartu stok);
f) Menyiapkan kegiatan untuk melakukan *stock opname* fisik secara periodik dengan seluruh koordinator;
g) Bertanggungjawab dalam pencatatan logistik kesehatan;
h) Membuat laporan kepada ketua Tim Logistik.

4) Koordinator Pemeliharaan dan Keamanan memiliki tugas dan tanggungjawab:
a) Berkoordinasi dengan pihak internal dan pihak eksternal terkait pemeliharaan logistik kesehatan;
b) Berkoordinasi dengan koordinator Penyimpanan dan Pencatatan terkait pemeliharaan dan keamanan logistik kesehatan;
c) Melakukan identifikasi logistik kesehatan apa saja yang memerlukan pemeliharaan;
d) Menyediakan fasilitas dan/atau akses pemeliharaan dan keamanan logistik kesehatan;
e) Bertanggungjawab atas kerusakan dan keamanan logistik kesehatan selama di gudang penyimpanan;
f) Membuat laporan kepada ketua Tim Logistik.

5) Koordinator Distribusi memiliki tugas dan tanggungjawab:
a) Berkoordinasi dengan pihak penerima terkait distribusi logistik kesehatan;

jdih.kemkes.go.id

b) Berkoordinasi dengan Koordinator Penyimpanan untuk proses penyiapan distribusi logistik kesehatan;
c) Berkoordinasi dengan pihak penerima untuk pengiriman logistik kesehatan;
d) Menyiapkan dokumen administrasi distribusi yang diperlukan;
e) Mengkoordinasikan proses bongkar muat distribusi;
f) Membuat laporan kepada ketua Tim Logistik.

b. Pelaksanaan Pengorganisasian

Pelaksanaan Pengorganisasian Logistik Kesehatan dilakukan melalui beberapa kegiatan yaitu pengarahan, bimbingan, dan koordinasi yang dilaksanakan dalam sebuah forum rapat. Rapat merupakan media pengintegrasian tujuan dan kegiatan pada Tim Logistik Kesehatan. Rapat tersebut terdiri atas tiga bagian yaitu:

1. Rapat koordinasi rutin

   Rapat koordinasi rutin dilakukan untuk membahas tugas dan laporan dari masing-masing koordinator. Rapat dihadiri para koordinator dan anggota untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan logistik kesehatan. Rapat dilaksanakan secara periodik. Hasil dari rapat rutin ini menjadi salah satu bahan monitoring dan evaluasi.

2. Monitoring dan Evaluasi Pengelolaan Logistik Kesehatan

   Monitoring merupakan kegiatan untuk memantau perkembangan pelaksanaan pengelolaan logistik, mengidentifikasi, serta mengantisipasi permasalahan yang mungkin timbul. Sehingga dapat dimitigasi dan diantisipasi dengan tindakan sedini mungkin. Monitoring dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan dasar saat krisis kesehatan. Hasil Monitoring ini akan menjadi salah satu bahan saat evaluasi.

jdih.kemkes.go.id

BAB V
STANDAR PELAYANAN MINIMAL KLASTER KESEHATAN
SAAT DARURAT KRISIS KESEHATAN

Standar Pelayanan Minimal Klaster Kesehatan merupakan jenis dan mutu pelayanan dasar yang berhak diperoleh setiap penduduk secara minimal dalam kondisi darurat kesehatan. Pada klaster kesehatan terbagi menjadi beberapa subklaster kesehatan, sebagai berikut.

A. SUBKLASTER PELAYANAN KESEHATAN

Pada saat terjadi bencana umumnya petugas kesehatan melakukan evakuasi korban bencana ke fasilitas kesehatan, tetapi kerap kali kita melihat terjadi konsentrasi korban dengan berbagai tingkat kegawatdaruratan di dalam satu fasilitas kesehatan sehingga terdapat kesan memindahkan bencana ke fasilitas kesehatan. Hal ini tentunya mengakibatkan pelayanan terhadap korban menjadi tidak optimal dan mengganggu pelayanan yang ada di fasilitas kesehatan tersebut.

Sudah saatnya setiap tenaga kesehatan memahami sistem evakuasi dan geomedik *mapping* daerah setempat sehingga setiap korban dapat dievakuasi ke fasilitas kesehatan sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya. Dengan demikian korban dengan tingkat kegawatdaruratan rendah/tidak dalam kondisi gawat darurat (label kuning dan hijau) cukup dievakuasi ke fasilitas kesehatan tingkat I/II (Puskesmas/RS Lapangan/RS tipe C). Kriteria kegawatdaruratan meliputi:

1. Mengancam nyawa, membahayakan diri, dan orang lain/lingkungan.
2. Adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi.
3. Adanya penurunan kesadaran
4. Adanya gangguan hemodinamik
5. Memerlukan tindakan segera.

Pelayanan kegawatdaruratan meliputi penanganan kegawatdaruratan:

1. Prafasilitas pelayanan kesehatan.
2. Intrafasilitas pelayanan kesehatan.
3. Antarfasilitas pelayanan kesehatan.
4. Dekontaminasi pada situasi kedaruratan biologi, kimia, dan nuklir.

jdih.kemkes.go.id

I. Penanganan Prafasilitas Pelayanan Kesehatan

Penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan merupakan tindakan pertolongan terhadap pasien yang cepat dan tepat di tempat kejadian sebelum mendapatkan tindakan di fasilitas pelayanan kesehatan. Tindakan pertolongan terhadap pasien dilakukan di tempat kejadian atau pada saat evakuasi medik.

Penanganan kegawatdaruratan prafasilitas ini turut berperan penting dalam menentukan keselamatan jiwa maupun menurunkan risiko kecacatan pada pasien. Tindakan penanganan pasien trauma atau nontrauma dilakukan segera mungkin.

Pelayanan kegawatdaruratan prafasilitas pada kondisi bencana menggunakan prinsip penanganan korban massal. Pada konteks kebencanaan, pelayanan kegawatdaruratan prafasilitas kesehatan berkoordinasi dengan komando lapangan, komando pencarian dan pertolongan korban (BASARNAS), serta pemangku kepentingan baik dari pemerintah, maupun non-pemerintah. Apabila *Health Emergency Operation Centre* (HEOC) telah diaktivasi, petugas kesehatan yang ikut terlibat dalam upaya penanganan kesehatan prafasilitas kesehatan wajib melaporkan dan meregistrasi tim. Keberhasilan dari penanganan kegawatdaruratan prafasilitas kesehatan ditentukan dari kesiapan dan koordinasi berkelanjutan multi pihak yang dilakukan pada masa prabencana.

Petugas kesehatan yang membantu penanganan kegawatdaruratan prafasilitas kesehatan harus mengutamakan prinsip 3A yakni aman penolong, aman lingkungan, dan aman pasien. Pengaturan alur kerja penanganan korban penting dilakukan untuk menghindari *secondary disaster* atau bencana kedua yang dapat terjadi pada penolong, atau memindahkan bencana dari lokasi kejadian ke fasilitas kesehatan.

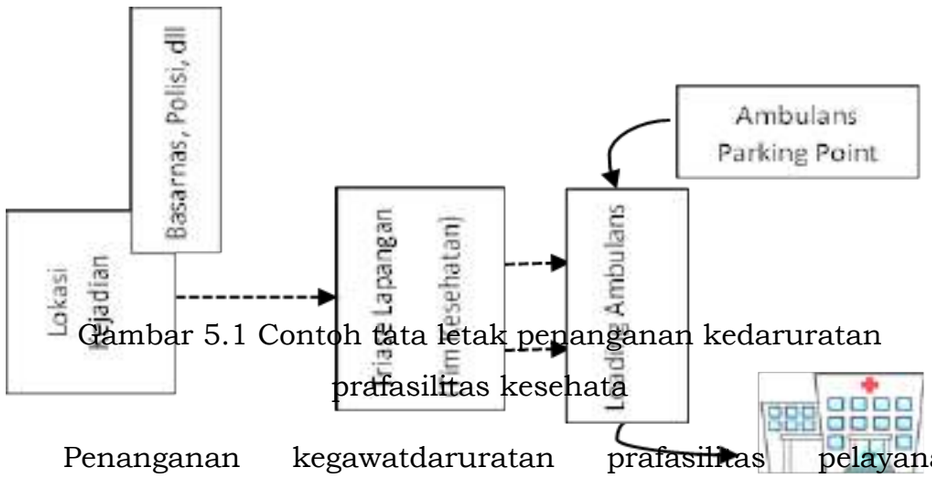
Petugas penanganan kegawatdaruratan prafasilitas kesehatan perlu memahami dan memiliki pengetahuan manajemen lokasi kejadian. Umumnya penanganan kegawatdaruratan dilakukan di lokasi yang telah ditentukan petugas kaji cepat atau petugas keamanan. Adapun aspek keamanan perlu diperhatikan adalah:

a. Identifikasi risiko yang mungkin terjadi di lokasi kejadian, pertimbangkan ancaman *(hazards)*, kondisi cuaca, arah angin.
b. Menggunakan alat pelindung diri.
c. Lakukan evaluasi risiko keamanan secara berkala.

jdih.kemkes.go.id

Pengorganisasian layanan kegawatdaruratan prafasilitas kesehatan sekurang-kurangnya memiliki koordinator triase dan koordinator ambulans. Adapun tugas dari koordinator triase adalah berkoordinasi dengan koordinator lapangan, memastikan korban mendapatkan pertolongan pertama berdasarkan prioritas, serta berkoordinasi dengan koordinator ambulans untuk proses evakuasi ke fasilitas kesehatan. Selanjutnya tugas koordinator ambulans adalah mengelola sarana

transportasi evakuasi medik, memastikan alur masuk dan keluar transportasi evakuasi medik agar mudah di akses dan aman.



Gambar 5.1 Contoh tata letak penanganan kedaruratan prafasilitas kesehata

Penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan meliputi triase, resusitasi, stabilisasi awal, dan evakuasi. Penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan dan dapat melibatkan masyarakat awam khusus. Selain pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan, dibutuhkan pelayanan ambulans dan sistem komunikasi sebelum dibawa ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Komunikasi selama layanan kegawatdaruratan prafasilitas kesehatan esensial untuk dilakukan, hal ini bertujuan untuk memudahkan koordinasi dan mengantisipasi keterlambatan layanan atau layanan yang berlebihan sehingga menimbulkan kekacauan *(chaos)* di lokasi kejadian. Komunikasi dan koordinasi dibangun sebelum bencana terjadi. Komunikasi dan koordinasi bertujuan untuk memastikan rantai pelayanan dapat berkelanjutan sampai dengan ke fasilitas kesehatan selanjutnya. Petugas dapat dilengkapi dengan alat komunikasi, baik radio komunikasi, telepon selular, dan saran komunikasi lain.

II. Pelayanan Kegawatdaruratan di tempat kejadian

Tindakan yang dapat dilakukan dalam penanganan kedaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan antara lain:

a. Masyarakat awam:

1. Menyingkirkan benda-benda yang dapat menimbulkan risiko bertambahnya pasien.
2. Meminta pertolongan kepada orang sekitar, aparat dan petugas keamanan.
3. Menghubungi call center *Public Safety Center* (PSC) 119 atau nomor kegawatdaruratan lain jika belum tersedia PSC 119.
4. Melakukan pertolongan yang dapat dilakukan dengan panduan PSC 119/petugas.

b. Tenaga kesehatan dari *Emergency Medical Team* (EMT), PSC 119 ataupun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan:

1. Triase

   Memilah kondisi pasien agar mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment*). Protokol triase menggunakan konsep *Mass Casualty Management Triage Model* yang sifatnya tidak statis dan harus direvisi dari waktu ke waktu.

   a) Triase pertama, atau lebih dikenal dengan triase lapangan biasanya dilakukan oleh pelaku pertolongan pertama yang terlatih dan/atau awam khusus di lokasi korban berada, menggunakan sistem triase akut dan non akut. Korban akut adalah korban dalam kondisi gawat darurat sehingga diprioritaskan untuk segera mendapatkan tindakan medis untuk menyelamatkan nyawa. Korban non akut adalah korban yang tidak dalam kondisi gawat darurat dan korban meninggal. Korban akut harus segera di bawa ke *medical station* atau pos kesehatan lapangan.
   b) Triase kedua harus dilakukan oleh tenaga medis atau orang yang lebih berpengalaman dan menggunakan sistem pengkodean triase empat warna yaitu merah, kuning, hijau dan hitam. Triase ini dilakukan di *medical station* atau pos kesehatan lapangan untuk prioritas tindakan medis.
   c) Triase ketiga dilakukan untuk evakuasi korban dari *medical station*s atau pos kesehatan lapangan ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lebih lanjut.

      Pengkajian umum pada saat triase:

jdih.kemkes.go.id

1) Mengkaji isu keamanan dan perlindungan diri, tim tanggap bencana, dan para korban di setiap pelaksanaan fase respon bencana.
2) Mengidentifikasi kemungkinan berbagai indikator dari pemaparan massal terhadap bencana.
3) Menjelaskan tanda-tanda umum dan gejala akibat dari paparan bahan kimia yang seperti biologi, radiologi, nuklir, dan eksplosif agen.
4) Mengidentifikasi kelompok rentan/kelompok khusus yang peka terhadap paparan zat/kondisi *mass casualty incident*, seperti ibu hamil, lansia dan anak-anak.

Pengkajian spesifik saat triase:

1) Fokus pada riwayat kesehatan
2) Melakukan pengkajian kesehatan dan jalan nafas, kardiovaskular, *system integument* (luka terbuka, luka bakar, kemerahan), nyeri, kecelakaan dari kepala sampai kaki, gastrointestinal, neurologi, musculoskeletal, mental status dan spiritual emosional.
3) Mengkaji respon psikologis awal (jangka pendek) pada individu, keluarga dan masyarakat.
4) Mengkaji respon psikologis awal (jangka panjang) pada individu, keluarga dan masyarakat.
5) Mengidentifikasi sumber daya yang tersedia.

Pendekatan tahapan sistem triase tersebut diatas dapat dikecualikan dengan memperhatikan situasi dan kondisi di lapangan.

2. Stabilisasi/Resusitasi

Resusitasi diperuntukkan bagi pasien yang mengalami henti jantung ataupun yang mengalami krisis tanda vital (jalan napas, pernapasan, sirkulasi, kejang).

3. Evakuasi Medik

Evakuasi medik merupakan upaya memindahkan pasien dari lokasi kejadian ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dibutuhkan oleh pasien dengan menggunakan ambulans transportasi atau ambulans gawat darurat disertai dengan upaya menjaga resusitasi dan stabilisasi. Apabila tidak terdapat ambulans transportasi atau ambulans gawat darurat, evakuasi medik dapat dilakukan dengan menggunakan alat transportasi lain di sekitar lokasi kejadian

jdih.kemkes.go.id

dengan tetap melakukan upaya menjaga resusitasi dan stabilisasi. Ambulans gawat darurat harus memenuhi persyaratan sesuai dengan standar, yang meliputi persyaratan kelayakan jalan kendaraan, kelengkapan peralatan medis, kelengkapan peralatan non medis, dan ketenagaan yang meliputi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan.

Evakuasi korban pada saat bencana dilakukan berdasarkan tingkat kegawatdaruratan korban dan ketersediaan sarana serta SDM, misalnya pada suatu bencana dengan korban yang banyak maka setelah dilakukan triase:

a. Label merah: RS tipe A/B
b. Label kuning: RS tipe B/C
c. Label hijau: Puskesmas/RS Lapangan.
d. Label Hitam: korban meninggal
    1) Perlu diidentifikasi/belum diidentifikasi
    2) Teridentifikasi.

Pada keadaan bencana, kegiatan pelayanan kegawatdaruratan sehari-hari tetap berlangsung, termasuk pelayanan dasar yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan. Disaat ada kejadian bencana, Pelayanan PSC 119 atau pelayanan kegawatdaruratan lain dapat bereskalasi menjadi pelayanan kegawatdaruratan saat bencana.

III. Pelayanan Intrafasilitas Pelayanan Kesehatan

Penanganan intrafasilitas pelayanan kesehatan merupakan pelayanan gawat darurat yang diberikan kepada pasien di dalam fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan gawat darurat, melalui suatu sistem dengan pendekatan multidisiplin dan multiprofesi.

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan dan antarfasilitas pelayanan Kesehatan. fasilitas pelayanan kesehatan meliputi puskesmas, klinik, tempat praktik mandiri dokter, tempat praktik mandiri dokter gigi, tempat praktik mandiri tenaga kesehatan lain dan rumah sakit.

Pelayanan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan dilakukan di:

jdih.kemkes.go.id

a. ruang pelayanan gawat darurat atau ruang tindakan untuk puskesmas, klinik, dan tempat praktik mandiri dokter, dokter gigi, serta tenaga Kesehatan.
b. Instalasi Gawat Darurat (IGD) untuk rumah sakit.
c. Ruangan lain.

Tempat pelayanan kegawatdaruratan tersebut berperan sebagai gerbang utama jalan masuknya pasien. Kemampuan suatu fasilitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan dalam hal kualitas dan kesiapan sebagai tempat pelayanan maupun sebagai pusat rujukan penderita dari prafasilitas pelayanan kesehatan tercermin dari kemampuan tempat pelayanan kegawatdaruratan. Pasien dari tempat pelayanan kegawatdaruratan tersebut dapat dikirim ke ruang lain, misalnya ke ruang rawat inap di puskesmas atau klinik, unit perawatan intensif, ruang bedah sentral, ataupun ruang perawatan di rumah sakit, untuk mendapatkan penanganan selanjutnya. Jika dibutuhkan, penderita dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain (penanganan kegawatdaruratan antarfasilitas pelayanan kesehatan).

Penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan dikategorikan berdasarkan atas kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat bahan medis habis pakai dan alat kesehatan.

Keberhasilan penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan. Bisa diilustrasikan dengan pasien yang terus mengalami perdarahan dan tidak dihentikan selama periode prafasilitas pelayanan kesehatan, maka akan sampai ke fasilitas pelayanan kesehatan dalam kondisi gagal ginjal. Begitu cedera terjadi maka berlakulah apa yang disebut waktu emas *(the golden periode).* Satu jam pertama juga sangat menentukan sehingga dikenal istilah *the golden hour.* Setiap detik sangat berharga bagi kelangsungan hidup penderita. Semakin panjang waktu terbuang tanpa bantuan pertolongan yang memadai, semakin kecil harapan hidup pasien.

IV. Pelayanan Antarfasilitas Pelayanan Kesehatan

Penanganan antarfasilitas pelayanan merupakan tindakan rujukan terhadap korban/pasien gawat darurat dari suatu fasilitas pelayanan kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan lain yang lebih mampu.

jdih.kemkes.go.id

Sebelum pasien dirujuk, terlebih dahulu dilakukan koordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju mengenai kondisi pasien, serta tindakan medis yang diperlukan oleh pasien. Proses pengiriman pasien dilakukan bila kondisi pasien stabil, menggunakan ambulans gawat darurat atau ambulans transportasi yang dilengkapi dengan penunjang resusitasi, didampingi oleh tenaga kesehatan terlatih untuk melakukan tindakan resusitasi dan membawa surat rujukan.

V. Dekontaminasi pada Situasi Kedaruratan Biologi, Kimia dan Nuklir

Dekontaminasi seharusnya telah dilakukan di lokasi kejadian sebelum dibawa ke RS terdekat (*gross decontamination*). *Gross decontamination* secara tradisional dapat dilakukan melalui semprotan air mobil dari pemadam kebakaran.

Dekontaminasi adalah proses untuk membuang atau mengurangi kontaminan berbahaya dari korban dan lingkungan sekitarnya. Tujuannya untuk mencegah berlanjutnya kerusakan jaringan tubuh, agar segera terjadi penyembuhan dan mencegah orang lain/penolong/orang sekitarnya ikut mengalami cedera akibat kontaminasi bahan berbahaya. Dekontaminasi idealnya dilakukan dua kali, yaitu: Pertama dilakukan di lapangan (*gross/*primer dekontaminasi) dan kedua di rumah sakit (sekunder dekontaminasi) sebelum pasien masuk IGD.

Dekontaminasi dilakukan di tempat yang telah dipersiapkan, terpisah dan sebaiknya tertutup, tersedia air mengalir dan sebaiknya dekat dengan lokasi IGD. Pada saat dekontaminasi bila diperlukan pertolongan segera karena ancaman kematian, harus segera dilakukan, misalnya perlu intubasi. Prosedur penanganan dekontaminasi:

a. Buka seluruh pakaian korban (mengurangi 70-80% kontaminan).
b. Cuci dari ujung kepala sampai ujung kaki dalam 1 menit dengan 6 galon air (25 liter air/4-5 ember air) dan diperlukan area 66 cm^2 per orang.
c. Lakukan dengan cepat pencucian/penyiraman seluruh tubuh korban.
d. Gunakan cairan pembersih untuk seluruh tubuh. Cairan 0,5% Sodium Hypochlorite efektif untuk kontaminan biologi atau kimia. Untuk kontaminan biologi perlu waktu 10 menit (hal ini sulit dilakukan pada korban massal).

jdih.kemkes.go.id

e. Bersihkan kembali dengan air dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*).
f. Yakinkan korban sudah dicuci dengan bersih, bila perlu periksa dan bersihkan Kembali dengan air dari ujung kepala sampai ujung kaki.
g. Keringkan tubuh pasien dan ganti/berikan pakaian kering dan bersih.

Hal khusus yang harus diperhatikan pada saat dilakukan tindakan dekontaminasi:

a. Memperhatikan cuaca (suhu udara dan lain-lain) karena untuk dekontaminasi pakaian korban dibuka. Pertimbangkan banyaknya air dan suhu air yang akan digunakan, jangan menggunakan air hangat karena akan membuat vasodilatasi sehingga menyebabkan penyerapan zat kontaminan berbahaya lebih cepat.
b. Memperhatikan arah angin (terutama bahan kimia berbahaya berbentuk bubuk/*powder*), kemiringan lokasi (terutama pembuangan air limbah), material lantai/dasar, ketersediaan air, sumber listrik dan pencahayaan.
c. Memperhatikan aliran air bekas pencucian (lakukan modifikasi pada daerah-daerah yang tidak memiliki fasilitas khusus).
d. Memperbaiki aliran air bekas pencucian (lakukan modifikasi pada daerah-daerah yang tidak memiliki fasilitas khusus).
e. Memperhatikan alat proteksi diri bagi petugas pertolongan dan memiliki tempat pembuangan pakaian dan barang-barang terkontaminasi berupa plastik sampah yang cukup kuat.
f. Buat tulisan (rambu) dengan jelas arah jalan masuk dan jalan keluar.
g. Buat pembagian area dengan jelas untuk dekontaminasi, termasuk area triase, area dekontaminasi, yang dapat dilakukan oleh korban sendiri. Dapat digunakan botol penyemprot (*spray*) yang diisi dengan cairan *hypochlorite* 0,5%.
h. Kebutuhan alat/tabel untuk triase dan peralatan medis lain disediakan pada area dekontaminasi dan area bersih.
i. Perhatikan bagaimana melakukan proteksi cairan limbah, keamanan dan pengawasan pada akhir kegiatan dekontaminasi.

Prioritas kasus untuk dilakukan dekontaminasi:

a. Pasien yang terkontaminasi uap/gas/asap berbahaya (gangguan respirasi) dekontaminasi sulit penanganan harus cepat.

jdih.kemkes.go.id

b. Pasien yang kulit dan pakaiannya tercemar bahan kontaminan (cegah *absorbs*) harus dilakukan dekontaminasi.
c. Pasien dengan keluhan dan gejala klinis yang serius (frekuensi nafas cepat, pergerakan thorax tidak normal). Penanganan medik dapat dilakukan simultan (bersamaan) dengan tindakan dekontaminasi.
d. Pasien dengan trauma.

B. SUBKLASTER KESEHATAN REPRODUKSI

I. Penilaian Kebutuhan Khusus Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Darurat Krisis Kesehatan

a. Penilaian Kebutuhan Khusus Pelayanan Kesehatan Reproduksi
Penilaian yang lebih mendalam dan difokuskan pada pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi dapat dilakukan beberapa hari kemudian oleh tim penilai yang terdiri dari anggota sub klaster kesehatan reproduksi atau penanggung jawab masing-masing komponen. Berikut adalah langkah-langkah dalam melakukan penilaian kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi:

1. Mengumpulkan data sekunder/data dasar prakrisis: data sasaran, indikator penting terkait kesehatan reproduksi seperti angka kelahiran kasar, persalinan oleh tenaga kesehatan, data fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kondisi kesehatan reproduksi sebelum bencana terjadi. Data ini dapat diambil dari laporan RHA yang dilakukan oleh Pusat Krisis Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat.
2. Melakukan estimasi jumlah sasaran kesehatan reproduksi untuk respon bencana. Estimasi dilakukan dengan menggunakan data jumlah pengungsi yang didapat dari tim RHA. Estimasi sasaran juga dapat dilakukan dengan menggunakan aplikasi yang disebut sebagai “kalkulator PPAM”.
3. Melakukan penilaian kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan ketersediaan alat dan obat untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi.
   a) Kondisi fasilitas kesehatan, termasuk kondisi Puskesmas PONED dan RS PONEK: kondisi bangunan apakah masih bisa dipergunakan atau tidak; perlu tidaknya didirikan tenda pelayanan kesehatan reproduksi.

jdih.kemkes.go.id

b) Kondisi tenaga kesehatan: apakah tenaga kesehatan terdampak bencana, kondisi fisik dan mental dari tenaga kesehatan. Perlu tidaknya bantuan tenaga dari luar (prioritas dari kabupaten/provinsi sekitar yang sudah siap membantu), perlu tidaknya dukungan psikososial bagi tenaga kesehatan yang terdampak.

c) Ketersediaan alat, obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan reproduksi.

d) Sistem rujukan khususnya untuk kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal: kondisi jalan, ketersediaan transportasi, waktu tempuh ke tempat rujukan, faktor keamanan, dan lain-lain.

4. Jika bencana berskala besar, mendata lembaga/organisasi/ Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bekerja di subklaster kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan. Data ini dapat diperoleh melalui koordinasi dengan sektor kesehatan. Hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi dan membagi peran organisasi dan lembaga yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi di daerah yang terkena dampak bencana, agar tidak terjadi tumpang tindih dalam memberikan bantuan dan pelayanan. Adapun formulir yang harus dilengkapi dalam penilaian kondisi fasilitas kesehatan sebagai berikut:

Tabel 5.1 Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Wilayah Terdampak

Nama Fasyankes	**Tipe Fasyankes**	**Pemerintah/ Swasta**	**Tipe pelayanan PPAM Kesehatan Reproduksi (dicentang)**						**Keterangan**
			Persalinan normal	**PONED**	**PONEK**	**CMR***	**KB**	**IMS/HIV**	

Keterangan:

- Fasyankes: fasilitas pelayanan kesehatan
- CMR: Clinical Management of Rape/Manajemen Klinis Korban Perkosaan

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.2 Pemberi Pelayanan Kesehatan

Nama Fasyankes	**Jumlah pemberi pelayanan kesehatan**						**Keterangan**
	dr SpOG	dr SpA	dokter Umum	Bidan	Perawat	Lain-lain	

Tabel 5.3 Ketersediaan Fasilitas Transfusi Darah

Tipe pelayanan	**Tersedia di tempat**		**Fasyankes terdekat yang memberikan pelayanan tsb**		**Keterangan**
	Ya	**Tidak**	**Nama Fasyankes**	**Jarak (km)**	
Persalinan normal					
PONED					
PONEK					
Kontrasepsi/KB					
IMS/HIV					
Penanganan klinis kasus perkosaan					
Ketersediaan PPP					

5. Mengumpulkan data kondisi ibu hamil dan melahirkan di pengungsian dengan melakukan wawancara dengan 2-3 ibu hamil/melahirkan yang ditemui di tenda pengungsian. Data ini dikumpulkan untuk mengetahui tentang ketersediaan pelayanan bagi ibu hamil dan pasca persalinan di pengungsian. Bila memungkinkan, mengumpulkan data kondisi kelompok rentan lain seperti balita, lansia, penyandang disabilitas di pengungsian dengan melakukan observasi dan wawancara untuk mengidentifikasi kebutuhan khusus mereka. Adapun

jdih.kemkes.go.id

formulir yang harus dilengkapi pendataan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi saat bencana sebagai berikut:

Tabel 5.4 Pendataan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi saat bencana

Nama organisasi	**Program**	**Wilayah kerja**	**Nama dan Alamat yang Dapat Dihubungi**		**Keterangan**
			nama	email/telp	

6. Melakukan penilaian risiko terjadinya Kekerasan Berbasis Gender (KBG) di tempat pengungsian dengan melakukan observasi langsung dan melakukan wawancara dengan pengelola tempat pengungsian dan dengan perwakilan pengungsi. Adapun formulir penilaian Risiko Kekerasan Berbasis Gender (KBG) di lokasi pengungsian dapat dilihat diatas.

b. Pihak yang Melakukan Penilaian Khusus PPAM Kesehatan Reproduksi

Subklaster kesehatan reproduksi akan berpartisipasi pada penilaian kebutuhan berikut:

1. Penilaian kesehatan cepat/*Rapid Health Assessment* (RHA)

   Perwakilan dari anggota subklaster kesehatan reproduksi akan bergabung dengan tim RHA dari Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan. Sebaiknya memiliki latar belakang bidan, dokter atau dokter spesialis (Sp.OG) yang telah mendapat pelatihan PPAM sehingga dapat sekaligus memberikan pertolongan persalinan yang terjadi di saat proses penilaian berlangsung. Perwakilan subklaster kesehatan reproduksi yang menjadi anggota tim RHA akan dibekali dengan peralatan minimum untuk mengantisipasi bila ada ibu hamil di pengungsian yang akan melahirkan sewaktu-waktu di tengah proses penilaian. Jika subklaster kesehatan reproduksi belum terbentuk di daerah, maka pengelola program kesehatan

jdih.kemkes.go.id

reproduksi/kesehatan keluarga di Dinas Kesehatan akan menjadi anggota tim RHA.

2. Penilaian kebutuhan PPAM

   Jika subklaster kesehatan reproduksi sudah terbentuk, maka penilaian dilakukan oleh koordinator subklaster kesehatan reproduksi beserta penanggung jawab masing-masing komponen. Jika subklaster kesehatan reproduksi belum terbentuk maka pengelola program kesehatan reproduksi/kesehatan keluarga di dinas kesehatan yang akan melakukan penilaian bersama dengan lintas sektor terkait seperti IBI, BKKBN, Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DP3A), dan lain-lain.

c. Peralatan Minimum yang Harus dibawa

   Perwakilan subklaster kesehatan reproduksi yang menjadi anggota tim RHA akan dibekali dengan peralatan minimum untuk mengantisipasi bila ada ibu hamil di pengungsian yang akan melahirkan sewaktu-waktu di tengah proses penilaian. Peralatan minimum yang harus dibawa terdiri dari:

   1. Peralatan individu (*survival kit*) yang direkomendasikan bagi anggota tim sesuai kebutuhan, seperti:
      a) Tenda individual dan terpal untuk alas.
      b) Kantung tidur (*sleeping bag*).
      c) Kit P3K (*first aid kit)* dan obat-obat pribadi (bawa sendiri), kapur semut/serangga (bawa sendiri).
      d) Obat perlindungan diri: krim tabir surya (*sunblock*), lotion anti nyamuk (*mosquito repellent*) (tidak disediakan).
      e) Peralatan makan: piring, sendok, garpu, pisau berbahan stainless steel, pembuka botol/ kaleng.
      f) Kain lap (kanebo) multi fungsi 2 buah.
      g) Handuk yang bisa dikeringkan segera (*microfiber*).
      h) Peralatan penyaring air sederhana (apakah dalam bentuk aquatab/atau alat penyaring air).
      i) Botol air dan kantong penyimpan air (*water bladder*).
      j) Senter.
      k) Lampu darurat (*emergency/camping lamp*).
      l) Baterai yang dapat diisi ulang.
      m) *Solar power pad* (lempeng tenaga surya), kecil dan *portable*.
      n) Tas ransel besar untuk menyimpan semua peralatan.

jdih.kemkes.go.id

2. Alat pertolongan persalinan bisa berupa bidan kit atau partus set yang dilengkapi dengan obat-obatan dan bahan habis pakai untuk menolong persalinan sesuai kebutuhan.
3. Kit individu untuk ibu pasca melahirkan dan bayi baru lahir masing-masing sebanyak minimal 5 buah atau lebih bila memungkinkan untuk dibawa dalam penerbangan ke tempat bencana.

d. Cara Menganalisis, Menggunakan dan Mendesiminasikan Hasil Penilaian

1. Menganalisis

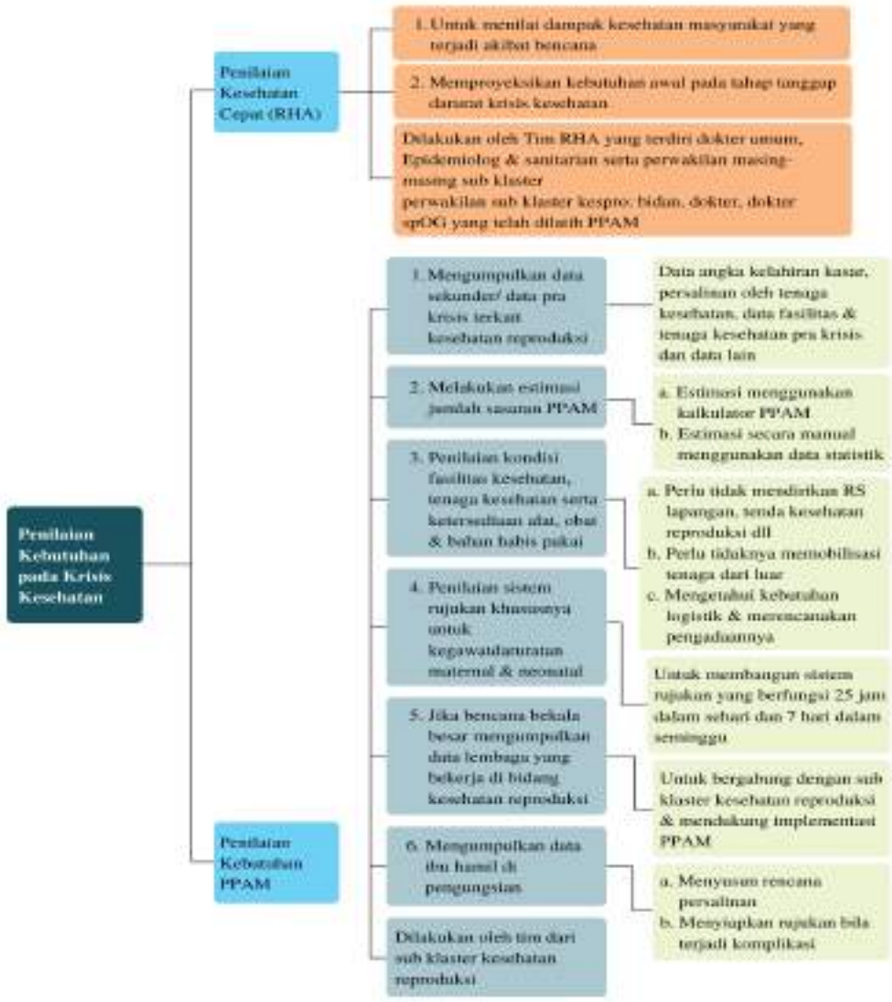
   Setelah mendapatkan lembar penilaian, koordinator atau anggota subklaster kesehatan reproduksi melakukan penilaian dengan menganalisa data prakrisis dan data yang didapatkan pada saat tanggap darurat seperti:

   a) Jumlah pengungsi yang didapat dari tim RHA, termasuk data pengungsi remaja, balita dan lanjut usia (bila tersedia).
   b) penilaian kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan ketersediaan alat dan obat untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi.
   c) mendata lembaga/organisasi/LSM yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan.
   d) data kondisi ibu hamil dan melahirkan di pengungsian.

2. Faktor-faktor yang meningkatkan risiko Kekerasan Berbasis Gender (KBG) dengan berkoordinasi dengan subklaster Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Berbasis Gender (PPKGB) dan Pemberdayaan Perempuan. Menggunakan dan mendiseminasikan hasil penilaian.

   Setelah melakukan analisa dapat disusun strategi dan rencana pelaksanaan PPAM di situasi krisis baik dalam bentuk penerapan PPAM serta dukungan logistik sesuai kebutuhan pengungsi di daerah tersebut. Hasil dari analisa dapat berisi rekomendasi mengenai bagaimana memastikan intervensi PPAM yang dimuat dalam bentuk laporan. Hasil rekomendasi diinformasikan kepada semua organisasi yang terlibat dalam respon bencana, termasuk masyarakat melalui mekanisme koordinasi kesehatan dan sistem pelaporan yang ada saat bencana.

jdih.kemkes.go.id



Gambar 5.2 Ringkasan Penilaian Kebutuhan

e. Perhitungan Estimasi Jumlah Sasaran dan Kebutuhan Logistik Kesehatan Reproduksi

1. Estimasi Statistik Secara Manual

Koordinator subklaster kesehatan reproduksi harus memiliki data sekunder yang diperoleh dari koordinator klaster kesehatan yang diambil dari posko BPBD di wilayah bencana tersebut, adapun data yg dikumpulkan sebagai berikut:

a) Informasi dasar (jumlah kelompok rentan)

Informasi dasar yang harus dikumpulkan meliputi data demografi dan kesehatan kelompok rentan yang terkena dampak. Jika pada awal tanggap darurat krisis kesehatan sulit mendapatkan data sasaran kesehatan reproduksi seperti jumlah Wanita Usia Subur (WUS), ibu hamil, pria yang aktif seksual dan lain sebagainya, maka data tersebut dapat diestimasi secara statistik dari jumlah pengungsi. Pada fase awal bencana, data populasi khusus (ibu hamil, ibu melahirkan, wanita usia subur, dan lain-lain) dapat dihitung dengan menggunakan estimasi sebagai berikut:

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.5 Estimasi Statistik secara Manual

No	Variabel	Rumus	Contoh	Catatan
1	Angka Kelahiran Kasar (Crude Birth Rate/ CBR)	Jumlah bayi yang lahir per 1000 penduduk dalam waktu 1 tahun	CBR 23/1000 Jumlah pengungsi 10,000	Bila tidak ada data CBR, bisa memakai estimasi sebesar 4% (biasanya terlalu besar untuk Indonesia) CBR 23/1000 (SDKI, 2012)
2	Wanita usia subur	27% dari jumlah penduduk/ pengungsi	27% x 10,000 = 2,700	Estimasi WUS berdasarkan proyeksi penduduk Indonesia Tahun 2010-2035 sebesar 26,8%
3	Estimasi jumlah ibu hamil			
A	Estimasi jumlah kelahiran hidup dalam 1 tahun	CBR x Jumlah pengungsi = (a)	23/1000 x 10,000 = 230	4/100 x 10,000 = 400 (jika tidak ada data CBR)
B	Estimasi jumlah kelahiran per bulan	(a): 12	230 : 12 = 19	400 : 12 = 33 (jika tidak ada data CBR)
C	Estimasi jumlah kehamilan yang berakhir dengan lahir mati atau keguguran (estimasi 20% dari kehamilan atau 25% dari kelahiran hidup)	(a)x 0.25	230 x 0,25 =58	400x 0.25 = 100 (jika tidak ada data CBR)
D	Estimasi jumlah kehamilan dalam 1 tahun	(a) + (c) = (d)	230 + 58 = 288	400 + 100 = 500 (jika tidak ada data CBR)

jdih.kemkes.go.id

No	Variabel	Rumus	Contoh	Catatan
E	Estimasi jumlah ibu hamil pada satu bulan tertentu (70% dari d)	70% x (d)	70% x 288 = 202	70% x 500 = 350 (jika tidak ada data CBR)

Selain target sasaran di atas, bila memungkinkan, kumpulkan data kelompok rentan:

1) Penyandang disabilitas.
2) Anak yang sendirian/terpisah dari keluarganya.
3) Perempuan sebagai kepala keluarga.
4) Lansia yang ketergantungan sedang dan berat tanpa keluarga atau terpisah dari keluarganya.

Kelompok rentan ini sebaiknya ditempatkan pada tenda khusus/tersendiri yang terletak dekat dengan tenda kesehatan reproduksi sehingga terlindungi, mudah dalam mengakses pelayanan dan dapat dipantau kondisinya secara berkala.

b) Hasil penilaian kebutuhan awal, dipergunakan untuk:
   1) Menilai kondisi fasilitas pelayanan kesehatan (fungsi dan kelayakan) termasuk untuk pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal.
   2) Menilai kondisi tenaga kesehatan di area terdampak (jumlah tenaga, kondisi dan jenis tenaga kesehatan yang ada).
   3) Menilai ketersediaan alat kesehatan, obat-obatan dan bahan habis pakai untuk menunjang pelayanan kesehatan reproduksi.
c) Penyusunan dan pelaksanaan rencana intervensi Setelah melakukan pengumpulan data sasaran kesehatan reproduksi dan penilaian kebutuhan awal, disusun rencana respon PPAM di situasi krisis kesehatan. Pelaksanaan rencana intervensi dilakukan sesuai dengan data dan hasil penilain serta kondisi di lapangan.

   Monitoring pelaksanaan intervensi masing–masing penanggung jawab komponen PPAM menyampaikan kegiatan yang telah dilakukan seperti kegiatan pada

jdih.kemkes.go.id

komponen maternal neonatal: pelayanan *mobile clinic*, pelayanan antenatal dan distribusi kit individu untuk ibu hamil (kit ibu hamil) dengan pascapersalinan (kit ibu pascapersalinan) dengan menggunakan formulir yang telah disepakati.

2. Kalkulator PPAM Kesehatan Reproduksi

   Estimasi dilakukan dengan menggunakan data jumlah pengungsi yang didapat dari tim RHA. Estimasi sasaran juga dapat dilakukan dengan menggunakan aplikasi yang disebut sebagai "kalkulator PPAM". Kalkulator PPAM dikembangkan di tingkat global untuk mempermudah mendapatkan beberapa data estimasi populasi target dengan menggunakan data jumlah pengungsi dan menggunakan presentasi statistik dari jumlah kelompok tertentu yang diperoleh dari data sensus, survei kependudukan dan kesehatan dan sumber lainnya. Data yang tersedia di kalkulator PPAM adalah di tingkat nasional, dan dapat digunakan pada tingkat yang lebih rendah bila datanya tersedia.

   Kalkulator PPAM adalah alat yang dapat membantu koordinator dan pengelola program untuk menentukan demografi penduduk yang terkena dampak. Adapun tujuan/manfaat dari PPAM Kesehatan Reproduksi sebagai berikut:

   a. Estimasi ini dapat digunakan untuk penggalangan dana dan memprioritaskan program pada keadaan krisis kesehatan.
   b. Memudahkan pengelola program dalam menyusun strategi dan program kerja pada saat tanggap darurat bencana agar sesuai dengan jumlah sasaran.

jdih.kemkes.go.id



Gambar 5.3 Aplikasi Kalkulator PPAM

Kalkulator PPAM (MISP calculator) dapat diakses di link berikut: **http://31.220.6.96:8080/** atau dapat diakses melalui *QR Code.* Data disajikan dalam bentuk grafik dan tabel. Kalkulator PPAM hanya membutuhkan jumlah populasi yang terdampak. Kalkulator akan bekerja secara otomatis dan secara sederhana menyediakan data bagi pengguna.

Hasil penghitungan dapat diunduh dan akan menghasilkan format excel yang dapat digunakan untuk pengembangan program. Jika pengelola program telah memiliki data yang spesifik, maka pengelola program dapat memasukan langsung data spesifik sehingga hasil penghitungan akan otomatis berubah dengan menyesuaikan perubahan dari data spesifik yang telah diperbaharui. Adapun cara penggunaan Kalkulator PPAM sebagai berikut:

a. Pilih provinsi, kabupaten dan kecamatan yang diinginkan.
b. Klik masukan jumlah penduduk terdampak.
c. Klik hitung maka akan otomatis terhitung data terperinci terkait kebutuhan program PPAM kesehatan reproduksi.
d. Jika jumlah penduduk terpapar akan mengalami perubahan maka dilakukan kalkulasi atau penghitungan ulang.

Data yang dihasilkan mengacu pada profil demografi penduduk terdampak akan muncul, yang bersumber dari 1) SIAK, DUKCAPIL 2021; 2) Sensus Penduduk, BPS 2020. PPAM kalkulator dapat menyajikan beberapa bentuk seperti grafik, tabular, dan peta. Adapun data yang disajikan pada grafik terdiri dari:

jdih.kemkes.go.id

a. Wanita usia subur.
b. Rincian remaja usia 10 – 19 tahun.
c. Jumlah kelahiran hidup.
d. Kebutuhan kesehatan ibu dan bayi baru lahir bulan depan.
e. Estimasi WUS pengguna kontrasepsi modern.
f. Estimasi orang yang hidup dengan HIV.

Data statistik dasar lainnya, data kesehatan ibu dan bayi baru lahir hingga akses pelayanan kesehatan reproduksi di setiap wilayah secara lebih terperinci dapat dilihat pada hasil analisis tabular. Selain itu Kalkulator PPAM juga dapat menyajikan peta sebaran kebutuhan kesehatan reproduksi.

Kalkulator PPAM juga dapat memasukan/melakukan perubahan data spesifik lokasi jika variabel-variabel yang dibutuhkan tersedia sehingga kebutuhan dan hasil analisis data yang disajikan oleh kalkulator PPAM dapat lebih spesifik dan terperinci sesuai dengan kondisi yang sesungguhnya.

3. Logistik PPAM Kesehatan Reproduksi Global dan Nasional, serta Alat Pendukung Lainnya

a) Alat, Obat dan Bahan Habis Pakai untuk Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi di fasilitas kesehatan:

1) Alat

1. Kit Bidan

Merupakan paket alat, obat dan bahan habis pakai untuk pertolongan persalinan. Perlu dipastikan alat dan obat lengkap serta periksa tanggal kadaluarsa dari obat-obatan tersebut. Kit didistribusikan kepada bidan yang bertugas di daerah terdampak/di lokasi pengungsian. Pastikan tersedia transportasi dan akses menuju lokasi terdampak. Kit diberikan apabila tidak tersedia peralatan pertolongan persalinan/alat-alat kebidanan mengalami kerusakan atau hilang saat terjadi bencana.

2. Kit Kesehatan Reproduksi

Kit kesehatan reproduksi adalah seperangkat alat, obat dan bahan habis pakai esensial yang didesain untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi prioritas bagi masyarakat yang terkena krisis/bencana di lokasi

jdih.kemkes.go.id

yang tidak tersedia fasilitas kesehatan atau fasilitas kesehatannya rusak dan tidak berfungsi.

a) Kit kesehatan reproduksi disusun untuk penduduk dengan jumlah tertentu untuk dipergunakan selama periode 3 bulan. Isi kesehatan reproduksi adalah alat kesehatan, obat maupun bahan habis pakai yang dipakai di puskesmas maupun di rumah sakit, hanya saja dikemas secara khusus sesuai tindakan /jenis pelayanan sehingga sangat memudahkan bila dipergunakan pada tahap tanggap darurat krisis Kesehatan.
b) Saat ini kit kesehatan reproduksi tidak tersedia di Indonesia dan harus didatangkan dari Copenhagen, Denmark. Namun dapat didatangkan dalam waktu yang cepat (dalam waktu sekitar 1-2 minggu) setelah pemesanan jika dikirim dengan pesawat.
c) Kit kesehatan reproduksi diadaptasi dari standar internasional yang disesuaikan dengan kebijakan dan standar pelayanan kesehatan reproduksi di Indonesia. Daftar peralatan dan obat-obatan di dalam kit kesehatan reproduksi yang telah diadaptasi terdapat dalam Buku Pedoman Dukungan Logistik PPAM Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan.
d) Kit kesehatan reproduksi hanya dipakai pada bencana besar dimana banyak infrastruktur kesehatan yang rusak, tidak berfungsi dan tidak mampu melakukan pelayanan kesehatan seperti biasanya. Kebutuhan kit tergantung pada banyaknya pengungsi, jenis pelayanan yang akan diberikan serta perkiraan lamanya waktu mengungsi.

Koordinator subklaster kesehatan reproduksi dan penanggung jawab komponen logistik mengatur penyediaan dan pendistribusian kit kesehatan reproduksi dengan:

a) Berkoordinasi untuk mendata fasilitas pelayanan kesehatan yang rusak dan tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi.
b) Mengusulkan kebutuhan kit kesehatan reproduksi melalui dinas kesehatan provinsi/ kabupaten/kota.

jdih.kemkes.go.id

Dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dapat mengadakan sendiri kebutuhan kit kesehatan reproduksi dengan mengacu pada buku pedoman Dukungan Logistik untuk Pelaksanaan PPAM.

a) Dinas Kesehatan setempat dapat mengajukan permohonan penyediaan kit kesehatan reproduksi melalui surat kepada Kementerian Kesehatan c.q. Direktur Gizi-Kesehatan Ibu Anak (KIA). Kementerian Kesehatan akan meneruskan permohonan tersebut kepada UNFPA Indonesia untuk mendukung penyediaan kit kesehatan reproduksi dari gudang logistik internasional untuk bencana di Copenhagen - Denmark.
b) Dinas kesehatan provinsi atau kabupaten/kota dapat berkoordinasi dengan lembaga/ institusi/pihak lain yang bergerak dalam bidang kemanusiaan untuk pengadaan kit kesehatan reproduksi.
    - Memastikan tersedia transportasi dan akses menuju lokasi untuk distribusi kit.
    - Menyiapkan tempat/lokasi/gudang untuk penyimpanan kit kesehatan reproduksi sementara) yang memadai sebelum didistribusi.
    - Memeriksa kelengkapan alat dan obat serta tanggal kadaluarsa dari formulir yang tersedia di luar kit kesehatan reproduksi sebelum didistribusi.
    - Mendistribusikan kit kesehatan reproduksi sesuai dengan kriteria fasilitas kesehatan (fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut, dan lain-lain).
    - Memberikan penjelasan dan pemahaman tentang cara penggunaan kit kesehatan reproduksi.
    - Menyerahkan kit kepada penanggung jawab kegiatan/kepala puskesmas dan atau rumah sakit dengan menandatangani berita acara serah terima barang.

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.6 Perbandingan Kit Kesehatan Reproduksi di Tingkat Global dan yang telah Diadaptasi di Indonesia

	Kit Kesehatan Reproduksi Internasional		Kit Kesehatan Reproduksi yang disesuaikan dengan kondisi Indonesia
Kit 0	Kit administrasi	Kit 0	Kit administrasi
Kit 1A	Kit kondom laki-laki*	Kit 1	Kit kondom
Kit 2	Kit persalinan bersih individu (bagian A & B)	-*	*Di Indonesia kit no 2 tidak diadaptasi*
Kit 3	Kit perawatan korban perkosaan	Kit 3	Kit perawatan korban perkosaan
Kit 4	Kit kontrasepsi oral dan suntik	Kit 4	Kit kontrasepsi oral dan suntik
Kit 5	Kit pengobatan infeksi menular seksual	Kit 5	Kit pengobatan infeksi menular seksual
Kit 6	Kit pertolongan persalinan di klinik	Kit 6	Kit pertolongan persalinan di klinik
Kit 7	Masuk ke dalam komoditas tambahan**	Kit 7	Kit Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD) dan pencabutan implant
Kit 8	Kit penanganan keguguran dan komplikasi keguguran	Kit 8	Kit penanganan keguguran dan komplikasi keguguran
Kit 9	Kit jahitan robekan leher rahim dan vagina	Kit 9	Kit jahitan robekan leher rahim dan vagina
Kit 10	Kit persalinan dengan ekstraksi vakum	Kit 10	Kit persalinan dengan ekstraksi vakum
Kit 11	Kit tingkat rujukan untuk kesehatan reproduksi (komplikasi kebidanan parah dan kit operasi kebidanan)	Kit 11	Kit tingkat rujukan untuk kesehatan reproduksi
Kit 12	Kit transfusi darah	Kit 12	Kit transfusi darah

Catatan: kode warna pada tabel di atas adalah sesuai dengan kode warna yang ada di kemasan kit kesehatan reproduksi

Pada tahun 2019, telah dilakukan revisi dari kit kesehatan reproduksi di tingkat internasional dengan beberapa perubahan.

a) Kit kesehatan reproduksi tidak lagi dibagi berdasarkan blok melainkan berdasarkan tingkat fasilitas kesehatan yaitu:
   - Tingkat masyarakat.
   - Fasilitas kesehatan dasar (Puskesmas PONED).
   - Fasilitas kesehatan rujukan (RS PONEK)

b) Perubahan pada kit kontrasepsi:
   - Kit 1 yang terdiri dari Kit 1A yaitu kondom laki-laki
   - Kit 7 yang terdiri dari Kit 7A yaitu Kit IUD, dan Kit 7B yaitu kit implan, yang keduanya menjadi bagian dari komoditas pelengkap.

c) Komoditas pelengkap

Tambahan komoditas pelengkap adalah satu set alat, bahan habis pakai dan obat yang dapat dipesan dalam kondisi tertentu untuk melengkapi kit yang ada:

- Dimana penyedia layanan telah dilatih untuk menggunakan pasokan khusus.

jdih.kemkes.go.id

- Di mana jenis komoditas tersebut sudah dipakai sebelum terjadi krisis.
- Dalam situasi darurat konflik yang berkepanjangan (meskipun upaya harus diarahkan untuk mendapatkan barang-barang ini dari jalur pengadaan lokal dan regional yang lebih berkelanjutan).
- Di mana penggunaan komoditas ini diijinkan secara legal di negara tersebut.

Tabel 5.7 Isi dari Komoditas Pelengkap Kit Kesehatan Reproduksi

Tingkat fasilitas Kesehatan	**Item**	**Pelengkap dari kit**
Koordinasi	Kit administrasi dan training	Semua kit
Masyarakat/pos Kesehatan	Kit 1B: kondom perempuan	Kit 1A
	Gel Chlorhexidine untuk perawatan tali pusat	Kit 2A
	Misoprostol	Kit 2A, 6B dan 8
	Kit untuk perawatan bayi baru lahir (tingkat masyarakat)	Kit 2A dan 2B
	Kit untuk perawatan bayi baru lahir (tingkat masyarakat)	Kit 4
Tingkat pelayanan kesehatan dasar (PONED)	Kit 7A: IUD	Kit 4
	Kit 7A: IUD	Kit 4
	Non pneumatik anti-shock garment (pakaian untuk mencegah shock)	Kit 6A
	Kit untuk perawatan bayi baru lahir (tingkat pelayanan kesehatan dasar)	Kit 6A dan 6B
	Oxytocin	Kit 6B dan 11B
	Inter-agency Emergency Kit (Dasar dan pelengkap untuk malaria)	Kit 6B dan 11B
	Mifepristone (tidak dipakai di Indonesia)	Kit 8
	Persalinan dengan alat vacuum manual (genggam)	Kit 10
Tingkat pelayanan	Kit perawatan bayi baru lahir (kit untuk RS)	Kit 11A dan 11B

jdih.kemkes.go.id

Tingkat fasilitas Kesehatan	Item	Pelengkap dari kit
rujukan (PONEK)		

d) Obat – Obatan dan Bahan Habis Pakai

Kit Ini harus dipergunakan bersama dengan kit 11 bagian A

Kegunaan : Kit ini digunakan untuk:

- Untuk melakukan bedah sesar dan intervensi bedah kandungan lainnya
- Untuk resusitasi bagi ibu dan bayi baru lahir
- Untuk memulai memberikan pengobatan antibiotic IV bagi infeksi puerperalis dan *Pelvic Inflammatory Disease* (PID)/ radang panggul

Petunjuk : Untuk dipergunakan oleh tenaga Kesehatan terlatih yang mampu melakukan bedah kandungan dan terlatih untuk menangani komplikasi kehamilan dan persalinan dan infeksi menular seksual

Populasi sasaran : Untuk populasi 150.000 jiwa dengan Angka Kelahiran Kasar 2,3%, terdapat 4.320 persalinan selama 12 bulan atau 1.080 persalinan selama 3 bulan. Dari angka persalinan tersebut diasumsikan bahwa 5% membutuhkan bedah sesar (5% x 1.080 persalinan = 54 persalinan). Sekitar 22 perempuan akan membutuhkan layanan kebidanan yang lain (2% dari persalinan selama 3 bulan)

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.8 Kit Tingkat Rujukan untuk Kesehatan Reproduksi

Bagian B: Obat dan Bahan Habis Pakai

No	Jenis Barang	Jumlah
Obat		
1	Metronidazole tab 250 mg	1000
2	Amoksisilin tab 500 mg	2000
3	Paracetamol tab 500 mg	2000
4	Quinine (Sulfat atau bisulfat), tablet 300 mg	1000
5	Doksisiklin kaps 100 mg	1400
6	Tetrasiklin salep mata 1%	30
7	Ampisilin serb inj 250 mg (i.m./i.v), serb inj 1.000 mg(i.v)	400
8	Gentamicin inj 40 mg/ml, vial	1050
9	Aquabidest, ampul 10 ml	500
10	Metronidazole inf 5 mg/ml	200
11	Metilergometrin inj 0,2 mg/ml, ampul 1 ml	200
12	Oksitosin inj 10 UI/ml, ampul 1 ml	200
13	Kalsium glukonat inj 10%, ampul 1 ml	30
14	Magnesium sulfat (MgSO4) inj 20%	100
15	Hydralazine hydrochloride suntik 20 mg/ml, 2-ml	60
16	Kuinin inj 25% (i.v)	200
17	Lidocaine inj 1% (inflitr/p.v), ampul 20 ml	120
18	Lidocaine inj 2% (inflitr/p.v) ampul 20 ml	100
19	Lidocaine inj 5% + glukosa (dekstrosa) 5%	100
20	Ketamine inj 50 mg/ml, ampul 10 ml	50
21	Sodium chloride/ NaCl larutan infus, 0,9% (isotonic), 1 liter botol+ infus, diberikan per set, steril, sekali pakai	300
22	Glukosa, larutan infus 5% (isotonic), 1 liter botol + infus, diberikan per set, steril, sekali pakai	300
23	Dextran 70 larutan untuk suntikan 6%, 500-ml, botol+infus, berikan per set steril, sekali pakai	100

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
24	Sodium dichloroisocyanurate tablet/ tablet klorin, berisi 1,67 gr NaDCC, kotak isi 200	2
25	Larutan Klorheksidin 15%, botol 50 ml	100
26	Larutan Klorherksidin 5%, botol 1000-ml	30
Alat Kesehatan Dapat Diperbaharui		
27	Tube suction CH10, Panjang 50 cm, conical tip, steril, sekali pakai	60
28	Tube suction CH14, Panjang 50 cm, conical tip, steril, sekali pakai	60
29	Cannula, Easygrip, 10 mm, integrated base/ IV Catheter 20 G	500
30	Cannula, Easygrip, 12 mm, integrated base/ IV Catheter 18 g	100
31	Disposable syringe (steril) 1 ml	400
32	Disposable syringe (steril) 2 ml	1400
33	Disposable syringe (steril) 5 ml	500
34	Disposable syringe (steril) 10 ml	600
35	Jarum suntik 21 G (0,8 x 40 mm), steril, sekali pakai	3000
36	Jarum suntik 23 G (0,6 x 25 mm), steri, sekali pakai	100
37	Plester berperekat zinc oxide, 2,5 cm x 5 m	50
38	Sikat tangan, plastic	10
39	Sarung tangan steril, ukuran 7,5, sekali pakai, sepasang	400
40	Sarung tangan steril, ukuran 7, steril, sekali pakai, sepasang	400
41	Sarung tangan ginekologi, steril, ukuran 7,5, steril, sekali pakai, sepasang	10
42	Sarung tangan non steril, pemeriksaan, lateks, ukuran 7,5, sekali pakai, satu kotak isi 100	5 kotak
43	Benang vicryl no 1 panjang 90 cm, dapat diserap, DEC4 (1), jarum, 3/8. 36 mm, bulat, sekali pakai, satu kotak isi 12	24
44	Benang chromic catgut 3,0 panjang 90 cm, dapat diserap, DEC3(2/0), jarum 3/8, 36 mm, bulat, steril, sekali pakai, satu kotak isi 12	24

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
45	Benang catgut, dapat diserap, Panjang 30 cm, DEC3 (2/0), jarum, 3/8. 30 mm, steril, triangular, sekali pakai, satu kotak isi 12	12
46	Foley Catheter, CH14, steril, sekali pakai	150
47	Kantong penampung urine/ urine bag, 2000 ml	150
48	Tirai bedah 100 cm x 150 cm	6
49	Jarum suntik tulang belakang 22G (0,7 X 90 mm), steril, sekali pakai	120
50	Kasa Hidrofil 10 x 10 cm, sekali pakai, 1 pak isi 5	200
51	Plester mengandung zinc oxide, 2,5 x 5 cm Plester mengandung zinc oxide, perforated, 10 cm x 5 m	50 5
52	Blade scapel no 22, sekali pakai	100
53	Kotak pengaman untuk alat suntik dan jarum, kapasitas 5 liter	25
54	Kantong plastic untuk obat-obatan, kurang lebih 10 x 15 cm, 1 pak isi 100	10
55	Kacamata pengaman, ukuran regular, disposable	2
Petunjuk perawatan Menangani komplikasi pada kehamilan dan kelahiran. Petunjuk untuk bidan dan dokter, Geneva, WHO, UNFPA, UNICEF, WB.2003		1 Bahasa Indonesia

e) Alat dan Sarana Penunjang Lainnya

1) Tenda Kesehatan Reproduksi

1. Berfungsi sebagai tempat pelayanan kesehatan sebagai tempat pelayanan kesehatan reproduksi sementara di lokasi pengungsian yang padat dan jauh dari fasilitas kesehatan atau di lokasi puskesmas yang bangunannya mengalami rusak berat dan tidak berfungsi.
2. Tidak berdiri sendiri melainkan berdampingan dengan tenda kesehatan umum dan fokus untuk memberikan pelayanan terpadu kesehatan reproduksi dan penanganan kasus kekerasan seksual atau KBG.

jdih.kemkes.go.id

3. Tenda ukuran minimal 5 x 10 meter dan memiliki sekat-sekat (partisi/tirai) untuk menjamin privasi dan kenyamanan pasien pada saat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi.

Tabel 5.9 Pendirian Tenda Kesehatan Reproduksi

No	Komponen	Tenda Kesehatan reproduksi
1	Kriteria pendirian	● Bangunan puskesmas rusak dan tidak bisa dipergunakan untuk pelayanan kesehatan reproduksi ● Di lokasi pengungsian yang padat dan jauh dari fasilitas kesehatan terdekat
2	Syarat dan ketentuan	● Tidak berdiri sendiri di lokasi pengungsian, tetapi berada di samping tenda kesehatan umum ● Berdiri di samping Tenda Ramah Perempuan (TRP) untuk integrasi pelayanan kesehatan reproduksi-KBG ● Ketersediaan fasilitas dasar: listrik/genset, air bersih, toilet (bagi pasien dan tenaga kesehatan), fasilitas pembuangan sampah medis dan non medis ● Faktor keamanan terjamin untuk tenaga yang bertugas dan peralatan tenda ● Di lokasi yang aman dari bencana seperti tanah longsor, banjir dll ● Tenaga kesehatan (bidan sebagai tenaga utama + perawat/ dokter) tersedia dan standby secara bergiliran untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi 24 jam sehari dan 7 hari dalam seminggu
3	Penanggung jawab	Dinas Kesehatan dengan kolaborasi dan koordinasi dengan mitra anggota sub klaster kesehatan reproduksi (disesuaikan dengan mitra sub klaster kespro di wilayah tertentu): ● Tenda Kesehatan reproduksi: disupport oleh Kemenkes – Dinkes Provinsi – UNFPA ● Tenaga: bidan oleh IBI, tim dari rumah sakit (RSCM, RS Dr Soetomo dll), perawat oleh

jdih.kemkes.go.id

No	Komponen	Tenda Kesehatan reproduksi
		PPNI, dokter oleh IDI dan doctorSHARE, Project HOPE, dll ● Peralatan: oleh Americares Pelayanan di tenda kesehatan reproduksi: ● Keluarga Berencana: BKKBN ● Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR): PKBI ● Dukungan psikososial: Yayasan Pulih, PPNI dll
4	Logistik yang dipersiapkan	1. Spesifikasi tenda: a. Tenda multifungsi, ukuran 5 X 10 m b. Bersekat untuk menjamin privasi dan kenyamanan pasien c. Memiliki ventilasi yang cukup d. Dilengkapi palet kayu sebagai lantai dari tenda 2. Peralatan tenda kesehatan reproduksi: a. Alat, obat, dan bahan habis pakai untuk layanan kesehatan reproduksi, termasuk peralatan kewaspadaan standar b. Alat, obat dan bahan untuk kasus darurat komplikasi kebidanan dan neonatal c. Peralatan pendukung: generator kecil/tenaga matahari, lampu emergency, paket kelistrikan (kabel, lampu dll) d. Peralatan untuk pencatatan dan pelaporan: buku register, buku KIA, formulir rujukan dll sesuai standar yang ada
5	Pelayanan yang diberikan	a. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir b. Pelayanan kontrasepsi c. Pelayanan klinis penyintas kekerasan seksual d. Pencegahan dan pengobatan IMS/HIV e. Kesehatan reproduksi remaja f. Distribusi individual kit g. Konseling dan penyuluhan kesehatan reproduksi h. Penanganan kasus darurat sebelum dirujuk

jdih.kemkes.go.id

2) Tenda Multifungsi

Tenda multi fungsi yang dapat dipergunakan sebagai tenda ramah perempuan, ruang ramah remaja, kegiatan untuk kelompok lanjut usia ataupun kegiatan balita. Informasi tentang tenda ramah perempuan, termasuk bagaimana kriteria pendirian, logistik yang dibutuhkan dll dapat dilihat di buku: SOP Ruang Ramah Perempuan dalam pencegahan Kekerasan Berbasis Gender (KBG), Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (2020).

3) Media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi

a) Dalam situasi krisis kesehatan, pengungsi perlu diberi informasi tentang pelayanan kesehatan reproduksi yang tersedia di lokasi pengungsian, seperti informasi tempat, jenis, dan jadwal pelayanan kesehatan reproduksi, pendistribusian bantuan dan topik penyuluhan kesehatan reproduksi.

b) Media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) kesehatan reproduksi dapat berupa poster, spanduk, mobil penerangan, radio, dan media lainnya yang bermanfaat bagi pengungsi, seperti kipas plastik dan baju kaos. Tidak dianjurkan memberikan media KIE dalam bentuk leaflet/brosur/flyer karena akan menimbulkan limbah di tempat pengungsian.

c) Bila tersedia dapat diberikan radio bertenaga matahari untuk dipergunakan mendapatkan informasi melalui siaran radio yang bekerja sama dengan stasiun radio lokal.

4) Peralatan Penunjang lain

Peralatan penunjang ini digunakan untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi di situasi krisis kesehatan seperti:

a) Generator

Generator dipergunakan untuk penerangan di dalam tenda kesehatan reproduksi apabila di lokasi pengungsian tidak ada penyediaan listrik dari PLN atau sumber yang lain. Sebaiknya generator tersebut dapat menyediakan sumber listrik minimal 2.5 KVA.

jdih.kemkes.go.id

b) Tempat pembuangan limbah medis padat dan limbah medis tajam

Limbah medis yang dihasilkan dari kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi di tenda harus diamankan dan ditampung pada tempat khusus. Kebutuhan pembuangan limbah medis padat dan limbah medis tajam dapat berkoordinasi dengan subklaster P2 dan kesehatan lingkungan.

c) Peralatan pendukung

Apabila diperlukan dapat disediakan peralatan pendukung lainnya yang tidak tersedia dalam kit kesehatan reproduksi seperti Obstetric Gynecological table/tempat tidur persalinan, tabung oksigen + regulator, Pocket Fetal health rate monitor (doppler), dan lain sebagainya sesuai kebutuhan. Pemenuhan kebutuhan peralatan pendukung dapat berkoordinasi dengan subklaster layanan kesehatan (yankes) dan lintas sektor terkait.

d) Alat bantu perlindungan diri

Pada situasi krisis kesehatan dan bencana dimana keadaan menjadi tidak stabil, tindak kejahatan seksual dapat terjadi bahkan meningkat terutama pada populasi rentan, yaitu perempuan dan anak. Upaya pencegahan dan kewaspadaan diri perlu ditingkatkan, misalnya dengan memberikan peralatan sederhana yang dapat dimanfaatkan oleh perempuan dan anak untuk mendukung upaya pencegahan kekerasan seksual seperti senter (untuk membantu penerangan), peluit (sebagai alarm tanda bahaya), dan lain-lain.

f) Kit Individu

a. Merupakan paket individu yang berisi pakaian, perlengkapan kebersihan diri, alat perlindungan dan kebutuhan dasar pengungsi untuk hidup di pengungsian secara layak dan bermartabat dan dikemas dalam tas dengan warna tertentu.
b. Kit diberikan sesegera mungkin pada awal terjadi krisis kesehatan sesuai kebutuhan dari hasil kaji cepat tim lapangan dan diberikan secara terintegrasi dengan intervensi yang dilakukan. Misalnya kit ibu hamil

diberikan pada ibu hamil saat datang memeriksakan kehamilan di tenda kesehatan reproduksi, kit ibu pasca melahirkan dan kit bayi baru lahir diberikan pada ibu yang melahirkan di fasilitas Kesehatan, dan lain-lain.

c. Diberikan penjelasan bagaimana cara penggunaannya: seperti peluit, pembalut pakai ulang, senter, dan lain-lain.
d. Pendistribusian kit dignity/kit khusus perempuan dan kit individu akan mengikuti panduan yang disusun sesuai dengan kondisi daerah yang terdampak krisis kesehatan:
   - Kriteria penerima
   - Mekanisme distribusi
   - Monitoring pasca distribusi
   - Mekanisme *feedback*/umpan balik dari penerima kit tersebut.

Tabel 5.10 Jenis Kit Individu yang ada di Indonesia

No	Nama kit individu		Target sasaran	Keterangan
1	Kit Dignity/kit khusus perempuan		Wanita usia subur 15-49 tahun	Tas warna biru
2	Kit ibu hamil		Ibu hamil	Tas warna hijau
3	Kit ibu bersalin		Ibu baru bersalin dan menyusui	Tas warna oranye
4	Kit bayi baru lahir		Bayi usia 0-3 bulan	Tas warna merah
5	Kit bayi remaja perempuan		Remaja 10-19 tahun	Tas warna merah muda
6	Kit remaja laki-laki		Remaja 10-19 tahun	Tas warna biru tua
7	Kit lanjut usia perempuan		Wanita usia ≥ 60 tahun	Tas warna ungu
8	Kit lanjut usia laki-laki Kit lansia berkebutuhan khusus (laki-laki dan perempuan)		Pria usia ≥ 60 tahun	Tas warna hitam
9	Kit balita		Anak usia 3-72 tahun	Tas warna kombinasi biru muda dan merah muda

jdih.kemkes.go.id

e. Pengadaan kit akan disesuaikan dengan ketersediaan dana dan intervensi yang dilakukan. Misalnya kit remaja akan diadakan bila ada kegiatan khusus remaja dan dipastikan target sasaran tidak menerima dobel. Adapun rincian kit individu tergambar sebagai berikut:



Kit dignity/kit khusus perempuan

Untuk perempuan 15–49 tahun

No.	Barang	Jumlah	Ket
1	Sarung	1 pc	
2	Handuk ukuran medium	1 pc	Bahan serap air
3	Sabun batang	3 pcs	Kedaluarsa min 2 tahun
4	Pasta gigi	3 pcs	Kedaluarsa min 2 tahun
5	Sampo	3 botol	Kedaluarsa min 2 tahun
6	Pembalut	3 pak	Kedaluarsa min 2 tahun
7	Bra	3 pcs	Size 32-38, cup size B, lingkar dada 73-80 cm
8	Celana dalam	3 pcs	All size, lingkar panggul 73-80 cm
9	Sandal jepit	1 psg	Ukuran 38-40
10	Sabunal	1 pc	Ukuran dewasa
11	Sikat gigi	1 pc	Ukuran dewasa
12	Sisir	1 pc	
13	Senter + baterai	1 set	
14	Peniti	1 pc	
15	Jangan air	1 pc	Jangan lipat
16	Tas bahan kanvas, warna biru, dengan tulisan Hygiene Kit	1 pc	
17	Daftar isi Kit	2 pcs	

Gambar 5.4 Kit Khusus Perempuan



Kit ibu bersalin/pascamelahirkan

Termasuk untuk ibu hamil diatas trisemester 3

No	Barang	Jml / kit	Ket
1	Bra menyusui	3 pcs	Size 36-40, Cup B dan C (cup menyusui), bust 80-90 cm
2	Kain panjang (jarik)	1 pcs	Bahan katun
3	Sarung	1 pcs	
4	Pembalut pasca melahirkan/dll	3 pack	
5	Celana kaming depan	2 pcs	Ukuran besar
6	Celana dalam	3 pcs	Ukuran besar
7	Selimut	1 pcs	Ukuran besar, tebal
8	Sabun batang	3 pcs	Kedaluarsa min 2 tahun
9	Pasta gigi	3 pcs	Kedaluarsa min 2 tahun
10	Sampo	3 botol	Kedaluarsa min 2 tahun
11	Sikat gigi	1 pcs	Ukuran dewasa
12	Sandal jepit	1 pair	Ukuran 38-40
13	Sisir	1 pcs	
14	Handuk	1 pcs	Ukuran besar bahan serap air
15	Senter + baterai	1 pcs	
16	Peniti + tali	1 pcs	
17	Jangan air	1 pcs	Bisa dilipat, kapasitas 5 liter
18	Tas kit	1 pcs	Bahan kanvas, warna orange, tulisan: KIT IBU PASCA MELAHIRKAN
19	Daftar isi	2 lembar	

Gambar 5.5 Kit Ibu Bersalin



Kit ibu hamil

Untuk perempuan hamil trisemester 3

No	Barang	Jml / kit	Ket
1	Bra ibu hamil	3 pcs	Size 38-40, Cup B dan C, Bust 80-90 cm
2	Kain panjang (jarik)	1 pcs	Bahan katun
3	Celana dalam	3 pcs	Ukuran besar, lingkar 80-100 cm
4	Daster	1 pcs	Ukuran besar
5	Selimut	1 pcs	Ukuran besar, tebal
6	Sabun batang	3 pcs	Kedaluarsa min 2 tahun
7	Pasta gigi	3 pcs	Kedaluarsa min 2 tahun
8	Sampo	3 botol	Kedaluarsa min 2 tahun
9	Sikat gigi	1 pcs	Ukuran dewasa
10	Handuk	1 pcs	Ukuran besar, bahan serap air
11	Senter + baterai	1 pcs	
12	Sandal jepit	1 psg	Ukuran 38-40
13	Sisir	1 pcs	
14	Peniti + tali	1 pcs	
15	Jangan air	1 pcs	Bisa dilipat, kapasitas 5 liter
16	Tas kit	1 pcs	Bahan kanvas, tulisan: KIT IBU HAMIL
17	Daftar isi kit	2 lembar	

Gambar 5.6 Kit Ibu Hamil

jdih.kemkes.go.id

Kit bayi baru lahir

Dapat diberikan hanya sampai bayi usia 5 bulan

No	Barang	Jml / Kit	Ket.
1	Popok kain	12 pcs	
2	Pakaian bayi	12 pcs	Bahan katun
3	Sarung tangan & kaki bayi	12 pcs	
4	Selimut bayi	1 pc	Ukuran bay
5	Topi bayi	1 pc	Bahan flanel
6	Handuk bayi	1 pc	Ukuran/a kepalak
7	Kain bayi	12 pcs	Bahan flanel kotak
8	Sabun bayi batangan	3 pcs	Kedaluarsa min 2 tahun
9	Handuk bayi	1 pc	Bahan lembut serap air
10	Minyak telon	3 botol	Kedaluarsa min 2 tahun
11	Baby oil	1 botol	Kedaluarsa min 2 tahun
12	Tisu basah bayi isi 50 lembar	3 pak	Kedaluarsa min 2 tahun
13	Tas kit	1 pc	Bahan kanvas, resleting, tulisan: KIT BAYI BARU LAHIR
14	Daftar isi kit	2 lembar	



Gambar 5.7 Kit Bayi Baru Lahir

Kit lansia perempuan

Untuk perempuan usia ≥ 60 tahun

No	Barang	Jml / Kit	Ket.
1	Baterai	1 pc	Ukuran normal
2	Handuk	1 pc	Ukuran besar, bahan serap air
3	Sikat gigi	1 pc	Ukuran dewasa
4	Sabun batang	3 pcs	Kedaluarsa 2 tahun
5	Pasta gigi	3 pcs	Kedaluarsa 2 tahun
6	Sampo	3 botol	Kedaluarsa 2 tahun
7	Diaper dewasa	8 pcs	Bisa dicuci/pakai ulang
8	Celana dalam	3 pcs	Lingkar pinggang 90-100 cm
9	Bra	3 pcs	Size: 34-38 Cup B bidan breast size 73-80 cm
10	Sandal jepit	1 pkg	Size: 35-40
11	Sisir	1 pcs	
12	Sandal + kaos kaki	1 pcs	
13	Pulpen + tipe	1 pcs	
14	Kaos kaki	3 pcs	All size, bahan tebal/hangat
15	Buklet	2 botol	Kedaluarsa min 2 tahun
16	Topi hangat	2 pcs	All size
17	Gunting kuku	1 pcs	Stainless steel
18	Tongkat jalan	1 pcs	Ukuran disesuaikan, bisa dilipat
19	Kacamata baca	1 pcs	
20	Cotton bud	1 pack	
21	Baju hangat/ jaket	1 pcs	All size
22	Popok	1 pcs	Bahan plastik
23	Jangan air	1 pcs	Dapat dilipat, kapasitas 5 liter
24	Tas kit	1 pcs	Bahan kanvas, warna ungu, tulisan: KIT LANSIA WANITA
25	Daftar isi kit	2 lembar	



Gambar 5.8 Kit Lansia Perempuan

Kit lansia laki-laki

Untuk laki-laki usia ≥ 60 tahun

No	Barang	Jml / Kit	Ket.
1	Baterai	1 pc	Ukuran normal
2	Handuk	1 pc	Ukuran besar, bahan serap air
3	Sikat gigi	1 pc	Ukuran dewasa
4	Sabun batang	3 pcs	Kedaluarsa 2 tahun
5	Pasta gigi	3 pcs	Kedaluarsa 2 tahun
6	Sampo	3 botol	Kedaluarsa 2 tahun
7	Celana dalam	3 pcs	Ukuran dewasa
8	Sandal jepit	1 pkg	Size: 35-40
9	Sisir	1 pcs	
10	Sandal + kaos kaki	1 pcs	
11	Pulpen + tipe	1 pcs	
12	Kaos kaki	3 pcs	All size, bahan tebal/hangat
13	Buklet	2 botol	Kedaluarsa min 2 tahun
14	Topi hangat	2 pcs	All size
15	Gunting kuku	1 pcs	Stainless steel
16	Tas kit	1 pcs	Bahan kanvas, warna ungu, tulisan: KIT LANSIA PRIA
17	Daftar isi kit	2 lembar	
Perlengkapan tambahan			
1	Tongkat jalan	1 pcs	Ukuran disesuaikan, bisa dilipat
2	Kacamata baca	1 pcs	
3	Cotton bud	1 pack	
4	Baju hangat/ jaket	1 pcs	All size
5	Popok	1 pcs	Bahan plastik
6	Jangan air	1 pcs	Dapat dilipat, kapasitas 5 liter



Gambar 5.9 Kit Lansia Laki-Laki

jdih.kemkes.go.id

f. Persiapan dan distribusi kit individu

Penanggung jawab komponen logistik PPAM menyiapkan dan mendistribusikan kit individu dengan cara:

- Menghitung kebutuhan kit individu dengan menggunakan data riil di lapangan, atau apabila data belum tersedia, dapat menggunakan estimasi jumlah sasaran dari total jumlah pengungsi di wilayah tersebut.
- Mendistribusikan kit individu sesuai dengan sasaran khusus untuk masing-masing kit.
- Apabila kit individu belum tersedia, penanggung jawab PPAM dapat mengkoordinasikan kebutuhan tersebut kepada para pemberi bantuan/donatur dalam krisis kesehatan.

g. Pengadaan kit individu

- Sebaiknya pengadaan lokal di daerah rawan bencana dengan menggunakan dana lokal (APBD: BPBD, Dinas Sosial, Dinas Kesehatan), dukungan swasta: melalui *Corporate Social Responsibility (CSR).*
- Disimpan sebagai persediaan/stok untuk dipakai pada saat bencana.
- Dapat dimintakan ke Kemenkes/UNFPA dalam jumlah terbatas bila terjadi bencana besar.
- Isi kit: dapat diadaptasi sesuai kondisi /budaya setempat: memasukkan hijab/kerudung untuk provinsi Aceh, sarung/jarik, dan lain-lain.
- Bila dana yang tersedia sangat terbatas, bisa pengadaan Isi inti dari kit individu yang terdiri dari: pembalut, pakaian dalam (celana dalam dan bra), alat-alat kebersihan (toiletries): sabun mandi, sikat gigi, odol, shampo, sisir) dan alat perlindungan berupa senter dan peluit.

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.11 Kebutuhan logistik untuk menunjang pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi

No	Jenis Logistik	Item	Keterangan
1	Obat, alat dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan reproduksi	1. Kit persalinan lapangan/bidan kit 2. Peralatan tenda kesehatan reproduksi 3. Kit kesehatan reproduksi (hanya untuk bencana berskala besar) 4. Peralatan individu bagi yang ditugaskan	untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi di fasilitas kesehatan yang rusak (puskesmas dan rumah sakit), tenda kesehatan reproduksi ataupun pelayanan bergerak
2.	Kit Individu	1. Kit dignity/kit khusus perempuan 2. Kit ibu hamil 3. Kit ibu baru melahirkan 4. Kit bayi baru lahir 5. Kit remaja 6. Kit balita 7. Kit lanjut usia	1. Wanita subur 15-49 tahun 2. Prioritas ibu hamil trimester 3 3. Ibu melahirkan di fasilitas kesehatan 4. Bayi baru lahir sampai usia 3 tahun 5. Remaja perempuan dan laki- laki (10-19 tahun) 6. Balita usia 3-59 bulan 7. Lanjut usia perempuan dan laki- laki (usia >60th)
3.	Tenda multifungsi beserta kelengkapannya: furnitur, ATK, dll	1. Tenda ramah perempuan 2. Ruang ramah remaja 3. Kegiatan kelompok lanjut usia 4. Kegiatan balita	Lokasi tenda kesehatan reproduksi dan tenda ramah perempuan serta tenda lainnya di lokasi yang berdekatan untuk memastikan integrasi pelayanan
4.	Peralatan	Generator tempat	

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Logistik	Item	Keterangan
	penunjang	pembuangan limbah	
5.	Materi Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)	1. Dicetak di material yang bermanfaat bagi pengungsi kipas tangan (hand fan), poster, t-shirt 2. Spanduk 3. Radio tenaga matahari 4. Identitas organisasi (visibility item)	

4. Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual dan Merespons Kebutuhan Penyintas

a) Konsep Dasar Kekerasan Seksual pada Situasi Krisis Kesehatan

Gender dapat didefinisikan sebagai keadaan dimana individu yang lahir secara biologis sebagai laki-laki dan perempuan yang kemudian memperoleh pencirian sosial sebagai laki-laki dan perempuan melalui atribut-atribut maskulinitas dan feminitas yang sering didukung oleh nilai-nilai atau sistem dan simbol di masyarakat yang bersangkutan. Lebih singkatnya, gender dapat diartikan sebagai suatu konstruksi sosial atas seks, menjadi peran dan perilaku sosial.

Istilah gender seringkali tumpang tindih dengan seks (jenis kelamin), padahal dua kata itu merujuk pada bentuk yang berbeda. Seks merupakan pensifatan atau pembagian dua jenis kelamin manusia yang ditentukan secara biologis yang melekat pada jenis kelamin tertentu. Contohnya jelas terlihat, seperti laki-laki memiliki penis, scrotum, memproduksi sperma. Sedangkan perempuan memiliki vagina, rahim, memproduksi sel telur. Alat-alat biologis tersebut tidak dapat dipertukarkan sehingga sering dikatakan sebagai kodrat atau ketentuan dari Tuhan *(nature),* sedangkan konsep gender merupakan suatu sifat yang melekat pada kaum laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksikan secara sosial maupun kultural.

jdih.kemkes.go.id

Misalnya, laki-laki itu kuat, rasional, perkasa. Sedangkan perempuan itu lembut, lebih berperasaan, dan keibuan. Ciri-ciri tersebut sebenarnya bisa dipertukarkan. Artinya ada laki-laki yang lembut dan lebih berperasaan.

Demikian juga ada perempuan yang kuat, rasional, dan perkasa. Perubahan ini dapat terjadi dari waktu ke waktu dan bisa berbeda di masing-masing tempat. Jaman dulu, di suatu tempat, perempuan bisa menjadi kepala suku, tapi sekarang di tempat yang sama, laki-laki yang menjadi kepala suku. Sementara di tempat lain justru sebaliknya. Artinya, segala hal yang dapat dipertukarkan antara sifat perempuan dan laki-laki, yang bisa berubah dari waktu ke waktu serta berbeda dari suatu kelas ke kelas yang lain, komunitas ke komunitas yang lain, dikenal dengan gender.

Gender bisa diartikan sebagai ide dan harapan dalam arti yang luas yang bisa ditukarkan antara laki-laki dan perempuan, ide tentang karakter feminin dan maskulin, kemampuan dan harapan tentang bagaimana seharusnya laki-laki dan perempuan berperilaku dalam berbagai situasi. Ide-ide ini disosialisasikan lewat perantara keluarga, teman, agama dan media. Lewat perantara-perantara ini, gender terefleksikan ke dalam peran-peran, status sosial, kekuasaan politik dan ekonomi antara laki-laki- dan perempuan. (Bruynde, Jackson, Wijermans, Knought & Berkven, 1997:7)

Untuk melihat lebih jauh perbedaan seks dan gender dapat dilihat melalui tabel berikut:

Tabel 5.12 Perbedaan Seks dan Gender

Seks	Gender
Biologis, dibawa sejak lahir (nature)	Dibentuk oleh sosial (nurture)
Tidak dapat diubah	Dapat diubah
Bersifat universal	Berbeda di setiap budaya
Sama dari waktu ke waktu	Berbeda dari waktu ke waktu

jdih.kemkes.go.id

Gender bukan sesuatu yang dibawa dan ditetapkan sejak lahir, melainkan dibentuk, dikembangkan dan dimantapkan sendiri oleh masyarakat. Ketidaksetaraan gender dapat terjadi karena adanya stereotip, subordinasi, marginalisasi, bahan majemuk, serta kekerasan. Kondisi ketidaksetaraan ini menjadi lebih buruk dalam situasi bencana. Akses perempuan dan anak untuk memperoleh informasi, penggunaan sumber daya, fasilitas umum dan layanan semakin terbatas.



Gambar 5.10 Stereotipe dan Beban Majemuk

Saat berbicara gender, tentunya tidak lepas dari masalah kekerasan berbasis gender. Kekerasan Berbasis Gender (KBG) diartikan sebagai 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, seperti pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang, yang terjadi di ranah privat/domestik dan di ranah publik. KBG adalah sebuah istilah yang digunakan untuk menjelaskan berbagai macam bentuk tindakan kekerasan yang membahayakan atau mengakibatkan penderitaan pada seseorang. KBG juga memiliki berbagai macam bentuk yaitu:

a) Perkosaan/percobaan perkosaan
b) Penganiayaan seksual
c) Eksploitasi seksual
d) Kekerasan seksual
e) Kekerasan fisik

jdih.kemkes.go.id

f) Kekerasan psikologis
g) Penelantaran ekonomi
h) Praktik-praktik berbahaya
i) Bentuk KBG lainnya.

Istilah "kekerasan berbasis gender" seringkali dipergunakan secara bersamaan dengan istilah "kekerasan terhadap perempuan" karena bentuk-bentuk tindakan ini terjadi karena konstruksi gender telah menempatkan status perempuan sebagai kelas kedua di dalam masyarakat. Penting untuk diingat bahwa laki-laki dan anak- anak lelaki bisa menjadi korban KBG, khususnya kekerasan seksual, terutama bila karena konstruksi gender budaya setempat mereka berada pada posisi yang lemah (tidak berkuasa) dibandingkan dengan strata laki-laki lain ataupun perempuan.

Penyebab KBG dapat dilihat melalui pohon masalah, dapat terlihat bahwa akar penyebab masalah dari KBG adalah adanya norma, pemikiran, sikap dan struktur yang menciptakan ketidaksetaraan gender, diskriminasi, relasi kuasa yang timpang dan tidak adanya penghargaan pada hak asasi manusia. Selain itu terdapat beberapa faktor pendorong KBG seperti faktor pendidikan, penyalahgunaan zat, minimnya perlindungan hukum, kemiskinan, konflik dan bencana alam. Untuk melihat lebih jauh faktor risiko kekerasan seksual pada situasi krisis dapat dilihat pada penjelasan berikut ini.



Gambar 5.11 Pohon masalah penyebab Kekerasan Berbasis Gender

jdih.kemkes.go.id

5. Faktor Risiko Kekerasan Seksual pada Situasi Krisis Kesehatan Pada situasi krisis dimana keadaan tidak stabil potensi terjadinya kekerasan seksual dapat meningkat. Pada situasi krisis kesehatan, terjadi peningkatan risiko kekerasan seksual karena:

a. Selama proses evakuasi keluarga terpisah dari komunitasnya. Kelompok rentan seperti perempuan, remaja perempuan dan anak-anak seringkali terpisah dari keluarganya. Sistem perlindungan sosial masyarakat juga terganggu sehingga mereka tidak bisa melindungi satu sama lain.
b. Pengungsi harus tinggal di kampung yang sangat padat dengan keterbatasan sistem keamanan dan privasi. Hal ini dapat disebabkan oleh pembangunan sarana fisik di lokasi pengungsian, termasuk pembuatan fasilitas untuk mandi dan WC umum, yang kurang memenuhi standar keamanan. Serta tidak tersedianya fasilitas ruang privasi untuk melanjutkan kehidupan seksual yang sehat bagi pasangan suami istri, sehingga kebutuhan tidak tersalurkan dan dapat memicu tindakan kekerasan seksual. Selanjutnya, lokasi, jenis, dan lama waktu pengungsian juga berkontribusi terhadap meningkatnya risiko KBG, terutama oleh pelaku oportunis yang memanfaatkan situasi dengan kondisi keamanan yang minimal atau terbatas.
c. Tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan akses terhadap fasilitas umum. Kebutuhan dasar dan fasilitas umum termasuk sulitnya mendapatkan fasilitas yang layak untuk mandi, mencuci, ketidak-tersediaan bahan-bahan untuk menjaga kebersihan, tidak adanya listrik, terganggunya keamanan pangan, dan hilangnya mata pencaharian sekaligus kerentanan ekonomi. Kehilangan mata pencaharian dapat memicu tindakan kekerasan oleh laki-laki.
d. Bantuan kemanusiaan yang tidak sensitif gender. Pemberian bantuan yang tidak mempertimbangkan kebutuhan yang berbeda antara perempuan dan laki-laki termasuk kebutuhan untuk anak akan memicu terjadinya KBG. Hal ini karena kurangnya pemahaman dari pekerja kemanusiaan tentang pentingnya pendekatan gender di dalam memberikan bantuan kepada masyarakat yang terkena dampak bencana. Pada umumnya keterlibatan dan partisipasi perempuan pada perencanaan dan pemberian bantuan kemanusiaan adalah sangat terbatas.

jdih.kemkes.go.id

Hal-hal di atas dapat memperbesar risiko terjadinya KBG, walaupun bukan menjadi faktor utama. KBG adalah kekerasan akibat relasi gender yang tidak setara dan merupakan pelanggaran hak-hak asasi manusia yang dampaknya pada korban sangat signifikan, bisa mengakibatkan gangguan psikis, cacat fisik dan bahkan kematian. Oleh karena itu, KBG dalam konteks apapun harus dicegah dan ditangani. Terlebih lagi dalam bencana, KBG juga terjadi dengan kekhasannya yang perlu dicegah dan ditangani secara lebih khusus, dalam arti menyesuaikan dengan kondisi pasca bencana yang serba terbatas, rusak atau bahkan tidak ada sumber daya sama sekali.

6. Kelompok yang Berisiko Mengalami Kekerasan Seksual pada Situasi Krisis Kesehatan

   Kasus kekerasan seksual menjadi salah satu prioritas dalam PPAM karena mempunyai dampak yang serius, jangka panjang dan mengancam jiwa. Kekerasan seksual berpotensi terjadi di berbagai tempat misalnya pada saat pembagian makanan, mengakses kebutuhan air bersih dan kegiatan domestik. Kelompok yang berisiko mengalami kekerasan seksual pada krisis kesehatan adalah:

   a) Perempuan yang kehilangan anggota keluarga.
   b) Perempuan sebagai kepala keluarga.
   c) Anak laki-laki atau perempuan yang kehilangan anggota keluarga.
   d) Laki-laki atau perempuan yang berkebutuhan khusus atau penyandang disabilitas.
   e) Lansia yang ketergantungan berat dan total tanpa keluarga.

   Catatan: laki-laki dan anak laki-laki juga dapat menjadi penyintas kekerasan seksual, khususnya pada krisis kesehatan akibat konflik, perang, dan lain-lain.

7. Dampak Kekerasan Seksual pada Situasi Krisis Kesehatan

   KBG memiliki dampak yang sangat signifikan pada korbannya, baik jangka pendek maupun jangka panjang, yang berupa dampak pada aspek fisik, psikologis, dan sosial. Dampak ini tidak terjadi secara tunggal dan terpisah akan tetapi saling berkaitan yang dapat menambah peliknya masalah yang dialami korban dan keluarganya. Misalnya dampak fisik juga akan berakibat pada penderitaan psikologis korban.

jdih.kemkes.go.id

8. Langkah-Langkah pada Tanggap Darurat Krisis Kesehatan untuk Mencegah Kekerasan Seksual dan Merespons Kebutuhan Penyintas
   a. Subklaster kesehatan reproduksi berkoordinasi dengan subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan, dan koordinator klaster kesehatan untuk menyampaikan kebutuhan dan rekomendasi kepada klaster perlindungan dan pengungsian terkait upaya dalam mencegah kekerasan seksual.
      1) Menempatkan satu keluarga berada dalam tempat/tenda yang sama atau menyediakan tenda keluarga yang tidak bercampur dengan keluarga yang lain.
      2) Menempatkan perempuan yang menjadi kepala keluarga dan anak dan lansia dengan ketergantungan berat dan total yang terpisah dari keluarga pada satu tempat yang sama berada dekat dengan pos kesehatan, agar memudahkan petugas dalam memberikan perlindungan dan melakukan pemantauan. Apabila tidak memungkinkan pengungsian ditempatkan pada satu tenda yang sama dapat diberikan sekat.
      3) Menempatkan fasilitas Mandi Cuci Kakus (MCK) pada tempat yang tidak terlalu jauh dari lokasi pemukiman/tenda dan dekat dengan pos keamanan. Diupayakan untuk:
         a) MCK harus terpisah antara laki-laki dan perempuan, tidak berdekatan.
         b) Akses menuju MCK mempunyai penerangan yang cukup.
         c) Terdapat penerangan yang cukup di MCK.
         d) Pintu MCK dapat di kunci dari dalam.
         e) Jumlah MCK perempuan lebih banyak dari MCK laki-laki karena perempuan memerlukan waktu yang lebih lama dibandingkan laki-laki sehingga tidak terjadi antrian yang panjang.
         f) Toilet harus ramah bagi kelompok rentan seperti penyandang disabilitas dan lanjut usia.
            a) Hal yang perlu diperhatikan antara lain: berada di tempat yang mudah untuk dijangkau, memiliki ruang yang cukup untuk masuk dan keluar pengguna kursi roda, di dinding di samping jamban ada pegangan (grab bar/ handrail),

ketinggian tempat duduk kloset 40-45 cm, penggunaan material yang tidak licin, pintu masuk yang tidak terlalu tinggi, gagang pintu berbentuk pegangan *(door handles)* bukan kenop *(knobs)* dan, ada penanda: "toilet khusus penyandang disabilitas dan lansia".

b) Lansia yang dengan ketergantungan harus dengan pendamping saat ke toilet.

- Memastikan akses yang aman pada perempuan dan anak saat memenuhi kebutuhan domestik (misalnya mengambil kayu bakar, air bersih, dan kebutuhan domestik lainnya).
- Melakukan koordinasi dengan penanggung jawab keamanan untuk menerapkan sistem ronda dalam mencegah terjadinya kekerasan seksual pada anak dan perempuan.
- Meningkatkan edukasi bagi perempuan dan anak tentang pencegahan kekerasan seksual khususnya di situasi krisis kesehatan.

b. Memastikan tersedianya pelayanan medis dan dukungan psikologis awal di organisasi atau lembaga serta adanya mekanisme rujukan, perlindungan dan hukum yang terkoordinasi dengan penyintas.

1) Prinsip-prinsip dalam pemberian pelayanan penyintas kekerasan seksual:
   a) Memastikan KESELAMATAN penyintas.
   b) Memberikan jaminan KERAHASIAAN.
   c) MENGHARGAI keinginan, hak dan martabatnya sebagai penyintas.
   d) Memastikan layanan TIDAK DISKRIMINATIF.
   e) Untuk KEPENTINGAN TERBAIK ANAK.
2) Tersedianya tempat pelayanan yang menjamin privasi dan kerahasiaan penyintas perkosaan.
3) Memastikan SOP yang jelas serta peralatan dan logistik yang memadai.
4) Upaya minimal yang dilaksanakan pada penanganan kekerasan seksual, dapat melibatkan lintas sektor sebagai berikut.
   a) Kesehatan oleh Kementerian Kesehatan.
   b) Psikososial oleh Kementerian Sosial.
   c) Keselamatan/keamanan oleh kepolisian.

jdih.kemkes.go.id

d) Hukum/keadilan oleh Kementerian Hukum dan HAM.

5) Memastikan tenaga kesehatan melakukan kegiatan pelayanan kekerasan seksual di tempat pengungsian, dengan melakukan observasi sebagai berikut:

Tabel 5.13 Daftar tilik pelayanan klinis penyintas kekerasan seksual

No	Daftar tilik pelayanan kekerasan seksual	Ya	Tidak
1	Memberikan konseling dan dukungan kepada penyintas		
2	Melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik		
3	Mencatat dan mengumpulkan bukti-bukti forensic		
4	Menjaga kerahasiaan		
5	Memastikan tersedianya obat-obatan yang diberikan pada penyintas 1. Kontrasepsi darurat 2. Pencegahan IMS 3. Profilaksis pasca-pajanan untuk mencegah penularan HIV Catatan: penanganan klinis penyintas perkosaan dapat dilihat di pada materi pokok 4		
6	Melakukan dukungan psikologis awal (***Psychological First Aid***)		
7	Merujuk untuk pelayanan lebih lanjut, misalnya kesehatan, psikologis dan social		

6) Memastikan pelayanan *Psychological First Aid (PFA)* atau dukungan psikologis awal, untuk mengurangi serta mencegah munculnya dampak yang lebih buruk terkait masalah kesehatan jiwa dan psikososial. Selain itu tenaga kesehatan juga diharapkan mampu membuat rencana tindak lanjut dari penanganan awal ini, seperti melakukan identifikasi dini, melakukan rujukan apabila diperlukan.

7) Memastikan apabila penyintas perlu mendapatkan pelayanan lebih lanjut rujukan, koordinator memastikan ketersediaan layanan di fasyankes yang

jdih.kemkes.go.id

dituju serta memfasilitasi proses rujukan tersebut (tersedianya jalur rujukan yang jelas/*referral pathway*).

c. Melibatkan perempuan di pengungsian dan lembaga atau organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan dalam bidang pencegahan dan penanganan kekerasan seksual.

Perempuan harus dilibatkan dalam setiap upaya perencanaan dan penanganan krisis kesehatan pada setiap bidang terutama yang terkait dengan kebutuhan dasar mereka seperti:

a) Air dan sanitasi, perempuan kerap mengerjakan pekerjaan domestik seringkali pemenuhan kebutuhan air bersih menjadi tugas perempuan. Oleh karena itu perempuan harus dilibatkan dalam perencanaan pengadaan air dan sanitasi yang mudah dijangkau dan aman bagi kesehatan dan keselamatan perempuan.
b) Manajemen camp/barak/tenda Pada saat pembentukan manajemen camp/barak/tenda harus ada perwakilan perempuan agar bisa menyampaikan pendapat dan kebutuhan perempuan terkait tempat pengungsian seperti perlunya diberikan tempat berganti pakaian, tempat untuk menyusui dan kebutuhan khusus perempuan lainnya.
c) Kelompok masyarakat, perempuan dilibatkan menjadi bagian dari kelompok yang aktif untuk pengambil keputusan di dalam masyarakat. Membuka kesempatan untuk menjadi tokoh masyarakat, tidak hanya menjadi objek dari keputusan yang telah diputuskan.
d) Kesehatan, perempuan dapat berperan aktif memantau kesehatan masyarakat. Dimulai dari kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan, pelayanan terhadap kelompok rentan, dan lainnya.
e) Layanan masyarakat, perempuan terlibat aktif dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Penting agar perempuan menjadi subyek tidak hanya sebagai objek. Perempuan dapat berperan aktif dalam pengelolaan manajemen pengungsian, pengaturan dapur dan lain sebagainya.

jdih.kemkes.go.id

f) Penempatan polisi atau petugas keamanan perempuan di tempat pengungsian untuk memastikan perlindungan/keamanan berlangsung 24 jam/7 hari.

Mengetahui dan melibatkan multi sektor terkait dalam upaya pencegahan dan penanganan kekerasan seksual, seperti:

a) Pemerintah (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kementerian Hukum dan HAM, Kepolisian).
b) Organisasi/lembaga yang berfokus di permasalahan perempuan, Lembaga Swadaya Masyarakat dan Komnas Perempuan.
c) Anggota masyarakat atau kelompok-kelompok yang sudah terbentuk dalam masyarakat, tokoh-tokoh masyarakat, misalnya pemimpin agama, kepala desa.
d) Pelibatan kelompok laki-laki, baik dewasa, remaja dan anak-anak untuk mencegah dan menangani kekerasan seksual dan Kekerasan Berbasis Gender.
e) Para penegak hukum (kepolisian, pendamping hukum, jaksa dan hakim).

d. Menginformasikan adanya pelayanan bagi penyintas perkosaan melalui telepon yang bisa dihubungi 24 jam

Penanggung jawab komponen kekerasan berbasis gender harus memastikan tersedianya Informasi adanya pelayanan bagi penyintas perkosaan. Informasi bisa diberikan/ditempel di toilet atau di tempat pengungsian. Informasi yang dimaksud dapat berupa poster/spanduk yang dengan nomor kontak yang bisa dihubungi seperti contoh di bawah ini:

e.


Pengaduan dan Penanganan Kekerasan Seksual pada Kelompok Rentan 24 Jam

No. telp. pengaduan 24 jam : +62 .....
Layanan SMS : 08.....
Layanan telpon/Call Center :
Alamat :
Website layanan yang tersedia :
Media sosial (WhatsApp/LINE) :

kasus kekerasan seksual dan tersedianya fasilitas pemenuhan kebutuhan seksual bagi pasangan suami istri yang sah, sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal

jdih.kemkes.go.id

Sebelum memberikan layanan bagi penyintas, penting untuk disiapkan hal-hal berikut ini:

1) Memastikan kerahasiaan: seluruh staf menandatangani *"code of conduct"*/kode etik dan aturan pegawai dan *safer access*/ panduan keselamatan dan *"code of conduct*" Perlindungan dari Eksploitasi dan Kekerasan Seksual dan Pelecehan Seksual (PEKS PS)/*Prevention of Sexual Exploitation, Sexual Abuse and Harassment* (PSEAH).
2) Pastikan petugas kesehatan dilatih dalam memberikan perawatan pasca perkosaan.
3) Petugas terlatih dengan jenis kelamin/bahasa yang sama, 1 orang pendamping.
4) Apabila pemeriksa bukan dari jenis kelamin yang sama dengan penyintas, pastikan bahwa ada pendamping terlatih yang berjenis kelamin sama dengan penyintas.
5) Memastikan staf terlatih dan memiliki informasi yang benar.
6) Kondisikan penyintas memiliki kepercayaan kepada satu orang di dalam ruangan tersebut.
7) Hindari terlalu banyak orang di dalam ruangan.
8) Ruangan khusus, dengan semua peralatan siap, sehingga tidak harus keluar masuk untuk mencari alat.
9) Ruangan sebaiknya memiliki akses yang mudah ke kamar mandi dan air mengalir.

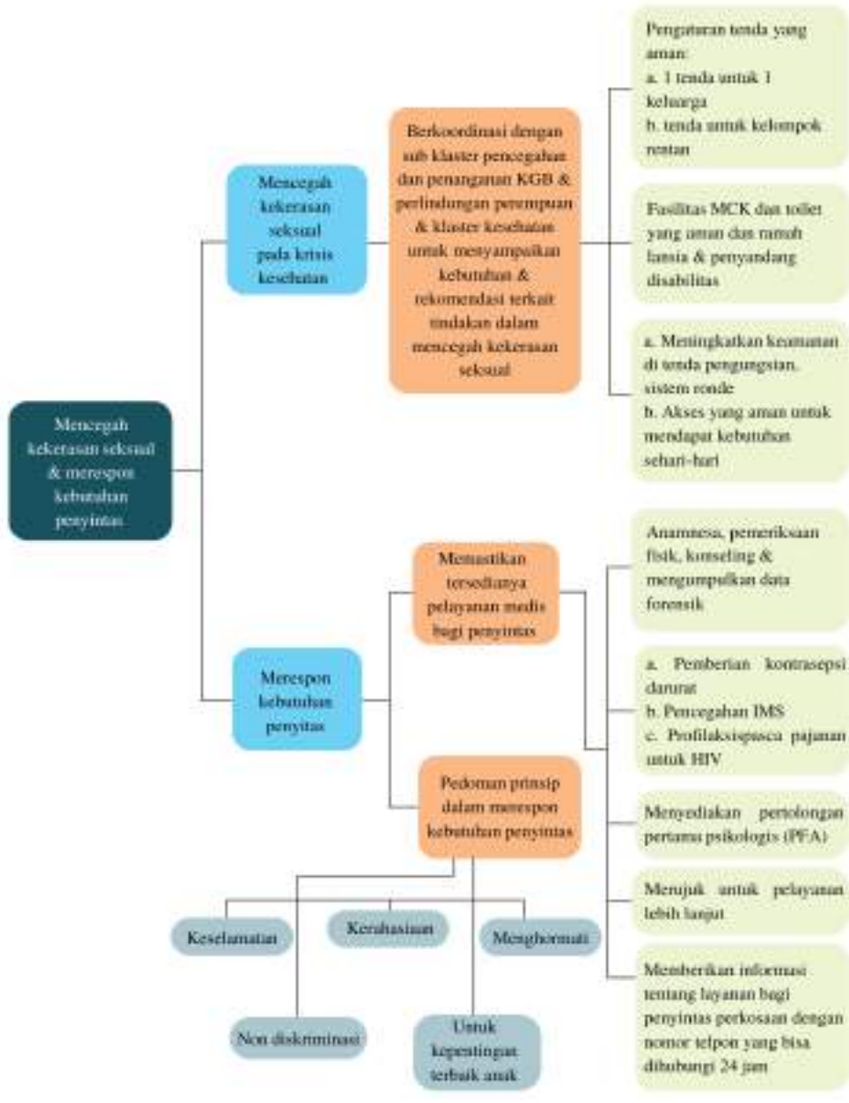
Pada situasi krisis kesehatan, masyarakat mungkin tinggal di pengungsian dalam waktu yang lama di dalam tenda terdiri dari satu keluarga atau lebih. Pada kondisi ini sulit untuk memenuhi kebutuhan biologis pasangan suami istri, sehingga dibutuhkan fasilitas khusus untuk mengakomodir kebutuhan tersebut. Pada langkah ini penanggung jawab kekerasan berbasis gender:

1) Berkoordinasi dengan tokoh masyarakat dan pengungsi setempat baik dengan kelompok perempuan dan laki-laki untuk mendiskusikan fasilitas apa yang dibutuhkan termasuk pengaturannya.
2) Berkoordinasi dengan klaster perlindungan dan pengungsian untuk mekanisme penyediaan fasilitas ini.

Kekerasan seksual merupakan pelanggaran Hak Asasi Manusia (HAM). Diskriminasi dan ketidaksetaraan gender

adalah akar masalah dari kekerasan berbasis gender. Pentingnya pedoman prinsip dalam penanganan medis korban perkosaan: keamanan, kerahasiaan, menghormati dan non diskriminasi. Menyediakan layanan dalam 24 jam/7hari, layanan rahasia yang mencakup setidaknya: pencegahan kehamilan, IMS dan penularan HIV. Penting melakukan dokumentasi lengkap, rujukan untuk intervensi krisis lebih lanjut. Pencegahan dan penanganan dilakukan melalui pendekatan multi sektoral dan pendekatan terkoordinasi untuk kekerasan seksual adalah penting untuk mencegah dan merespon konsekuensi dari kekerasan seksual sehingga harus diidentifikasi adanya jejaring. Bidan memiliki peranan yang penting dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual pada situasi krisis kesehatan.

Gambar 5.13 Ringkasan upaya pencegahan kekerasan seksual dan merespons kebutuhan penyintas



jdih.kemkes.go.id

9. Penanganan Krisis Korban Perkosaan pada Situasi Krisis Kesehatan

   a. Penyiapan layanan dan alur rujukan

      Terdapat beberapa persiapan yang harus dilakukan untuk layanan dan alur rujukan pada situasi krisis kesehatan khususnya pada saat pra krisis kesehatan dan fase awal tanggap darurat krisis kesehatan seperti.

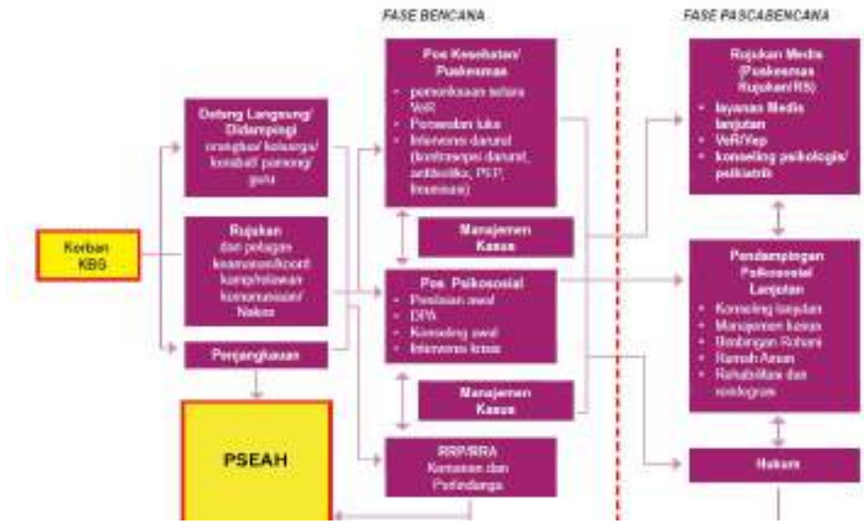
      1) Pemetaan tenaga kesehatan terlatih.
      2) Pemetaan fasilitas kesehatan terdekat yang mampu melakukan penanganan Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak (KTPA).
      3) Pemetaan tenaga dan fasilitas lainnya yang mampu penanganan KTPA seperti rumah aman, layanan psikososial lebih lanjut, perlindungan hukum.
      4) Mekanisme pelayanan dan alur rujukan agar korban/penyintas dapat tertangani dengan cepat dan komprehensif.
      5) Memastikan tersedianya sarana dan prasarana.

   b. Peran tenaga kesehatan dalam pemberian bantuan dan rujukan Kekerasan Berbasis Gender (KBG)

      Seluruh tenaga kesehatan khususnya bidan yang terlibat dalam penanggulangan bencana memiliki peranan penting dalam rujukan KBG diantaranya adalah:

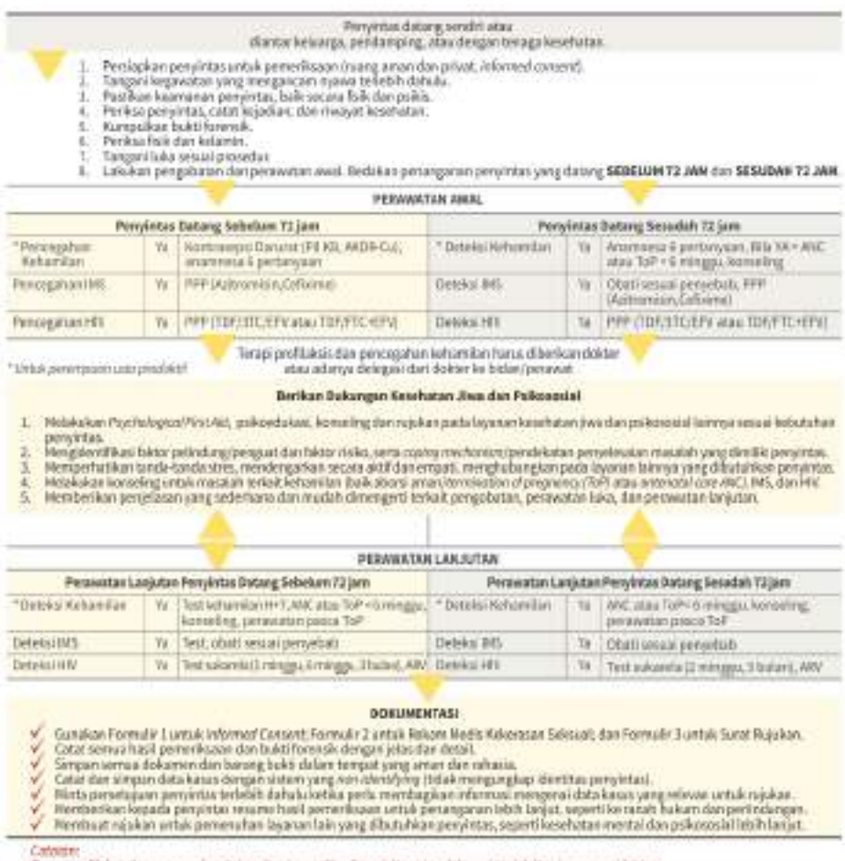
      1) Mengidentifikasi kasus kekerasan.
      2) Mendeteksi awal adanya kasus kekerasan.
      3) Melakukan penilaian kekerasan dalam konteks Kesehatan.
      4) Menyediakan pengobatan untuk luka-luka yang dialami pasien/klien.
      5) Memberikan konseling terhadap temuan-temuan dan rujukan.
      6) Mendorong luka-luka yang dialami korban/penyintas.
      7) Merujuk korban/penyintas ke pelayanan yang diperlukan.

jdih.kemkes.go.id



Gambar 5.14 Bagan alur pemberian bantuan dan rujukan (*refferal pathway*) KBG pada situasi bencana (fase bencana dan pasca bencana)

Gambar 5.15 Algoritma tatalaksana klinis kekerasan seksual



10. Penilaian Risiko Kekerasan Berbasis gender (KBG) di Lokasi Pengungsian dilakukan pada situasi darurat krisis Kesehatan

jdih.kemkes.go.id

Kajian Cepat Risiko SGBV di Tempat Pengungsian Awal

Di data oleh :

Lokasi : (Desa/Kec/Kab/Posko) _____

Total Pengungsi :

	0-5	6-18	19-24	25-49	50-59	>60
Perempuan						
Laki-laki						

Jumlah KK :

Jumlah Perempuan Kepala Keluarga :

Jumlah Perempuan Hamil :

Jumlah Disabilitas : ___Disabilitas Rungu, ___Disabilitas Netra,___Disabilitas Wicara, ___Disabilitas Fisik, ___Disabilitas Mental, ___Disabilitas Intelektual

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.14 Situasi/kondisi pengungsian

No	Indikator	Ya	Tidak	Keterangan
	Pertanyaan seputar tempat pengungsian			
1	Apakah ada pengurus/pengelola tempat pengungsian di sini? Jika ya, berapa banyak.			
2	Apakah ada perempuan yang menjadi pengurus/pengelola?			
3	Apakah distribusi bantuan melibatkan perempuan?			
4	Apakah ada ruang pertemuan yang dapat digunakan oleh kelompok perempuan?			
5	Apakah pengungsi tinggal bersama orang-orang yang bukan anggota keluarga (per tenda)? Berapa jumlah orang per tenda			
6	Apakah tempat pengungsian memiliki petugas/sistem keamanan (misal: ronda atau petugas keamanan keliling)			
	Pertanyaan seputar fasilitas pengungsian			
7	Apakah lokasi air bersih aman dan mudah di akses remaja perempuan dan perempuan dewasa?			
8	Apakah ada kamar mandi/toilet yang aman? (terkunci/penerangan cukup)			
9	Apakah kamar mandi/toilet memenuhi kebutuhan pengungsi (berikan tambahan keterangan terkait akses dan fasilitas			

jdih.kemkes.go.id

No	Indikator	Ya	Tidak	Keterangan
	untuk ibu hamil, lansia, dan disabilitas):			
	a. Jumlah toilet perempuan lebih banyak dari toilet laki-laki			
	b. Toilet perempuan dan laki-laki terpisah dan memiliki tanda yang jelas			
	c. Apakah kamar mandi/toilet mudah diakses (jarak < 200m) oleh perempuan			
10	Penerangan mencukupi (di tempat pengungsian, perjalanan menuju ke toilet dan jalan)			
	Pertanyaan seputar layanan KBG			
11	Apakah ada tempat yang bisa didatangi remaja perempuan dan perempuan dewasa di dekat tempat pengungsian, apabila merasa tidak aman?			
12	Apakah layanan di bawah ini **ada di sekitar/dekat dengan lokasi pengungsian dan mudah diakses oleh remaja perempuan dan perempuan dewasa** di Lokasi pengungsian?			Nama pemberi layanan (jika ada)
	a. Layanan pengaduan kekerasan/KBG (termasuk hotline)			
	b. Layanan pendampingan dan dukungan psikososial			
	c.Layanan kesehatan (puskesmas/pos kesehatan/pos kespro			
	d. Layanan rumah aman			
	e. Layanan bantuan hukum			

jdih.kemkes.go.id

No	Indikator	Ya	Tidak	Keterangan
13	Apakah layanan di bawah ini **masih berjalan/berfungsi memberikan layanan pada remaja perempuan dan perempuan dewasa** di lokasi pengungsian pasca bencana?			Nama lembaga/ nomor kontak/ hotline (jika ada)
	a. Layanan pengaduan kekerasan/kbg(termasuk hotline)			
	b. Layanan pendampingan dan dukungan psikososial			
	c. Layanan kesehatan (puskesmas/pos kesehatan/pos kespro			
	d. Layanan rumah aman			
	e. Layanan bantuan hukum			

**Merujuk dari buku Pedoman Perlindungan Hak Perempuan dan Anak dari Kekerasan Berbasis Gender dalam Bencana, KPPPA, 2020 dan pelaksanaan/pembelajaran pada penanganan kebencanaan di Sulawesi Barat 2021.*

11. Kebutuhan Logistik Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual

    Terdapat beberapa kebutuhan logistik yang diperlukan dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas, diantaranya:

KIT 3

PERAWATAN KORBAN PERKOSAAN

Kegunaan : Penanganan konsekuensi langsung atas kekerasan seksual dengan obat obatan dan bahan yang sesuai

Petunjuk : Digunakan tenaga kesehatan terlatih untuk:

- Melakukan tes kehamilan
- Menjelaskan bagaimana cara menggunakan kontrasepsi oral darurat dan efek sampingnya jika klien memilih hal tersebut

jdih.kemkes.go.id

- Memberi perawatan yang sekiranya dibutuhkan klien untuk infeksi menular seksual dan pencegahan pasca pajanan HIV (PPP) untuk mencegah infeksi HIV
- Memberikan konseling pada klien
- Merujuk klien untuk mendapatkan dukungan psikososial dan pelayanan perlindungan, jika memungkinkan

Populasi sasaran : Isi kit berdasarkan asumsi bahwa sekitar 25% dari populasi pengungsian adalah perempuan yang aktif secara seksual (10.000x 25%= 2.500). Dengan anggapan bahwa sekitar 2% dari perempuan ini akan mengalami perkosaan (2.500 x 2% = 50 perempuan) dan 10 anak juga akan turut diperkosa (5 anak dengan berat badan kurang dari 30 kg, 5 anak dengan berat badan 30 kg atau lebih). Hal ini juga diasumsikan bahwa 50% klien membutuhkan tes kehamilan. Pencegahan Pasca Pajanan (PPP/PEP) diberikan dalam waktu 72 jam dari kejadian perkosaan. Diasumsikan bahwa PPP/PEP diberikan pada 60% perempuan dan 80% anak yang mengalami perkosaan.

(Asumsi menggunakan pedoman internasional)

Tabel 5.15 Kit Perawatan Korban Perkosaan

No	Isi Kit	Jumlah
Obat		
1	Pil levonorgestrel 0,75 mg, paket berisi 2 tablet/tiap perempuan (pemberian 2 tablet dosis tunggal). Alternatif kedua, apabila sediaan pertama tidak tersedia dapat digunakan Ethinyl Estradiol 0,030 mg ditambah 0,15 mg levonorgestrel sebanyak 4 tablet plastik obat untuk membungkus obat alternatif 2	55 pack 220 tablets
2.	Azithromycin tab salut selaput 500 mg	110 butir
3.	Azitromisin sirup kering 200 mg/5 ml, botol 15 ml	5 botol

jdih.kemkes.go.id

No	Isi Kit	Jumlah
4.	Cefixime tab sal selaput 200 mg	110 butir
5.	Cefixime sir kering 100 mg/5 ml, botol 30 ml	5 botol
6.	Pencegahan pasca pajanan, dewasa dan remaja ≥ 10 tahun. Kombinasi paduan ARV pilihan pertama	
	Tenofovir tablet salut selaput 300 mg + lamivudine tablet 300 mg + (lopinavir/ ritonavir tablet salut selaput 800 mg/ 200 mg diberikan selama 28-30 hari)	
	Pencegahan pasca pajanan, anak usia 10 tahun kebawah Kombinasi paduan ARV pilihan pertama: Zidovudine (AZT) tablet selaput + lamivudine + lopinavir/ritonavir tablet salut selaput, diberikan selama 28-30 hari	
	Tenofovir tablet salut selaput 300 mg (dewasa-remaja ≥ 10 tahun = 1x1 tablet sehari), 1 botol isi 30 butir	50 botol
	Lamivudine tablet 150 mg (dewasa-remaja ≥ 10 tahun = 1 x 2 tablet sehari), 1 botol isi 60 butir	50 botol
	Lopinavir /Ritonavir tablet salut selaput 200 mg/50 mg (dewas-remaja ≥ 10 tahun = 2x2 tablet sehari, anak usia < 10 tahun = 2x1 tablet sehari/ sesuai BB anak <10 tahun), 1 botol isi 120 butir	60 botol
	Zidovudine 300 mg + lamivudine 150 mg (anak usia < 10 tahun= dosis: BB < 25 Kg = 2 x 1 tablet sehari/ sesuai BB anak < 10 tahun) tablet selaput, 1 botol isi 60 butir	10 botol

jdih.kemkes.go.id

No	Isi Kit	Jumlah
	Petunjuk pengobatan: Lampiran Permenkes RI Nomor 87 tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral Pedoman Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi HIV bagi Petugas Kesehatan di Pelayanan Kesehatan, 2013, Kemenkes	Bahasa Indonesia

Catatan:

- Azitromisin: untuk pasien dengan berat badan 45 kg atau lebih, pengobatan adalah 2 x 500 mg kapsul dosis tunggal. Untuk pasien kurang dari 45 kg, pengobatan adalah 20 mg/kg BB.
- Cefixime : untuk pasien 45 kg atau lebih, pengobatan adalah 400 mg dosis tunggal. Untuk pasien kurang dari 45 kg, perawatan adalah 8 mg/kg.
- Penggunaan obat kontrasepsi darurat akan menimbulkan efek samping mual dan muntah. Oleh karena itu, untuk mengurangi efek samping tersebut klien dapat diberikan obat seperti antasida tablet kunyah atau antihistamin
- Pencegahan pasca pajanan (PPP) adalah pemberian ARV dalam waktu singkat untuk mengurangi kemungkinan didapatnya infeksi HIV setelah terpapar Ketika bekerja atau setelah kekerasan seksual. PPP sebaiknya ditawarkan pada kedua kelompok pajanan tersebut dan diberikan sesegera mungkin dalam waktu 72 jam setelah paparan. Penilaian Kebutuhan PPP harus berdasarkan status HIV di tempat tersebut. PPP tidak diberikan jika orang yang berisiko terpapar sebenarnya HIV positif atau sumber paparannya HIV negative. Lamanya pemberian PP HIV adalah 28-30 hari. Pilihan obat PPP harus didasarkan pada paduan ARV lini pertama yang digunakan, juga mempertimbangkan kemungkinan resistensi ARV pada sumber paparan. Oleh karena itu, sebelum pemberian PPP sebaiknya diketahui jenis dan Riwayat ARV sumber paparan, termasuk kepatuhannya. Untuk pilihan obat PPP adalah sebagai berikut.

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.16 Pilihan Obat Pencegahan Pasca Pajanan HIV

Obat yang terpajan	**Panduan ARV**	
Remaja dan dewasa	Pilihan	TDF + 3TC + LPV/r
	Alternatif	TDF + 3TC + EFV AZT + 3TC + LPV/r
Anak (<10 tahun)	Pilihan	AZT + 3TC + LPV/r
	Alternatif	TDF + 3TC + LPV/r Dapat menggunakan EFV/NVP untuk NNRTI

Catatan:

TDF= Tenofovir Disoproxil Fumarate, LPV= Lopinovir, AZT= Zidovudine, NNRTI= Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor, 3TC= lamivudine, EFV=Efavirenz, NVP=Nevirapine

a. Pemilihan obat pencegahan pasca pajanan HIV yang dianjurkan sesuai yang tercantum pada tabel diatas karena berupa 3 sediaan obat yang terpisah (kombinasi paduan obat Tenofovir+ lamivudine+Lopinavir/ritonavir). Namun dalam kondisi darurat dapat digunakan sediaan Fix dose combination (FDC) yang terdiri dari tenofovir 300 mg+lamivudine 300mg+Efavirenz 600 mg dengan dosis 1 x 1 tablet sehari (dosis dewasa-remaja ≥ 10 tahun). Sediaan FDC memudahkan kepatuhan pasien untuk minum obat.
b. Pada obat PPP pilihan pertama digunakan obat lopinavir/ritonavir karena lebih poten dan tidak menimbulkan efek samping pada sistem saraf pusat. Sedangkan Efavirenz pada obat FDC menimbulkan efek samping pada sistem saraf pusat seperti depresi, mimpi buruk, kebingungan, halusinasi dan psikosis. Efek samping ini akan memperburuk kondisi kejiwaan pada

jdih.kemkes.go.id

korban perkosaan, walaupun efek samping pada sistem saraf pusat ini bersifat *self limiting* 2-4 minggu.

c. Dosis obat profilaksis pasca pajanan untuk anak usia < 10 tahun disesuaikan dengan BB anak, sebaiknya lakukan rujukan ke dokter spesialis anak untuk menentukan dosis yang tepat. Penyediaan kombinasi paduan obat ARV dengan dosis lebih kecil yang lebih sesuai dengan BB anak dapat terjadi perubahan sesuai dengan kebijakan program nasional.
d. Kemungkinan akan ada juga laki-laki dan perempuan yang lebih tua yang telah diperkosa, membutuhkan penanganan dan rujukan memadai.
e. Untuk vaksin tetanus dan hepatitis, rujuk ke pusat kesehatan terdekat.
f. Kit ini dapat digunakan secara kombinasi dengan Kit 9 (Kit Jahitan Robekan Leher Rahim dan Vagina) dan Pemeriksaan Vagina untuk menangani akibat lain dari kekerasan seksual.

Tabel 5.17 Perbedaan Kit Internasional dan Kit Pengadaan Lokal

Kit Internasional	**Kit Pengadaan Lokal**
1. Pil kontrasepsi darurat: ● Pil Levonorgestrel 0,75 mg, paket berisi 2 tablet/tiap perempuan (pemberian 2 tablet dosis tunggal	1. Pil kontrasepsi darurat • Pil Levonorgestrel 0,75 mg, paket berisi 2 tablet/tiap perempuan (pemberian 2 tablet dosis tunggal) • Ditambah dengan alternatif kedua, karena pilihan pertama tidak selalu tersedia di fasilitas Kesehatan: • Etinil Estradiol 0,030 mg ditambah 0,15 mg levonorgestrel sebanyak 4 tablets
2. Tablet Azithromycin 250 mg sebanyak 220 tablets	2. Tablet Azithromycin 500 mg sebanyak 110 tablets
3. Profilaksis Pasca Pajanan : ● Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC), Tablets 300+300 mg	3. Profilaksis pasca pajanan : sesuai protocol/ panduan nasional diatas

jdih.kemkes.go.id

Kit Internasional	Kit Pengadaan Lokal
(adults: 1 tab/day for 28 days): 900 tablets ● Atazanavir (ATV) + Ritonavir (r), tablets 300+100 mg (adults: 1 tab/day for 28 days): 900 tablets ● Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC), tablets 60+30 mg (children: see treatment protocol): 1440 tablet ● Lopinavir (LPV) + Ritonavir (r), tablets 200+50 mg (children: see treatment protocol): 240 tablets ● Lopinavir (LPV) + Ritonavir (r), tablets 100+25 mg (children: see treatment protocol): 180 Tablets	

12. Pengisian Formulir Monitoring Komponen 2: Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual dan Merespons Kebutuhan Penyintas

Pencegahan dan penanganan kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas pada pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi diperlukan sejumlah indikator monitoring dan evaluasi sehingga pelaksanaan PPAM dapat berjalan dengan baik yang diukur dalam dua indikator yaitu indikator kualitatif dan indikator kuantitatif. Adapun indikator monitoring dan evaluasi tergambar pada tabel berikut:

Tabel 5.18 Formulir monitoring pencegahan dan penanganan kekerasan seksual dan merespons kebutuhan penyintas (Indikator Kualitatif)

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak
1	Koordinasi dilakukan dengan sub klister pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan dan koordinator klaster kesehatan untuk menyampaikan kebutuhan dan rekomendasi terkait		

jdih.kemkes.go.id

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak
	Tindakan dalam mencegah kekerasan seksual		
2	Tersedianya pelayanan medis dan dukungan psikologis awal, mekanisme rujukan, perlindungan, keamanan dan hukum bagi penyintas		
3	Perempuan dan Lembaga atau organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan terlibat dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual		
4	Informasi tentang pelayanan bagi penyintas perkosaan tersedia dengan no telpon yang bisa dihubungi 24 jam		
5	Petugas yang kompeten untuk penanganan kasus kekerasan seksual tersedia		
6	Fasilitas untuk pemenuhan kebutuhan untuk melanjutkan kehidupan seksual yang sehat bagi pasangan suami istri yang sah, sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal disediakan		
7	Petugas yang terlatih untuk penanganan kasus kekerasan seksual dipastikan ada		

Tabel 5.19 Formulir monitoring pencegahan dan penanganan kekerasan seksual dan merespons kebutuhan penyintas (Indikator Kuantitatif)

No	Indikator Kuantitatif	Capaian
1	Jumlah kasus kekerasan seksual yang dilaporkan	
2	Jumlah kasus kekerasan seksual yang mendapat layanan medis dalam 72 jam a. Kontrasepsi darurat b. Antibiotic pencegahan IMS c. Pencegahan pasca pajanan (PPP)	
3	Jumlah kasus kekerasan yang dirujuk ke fasilitas lain: a. RS b. LSM untuk bantuan hukum c. Mendapat dukungan psikososial	
4	Jumlah fasilitas yang dapat memberikan pelayanan untuk penyintas perkosaan selama 24 jam/7hari	

jdih.kemkes.go.id

No	Indikator Kuantitatif	Capaian
5	Jumlah pelayanan penyintas kekerasan berbasis gender yang tersedia	

IV. Pencegahan Penularan dan Mengurangi Kesakitan Serta Kematian akibat HIV dan IMS Lainnya

a. Faktor Risiko Penularan HIV pada situasi Krisis Kesehatan

1. Peningkatan risiko penularan HIV pada situasi krisis kesehatan

   Pada situasi krisis kesehatan akan terjadi peningkatan risiko penularan HIV karena faktor-faktor sebagai berikut:

   a) Pada tahap tanggap darurat, sulit diterapkan praktek kewaspadaan standar karena tidak tersedianya alat dan bahan untuk pencegahan infeksi. Selain itu juga karena ada anggapan dari tenaga kesehatan bahwa karena situasi darurat, maka diperbolehkan untuk tidak mengikuti standar yang ada.
   b) Terjadi peningkatan kasus kekerasan seksual yang berpotensi menularkan IMS dan HIV.
   c) Meningkatnya kebutuhan akan transfusi darah dan risiko transfusi darah yang tidak aman.
   d) Meningkatnya kejadian hubungan seksual yang tidak aman.

2. Cara penularan HIV

   HIV ditularkan melalui pertukaran cairan tubuh dengan orang yang terinfeksi.

   a) Melakukan hubungan seks dengan orang yang terinfeksi HIV.
   b) Berbagi jarum suntik atau alat tajam lainnya yang terkontaminasi HIV.
   c) Menerima transfusi dari darah yang terkontaminasi HIV.
   d) Penularan dari ibu HIV kepada janin atau bayi selama kehamilan, kelahiran atau menyusui.

3. Pencegahan penularan HIV pada situasi krisis kesehatan

   Kegiatan pencegahan penularan HIV pada situasi krisis kesehatan, yaitu:

   a) Kegiatan pencegahan penularan HIV pada situasi krisis kesehatan.
   b) Menekankan pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi dan memastikan penerapannya serta

jdih.kemkes.go.id

memastikan ketersediaan dan pemberian ARV profilaksis pasca pajanan.

c) Memastikan ketersediaan kondom, berkoordinasi dengan organisasi dan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana, Kementerian Kesehatan, BKKBN, LSM lainnya.
d) Memastikan pemberian obat ARV kepada semua ODHIV terutama pada perempuan yang terdaftar dalam program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA).
e) Menyediakan Profilaksis Pasca Pajanan (PEP) untuk korban kekerasan seksual bila sesuai.
f) Mendukung penyediaan profilaksis cotrimoxazole untuk infeksi oportunistik untuk pasien dengan HIV atau sudah terdiagnosis HIV.
g) Menjamin ketersediaan pelayanan dan tata laksana IMS dengan pendekatan sindrom di fasilitas kesehatan.
h) Memasang informasi dengan nomor telepon 24 jam yang bisa dihubungi untuk kelanjutan pengobatan ARV bersama dengan obat rutin lainnya.

4. Langkah-langkah pada tanggap darurat krisis kesehatan untuk mencegah proses penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya
   a) Memastikan tersedianya layanan kesehatan untuk HIV dan IMS di tenda kesehatan reproduksi, rumah sakit darurat, maupun pelayanan kesehatan lain, dengan tetap menjamin kerahasiaan pasien. (Waktu respon paling lambat 3x24 jam pasca bencana).
   b) Memastikan ketersediaan layanan HIV dan IMS untuk ODHIV melalui kegiatan penjangkauan, dengan melibatkan komunitas orang dengan HIV. (waktu respon paling lambat 3x24 jam pasca bencana).
   c) Memastikan kegiatan transfusi darah aman dan rasional yang dilakukan oleh lembaga/organisasi yang bergerak di bidangnya (waktu respon 1x24 jam pasca bencana).
   d) Pastikan donor darah berasal dari lembaga yang resmi yaitu Unit Transfusi Darah (UTD) PMI dan UTD Pemerintah serta BDRS (Bank Darah Rumah Sakit) untuk meyakinkan darah aman untuk digunakan dan dilakukan di fasilitas kesehatan dengan perlengkapan dan tenaga kesehatan yang berkompeten, jika tidak maka transfusi darah tidak boleh dilakukan.

jdih.kemkes.go.id

e) Melakukan koordinasi dan mengetahui kontak di UTD PMI dan UTD Pemerintah serta BDRS setempat untuk pemantauan ketersediaan darah.

f) Memperhatikan prinsip pelaksanaan transfusi darah yang rasional meliputi:
   1) Transfusi darah hanya dilakukan untuk keadaan yang mengancam nyawa dan tidak ada alternatif lain.
   2) Menggunakan obat-obatan untuk mencegah atau mengurangi perdarahan aktif (misalnya oksitosin).
   3) Koordinasi dengan puskesmas atau rumah sakit untuk menggunakan pengganti darah untuk mengganti volume yang hilang seperti cairan pengganti berbasis kristaloid.
   4) Jika terjadi bencana besar, ketersediaan darah di suplai dari PMI dan proses mengumpulkan darah hanya di dari donor sukarela/tidak dibayar kemudian memeriksa semua darah yang didonorkan.
   5) Transfusi darah hanya dilakukan untuk keadaan yang mengancam nyawa.
   6) Jika memungkinkan gunakan pengganti darah untuk mengganti volume yang hilang.
   7) Praktek transfusi yang aman di tempat tidur, pembuangan kantung, jarum, tabung yang aman.
   8) Menghindari transfusi di malam hari.

g) Petugas layanan kesehatan harus memastikan beberapa hal seperti:
   1) Memastikan hal yang berkaitan dengan suplai donor darah
   2) Memastikan SOP transfusi darah tersedia di tempatnya.
   3) Memberitahukan mengenai protokol dan memastikan bahwa prosedur diikuti setiap saat.
   4) Menyimpan salinan SOP di lokasi serta di tempat prosedur dilakukan sehingga mudah dijadikan rujukan.
   5) Memastikan perekrutan donor yang aman.
   6) Memastikan bahwa fasilitas laboratorium memiliki suplai yang memadai.

h) Pentingnya kewaspadaan standar dan memastikan penerapannya serta memastikan ketersediaan ARV profilaksis pasca pajanan (waktu respon 1x24 jam pasca bencana).

   Kewaspadaan standar adalah langkah pengendalian infeksi yang mengurangi risiko penularan patogen yang terbawa dalam darah melalui paparan terhadap darah atau cairan tubuh di

antara para pasien dan tenaga kesehatan. Prinsip pencegahan standar yaitu mengasumsikan bahwa darah dan cairan tubuh semua orang harus dianggap sebagai bahan infeksius, terlepas dari pengetahuan atau dugaan kita mengenali orang tersebut. Adapun prinsip kewaspadaan standar sebagai berikut:

1) Setiap orang dianggap potensial menularkan penyakit (bisa asimtomatik).
2) Setiap orang berisiko terkena infeksi.
3) Permukaan benda di sekitar kita, peralayan, dan benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tidak utuh, lecet selaput mukosa atau darah dianggap terkontaminasi sehingga selesai digunakan harus diproses secara benar.
4) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan, atau benda lainnya telah diproses dengan benar, maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
5) Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

Dalam penerapan kewaspadaan standar diharapkan dapat menurunkan resiko penularan patogen melalui darah dan cairan tubuh lain dari sumber yang diketahui maupun yang tidak diketahui. Sehingga, penerapan ini merupakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang harus rutin dilaksanakan terhadap semua pasien dan di semua fasilitas pelayanan kesehatan. Berikut pentingnya kewaspadaan standar:

1) Petugas pelayanan kesehatan reproduksi dan koordinator kesehatan reproduksi harus bekerja sama dengan lembaga/organisasi/mitra sektor kesehatan untuk memastikan penerapan kewaspadaan standar.
2) Menetapkan sistem pengawasan dan melakukan observasi penerapan kewaspadaan standar menggunakan daftar tilik (checklist) sederhana di situasi krisis kesehatan untuk memastikan kepatuhan pada kewaspadaan standar, misalnya dengan memperhatikan kebiasaan cuci tangan, pembuangan limbah tajam, tumpahan darah dan cairan tubuh lainnya dibersihkan, dan lainnya.

jdih.kemkes.go.id

3) Menginformasikan bahwa kewaspadaan standar diterapkan setiap saat.
4) Melakukan koordinasi dengan klaster kesehatan apabila persediaan/pasokan untuk melakukan kewaspadaan standar tidak tersedia atau habis.
5) Memastikan bahwa Profilaksis Pasca Pajanan (PPP) tersedia di layanan kesehatan dan petugas mengetahui tentang PPP sebagai paket tindakan pencegahan standar untuk mengurangi terhadap infeksi di tempat kerja.
6) Memasang pengumuman tentang cara-cara pertolongan pertama di ruang-ruang kerja dan informasikan kepada semua petugas bagaimana mengakses perawatan untuk keterpaparan.
7) Menyelenggarakan sesi orientasi di pelayanan mengenai tindakan kewaspadaan standar untuk para petugas kesehatan dan petugas tambahan, jika diperlukan.
8) Memastikan ketersediaan kondom dengan berkoordinasi dengan organisasi dan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana, kementerian kesehatan, BKKBN, LSM lainnya.
9) Memastikan tersedianya kondom sejak masa awal tanggap darurat krisis kesehatan, karena saat ini penggunaan kondom adalah satu-satunya alat kontrasepsi yang mampu mencegah penyebaran IMS dan HIV.
10) Berkoordinasi antara Dinkes, BKKBN, atau lembaga lainnya untuk menjamin ketersediaan kondom.
11) Pemberian kondom harus dilakukan sesuai dengan budaya masyarakat setempat dan bagi masyarakat yang tidak terpapar cara penggunaan kondom dapat diinformasikan cara penggunaanya. Untuk kondom perempuan, sebaiknya tidak dipesan jika masyarakat belum terpapar dalam penggunaannya.
12) Penggunaan kondom diberikan pada akseptor KB, kelompok seksual aktif, penderita IMS dan HIV, kelompok berisiko tinggi tertular IMS dan HIV.
13) Memastikan pemberian obat ARV kepada semua ODHIV terutama pada perempuan yang terdaftar dalam program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA).
14) Penanggungjawab komponen pencegahan HIV mengetahui data orang yang hidup dengan HIV (ODHIV) dan layanan ARV serta layanan lainnya yang terkait dengan HIV dan AIDS

jdih.kemkes.go.id

yang tersedia di wilayah tersebut. Pemberian ARV dapat dilakukan di puskesmas dan rumah sakit oleh petugas kesehatan yang terlatih. Pemberian ARV tanpa komplikasi hanya diberikan di puskesmas. Pemberian ARV pada ibu hamil dengan HIV dan bayi yang lahir dari Ibu HIV dilakukan di rumah sakit. Demikian juga untuk bayi yang lahir dari Ibu HIV, pemberian ARV profilaksis dilakukan di rumah sakit. Pasien yang memiliki infeksi oportunistik dirawat di rumah sakit. Bila perlu dilakukan perubahan kebijakan selama krisis kesehatan untuk memudahkan akses mendapatkan ARV pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan.

15) Prinsipnya adalah saat krisis kesehatan pemberian ARV tidak boleh terputus sehingga penanggung jawab komponen mengetahui kontak dan melakukan koordinasi dengan penyedia layanan ARV.
16) Menyediakan Profilaksis Pasca Pajanan (PPP) untuk penyintas kekerasan seksual bila sesuai
17) Penyediaan PPP merupakan bagian dari pelayanan medis bagi penyintas kekerasan seksual dan diberikan dalam waktu 72 jam setelah terjadinya kekerasan seksual. Informasi mengenai pemberian PPP bagi penyintas kekerasan seksual.
18) Mendukung penyediaan profilaksis cotrimoxazole untuk infeksi oportunistik untuk pasien dengan HIV atau sudah terdiagnosa HIV Pemberian profilaksis kotrimoksazol adalah intervensi yang menyelamatkan jiwa, sederhana, bisa ditoleransi dengan baik dan hemat biaya bagi orang yang hidup dengan HIV. Ini harus diimplementasikan sebagai komponen terintegrasi dari paket perawatan HIV. Profilaksis kotrimoksazol adalah antibiotik yang digunakan untuk mencegah pneumonia pneumocystis dan toksoplasmosis pada orang dewasa dan anak-anak dengan HIV, serta penyakit menular dan parasit lainnya, menunjukkan manfaat signifikan di daerah yang terkena malaria. Profilaksis kotrimoksazol direkomendasikan untuk orang dewasa (termasuk wanita hamil) dengan stadium klinis HIV 2,3 dan 4 dan atau dengan jumlah CD4 ≤ 350 sel / mm3. Dalam kondisi di mana malaria dan / atau infeksi bakteri parah sangat lazim, profilaksis kotrimoksazol harus dimulai terlepas dari jumlah sel CD4 atau keparahan penyakit klinis. Berdasarkan rekomendasi WHO dan ISTC semua pasien HIV

jdih.kemkes.go.id

yang telah terdiagnosis TB sebagai salah satu infeksi oportunistik harus diberikan kotrimoksazol sebagai pencegahan infeksi lain tanpa menilai jumlah CD4 atau berapapun nilai CD4, diberikan dengan dosis 1 kali 960 mg per hari selama mendapat terapi OAT. Apabila pengobatan OAT selesai dan nilai CD4 >200 sel/µL, maka pemberian kotrimoksazol dapat dihentikan, tetapi apabila CD4 < 200 sel/µL, maka kotrimoksazol dapat diteruskan dengan dosis yang sama.

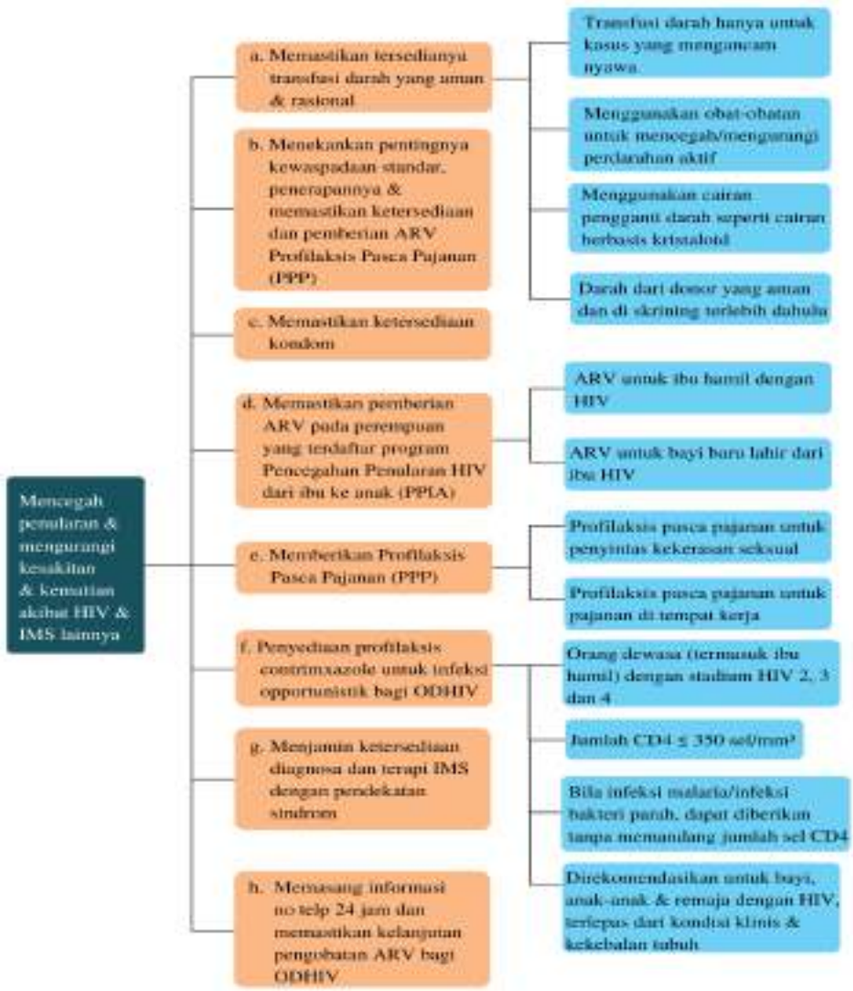
19) Menjamin ketersediaan pelayanan dan tatalaksana IMS dengan pendekatan sindrom difasilitas Kesehatan
20) Penularan HIV dan IMS berkaitan erat. IMS tertentu meningkatkan risiko penularan HIV, seperti IMS dengan gejala ulcus di area genital, dan yang terkait dengan keluarnya cairan, seperti klamidia atau gonore. Di sisi lain, sistem kekebalan tubuh yang lemah dari orang yang hidup dengan HIV, khususnya mereka yang tidak memiliki akses ke ARV, dapat membuat orang tersebut lebih rentan terinfeksi IMS. Adanya HIV juga meningkatkan tingkat keparahan gejala untuk beberapa IMS (seperti herpes genital).
21) Penanganan IMS dengan pendekatan sindrom adalah pendekatan yang saat ini diterapkan di banyak negara dan oleh karena itu sudah dipakai dan tersedia sebelum krisis. Ini adalah metode yang disusun berdasarkan algoritma berdasarkan sindrom (gejala pasien dan tanda-tanda klinis) untuk dapat memutuskan pengobatan yang diberikan pada satu kunjungan menggunakan protokol perawatan standar. Pendekatan ini sangat relevan pada awal krisis kesehatan, di mana pasien cenderung tidak datang untuk kunjungan lanjutan dan di mana akses ke laboratorium mungkin sulit, tidak mungkin, atau mahal. Antibiotik yang direkomendasikan oleh WHO untuk pengobatan IMS pendekatan sindrom tersedia di kit kesehatan reproduksi. Penanganan IMS dengan pendekatan sindrom adalah hemat biaya, memuaskan bagi pasien, dapat diprediksi (memudahkan untuk pengadaan dan pelatihan), dan memiliki dampak kesehatan masyarakat yang kuat.
22) Memasang informasi dengan nomor telepon 24 jam yang bisa dihubungi dan memastikan kelanjutan pengobatan ARV bersama dengan obat rutin lainnya

jdih.kemkes.go.id

23) Penanggungjawab komponen pencegahan HIV dan AIDS mengetahui data orang yang hidup dengan HIV (ODHIV) di wilayah setempat. Data dapat diketahui dari puskesmas dan LSM atau kelompok dukungan sebaya yang menjadi pendamping minum obat ARV.
24) Penanggung jawab subklaster kesehatan reproduksi mengkoordinasikan, mengidentifikasi pemenuhan kebutuhan obat ARV.
25) Bila sebelum krisis, obat ARV hanya dapat diambil di fasilitas kesehatan (rumah sakit) tertentu yang sudah ditentukan, maka pada tahap tanggap darurat kesehatan dapat dilakukan penyesuaian kebijakan untuk memudahkan pasien untuk mengakses pengobatan seperti:
    - Membuka posko pengambilan obat ARV yang dekat dengan lokasi pengungsian.
    - Melakukan pelayanan bergerak (outreach) untuk menjangkau orang yang hidup dengan HIV (ODHIV) dan mengirim obat ARV dengan bekerja sama dengan LSM setempat.
    - Petugas dapat menginformasikan kepada masyarakat tentang bagaimana mendapatkan obat ARV selama dalam masa pengungsian dengan informasi tempat/lokasi untuk mengambil obat ARV dan nomor telepon yang dapat dihubungi.



Gambar 5.16 Akses layanan pencegahan kehamilan dan infeksi menular seksual



Gambar 5.17 Ringkasan pencegahan penularan dan mengurangi kesakitan serta kematian akibat HIV dan IMS lainnya

d. Kebutuhan logistik pencegahan HIV dan IMS lainnya

Terdapat beberapa kebutuhan logistik yang diperlukan dalam pencegahan HIV dan IMS lainnya, diantaranya:

KIT 1

KONDOM

A. Monitoring & evaluasi

Kegunaan	Untuk menyediakan kondom laki-laki pada semua tingkatan dalam pelayanan Kesehatan
Petunjuk	Tenaga kesehatan dan kader kesehatan masyarakat harus dilatih untuk memberikan penjelasan mengenai cara penggunaan kondom dengan benar
Populasi sasaran	Kit disusun dengan asumsi bahwa 20% dari populasi di lokasi pengungsian adalah laki-laki dewasa (10.000 jiwa

jdih.kemkes.go.id

x 20% =

2.000 orang laki-laki) dan 5% dari kelompok ini menggunakan kondom (2.000 x 5% pengguna = 100 pengguna) dan bahwa tiap pengguna membutuhkan 12 kondom tiap bulan selama 3 bulan,maka kebutuhan kondom laki-laki adalah 100 x 12x 3 bulan = 3.600 kondom laki-laki.

(Asumsi menggunakan data SDKI tahun 2012)

Tabel 5.20 Kit Kondom (laki-laki)

No	Isi Kit	Jumlah
1	Kondom laki-laki	3600
2	20% cadangan	720
	Jumlah	4.320 (30 gross)
	Dilengkapi dengan leaflet tentang tata cara penggunaan kondom dalam Bahasa Indonesia	100



Gambar 5.18 Kit Kondom (laki-laki)

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.21 Perbedaan Kit Internasional dan Kit Pengadaan Lokal

Kit Internasional	Kit Pengadaan Lokal
1. Terdiri dari 2 sub kit: ● Kit 1A: Kondom laki-laki ● Kit 1B: Kondom perempuan 2. Prevalensi penggunaan kondom laki-laki 20%	1. Hanya terdiri 1 kit saja: kondom laki-laki 2. Prevalensi pengguna kondom laki-laki di Indonesia: 2.5% (SDKI, 2012) diasumsikan dalam keadaan emergensi prevalensi maksimal 5%

KIT 5

PENGOBATAN PENYAKIT MENULAR SEKSUAL

Kegunaan

Untuk mendiagnosa dan mengobati penyakit infeksi menular seksual bagi orang yang - 272 -eseha dengan keluhan tersebut.

Petunjuk

Digunakan tenaga - 272 -esehatan terlatih untuk:

- Mendiagnosa dan mengobati infeksi menular seksual berdasarkan pada pendekatan sindrom (*syndromic approach*)
- Konseling pentingnya kepatuhan dalam pengobatan baik individu maupun pasangan
- Konseling tata cara penggunaan kondom secara konsisten.

Populasi sasaran

Isi kit berdasarkan asumsi bahwa 50% dari populasi pengungsian adalah orang dewasa (50% dari 10.000 = 5.000) dan bahwa 5% dari mereka (250 jiwa) mengidap infeksi menular seksual, sebagai berikut:

- 20% mengalami luka/ulkus di alat kelamin (50 orang).
- 50% mengalami gejala/sindrom keluarnya cairan dari uretra (125 orang).

jdih.kemkes.go.id

- 30% mengalami gejala/sindrom keluarnya cairan dari vagina (75 orang).
- Masing-masing sindroma diasumsikan bahwa ada tambahan 25 pasien anak-anak (10 tahun dibawah 30 kg dan 15 tahun dibawah 30 – 45 kg)

(Asumsi menggunakan pedoman internasional))

Tabel 5.22 Kit Pengobatan Penyakit Menular Seksual

No	Obat	Jumlah
Ulkus genital/ luka pada alat kelamin		
1	Benzatin benzil penisilin inj 2,4 juta IU/ml (i.m), vial (dewasa: 2,4 juta IU/ml, im, dosis tunggal)	65
2	Benzatin benzil penisilin inj 1,2 juta IU/ml (i.m), vial (anak: dosis sesuai BB, im, dosis tunggal	10
3	Aquabidest botol 25 ml (pelarut benzatin benzil penisilin)	75
4	Azithromycin tab salut selaput 500mg, (dewas: dosis 1 g per oral dosis tunggal)	130
5	Azitromisin sir kering 200 mg/5 ml, botol 15 ml, (anak: dosis sesuai BB, per oral dosis tunggal)	10
Gejala keluarnya cairan dari uretra		
6	Cefixime tab sal selaput 200 mg, (dewasa: dosis 400 mg per oral dosis tunggal) dalam bentuk blister @10 butir	30 blister
7	Cefixime sir kering 100 mg/5ml, botol 30 ml (anak: dosis sesuai BB, peroral, dosis tunggal)	10
8	Azitromisin tab sal selaput 500 mg/5 ml (dewasa: dosis 1g, per oral dosis tunggal)	30 blister
9	Azitromisin sir kering 200 mg/5 ml, botol 15 ml (anak: dosis sesuai BB, per oral,	10

jdih.kemkes.go.id

No	Obat	Jumlah
	dosis tunggal)	
Gejala keluarnya cairan dari vagina		
10	Metronidazole tab 500 mg (Dewasa: dosis 2g, peroral, dosis tunggal)	360
11	Klotrimazol tab vaginal 500 mg (dewasa: dosis 500 mg, intravaginal, dosis tunggal) 75 untuk dewasa dan 15 untuk anak	90
12	Cefixime tab sal selaput 200 mg (dewasa: dosis 400 mg, peroral, dosis tunggal)	180
13	Cefixime sir kering 100 mg 5 ml, botol 30 ml (anak; dosis sesuai BB, peroral, dosis tunggal)	10
14	Azithromycin tab salut selaput 500mg (dewas: dosis 1 g, per oral, dosis tunggal)	180
15	Azitromisin sir kering 200mg/5 ml, botol 15 ml (anak: dosis sesuai BB, per oral, dosis tunggal)	10
Penanganan Syok Anafilaktik		
16	Epinefrin / Adrenalin inj 0,1% (i.v/s.k/i.m)	5
17	Deksametason inj 5 mg/ml (i.v/i.m)	5
18	Atropine sulfate inj 0,25 mg/ml (i.m/iv/s.k)	5
Alat Kesehatan		
19	Disposable syringe 5 cc	75
20	Disposable syringe 1 cc	75
21	Syringe needle introducer, steril 21 G (0,8 X 40 mm), sekali pakai	150
22	Syringe needle introducer, steril 18 G, sekali pakai	150

jdih.kemkes.go.id

No	Obat	Jumlah
23	Sarung tangan steril	5
24	Sarung tangan non steril (kotak isi 100)	3
25	Alcohol swab (kotak isi 100)	3 kotak
26	Kotak pengamanan untuk alat suntik dan jarum, kapasitas 5L	4
27	Kantong plastik dengan penutup, untuk kemasan obat/tablet, ukuran 10 x 15 cm, isi 100 lembar	10
Media KIE		
28	Leaflet pengguna kondom	
Petunjuk Penggunaan		
	Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual (IMS), 2015 (Kemenkes)	Bahasa Indonesia

Tabel 5.23 Perbedaan Kit Internasional dan Kit Pengadaan Lokal

Kit Internasional	Kit Pengadaan Lokal
Untuk desinfeksi sebelum injeksi : ● Menggunakan solusi chlorhexidine gluconate 5% ● Kapas	Untuk desinfeksi sebelum injeksi : Menggunakan alcohol swab
Sediaan Azithromycin tab salut selaput 250 Mg	Sediaan Azithromycin tab salut selaput 500mg
Untuk injeksi menggunakan syringe, luer,	Untuk injeksi menggunakan : Auto disable destruct syringe 3

jdih.kemkes.go.id

2 ml, sekali pakai	cc
	Penambahan obat – obatan untuk penanganan syok anafilaksis setelah penyuntikan antibiotic: • Epinefrin/adren alin inj 0,1% (i.v/s.k/i.m) • Deksametason inj 5 mg/ml (i.v/i.m) • Atropine sulfate inj 0,25 mg/ml (i.m/iv.s.k)

KIT 12

TRANSFUSI DARAH

Kegunaan : Untuk melakukan transfusi darah yang aman setelah pengujian HIV, Sifilis dan Hepatitis B dan C

Petunjuk : Kit ini hanya boleh dipakai oleh teknisi laboratorium terlatih dengan tersedianya fasilitas dasar laboratorium

Populasi sasaran : Orang yang membutuhkan transfusi darah, dengan perhitungan kebutuhan pada situasi normal adalah 2% dari populasi membutuhkan transfusi darah.

Tabel 5.24 Kit Transfusi Darah

No	Jenis Barang	Jumlah
1	Uji golongan darah, anti A, 10 ml, pipet	1
2	Uji golongan darah, anti AB, 10 ml, pipet	1

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
3	Uji golongan darah, anti B, 10 ml, pipet	1
4	Uji Rhesus, anti D, 10 ml, pipet	1
5	HIV test 1+2, stick, 100 test	1
6	Hepatitis B surface antigen (antigen permukaan) HBsAg Rapid, stick, 100 test	1
7	Hepatitis C virus (HCV), rapid test, stick, 100 test	1
8	Treponema Pallidum Rapid Test (TP Rapid), Stick, test untuk syphilis, 100 test	1
9	Tabung EDTA 3 ml	100
10	Rak tabung	1
11	Centrifuge tabung	1
12	Hb meter	1
13	Selang kapiler untuk Hb 301	200
14	Pembebat untuk menekan, untuk kantong 500/1000-ml	1
15	Blood bag/ kantong darah + CPD (citrate-phosphate-dextrose) 350 ml	50
16	Gunting	2
17	Pean	4
18	Pinset	4
19	Tempat gunting, pean dan pinset	1
20	Tempat limbah infeksius	2
21	Tempat limbah tajam	2
22	Ice pack	5
23	Cool box kecil	1
24	Cold box sedang	1

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
25	Set transfusi darah	100
26	Sarung tangan pemeriksaan, bahan lateks, ukuran 7,5, sekali pakai, kotak isi 100 sarung tangan	5

Reagen yang dipakai untuk uji saring darah adalah sama antara kit internasional dan kit pengadaan lokal, perbedaannya hanya pada peralatan tambahan.

Tabel 5.25 Perbedaan Kit Internasional dan Kit Pengadaan Lokal

Kit Internasional	Kit Pengadaan Lokal
	Peralatan tambahan sesuai dengan standar Palang Merah Indonesia (PMI) 1. Tabung EDTA 3ml: 100 ml 2. Pinset 3. Tempat gunting, pean, dan pinset 4. Tempat limbah infeksius 5. Tempat limbah tajam 6. Ice pack 7. Cool box kecil 8. Cold box sedang

e. Pengisian formulir monitoring komponen 3: Pencegahan penularan dan mengurangi kesakitan serta kematian akibat HIV dan IMS lainnya

Dalam pencegahan penularan dan mengurangi kesakitan serta kematian akibat HIV dan IMS lainnya pada pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi diperlukan sejumlah indikator monitoring dan evaluasi sehingga pelaksanaan PPAM dapat berjalan dengan baik yang diukur dalam dua indikator yaitu indikator kualitatif dan indikator kuantitatif. Adapun indikator monitoring dan evaluasi tergambar pada tabel berikut:

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.26 Formulir monitoring pencegahan penularan dan mengurangi kesakitan

serta kematian akibat HIV dan IMS lainnya (Indikator Kualitatif)

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak
1	Transfusi darah aman dan rasional dilakukan oleh Lembaga atau organisasi yang bergerak di bidangnya, misalnya: Palang Merah Indonesia		
2	Fasilitas, perlengkapan dan petugas terlatih tersedia untuk melakukan transfusi darah yang aman dan rasional		
3	Pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi ditekankan dan dipastikan penerapannya		
4	Kondom secara gratis tersedia dengan berkoordinasi dengan Lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana, kementerian kesehatan, BKKBN, LSM lainnya		
5	Kelanjutan pengobatan bagi orang yang telah masuk program ARV, termasuk perempuan yang terdaftar dalam program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak) dipastikan tersedia		
6	Informasi no telpon 24 jam yang bisa dihubungi untuk kelanjutan pengobatan ARV dipasang		
7	Mendukung penyediaan profilaksis cotrimoxazole untuk infeksi oportunistik untuk pasien dengan HIV atau sudah terdiagnosis HIV		
8	Pelayanan dan tata laksana IMS dengan pendekatan sindrom tersedia di fasilitas kesehatan		

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.27 Formulir monitoring pencegahan penularan dan mengurangi kesakitan

serta kematian akibat HIV dan IMS lainnya (Indikator Kuantitatif)

No	Indikator Kuantitatif	Capaian
1	Jumlah transfusi darah yang dilakukan	
2	Jumlah darah yang sudah di skrining sebelum transfuse	
3	Jumlah ODHIV yang melanjutkan pengobatan dengan ARV	
4	Jumlah ODHIV yang mendapatkan terapi profilaksis kotrimoksazol	
5	Jumlah laki – laki seksual aktif	
6	Jumlah kondom yang didistribusikan	
7	Jumlah kasus IMS yang dilayani dengan pendekatan sindrom	
8	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki alat dan bahan untuk penerapan kewaspadaan standar	

V. Pencegahan Peningkatan Kesakitan dan Kematian Maternal dan Neonatal

a. Urgensi Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Pada Krisis Kesehatan

Kondisi pelayanan kesehatan maternal dan neonatal pada situasi krisis kesehatan adalah kondisi yang sangat penting, karena:

1. Pada kondisi bencana akan tetap ada ibu hamil yang akan melahirkan kapan saja saat bencana sedang terjadi, pada saat proses evakuasi maupun pada saat tinggal di pengungsian. Berdasarkan estimasi statistik, 4% dari penduduk yang terkena dampak bencana adalah ibu hamil pada kurun waktu tertentu.

jdih.kemkes.go.id

2. Karena situasi pada saat bencana, ibu yang belum waktunya melahirkan juga dapat melahirkan lebih awal (prematur) karena situasi yang kacau dan harus menyelamatkan diri.
3. 15-20% kehamilan akan mengalami komplikasi dan membutuhkan penanganan segera untuk penyelamatan nyawa.
4. Karena situasi darurat dan tidak menentu, terjadi peningkatan kasus keguguran yang memerlukan penanganan segera.
5. Kurangnya koordinasi rujukan pelayanan maternal dan neonatal.

b. Langkah-langkah pada tanggap darurat krisis kesehatan Untuk mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian Maternal dan Neonatal

1. Melakukan pemetaan fasilitas kesehatan: puskesmas, puskesmas PONED dan rumah sakit PONEK dan memastikan tersedia pelayanan persalinan, pelayanan neonatal esensial dan pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal.

   Pemetaan dan penilaian puskesmas, puskesmas rawat inap dan rumah sakit minimal kelas C dilakukan oleh anggota sub klaster kesehatan reproduksi untuk mengetahui kemudahan akses dan kemampuan fasyankes dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi sesuai dengan standar. Hal-hal yang harus diobservasi, antara lain adalah:

   1) Kondisi bangunan apakah layak digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi termasuk pelayanan persalinan, pelayanan neonatal esensial dan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
   2) Ketersediaan peralatan, obat-obatan dan sumber daya manusia, untuk mengetahui kemampuan fasyankes dalam memberikan jenis pelayanan maternal dan neonatal.
   3) Kondisi geografis, termasuk kemudahan dalam mengakses fasyankes dengan menghitung perkiraan waktu tempuh dan jarak tempuh.

   Memastikan ketersediaan dan akses kepada persalinan bersih dan aman, pelayanan neonatal esensial dan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal termasuk:

   a) Di tingkat rumah sakit rujukan: ketersediaan tenaga kesehatan terlatih (bidan, dokter, dokter spesialis) dan pasokan (peralatan, obat dan bahan habis pakai) untuk

jdih.kemkes.go.id

penyediaan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal dasar dan komprehensif.

b) Di tingkat fasilitas kesehatan: ketersediaan tenaga kesehatan terlatih dan pasokan (peralatan, obat dan bahan habis pakai) untuk persalinan pervagina dan penyediaan penyediaan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal dasar (PONED).

c) Di tingkat masyarakat: penyediaan informasi kepada masyarakat tentang ketersediaan pelayanan persalinan aman dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal dan pentingnya mencari pertolongan dari fasilitas kesehatan.

d) Pada setiap kehamilan kemungkinan dapat terjadi komplikasi yang dapat mengakibatkan keadaan kegawatdaruratan maternal neonatal. Sehingga penanggung jawab komponen maternal neonatal wajib untuk memastikan petugas kesehatan mampu mengatasi kasus kegawatdaruratan meliputi.

Tabel 5.28 Kegawatdaruratan maternal dan neonatal

Kegawatdaruratan Neonatal	**Kegawatdaruratan Maternal**
Resusitasi	Penanganan perdarahan
Perlindungan suhu tubuh	Preeklamsi dan eklamsi
Pencegahan infeksi	Infeksi
Pengobatan penyakit pada neonatal dan perawatan bayi prematur/berat badan lahir rendah	Persalinan lama
	Abortus

Jika pelayanan rujukan 24 jam/ 7 hari tidak tersedia maka penanggung jawab komponen maternal neonatal perlu memastikan adanya petugas kesehatan di puskesmas yang tetap dapat melakukan pelayanan kebidanan dasar dan perawatan neonatal melalui bimbingan dan konsultasi ahli (melalui konsultasi jarak jauh).

Pada kegawatdaruratan neonatal pasca resusitasi perlu menerapkan prinsip stabilisasi pada bayi baru lahir pasca resusitasi (STABLE) meliputi stabilisasi pernafasan, suhu, sirkulasi, deteksi dini dan atasi hipoglikemia, deteksi risiko

jdih.kemkes.go.id

infeksi dengan pemeriksaan laboratorium dan komunikasi ke keluarga pasien.

2. Memastikan tersedianya sistem rujukan 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu untuk memfasilitasi transportasi dan komunikasi dari masyarakat ke fasilitas kesehatan dan rumah sakit.

   Berdasarkan hasil pemetaan fasilitas kesehatan, akan disusun sistem rujukan untuk kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Sistem rujukan yang berfungsi 24 jam/7 hari adalah sangat penting untuk mengatasi salah 1 faktor keterlambatan yang menyebabkan terjadinya kematian ibu, yaitu terlambat mencapai fasilitas kesehatan rujukan. Langkah-langkah yang dilakukan dalam menyusun sistem rujukan:

   a) Menyusun SOP atau protokol yang harus diikuti oleh puskesmas dan rumah sakit untuk memastikan rujukan yang efisien. SOP dan protokol ini dilengkapi dengan informasi tentang fasilitas rujukan beserta nomor telepon penting yang dapat dihubungi (nomor telepon ruang UGD, nomor telepon kamar bersalin, bank darah RS dan lainnya).
   b) Mengetahui jarak dari lokasi masyarakat yang terdampak ke fasilitas kesehatan dan ke rumah sakit yang berfungsi, termasuk kondisi jalan, waktu tempuh dan alat transportasi yang digunakan.
   c) Di setiap fasilitas kesehatan (termasuk di tenda kesehatan reproduksi) tersedia SOP yang menjelaskan kapan, kemana dan bagaimana merujuk pasien dengan komplikasi kebidanan dan neonatal ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.
   d) Memberikan informasi kepada masyarakat tentang tanda bahaya dalam kehamilan dan persalinan dan kapan harus pergi ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pertolongan. Bila memungkinkan agar informasi juga diberikan dalam bahasa setempat agar mudah dipahami dan diberikan di tempat-tempat strategis untuk dapat diketahui oleh banyak orang. Bila telah terbentuk, masyarakat dapat berpartisipasi untuk membantu tersedianya sistem rujukan melalui ambulans desa dengan memanfaatkan kendaraan milik warga yang secara sukarela disiagakan untuk membantu rujukan bagi ibu hamil dan ibu melahirkan.

jdih.kemkes.go.id

3. Memastikan tersedianya layanan penyelamatan nyawa untuk asuhan pasca keguguran di puskesmas dan rumah sakit.
   a) Pada situasi krisis kesehatan akan terjadi peningkatan risiko terjadinya keguguran khususnya pada kehamilan trimester pertama. Hal ini dikarenakan situasi yang kacau pada saat terjadinya bencana karena harus menyelamatkan diri ke tempat yang lebih aman, pada saat proses evakuasi, proses mengungsi maupun pada saat tinggal di tempat pengungsian yang kurang memadai. Berdasarkan analisis determinan kematian ibu yang dilakukan pada tahun 2012 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, diketahui bahwa 4% kasus kematian ibu terjadi pada kehamilan kurang dari 20 minggu yang disebabkan oleh abortus/keguguran. Oleh karena itu, asuhan pasca keguguran menjadi salah satu pelayanan penyelamatan nyawa yang merupakan bagian dari PPAM di bawah komponen kesehatan maternal dan neonatal.
   b) Keguguran (abortus) diartikan sebagai berakhirnya kehamilan sebelum janin mampu hidup, yaitu ketika usia kehamilan belum mencapai 20 minggu atau berat janin.
   c) Asuhan pasca keguguran adalah serangkaian intervensi yang dirancang untuk menangani seorang perempuan setelah mengalami keguguran, baik spontan maupun diinduksi. Asuhan pasca keguguran merupakan intervensi penting dalam menyelamatkan nyawa perempuan, serta menurunkan angka kematian maupun kesakitan ibu, termasuk pada situasi krisis kesehatan.
   d) Asuhan pasca keguguran yang komprehensif terdiri dari beberapa elemen untuk membantu perempuan memenuhi hak seksual dan reproduksinya, yaitu:
      1) Konseling untuk mengidentifikasi dan menjawab kebutuhan fisik dan emosional perempuan serta kekhawatiran lainnya.
      2) Tatalaksana medis untuk mengatasi atau mencegah terjadinya komplikasi yang mengancam jiwa, termasuk tatalaksana kegawatdaruratan, pencegahan infeksi, evakuasi hasil konsepsi, manajemen nyeri, dan tatalaksana komplikasi.
      3) Rujukan ke pelayanan kesehatan reproduksi atau layanan kesehatan lain yang dibutuhkan, baik itu di dalam maupun di luar fasilitas kesehatan. Rujukan

jdih.kemkes.go.id

diperlukan bila ada tanda atau gejala komplikasi yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tersebut) dengan segera, serta melakukan berbagai prosedur dan tatalaksana yang diperlukan sebelum merujuk.

4) Layanan kontrasepsi atau KB untuk membantu perempuan merencanakan dan mengatur kehamilannya.
5) Kemitraan dengan masyarakat dan penyedia layanan lain untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan, menjamin tersedianya layanan asuhan pasca keguguran yang berkualitas, menggerakkan sumber daya untuk memastikan perempuan mendapatkan asuhan pasca keguguran tepat waktu, dan memastikan bahwa layanan yang tersedia telah memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.

Dari 5 elemen asuhan pasca keguguran komprehensif di atas, pada situasi krisis kesehatan pelayanan prioritas yang diberikan adalah untuk penyelamatan nyawa seperti tatalaksana medis dan rujukan bila ada komplikasi.

e) Tindakan pra-rujukan dan penanganan darurat sebagai bagian dari Asuhan Pasca Keguguran (APK)

Asuhan pasca keguguran dimulai dengan melakukan penilaian cepat untuk mengidentifikasi masalah kegawatdaruratan, melakukan tatalaksana awal, dan melakukan rujukan apabila masalah tidak dapat ditangani dengan rincian berikut:

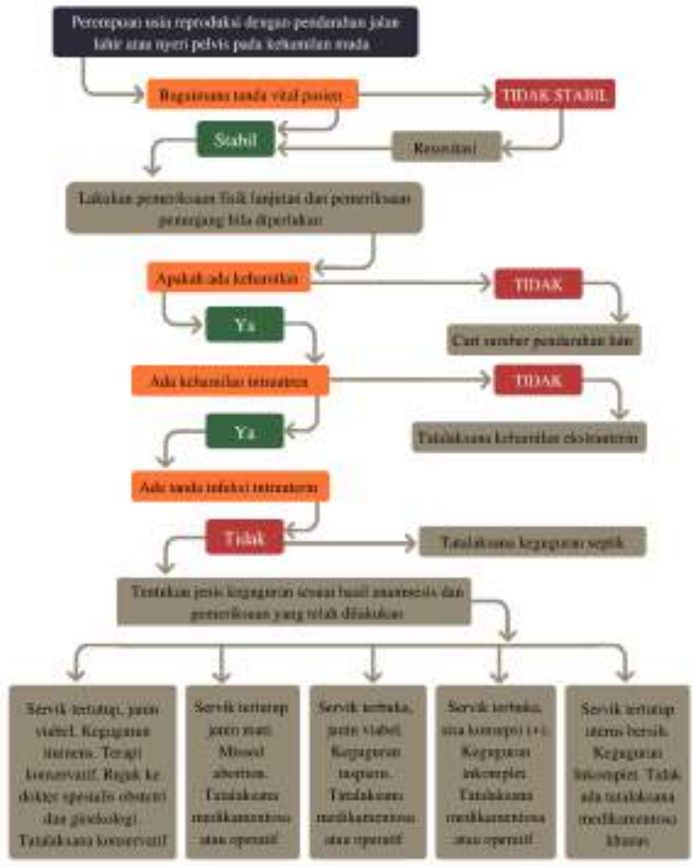
1) Mengidentifikasi masalah kegawatdaruratan:
   a) Pendarahan
   b) Syok
   c) Penurunan Kesadaran
   d) Nyeri perut berat atau tampak sakit berat
   e) Kesulitan bernafas
   f) Demam tinggi
2) Melakukan tatalaksana awal kegawatdaruratan:
   a) Menjamin kelancaran jalan nafas, pemulihan sistem respirasi dan sirkulasi.
   b) Mengganti cairan tubuh yang hilang dengan pemberian cairan intravena.
   c) Menghentikan sumber pendarahan atau infeksi (dengan antibiotika).
   d) Mempertahankan suhu tubuh.

jdih.kemkes.go.id

e) Mengatasi rasa nyeri atau gelisah.

3) Melakukan rujukan apabila diperlukan
   a) Rujukan pada kasus keguguran diperlukan bila suatu fasilitas Kesehatan tidak memiliki kapasitas untuk memberikan layanan yang dibutuhkan oleh pasien, baik itu layanan medis maupun non medis.
   b) Tenaga Kesehatan harus mampu mengenali kondisi pasien yang membutuhkan rujukan segera serta melakukan berbagai prosedur dan tatalaksana yang diperlukan sebelum merujuk.
   c) Pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa, dan dilakukan upaya stabilisasi seoptimal mungkin, kemudian didampingi oleh tenaga Kesehatan menuju fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.
4) Rujukan harus memenuhi syarat berikut:
   a) Hasil pemeriksaan pertama sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi secara tuntas di fasilitas Kesehatan yang merujuk, karena keterbatasan kompetensi ataupun keterbatasan sarana atau prasarana.
   b) Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, yang mana pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan.
   c) Apabila telah diobati atau dirawat, ternyata masih memerlukan pemeriksaan, pengobatan, dan atau perawatan di fasilitas Kesehatan rujukan yang lebih mampu, untuk dapat menyelesaikan masalah kesehatannya.
   d) Pada kasus keguguran, tenaga Kesehatan harus mengidentifikasi kebutuhan pasien selain tatalaksana medis untuk evakuasi hasil konsepsi dan merujuk ke tempat yang tepat, misal:
      - Konseling dan pemeriksaan IMS/HIV (tersedia di Puskesmas atau RS rujukan ODHIV).
      - Layanan psikologis atau sosial (tersedia di Puskesmas dan RS dengan dokter spesialis Kesehatan jiwa).
      - Bantuan hukum untuk kasus kekerasan (tersedia di RS, P2TP2A, dan atau UPPA Polri di Polres Kab atau Kota) atau layanan medis lainnya.

jdih.kemkes.go.id



Gambar 5.19 Identifikasi Kebutuhan Pasien Kasus Keguguran

4. Pendataan dan pemetaan ibu hamil, pasca bersalin dan bayi baru lahir di tempat-tempat pengungsian.

   Pendataan dan pemetaan ibu hamil, pasca bersalin dan bayi baru lahir merupakan rangkaian kegiatan pengumpulan data dan informasi yang dilakukan oleh anggota sub klaster kesehatan reproduksi khususnya penanggung jawab komponen maternal dan neonatal. Informasi tentang jumlah dan lokasinya sangat diperlukan untuk memudahkan dalam penjangkauan pelayanan kesehatan dan pemantauan.

   Beberapa langkah yang dilakukan dalam pendataan dan pemetaan ibu hamil dan pasca bersalin.

   a) Jika pada tahap awal krisis kesehatan data ibu hamil diperoleh dari data estimasi statistik, maka pada tahap selanjutnya data riil ibu hamil di lokasi pengungsian harus dikumpulkan beserta data perkiraan taksiran persalinan dengan menggunakan kantong persalinan untuk mengidentifikasi ibu hamil yang akan melahirkan dalam waktu dekat dan dengan membuat peta lokasi ibu hamil di

jdih.kemkes.go.id

tempat pengungsian dan dilengkapi juga dengan data ibu pasca persalinan dan bayi baru lahir.

b) Siapkan peta daerah setempat dan menandai lokasi dan jumlah sasaran ibu hamil, ibu pasca persalinan dan bayi baru lahir.

c) Lakukan pencatatan ulang di lokasi terdampak dan pengungsian dengan pengambilan data primer berdasarkan data aktual di lapangan. Gunakan format wawancara ibu hamil dan format wawancara ibu pasca persalinan.

d) Pemetaan dilakukan untuk perencanaan dan respon cepat dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi di lapangan.

e) Contoh pemetaan ibu hamil di pengungsian dan pendataan dengan menggunakan kantong persalinan.

5. Memastikan petugas dapat menjangkau ibu hamil dan ditempatkan di dalam satu tempat.

   Penempatan ibu hamil dan bayi baru lahir di pengungsian menjadi penting karena terdapat kondisi yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan, misalnya hiperemesis, risiko keguguran, ketuban pecah dini dan pada bayi baru lahir dapat mengalami infeksi yang didapat dari lingkungan. Penjangkauan dilakukan untuk memudahkan tenaga kesehatan memberikan pelayanan secara maksimal dan memudahkan dalam pemantauan kesehatan. Penanggung jawab kesehatan reproduksi perlu memastikan bahwa:

   a) Mengelompokkan ibu hamil pada trimester ketiga dan/atau yang memiliki risiko tinggi pada satu tempat yang berada dekat tempat pelayanan kesehatan.

   b) Menyiapkan alat transportasi yang dapat digunakan sewaktu waktu untuk melakukan rujukan apabila terjadi kegawatdaruratan maternal neonatal.

   c) Menyediakan fasilitas yang yang mendukung kesehatan dengan memperhatikan keamanan serta kenyamanan sarana dan prasarana di dalam tempat pengungsian bagi ibu hamil dan bayi baru lahir (kecukupan air bersih, suhu ideal, sirkulasi udara yang baik, privasi yang terjaga, situasi yang kondusif bagi psikis ibu hamil, dan lainnya).

   d) Ibu hamil pada trimester ketiga diberikan kit individu ibu hamil. Penjangkauan ibu hamil dan bayi baru lahir di dalam pengungsian dapat memudahkan pemberian pelayanan yang

jdih.kemkes.go.id

tepat dalam penanganan masalah kesehatan ibu hamil tersebut.

c. Kegiatan Prioritas Tambahan

Guna memperkuat upaya pencegahan peningkatan kesakitan dan kematian maternal dan neonatal maka dapat dilakukan serangkaian kegiatan prioritas tambahan yang dapat dilakukan jika seluruh langkah-langkah upaya pencegahan prioritas utama telah dilakukan. Adapun beberapa rangkaian kegiatan prioritas tambahan sebagai berikut:

1. Memastikan petugas kesehatan memberikan pelayanan sesuai dengan standar kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir:
   a) Melakukan supervisi fasilitatif kepada petugas yang memberikan pelayanan kesehatan reproduksi.
   b) Pendistribusian buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

   Buku kesehatan ibu dan anak (Buku KIA) berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi baru lahir, sampai anak usia 59 bulan) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak. Buku KIA dibaca dan dipahami oleh ibu, suami dan anggota keluarga lain. Penanggung jawab komponen maternal neonatal harus memastikan:

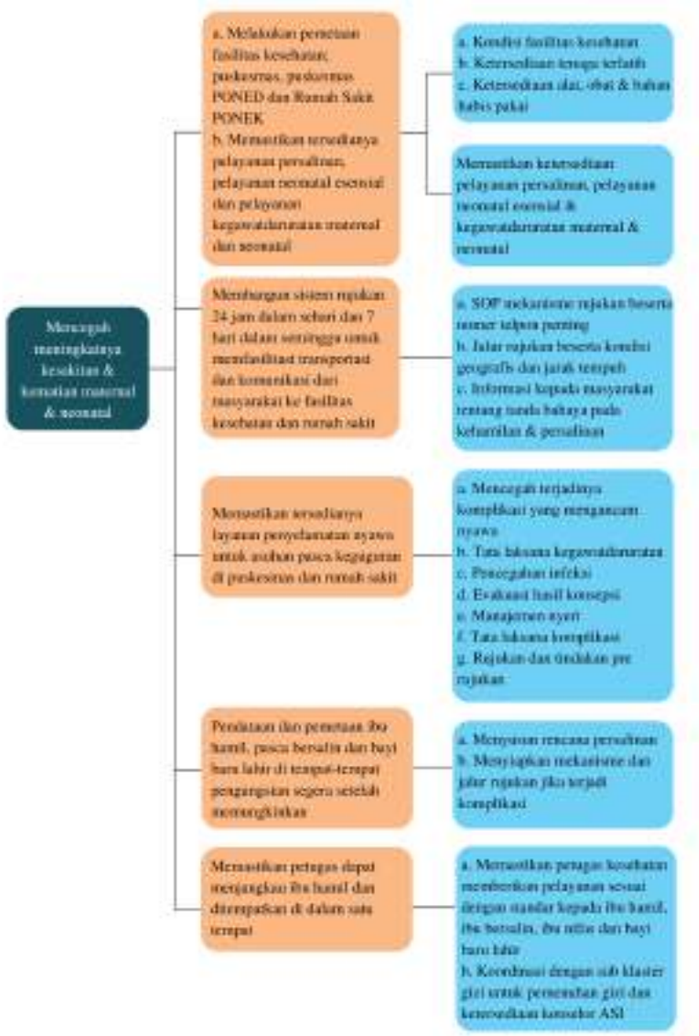
   a) Setiap ibu hamil memiliki buku KIA.
   b) Ibu memiliki anak kembar mendapat tambahan buku KIA.
   c) Buku KIA selalu dibawa pada saat ibu hamil, bersalin dan ibu nifas serta anak berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan. Buku KIA tersedia dan dapat diakses di pos Kesehatan.
2. Berkoordinasi dengan penanggung jawab bidang gizi untuk ketersediaan konselor ASI di pengungsian dan memastikan gizi yang cukup bagi kelompok rentan khususnya ibu hamil dan menyusui, bayi dan balita.
   a) Penyediaan tenaga konselor ASI bila dibutuhkan.
   b) Menyiapkan pelaksanaan konseling ASI dilakukan berkelompok atau secara individu, disesuaikan dengan kondisi pengungsian dan jumlah ibu yang akan dikonseling.
   c) Menyusun jadwal, waktu dan tempat pelaksanaan konseling ASI.

jdih.kemkes.go.id

d) Melakukan pengawasan terhadap pemberian bantuan susu formula bagi bayi di tempat Pengungsian.

Penanggungjawab komponen paternal neonatal perlu memastikan:

a) Kecukupan gizi bagi kelompok rentan terutama ibu hamil dan menyusui dengan cara berkoordinasi dengan koordinator sub klaster gizi dan klaster perlindungan dan pengungsian untuk menyediakan makanan yang sesuai dengan pola gizi seimbang.
b) Pengolahan makanan dilakukan secara higienis dan mempertimbangkan ketersediaan bahan pangan lokal.
c) Penggunaan buku KIA untuk pemantauan kecukupan gizi.
d) Pelayanan kesehatan diberikan PMT ibu hamil dan ibu menyusui, PMT balita dan remaja.



Gambar 5.20 Ringkasan Pencegahan Kesakitan dan Kematian Maternal Neonatal

d. Kebutuhan logistik pencegahan kesakitan dan kematian Maternal dan Neonatal

jdih.kemkes.go.id

Terdapat beberapa kebutuhan logistik yang diperlukan dalam pencegahan kesakitan dan kematian maternal dan neonatal, diantaranya:

KIT 6

PERTOLONGAN PERSALINAN DI KLINIK

Kegunaan : Di fasilitas pelayanan kesehatan:

- Untuk melakukan persalinan normal
- Untuk menjahit sobekan/sayatan episiotomi dan perineum dengan bius lokal
- Untuk menstabilkan pasien (contoh: dengan obat-obatan atau drop melalui infus) dengan komplikasi yang parah sebelum dikirim ke fasilitas kesehatan tingkat rujukan (misalnya: untuk eklampsia atau perdarahan)

Petunjuk : Untuk digunakan oleh tenaga kesehatan terlatih: bidan, perawat dengan kemampuan kebidanan dan dokter.

Populasi sasaran : Isi kit berdasarkan asumsi bahwa dalam populasi 30.000 jiwa, 300 kelahiran dapat terjadi dalam 3 bulan (angka kelahiran kasar/CBR 2.3% per tahun, 2.3% dari 30.000 = 690 kelahiran per tahun dibagi 4 = 173 kelahiran per trimester). Jika 63% melahirkan di fasilitas kesehatan, perlengkapan akan dibutuhkan bagi 109 persalinan. Perkiraan jumlah ibu hamil dalam 1 tahun yaitu sebanyak 759, sedangkan jumlah ibu hamil dalam 1 bulan berkisar antara 63, sehingga kebutuhan untuk tiga bulan sebanyak 189.

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.29 Kit pertolongan persalinan di klinik

No	Jenis Barang	Jumlah
Obat		
1	Vitamin K1 injeksi 10 mg/ml (i.m)	200
2	Vaksin hepatitis B	200
3	Oksitetrasiklin 1% salep mata	200
4	Amoksisilin tab 250 mg	20.000
5	Metronidazole tab 250 mg	8.400
6	Tablet tambah darah (kombinasi fumarate), kitak isi 1000	20
7	Lidocaine inj 2%, ampul 20 ml	80
8	Oksitosin inj 10 IU/ml, 1 ml ampul	200
9	Larutan NaCl untuk infus 0,9% (isotonis), botol isi 1 L, dan infus set, steril, sekali pakai	60
10	Larutan glukosa untuk infus 5% (iso ostomik), botol 1L + infus set, steril, sekali pakai	80
11	Larutan dextran 70, larutan infus 6%, 500-ml botol + infus – giving set, steril, sekali pakai	40
12	Magnesium sulfat (MgSO4) inj 40%	40
13	Kalsium glukonat inj (monohydrate)10%	20
14	Aquabidest botol 25 ml	80
15	Klorheksidin lar 5% botol 1000 ml	48
16	Povido iodin/cairan desinfektan 100 ml	80
Alat Kesehatan dapat diperbaharui		
1	Umbilical cord klem plastiK	
2	I.V Catheter, sekali pakai	
3	Disposable syringe (steril) 10 ml	
4	Disposable syringe (steril) 3 ml	
5	Disposable syringe (steril) 1 ml untuk injeksi vit K dan vaksin hepatitis	
6	Disposable needle 21G (0,8 X 40 mm)	800
7	Sarung tangan steril, ukuran 7,4 sekali pakai, sepasang	120

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
8	Sarung tangan steril, ukuran 7, sekali pakai, sepasang	120
9	Sarung tangan steril, ginekologi, ukuran sedang, steril, sekali pakai, sepasang	20
10	Sarung tangan pemeriksaan, tidak steril, lateks, ukuran sedang, sekali pakai, kotak isi 100	12
11	Benang jahit (suture), sintetis, dapat terserap, DEC3 (2/0), jarum 3/8, 30 mm, bundar, steril, sekali pakai/benang silk	12
12	Penghisap lendir, 20 ml.	8
13	Foley catheter urine, CH12, steril, sekali pakai	80
14	Kassa hydrofoil 10 x 10 cm	200
15	Antiseptic, hand scrub 600 ml	40
16	kotak penyimpanan limbah jarum atau benda medis tajam, infeksius ukuran 5L	24
17	Kacamata goggle	8
18	Kotak penyimpanan untuk kemasan obat, kurang lebih 10 x 15 cm, kemasan berisi 100	40
19	Apron disposable	8 kotak
20	Under pad ukuran 90 x 180 cm	12 kotak
21	Strip uji protein air kencing (deep stick), kotak berisi 50	4 kotak
22	Indicator control TST – kemasan berisi 300	4
23	Baterai alkaline, AAA 1,5 V untuk lampu kepala	1200
24	Kertas lakmus	4 kotak
Alat tulis		
1	Buku tulis, A5, bergaris, 48 halaman	80
2	Ballpoint, biru	40
3	Tas serbaguna, bahan vinyl	4
	Petunjuk penggunaan: pencegahan infeksi booklet referensi untuk tenaga kesehatan, engender health, 2001	

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
	Petunjuk penanganan Wanita dengan pre eklamsia dan eklamsia, Geneva, WHO, 2006	
Alat Kesehatan		
1	Tensimeter	1
2	Stetoskop	1
3	Stetoskop Anak	1
4	Fetoscope	1
5	Baskom bengkok besar dan kecil (masing-masing 2)	2
6	Iodine cup 50-60 cc	3
7	Thermometer	4
8	Sikat tangan, bulu sikat nilon putih	2
9	Tourniquet	2
10	Baki peralatan, stainless steel, sekitar 225 x 125 x 50 mm, dengan penutup	1
11	Gunting tali pusat	2
12	Gunting episotomi	2
13	Klem tali pusat	
14	Gunting benang	2
15	Pemegang jarum (mayo hegar), 18 cm, lurus	2
16	Pinset anatomi	2
17	Sterilisator listrik tape table top/sterilisator kering	1
Pencahayaan		
1	Stand lamp untuk Tindakan (examination lamp) dengan adaptor untuk 4 baterai R6	1
2	Baterai, sel kering, R6 alkaline, 1,5 V (14 x 50 mm)	10
3	Lampu TL emergensi dengan baterai sel kering dapat diisi ulang	1

Catatan: semua vaksin disimpan dalam satu paket

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.30 Perbedaan Kit Internasional dan Kit Pengadaan Lokal

Kit Internasional	Kit Pengadaan Lokal
Obat – obatan	Tambahan obat untuk bayi baru lahir : ● Vitamin K, 12 mg injeksi: 200 ampul ● Vaksin hepatitis B: 200 ampul ● Oxytetracycline 1% salep mata: 200 Bahan habis pakai : ● Disposable syringe steril 1 ml: 400 buah ● Apron disposable: 8 kotak ● Underpad ukuran 90 x 180 cm: 12 kotak ● Kertas lakmus: 4 kotak
Alat Kesehatan 1. Sterilisator : Autoclave dengan kompor kecil berbahan bakar minyak tanah (kapasitas sekitar 39 liter) 2. Pencahayaan ● Lampu kepala depan ● Lampu petromaks berbahan bakar minyak tanah	Alat Kesehatan : 1. Sterilisator listrik tipe table top/ sterilisator kering (menggunakan genset yang ada di pos Kesehatan) 2. Pencahayaan ● Stand lamp untuk Tindakan (examination lamp) dengan adaptor untuk 4 baterai R6 ● Lampu TL emergensi dengan baterai sel kering dapat diisi ulang 3. Tambahan alat ● Iodine cup 50 – 60 cc

jdih.kemkes.go.id

KIT 8

PENANGANAN KEGUGURAN DAN KOMPLIKASI

Kegunaan : Untuk menangani komplikasi yang muncul karena keguguran (aborsi spontan dan dari aborsi induksi yang kurang aman, termasuk sepsis, pengeluaran sisa jaringan yang kurang lengkap dan perdarahan.

Petunjuk : Peralatan harus dipergunakan oleh tenaga kesehatan yang terlatih untuk menangani keguguran dan mengelola komplikasi aborsi, termasuk melakukan pengeluaran sisa jaringan dari rahim.

Populasi sasaran : Isi kit ini berdasarkan asumsi bahwa 20% perempuan hamil mungkin mengalami keguguran (aborsi spontan) atau komplikasi dari aborsi tidak aman (20% x 300 = 60). Perhitungan dapat dilakukan dengan 25% dari kelahiran hidup (25% x (CBR x jumlah pengungsi)).

Tabel 5.31 Kit Penanganan Keguguran dan Komplikasi

No	Jenis Barang	Jumlah
Obat		
1	Amoksisilin tab 500 mg	1000
2	Metronidazole tab 250 mg	2000
3	Tablet klorin berisi 1,67 mg NaDCC, 1 kotak, isi 200	2
4	Ibuprofen tab 400 mg, 2 tablet per pasien (1 tab sebelum diperbolehkan pulang)	120
5	Oksitosin inj 10 IU/ml, ampul 1 ml	100
6	Lidocaine inj 2% (infiltr/p.v)	50
7	Atropine sulfate inj 0.25 mg/ml (i.m/iv/s.k)	50
8	Epinefrin / Adrenalin inj 0,1% (i.v/s.k/i.m)	20
9	Deksametason inj 5 mg/ml (i.v/i.m)	20
10	Metilergometrin Maleat inj 0,2 mg/ml	50
11	Aquabides, vial, 10 ml	10
12	Povidone Iodin lat 100 ml	50
13	Alcohol swab	100

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
14	Hibiscrub (larutan Klorheksidin 4%) 600 ml	10
Bahan habis pakai		
1	Sarung tangan steril, ukuran 7; 7,5 dan 8 (kotak berisi 50)	Masing - masing 1 kotak
2	Sarung tangan non steril untuk pemeriksaan, ukuran sedang (kotak berisi 100 sarung tangan)	1 kotak
3	Disposable syringe (steril) 10 cc	100
4	Disposable syringe (steril) 2.5 – 3 cc	200
5	Syringe needle introducer, 21G	300
6	Kasa hidrofil steril	240
7	Kantong plastic untuk kemasan obat, kurang lebih 10 x 15 cm, satu pak isi 100	1 pak
8	Kotak pengaman untuk alat suntik dan jarum suntik, kapasitas 5L	3
Dilengkapi dengan: Leaflet bagi perempuan: informasi Tindakan, dan bagaimana merawat diri		60 lembar, Bahasa Indonesia
	Petunjuk perawatan :	
	Gynecological aspiration system for uterine aspiration / uterine evacuation on obstetric and gynecology patients. Chapel Hill, NC, IPAS, multilingual	
	*Performing uterine evacuation with the Ipas. Mav Plus *aspirator and Ipas EasyGrip Cannulae. Instructional Booklet, Chapel Hill, NC, IPAS, 2008*	
	Manual vacuum aspiration, intisari dari Menghadapi Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan, Geneva, WHO, 2000	1, Bahasa Indonesia
Alat Kesehatan		
1	Manual Vacuum aspiration (MVA) SET	
2	MVA Plus dengan 2 cc silicon	4
3	Accessories kit bagi MVA Plus, meliputi (1) ring, (1) collarstop, (1) topi, (1) 2cc silicon	2

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
4	Cannula, Easygrip, 6 mm, integrated base/ IV Catheter 26 G	8
5	Cannula, Easygrip, 7 mm, integrated base/ IV Catheter 24 G	8
6	Cannula, Easygrip, 8-9 mm, integrated base/ IV Catheter 22 G	8
7	Cannula, Easygrip, 10 mm, integrated base/ IV Catheter 20 G	4
8	Cannula, Easygrip, 12 mm, integrated base/ IV Catheter 18 G	4
9	Dilators, Denisston, polymer, 1 set isi 5	4
10	Speculum vaginal graves/ cocor bebek (ukuran kecil, sedang, dan besar) masing-masing 2 unit	6
11	Forceps sponge foster straight (klem pemegang kasa) Panjang 250 – 270 mm/9-11”	2
12	Forceps tenaculum schoeder, Panjang 25-27cm/10”	2
13	Sonde uterine sims, Panjang 320-330 mm/12,5-13”/Sonde uterus	2

Tabel 5.32 Perbedaan Kit Internasional dan Kit Pengadaan Lokal

Kit Internasional	Kit Pengadaan Lokal
Obat kontraksi Rahim selain oksitosin juga menggunakan Misoprostol	Misoprostol diganti dengan metilergometrin maleat untuk obat kontraksi Rahim
Untuk desinfeksi kulit menggunakan Klorheksidin 5%	Untuk desinfeksi kulit menggunakan Povidon Iodin dan Alkohol Swab
• Alat Kesehatan: • Menggunakan Manual Vacuum Aspiration (MVA) • Alat Dilatasi dan Kuretase tajam	• Alat Kesehatan : Hanya menggunakan Manual Vacuum Aspiration tanpa alat kuretase tajam

jdih.kemkes.go.id

KIT 9

JAHITAN ROBEKAN (LEHER RAHIM DAN VAGINA)

Kegunaan : Kit ini digunakan untuk

- Untuk menjahit robekan di leher rahim dan vagina
- Untuk menjahit robekan di leher rahim dan vagina

Petunjuk : Kit ini sebaiknya digunakan hanya oleh tenaga kesehatan terlatih: bidan, dokter atau perawat dengan keterampilan kebidanan.

Populasi sasaran : Isi dari Kit ini berdasarkan asumsi bahwa 15% perempuan yang bersalin akan membutuhkan jahitan (15% x 690 persalinan= 104 perempuan) selama 3 bulan

Tabel 5.33 Kit Jahitan Robekan (leher rahim dan vagina) dan pemeriksaan vagina

No	Jenis Barang	Jumlah
Obat		
1	Klorheksidin lar 5%, botol, 1000 ml	8
2	Povidone iodine lar 100 mg/ml, botol 500 ml	6
3	Jel vagina/exploration gel, kurang lebih 100 gram	2
4	Lidocaine inj 2%, amp 2ml	40
Bahan habis pakai		
1	Benang chromic catgut 20, jarum 3/8, 36 mm, bulat, 36 mm, steril, sekali pakai, kotak berisi 12	12
2	Kasa hidrofil steril, 10 x 10 cm, sekali pakai, pak berisi 5	160
3	Sarung tangan steril, ukuran 7, 7.5 dan 8, sekali pakai	Masing-masing 80
4	Sarung tangan pemeriksaan non steril, bahan lateks, ukuran sedang, sekali pakai, kemasan berisi 100 sarung tangan	1
Alat Kesehatan		
5	Gunting benang mayo, 10 mm, curved	1

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
6	Klem pemegang jarum jahit, 18 cm (Mayo-Hegar)	1
7	Speculum sims, ukuran S, M, dan L	Masing-masing 1
8	Klem pemegang kasa, Panjang 250 mm/9-11”	2
9	Forester clamp/ Fenster Clamp	2
10	Daki instrument, stainless steel, kurang lebih 320 x 200 x 80 mm, dengan tutup	1
11	Lampu kepala. Headlamp lengkap dengan baterai	1

Tabel 5.34 Perbedaan Kit Internasional dengan Kit Pengadaan Lokal

Kit Internasional	Kit Pengadaan Lokal
Alat Kesehatan : 1. Memakai speculum Graves (cocor bebek) 2. Memakai retractor vaginal Doyen	Alat Kesehatan : 1. Memakai speculum tipe Sims 2. Memakai Forester clamp/ frenster clamp
	Obat ; Ditambah Lidocaine injeksi 2%, ampul 2 ml, sebanyak 40 ampul

KIT 10

PERSALINAN DENGAN EKSTRAKSI VAKUM

Kegunaan : Untuk melakukan persalinan ekstraksi vakum

Petunjuk : Kit ini dipergunakan oleh tenaga kesehatan terlatih (dokter, bidan atau perawat dengan keterampilan bidan)

Populasi sasaran : Persalinan yang membutuhkan bantuan ekstraksi vakum.

Tabel 5.35 Kit Persalinan dengan Ekstraksi Vakum

jdih.kemkes.go.id

No	Item	Jumlah
1	Penyedot Vakum, Bird Lengkap	1

KIT 11

KIT TINGKAT RUJUKAN UNTUK KESEHATAN REPRODUKSI

BAGIAN A: ALAT KESEHATAN YANG DAPAT DIGUNAKAN ULANG

Kit harus dipergunakan bersama dengan kit 11 bagian B

Kegunaan : Kit ini digunakan untuk:

- Untuk melakukan pembedahan sesar dan intervensi bedah kebidanan lainnya.
- Untuk resusitasi ibu dan bayi
- Untuk memulai pemberian pengobatan antibiotik intravena bagi infeksi puerperalis dan peradangan pada pinggul (PID/Pelvic Inflammatory Disease).

Petunjuk : Untuk dipergunakan oleh tenaga kesehatan terlatih yang mampu melaksanakan bedah kebidanan dan terlatih menangani komplikasi kehamilan, persalinan dan infeksi menular seksual.

Tabel 5.36 Kit Tingkat Rujukan untuk Kesehatan Reproduksi

Bagian A: Peralatan yang dapat Digunakan Ulang

No	Jenis Barang	Jumlah
Alat Kesehatan		
1	Keranjang, alat, untuk sterilisasi, kawat, 40 x 20 x 9	1
2	Klem/penjepit kain (kocher-backhaus)/ duk klem	4
3	Klem arteri (Kocher), 14 cm lurus	10
4	Klem arteri (Halsted-mosquito), 12,5 cm, lengkung	6
5	Klem arteri (Kocher), 14 cm, gigi 1x2, lengkung	2
6	Klem arteri (Kocher), 14 cm, gigi, 1x2 lurus	2
7	Klem arteri (Mixer), 14 cm, sangat halus	1

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
8	Klem arteri (Mixer), 23 cm, halus	1
9	Klem pemegang kassa, Panjang 250 – 270 mm/ 9-11”	6
10	Klem intensial (Doyen), 23 cm, lengkung	1
11	Klem intensial (Doyen), 23 cm, lurus	1
12	Klem peritoneal (Faure), 21 cm, agak sedikit lengkung	4
13	Pinset anatomis, standard 14,5 cm, lurus	1
14	Pinset anatomis, 25 cm, lurus	1
15	Pinset chirurgis 14 cm	1
16	Pinset chirurgis 25 cm	1
17	Pinset diathermy (Gerald)	1
18	Mangkuk, stainless steel 500 ml	1
19	Klem/ pemegang jarum, (Baby-Cricklewood), 15 cm, lembut	1
20	Klem/ pemegang jarum, (Mayo Hegar), 18 cm, lurus	1
21	Retractor, abdominal (Gosset), 2 bilah, 58 mm+central	1
22	Retractor, Farabeuf, dua ujung, 15 cm, sepasang	1
23	Gagang Scalpel, no 3 standar (untuk blade no 22)	1
24	Gunting jaringan (Metzenbaum/ Nelson), lurus, ujung tumpul 18 cm	1
25	Gunting jaringan (Metzenbaum/Nelson), lurus, ujung tajam 18 cm	1
26	Gunting jaringan (Metzenbaum/Nelson), lengkung 23 cm	1
27	Gunting benang (Mayo) lengkung	1
28	Gunting benang (Mayo) lurus	1
29	Spatula, Ribbon retractor, malleable, 27 x 25 cm	2
30	Tube suction, 28 cm (Yankauer)	1
Perlengkapan Desinfektan		
31	Mangkuk stainless steel, kurang lebih 180 ml	1
32	Klem pemegang kassa, Panjang 250 -270 mm/9-11”	1

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
33	Suction pump (alat penghisap)	1
34	Resusitator untuk dewasa	1
35	Resusitator untuk bayi	
36	Oropharyngeal airway, size 00	1
37	Oropharyngeal airway, size 0	1
38	Oropharyngeal airway, size 1	1
39	Oropharyngeal airway, size 2	1
40	Oropharyngeal airway, size 3	1
41	Oropharyngeal airway, size 4	1

BAGIAN B: OBAT – OBATAN DAN BAHAN HABIS PAKAI

Kit ini dipergunakan bersama dengan kit 11 bagian A

Kegunaan : Kit ini digunakan untuk:

- Untuk melakukan bedah sesar dan intervensi bedah kandungan lainnya
- Untuk resusitasi bagi ibu dan bayi baru lahir
- Untuk memulai memberikan pengobatan antibiotic IV bagi infeksi puerperalis dan Pelvic Inflammatory Disease (PID)/ radang panggul

Petunjuk : Untuk dipergunakan oleh tenaga Kesehatan terlatih yang mampu melakukan bedah kandungan dan terlatih untuk menangani komplikasi kehamilan dan persalinan dan infeksi menular seksual

Populasi sasaran : Untuk populasi 150.000 jiwa dengan Angka Kelahiran Kasar 2,3%, terdapat 4.320 persalinan selama 12 bulan atau 1.080 persalinan selama 3 bulan. Dari angka persalinan tersebut diasumsikan bahwa 5% membutuhkan bedah sesar (5% x 1.080 persalinan = 54 persalinan). Sekitar 22 perempuan akan membutuhkan layanan kebidanan yang lain (2% dari persalinan selama 3 bulan)

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.37 Kit Tingkat Rujukan untuk Kesehatan Reproduksi

Bagian B: Obat dan Bahan Habis Pakai

No	Jenis Barang	Jumlah
Obat		
1	Metronidazole tab 250 mg	1000
2	Amoksisilin tab 500 mg	2000
3	Paracetamol tab 500 mg	2000
4	Quinine (Sulfat atau bisulfat), tablet 300 mg	1000
5	Doksisiklin kaps 100 mg	1400
6	Tetrasiklin salep mata 1%	30
7	Ampisilin serb inj 250 mg (i.m./i.v), serb inj 1.000 mg(i.v)	400
8	Gentamicin inj 40 mg/ml, vial	1050
9	Aquabidest, ampul 10 ml	500
10	Metronidazole inf 5 mg/ml	200
11	Metilergometrin inj 0,2 mg/ml, ampul 1 ml	200
12	Oksitosin inj 10 UI/ml, ampul 1 ml	200
13	Kalsium glukonat inj 10%, ampul 1 ml	30
14	Magnesium sulfat (MgSO4) inj 20%	100
15	Hydralazine hydrochloride suntik 20 mg/ml, 2-ml	60
16	Kuinin inj 25% (i.v)	200
17	Lidocaine inj 1% (inflitr/p.v), ampul 20 ml	120
18	Lidocaine inj 2% (inflitr/p.v) ampul 20 ml	100
19	Lidocaine inj 5% + glukosa (dekstrosa) 5%	100
20	Ketamine inj 50 mg/ml, ampul 10 ml	50
21	Sodium chloride/ NaCl larutan infus, 0,9% (isotonic), 1 liter botol infus, diberikan per set, steril, sekali pakai	300
22	Glukosa, larutan infus 5% (isotonic), 1 liter botol + infus, diberikan per set, steril, sekali pakai	300
23	Dextran 70 larutan untuk suntikan 6%, 500-ml, botol+infus, berikan per set steril, sekali pakai	100
24	Sodium dichloroisocyanurate tablet/ tablet klorin, berisi 1,67 gr NaDCC, kotak isi 200	2

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
25	Larutan Klorheksidin 15%, botol 50 ml	100
26	Larutan Klorheksidin 5%, botol 1000-ml	30
Alat Kesehatan Dapat Diperbaharui		
27	Tube suction CH10, Panjang 50 cm, conical tip, steril, sekali pakai	60
28	Tube suction CH14, Panjang 50 cm, conical tip, steril, sekali pakai	60
29	Cannula, Easygrip, 10 mm, integrated base/ IV Catheter 20 G	500
30	Cannula, Easygrip, 12 mm, integrated base/ IV Catheter 18 g	100
31	Disposable syringe (steril) 1 ml	400
32	Disposable syringe (steril) 2 ml	1400
33	Disposable syringe (steril) 5 ml	500
34	Disposable syringe (steril) 10 ml	600
35	Jarum suntik 21 G (0,8 x 40 mm), steril, sekali pakai	3000
36	Jarum suntik 23 G (0,6 x 25 mm), steri, sekali pakai	100
37	Plester berperekat zinc oxide, 2,5 cm x 5 m	50
38	Sikat tangan, plastic	10
39	Sarung tangan steril, ukuran 7,5, sekali pakai, sepasang	400
40	Sarung tangan steril, ukuran 7, steril, sekali pakai, sepasang	400
41	Sarung tangan ginekologi, steril, ukuran 7,5, steril, sekali pakai, sepasang	10
42	Sarung tangan non steril, pemeriksaan, lateks, ukuran 7,5, sekali pakai, satu kotak isi 100	5 kotak
43	Benang vicryl no 1 panjang 90 cm, dapat diserap, DEC4 (1), jarum, 3/8. 36 mm, bulat, sekali pakai, satu kotak isi 12	24
44	Benang chromic catgut 3,0 panjang 90 cm, dapat diserap, DEC3(2/0), jarum 3/8, 36 mm, bulat, steril, sekali pakai, satu kotak isi 12	24
45	Benang catgut, dapat diserap, Panjang 30 cm, DEC3 (2/0), jarum, 3/8. 30 mm, steril, triangular, sekali pakai, satu kotak isi 12	12
46	Foley Catheter, CH14, steril, sekali pakai	150

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis Barang	Jumlah
47	Kantong penampung urine/ urine bag, 2000 ml	150
48	Tirai bedah 100 cm x 150 cm	6
49	Jarum suntik tulang belakang 22G (0,7 X 90 mm), steril, sekali pakai	120
50	Kasa Hidrofil 10 x 10 cm, sekali pakai, 1 pak isi 5	200
51	Plaster mengandung zinc oxide, 2,5 x 5 cm Plaster mengandung zinc oxide, perforated, 10 cm x 5 m	50 5
51	Blade scalpel no 22, sekali pakai	100
53	Kotak pengaman untuk alat suntik dan jarum, kapasitas 5 liter	25
54	Kantong plastic untuk obat-obatan, kurang lebih 10 x 15 cm, 1 pak isi 100	10
55	Kacamata pengaman, ukuran regular, disposable	2
Petunjuk perawatan		
Menangani komplikasi pada kehamilan dan kelahiran. Petunjuk untuk bidan dan dokter, Geneva, WHO, UNFPA, UNICEF, WB.2003		1 Bahasa Indonesia

Tabel 5.38 Perbedaan Kit Internasional dan Kit Pengadaan Lokal

Kit Internasional	Kit Pengadaan Lokal
1. Ada alat tes kehamilan sebanyak 20 buah	1. Tambahan plester berperekat zinc oxide, 2,5 cm x 5 m (item no 78) 2. Tanpa alat tes kehamilan

e. Pengisian formulir monitoring komponen 4: Pencegahan peningkatan kesakitan dan kematian Maternal dan Neonatal

Dalam pencegahan peningkatan kesakitan dan kematian maternal dan neonatal pada pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi diperlukan sejumlah indikator monitoring dan evaluasi sehingga pelaksanaan PPAM dapat berjalan dengan baik yang diukur dalam dua indikator yaitu indikator kualitatif dan indikator kuantitatif. Adapun indikator monitoring dan evaluasi tergambar pada tabel berikut:

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.39 Formulir monitoring pencegahan peningkatan kesakitan dan kematian

maternal dan neonatal (Indikator Kualitatif)

No	Indikator	Ya	Tidak
1	Data pemetaan ibu hamil dan bayi di tempat – tempat pengungsian tersedia		
2	Pemetaan puskesmas PONED dan rumah sakit PONEK dilakukan hal – hal yang harus diobservasi adalah keadaan bagungan, kondisi geografis, transportasi, peralatan, obat – obatan, dan ketersediaan sumber daya manusia		
3	Ibu hamil dapat dijangkau oleh petugas dengan menempatkan ibu hamil di dalam satu tenda		
4	Konselor ASI tersedia		
5	Asuhan pasca persalinan tersedia		
6	Bidan kit, kit kesehatan reproduksi, individual kit serta buku KIA didistribusikan sesuai dengan kebutuhan		
7	Pelayanan PONED dan PONEK dipastikan tersedia		
8	Pelayanan Asuhan Pasca Keguguran (APK) tersedia		
9	Koordinasi dilakukan untuk memastikan adanya sistem rujukan dari masyarakat, puskesmas, rumah sakit		
10	Informasi terpasang dan tersedia tentang prosedur pelayanan kesehatan, yang menyebutkan kapan, dimana, dan bagaimana merujuk pasien dengan kondisi kegawatdaruratan maternal ke tingkat pelayanan kesehatan lebih lanjut		

Tabel 5.40 Formulir monitoring pencegahan peningkatan kesakitan dan kematian

maternal dan neonatal (Indikator Kuantitatif)

No	Indikator kuantitatif	Capaian
1	Jumlah ibu hamil di pengungsian	
2	Jumlah ibu hamil yang melakukan ANC	

jdih.kemkes.go.id

No	Indikator kuantitatif	Capaian
3	Jumlah ibu hamil yang melahirkan	
4	Jumlah ibu hamil yang melahirkan di fasilitas kesehatan	
5	Jumlah ibu hamil yang mengalami komplikasi	
6	Jumlah ibu yang menerima Asuhan Pasca Keguguran (APK)	
7	Jumlah ibu hamil yang mengalami komplikasi yang ditangani di puskesmas PONED atau RS PONEK	
8	Jumlah kasus kematian ibu dan bayi baru lahir	
9	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang bisa memberi pelayanan PONED dan PONEK di lokasi pengungsian	

VI. Pencegahan Kehamilan Yang Tidak Diinginkan

a. Pelayanan Kontrasepsi pada Situasi Krisis Kesehatan

1. Keinginan untuk terus menggunakan kontrasepsi karena tidak ingin hamil lagi di pengungsian dengan kondisi yang tidak pasti maupun tidak ingin hamil lagi meskipun situasi sudah lebih stabil.

a) Keinginan untuk terus menggunakan kontrasepsi karena tidak ingin hamil lagi di pengungsian dengan kondisi yang tidak pasti maupun tidak ingin hamil lagi meskipun situasi sudah lebih stabil.

b) Keinginan untuk mempunyai anak lagi untuk menggantikan anak-anak yang meninggal saat bencana. Hal ini terjadi apabila bencana berskala besar seperti bencana gempa dan tsunami di Aceh tahun 2004 dimana banyak keluarga yang kehilangan anggota keluarga. Meskipun ingin punya anak lagi, tetapi kelompok ini tidak ingin hamil pada saat tanggap darurat melainkan merencanakan kehamilan pada saat kondisi sudah lebih stabil dan mendapat kepastian tempat tinggal di masa yang akan datang di hunian sementara (huntara) atau di hunian tetap (huntap). Meskipun kedua kelompok memiliki keinginan yang berbeda, tetapi keduanya ingin meneruskan penggunaan kontrasepsi dan tidak ingin hamil di situasi pengungsian pada fase awal/tanggap darurat krisis kesehatan. Oleh karena itu, harus dipastikan

tersedianya pelayanan kontrasepsi pada tanggap darurat dan pasca krisis kesehatan untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan.

2. Sudah ada permintaan pelayanan kontrasepsi di minggu pertama pasca bencana dan permintaan pelayanan kontrasepsi mulai muncul di minggu kedua pasca bencana, sebagai contoh pasca gempa di Nusa Tenggara Barat di tahun 2018 dan gempa, tsunami dan likuifaksi di provinsi Sulawesi Tengah tahun 2018.

Tabel 5.41 Hasil Pelayanan KB pada Masa Tanggap Darurat

HASIL PELAYANAN KB PADA MASA TANGGAP DARURAT		
Metode	**Nusa Tenggara Barat**	**Sulawesi Tengah**
Suntik	179	722
Pil	56	264
Implan	9	94
AKDR	1	43
TOTAL	**245**	**1.123***

Sumber data: *5 tenda Kespro di Nusa Tenggara Barat (periode September - Oktober 2018) dan 15 tenda Kesehatan Reproduksi di Sulawesi Tengah (periode Oktober - Desember 2018) - Kementerian Kesehatan*

3. Tidak tersedianya pelayanan kontrasepsi pada krisis kesehatan akibat bencana dapat menyebabkan berbagai konsekuensi berkaitan dengan keluarga berencana dan penyebaran IMS/HIV. Untuk keluarga berencana akan mengakibatkan terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan yang biasanya akan berakhir dengan aborsi yang tidak aman dan meningkatnya resiko kesakitan dan kematian terkait kehamilan dan persalinan. Akses terhadap pelayanan kontrasepsi secara sukarela merupakan bagian dari hak asasi manusia dan hak reproduksi dimana setiap individu atau pasangan dapat memutuskan jumlah, jarak maupun waktu untuk memiliki anak.

   Sesuai dengan konsep PPAM yang telah dipaparkan sebelumnya, pelayanan kontrasepsi sebagai bagian dari PPAM

jdih.kemkes.go.id

difokuskan pada pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan dan diterapkan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan (tahap awal bencana). Pelayanan keluarga berencana yang lebih luas dan komprehensif akan diberikan pasca krisis setelah situasi lebih stabil. Lamanya tahap tanggap darurat akan ditetapkan oleh kepala daerah setempat tergantung besarnya skala bencana dan lama waktu yang dibutuhkan untuk penanganan darurat dan dapat diperpanjang sesuai dengan kebutuhan dan situasi di lapangan.

Pelayanan kontrasepsi dapat diberikan secara terpadu dengan komponen PPAM yang lain, seperti pemberian kontrasepsi pasca salin atau pasca-keguguran di bawah komponen kesehatan maternal dan neonatal, pemberian kondom sebagai bagian dari perlindungan ganda (*dual protection*) dari kehamilan dan infeksi menular seksual (IMS), dan pemberian kontrasepsi darurat sebagai bagian dari penanganan medis penyintas kekerasan seksual. Pemberian kondom dapat berfungsi sebagai pencegahan kehamilan sekaligus berkontribusi terhadap pencapaian tujuan ke-3 PPAM yaitu mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian karena HIV dan Infeksi Menular Seksual (IMS) lainnya. Informasi lebih lanjut terkait dengan terkait dengan pelayanan kontrasepsi pada situasi krisis kesehatan dapat diakses pada "Buku Pedoman Pelayanan Kontrasepsi Pada Situasi Krisis Kesehatan Akibat Bencana dengan cara scan barcode yang tertera pada modul ini.

b. Langkah-langkah pada tanggap darurat krisis kesehatan untuk mencegah meningkatnya kehamilan yang tidak direncanakan

1. Memastikan tersedianya alat kontrasepsi jangka pendek dan jangka panjang (*reversible*) bagi Pasangan Usia Subur (PUS)
   Untuk dapat memastikan tersedianya pelayanan kontrasepsi, harus dilakukan langkah sebagai berikut:

   a) Penilaian kebutuhan yang dilakukan secara bersama
      1) Kondisi kantor BKKBN provinsi/OPD Dalduk KB Kabupaten Kota (gudang dan kondisi alkon beserta fasilitas penunjangnya: alat transportasi, mobil muyan dll). Kondisi fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kontrasepsi termasuk kondisi alkon dan alat-alat lainnya. Jika bangunan kantor rusak, dapat

didirikan kantor sementara/pos dengan menggunakan tenda untuk koordinasi penyediaan dan pendistribusian alkon serta pelayanan kontrasepsi bergerak.

2) Lakukan penghitungan dan pemeriksaan kondisi fisik alkon dan sarana penunjang untuk melihat adanya kerusakan atau kehilangan. Jika terdapat kerusakan, buatlah Berita Acara Kerusakan dan ditindaklanjuti dengan usulan penghapusan, bila situasi telah memungkinkan. Lakukan penyesuaian pada kartu stok.

3) Menilai kondisi personil BKKBN provinsi/OPD Dalduk KB Kabupaten: jumlah yang menjadi korban meninggal/terkena dampak krisis kesehatan, termasuk kondisi personil PKB (Penyuluh KB) dan Petugas Lapangan KB (PLKB). Lakukan penilaian apakah kantor perwakilan BKKBN/OPD Dalduk KB dapat berfungsi dan melaksanakan tugasnya atau tidak. Jika tidak dapat berfungsi, rencanakan permintaan bantuan personil dari kantor perwakilan terdekat melalui kantor BKKBN provinsi.

b) Penyediaan alat kontrasepsi menggunakan stok yang ada (stok maksimal) atau melalui mekanisme permintaan darurat

2. Menyediakan Pelayanan Kontrasepsi

a) Fasilitas kesehatan yang masih berfungsi: rumah sakit, puskesmas, pustu dan lainnya.

b) Fasilitas kesehatan sementara: tenda kesehatan reproduksi atau tenda kesehatan umum.

c) Pelayanan kontrasepsi bergerak: melalui kunjungan rumah atau kunjungan ke lokasi pengungsian.

Penyelenggaran pelayanan kontrasepsi pada tahap tanggap darurat harus diberikan secara berkualitas dan mengikuti SOP yang sudah ada mengikuti tindakan pra pelayanan, saat memberikan pelayanan dan pasca pelayanan.

3. Menyediakan Materi Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

a) Materi KIE harus tersedia dan digunakan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya melanjutkan pemakaian kontrasepsi, manfaat penggunaan kontrasepsi (kondom) untuk pencegahan IMS dan HIV dan ketersediaan pelayanan kontrasepsi pada situasi krisis kesehatan akibat bencana.

jdih.kemkes.go.id

b) Pada kondisi krisis kesehatan, materi KIE terkait pelayanan kontrasepsi sukarela dapat dicetak di barang-barang bantuan yang biasa diberikan kepada penduduk yang terkena dampak bencana dituangkan di kipas plastik (*plastic hand fan*), pesan-pesan yang dituliskan pada kaos/t-shirt (yang dipakai PLKB/Kader), jerigen plastik lipat untuk menyimpan air dan tas kit dignity/kit khusus perempuan dan bahan lainnya. Tidak disarankan mencetak brosur atau leaflet dari kertas karena akan menambah volume sampah di tempat pengungsian.

c) Pesan-pesan terkait penggunaan dan pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi.

1) Pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan, pesan-pesan yang disampaikan difokuskan pada pentingnya melanjutkan penggunaan kontrasepsi dan mencegah terjadinya putus pakai agar tidak terjadi kehamilan yang tidak direncanakan, bagaimana mendapatkan pelayanan kontrasepsi beserta lokasi pelayanan.
2) Pada tahap pasca krisis dan ketika situasi sudah mulai stabil, materi yang disampaikan difokuskan untuk memotivasi PUS di masyarakat untuk menggunakan pelayanan kontrasepsi yang lebih luas termasuk kontrasepsi mantap.
3) Materi KIE juga dapat diberikan melalui pemutaran film menggunakan Mobil Unit Penerangan (Mupen) KB. Film edukasi tentang kontrasepsi dan keluarga berencana dapat diputar bersama dengan film keluarga yang sekaligus dapat menjadi hiburan bagi masyarakat yang tinggal di pengungsian.

4. Memastikan Pasangan Usia Subur (PUS) mengetahui pelayanan kontrasepsi

a) Penggerakan masyarakat

Masyarakat harus dilibatkan dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kontrasepsi, termasuk melibatkan kelompok-kelompok yang rentan sulit dijangkau seperti kelompok penyandang disabilitas, pekerja seks, dan difokuskan pada akses dalam mendapatkan pelayanan kontrasepsi. Karena pada umumnya kelompok ini mengalami diskriminasi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

jdih.kemkes.go.id

b) Keterlibatan dan dukungan laki-laki (*male involvement*)
   1) Keterlibatan dan dukungan laki-laki dalam pembuatan keputusan dan persetujuan dalam penggunaan kontrasepsi dan metode yang dipilih.
   2) Mempertimbangkan perspektif dan motivasi laki-laki sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari pelaksanaan program KB-KR.
   3) Pelayanan yang dirancang khusus untuk meningkatkan peran serta laki-laki: layanan kontrasepsi khusus untuk laki-laki (kondom laki-laki, vasektomi), konseling bagi pasangan, promosi penggunaan kondom, jadwal pelayanan khusus bagi laki-laki di fasilitas kesehatan, diskusi kelompok sebaya laki-laki, pemberian informasi tentang kesehatan reproduksi bagi kelompok laki-laki yang bisa dilakukan ketika situasi sudah lebih stabil.

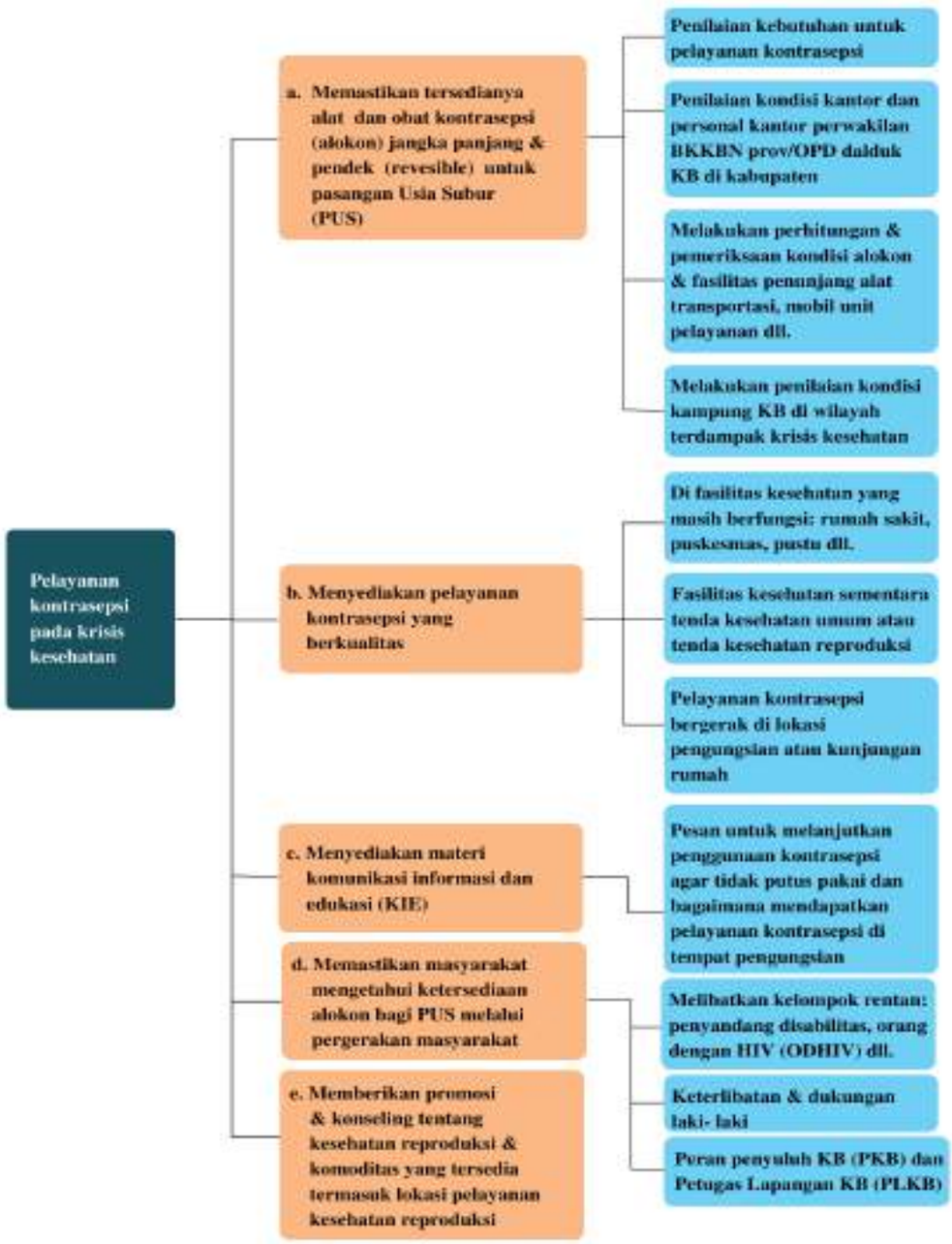
5. Memberikan promosi dan konseling tentang kesehatan reproduksi dan komoditas yang tersedia termasuk lokasi pelayanan kesehatan reproduksi bagi penduduk terdampak yang tinggal di lokasi pengungsian

   PKB dan PLKB di tingkat daerah memiliki peran yang sangat penting dalam penggerakan masyarakat untuk pelayanan pada krisis kesehatan. Berikut adalah peran PKB/PLKB dalam melakukan promosi dan konseling kesehatan reproduksi dan pelayanan kontrasepsi:

   a) Melakukan pendataan dan pembinaan Pasangan Usia Subur (PUS) dan peserta KB di lokasi pengungsian karena ada tambahan PUS dari pengungsi yang datang dari luar wilayah cakupan serta melakukan pencatatan dan pelaporannya.
   b) Memotivasi PUS untuk meneruskan penggunaan kontrasepsi dan memberi informasi tentang lokasi pelayanan kontrasepsi dan pelayanan kesehatan reproduksi di tempat pengungsian melalui KIE perorangan.
   c) Menggerakkan kader-kader KB yang masih ada di sekitar lokasi pengungsian.
   d) Memberdayakan pengungsi baik laki-laki maupun perempuan untuk menjadi kader KB di pengungsian yang dapat membantu dan menggerakkan PUS untuk mengakses pelayanan kontrasepsi yang tersedia.
   e) Melakukan konseling terhadap penggunaan kontrasepsi.

jdih.kemkes.go.id

f) Memonitoring dan mengevaluasi pelayanan, penyuluhan, pengembangan atau penggerakan terhadap kegiatan-kegiatan yang dibutuhkan peserta KB di wilayah krisis bencana.



Gambar 5.21 Ringkasan Pencegahan Kehamilan yang tidak direncanakan

c. Penghitungan kebutuhan alat dan obat kontrasepsi

Penghitungan kebutuhan alkon secara rutin pada situasi normal dilakukan oleh BKKBN dengan menghitung jumlah sasaran yaitu jumlah Pasangan Usia Subur (PUS). Pada tahap awal tanggap darurat krisis kesehatan, biasanya sangat sulit untuk mendapatkan data lengkap tentang penduduk yang terkena dampak bencana termasuk data PUS. Oleh karena itu, penghitungan estimasi sasaran dan kebutuhan alkon dengan

jdih.kemkes.go.id

menggunakan estimasi statistik berdasarkan data jumlah pengungsi yang tersedia. Estimasi sasaran dihitung kembali karena setelah terjadi bencana ada perubahan jumlah penduduk karena adanya korban meninggal dan hilang dan adanya pengungsi yang datang dari wilayah lain. Berdasarkan hasil dari penilaian kebutuhan dan jumlah pengungsi, akan dihitung estimasi sasaran untuk masing-masing metode kontrasepsi dan kebutuhan alkon. Berikut adalah formula untuk melakukan estimasi sasaran dan menghitung kebutuhan alkon selama 3 bulan berdasarkan data penggunaan alat atau cara kontrasepsi modern dari hasil Survey Demografi Kesehatan (SDKI) tahun 2017.

Tabel 5.42 Formula perhitungan estimasi sasaran

Metode	Data SDKI 2017	Formula
Kondom	2,5 %	● Penghitungan kebutuhan kondom selama 3 bulan adalah berdasarkan estimasi bahwa laki-laki yang aktif secara seksual adalah 20% dari jumlah pengungsi dan melakukan hubungan seksual rata-rata 3x seminggu ● Laki-laki yang aktif secara seksual = 20% x jumlah pengungsi = a ● Menggunakan kondom: 2.5% x a = b ● Jumlah kondom: hubungan seksual rata-rata 3x/minggu, dan 4 minggu/bulan ● membutuhkan kondom sebanyak 3 x 4 =12 buah/bulan ● Kebutuhan kondom 3 bulan = b x 12 buah x 3 bulan = c ● Cadangan: 20% dari c = d ● Total kebutuhan kondom = c + d
Pil KB	13,1%	● Penghitungan kebutuhan pil KB selama 3 bulan adalah dengan menghitung jumlah wanita usia subur (WUS) dan 13.1% dari WUS menggunakan pil ● Jumlah WUS adalah 25% x pengungsi = a ● Yang memakai pil: 13.1% x a = b ● Jumlah kebutuhan pil = b x 3 bulan = c ● Cadangan: 10% x c = d ● Total kebutuhan pil = c + d

jdih.kemkes.go.id

Metode	Data SDKI 2017	Formula
Suntik	29%	● Penghitungan kebutuhan suntik selama 3 bulan adalah dengan menghitung jumlah wanita usia subur (WUS) dan 29% dari WUS menggunakan suntik ● Jumlah WUS: 25% x jumlah pengungsi = a ● Jumlah yang memakai suntik: 29% x a = b ● Jumlah kebutuhan suntik 3 bulan adalah = b (karena periode suntik yang diberikan BKKBN adalah 3 bulan)
AKDR	4,7%	● Penghitungan kebutuhan AKDR adalah dengan menghitung jumlah wanita usia subur (WUS) dan 4.7% dari WUS menggunakan AKDR ● Jumlah WUS: 25% x jumlah pengungsi = a ● Jumlah yang menggunakan AKDR: 4.7% x a = b ● Jumlah AKDR yang dibutuhkan = b
Implan	4,7%	● Penghitungan kebutuhan implan adalah dengan menghitung jumlah wanita usia subur (WUS) dan 4.7% dari WUS menggunakan implan ● Jumlah wanita usia subur: 25% x jumlah pengungsi = a ● Jumlah yang menggunakan implan 4.7% x a = b ● Jumlah implan yang dibutuhkan adalah = b
Pil Kontrasepsi Darurat	2%	Penghitungan kebutuhan pil kontrasepsi darurat berdasarkan estimasi bahwa 2% dari WUS mengalami resiko kekerasan seksual/perkosaan Jumlah wanita usia subur: 25% x jumlah pengungsi = a Jumlah wanita usia subur yang mengalami resiko perkosaan/ kekerasan seksual: 2% x a = b Kebutuhan pil kontrasepsi darurat: b Dapat menggunakan pil KB kombinasi (30 microgram Etinil Estradiol ditambah 0.15 mg Levonorgestrel 4 tablet, diminum secepat

jdih.kemkes.go.id

Metode	Data SDKI 2017	Formula
		mungkin,diikuti dengan dosis yang sama 12 jam kemudian) = b x 8 tablet

Pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi di lapangan memerlukan berbagai macam logistik kesehatan, baik bahan, obat alat kesehatan maupun sarana penunjang lainnya yang telah disesuaikan dengan hasil penilaian cepat pada tanggap darurat krisis kesehatan. Pada kit kesehatan reproduksi terdapat 2 kit internasional yang tidak diadaptasi di Indonesia yaitu kit kondom perempuan (kit 1B) karena belum digunakan secara luas di Indonesia serta untuk ketersediaannya belum menjadi program pemerintah, dan kit persalinan bersih individu(kit 2) karena sesuai kebijakan Pemerintah, persalinan harus tetap ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan Kesehatan.

Tabel 5.43 Penyesuaian kit reproduksi dengan kondisi di Indonesia

Kit Kesehatan Reproduksi Internasional			Kit Kesehatan Reproduksi yang disesuaikan dengan kondisi Indonesia		
Blok 1	Kit 0	Kit Administrasi/Perlengkapan pelatihan	Blok 1	Kit 0	Kit Administrasi/Perlengkapan pelatihan
	Kit 1	Kit Kondom 1A Kondom Laki-laki 1B Kondom Perempuan		Kit 1	Kit Kondom (laki-laki)
	Kit 2	Kit Persalinan Bersih Individu (Bagian A & B)		*Tidak diadaptasi*	
	Kit 3	Kit Perawatan Korban Perkosaan		Kit 3	Kit Perawatan Korban Perkosaan
	Kit 4	Kit Kontrasepsi Oral dan Suntik		Kit 4	Kit Kontrasepsi Oral dan Suntik
	Kit 5	Kit Pengobatan Infeksi Menular Seksual		Kit 5	Kit Pengobatan Penyakit Menular Seksual
	Kit 6	Kit Pertolongan Persalinan di Klinik	Blok 2	Kit 6	Kit Pertolongan persalinan di klinik
Blok 2	Kit 7	Kit Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR/IUD)		Kit 7	Kit Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR/IUD) dan Pencabutan Implan
	Kit 8	**Kit Penanganan Keguguran dan Komplikasi**		Kit 8	**Kit Penanganan Keguguran dan Komplikasi**
	Kit 9	Kit Jahitan Robekan (Leher Rahim dan Vagina dan Pemeriksaan Vagina		Kit 9	Kit Jahitan Robekan (Leher Rahim dan Vagina) dan Pemeriksaan Vagina
	Kit 10	Kit Persalinan dengan Ekstraksi Vacuum		Kit 10	Kit Persalinan dengan Ekstraksi Vacuum
Blok 3	Kit 11	Kit Tingkat Rujukan untuk Kesehatan Reproduksi	Blok 3	Kit 11	Kit Tingkat Rujukan untuk Kesehatan Reproduksi
	Kit 12	Kit Transfusi Darah		Kit 12	Kit Transfusi Darah

Blok 1

Penggunaan kit pada blok 1 terdiri dari 5 kit (kit 0 sampai kit 5) yang digunakan di tingkat masyarakat dan pelayanan kesehatan dasar. Setiap kit cukup melayani kebutuhan 10.000 pengungsi selama 3 bulan.

Tabel 5.44 Jenis Kit dan Kode Warna

KIT	JENIS KIT	KODE WARNA
Kit 0	Kit administrasi / perlengkapan pelatihan	Oranye
Kit 1	Kit kondom	Merah
Kit 3	Kit perawatan korban pemerkosaan	Merah jambu
Kit 4	Kit kontrasepsi oral dan suntik	Putih
Kit 5	Kit pengobatan infeksi menular seksual	Biru kehijauan

d. Kebutuhan Logistik Pencegahan Kehamilan Yang Tidak Direncanakan

Terdapat beberapa kebutuhan logistik yang diperlukan dalam pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan diantaranya:

KIT 4 KONTRASEPSI ORAL DAN SUNTIK

Kegunaan — Untuk merespon kebutuhan perempuan akan kontrasepsi pil dan suntik.

Petunjuk — Digunakan tenaga kesehatan terlatih untuk:

- Menjelaskan kelebihan dan kekurangan kontrasepsi pil dan suntik
- Menjelaskan penggunaan kontrasepsi pil dan suntik
- Mengidentifikasi kontra-indikasi kontrasepsi pil & suntik
- Melakukan pelayanan KB jenis suntikan.

jdih.kemkes.go.id

Populasi sasaran

Isi dari kit ini didasarkan pada asumsi bahwa 25% dari populasi di lokasi pengungsian adalah perempuan berumur antara 15 – 49 tahun (10.000 x 25%= 2.500) dan 54.5% dari perempuan ini menggunakan alat kontrasepsi (2.500 x 54.5% = 1.363 perempuan)*, sebagai berikut:

- 13.6% menggunakan kombinasi kontrasepsi pil (2.500 x 13.6% = 340 perempuan)
- 31.9% menggunakan kontrasepsi suntik (2.500x 31.9% = 798 perempuan)
- 3.9% menggunakan alat kontrasepsi dalam rahim (2.500 x 3.9% = 98 perempuan) (AKDR dan Implant, lihat Kit 7)
- 3.3% menggunakan implant (2.500x 3.3% = 82 perempuan) (AKDR dan Implant, lihat Kit 7)
- Setiap bulan 5% dari pengguna kontrasepsi memerlukan kontrasepsi darurat (1,363 x 5%= 68 perempuan)**

*54.5% adalah pemakaian kontrasepsi dengan suatu cara modern (pil, suntik, AKDR, implant, kondom), tidak termasuk sterilisasi laki-laki dan perempuan.

**Kontrasepsi darurat mengikuti standar global sebesar 5% dari, perempuan pemakai kontrasepsi, persentase ini diluar 54.5% pemakai kontrasepsi

(Asumsi menggunakan pedoman internasional)

Tabel 5.45 Kit Kontrasepsi Oral dan Suntik

No	Obat	Jumlah
1	Kombinasi Levonorgestrel 0,15 mg, Etinilestradiol 0,030 mg (340 perempuan x*Tabel 20. Kit Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)* 3 siklus + 10% cadangan)	1,122 strip

jdih.kemkes.go.id

No	Obat	Jumlah
2	Levonorgestrel 0,75 mg, paket berisi 2 tablet (kontrasepsi darurat) (1,363 x 5% x 3 siklus)	204
3	Levonorgestrel 0,03 mg, 1 strip untuk 1 siklus (1,363 x 5% x 3 siklus)	204
4	Medroksiprogesteron asetat inj 150 mg/3 ml (suntik 3 bulan)	800
	Jumlah pengguna kontrasepsi suntik = 798	
Alat Kesehatan dan bahan, dapat diperbaharui		
1	Jarum suntik 3 cc sekali pakai	800
2	Alcohol swab	8 kotak
3	Kotak pengaman, untuk alat suntik dan jarum, kapasitas 5 L	8
Petunjuk penggunaan, keluarga berencana, buku pedoman untuk penyedia layanan		Bahasa Indonesia

Catatan: Pemesanan ulang alat kontrasepsi ini harus dilakukan setelah dilakukan *need assessment* kesehatan reproduksi

KIT 7

ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM/ AKDR/IUD) DAN PENCABUTAN IMPLAN

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) / *Intrauterine Devices (AKDR)*

Kegunaan : Kit 7 dipergunakan untuk

- Memasang AKDR sebagai alat kontrasepsi
- Melepaskan AKDR
- Memberikan antibiotik pencegahan

jdih.kemkes.go.id

Petunjuk : Digunakan oleh tenaga kesehatan terlatih untuk

- Menjelaskan kelebihan dan kekurangan kontrasepsi AKDR
- Menjelaskan penggunaan kontrasepsi AKDR
- Mengidentifikasi penggunaan kontrasepsi AKDR
- Melakukan pelayanan KB jenis AKDR

Populasi sasaran : Isi kit berdasarkan asumsi bahwa 25% populasi perempuan berusia antara 15 s/d 49 tahun (30.000 x 25%= 7.500), dengan anggapan bahwa 3.9% perempuan pengguna alat kontrasepsi memilih AKDR, maka 7.500 x 3.9% = 293 perempuan.

(Asumsi perhitungan menggunakan data SDKI tahun 2012)

Tabel 5.46 Kit Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

No	Jenis barang	Jumlah
Obat		
1	AKDR CuT 380 A	350
2	Amoxicillin tab 500 mg	1000
3	Povidone iodine, botol 1000 ml	15
Bahan habis pakai		
4	Kanton plastic, untuk kemasan obat 10 x 15 cm, kemasan isi 100	5
5	Sarung tangan steril, ukuran 7; 7,5 dan 8 (masing- masing 200)	600
6	Kasa tekan 10 x 10 cm, steril, sekali pakai, 1 pak isi 5	1000
Alat kesehatan: set untuk memasang dan melepaskan ADKR		
7	Cocor bebek, ukuran besar/ medium/ kecil	Masing – masing 1
8	Forceps sponge foster straight (klem pemegang kasa), Panjang, 250 – 270 mm/ 9-11”	1
9	Tenaculum Schroeder, Panjang 25 – 27 cm/ 10”	2
10	Sonde uterus, Panjang, 320 – 330 mm/ 12,5 – 13”	3

jdih.kemkes.go.id

No	Jenis barang	Jumlah
Obat		
1	AKDR CuT 380 A	350
2	Amoxicillin tab 500 mg	1000
3	Povidone iodine, botol 1000 ml	15
11	Gunting benang, Panjang 17 cm/ 6-7’	1
12	AKDR removal Hook Panjang 320 mm/12,5”	1
13	Tang buaya	1
14	Bak instrument, bertutup	1
15	Iodine cup	1

Implan

Kegunaan : Kit ini digunakan untuk:

- Memasang kontrasepsi implan/Susuk KB/Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)
- Melepaskan kontrasepsi implan/Susuk KB/Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)
- Memberikan antibiotik pencegahan dan penghilang rasa sakit

Petunjuk : Digunakan oleh tenaga kesehatan terlatih untuk

- Menjelaskan kelebihan dan kekurangan kontrasepsi Implan
- Menjelaskan penggunaan kontrasepsi Implan
- Mengidentifikasi kontra-indikasi kontrasepsi Implan
- Melakukan pelayanan KB jenis Implan

Populasi sasaran : Isi kit berdasarkan asumsi bahwa 25% populasi perempuan berusia antara 15 s/d 49 tahun (30.000 x 25%= 7.500), dengan anggapan bahwa 3.3% perempuan pengguna alat kontrasepsi memilih implan, maka 7.500 x 3.3% = 248 perempuan.

(Asumsi perhitungan menggunakan data SDKI tahun 2012)

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.47 Kit Implan

No	Alat Kesehatan	Jumlah
1	Set susuk KB - 2 batang elastic silicon tube @75 mg levonorgestrel - Inserter sekali pakai terdiri dari : Tubular metal needle dan surgical blade	250
2	Lidocaine inj 1% ampul 2 ml	250
3	Disposable syringe 3 ml	250
4	Povidone iodin lar 100 mg/ml, botol 500 ml	3
5	Paracetamol/ Asam Mefanamat 500 mg	1000
6	Amoksisilin tab 500 mg	1000
7	Kasa hidrofil steril, 10 x 10 cm, sekali pakai, pak berisi 5	250
8	Plester berperekat zinc oxide, 2,5 cm x 5m	10
9	Sarung tangan steril, ukuran 7, 7.5 dan 8, sekali pakai (masing-masing 150)	450
10	Duk steril	250

Tabel 5.48 Kit Pencabutan Implan

No	Alat Kesehatan	Jumlah
1	Bak instrument dengan tutup	1
2	Pinset anatomis ukuran 13 – 18 cm/ 5 – 7”	1
3	Gagang pisau 9 (scalpel handle) ukuran 120 -130 mm/ 5-6”	1
4	Forceps artery/ hemostatic halsted, mosquito straight ukuran 12,5 cm/5”	
5	Forceps artery/ hemostatic halsted, mosquito curved, ukuran 12,5 cm/5”	1
6	Mangkok antiseptic, diameter atas 6-8 cm atau iodine cup ukuran 0.06 – 0.07 L	1

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.49 Perbedaan Kit Internasional dan Kit Pengadaan Lokal

Kit Internasional	Kit Pengadaan Lokal
Hanya kit untuk pemasangan dan pelepasan AKDR	Kit pemasangan dan pelepasan AKDR dan pemasangan dan pencabutan implant
antibiotik untuk pencegahan infeksi: Doksisiklin tablet 100 mg sebanyak 200 tablet	Antibiotik yang dipakai untuk pencegahan infeksi: Amoksisilin tab 500 mg sebanyak 1000 tablet, analgetic yang diberikan adalah parasetamol/ asam mefenamat
Desinfeksi menggunakan: Chlorhexidine gluconate, 5%, 1000 ml sebanyak 3 botol	Desinfeksi menggunakan: Povidone Iodine, botol 1000ml sebanyak 15 botol

e. Pengisian Formulir Monitoring Komponen 4: Pencegahan Kehamilan Yang Tidak Direncanakan

Dalam pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi diperlukan sejumlah indikator monitoring dan evaluasi sehingga pelaksanaan PPAM dapat berjalan dengan baik yang diukur dalam dua indikator yaitu indikator kualitatif dan indikator kuantitatif. Adapun indikator monitoring dan evaluasi tergambar pada tabel berikut:

Tabel 5.50 Formulir monitoring pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan (Indikator Kualitatif)

No	Indikator	Ya	Tidak
1	Apakah pelayanan kontrasepsi tersedia di lokasi pelayanan ini?		
2	Apakah tersedia pelayanan kontrasepsi terpadu dengan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya: a. KB pasca salin b. KB pasca keguguran c. Kontrasepsi darurat bagi penyintas perkosaan d. Pelayanan kontrasepsi dengan penyuluhan kesehatan reproduksi e. Pelayanan lainnya		

jdih.kemkes.go.id

No	Indikator	Ya	Tidak
3	Jenis alat dan kontrasepsi yang diberikan a. Kondom b. Pil c. Suntik d. AKDR e. Implan f. Pil kontrasepsi darurat untuk penyintas perkosaan g. Vasektomi		
4	Tenaga yang memberikan pelayanan: a. Dokter b. Bidan c. Perawat d. PKB/PLKB		
5	Apakah Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) tersedia? a. BMHP untuk implant b. BMHP lainnya: Alcohol swab dl		
6	Apakah alat dan bahan untuk penerapan kewaspadaan standar tersedia? a. Alat Perlindungan Diri (APD) b. Safety box untuk pembuangan benda tajam c. Fasilitas pembuangan limbah medis dan non medis		
7	Apakah materi KIE tersedia?		
8	Apakah dokumen pencatatan tersedia dan pelaporan dilakukan sesuai jadwal yang ditentukan?		
9	Apakah ada *stock out* alkon?		

Tabel 5.50 Formulir monitoring pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan (Indikator Kuantitatif)

No	Indikator	Capaian
1	Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS)	
2	Jumlah yang mendapat pelayanan kontrasepsi a. Baru ● Kondom ● Implan ● Pil ● Vasektomi ● Suntik	

jdih.kemkes.go.id

No	Indikator	Capaian
	● Tubektomi ● AKDR b. Lama ● Kondom ● Pil ● Suntik ● AKDR	
3	Pelayanan kontrasepsi terpadu dengan pelayanan kesehatan reproduksi: ● Jumlah akseptor KB yang mendapat penyuluhan tentang IMS/ HIV, kekerasan seksual ● Pelayanan kontrasepsi pasca-salin ● Pelayanan kontrasepsi pasca keguguran ● Jumlah penyintas kekerasan seksual	
4	Jumlah kasus kegagalan dalam ber KB	
5	Jumlah akseptor yang mengalami efek samping	

VII. Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi dan Pelibatan Remaja

a. Definisi, kerentanan dan ketahanan kesehatan reproduksi remaja di situasi krisis kesehatan

1. Definisi Remaja

Di Internasional, secara umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menggunakan tiga istilah untuk membagi kelompok umur remaja yaitu adolescent (remaja), youth (pemuda) dan dan penggabungan keduanya yaitu young people (kaum muda). Istilah remaja adalah periode usia antara 10 sampai 19 tahun yang merupakan kelanjutan perubahan fisik, kognitif, perilaku dan psikososial. Periode ini ditandai dengan meningkatnya tingkat otonomi individu, tumbuhnya rasa identitas, harga diri dan kemandirian secara progresif menuju kedewasaan. Sedangkan pemuda diartikan sebagai remaja yang lebih dewasa yang memiliki rentan usia antara 15-24 tahun. Mengacu pada penggabungan kedua kelompok tersebut terdapat istilah kaum muda yaitu remaja yang berusia 10-24 tahun. Kedua istilah tersebut mencerminkan perkembangan lebih lanjut dan pematangan individu selama periode di atas 18 tahun dan sebelum memasuki masa dewasa. Di Indonesia terdapat banyak definisi terkait dengan remaja, namun mengacu pada program pelayanan kesehatan

jdih.kemkes.go.id

anak usia sekolah dan remaja yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014, definisi remaja yang digunakan dalam konteks ini adalah remaja usia 10-18 tahun.

2. Faktor-Faktor Ketahanan Remaja

   Ketahanan remaja adalah kemampuan remaja untuk dapat bangkit kembali setelah mengalami tekanan atau stress, mudah beradaptasi, penuh ide dan enerjik. Remaja memiliki kemampuan untuk dapat bangkit kembali setelah mengalami tekanan atau stres (Moore, 2013). Mereka mudah beradaptasi, penuh ide dan energik. Karenanya, kelompok remaja harus dipertimbangkan tidak hanya sebagai penerima manfaat tetapi juga dapat berperan aktif sebagai mitra dan pemimpin pelaksanaan program-program penanggulangan krisis kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian tentang "Remaja Perempuan dan Kaum Muda dalam Krisis-Suara dari Sulawesi tengah" yang dilakukan oleh Yayasan Plan Internasional-Kemenkes-UNFPA, tahun 2019, telah diidentifikasi faktor- faktor ketahanan remaja yang berupa:

   a) Pengetahuan dan keterampilan tentang Pengurangan Risiko Bencana (PRB).
   b) Jaringan pertemanan.
   c) Ruang aman.
   d) Dukungan dari keluarga dan teman sebaya.
   e) Adanya tujuan hidup, agama (keimanan).
   f) Keyakinan, rasa optimis serta harapan untuk masa depan.
   g) Kesatuan keluarga.
   h) Partisipasi remaja dan kaum muda dalam program kesehatan seksual dan reproduksi berkontribusi pada kesehatan dan kesejahteraan remaja.

3. Faktor-Faktor Kerentanan Remaja

   Selain ketahanan, situasi bencana menjadikan remaja semakin rentan terpisah dari keluarga, mengalami kekerasan termasuk kekerasan seksual, kemiskinan dan eksploitasi serta risiko lainnya yang dapat berpengaruh pada kesehatan reproduksi mereka. Tidak adanya ruang pribadi atau sekat bagi remaja untuk berganti pakaian, tinggal di tenda tanpa kunci, akses toilet yang jauh dari tenda pengungsian, kurangnya pencahayaan pada toilet, serta tidak adanya pemisahan toilet untuk perempuan dan laki-laki dapat

jdih.kemkes.go.id

meningkatkan risiko terjadinya kekerasan. Minimnya persediaan air di pengungsian juga menyebabkan remaja sulit menjaga kebersihan diri termasuk organ reproduksi terutama saat remaja perempuan menstruasi. Berdasarkan hasil penelitian "Remaja Perempuan dan Kaum Muda dalam Krisis-Suara dari Sulawesi tengah" yang dilakukan oleh Yayasan Plan Internasional-Kemenkes-UNFPA, tahun 2019, telah diidentifikasi faktor- faktor kerentanan remaja yang berupa:

a) Kurangnya keamanan.
b) Berlanjutnya praktik perkawinan anak, perkawinan dini dan perkawinan paksa.
c) Terbatasnya akses ke air bersih, fasilitas sanitasi dan kebersihan dasar.
d) Tidak memadainya kondisi penampungan dan kamp (kondisi hunian sementara yang buruk), terbatasnya kebebasan bergerak.
e) Terganggunya pendidikan.
f) Kurangnya layanan kesehatan.
g) Ketidakamanan ekonomi dan hilangnya mata pencaharian.
h) Kerawanan pangan dan gizi.
i) Terbatasnya kapasitas terkait pengurangan risiko bencana.

Selain itu, bencana dapat menyebabkan terganggunya akses terhadap pelayanan kesehatan terutama ketika remaja mengalami masalah kesehatan reproduksi seperti keputihan dan penyakit menular seksual lain. Kelompok remaja merupakan salah satu sasaran/populasi target dari PPAM dan mencakup semua komponennya. Hanya saja memerlukan pendekatan khusus dalam pemberian pelayanan untuk memastikan pelayanan yang ramah remaja dan sesuai kebutuhan mereka.

Untuk meminimalisir kerentanan sekaligus meningkatkan ketahanan remaja pada situasi bencana, tanggung jawab tidak hanya dibebankan kepada penanggung jawab program kesehatan remaja tetapi juga dibutuhkan kolaborasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait. Dengan melihat potensi yang ada pada diri remaja, mereka tidak hanya menjadi target sasaran pelayanan PPAM tapi dapat juga dilibatkan secara aktif dan mendukung berbagai kegiatan

jdih.kemkes.go.id

PPAM baik untuk teman sebayanya ataupun kelompok lainnya seperti ibu hamil, ibu bersalin dan lainnya.

b. Langkah-langkah pada pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja, pelibatan remaja

1. Pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja

Dalam pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja, maka langkah yang harus dilakukan yaitu:

a) Penyediaan Informasi Dasar Kesehatan Reproduksi Remaja

Penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja bertujuan untuk peningkatan pengetahuan serta kesadaran dalam mengenai hak kesehatan reproduksi sehingga memungkinkan mereka membuat keputusan yang tepat dalam upaya pemenuhan hak kesehatan reproduksi dalam situasi krisis termasuk upaya perlindungan terhadap risiko perlakuan diskriminasi dan kekerasan seksual pada situasi krisis. Penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja pada masa tanggap darurat dapat diberikan melalui pos kesehatan reproduksi, ruang ramah remaja dan puskesmas.

Penanggungjawab dalam kegiatan ini adalah coordinator PPAM remaja di tingkat pusat dan atau daerah. Langkah–Langkah penyediaan informasi kesehatan reproduksi remaja:

1) Menghubungi dan berkoordinasi dengan koordinator subklaster kesehatan reproduksi/dinas kesehatan/ puskesmas.
2) Menyusun jadwal pemberian informasi kesehatan reproduksi remaja.
3) Menyiapkan media KIE kesehatan reproduksi remaja yang dibutuhkan.
4) Memberikan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja.

b) Mengintegrasikan Komponen PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja ke dalam Pelayanan Kesehatan Dasar yang ada

Bertujuan untuk memastikan penyediaan komponen PPAM kesehatan reproduksi remaja yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan yang ada baik di pengungsian maupun di fasilitas kesehatan. Komponen PPAM

jdih.kemkes.go.id

kesehatan reproduksi remaja terdiri dari pencegahan dan penanganan kekerasan seksual, pencegahan dan pengobatan IMS & HIV, peningkatan kesehatan remaja dan ibu serta bayi lahir. Penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi remaja pada masa tanggap darurat dapat diberikan melalui pos kesehatan reproduksi, ruang ramah remaja dan puskesmas. Pelayanan tersebut termasuk pelayanan rujukan baik ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi ataupun ke unit lain diluar kesehatan sesuai kebutuhan.

Langkah-langkah yang harus dilakukan:

1) Berkoordinasi dengan koordinator subklaster kesehatan reproduksi/dinas kesehatan dan/atau puskesmas.
2) Mengidentifikasi dan memetakan pelayanan bagi remaja yang tersedia di pengungsian atau diluar pengungsian dengan pelibatan remaja.
3) Menentukan tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja baik terpisah atau terintegrasi dengan pelayanan kesehatan umum baik di pos kesehatan reproduksi/ puskesmas.
4) Membuat jadwal pelayanan kesehatan reproduksi remaja.
5) Mensosialisasikan ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi remaja termasuk jejaring layanan.

2. Pelibatan dan Pemberdayaan Remaja
   a) Prinsip bekerja dengan remaja
      1) Mempertimbangkan kebutuhan remaja yang khusus dan bervariasi berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, konteks lokal dan budaya, gender, identitas gender, identitas tubuh, orientasi seksual, dan status disabilitas.
      2) Pelibatan remaja yang bermakna dengan cara mempromosikan partisipasi, kemitraan dan kepemimpinan remaja dalam setiap kegiatan dan intervensi.
      3) Pelibatan remaja dalam perencanaan, implementasi, monitoring dan evaluasi, dimana mengembangkan strategi kreatif untuk mendorong partisipasi remaja

jdih.kemkes.go.id

yang heterogen seperti inisiatif ruang ruang ramah khusus remaja termasuk pendekatan dan alat yang digunakan dalam melakukan kegiatan dengan remaja yang sesuai dengan kebutuhan remaja yang bervariasi; privasi, kerahasiaan, kesetaraan dan nondiskriminasi.

b) Langkah-langkah yang harus dilakukan

1) Mengidentifikasi forum remaja atau kelompok remaja atau posyandu remaja yang ada di komunitas.
2) Berkoordinasi dengan koordinator pengungsian tentang pelibatan remaja atau pembentukan forum atau kelompok remaja.
3) Merekrut kader remaja (fasilitator remaja atau kader posyandu remaja atau pendidik sebaya).
4) Membentuk forum remaja atau kelompok remaja jika belum ada.
5) Membentuk ruang ramah remaja di pengungsian yang difasilitasi oleh Forum Remaja atau kelompok remaja.
6) Melibatkan remaja dalam pemberian informasi dasar kesehatan reproduksi remaja diantaranya melalui ruang ramah remaja di pengungsian.
7) Melibatkan forum remaja dalam pendistribusian logistik
8) Menyusun rencana kegiatan forum remaja dan jadwal kegiatan ruang ramah remaja
9) Menghubungkan penyelenggaraan kegiatan forum remaja atau kelompok remaja
10) Melakukan diskusi kelompok terarah (FGD) dengan remaja (jika memungkinkan).

c) Ruang Ramah Remaja

Ruang ramah remaja adalah tempat aman bagi remaja melakukan aktivitas, mendapatkan dukungan teman sebaya, mengakses informasi dan layanan terkait kesehatan reproduksi remaja, serta memastikan pelibatan remaja melalui forum remaja. Remaja dapat dilibatkan pada saat merencanakan, merancang dan menyusun kegiatan di ruang ramah remaja.

1) Sasaran ruang ramah remaja adalah remaja berusia 10-18 tahun tapi tidak menutup kemungkinan untuk kelompok remaja berusia 19-24 tahun.

jdih.kemkes.go.id

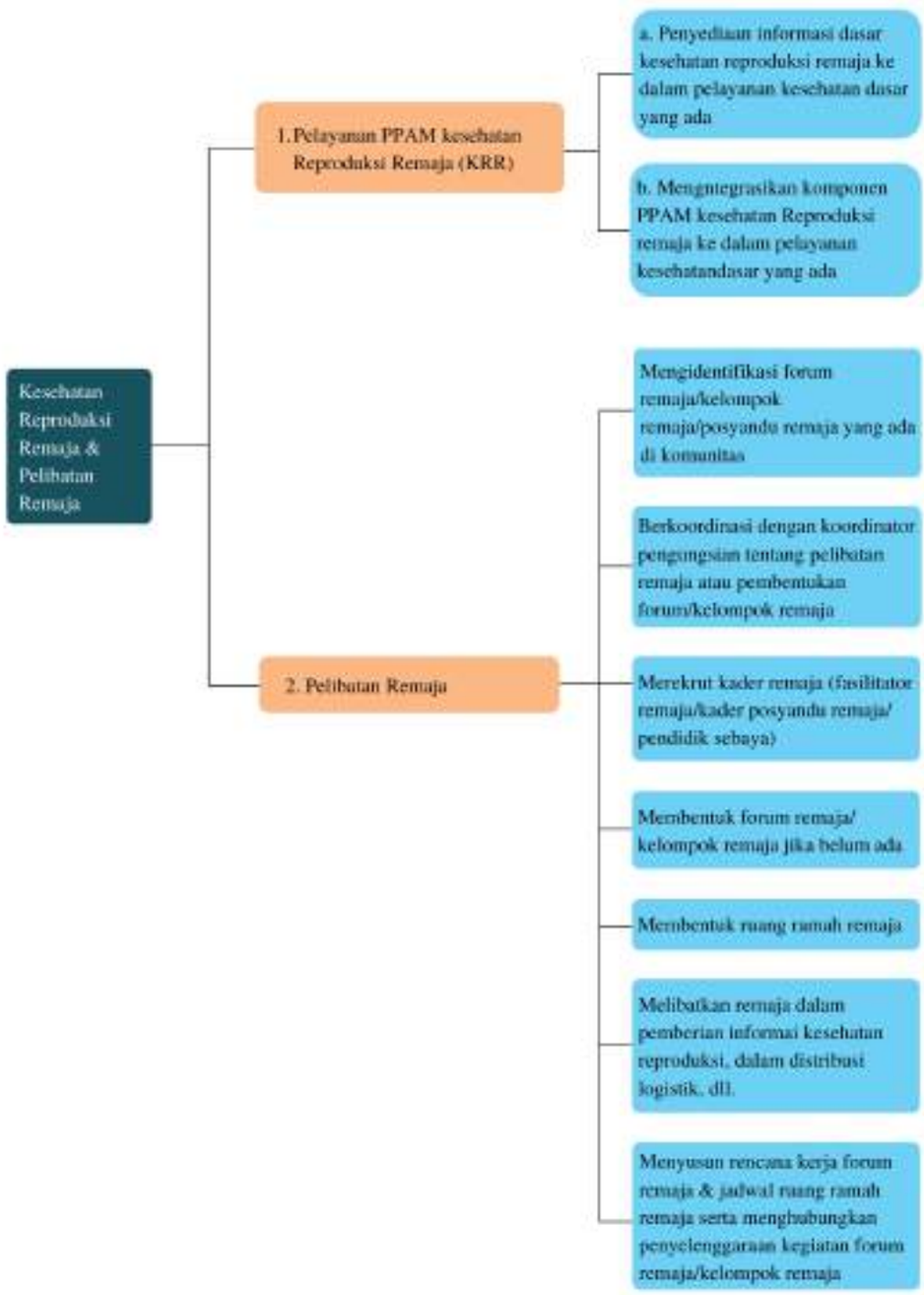
2) Ruang ramah remaja dibentuk dan difungsikan pada situasi tanggap darurat, transisi dan pemulihan pada terjadi krisis kesehatan.
3) Ruang ramah remaja di kelola oleh forum remaja berbasis komunitas, kader posyandu remaja atau kelompok organisasi remaja komunitas.
4) Langkah-langkah mendirikan ruang ramah remaja.
   a) Melakukan penilaian

      Penilaian situasi kesehatan reproduksi remaja (KRR) merupakan bagian dari upaya mendirikan ruang ruang ramah remaja di pengungsian atau hunian sementara.

   b) Memilih lokasi untuk ruang ramah remaja
      - Ruang ramah remaja dapat menggunakan ruang serba guna, tempat terbuka, tenda sekolah darurat, tenda /ruang lainnya yang memungkinkan untuk digunakan.
      - Lokasi mudah diakses dan dijangkau oleh remaja termasuk remaja dengan kebutuhan khusus dan disabilitas.
      - Diusahakan dekat dengan pusat pelayanan kesehatan diantaranya tenda kesehatan reproduksi, tenda ramah perempuan, puskesmas pada situasi krisis.
      - Lokasi yang aman dan jauh dari bahaya.
      - Mempertimbangkan jumlah remaja yang tinggal di pengungsian/hunian sementara.
      - Lahan yang cukup luas dan mendukung untuk pendirian tenda jika diperlukan.
   c) Kebutuhan ruang ramah remaja
      - Kegiatan yang terstruktur diantara penyuluhan kesehatan, pendidikan kesehatan reproduksi remaja.
      - Pendidikan keterampilan hidup sehat dan pemberian KIE lainnya.
      - Kegiatan pengembangan media KIE dan advokasi remaja seperti lokakarya pembuatan film dokumenter, lokakarya musik, fotografi dan alat peraga reproduksi perempuan dan laki-laki.

jdih.kemkes.go.id

- Peralatan olahraga bagi remaja perempuan dan laki-laki, seperti bola volley, badminton, futsal dan sepak bola, dan lainnya.
- Peralatan seni, musik dan budaya, seperti gitar, speaker dan pengeras suara, alat melukis, peralatan prakarya remaja, dan lainnya.
- Perpustakaan mini berisi koleksi buku remaja.
- Karpet atau tikar.
- Remaja sebaiknya dilibatkan mulai dari perencanaan, pelaksanaan hingga dan memonitoring kegiatan dan kebutuhan ruang ramah remaja di wilayah masing-masing.



jdih.kemkes.go.id

Gambar 5.22 Ringkasan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi Remaja dan Pelibatan Remaja

c. Kebutuhan Logistik PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja, Dan Pelibatan Remaja

Kebutuhan logistik remaja pada prinsipnya hampir sama dengan dignity kit namun diberikan penambahan celana pendek pada setiap kitnya untuk menyesuaikan kebutuhan khususnya untuk remaja perempuan. Adapun rincian kit sebagai berikut:

1. Kit Remaja Perempuan Usia 10-19 tahun

Tabel 5.52 Kit Remaja Perempuan Usia 10-19 tahun

No	Barang	Jumlah / Kit	Remarks
1	Sarung	1 pcs	
2	Handuk	1 pcs	Bahan serap air, ukuran 50x100cm
3	Sikat gigi	1 pcs	
4	Sabun batang	3 pcs	Kadaluarsa min 2 tahun
5	Pasta gigi	3 pcs	Kadaluarsa min 2 tahun
6	Sampo	3 botol	Kadaluarsa min 2 tahun
7	Pembalut	3 pak	Kadaluarsa min 2 tahun
8	Celana dalam	3 pcs	Ukuran remaja putri S/M/L/XL
9	Bra	3 pcs	Size 34-38, cup B, lingkar 73-90 cm
10	Sandal	1 psg	Ukuran 35-40
11	Sisir	1 pcs	
12	Senter + baterai	1 pcs	
13	Peluit	1 pcs	
14	Tali senter & peluit	1 pcs	
15	Tisu basah	1 pak	50 sheet

jdih.kemkes.go.id

16	Tisu kering	1 pak	50 sheet
17	Cermin kecil	1 pc	
18	Kaus kaki	2 psg	Ukuran 35-40
19	Botol minum	1 pc	600 ml
20	Gunting kuku	1 pc	Stainless steel
21	Masker kain	1 pc	
22	*Cotton Buds*	1 box	Ukuran normal
23	Tas kit	1 pc	Ransel, merah muda, tulisan: Kit Remaja
24	Daftar isi kit	2 lembar	

2. Kit Remaja Laki-Laki Usia 10-19 tahun

   Kit remaja laki-laki hampir sama dengan kit remaja perempuan namun tidak memasukkan kebutuhan pembalut dan tas berwarna biru tua.

d. Pengisian formulir monitoring komponen 6: Perencanaan program kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja

   Dalam kesehatan reproduksi dan pelibatan remaja padai pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi diperlukan sejumlah indikator monitoring dan evaluasi sehingga pelaksanaan PPAM dapat berjalan dengan baik yang diukur dalam dua indikator yaitu indikator kualitatif dan indikator kuantitatif. Adapun indikator monitoring dan evaluasi tergambar pada tabel berikut:

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.53 Formulir monitoring perencanaan program kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja

No	Indikator	Ya	Tidak
Penyediaan informasi Kesehatan reproduksi remaja			
1	Koordinasi dengan koordinator sub klaster kesehatan reproduksi/ dinas kesehatan/puskesmas dilakukan		
2	Jadwal pemberian informasi kesehatan reproduksi remaja disusun dan tersedia		
3	Materi KIE kesehatan reproduksi remaja tersedia		
4	Informasi kesehatan reproduksi remaja diberikan di tempat pengungsian		
Integrasi PPAM kesehatan reproduksi remaja ke dalam pelayanan kesehatan dasar yang ada			
1	Koordinasi dengan koordinator sub klaster kesehatan reproduksi/ dinas kesehatan dan/atau puskesmas dilakukan		
2	Pemetaan pelayanan bagi remaja yang tersedia di pengungsian atau diluar pengungsian dengan pelibatan remaja dilakukan		
3	Lokasi pelayanan ditentukan dan jadwal pelayanan disusun		
4	Memberikan informasi tentang pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang tersedia		
Pelibatan remaja dalam penanggulangan krisis kesehatan			
1	Forum remaja atau kelompok remaja atau posyandu remaja yang ada di komunitas diidentifikasi		
2	Koordinasi dengan koordinator pengungsian tentang pelibatan remaja atau pembentukan forum atau kelompok remaja		
3	Kader remaja (fasilitator remaja atau kader posyandu remaja atau pendidik sebaya) direkrut		

jdih.kemkes.go.id

No	Indikator	Ya	Tidak
4	Forum remaja atau kelompok remaja dibentuk		
5	Ruang ramah remaja didirikan/dibentuk		
6	Remaja terlibat dalam pemberian informasi dasar kesehatan reproduksi remaja diantaranya melalui ruang ramah remaja di pengungsian		
7	Forum remaja terlibat dalam distribusi logistic		

VIII. Pelayanan Minimum Kesehatan Balita

a. Urgensi Kesehatan Balita pada Situasi Krisis Kesehatan

Balita termasuk kelompok yang paling rentan terdampak bencana, namun seringkali terabaikan. Hal ini diatur dalam banyak kebijakan seperti UU No.29 tahun 1999 tentang HAM pasal 5 yang menyatakan anak-anak adalah kelompok rentan. Dalam UU No.24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana pasal 55 menyatakan bahwa bayi dan anak adalah kelompok rentah. Selain itu dalam UU No.26 tahun 2009 tentang kesehatan pasal 142 dan Permenkes No.77 tahun 2014 tentang sistem informasi penanggulangan krisis kesehatan juga menyatakan hal yang sama dimana bayi dan balita merupakan kelompok rentan.

Jika dilihat dari proporsi balita cukup besar di antara para pengungsi, namun kelompok ini belum mendapatkan perhatian yang layak. Dalam situasi krisis kesehatan, perlu dipastikan bahwa mereka terlindung dari bahaya dan tercakup dalam pelayanan kesehatan serta pelayanan dasar lainnya secara memadai. Hal ini untuk menjaga agar hak-hak anak tetap dapat terpenuhi, walaupun dalam situasi krisis kesehatan.

1. Balita menghadapi berbagai ancaman, seperti gangguan kesehatan yang ada dapat memburuk, ancaman baru dapat muncul sewaktu-waktu dan kemungkinan kehilangan perlindungan. Ancaman terhadap kelangsungan dan kualitas hidup balita meningkat, termasuk penyakit infeksi, malnutrisi, cedera, terpisah dari keluarga, gangguan psikososial dan kekerasan fisik. Dampak dari berbagai gangguan tersebut akan semakin nyata pada balita yang

jdih.kemkes.go.id

paling rentan, misalnya balita dengan disabilitas, yatim-piatu, dan yang berasal dari kalangan minoritas.

2. Penyakit yang paling sering muncul pada balita pada pascabencana, sehingga perlu dilakukan upaya pencegahan pada saat terjadinya bencana antara lain diare, hepatitis A dan E, Tifoid, ISPA, Malaria, DBD, Leptospirosis, Campak, Meningitis, Tetanus dan lainnya.
3. Kapasitas dan kebutuhan balita bervariasi, tergantung umur dan tahapan perkembangannya, yang sekaligus menentukan tingkat ketahanan mereka terhadap berbagai risiko yang dihadapi pada saat krisis kesehatan. Hal ini juga dipengaruhi oleh ketersediaan kebutuhan dasar seperti makanan dan minuman yang aman, air bersih, tempat berlindung dengan sanitasi yang memadai dan pelayanan kesehatan. Seringkali kebutuhan dasar tersebut tidak bisa dipenuhi dengan baik pada saat krisis. Pengaruh bencana terhadap balita dan orang dewasa sangat berbeda. Balita sangat rentan untuk mengalami kesakitan dan trauma fisik, antara lain karena lebih mudah kedinginan, mempunyai lebih sedikit cairan tubuh dan lebih banyak terpapar infeksi akibat sering bermain dengan tanah. Dalam kondisi krisis kesehatan, balita memerlukan perlindungan dari orang dewasa.
4. Pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan, pelaksanaan pelayanan minimum kesehatan balita bertujuan untuk menekan kejadian kematian, kesakitan, kekerasan dan disabilitas pada balita. Di samping menangani kasus yang ada dan merujuk kasus ke sub klaster kesehatan yang terkait, memprioritaskan pelayanan secara keseluruhan perlu ditentukan dengan menganalisis data sekunder pola kesakitan balita di tingkat kabupaten/kota wilayah bencana (bila tidak tersedia, digunakan data provinsi). Prioritas pelayanan kesehatan balita juga ditentukan berdasarkan pengalaman lapangan tentang respon kemanusiaan pada situasi bencana.

b. Langkah-langkah yang dilakukan untuk penerapan pelayanan minimum kesehatan balita pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan
    1. Penugasan Penanggung Jawab Komponen Pelayanan Minimum Kesehatan Balita dan Pelaksanaan Koordinasi di Bawah Subklaster Kesehatan Reproduksi

jdih.kemkes.go.id

a) Penanggung jawab komponen kesehatan balita dan timnya, ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan atau Kepala Daerah setempat, segera melaksanakan koordinasi lintas program/ sektor dan pihak-pihak terkait dibawah koordinasi sub klaster kesehatan reproduksi. Dalam melakukan koordinasi perlu diingat bahwa ada kelompok balita yang paling rentan, misalnya balita berkebutuhan khusus, penderita penyakit kronis, HIV dan korban kekerasan, perlu mendapat perhatian dan dipantau secara khusus.

b) Melakukan pertemuan koordinasi untuk mendukung dan berkomunikasi dengan koordinator sub klaster dan penanggung-jawab komponen terkait. Hal yang dilaporkan antara lain:

1) Isu-isu dan data terkait kesehatan balita, ketersediaan sumber daya serta logistik.
2) Tingkat ketersediaan dan pendistribusian logistik kesehatan balita, antara lain ketersediaan air bersih, penjernih air, sanitasi dan promosi kesehatan, ketersediaan makanan, kualitas nutrisi dan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), tenda shelter dan tenda keluarga.

c) Membuat peta daerah setempat dan menandai lokasi dengan jumlah balita.

d) Melakukan pencatatan ulang dengan melakukan penilaian pelayanan kesehatan balita di puskesmas dan rumah sakit dan menentukan jumlah aktual balita di lokasi bencana.

e) Melakukan penilaian fungsi puskesmas dan rumah sakit.

f) Melakukan pembuatan peta tematik dengan metode tumpang susun (*overlay*) pada peta terhadap beberapa data/indikator seperti jumlah balita dan jumlah layanan di situasi krisis kesehatan. Indikator dapat ditambahkan sesuai dengan kebutuhan.

2. Mencegah terjadinya Peningkatan Kesakitan dan Kematian pada Balita

a) Pelayanan Kesehatan Balita pada Tanggap Darurat Krisis Kesehatan

3. Tujuan: untuk menyelamatkan nyawa, mencegah atau mengurangi disabilitas dengan memberikan pelayanan yang terbaik bagi korban. Langkah-langkahnya sebagai berikut.

a) Triase di lokasi (menentukan kegawatdaruratan balita).

b) Pertolongan pertama sesuai dengan hasil triase.
c) Proses pemindahan korban, rujukan.
d) Perawatan di rumah sakit.

4. Pelayanan kesehatan bali diberikan di pos pelayanan kesehatan yang berdekatan dengan tenda layanan kesehatan reproduksi.
5. Pada masa tanggap darurat, balita perlu mendapatkan tempat bermain yang aman untuk balita.
6. Penyediaan pelayanan MTBS diberikan oleh subklaster pelayanan kesehatan.
   a) Pelayanan Imunisasi
      1) Pada krisis kesehatan, pemberian imunisasi tetap harus dilakukan, karena kerawanan terhadap penyakit meningkat. Hal ini merupakan akibat dari memburuknya status kesehatan, terutama status gizi balita; kepadatan penduduk pada suatu tempat/ruang pengungsi, peningkatan mobilitas penduduk antar-wilayah (kunjungan keluarga) dan cakupan imunisasi rendah, yang semuanya itu akan meningkatkan kerawanan yang berat.
      2) Dalam situasi krisis kesehatan atau di lokasi pengungsian, upaya imunisasi harus dipersiapkan dalam mengantisipasi terjadinya Kejadian Luar Biasa Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (KLB PD3I) terutama campak. Sedangkan pencegahan KLB penyakit lain dengan upaya imunisasi dilakukan berdasarkan hasil dari penilaian cepat pasca krisis kesehatan.
      3) Imunisasi campak dilakukan terhadap anak berusia 9 s/d 59 bulan di lokasi pengungsian. Perluasan sasaran imunisasi campak ke usia lebih tinggi, ditentukan berdasarkan analisis epidemiologi dan kinerja program imunisasi di daerah tersebut sebelum terjadi krisis. Apabila ditemukan kasus campak pasca krisis walaupun hanya satu kasus, maka dinyatakan terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) pada daerah tersebut dan penanggulangannya mengacu pada Pedoman Penatalaksanaan KLB. Perkiraan jumlah anak usia 9 s/d 59 bulan adalah sekitar 11% x jumlah penduduk.

   b) Pemberian Tablet Zinc

1) Suplementasi zinc diberikan kepada setiap bayi (usia 6-11 bulan) dan anak balita (usia 12-59 bulan) yang tinggal dan atau berada di lokasi bencana dan daerah terkena dampak bencana.
2) Tujuan pemberian suplementasi zinc sebagai profilaksis penyakit diare pada bayi dan anak balita pada kondisi krisis kesehatan sebagai upaya perlindungan bagi bayi dan anak balita terhadap penyakit infeksi lain (pneumonia, leptospirosis, hepatitis A dan E, campak, meningitis, tuberculosis, influenza, malaria, demam dengue, tetanus) pada kondisi bencana.
3) Zinc sebagai suplemen diberikan ke sasaran sesuai dosis 10 mg/hari selama 3 bulan berturut turut). Zinc diberikan ke sasaran setiap 1 (satu) blister (sediaan yang ada saat ini 20 mg tablet dispersibel) dan diberikan kembali berikutnya 1 (satu) blister lagi dan begitu seterusnya sampai seluruh dosis terpenuhi. Pelaksanaan pemberian zinc sebagai profilaksis mengacu pada Juknis Suplementasi Zinc pada situasi bencana dan berkoordinasi dengan subklaster pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan.

c) Penanganan Gizi

Kegiatan penanganan gizi pada saat tanggap darurat berkoordinasi dengan subklaster gizi. Informasi lebih lanjut terkait dengan penanganan gizi pada situasi krisis kesehatan dapat diakses melalui link berikut

https://gizi.kemkes.go.id/gizi_bencana/info_gizi_bencana

7. Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual

Memastikan keamanan balita dalam menggunakan layanan kesehatan dan mencegah terjadinya kekerasan seksual, dengan pengaturan/manajemen tenda atau penampungan sementara yang aman. Bila ditemukan kekerasan seksual, maka perlu berkoordinasi dengan sub klaster kesehatan reproduksi. Terkait perlindungan balita berkoordinasi subklaster perlindungan anak dibawah koordinasi klaster pengungsian dan perlindungan.

8. Pencegahan Penularan HIV pada Bayi dan Balita

Pengobatan ARV pada anak HIV perlu dimonitor secara ketat agar tidak terjadi putus pengobatan yang dapat menyebabkan kematian pada anak. Salah satu prioritas dalam pencegahan

dan pengendalian HIV-AIDS adalah pemberian ARV profilaksis pada bayi dari ibu HIV dan diagnosis dini HIV dengan pemeriksaan HIV DNA pada usia 6 minggu atau lebih hingga sebelum 18 bulan dan bila terinfeksi HIV dilanjutkan dengan terapi ARV sedini mungkin. Penanggung jawab komponen balita memastikan pemeriksaan dini pada bayi yang lahir dari ibu HIV dan pemberian obat ARV pada balita yang terdaftar dalam program PPIA pada krisis kesehatan.

9. Melaksanakan Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial

   Langkah-langkah yang dikoordinasikan oleh subklaster kesehatan jiwa sebagai berikut:

   a) Penilaian/asesmen bagi balita yang menunjukkan gejala gangguan psikis (misalnya, murung, menyendiri, tidak bisa tidur, gelisah), termasuk anak yang terpisah dari orangtua/ keluarga.
   b) Pelayanan dasar dan keamanan atau *Psychological First Aid* (PFA) bagi anak, termasuk kegiatan bermain (melibatkan balita dalam kegiatan permainan dan rekreasional).
   c) Dukungan masyarakat dan keluarga: pendampingan, pemulihan, pengelolaan stres, konseling dan pemantauan lanjutan trauma.

10. Memastikan ketersediaan Logistik

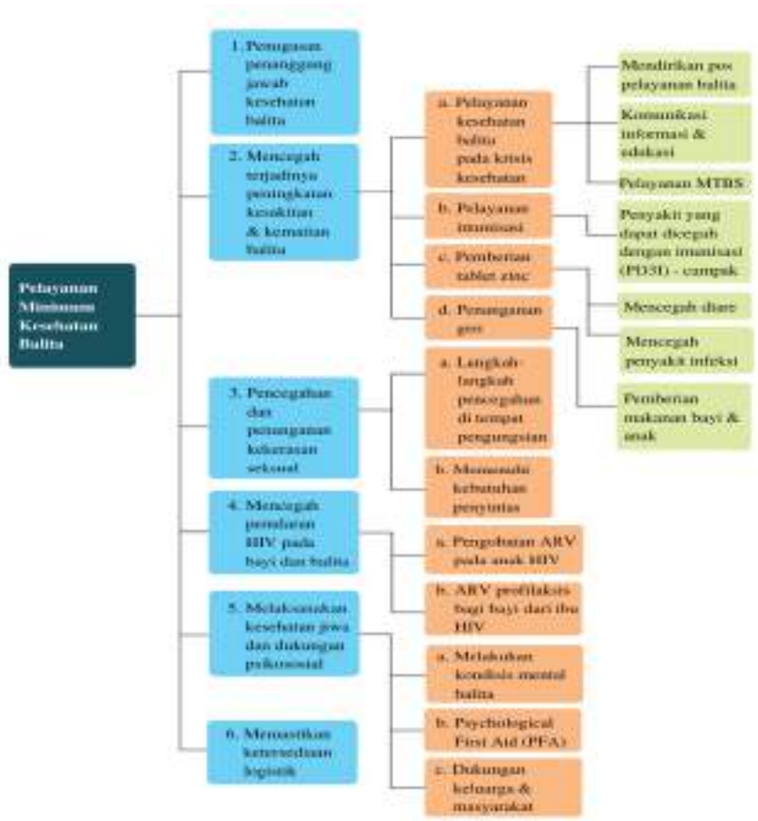
    Pada situasi krisis kesehatan diperlukan adanya logistik kesehatan balita. Koordinator pelayanan kesehatan balita melakukan koordinasi dengan tim logistik untuk pelayanan kesehatan balita, mulai dari perencanaan kebutuhan, pendistribusian dan pemantauan serta evaluasi penggunaan logistik kesehatan balita.

    Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan balita diperlukan koordinasi dan kerjasama antar subklaster sehingga penyelenggaraan kesehatan balita dapat terlaksana dengan baik. Adapun peran setiap subklaster dalam pelayanan kesehatan balita sebagai berikut:

jdih.kemkes.go.id

Tabel 5.54 Peran Subklaster dalam Pelayanan Minimum Kesehatan Balita

Subklaster	Peran dalam pelayanan kesehatan balita
Sub klaster pelayanan Kesehatan	Menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan termasuk balita
Sub klaster pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan	Melakukan pengendalian penyakit dan upaya kesehatan lingkungan seperti pemberian imunisasi, pemberian zinc sebagai profilaksis, dsb
Sub klaster kesehatan jiwa	Menyelenggarakan upaya penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial melalui Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) bagi balita
Sub klaster pelayanan gizi	Menyediakan buffer stock/PTM balita, menyelenggarakan dapur khusus bayi dan anak balita darurat, melakukan konseling menyusui, MP-ASI dan PMBA



Gambar 5.23 Ringkasan Pelayanan Minimum Kesehatan Balita

jdih.kemkes.go.id

c. Pemantauan dan Evaluasi Kesehatan Balita Pada Setiap Tahapan Krisis Kesehatan

Pelayanan kesehatan balita pada saat krisis kesehatan adalah serangkaian kegiatan prioritas yang harus segera dilaksanakan sebagai respon tanggap darurat untuk menyelamatkan jiwa, di samping untuk mencegah kesakitan, kekerasan dan kecacatan pada balita. Pada tahap awal krisis kesehatan, masa 2x24 jam pertama adalah tahap pencarian dan penyelamatan serta bantuan untuk reunifikasi balita bila terpisah dari keluarganya. Fasilitas pelayanan kesehatan pada saat krisis mungkin tidak berfungsi, atau masih berfungsi tapi sulit dijangkau oleh masyarakat yang terdampak bencana. Pelayanan kesehatan balita dilaksanakan untuk merespons secepat mungkin kebutuhan balita yang terdampak bencana, karena kesakitan/cedera yang dialami mungkin bersifat fatal atau menjadi lebih buruk bila tidak segera diatasi. Pelaksanaan pelayanan ini perlu berkoordinasi dengan rencana pelayanan kesehatan secara keseluruhan dan logistik yang tersedia bagi penduduk terdampak, seperti yang seharusnya telah dibahas pada Tahap Pra Krisis.Adapun indikator dan waktu pelaksanaan pada tahap tanggap darurat tergambar sebagai berikut:

Tabel 5.55 Indikator dan Waktu Pelaksanaan Pelayanan Minimum Kesehatan Balita

Indikator	Waktu
Adanya penetapan Penanggung-Jawab (PJ) Komponen Kesehatan Balita dan anggota Timnya (bila belum dilakukan pada Tahap Prakrisis)	Segera setelah terjadi bencana
Pelaksanaan jejaring pelayanan kesehatan balita yang integratif dengan komponen pelayanan terkait di titik-titik strategis untuk memudahkan akses pelayanan	Sejak hari pertama bencana
Tersedianya menu makan balita, konselor ASI dan dapur PMBA yang dilaksanakan oleh Sub. Klaster Pelayanan Gizi	Sejak hari pertama bencana
Adanya rencana pelayanan keseluruhan di wilayah bencana	2 x 24 jam

jdih.kemkes.go.id

Indikator	Waktu
untuk yankes balita berdasarkan analisis data sekunder	
Ketersediaan logistik pelayanan kesehatan balita secara memadai (lihat Boks 2)	Dalam 2 x 24 jam
Terlaksananya penilaian cepat kesehatan balita dan pemanfaatan hasilnya untuk peningkatan yankes balita di wilayah bencana	Minggu pertama
Adanya penyuluhan dan pemberdayaan masyarakat setiap minggu dengan materi KIE yang relevan	Sejak minggu pertama
Adanya laporan dua-mingguan pelayanan kesehatan balita: ● Cakupan pelayanan tumbuh kembang balita (pengukuran antropometri dan SDIDTK) ● Cakupan imunisasi dasar ● Persentase balita sakit ● Jenis kesakitan dan disabilitas pada balita ● Jumlah kejadian semua kekerasan pada balita dan jumlah kekerasan seksual ● Persentase balita mengalami kekerasan yang dirujuk ● Jumlah kematian balita ● Penyebab kematian balita	Setiap dua minggu

Dalam melakukan pemantauan dan evaluasi kesehatan balita dapat menggunakan instrumen penilaian ketersediaan pelayanan kesehatan balita. Inventarisasi obat sisa bantuan perlu dilakukan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Semua obat dan perbekalan kesehatan di semua pos kesehatan ditarik ke Puskesmas. Penilaian ketersediaan sarana sanitasi di lokasi pengungsian, misalnya jamban, instalasi pengolahan air limbah (IPAL), saluran pembuangan limbah cair rumah tangga, tempat pembuangan sampah, dll. Informasi lebih lanjut terkait dengan pelayanan minimum kesehatan balita dan pemantauan serta evaluasi pelayanan kesehatan balita pada setiap tahapan krisis kesehatan dapat dilihat di melalui link berikut

https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Panduan-Yankes-Balita-COVID19_1574.pdf

Proses pemantauan pada masa tanggap darurat krisis kesehatan tentunya tidak lepas dari upaya pada tahap berikutnya yaitu fase tanggap darurat krisis kesehatan dimana terdapat sejumlah upaya pada tahap paska krisis kesehatan sebagai berikut:

1. Penilaian status kesehatan balita dan memastikan status kesehatan balita di wilayah bencana dalam keadaan baik.
2. Penilaian ketersediaan pelayanan kesehatan balita.
3. Penyiapan pelayanan balita oleh fasilitas pelayanan kesehatan setempat.
4. Pelayanan kesehatan esensial yaitu pelayanan pemantauan tumbuh kembang balita dengan menggunakan buku KIA dan skrining tumbuh kembang.
5. Pendampingan pelayanan kesehatan.

   Tugas Subklaster Kesehatan Reproduksi di bawah koordinasi Klaster Kesehatan adalah melakukan kegiatan sebagai berikut.

   a) Koordinasi dengan sub klaster lainnya di bawah Klaster Kesehatan dan klaster lintas sektor, misalnya Pendidikan, Sosial, NGO dan Institusi Pendidikan, yang berperan serta dalam penanggulangan krisis kesehatan dalam melaksanakan kegiatan pemulihan darurat.
   b) Koordinasi pelaksanaan penilaian kerusakan dan kerugian di bidang kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan balita, yang dilaksanakan bersama unit terkait.
   c) Membantu dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota/ puskesmas dalam penyediaan sumber daya kesehatan untuk melaksanakan upaya:
      1) Pencegahan penyakit dan penyehatan lingkungan yang terkait dengan pencegahan kejadian luar biasa penyakit menular berpotensi wabah, yang meliputi pengendalian penyakit, surveilans, imunisasi, perbaikan kualitas air dan sanitasi, serta promosi kesehatan.
      2) Pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk pelayanan kesehatan balita, yang antara lain meliputi standar pelayanan minimal bidang kesehatan tingkat kabupaten/kota.

d. Kebutuhan Logistik Pelayanan Minimum Kesehatan Balita

   Terdapat beberapa kebutuhan logistik yang diperlukan dalam pelayanan minimum kesehatan balita, diantaranya:

1. Kit individual balita (diperoleh dari subklaster kesehatan reproduksi) yang diberikan kepada balita berusia 3-72 tahun.

jdih.kemkes.go.id

2. Kit pelayanan kesehatan balita (diperoleh dari subklaster pelayanan kesehatan).
3. Ketersediaan makanan dan nutrisi/PMBA (subklaster pelayanan gizi).
4. Ketersediaan obat dan vaksin (tim logistik).
5. Buku KIA dan materi KIE terkait kesehatan balita (subklaster kesehatan reproduksi).
6. Dapur umum pelayanan khusus balita/PMBA (subklaster pelayanan gizi).
7. Permainan unutuk balita (subklaster Kesehatan Jiwa)

Adapun kebutuhan kit individu tergambar sebagai berikut.



Gambar 5.24 Kit Individual Balita

Tabel 5.56 Kit Individual Balita

No	Kit Balita	Jumlah Per Kit	Keterangan
1	Pakaian balita (sesuai dengan umur)	2 pasang	Setelan atasan lengan panjang, bawahan celana panjang), variasi anak usia 1-5 tahun, unisex (bisa laki-laki dan perempuan
2	Kaos kaki	2 pasang	Kaos kaki anak balita untuk laki-laki dan perempuan (unisex)
3	Celana dalam	2 buah	Celana dalam dibedakan anak laki-laki dan perempuan
4	Popok sekali pakai (diapers)	6 buah	Ukuran bervariasi S, M, dan L untuk laki-laki dan perempuan (unisex)

jdih.kemkes.go.id

No	Kit Balita	Jumlah Per Kit	Keterangan
5	Selimut	1 buah	Selimut anak balita ukuran 140 cm x 100 cm untuk laki-laki dan perempuan (unisex)
6	Handuk	1 buah	Handuk anak balita ukuran 70x149 cm
7	Sabun mandi	3 buah	Sabun batang 100 gram Minimal kadaluarsa dalam 2 tahun
8	Sampo balita	3 botol	Kemasan botol 180-200 ml Minimal kadaluarsa dalam 2 tahun
9	Sikat gigi balita	1 buah	Sikat gigi balita
10	Pasta gigi	3 buah	Pasta gigi 45 gram Minimal kadaluarsa dalam 2 tahun
11	Minyak kayu putih	1 botol	Kemasan botol 120 ml Minimal kadaluarsa dalam 2 tahun
12	Tisu basah	1 pak	Kemasan 50 sheets Minimal kadaluarsa dalam 2 tahun
13	Tisu kering	1 pak	Kemasan 70-100 sheets Minimal kadaluarsa dalam 2 tahun
14	Boneka anak/mainan anak	1 buah	Boneka/mainan untuk anak laki-laki dan perempuan (unisex)
15	Buku gambar	1 buah	Buku gambar ukuran A4
16	Pensil warna	1 buah	Pensil warna isi 12 warna
17	Jerigen air	1 buah	Kapasitas 5 liter bahan plastik, bisa dilipat portable dengan

jdih.kemkes.go.id

No	Kit Balita	Jumlah Per Kit	Keterangan
	lipat		handle pegangan
18	Tas resleting dengan logo dan label kit balita	1 buah	Tas dengan resleting warna pink dan biru tosca, dengan tulisan kit balita, serta logo kemenkes, tali panjang yang bisa diatur panjangnya (rope 4 xm x 100 cm) dengan dimensi tas p=40 cm, lebar 18 cm, tinggi 30 cm
19	Katalog didalam dan luar tas	2 buah	

e. Pengisian formulir monitoring komponen 7: Pelayanan Minimum Kesehatan Balita

Dalam pelayanan minimum kesehatan balita pada pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi diperlukan sejumlah indikator monitoring dan evaluasi sehingga pelaksanaan PPAM dapat berjalan dengan baik yang diukur dalam dua indikator yaitu indikator kualitatif dan indikator kuantitatif. Adapun indikator monitoring dan evaluasi tergambar pada tabel berikut:

Tabel 5.57 Formulir Monitoring Pelayanan Minimum Kesehatan Balita

No	Indikator	Ya	Tidak	Jumlah
Pelayanan Kesehatan Bayi dan Balita				
1	Apakah tersedia pojok oralit?			
2	Pelayanan MTBS untuk Bayi/Balita sakit			
3	Pemantauan tumbuh kembang			
4	Kunjungan nifas/neonatus			
5	Pelayanan imunisasi			
6	Dukungan psikososial anak			
7	Fasilitas transportasi rujukan			

jdih.kemkes.go.id

No	Indikator	Ya	Tidak	Jumlah
8	Sarana sanitasi ● Jamban ● Instalasi pengolahan air limbah ● Saluran pembuangan limbah cair rumah tangga ● Tempat pembuangan sampah			
Layanan Lainnya untuk Balita				
1	Tersedia ruang ramah anak di kamp pengungsi?			
2	Terselenggara PAUD di kamp pengungsi?			
3	Ada sekolah darurat untuk anak			

IX. Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia

a. Urgensi Pelayanan Minimum Kesehatan Lansia (PMKL) pada situasi krisis kesehatan

Lansia memiliki sejumlah masalah kesehatan akibat proses penuaan seperti terjadinya kemunduran fungsi sel-sel tubuh (degeneratif), dan menurunnya fungsi sistem imun tubuh. Lansia memiliki masalah penyakit seperti sindrom geriatri (14i), masalah gizi, masalah kesehatan mental, masalah kesehatan gigi dan mulut serta masalah kesehatan reproduksi. Lansia memiliki beberapa faktor risiko kerentanan pada lansia dan potensi pada lansia sebagai berikut:

1. Faktor Risiko Kerentanan pada Lansia

Berdasarkan pengalaman respon krisis Kesehatan di Indonesia, kelompok lansia masih sering terabaikan dan belum mendapatkan pelayanan yang memadai. Pada situasi krisis Kesehatan, lansia memiliki resiko tinggi (rentan) karena:

a) Lansia sebagai multipatologis dan rentan mengalami stress psikologis pada situasi krisis kesehatan.
b) Membutuhkan pelayanan Kesehatan (contoh : obat kronik).
c) Membutuhkan nutrisi yang spesifik (karena Riwayat penyakit, Kesehatan gigi, indera pengecap menurun).
d) Berisiko mengalami kekerasan seperti penelantaran khususnya lansia perempuan.

jdih.kemkes.go.id

e) Lansia dengan ketergantungan total, berat dan sedang menyebabkan akses yang terhambat dan membutuhkan pendampingan lansia.

2. Potensi pada Lansia

Meskipun memiliki kerentanan, namun lansia juga memiliki potensi yang sangat bermanfaat pada situasi krisis kesehatan:

a) Berperan sebagai pengambil keputusan, saat sistem kepemimpinan tidak ada.
b) Mampu menjadi penengah dari masalah atau konflik di penampungan karena bijak.
c) Lansia perempuan mampu menjadi pendamping balita atau anak yatim atau orang sakit.
d) Pengalaman lansia dapat membantu melestarikan identitas budaya dan sosial masyarakat.

3. Tujuan Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL)

Pelaksanaan Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada Krisis Kesehatan difokuskan pada 3 tujuan yaitu:

a) Memastikan ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan Kesehatan umum dan reproduksi lansia.
b) Meningkatkan aspek–aspek perlindungan lansia Kesehatan pada kondisi pengungsian.
c) Kebutuhan esensial melalui kemitraan multisektor WASH (*water, sanitation and hygiene* atau air, sanitasi dan kebersihan), pengungsian atau *shelter* dan ketersediaan makanan.

Di dalam pelaksanaannya PMKL dilakukan dalam tiga fase yaitu: pra kisis, tanggap darurat krisis Kesehatan dan pasca bencana. Kegiatan PMKL pada tiap fase krisis atau bencana disesuaikan dengan kebutuhan dari tiap fase.

jdih.kemkes.go.id



Gambar 5.25 Kebutuhan tiap Fase

b. Langkah-langkah pada tanggap darurat krisis kesehatan untuk pelayanan minimum kesehatan lanjut usia

1. Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi

Pemenuhan kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan lansia pada situasi krisis termasuk kesehatan reproduksi sering diabaikan. Kompleksitas masalah kesehatan lansia dalam situasi tersebut harus dikenali oleh tim PMKL agar dapat mengidentifikasi langkah-langkah tindakan sehingga meminimalisir timbulnya masalah yang lebih besar. Hal ini dimaksudkan untuk dampak lanjut akibat krisis Kesehatan pada lansia dapat dicegah. Langkah–langkah yang dapat dilakukan PMKL adalah sebagai berikut.

a) Memberikan penugasan bagi penanggung jawab PMKL dan pelaksanaan koordinasi di bawah sub klaster Kesehatan reproduksi. Kegiatan yang dapat dilakukan sebagai berikut.

1) Penetapan penanggungjawab PMKL oleh kepala dinas atau kepala daerah setempat.
2) Melakukan pertemuan koordinasi lintas program atau sektor dan pihak terkait dibawah koordinasi sub klaster kesehatan reproduksi.
3) Mengidentifikasi isu dan data terkait kesehatan lansia, ketersediaan: sumber daya, kebutuhan logistik, WASH, ketersediaan makanan dan kualitasnya, tenda lansia.
4) Mengidentifikasi kasus kesakitan yang sering muncul dengan menggunakan data sekunder yang tersedia.

5) Membuat peta wilayah terdampak bencana dan menandai lokasi dengan jumlah lansia, tingkat ketergantungan dan kerentanannya
6) Mencatat dan menentukan jumlah aktual lansia terdampak bencana
7) Mengidentifikasi dan menilai puskesmas dan RS yang dapat dijadikan tempat rujukan bagi lansia yang membutuhkan pelayanan kesehatan lanjut; Membuat peta tenda dengan identitas lansia terdampak bencana di posko pelayanan Kesehatan disertai dengan foto lansia yang bersangkutan
8) Melaksanakan pemetaan rencana dan respon cepat dalam memberikan pelayanan Kesehatan lansia
9) Mencegah terjadinya peningkatan kejadian sakit, disabilitas, dan kematian pada lansia
10) Melaksanakan pelayanan tanggap darurat dengan langkah-langkah: triase kegawatdaruratan kondisi lansia, melakukan pertolongan pertama, melakukan proses pemindahan atau rujukan ke puskesmas atau RS terdekat
11) Mendirikan pos pelayanan Kesehatan dengan menyediakan "antrian jalur cepat" pasien lansia, menyiapkan tangga atau ram buatan, mendekatkan lokasi bantuan
12) Memastikan kewaspadaan standar dalam pelayanan Kesehatan lansia
13) Memberikan pelayanan kesehatan termasuk Kesehatan reproduksi lansia terdampak bencana di pengungsian
14) Melakukan edukasi dan penyebaran informasi untuk mengurangi dampak bencana
15) Menyediakan pelayanan yang ramah dan santun lansia
16) Menyediakan makanan yang sesuai dengan kondisi penuaan dan penyakit yang diderita lansia.

b) Melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial – spiritual dengan melibatkan Tenaga Cadangan Kesehatan atau organisasi yang bergerak di bidang penanganan masalah Kesehatan jiwa atau dukungan psikososial.
1) Melakukan penilaian dengan menggunakan bantuan psikologis awal (*Psychological First Aid*) bagi pendamping lansia.

2) Merujuk ke pos pelayanan kesehatan bila menemukan gejala gangguan psikis seperti gelisah, menyendiri, tidak mau makan, tidak mau bergaul, tidak bisa tidur, sedih, suka menangis tanpa sebab.
3) Melakukan kegiatan – kegiatan untuk mengisi waktu luang lansia dan pendampingnya selama dalam pengungsian dengan permainan terapeutik missal senam otak, senam Kesehatan lansia, stimulasi kognitif, dan lainnya.
4) Memastikan adanya dukungan yang asertif dan suportif terhadap lansia selama dalam pengungsian.

c) Memastikan kelancaran mekanisme rujukan, perlindungan bagi lansia, tindakan hukum yang terkoordinasi dengan baik.
d) Memastikan ketersediaan logistik. Perlu dilakukan pemantauan terhadap kebutuhan, pendistribusian, evaluasi penggunaanya.
e) Memastikan pembiayaan, disesuaikan dengan peraturan yang berlaku di tingkat nasional, pemerintah daerah dalam penanggulangan bencana. Pembiayaan dapat bersumber dari BNPB, BPJS, pemerintah pusat, Pemda, Lembaga swadaya masyarakat lokal dan internasional, disesuaikan dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku saat tanggap bencana terjadi.

2. Aspek-Aspek Perlindungan Kesehatan Lansia

Perencanaan kegiatan bagi perlindungan dan pelayanan lansia harus mengikuti kaidah 'tidak memperburuk keadaan' *(do no harm)*, dengan kata lain menghindari terkena resiko tambahan terhadap lansia karena tindakan perlindungan yang diberikan. Langkah-langkah perlindungan kesehatan lansia adalah sebagai berikut.

a. Mencegah dan menangani berbagai risiko kekerasan pada lansia.
   1) Menyediakan layanan pelacakan atau penyatuan kembali keluarga yang hilang atau tercerai-berai.
   2) Memastikan lansia yang terpisah dari keluarga dikumpulkan dengan keluarga/pendamping dan terjamin keamanannya.
   3) Menempatkan toilet laki-laki dan perempuan secara terpisah di tempat yang aman, penerangan cukup, tidak

licin, memiliki pegangan di dinding toilet dan dapat dikunci dari dalam.

4) Melibatkan lembaga/organisasi pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak di pengungsian untuk mencegah dan menangani kekerasan pada lansia.
5) Memberikan informasi kepada para lansia dan pendamping lansia tentang resiko tindakan kekerasan melalui brosur, selebaran, radio dan media lainnya tentang pelayanan bagi penyintas kekerasan, pelecehan, perkosaan dengan nomor telpon yang dapat dihubungi 24 jam.
6) Memastikan tersedianya petugas yang kompeten dalam menangani kasus kekerasan dan melibatkan tokoh/kader sebagai perantara penyintas dan petugas kesehatan.
    a) Memastikan tersedianya pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial.
    b) Mendorong partisipasi dan kesadaran berbagai pihak terkait termasuk masyarakat terhadap tindak kekerasan bagi lansia.
    c) Mencegah penularan HIV pada lansia aktif.

b. Penanganan Gizi Lansia.
    1) Memastikan lansia mendapatkan bantuan makanan sesuai dengan kondisi kesehatannya.
    2) Melakukan koordinasi dengan sub klaster penanganan gizi terutama pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan awal di tingkat provinsi atau kab/kota.
    3) Mengidentifikasi faktor penyulit pemberian bantuan makanan berdasarkan hasil RHA.
    4) Memberikan makanan tambahan dan suplemen gizi sesuai persediaan dan kebutuhan (bila memungkinkan).
    5) Melakukan penyuluhan dan konseling baik individu maupun berkelompok dengan materi sesuai permasalahan yang ditemukan setelah kondisi mulai relatif kondusif.
    6) Memantau perkembangan status gizi lansia melalui survey gizi atau dengan menggunakan data sekunder yang dimiliki puskesmas atau dinas kesehatan setempat.

c. Penanganan Kesehatan Lingkungan.
    1) Melakukan koordinasi dengan penanggung-jawab Komponen Kesehatan Lingkungan terkait: pengendalian

vektor penyakit, penyediaan akses dan sarana air bersih, pembuangan limbah (pampers, BAB, BAK).

2) Berkoordinasi dengan Dinas Pekerjaan Umum setempat untuk pembuatan dan pengaturan jamban.
3) Berkoordinasi untuk pengawasan makanan dan minuman pengungsi lansia.
4) Menangani lansia dengan penyakit parah.
5) Memastikan tersedianya petugas kesehatan yang memiliki kompetensi menangani masalah kesehatan lansia.
6) Berkoordinasi dengan rumah sakit yang memiliki fasilitas perawatan paliatif.
7) Memantau kondisi kesehatan lansia yang dirujuk untuk mendapatkan perawatan paliatif.

3. Kebutuhan Esensial melalui Kemitraan Multi Sektor

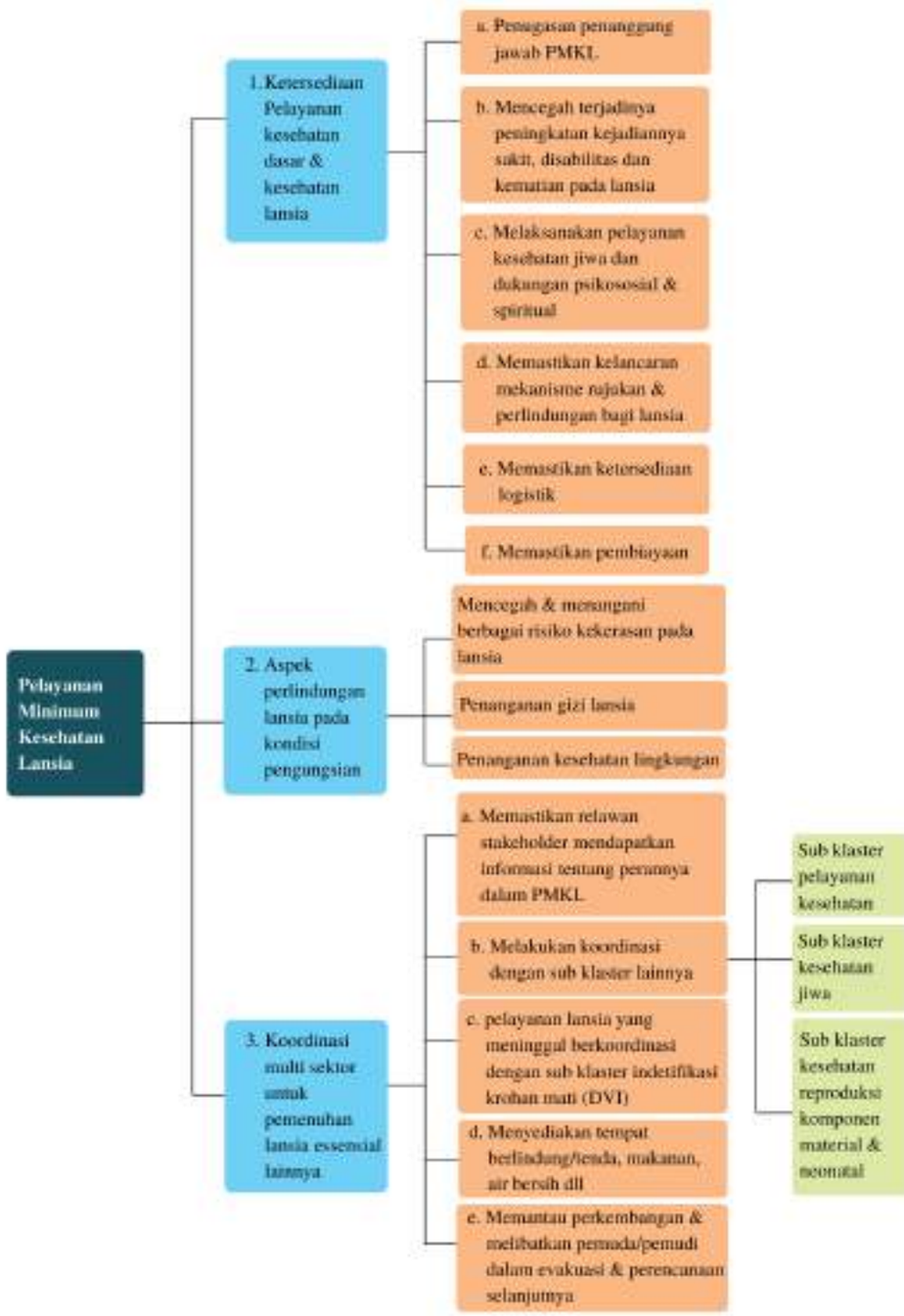
Pada tanggap tanggap darurat, respon mencakup aktivitas dan prosedur yang dirancang untuk meminimalkan dampak langsung dari keadaan darurat, bencana, atau krisis kemanusiaan. Langkah-langkah yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

a) Memastikan Tenaga Cadangan Kesehatan, stakeholder yang terlibat mendapatkan informasi mengenai peran mereka dalam program PMKL.
b) Melakukan koordinasi dengan sub klaster pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan rujukan di rumah sakit bagi korban lansia yang membutuhkan.
c) Melakukan koordinasi dengan sub klaster kesehatan jiwa bila ditemukan lansia yang menunjukkan gejala trauma psikis, terpisah dari keluarga, ditinggalkan oleh keluarga atau menderita kebingungan mendadak (*Acute Confusional State*).
d) Melakukan koordinasi dengan sub klaster kesehatan reproduksi komponen maternal neonatal bila ditemukan kasus-kasus prolaps uteri/vagina pada lansia.
e) Melakukan pelayanan lansia yang meninggal dan berkoordinasi dengan sub klaster identifikasi korban mati akibat bencana.
f) Menyediakan tempat berlindung/tenda, makanan dan air bersih untuk mengantisipasi adanya wabah menular akibat

jdih.kemkes.go.id

lingkungan yang kurang bersih pada tahap awal tanggap bencana krisis Kesehatan.

g) Memantau perkembangan dan melibatkan pemuda/pemudi dalam evaluasi kegiatan dan perencanaan.



Gambar 5.26 Ringkasan Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia

c. Kebutuhan Logistik Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia

Terdapat beberapa kebutuhan logistik yang diperlukan dalam pelayanan minimum kesehatan lanjut usia, diantaranya.

1. Tenda khusus kelompok lansia.

jdih.kemkes.go.id

2. Obat-obatan untuk kesehatan lansia dan kit penanggulangan pertama.
3. Individual kit untuk lansia laki-laki dan perempuan.

d. Pengisian formulir monitoring komponen 8: Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia

Dalam pelayanan minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi diperlukan sejumlah indikator monitoring dan evaluasi sehingga pelaksanaan PPAM dapat berjalan dengan baik yang diukur dalam dua indikator yaitu indikator kualitatif dan indikator kuantitatif. Adapun indikator monitoring dan evaluasi tergambar pada tabel berikut.

Tabel 5.58 Formulir Monitoring Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia

1. Tersedianya Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak	Jumlah
1	Pengenalan PMKL dan penyusunan rencana kerja dilakukan			
2	Pertemuan rutin dilakukan sesegera mungkin dengan lintas program/ lintas sektor kesehatan lansia dan organisasi terkait untuk menyelenggarakan PMKL			
3	Kegiatan rutin dilaporkan untuk disampaikan kepada anggota maupun lembaga atau sektor terkait lainnya			
4	Pelayanan kesehatan lansia di tempat pengungsian tersedia			
5	Ketersediaan dan distribusi logistik kesehatan lansia dikoordinir			
6	Pertemuan dan berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan maupun BNPB hadir			
No	**Indikator Kuantitatif**			**Capaian**

jdih.kemkes.go.id

1	Jumlah pertemuan koordinasi kesehatan lansia yang dilakukan selama 3 bulan pertama	
2	Jumlah pertemuan koordinasi kesehatan yang dihadiri oleh tim kesehatan lansia yang melaporkan perkembangan pelaksanaan PMKL, dan lainnya	

2. Perlindungan Sosial

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak
1	Koordinasi dengan BNPB/BPBD dan dinas sosial dilakukan untuk menempatkan lansia di pengungsian dan memastikan satu keluarga berada dalam tenda yang sama. Lansia perempuan yang menjadi kepala keluarga dan anak yang terpisah dari keluarga dikumpulkan di dalam satu tenda		
2	Pelayanan kesehatan reproduksi pada tenda pengungsian dipastikan tersedia		
3	Toilet laki-laki dan perempuan tersedia secara terpisah di tempat yang aman dengan penerangan yang cukup dan dipastikan pintu toilet dapat di kunci dari dalam		
4	Koordinasi dengan penanggung jawab keamanan untuk mencegah terjadinya kekerasan seksual dilakukan		
5	Lembaga-lembaga/organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan dan lansia perempuan di pengungsian dalam perencanaan dan pelaksanaan program kegiatan di pengungsian dilibatkan		
6	Informasi tentang pelayanan bagi penyintas perkosaan dan HIV AIDS diberikan dengan informasi telpon yang bisa dihubungi 24 jam. Informasi dapat diberikan melalui leaflet, selebaran, radio, dan lainnya.		
7	Petugas yang bertanggung jawab terhadap penanganan kasus kekerasan (seksual, fisik, mental,		

jdih.kemkes.go.id

	sosial dan ekonomi) bagi lansia dipastikan ada		
8	Layanan medis dan psikososial di organisasi/lembaga yang berperan serta mekanisme rujukan perlindungan dan hukum terkoordinasi untuk penyintas dipastikan tersedia.		
9	Fasilitas ibadah yang sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal disediakan.		
No	**Indikator Kuantitatif**	**Jumlah**	
1	Jumlah pertemuan koordinasi kesehatan lansia yang dilakukan selama 3 bulan pertama		
2	Jumlah pertemuan koordinasi kesehatan yang dihadiri oleh tim kesehatan lansia yang melaporkan perkembangan pelaksanaan PMKL, dan lainnya.		
3	Jumlah kasus kekerasan (seksual, fisik, mental, sosial dan ekonomi) yang dilaporkan		
4	Jumlah kasus kekerasan seksual yang mendapat layanan medis dalam waktu 72 jam		
5	Jumlah kasus kekerasan yang dirujuk ke fasilitas lain: a. RS b. LSM untuk bantuan hukum		
6	Jumlah fasilitas yang dapat memberikan pelayanan untuk penyintas perkosaan selama 24 jam/7 hari		
7	Jumlah pelayanan penyintas kekerasan berbasis gender yang tersedia		

3. Pemenuhan Kebutuhan Esensial Multi Sektor

No	**Indikator Kualitatif**	**Ya**	**Tidak**
1	Pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi ditekankan dan dipastikan penerapannya.		

jdih.kemkes.go.id

2	Kelanjutan pengobatan bagi lansia yang telah masuk program ARV, termasuk perempuan yang terdaftar dalam program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Lansia laki-laki ke istri dan perempuan lainnya) dipastikan tersedia		
3	Kondom secara gratis tersedia dengan berkoordinasi dengan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana, Kementerian Kesehatan, BKKBN, LSM lainnya.		
4	Kit lansia untuk laki-laki dan perempuan tersedia.		
5	Informasi no telp 24 jam yang bisa dihubungi untuk kelanjutan pengobatan ARV dipasang		
No	**Indikator Kuantitatif**	**Jumlah**	
1	Jumlah Kit untuk Lansia laki-laki		
2	Jumlah Kit untuk Lansia perempuan		
3	Jumlah Kit untuk Lansia perempuan		
4	Jumlah laki-laki lansia seksual aktif		
5	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki alat dan bahan untuk penerapan kewaspadaan standar		

C. SUB KLASTER PENGENDALIAN PENYAKIT DAN KESEHATAN LINGKUNGAN

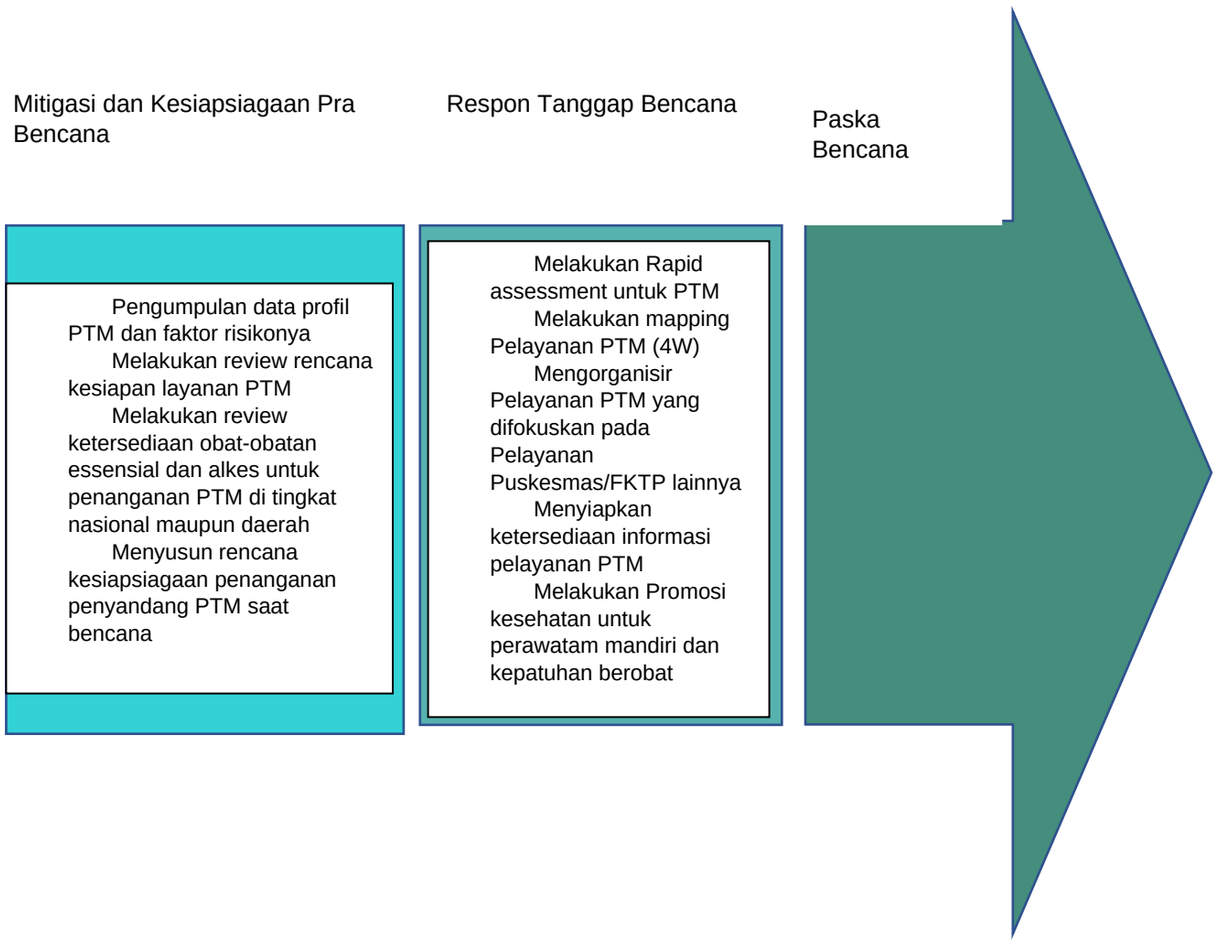
I. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dan Surveilans Penyakit serta Faktor Risiko pada Kondisi Darurat Krisis Kesehatan

Bencana adalah gangguan serius terhadap fungsi komunitas atau masyarakat pada skala apa pun karena peristiwa berbahaya yang berinteraksi dengan kondisi paparan, kerentanan dan kapasitas yang akan mengarah ke satu atau lebih hal-hal seperti kerugian dan dampak terhadap manusia, material, ekonomi, dan lingkungan. Dalam keadaan bencana manajemen Penyakit Tidak Menular atau selanjutnya disebut PTM memerlukan upaya yang optimal karena kondisi tersebut meningkatkan resiko eksaserbasi akut PTM dan penurunan respon sistem kesehatan. Disamping itu kegawatdaruratan akibat PTM juga menjadi tantangan dalam keadaan bencana dimana keterbatasan akses pengobatan dan

jdih.kemkes.go.id

peningkatan beban biaya sehingga dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi.

Manajemen PTM saat bencana membutuhkan perawatan inklusi sesuai dengan standard yang melibatkan integrasi antara lintas program dan lintas sektor secara komprehensif. Respon bencana dibagi menjadi 3 fase yaitu mitigasi dan kesiapsiagaan (Pra Bencana), respon tanggap darurat bencana serta fase Paska Bencana.



Gambar 5.27 Manajemen Penyakit Tidak Menular (PTM) berdasarkan siklus bencana

II. Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Pada Siklus Bencana

Penanggulangan penyakit tidak menular pada siklus bencana meliputi kegiatan.

a. Pra Bencana

Tahapan ini dilakukan baik dalam situasi tidak terjadi bencana dan situasi terdapat potensi terjadinya bencana. Secara garis besar, kegiatan yang dilakukan pada tahapan ini, yaitu.

jdih.kemkes.go.id

1. Pengumpulan data profil PTM (Hipertensi, Penyakit kardiovaskular, Diabetes Melitus, Kanker, Penyakit Paru Kronis) dan faktor risikonya saat Pra Bencana di Puskesmas/FKTP lainnya dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten, Provinsi dan tingkat nasional.
2. Melakukan review rencana kesiapan layanan PTM di wilayah kerja Kab/Kota dan Provinsi.
3. Melakukan review ketersediaan obat-obatan esensial dan alat kesehatan untuk PTM di tingkat Nasional maupun daerah.
4. Menyusun rencana kesiapsiagaan penanganan penyandang PTM saat bencana.

b. Tanggap Darurat Bencana

Tahapan ini dilakukan saat terjadi bencana yang bertujuan agar dapat meringankan penderitaan penyandang PTM dan mengendalikan faktor risiko PTM. Kegiatan pada tahapan ini, yaitu.

1. Kajian Cepat / Rapid Assessment ditujukan untuk menentukan kebutuhan dan tindakan yang tepat dengan cara mengidentifikasi jumlah penyandang PTM, kemampuan sumber daya termasuk kondisi pelayanan kesehatan, ketersediaan obat-obatan dan alat kesehatan serta ketersediaan alur layanan kegawatdaruratan bagi korban bencana dan penyandang PTM.
2. Melakukan mapping Pelayanan PTM menggunakan Analisa 4 W (*Who's doing what, where and when*) atau Siapa mengerjakan apa, kapan dan dimana?
3. Mengorganisir Pelayanan PTM yang difokuskan pada Pelayanan di Puskesmas / FKTP, ketersediaan obat-obatan dan alur rujukan kasus bila terjadi kegawatdaruratan PTM.
4. Menyiapkan ketersediaan informasi terkait pelayanan PTM bagi korban bencana terkait tempat layanan, waktu layanan, petugas yang memberikan layanan dan lain-lain.
5. Melakukan promosi kesehatan untuk perawatan mandiri dan kepatuhan berobat.

c. Pasca Bencana

Pada fase ini difokuskan pada kegiatan pemulihan, rehabilitasi dan rekonstruksi setelah bencana. Kegiatan rehabilitasi meliputi perbaikan yang dibutuhkan secara langsung dan sifatnya sementara untuk pemenuhan kebutuhan dasar seperti

jdih.kemkes.go.id

hunian sementara, penyiapan Pos kesehatan di tempat-tempat penampungan, penyiapan dapur umum, kamar mandi dan lain-lain. Disamping itu dilakukan juga rekonstruksi melalui perbaikan yang sifatnya permanen seperti pembangunan hunian, fasilitas kesehatan dan fasilitas-fasilitas umum lainya yang mendukung pemulihan paska bencana.

Kegiatan yang dilakukan pada Paska Bencana untuk penanganan PTM adalah:

1. Memperkuat respon sistem kesehatan dengan melakukan scaling up integrasi pelayanan PTM di Puskesmas/FKTP dan melakukan deteksi dini dan monitoring kasus PTM dan faktor risikonya secara berkala, penanganan kasus PTM dan layanan rujukan yang dibutuhkan.
2. Memperkuat respon kesehatan masyarakat dalam pengendalian faktor risiko individual dan komunitas dalam kegiatan promosi kesehatan dalam upaya pencegahan dan pengendalian PTM dilakukan dengan mempromosikan atau menggalakkan perilaku hidup sehat dengan jargon CERDIK (bagi masyarakat sehat) dan PATUH (bagi penyandang PTM).Jargon “CERDIK” merupakan singkatan dari Cek kesehatan secara berkala; Enyahkan asap rokok; Rajin aktivitas fisik; Diet sehat dan gizi seimbang; Istirahat yang cukup; Kelola stress. Untuk penyandang PTM dilakukan edukasi untuk menerapkan pola hidup “PATUH” merupakan singkatan dari Periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter; Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur; Tetap diet dengan gizi seimbang; Upayakan aktivitas fisik dengan aman; Hindari asap rokok, alkohol dan zat karsinogenik lainnya.
3. Promosi Kesehatan

   Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit yang dapat dicegah, sehingga promosi kesehatan pada keadaan bencana memiliki peran penting dalam upaya pencegahan dan pengendalian PTM. Promosi kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain melalui advokasi, sosialisasi, diseminasi informasi dan edukasi, menggunakan media promosi, media social, dan lain-lain dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor.

   Secara umum, kegiatan promosi kesehatan dalam upaya pencegahan dan pengendalian PTM dilakukan dengan

mempromosikan atau menggalakkan perilaku hidup sehat dengan jargon CERDIK (bagi masyarakat sehat) dan PATUH (bagi penyandang PTM).

Jargon “CERDIK” merupakan singkatan dari Cek kesehatan secara berkala; Enyahkan asap rokok; Rajin aktivitas fisik; Diet sehat dan gizi seimbang; Istirahat yang cukup; Kelola stress. Sedangkan “PATUH” merupakan singkatan dari Periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter; Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur; Tetap diet dengan gizi seimbang; Upayakan aktivitas fisik dengan aman; Hindari asap rokok, alkohol dan zat karsinogenik lainnya.

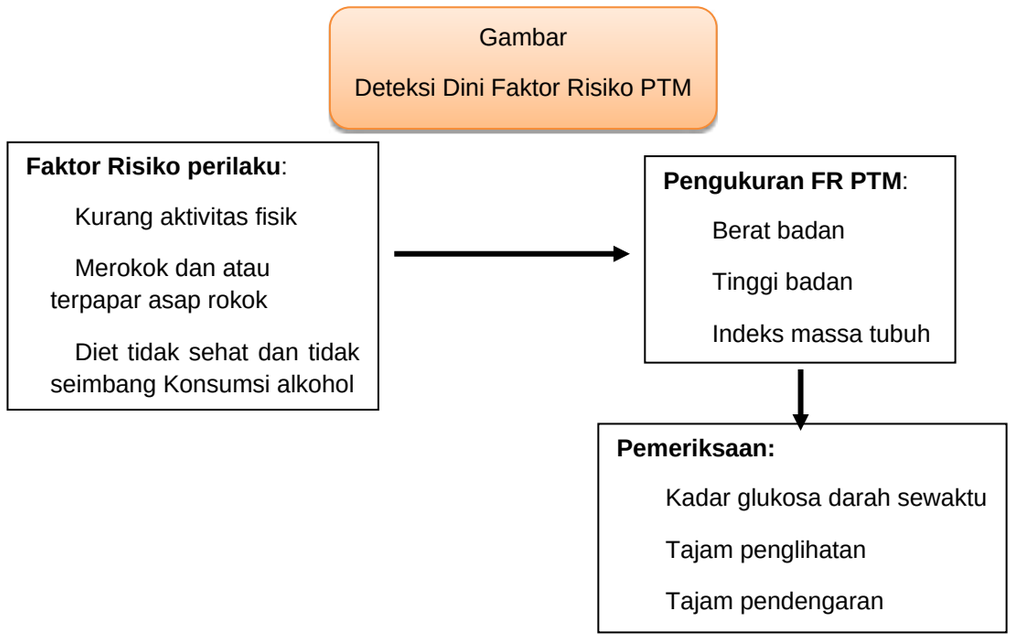
4. Deteksi Dini Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM)

   Faktor risiko perilaku dan faktor risiko fisiologi pada PTM dapat dikendalikan melalui kegiatan deteksi dini dan intervensi dini pada faktor risiko yang ditemukan, sehingga tidak berlanjut menjadi PTM dan atau komplikasinya. Upaya deteksi dini dapat dilaksanakan pada keadaan bencana secara terintegrasi, misalnya pada kegiatan Posbindu/Posyandu.

   Deteksi dini faktor risiko PTM dilakukan untuk melihat apakah seseorang sehat, memiliki faktor risiko PTM, atau telah menjadi penyandang PTM. Kegiatan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan pada sasaran yang berusia 15 tahun keatas, meliputi wawancara, pengukuran, dan pemeriksaan faktor risiko seperti tampak pada tabel berikut ini.

   Kegiatan deteksi dini faktor risiko PTM yang dilakukan tampak pada gambar di bawah ini.

jdih.kemkes.go.id



Gambar 5.28 Deteksi Dini Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM)

Tabel 5.59 Batas Normal Pengukuran Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM)

Faktor Risiko	Normal	Tinggi
Lingkar perut	P < 90 cm L < 80 cm	P ≥ 90 cm L ≥ 80 cm
Indeks massa tubuh	< 25 kg/m^2	≥ 25 kg/m^2
Tekanan darah	<140/90 mmHg	≥140/90 mmHg
Gula darah sewaktu	< 200 mg/dl	≥ 200 mg/dl

Bila ditemukan individu dengan faktor risiko PTM atau telah menderita PTM, harus ditindaklanjuti dengan pengendalian dan penatalaksanaan sesuai kasus yang ditemukan dengan mengacu pada PNPK yang berlaku.

5. Pelayanan Kesehatan pada Penyandang PTM
   1) Hipertensi

jdih.kemkes.go.id

Hipertensi adalah suatu penyakit di mana tekanan darah sistolik ≥140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥90 mmHg. Hipertensi merupakan penyakit "silent killer", karena menjadi penyebab kematian utama dan tertinggi di dunia. Banyak orang yang merasa sehat dan energik walaupun memiliki tekanan darah tinggi. Satu-satunya cara untuk mengetahui hipertensi adalah dengan melakukan pemeriksaan tekanan darah. Jika hipertensi dapat dideteksi lebih dini, tata laksana dapat dilakukan lebih awal sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi lebih lanjut.

Pengukuran tekanan darah dengan benar adalah langkah penting untuk mendiagnosis hipertensi dan mengevaluasi respon pengobatan. Pengukuran tekanan darah dilakukan menggunakan tensimeter aneroid atau digital.

Diagnosa

Diagnosa hipertensi ditegakkan bila tekanan darah sistolik ≥140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥90 mmHg, dan bila salah satu baik sistolik maupun diastolik meningkat sudah cukup untuk menegakkan diagnosis hipertensi. Diagnosis hipertensi ditegakkan berdasarkan pengukuran tekanan darah yang baik dan benar. Pengukuran dilakukan dengan frekuensi 3 kali pengukuran dengan jeda 1-2 menit. Nilai yang diambil adalah rerata hasil pengukuran.

Bagi pasien yang terdiagnosis hipertensi dilakukan tatalaksana sesuai pedoman yang berlaku, seperti PPK1 (sesuai Kepmenkes RI No. HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama), PNPK dan lain-lain, termasuk deteksi dini komplikasi berdasarkan organ target.

2) Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. Skrining awal diabetes melitus dilakukan dengan melihat kadar gula darah sewaktu.

Penegakan diagnosa dilakukan oleh tenaga medis di fasilitas pelayanan kesehatan dengan melihat kadar gula darah puasa dan glukosa plasma 2 jam setelah makan (Post Prandial/PP) atau Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO).

jdih.kemkes.go.id

Jika ditemukan faktor risiko prediabetes, maka dilakukan intervensi (KIE, dan bila perlu intervensi obat) dan pemantauan minimal setiap 6 bulan. Intervensi dan pemantauan selanjutnya pengunjung dengan prediabetes dapat dilakukan di Posbindu, kecuali bila ada penyulit lain yang harus ditangani di FKTP. Bila dalam pemantauan faktor risiko prediabetes berubah memenuhi kriteria diagnosis diabetes, maka dilakukan tatalaksana diabetes melitus sesuai pedoman yang berlaku.

Tanda dan gejala penyakit Diabetes Melitus dapat berupa.

a) Gejala Klasik, yaitu:
   1) Sering buang air kecil (poliuri)
   2) Cepat lapar (polifagia)
   3) Sering haus (polidipsi)
b) Gejala Lainnya, yaitu:
   1) Berat badan menurun cepat tanpa penyebab yang jelas.
   2) Kesemutan.
   3) Gatal di daerah genitalia.
   4) Keputihan pada wanita (flour albus).
   5) Luka sulit sembuh.
   6) Bisul yang hilang timbul.
   7) Penglihatan kabur.
   8) Cepat Lelah.
   9) Mudah mengantuk.
   10) Disfungsi ereksi.

Diagnosa

Penegakan diagnosis pasti bagi Diabetes Melitus dilakukan melalui pemeriksaan kadar gula darah seperti dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.60 Kadar Glukosa Darah sebagai Penyaring dan Diagnosis Diabetes Melitus

Pemeriksaan	Sampel darah	Bukan DM	Belum Pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dl)	Plasma Vena Darah Kapiler	< 100 < 90	100-199 90-199	≥ 200 ≥ 200

jdih.kemkes.go.id

Kadar glukosa darah puasa (mg/dl)	Plasma Vena Darah Kapiler	< 100 < 90	100-125 90-99	≥126 ≥100

Sumber: Konsensus PERKENI 2015

Bila ditemukan sasaran dengan kadar gula darah sewaktu ≥200 mg/dl maka dilakukan tata laksana lebih lanjut untuk menegakkan diagnosis dan terapi sesuai dengan pedoman yang berlaku, seperti PPK1 (sesuai Kepmenkes RI Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelauana Kesehatan Tingkat Pertama), PMPK dan lain-lain, termasuk deteksi dini komplikasi berdasarkan organ target.

III. Penanggulangan Penyakit Menular

Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan merupakan masalah kesehatan di dunia termasuk Indonesia. Menurut WHO dan UNICEF, terjadi sekitar 2 milyar kasus Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan di seluruh dunia setiap tahun, dan sekitar 1,9 juta anak balita meninggal karena Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan setiap tahun, sebagian besar terjadi di negara berkembang. Dari semua kematian anak balita karena Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan, 78% terjadi di wilayah Afrika dan Asia Tenggara.

Data dari Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi diare untuk semua kelompok umur sebesar 8 % dan angka prevalensi untuk balita sebesar 12,3 %. Selain itu, setiap 1-2 kali per tahun, balita di Indonesia menderita diare. Pernyataan bersama WHO-UNICEF tahun 2004 merekomendasikan pemberian oralit, tablet zinc, pemberian ASI dan makanan serta antibiotika selektif merupakan bagian utama dari manajemen Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan.

Diare sangat erat kaitannya dengan terjadinya kasus stunting. Kejadian diare berulang pada bayi dan balita dapat menyebabkan stunting. Zat mikro dalam tubuh yang seharusnya untuk pertumbuhan dan perkembang, habis untuk melawan infeksi berulang termasuk diare. Data dari Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018, tingkat stunting di Indonesia adalah 30,8%. Diare merupakan ancaman bagi kualitas hidup anak.

Bencana membawa dampak penyakit, di tengah kondisi serba darurat, maka penyakit akan mudah datang dan menular. Pada umumnya, penyakit yang sering muncul pasca bencana, yaitu Diare.

jdih.kemkes.go.id

Tercemarnya sumber air bersih rentan membuat pengungsi mengalami diare. Penyakit ini bisa ditularkan oleh bakteri dan virus yang hidup di air, antara lain norovirus, Salmonella, dan V. cholerae. Gejala utama diare adalah sakit perut, buang air besar terus menerus, yang biasanya diikuti demam. Dalam tahap lanjut, penyakit diare juga bisa mematikan karena pasien mengalami dehidrasi akut dan kekurangan nutrisi.

a. Diare Akut

Buang air besar yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (pada umumnya 3 kali atau lebih) perhari dengan konsistensi cair dan berlangsung kurang dari 7 hari. 1) Etiologi Secara klinis penyebab diare akut dibagi dalam 4 kelompok yaitu infeksi, malabsorbsi, keracunan makanan dan diare terkait penggunaan antibiotika. Infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, virus, fungi, parasit (protozoa, cacing). Dari berbagai penyebab tersebut, yang sering ditemukan adalah diare yang disebabkan oleh infeksi virus. Untuk mengenal penyebab diare akut digambarkan dalam bagan berikut.



Gambar 5.29 Penyebab Penyakit Diare Akut

b. Kolera

Gejala kolera yaitu diare terus menerus, cair seperti air cucian beras, tanpa sakit perut, disertai muntah dan mual di awal penyakit. Seseorang dicurigai kolera apabila:

1. Penderita berumur >5 tahun menjadi dehidrasi berat karena diare akut secara tiba-tiba (biasanya disertai muntah dan mual),

jdih.kemkes.go.id

tinjanya cair seperti air cucian beras, tanpa rasa sakit perut (mulas) atau

2. Penderita diare akut berumur >2 tahun di daerah yang terjangkit KLB Kolera. Kasus kolera ditegakkan dengan pemeriksaan laboratorium.

c. Diare Kronik

Batasan Diare kronik adalah diare dengan atau tanpa disertai darah, dan berlangsung selama 14 hari atau lebih. Bila sudah terbukti disebabkan oleh infeksi disebut sebagai diare persisten.

Etiologi dan Epidemiologi Sesuai dengan batasan bahwa diare persisten dan diare kronik adalah diare akut yang menetap, dengan sendirinya etiologi diare persisten dan diare kronik merupakan kelanjutan dari diare akut. Faktor risiko berlanjutnya diare akut menjadi diare persisten adalah:

1. Usia bayi kurang dari 6 bulan.
2. Tidak mendapat ASI.
3. Gizi buruk.
4. Diare akut dengan etiologi bakteri invasif.
5. Tatalaksana diare akut yang tiak tepat:
   a) Memakai antibodika yang tidak tepat.
   b) Memuaskan penderita.
   c) Imunokompro.

d. Prinsip Tatalaksana Penderita Diare

Prinsip tatalaksana penderita diare pada anak adalah Lintas Diare (Lima Langkah Tuntaskan Diare), yang terdiri atas:

1. Oralit Osmolaritas Rendah Mencegah terjadinya dehidrasi dapat dilakukan mulai dari rumah dengan memberikan Oralit. Bila tidak tersedia, berikan lebih banyak cairan rumah tangga yang mempunyai osmolaritas rendah yang dianjurkan seperti air tajin, kuah sayur, kuah sup, sari buah, air teh dan air matang. Macam cairan yang digunakan bergantung pada:
   a) Kebiasaan setempat dalam mengobati diare.
   b) Tersedianya cairan/sari makanan yang cocok.
   c) Jangkauan pelayanan kesehatan Bila terjadi dehidrasi (terutama pada anak), penderita harus segera dibawa ke petugas kesehatan atau sarana kesehatan untuk mendapatkan terapi rehidrasi yang cepat dan tepat.

   Saat ini Oralit yang digunakan adalah Oralit kemasan 200cc dengan komposisi sebagai berikut.
   a) Natrium klorida/Sodium chloride 2,6 gram.

jdih.kemkes.go.id

b) Kalium klorida/Potassium chloride 1,5 gram.
c) Trisodium sitrat dihidrat/Trisodium citrate dihydrate 10 mmol/L.
d) Glukosa anhidrat/Glucose anhydrate 75 mmol/L.

2. Zinc

Di negara berkembang, umumnya anak sudah mengalami defisiensi Zinc. Bila anak diare akan kehilangan Zinc bersama tinja, menyebabkan defisiensi menjadi lebih berat. Zinc merupakan salah satu mikronutrien yang penting dalam tubuh. Lebih dari 300 macam enzim dalam tubuh memerlukan Zinc sebagai kofaktornya, termasuk enzim superoksida dismutase (Linder, 1999). Enzim ini berfungsi untuk metabolisme radikal bebas superoksida sehingga kadar radikal bebas ini dalam tubuh berkurang. Pada proses inflamasi, kadar radikal bebas superoksida meningkat, sehingga dapat merusak berbagai jenis jaringan, termasuk jaringan epitel dalam usus (Cousins et al, 2006). Zinc juga berefek dalam menghambat enzim INOS (inducible nitric oxide synthase), dimana ekskresi enzim ini meningkat selama diare dan mengakibatkan hipersekresi epitel usus. Zinc juga berperan dalam epitelisasi dinding usus yang mengalami kerusakan morfologi dan fungsi selama sebagian besar kejadian diare. Kerusakan morfologi epitel usus antara lain terjadi pada diare karena rotavirus yang merupakan penyebab terbesar diare akut (Wapnir, 2000). Pemberian Zinc selama diare terbukti mampu mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja, serta menurunkan kekambuhan kejadian diare pada 3 bulan berikutnya (Black, 2003). Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa Zinc mempunyai efek protektif terhadap diare dan menurunkan kekambuhan diare sebanyak 11% dan menurut hasil pilot studi menunjukkan bahwa zinc mempunyai tingkat hasil guna sebesar 67% (Hidayat, 1998, Soenarto, 2007). Berdasarkan bukti ini, semua anak dengan diare harus diberi Zinc segera saat anak mengalami diare. Zinc diberikan pada setiap diare dengan dosis:

a) < 6 bulan diberikan 10 mg (Ω tablet) Zinc per hari.
b) > 6 bulan diberikan 1 tablet zinc 20 mg.

Pemberian Zinc diteruskan sampai 10 hari, walaupun diare sudah membaik. Hal ini dimaksudkan untuk mencegah kejadian diare selanjutnya selama 3 bulan ke depan. Cara

jdih.kemkes.go.id

pemberian tablet Zinc: Larutkan tablet dalam 1 sendok makan air matang atau ASI. Pemberian ASI/Makanan Pemberian makanan selama diare bertujuan untuk memberikan gizi pada penderita terutama pada anak agar tetap kuat dan tumbuh serta mencegah berkurangnya berat badan. Anak yang masih minum ASI harus lebih sering diberi ASI. Anak yang minum susu formula diberikan lebih sering dari biasanya. Anak usia 6 bulan atau lebih termasuk bayi yang telah mendapat makanan padat harus diberikan makanan yang mudah dicerna sedikit demi sedikit tetapi sering. Setelah diare berhenti, pemberian makanan ekstra diteruskan selama 2 minggu untuk membantu pemulihan berat badan anak.

3. Pemberian Antibiotik

Pemberian Antibiotik hanya atas indikasi. Antibiotik tidak boleh digunakan secara rutin karena kecilnya kejadian diare yang memerlukannya (8,4%). Antibiotik hanya bermanfaat pada anak dengan diare berdarah (sebagian besar karena shigellosis), suspek kolera, dan infeksi-infeksi diluar saluran pencernaan yang berat, seperti pneumonia. Obat-obatan ìanti-diareî tidak boleh diberikan pada anak yang menderita diare karena terbukti tidak bermanfaat. Obat anti muntah tidak dianjurkan kecuali muntah berat. Obat-obatan ini tidak mencegah dehidrasi ataupun meningkatkan status gizi anak. Obat antiprotozoa digunakan bila terbukti diare disebabkan oleh parasit (amuba, giardia).

4. Pemberian Nasihat Ibu atau keluarga yang berhubungan erat dengan balita harus diberi nasihat tentang:
   a) Cara memberikan cairan (Oralit) dan obat Zinc di rumah.
   b) Kapan harus membawa kembali balita ke petugas kesehatan.
      1) Diare lebih sering
      2) Muntah berulang
      3) Sangat haus
      4) Makan atau minum sedikit
      5) Timbul demam
      6) Tinja berdarah
      7) Tidak membaik dalam 3 hari.

e. Penentuan Diagnosis Diare

1. Anak

jdih.kemkes.go.id

Riwayat Penyakit Berapa hari anak diare? Berapa kali diare dalam sehari? Adakah darah dalam tinja? Apakah ada muntah? Berapa kali ? Apakah ada demam? Makanan apa yang diberikan sebelum diare? Jenis makanan dan minuman apa yang diberikan selama sakit? Obat apa yang sudah diberikan? Imunisasi apa saja yang sudah didapat? Apakah ada keluhan lain?

2. Menilai Derajat Dehidrasi

Tabel 5.61 Penilaian Derajat Dehidrasi

TABEL PENILAIAN DERAJAT DEHIDRASI			
PENILAIAN	A	B	C
	Tidak Ada Cukup Tanda untuk Lebih		
1. Lihat ○ Keadaan Umum ○ Mata ○ Rasa Haus (ingin air minum)	Baik, Sadar Normal Minum Biasa, Tidak Haus	Gelisah, Rewel Cekung Haus, Ingin Minum Banyak	Lesu, Lunglai atau Tidak Sadar Cekung Malas Minum atau Tidak Bisa Minum
2. Raba/Periksa ○ Turgor Kulit	Kembali cepat	Kembali lambat	Kembali Sangat Lambat (lebih dari 2 detik)
3. Tentukan Derajat Dehidrasi	Tanpa Dehidrasi	Dehidrasi Ringan - Sedang (Dehidrasi Tidak Berat)	Dehidrasi Berat
4. Rencana Pengobatan	Rencana Terapi A	Rencana Terapi B	Rencana Terapi C

IV. Pelaksanaan Upaya Kesehatan Lingkungan pada Kondisi Darurat Krisis Kesehatan

a. Pengorganisasian

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan, amanah untuk kesehatan lingkungan yaitu pada sub klaster pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan yang bertugas melakukan pengendalian penyakit dan upaya penyehatan lingkungan. Selaras dengan aturan tersebut diatas, melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan, amanah untuk penanggulangan bencana yaitu pada upaya penyelenggaraan kesehatan lingkungan dalam kondisi matra dan ancaman global perubahan iklim.

b. Mekanisme Koordinasi Dengan Klaster Kesehatan

Segera setelah terjadinya bencana, klaster kesehatan melalui Pusat Krisis Kesehatan/Dinas Kesehatan Provinsi/Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melakukan aktivasi HEOC *(Health Emergency Operations Center).* Untuk mengikuti proses aktivasi tersebut dilakukan kegiatan dengan tahapan sebagai berikut.

jdih.kemkes.go.id

1. Pengelola program kesehatan lingkungan di Kementerian Kesehatan melakukan koordinasi dengan pengelola program kesehatan lingkungan di Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terjadinya bencana bertujuan agar mengikuti proses aktivasi tersebut.
2. Pengelola program kesehatan lingkungan di Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyampaikan laporan awal situasi kesehatan lingkungan yang terdampak bencana kepada pengelola program kesehatan lingkungan Kementerian Kesehatan.
3. Pengelola program kesehatan lingkungan di Kementerian Kesehatan dapat bergabung dalam tim penanggulangan bencana di lokasi bencana sesuai kebutuhan dan tingkatan bencana yang terjadi.

c. Persiapan Pengelola Program Kesehatan Lingkungan

Setelah diketahuinya terjadi bencana, maka pengelola program kesehatan lingkungan maka dilakukan kegiatan dengan tahapan sebagai berikut.

1. Mengelola informasi awal kejadian bencana.
2. Mengecek status petugas yang terdampak bencana dan yang tidak terdampak bencana dalam 1 wilayah administratif.
3. Mengecek status logistik yang tersedia.

Melakukan komunikasi dengan instansi UPT/UPTD seperti Balai Teknik Kesehatan Lingkungan, Kantor Kesehatan Pelabuhan, untuk koordinasi penyusunan rencana pelayanan kesehatan lingkungan.

d. Pelayanan Kesehatan Lingkungan

Kesehatan Lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial. Seperti yang sudah diatur dalam peraturan pemerintah nomor 66 tahun 2014 tentang kesehatan lingkungan bahwa kualitas lingkungan yang sehat ditentukan melalui pencapaian atau pemenuhan Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan. Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan ditetapkan pada media lingkungan yang meliputi: air, udara, tanah, pangan, vektor dan binatang pembawa penyakit. Oleh karena itu pelayanan kesehatan lingkungan perlu dilakukan

jdih.kemkes.go.id

dengan melakukan penilaian cepat di awal masa kedaruratan dan diperbaharui setiap hari atau jangka waktu yang ditentukan.

Penilaian Cepat Kebutuhan Pelayanan Kesehatan

1. Ketersediaan Air

   Ketersediaan air penting diperhatikan karena air merupakan kebutuhan pokok yang menunjang kesehatan. Air yang dimaksud mencakup air untuk kebutuhan konsumsi, sanitasi/mandi/ kebersihan diri, mencuci pakaian, mencuci peralatan makan, dan untuk kebutuhan lainnya. Selain ketersediaan air, kualitas air yang tersedia juga perlu diperhatikan karena rusaknya sumber air dan sistem distribusinya.

   Jika ketersediaan air tidak mencukupi dan kualitas airnya tidak memenuhi persyaratan kesehatan, maka akan timbul risiko penyakit sebagai berikut;

   a) Penyakit yang ditularkan langsung melalui air *(water borne disease)*, contoh; diare, kecacingan, typhoid, hepatitis, disentri, gastroenteritis.
   b) Penyakit karena air tidak higiene *(water washes disease),* contoh; penyakit kulit, mata, trachoma, lepra.
   c) Penyakit yang disebabkan karena adanya bibit penyakit yang siklus hidupnya di dalam air *(water based disease),* contoh; schistosomiasis.
   d) Penyakit yang ditularkan melalui vektor yang perindukannya di dalam air *(water related insects vector),* contoh; demam berdarah, malaria, filariasis, penyakit kuning *(yellow fever).*

   Untuk mengetahui kuantitas dan kualitas air yang dibutuhkan, maka dilakukan kegiatan dengan tahapan sebagai berikut.

   a) Identifikasi jumlah penduduk terdampak krisis dan lokasi keberadaannya (pengungsian atau tetap di permukiman yang bersangkutan).
   b) Identifikasi akses air yang diperoleh sebelum situasi krisis dan pada saat krisis mencakup air untuk konsumsi, sanitasi/mandi/kebersihan diri, mencuci pakaian, mencuci peralatan makan, dan air untuk kebutuhan lainnya.
   c) Identifikasi kuantitas air yang diperoleh pada saat krisis mencakup air untuk konsumsi, sanitasi/mandi/kebersihan

jdih.kemkes.go.id

diri, mencuci pakaian, mencuci peralatan makan, dan air untuk kebutuhan lainnya.

d) Inspeksi kesehatan lingkungan pada sarana air yang diakses, hitung tingkat risikonya (tinggi, sedang, rendah).

e) Jika hasil penghitungan tingkat resikonya “tinggi”, lakukan pengambilan sampel air untuk diuji parameter utamanya sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan.

2. Ketersediaan Toilet dan Kamar Mandi

Ketersediaan toilet dan kamar mandi penting diperhatikan karena toilet dan kamar mandi juga merupakan kebutuhan penunjang kesehatan. Pada situasi krisis, penduduk yang terdampak krisis mengalami kesulitan untuk akses ke toilet dan kamar mandi yang biasa mereka gunakan, karena rusaknya sarana tersebut atau penduduk tersebut harus pindah ke pengungsian.

Jika ketersediaan toilet dan kamar mandi tidak mencukupi, maka akan timbul risiko penyakit sebagaimana penyakit yang muncul karena kurangnya ketersediaan air sebagai berikut;

a) Penyakit diare, kecacingan, typhoid, hepatitis, disentri, gastroenteritis.
b) Penyakit kulit, mata, trachoma, lepra.
c) Penyakit schistosomiasis.
d) Penyakit demam berdarah, malaria, filariasis, penyakit kuning.

Untuk mengetahui ketersediaan toilet dan kamar mandi, maka dilakukan kegiatan dengan tahapan sebagai berikut.

a) Identifikasi jumlah penduduk terdampak krisis dan lokasi keberadaannya (pengungsian atau tetap di permukiman).
b) Identifikasi akses dan jumlah sarana toilet dan kamar mandi sebelum situasi krisis dan pada saat krisis mencakup sarana toilet dan kamar mandi di permukiman yang masih dihuni, di pengungsian, dan di lokasi yang diperuntukkan khusus untuk petugas penanggulangan bencana bertugas.
c) Identifikasi desain toilet dan kamar mandi untuk kesesuaian persyaratan kesehatan (bangunan atas, tengah, bawah).

3. Ketersediaan Peralatan Personal Higiene

Ketersediaan peralatan personal higiene yang dimaksud antara lain seperti sabun mandi, sabun cuci tangan, shampo, sikat

jdih.kemkes.go.id

gigi, pasta gigi, handuk, tampon, popok bayi, dll. Jika ketersediaan personal higiene ini tidak mencukupi, maka akan timbul risiko penyakit seperti penyakit kulit, dan lainnya.

Untuk mengetahui ketersediaan peralatan personal higiene, maka dilakukan kegiatan dengan tahapan sebagai berikut.

a) Identifikasi jumlah penduduk terdampak krisis dan lokasi keberadaannya (pengungsian atau tetap di permukiman).
b) Identifikasi jenis kebutuhan peralatan personal higiene berdasarkan usia penduduk terdampak krisis.
c) Identifikasi kontak person koordinator kelompok penduduk yang bertanggungjawab untuk distribusi bantuan.

4. Situasi Keamanan Pangan

Keamanan pangan yang dimaksud antara lain mencakup makanan dan minuman siap saji yang disediakan melalui dapur umum, makanan dan minuman siap saji yang didistribusikan melalui donatur, makanan dan minuman yang berbentuk kemasan.

Jika penduduk terdampak dan petugas penanggulangan bencana mengkonsumsi makanan dan minuman siap saji ataupun makanan serta minuman kemasan yang beredar di lokasi terjadinya kedaruratan tidak memenuhi syarat kesehatan, maka akan timbul risiko penyakit dan kematian seperti keracunan pangan, diare, mual, dan penyakit pencernaan lainnya.

Untuk mengetahui situasi keamanan pangan, maka dilakukan kegiatan dengan tahapan sebagai berikut.

a) Identifikasi sumber suplai makanan dan minuman.
b) Identifikasi sistem distribusi makanan dan minuman dan waktu pendistribusian.
c) Identifikasi jenis makanan dan minuman yang disajikan.
d) Inspeksi kesehatan lingkungan pada lokasi sumber suplai atau tempat pengelolaan makanan dan minuman, hitung tingkat risikonya (tinggi, sedang, rendah).
e) Jika hasil penghitungan tingkat resikonya “tinggi”, lakukan pengambilan sampel makanan dan minuman untuk diuji parameter utamanya sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan.

jdih.kemkes.go.id

5. Situasi Penanganan Sampah

   Sampah yang dimaksud merupakan sampah domestik yang timbul dari aktivitas sehari-hari penduduk yang terdampak serta dari aktivitas petugas penanggulangan bencana, seperti sisa makanan, sisa minuman, serta kemasan plastik, kertas, kardus, logam, kaca, dan lainnya.

   Jika penduduk terdampak dan petugas penanggulangan bencana terpapar dengan tumpukan sampah yang tidak tertangani, maka akan muncul vektor pembawa penyakit seperti lalat, tikus, kecoa yang dapat menimbulkan risiko penyakit diare, malaria, filariasis, leptospirosis, chikungunya, dan lainnya.

   Untuk mengetahui situasi penanganan sampah, maka dilakukan kegiatan dengan tahapan sebagai berikut.

   a) Identifikasi lokasi penumpukan sampah.
   b) Identifikasi jenis sampah dan jumlah timbulan.
   c) Identifikasi penyedia layanan pengangkutan sampah.
   d) Identifikasi ritasi pengangkutan sampah.

6. Situasi Penanganan Limbah

   Limbah medis yang dimaksud merupakan limbah medis yang dihasilkan dari layanan medis di rumah sakit, puskesmas, posko kesehatan, dan layanan medis yang diberikan oleh petugas medis ke permukiman atau pengungsian.

   Jika penduduk terdampak dan petugas penanggulangan bencana terpapar dengan limbah medis yang tidak tertangani, maka akan menimbulkan cedera fisik misalnya karena benda tajam dan risiko penyakit akibat bahan beracun dan berbahaya (B3).

   Untuk mengetahui situasi penanganan limbah medis, maka dilakukan kegiatan dengan tahapan sebagai berikut.

   a) Identifikasi lokasi tempat pelayanan kesehatan.
   b) Identifikasi jenis limbah medis dan jumlah timbulan.
   c) Identifikasi lokasi tempat penampungan sementara limbah medis.
   d) Identifikasi jadwal pengangkutan limbah medis.
   e) Identifikasi penyedia layanan pengangkutan limbah medis.

e. Perencanaan Alur Kerja dengan Lintas Program, Lintas Sektor dan Mitra Pendukung

jdih.kemkes.go.id

Pelayanan kesehatan lingkungan termasuk layanan kesehatan yang membutuhkan kerjasama dan intervensi dari lintas program, lintas sektor dan mitra pendukung lainnya. Mekanisme kerjasama dan intervensi tersebut menyesuaikan dengan pengorganisasian yang dibentuk oleh Pemerintah Provinsi atau Kabupaten/Kota. Pelayanan kesehatan lingkungan perlu membuat alur kerja dengan internal dalam klaster kesehatan serta alur kerja dengan eksternal di luar klaster kesehatan yang terkait serta alur kerja dengan mitra pendukung seperti organisasi profesi, donatur, relawan, organisasi non pemerintah lainnya.

1. Kebutuhan Petugas

   Pelayanan kesehatan lingkungan dapat dilaksanakan oleh pengelola program kesehatan lingkungan di Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas, dan yang bertugas di fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan laboratorium kesehatan.

   Untuk mengetahui kebutuhan petugas, maka dilakukan kegiatan dengan tahapan sebagai berikut.

   a) Identifikasi lokasi dan sebaran penduduk terdampak.
   b) Identifikasi jenis intervensi pelayanan kesehatan lingkungan yang dibutuhkan.
   c) Penghitungan analisis beban kerja sederhana sesuai dengan ketentuan penugasan petugas penanggulangan bencana.
   d) Pengorganisasian penugasan oleh pengelola program kesehatan lingkungan bekerjasama dengan petugas kesehatan lingkungan yang berada di UPT atau instansi kesehatan lainnya yang menjadi petugas penanggulangan bencana.

2. Pemetaan Instansi dan Penanggungjawab

   Media lingkungan yang berpotensi menimbulkan penyakit seperti ketersediaan air, toilet, kamar mandi, keamanan pangan, penanganan sampah, perlu dikendalikan dengan intervensi dari lintas sektor terkait.

   Untuk mengetahui alur kerja dengan lintas program dan lintas sektor, maka dilakukan kegiatan dengan tahapan sebagai berikut.

   a) Pemetaan penduduk terdampak dan lokasi yang membutuhkan layanan kesehatan lingkungan.

jdih.kemkes.go.id

b) Pemetaan instansi yang bertanggungjawab untuk penyediaan air, penyediaan toilet dan kamar mandi, keamanan pangan serta penanganan sampah Misal:
   1) PUPR (Balai, UPT, Dinas) atau PDAM bertanggungjawab untuk penyediaan air, toilet, dan kamar mandi.
   2) Sosial (Kemensos, Dinsos, Tagana) bertanggungjawab untuk penyediaan dapur umum dan suplai bantuan makanan minuman.
   3) Lingkungan Hidup (KLH, Dinas) bertanggungjawab untuk penanganan sampah dari tempat penampungan sementara hingga ke tempat pembuangan akhir.
      a) Membuat alur kerja internal dan eksternal dan mekanisme koordinasinya.
      b) Membuat mekanisme monitoring dan umpan balik dengan lintas program dan lintas sektor terkait.

3. Register Mitra Pendukung

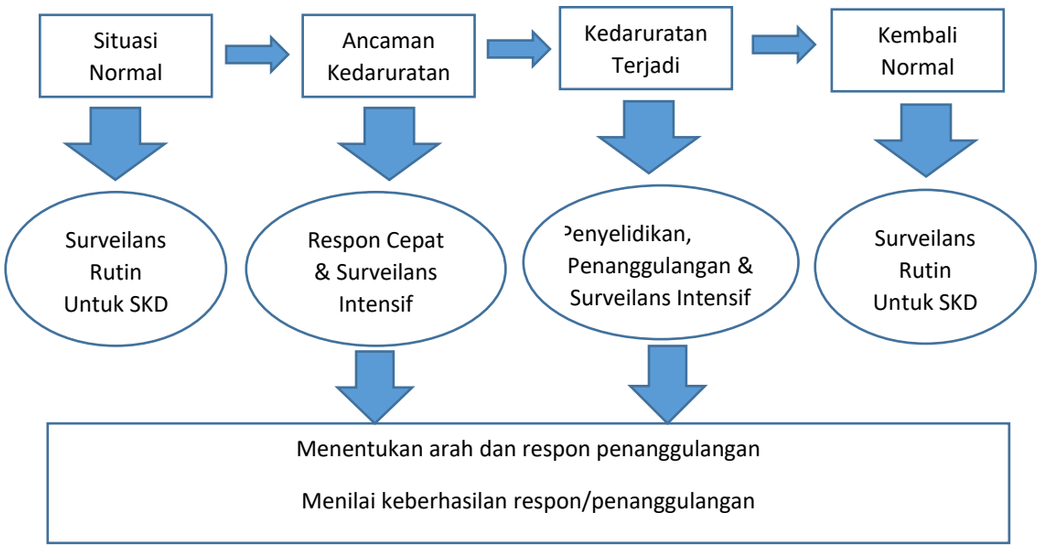
   Pelayanan kesehatan lingkungan secara substansi bersinggungan dengan beberapa mitra pendukung yang tergabung dalam organisasi profesi, perguruan tinggi, donatur, relawan, serta organisasi non pemerintah lainnya. Untuk mengetahui alur kerja dengan mitra pendukung, maka dilakukan kegiatan dengan tahapan sebagai berikut.

X. Pelaksanaan Surveilans pada Situasi Krisis Kesehatan

Surveilans epidemiologi bencana adalah pemantauan secara terus menerus kecenderungan suatu penyakit menular pada saat bencana dan pasca bencana agar secara dini dapat dilakukan antisipasi untuk menurunkan kesakitan dan kematian serta mencegah penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB/Wabah melalui sistem kewaspadaan dini kejadian luar biasa (SKD KLB) penyakit menular. Pada situasi bencana, surveilans yang dilaksanakan secara rutin untuk mendukung program-program kesehatan dan kewaspadaan penyakit berpotensi wabah/KLB (SKDR) tetap dilaksanakan sesuai dengan peraturan yang ada.

Tahapan alamiah situasi bencana dan bagaimana peranan surveilans pada situasi bencana dapat dilihat pada gambar berikut.

jdih.kemkes.go.id



Gambar 5.29 Arah dan Respons Penanggulangan pada situasi darurat

Secara umum surveilans bencana terdiri dari 3 jenis yaitu surveilans pra bencana, surveilans saat bencana, dan surveilans pasca bencana.

a. Surveilans Pra Bencana

Surveilans pra bencana adalah surveilans pada keadaan normal (tidak terjadi bencana) dan pada saat terjadinya informasi peningkatan kasus penyakit potensial KLB atau pada saat dimana diketahuinya indikasi ancaman KLB (*Alert*). Surveilans pada pra bencana merupakan surveilans rutin yang dilaksanakan secara terus menerus.

Beberapa jenis laporan yang dimanfaatkan pada penyelenggaraan SKDR penyakit potensi wabah/KLB (rutin) antara lain.

1. Laporan mingguan penyakit potensi wabah/KLB di Puskesmas (SKDR Puskesmas).
2. Laporan adanya KLB atau dugaan adanya KLB (Laporan KLB 24 Jam/W1).
3. Laporan bulanan data kesakitan dan kematian Puskesmas/rumah sakit yang dimanfaatkan dalam kerangka SKD KLB.
4. Laporan faktor risiko penyakit (laporan angka bebas jentik wilayah kelurahan/desa dan laporan data curah hujan pada SKDR KLB DBD, laporan kecukupan air dan jamban serta sarana sanitasi lainnya pada SKDR KLB diare dan penyakit berbasis lingkungan lainnya, laporan cakupan imunisasi pada

jdih.kemkes.go.id

SKDR KLB penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, dan sebagainya).

5. Laporan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan.
6. Laporan dugaan adanya KLB oleh masyarakat (rumor).

b. Surveilans Situasi Bencana

Surveilans situasi bencana adalah surveilans yang dilakukan pada saat keadaan bencana dan dilaksanakan SKDR bencana (khusus), disamping tetap dilaksanakannya SKDR (rutin). Pada bencana perlu dilakukan SKDR khusus pada situasi bencana dan peningkatan kesiapsiagaan menghadapi kemungkinan terjadinya wabah/KLB. Prinsip-prinsip pelaksanaan SKDR bencana:

1. Setiap petugas kesehatan, khususnya petugas yang tergabung dalam tim SKDR bencana, harus berubah pola pikir dari bersikap dan bertindak dalam kerangka kewaspadaan pada situasi normal dalam situasi bencana.
2. Memprioritaskan kewaspadaan terhadap penyakit berpotensi wabah/KLB pada wilayah bencana tersebut, dengan tetap memperhatikan kemungkinan adanya wabah/KLB penyakit lainnya yang berisiko menular, meninggal atau menderita sakit berat.
3. Mampu memanfaatkan data yang terbatas, kurang lengkap, kurang akurat dan seringkali tidak terstruktur atau rumor.
4. Pendataan pasif, yaitu laporan data kesakitan fasyankes, laporan data kematian warga terdampak bencana, laporan data pengungsi, tempat tinggal pengungsi, air, jamban dan sanitasi lain, laporan masyarakat (rumor verifikasi), laporan lainnya serta hasil kajian lapangan (pendataan aktif).
5. Mampu menjelaskan dan menyampaikan rekomendasi kepada para pemangku kepentingan dan masyarakat tentang hasil analisis data surveilans dan responnya.
6. Mampu menyebarluaskan data dan informasi melalui berbagai media komunikasi yang ada pada situasi bencana (publikasi data dan informasi, rapat, pertemuan dan pertemuan perorangan).

c. Surveilans Pasca Bencana

Tujuan surveilans pasca bencana adalah untuk menyediakan informasi terkait situasi penyakit setelah bencana dengan membangun kembali atau menjalankan kembali sistem surveilans rutin. Jenis surveilans yang dijalankan adalah surveilans morbiditas dan surveilans kematian.

jdih.kemkes.go.id

1. Surveilans Morbiditas

   Pada surveilans morbiditas dikumpulkan informasi informasi yang biasa dikumpulkan adalah sebagai berikut.

   a) Tingkat kejadian kesakitan termasuk cedera.
   b) Tingkat prevalensi penyakit dan cedera.
   c) Tingkat stratifikasi (Berdasarkan usia, jenis kelamin, dan lokasi geografis).

2. Surveilans Kematian

   Tingkat kematian suatu penyakit membantu untuk mengukur dampak bencana terhadap suatu populasi. Surveilans kematian ini dapat membantu dalam menentukan besarnya dampak kesehatan terkait peristiwa bencana, mengevaluasi efektivitas kebijakan pencegahan selama bencana, dan mengidentifikasi kematian terkait bencana yang dapat dicegah. Surveilans kematian penting dalam mengumpulkan data termasuk:

   a) Karakteristik demografis.
   b) Waktu dan lokasi kematian, dan
   c) Penyebab dan cara kematian.

XI. Langkah-Langkah Surveilans Krisis Kesehatan

a. Pencatatan dan Pelaporan Data

   Pencatatan dan pelaporan data dilakukan terhadap beberapa hal berikut.

   1. Data Kesakitan

      Merupakan pencatatan kejadian kesakitan dalam register pelayanan kesehatan di poliklinik puskesmas, pos kesehatan di pengungsian, pelayanan kesehatan keliling (bisa oleh puskesmas maupun oleh relawan) dan pelaporan data kesakitan tersebut secara berkala harian kepada unit pelaksana kluster kesehatan (subkluster pengendalian penyakit) dengan menggunakan formulir pelaporan standar. Kegunaan dan pemanfaatan data kesakitan adalah untuk:

      a) Memantau perkembangan kejadian kesakitan penyakit berpotensi wabah/KLB di antara pengungsi (warga terdampak).
      b) Mendeteksi dini adanya kejadian kesakitan yang mengarah pada KLB.
      c) Mendeteksi dini adanya KLB atau dugaan KLB.
      d) Terselenggaranya respon terhadap b) atau c).

jdih.kemkes.go.id

Sumber Data: Data kesakitan diperoleh dari tempat pelayanan kesehatan, baik di poliklinik puskesmas, pos kesehatan di pengungsian, pelayanan kesehatan keliling (oleh Puskesmas maupun oleh relawan).

Pelaksana pencatatan dan pelaporan data kesakitan adalah.

a) Pelaksana pencatatan dan pelaporan data kesakitan adalah penanggung jawab poliklinik (fasyankes), pos kesehatan di pengungsian.
b) Koordinator kegiatan pencatatan dan pelaporan data kesakitan adalah petugas surveilans Puskesmas atau petugas yang ditetapkan oleh unit pelaksana kluster kesehatan (subkluster pengendalian penyakit).

Formulir Pencatatan: Setiap orang yang berobat ke tempat pelayanan kesehatan dicatat dalam register tempat pelayanan kesehatan, dengan variabel perekaman data, minimal harus terdapat variabel identitas tempat pelayanan kesehatan, tanggal berobat, nama, umur, jenis kelamin, diagnosis, dan status saat akhir pelayanan (sembuh, dirujuk, meninggal atau masih dirawat saat laporan dibuat).

Formulir Pelaporan: Berdasarkan data pada register tempat pelayanan kesehatan, jumlah kasus-kasus tertentu dan jumlah orang berobat serta informasi tambahan dari penanggung jawab fasilitas pelayanan dihitung.

2. Data Kematian

Merupakan pencatatan penyebab kematian dan pelaporan data kematian tersebut kepada unit pelaksana subkluster pengendalian penyakit (di kluster kesehatan) dengan menggunakan formulir pelaporan standar. Laporan kematian segera dibuat oleh petugas terlatih (dokter, bisan, perawat) dan dilaporkan kepada Subkluster Pengendalian Penyakit.

Kegunaan dan pemanfaatan data kematian adalah:

a) Memantau perkembangan kejadian kematian secara umum dan kejadian kematian penyakit berpotensi wabah/KLB di antara pengungsi (warga terdampak).
b) Mendeteksi dini adanya kejadian kematian yang mengarah pada KLB atau memburuknya manajemen pengungsi.
c) Mendeteksi dini adanya KLB atau dugaan KLB.
d) Terselenggaranya respon terhadap 2) atau 3).

Sumber Data: Data kematian diperoleh dari fasilitas pelayanan kesehatan, baik di pos pengungsian (statis/Puskesmas keliling), maupun fasilitas pelayanan statis (poliklinik

Puskesmas, Puskesmas Pembantu, rumah sakit) atau petugas lapangan/relawan.

Pelaksana pencatatan dan pelaporan data kematian adalah:

a) Pelaksana pencatatan dan pelaporan data kematian adalah dokter/bidan/ perawat yang bertugas di tempat pelayanan kesehatan yang merawat penderita meninggal
b) Koordinator kegiatan pencatatan dan pelaporan data kematian adalah petugas surveilans Puskesmas atau petugas yang ditetapkan oleh unit pelaksana kluster kesehatan (Subkluster Pengendalian Penyakit)

Formulir Pencatatan: Setiap orang yang meninggal dibuat resume penyebab kematian dalam formulir resume penyebab kematian, dengan variabel rekam pada formulir resume penyebab kematian minimal terdiri dari identitas petugas dan nama tempat pelayanan kesehatan, nama yang meninggal, tempat tinggal, tempat meninggal, tanggal meninggal, umur, jenis kelamin, diagnosis penyebab kematian langsung (*direct cause of death*), diagnosis penyebab dasar kematian (*underlying cause of death*). Formulir Pelaporan: Berdasarkan resume penyebab kematian, dilakukan pencatatan data kematian dalam Formulir Laporan Data Kematian.

3. Data Pengungsi, Tempat Tinggal, Air, Jamban, dan Sanitasi lain

Merupakan pencatatan jumlah pengungsi (orang yang tidur di pos pengungsian), data kepadatan hunian, data ketersediaan air dan jamban, dan status kesehatan lingkungan lain serta data kecukupan pangan yang berpotensi terjadinya wabah/KLB. Pemeriksaan dan pencatatan data Pengungsi, Tempat Tinggal, Air, Jamban dan Sanitasi lain dilakukan secara periodik mingguan dan dilaporkan kepada Subkluster Pengendalian Penyakit (Kluster Kesehatan) dengan menggunakan formulir pelaporan standar

Kegunaan dan pemanfaatan data pengungsi, hunian, air, jamban dan sanitasi lain serta kecukupan pangan adalah:

a) Memantau perkembangan jumlah pengungsi di masing-masing barak pengungsian, tingkat kepadatan, dan kelompok-kelompok rentan di antara pengungsi
b) Mendapatkan besarnya populasi berisiko setiap melakukan analisis risiko ancaman penyakit potensi wabah/KLB
c) Memantau kecukupan air dan jamban
d) Memantau kondisi lingkungan berpotensi wabah/KLB

jdih.kemkes.go.id

e) Memantau kecukupan pangan
f) Mendeteksi dini kasus-kasus gizi buruk
g) Terselenggaranya respon jumlah, kepadatan dan adanya kelompok-kelompok dan lingkungan berisiko

Sumber Data: Data pengungsi, hunian, air, jamban dan sanitasi lainserta kecukupan pangan diperoleh dari kunjungan lapangan di pos-pos pengungsian.

Pelaksana:

a) Pelaksana pencatatan dan pelaporan data pengungsi, hunian, air, jamban dan sanitasi lain serta kecukupan pangan adalah petugas surveilans Puskesmas berkoordinasi dengan petugas sanitasi atau petugas yang ditetapkan oleh unit pelaksana kluster kesehatan (Subkluster Pengendalian Penyakit)
b) Koordinator/supervisor kegiatan pencatatan dan pelaporan data pengungsi, hunian, air, jamban dan sanitasi lain adalah petugas surveilans Puskesmas atau petugas yang ditetapkan oleh unit pelaksana kluster kesehatan (Subkluster Pengendalian Penyakit)

Formulir pencatatan sekaligus digunakan sebagai formulir pelaporan. Formulir Pelaporan Formulir pencatatan dan pelaporan data pengungsi, hunian, air, jamban dan sanitasi lain serta kecukupan pangan

4. Laporan Kejadian Kesakitan dan Faktor Risikonya oleh Masyarakat (base kejadian)

Laporan kejadian kesakitan dan faktor risikonya oleh masyarakat dilakukan untuk menangkap dan memberikan informasi secara cepat tentang suatu penyakit, faktor risiko dan masalah kesehatan dengan menggunakan sumber data selain data yang terstruktur. Laporan kejadian kesakitan dan faktor risikonya oleh masyarakat dilakukan secara aktif oleh seseorang, kelompok masyarakat atau lembaga kemasyarakatan, pengelola kegiatan masyarakat (pengelola hotel, asrama, sekolah, dsb) secara langsung kepada unit pengelola klaster kesehatan atau secara tidak langsung melalui laporan kepada pengelola pengungsian, pengelola tempat pelayanan kesehatan, lurah, media dan sebagainya yang kemudian diteruskan kepada unit pengelola kluster kesehatan.

Pemanfaatan Kejadian kesakitan, kematian, termasuk KLB dan memburuknya kondisi lingkungan serta perubahan status

kesehatan masyarakat yang berpotensi KLB tidak semuanya bisa diidentifikasi oleh sistem pemantauan terstruktur, dan oleh karena itu, maka laporan kejadian kesakitan dan faktor risikonya oleh masyarakat dapat memperkuat kemampuan mendeteksi dini adanya kejadian kesakitan, kematian, termasuk KLB dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Semua informasi tentang kejadian kesakitan, kematian dan kondisi yang dapat mempengaruhinya wajib mendapat perhatian dan dilakukan respon konfirmasi dan penyelidikan dugaan adanya perkembangan kejadian kesakitan, kematian dan kondisi yang mempengaruhinya tersebut. Beberapa orang yang sebagai sumber data penting laporan kejadian kesakitan, kematian dan faktor risikonya antara lain:

a) Perorangan:
   1) Pengelola pos-pos pengungsian
   2) Kepala desa/lurah, ketua RT, ketua RW
   3) Dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan di fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan, terutama di pos-pos pengungsian
   4) Petugas kesehatan yang bekerja di lapangan, terutama di pos-pos pengungsian
   5) Kepala sekolah, guru dan pengelola asrama
      i. Kelompok Masyarakat
      ii. Media, dst.

Semua sumber data tersebut diatas adalah pelaksana pelaporan kejadian kesakitan, kematian dan KLB serta kondisi yang mempengaruhinya. Perorangan, kelompok masyarakat dan lembaga kemasyarakatan dan kelompok usaha perlu diajak bekerja sama untuk memantau adanya kejadian kesakitan, kematian, dan KLB serta kondisi yang dapat mempengaruhinya dan membuat laporan kepada unit pelaksana kluster kesehatan. Petugas surveilans pada kluster kesehatan bertugas menghimpun laporan kejadian kesakitan, kematian, KLB dan kondisi lingkungan serta perubahan status kesehatan masyarakat oleh masyarakat, dan meminta dilakukan respon konfirmasi dan penyelidikan. Formulir pencatatan adalah sama dengan formulir pelaporan.

5. Data Kajian Penyakit Potensi Wabah/KLB dan Faktor Risikonya di Lapangan

jdih.kemkes.go.id

Pada pengungsi kebutuhan untuk mendapatkan data dengan cepat dan frekuensi analisisnya juga sangat tinggi, maka data yang dikumpulkan adalah yang sangat penting saja, terutama data kematian, data kesakitan penyakit diare dehidrasi berat, campak, pneumonia, malaria serta malnutrisi tanpa pengelompokan umur, atau pengelompokan umur yang sangat terbatas. Bagaimanapun juga, data untuk memantau perkembangan penyakit potensi wabah/KLB berdasarkan sistem surveilans yang dikembangkan tersebut diatas adalah terbatas dan oleh karena itu, maka kajian lapangan secara berkala harus selalu dilakukan.

Kajian penyakit di lapangan dilakukan dengan cara melakukan pemeriksaan kondisi kesehatan para pengungsi di pos-pos pengungsian, mengidentifikasi adanya kondisi lingkungan sekitar pengungsian, tempat tinggal, jamban, ketersediaan air, dan lain sebagainya yang dapat menimbulkan kerentanan terjadinya penularan penyakit berpotensi wabah/KLB. Kajian penyakit di lapangan juga dilakukan dengan cara mewawancarai koordinator pengungsi, petugas kesehatan, relawan, dan petugas lainnya terhadap kemungkinan adanya perkembangan penyakit menular dan atau masalah kesehatan masyarakat lainnya

Hasil kajian lapangan berkala ini selalu dibahas dan dihubungkan dengan hasil kegiatan surveilans yang lain, terutama untuk mengidentifikasi adanya penyakit-penyakit potensi wabah/KLB atau penyakit lain yang memberikan ancaman serius terhadap pengungsi, serta identifikasi ancaman yang dihadapi pada setiap perorangan pengungsi rentan dan kelompok populasi pengungsi rentan.

Kejadian kesakitan, kematian, termasuk KLB dan memburuknya kondisi lingkungan serta perubahan status kesehatan masyarakat yang berpotensi KLB tidak semuanya bisa diidentifikasi oleh sistem pemantauan terstruktur dan oleh karena itu, maka laporan kejadian kesakitan dan faktor risikonya oleh masyarakat dapat memperkuat kemampuan mendeteksi dini adanya kejadian kesakitan, kematian, termasuk KLB dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Beberapa sumber data penting sebagai laporan kejadian kesakitan, kematian dan faktor risikonya serta kondisi yang meningkatkan ancaman terjadinya wabah/KLB antara lain:

jdih.kemkes.go.id

a) Perorangan
   1) Pengelola pos-pos pengungsian
   2) Kepala desa/lurah, ketua RT, ketua RW
   3) Dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan di fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan, terutama di pos-pos pengungsian
   4) Petugas kesehatan yang bekerja di lapangan, terutama di pos-pos pengungsian
   5) Kepala sekolah, guru, dan pengelola asrama
b) Kelompok Masyarakat yang membantu di lapangan:
   1) Organisasi relawan
   2) Organisasi profesi, dst
c) Media Massa (Radio, TV, surat kabar dll)

Pelaksana: Petugas surveilans pada Subkluster Pengendalian Penyakit dan petugas surveilans Puskesmas membentuk tim kajian lapangan bersama petugas lintas fungsi yang menangani penduduk pasca bencana. Setidak-tidaknya satu anggota tim kajian lapangan memenuhi salah kriteria ini:

a) Kepala bidang pengendalian penyakit.
b) Pejabat fungsional epidemiolog kesehatan tingkat epidemiolog madya.
c) Magister lulusan perguruan tinggi program studi epidemiologi, atau program studi kesehatan dengan peminatan epidemiologi.

6. Pengelolaan Data

Pengolahan Data adalah melaksanakan proses penggabungan data, pengelompokan data dan penyajian data standar.

a) Penggabungan Data

Adalah proses menggabungkan semua data yang berasal dari unit-unit pelapor dan sumber informasi lainnya, mulai dari unit yang terkecil hingga unit yang melakukan analisis (puskesmas, kabupaten/kota, provinsi, dst.) tergantung situasi bencana.

b) Penggabungan Data Standar terdiri atas:
   1) Data Kesakitan

Tabel 5.62 Data Kesakitan

Perekaman Data Kesakitan

Tempat Pelayanan	Desa / PKM / Kab	Tgl lap	Diare		Diare Berdarah		Dst		Berobat		Meninggal	
			<5	≥5	<5	≥5	<5	≥5	<5	≥5	<5	≥5

2) Data Kematian

Tabel 5.63 Data Kematian

Nama	Umur	JK	Alamat	Penyebab Meninggal		Gejala			Tgl Mng	Tempat Mng
			Kab/dst	Langsung	Dasar					

3) Data Pengungsi, Hunian, Air, Jamban, dan Pangan

Tabel 5.64 Identitas Pelapor

Identitas Pelapor			
Pelapor	Tgl Laporan	Hp	Email

Tabel 5.65 Kondisi Pos Pengungsian (1)

Kondisi Pos Pengungsian									
Nama	Lokasi	Desa	Puskesmas	Kab	Jml Pengungsi				
					L	P	<5	5-60	>60

Tabel 5.66 Kondisi Pos Pengungsian (2)

Kondisi Pos Pengungsian

Luas	Jumlah Tenda	Luas Tenda	Jenis Tenda		Air	Jamban	HS Pangan	Sampah	Tinja	Status Gizi

4) Laporan Masalah Kesehatan Oleh Masyarakat
Dibuat *log book* dan respon

5) Kajian Lapangan
Dibuat *log book*

7. Analisis dan Interpretasi Data

a) Analisis dapat dilakukan secara deskriptif untuk melihat gambaran beberapa hal dibawah ini:
   1) Melihat kecenderungan/trend kejadian kesakitan dan kematian untuk beberapa penyakit dan sebab kematian.
   2) Melihat gambaran kejadian penyakit dan kematian berdasarkan orang, tempat, dan waktu.
   3) Melihat gambaran kejadian penyakit dan kematian berdasarkan faktor risiko.

b) Interpretasi hasil analisis:
   1) KLB dapat ditentukan bila sesuai dengan kondisi-kondisi yang ditentukan (lihat formulir)
   2) Untuk mendeteksi kewaspadaan dan kesiapsiagaan KLB dari penyakit-penyakit tersebut, perlu memperhatikan kecenderungan penyakit sesuai kriteria tertentu yang telah ditentukan.
   3) Gambaran kejadian penyakit dan kematian berdasarkan orang, tempat dan waktu dapat digunakan dalam melakukan intervensi kesehatan masyarakat guna menurunkan kejadian penyakit tersebut.
   4) Gambaran penyakit dan kematian berdasarkan faktor risiko dapat mengidentifikasi faktor risiko yang menjadi penyebab meningkatnya kejadian penyakit/kematian tersebut.

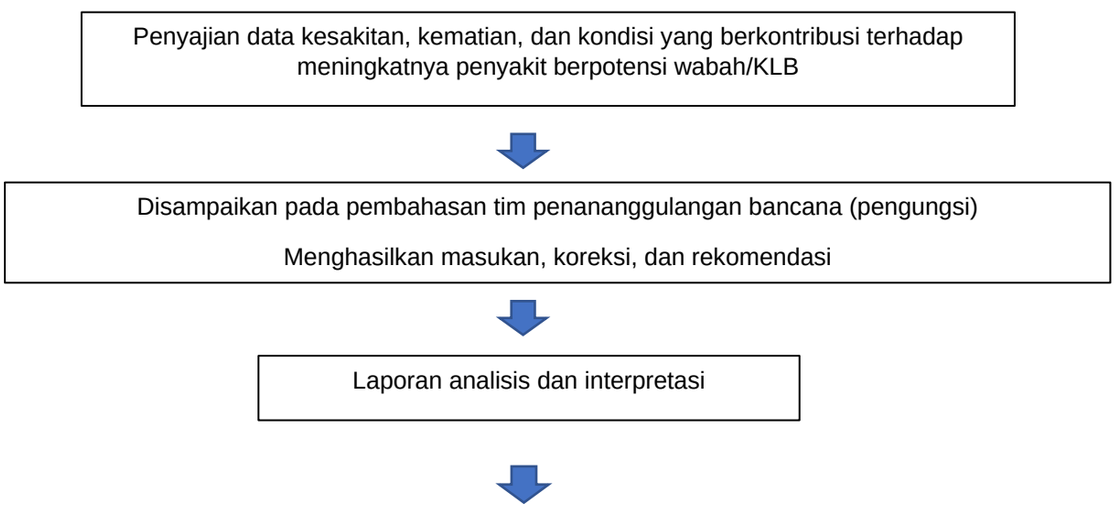
c) Strategi Analisis dan Interpretasi Ancaman Penyakit Potensi KLB

jdih.kemkes.go.id

Diselenggarakannya SKDR penyakit potensi wabah/KLB adalah mengidentifikasi adanya ancaman penyakit potensi wabah/KLB. Secara umum, proses analisis dan interpretasi ancaman penyakit potensi wabah/KLB adalah sebagai berikut:

1) Menetapkan penyakit-penyakit prioritas yang berpotensi wabah/KLB.
2) Menetapkan pendataan dan pelaporan data kesakitan, data kematian, data pengungsi dan data faktor risiko lainnya, melakukan konfirmasi dugaan KLB serta melakukan kajian lapangan.
3) Membuat penyajian data kesakitan, data kematian dsb, baik penyajian data standar sebagaimana contoh dalam Pedoman ini maupun dikembangkan sesuai kebutuhan terhadap wilayah Puskesmas dan juga masing-masing pos pengungsian.
4) Membuat interpretasi dari semua data kesakitan, data kematian dan faktor risikonya di masing-masing pos pengungsian. Hasil interpretasi dimasukkan dalam tabel interpretasi.
5) Membahas hasil analisis dan interpretasi tersebut dalam tim surveilans (lintas fungsi) untuk memperoleh masukan, kesimpulan analisis/interpretasi dan rekomendasi untuk Puskesmas dan masing-masing pos pengungsi.

Tabel 5.67 Contoh Tabel Analisis dan Interpretasi terhadap masing-masing Penyakit Potensi



jdih.kemkes.go.id

Analisis dan Interpretasi Penyakit Diare dan Penyakit Infeksi Perut Lainnya								
Wilayah Analisis	Kejadian Kematian	Kejadian Kesakitan	Pengungsi		Sanitasi Pengungsian		Kesimpulan Ancaman Penyakit	Rekomendasi
			Jumlah	Kepadatan	Air	Jamban		
Wilayah Puskesmas (wilayah terdampak)								
Wilayah Puskesmas Pembantu (wilayah terdampak)								
Pos Pengungsi Desa Bulak								
Pos Pengungsi Desa Baru								
Pos Pengungsi Longba								

8. Diseminasi Informasi

Data dan semua hasil analisa dan interpretasi data harus didiseminasikan kepada seluruh pihak dan pemangku

kebijakan yang bertanggung-jawab dalam upaya-upaya penanggulangan dampak bencana dan/atau pihak lainnya yang terkait.

Diseminasi data dan informasi dibagi dalam 2 jenis penyajian data untuk sasaran diseminasi yang berbeda:

a) Data laporan kesakitan, kematian dan data lainnya
   Data dapat diakses oleh semua unit pada kluster kesehatan untuk dimanfaatkan untuk memantau perkembangan penyakit potensi wabah/KLB, mengidentifikasi adanya ancaman wabah/KLB, deteksi dini adanya masalah kesehatan masyarakat, menjadi sumber data untuk mendukung manajemen penanggulangan dampak bencana serta pengendalian kuantitas dan kualitas pelaporan.

b) Penyajian data laporan standar
   Data dapat diakses oleh semua kluster dan media dan dimanfaatkan untuk penyebarluasan informasi perkembangan perkembangan penyakit berpotensi wabah/KLB, dan menjadi sumber data untuk mendukung manajemen penanggulangan dampak bencana.

c) Contoh: BNPB, BPBD, pemda, NGO, dan sebagainya.

9. Laporan Hasil Analisis dan Interpretasi
   Data dapat diakses oleh unti terbatas sesuai dengan kebutuhan analisis dan interpretasi tersebut dilakukan.

   Contoh: bahan pertemuan evaluasi penanggulangan dampak bencana.

10. Umpan Balik
    Absensi pelaporan

    Puskesmas selalu membuat daftar absensi laporan, dan menyampaikannya pada unit-unit pelapor sebagai umpan balik laporan.

Tabel 5.68 Absensi Pelaporan

Absensi Laporan Data Kesakitan Tempat Pelayanan Kesehatan Pasca Bencana di Wilayah Puskesmas Maju Jaya, Tahun 2019											
No	Tempat Pelayanan	Kode	Tanggal Laporan Pada Bulan : ….							Kelengkapan (%)	Ketepatan (%)
			1	2	3	4	4	…	…	…	

	Kesehatan											
1	…	…										
2	…	…										
Jumlah Laporan												
% Jumlah Laporan												

11. Respons

Respon SKDR bencana adalah melakukan konfirmasi adanya dugaan KLB atau masalah kesehatan masyarakat, meningkatkan kewaspadaan dan atau melakukan penanggulangan seperlunya

a) Respon konfirmasi adanya KLB atau dugaan adanya KLB.
b) Respon peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan KLB.
c) Respon penanggulangan KLB dan atau faktor risiko yang berpotensi menimbulkan KLB.

Untuk merespon cepat Kejadian Luar Biasa Penyakit Menular pada situasi bencana, maka wajib dilakukan pemantauan terus menerus terhadap perkembangan kecenderungan penyakit menular potensial KLB/wabah dari waktu ke waktu periode harian maupun mingguan yang memberikan sinyal peringatan (alert) kepada pengelola program bila kasus tersebut melebihi nilai ambang batasnya atau terjadi kematian. Alert atau signal yang muncul pada sistem bukan berarti sudah terjadi KLB, tetapi merupakan dugaan KLB atau peningkatan kasus yang mengharuskan petugas untuk melakukan respons cepat agar tidak terjadi KLB atau KLB tidak meluas atau terus berkembang.

Setiap informasi yang mengarah munculnya sebuah kasus penyakit prioritas di wilayah bencana (meskipun dalam bentuk rumor), harus ditindak lanjuti dengan proses verifikasi segera dengan melakukan penyelidikan epidemiologis.

Hasil penyelidikan epidemiologis, kemudian di diseminasi pada rapat koordinasi sektor kesehatan, agar semua petugas kesehatan maupun relawan kesehatan dari NGO yang berada di wilayah bencana mempunyai informasi tentang risiko penyebaran penyakit di wilayah mereka bekerja. Diseminasi ini juga diperlukan agar semua stakeholder yang terkait dengan

jdih.kemkes.go.id

kegiatan pengendalian penyakit dapat berkoordinasi untuk menyatukan sumber daya, dan merencanakan program intervensi yang sistematik. Untuk keperluan itulah mengapa surveilans penyakit pada situasi bencana juga menekankan pada aspek kecepatan mendapatkan data, mengolah, menganalisa dan mendiseminasikan informasi tersebut pada semua pihak terkait.

D. SUBKLASTER PELAYANAN KESEHATAN JIWA

I. Penanganan Kesehatan Jiwa

Langkah-langkah penanganan masalah kesehatan jiwa dan psikososial tergantung dari fase kedaruratan, yaitu fase kedaruratan akut dan fase konsolidasi.

II. Fase Kedaruratan Akut

Fase kedaruratan akut merupakan periode dimana kurang tertanganinya penanganan kegawatdaruratan medik dan kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan dasar. Selama fase ini umumnya dianjurkan untuk memberikan intervensi sosial dan fase psikologis.

a. Intervensi Sosial yang diperlukan pada fase ini:
   1. Menyebarluaskan informasi tentang kedaruratan, penyelamatan fisik terhadap populasi, informasi tentang pertolongan, termasuk apa yang dikerjakan oleh setiap organisasi dan dimana mereka berlokasi, dan lokasi kerabat untuk meningkatkan reuni keluarga. Informasi harus disebarluaskan menurut prinsip dari risiko komunikasi : misalnya informasi harus sederhana dan dapat dimengerti serta bersifat empatik (menunjukan pengertian tentang situasi dari mereka yang selamat dari bencana).
   2. Mencari jejak keluarga dari mereka yang terpisah, usia lanjut dan kelompok rawan lainnya.
   3. Menyediakan petugas lapangan yang sigap untuk menangani kesehatan, distribusi makanan, kesejahteraan sosial dan mencatat mereka yang mengalami perkabungan, disorientasi dan yang membutuhkan pertolongan segera.
   4. Membimbing masyarakat untuk mengambil keputusan dimana meletakan tempat beribadah, sekolah dan pasokan air tempat mengungsi.
   5. Membantu yatim piatu, janda, duda atau mereka yang tidak mempunyai keluarga melalui jaringan sosial.

jdih.kemkes.go.id

6. Mendorong terbentuknya kembali budaya yang normal dan kegiatan keagamaan (termasuk upacara berduka cita) dan mengadakan kegiatan rekreasi untuk anak-anak yang sesuai dengan budaya setempat.
7. Mendorong dimulainya kegiatan sekolah bagi anak-anak walaupun tidak sepenuhnya.
8. Melibatkan orang dewasa dan remaja dalam kegiatan nyata dan kegiatan yang menarik (misalnya membangun perkemahan, mengatur pencarian keluarga, membagikan makanan, mengatur vaksinasi, mengajari anak-anak sekolah dan lain-lain)
9. Menyebarluaskan informasi yang sederhana, empatik dan meneguhkan tentang reaksi stress yang normal kepada masyarakat lua, menyiarkan berita singkat yang tidak sensasional dalam radio, membuat poster, leaflet yang berguna untuk menenangkan masyarakat.

b. Intervensi psikologis pada fase akut meliputi:
   1. Mengadakan hubungan dengan Puskesmas/RSU/RSJ atau pelayanan darurat di daerah lokasi.
   2. Menangani keluhan psikiatrik yang mendesak (misalnya membahayakan dirinya atau orang lain, gangguan psikotik, depresi berat, maniakal dan epilepsi) di Puskesmas/RSU/RSJ.
   3. Menjamin tersedianya obat psikotropika esensial di tingkat Puskesmas/RSU/RSJ. Banyak orang yang mempunyai keluhan psikiatrik akut merupakan gejala awal dari gangguan jiwa dan penghentian obat secara mendadak harus dihindari. Lagipula sebagian orang akan memerlukan terapi masalah kesehatan jiwa akibat mengalami stressor yang ekstrim.
   4. Dengan memperhitungkan tersedianya pekerja masyarakat (sukarela dan non sukarela) segera setelah terpapar dengan stressor yang ekstrim, perlu memberikan peneguhan yang mengikuti prinsip pertolongan psikologis (misalnya mendengarkan, menunjukkan rasa turut berempati, menilai kebutuhan, menjamin tersedianya kebutuhan fisik mendasar, tidak memaksa berbicara atau memaksa memindahkan mereka dari keluarga atau orang yang bermakna lainnya, memberikan support sosial dan tidak memaksa, melindungi dari bahaya berikutnya dan lain-lain).
   5. Bila fase akut telah berlalu, mulai melatih dan mensupervisi pekerja Puskesmas/RSU/RSJ dan pekerja masyarakat.

jdih.kemkes.go.id

III. Fase Rekonsiliasi

Fase Rekonsiliasi merupakan periode darurat akut diikuti oleh fase konsolidasi dimana kebutuhan dasar sudah kembali pada tingkatan sebelum darurat atau pada kasus pengungsian. Fase konsolidasi dilakukan melalui 2 intervensi:

a. Intervensi sosial selama fase konsolidasi meliputi:
   1. Tetap meneruskan intervensi sosial yang membutuhkan seperti yang telah dilakukan sebelumnya.
   2. Menyusun psikoedukasi yang rencana selanjutnya untuk mendidik masyarakat tentang pemilihan pelayanan kesehatan jiwa yang tersedia. Dimulai setelah minggu keempat dari fase akut, mendidik masyarakat secara hati-hati tentang perbedaan distress dan psikopatologi, hindari saran tentang psikopatologi yang lebih rumit (misalnya halusinasi, waham) serta hindari olok-olok dan bahasa yang menimbulkan stigma.
   3. Dorong penerapan cara pertahanan diri yang positif yang sudah mereka miliki.
   4. Apabila terjadi kemiskinan, dorong inisiatif pengembangan ekonomi, contoh inisiatif tersebut adalah :
      a. Memberikan kredit investasi kecil
      b. Kegiatan yang menambah penghasilan

b. Intervensi psikologis selama fase rekonsilidasi meliputi:
   1. Mendidik pemuka masyarakat pemuka masyarakat (missal kepala desa, guru dan lain-lain) dan pekerja kemanusian lainnya tentang keterampilan pelayanan psikologis yang dasar (misalnya cara memberi support emosional, memberi informasi, peneguhan yang simpatik dan pengenalan masalah kesehatan jiwa yang mendasar) untuk menimbulkan kesadaran dan support masyarakat serta untuk merujuk individu ke Puskesmas/RSU bila diperlukan.
   2. Melatih dan mensupervisi tenaga Puskesmas/RSU/RSJ dalam hal pengetahuan dan keterampilan kesehatan jiwa yang nedasar (misalnya pemberian psikotropika yang sesuai, konseling suportif, kerjasama dengan keluarga, pencegahan bunuh diri, mengatasi keluhan somatik yang tidak dapat dijelaskan secara medis, mengatasi masalah penyalahgunaan zat dan cara merujuk pasien).
   3. Menyediakan obat-obatan bagi pasien psikiatrik yang tak memungkinkan dibawa ke Puskesm
   4. as/RSU/RSJ selama fase darurat akut.

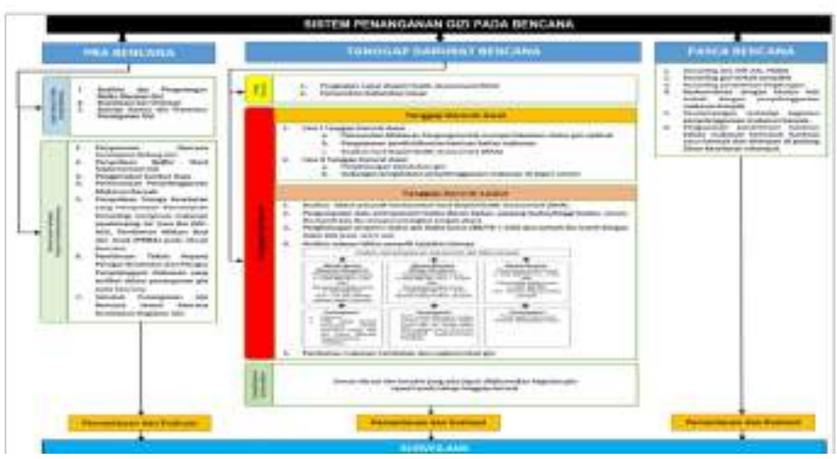
jdih.kemkes.go.id

5. Melatih dan mensupervisi pekerja masyarakat (misalnya pekerja yang memberi dukungan dan konseling) untuk membantu petugas Puskesmas/RSU/RSJ bila pasien terlalu banyak. Pekerja masyarakat mungkin sukarela, para professional atau profesional tergantung dari situasi. Pekerja masyarakat perlu dilatih dan disupervisi dalam sejumlah keterampilan dasar: menilai persepsi individu, keluarga dan kelompok terhadap masalah, cara memberikan support emosional, konseling menghadapi duka cita, manajemen stress, konseling mengatasi masalah, memobilisasi sumber daya keluarga dan masyarakat serta cara merujuk.
6. Bila memungkinkan bekerjasama dengan ahli pengobatan tradisional. Dalam hal ini tentu berlaku pada kerjasama yang dapat dilakukan.
7. Memfasilitasi terbentuknya kelompok support tolong diri yang bersumberdaya masyarakat. Fokus dari kelompok tolong diri tersebut khususnya dalam berbagi masalah, tukar pendapat untuk menemukan cara yang lebih efektif dalam pertahanan diri dan mencari penyelesaian (termasuk cara tradisional) yang menghasilkan saling support emosional dan kadang-kadang menghasilkan inisiatif tingkat masyarakat.

E. SUB KLASTER PELAYANAN GIZI

I. Penanganan Gizi pada Kondisi Darurat Krisis Kesehatan

Penanganan gizi dalam tanggap darurat krisis kesehatan tidak terlepas dari sistem penanganan gizi pada bencana yang dapat dilihat melalui bagan berikut:



Gambar 5.30 Kegiatan Gizi dalam Penanggulangan Bencana

jdih.kemkes.go.id

Kegiatan penanganan gizi pada masa tanggap darurat dapat dikelompokkan dalam 3 (tiga) tahap yaitu Tahap Tanggap Darurat Awal; Tanggap Darurat Lanjutan; dan Transisi Darurat ke Pemulihan.

II. Tanggap Darurat Awal

a. Fase I

Fase I Tanggap Darurat Awal antara lain ditandai dengan kondisi sebagai berikut: korban bencana bisa berada dalam pengungsian atau belum dalam pengungsian; petugas belum sempat mengidentifikasi korban secara lengkap: bantuan pangan sudah mulai berdatangan; dan perlu adanya penyelenggaraan dapur umum. Lamanya fase I ini, tergantung dari situasi dan kondisi setempat di daerah bencana yaitu umumnya selama 1-5 hari. Biasanya di lapangan dilakukan sampai 3 (tiga) hari setelah bencana. Pada fase ini, kegiatan yang dilakukan adalah:

1. Koordinasi penanganan gizi

Kegiatan Koordinasi penanganan gizi terdiri dari:

a) Aktivasi mekanisme koordinasi penanganan gizi melalui mekanisme sub klaster gizi.;
b) Pertemuan koordinasi sub klaster gizi;
c) Pertemuan koordinasi kelompok kerja;
d) Penugasan Tim Gerak Cepat (TGC) gizi; dan
e) Koordinasi lintas program dan lintas sektor.
    1) Memberikan makanan yang bertujuan agar pengungsi tidak lapar dan dapat mempertahankan status gizinya.
    2) Mengawasi pendistribusian bantuan bahan makanan.
    3) Menganalisis hasil *Rapid Health Assessment (RHA)* segera.

Pada fase ini, penyelenggaraan makanan bagi korban bencana mempertimbangkan hasil analisis RHA dan standar ransum. Ransum adalah bantuan bahan makanan yang memastikan korban bencana mendapatkan asupan energi, protein dan lemak untuk mempertahankan kehidupan dan beraktivitas.

Kementerian Kesehatan juga berkontribusi dalam Pemberian Makanan Tambahan (PMT). Standar pemberian makanan tambahan pada balita dan ibu hamil mengacu pada Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/4631/2021 tentang Petunjuk Teknis Pengelolaan Pemberian Makanan Tambahan Bagi Balita Gizi Kurang Dan Ibu Hamil Kurang Energi Kronis. Makanan tambahan *bufferstock* dapat digunakan pada masa tanggap darurat dan diberikan kepada seluruh balita dan ibu hamil (Kejadian Luar Biasa yang berpotensi menimbulkan masalah gizi dan penyakit serta bencana).

jdih.kemkes.go.id

Sasaran makanan tambahan.

1) Sasaran Makanan Tambahan Balita adalah seluruh balita usia 6-59 bulan dengan prioritas pada balita gizi kurang (BB/TB-PB: < -2 SD).
2) Sasaran Makanan Tambahan Ibu Hamil adalah seluruh ibu hamil dengan prioritas pada ibu hamil KEK (LiLA: < 23,5 cm).

Anjuran pemberian makanan tambahan

1) Makanan tambahan balita gizi kurang

Pada usia 6 -11 bulan diberikan 8 keping (2 bungkus) per hari. Usia 12-59 bulan diberikan 12 keping (3 bungkus) per hari. Tiap bungkus makanan tambahan Balita berisi 4 keping biskuit (40 gram). Biskuit dapat langsung dikonsumsi atau terlebih dahulu ditambah air matang dalam mangkok bersih sehingga dapat dikonsumsi dengan menggunakan sendok. Setiap pemberian makanan tambahan harus dihabiskan oleh balita. Pada kasus balita dengan kategori gizi kurang (berdasarkan indeks BB/PB atau BB/TB di bawah -2 SD) diberikan makanan tambahan sampai status gizi anak membaik (dinilai dengan pertambahan berat badan dan nilai Z Score pada indeks BB/TB) dan selanjutnya mengonsumsi makanan keluarga bergizi seimbang sesuai kebutuhan. Tata cara pemberian makanan tambahan pada balita gizi kurang berbeda pada jangka waktu pemberian yaitu dapat diberikan lebih dari 1 bulan. Pada balita gizi kurang yang diberikan makanan tambahan harus dipantau kenaikan berat badannya.

2) Makanan tambahan ibu hamil KEK

Pada kehamilan trimester I diberikan 2 keping biskuit lapis per hari. Pada kehamilan trimester II dan III diberikan 3 keping biskuit lapis per hari. Setiap bungkus makanan tambahan ibu hamil berisi 3 keping biskuit lapis (60 gram). Pemberian makanan tambahan ini sebagai Makanan Tambahan Penyuluhan yang diberikan dengan waktu pemberian maksimal 1 (satu) bulan disertai dengan edukasi. Makanan tambahan ibu hamil ini dapat juga digunakan pada situasi darurat.

b. Fase II

Fase II tanggap darurat awal adalah tahap penyelamatan. Fase II umumnya selama 5-14 hari. Kegiatan terkait penanganan gizi pada fase II yaitu menghitung kebutuhan gizi dan mengelola penyelenggaraan makanan di dapur umum:

jdih.kemkes.go.id

1. Menghitung kebutuhan gizi

   Berdasarkan analisis hasil *Rapid Health Assessment* (RHA) diketahui jumlah pengungsi berdasarkan kelompok umur, selanjutnya dapat dihitung ransum pengungsi dengan memperhitungkan setiap orang pengungsi sesuai dengan Kebutuhan Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan. Saat ini mengacu pada AKG tahun 2013. Standar porsi dan gizi bagi korban terdampak bencana meliputi standar makanan perempuan dewasa, pria dewasa, ibu hamil dan ibu menyusui, perempuan lansia dan pria lansia, rekomendasi praktek PMBA dan contoh standar bumbu. Pengelolaan penyelenggaraan makanan di dapur umum mengacu pada sistem penyelenggaraan makanan banyak.

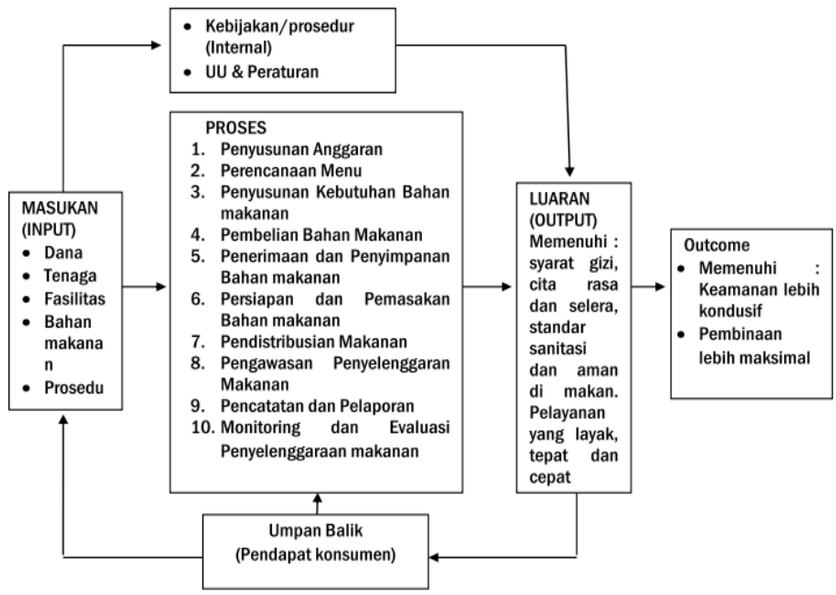
2. Pendampingan Pemenuhan Gizi Melalui Dapur Umum dan Intervensi PMBA

   a) Pendampingan Pemenuhan Gizi Melalui Dapur Umum

      Dapur umum bertujuan untuk menyediakan makanan sesuai kebutuhan gizi yang higienis, aman dan dapat didistribusikan secara cepat. Langkah-langkah di bawah ini perlu dilakukan untuk memastikan pemenuhan gizi kelompok rentan melalui dapur umum.

      1) Melakukan pendampingan pelaksanaan dapur umum untuk pemenuhan gizi pengungsi yaitu memastikan agar dapur umum dapat menyiapkan makanan yang sesuai AKG serta memperhatikan keamanan makanan.
      2) Memastikan asupan gizi yang sesuai bagi penderita penyakit kronik.
      3) Pengawasan bantuan bahan makanan dan minuman.

jdih.kemkes.go.id



Catatan :Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pengawasan proses Penyelenggaraan Makanan

a. Penyimpanan bahan makanan: suhu penyimpanan,sarana penyimpanan,cara penyimpanan
b. Pengolahan bahan makanan : kebersihan tempat pengolahan dan peralatan
c. Tenaga pengolah makanan (Penjamah makanan)
d. Penyimpanan Makanan
e. Pendistribusian makanan
f. Penyajian Makanan
g. Evaluasi

Gambar 5.31. Bagan Sistem Penyelenggaraan Makanan

b) Intervensi PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak)

Pada saat bencana, standar emas PMBA, yang dimulai, dari Inisiasi Menyusu Dini dalam satu jam pertama setelah kelahiran, Pemberian ASI Eksklusif selama enam bulan pertama, dan pemberian Makanan Pendamping ASI berkualitas dimulai usia 6 bulan, dan terus memberikan ASI hingga dua tahun atau lebih, sangat penting untuk melindungi gizi dan kesehatan ibu, bayi dan anak. Tujuan dari dukungan kepada kelompok tersebut di atas adalah untuk memberikan perlindungan dari masalah kekurangan gizi dan berbagai penyakit lain yang mungkin timbul sebagai dampak bencana. Perlindungan pemberian makanan bayi dan anak yang aman dan tepat untuk penduduk terkena bencana dilakukan dengan penerapan panduan kebijakan kunci dan koordinasi yang kuat, meliputi:

1) Pengelolaan donasi produk pengganti ASI, botol dan dot bayi yang tidak terkontrol

jdih.kemkes.go.id

Kegiatan yang dilakukan adalah memastikan agar donasi dan pemanfaatan produk pengganti ASI termasuk botol dan dot sesuai indikasi medis diawasi secara ketat oleh petugas kesehatan, Puskesmas dan Dinas Kesehatan setempat.

2) Penyelenggaraan Dapur Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)

Pada situasi bencana, ketersediaan MPASI dengan aneka ragam jenis bahan pangan yang sesuai bagi bayi dan anak usia 6-23 bulan menjadi sangat terbatas. Penyelenggaraan Dapur PMBA bertujuan untuk memastikan agar bayi dan anak, khususnya yang berusia 6-23 bulan mendapatkan makanan dengan tekstur dan kecukupan gizi yang sesuai dengan usia.

Penyelenggaraan dapur PMBA pada situasi bencana adalah bagian dari dapur umum. Logistik pangan dan bahan bakar/gas dipasok oleh dapur umum yang menjadi tanggung jawab Kemensos/Dinsos, dengan terlebih dahulu berkoordinasi dengan Tagana. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penyelenggaraan dapur PMBA sebagai berikut:

a) Penyimpanan bahan makanan: suhu penyimpanan, sarana penyimpanan dan cara penyimpanan.
b) Pengolahan bahan makanan: kebersihan tempat pengolahan dan peralatan. Tempat pengolahan makanan bayi dan anak perlu terpisah dengan tempat pengolahan dapur umum.
c) Tenaga pengolah makanan: tenaga terlatih untuk mengolah makanan bayi dan anak yang didampingi oleh tenaga gizi/konselor PMBA.
d) Pendistribusian dan penyajian makanan yang memenuhi prinsip keamanan pangan. Tersedia alat pelindung diri (APD) petugas, alat masak dan perlengkapannya, alat makan dan alat distribusi makanan. Memantau dan mengevaluasi cakupan penyediaan makanan.

3) Konseling menyusui/PMBA dan mobilisasi konselor menyusui/PMBA

Sesuai dengan kebutuhan, penugasan konselor dilakukan segera setelah kejadian bencana untuk memberikan dukungan terhadap ibu menyusui dengan meningkatkan

akses konseling menyusui/PMBA. Konseling juga bertujuan untuk memberikan pengetahuan tentang makanan pendamping ASI yang tepat bagi anak usia 6-23 bulan sehingga anak tetap mendapatkan asupan gizi yang cukup pada situasi bencana. Penugasan konselor perlu dilakukan secara terkoordinir untuk menghindari tumpang tindih dan meningkatkan akses/cakupan konseling.

III. Tanggap Darurat Lanjut

Tahap tanggap darurat lanjutan dilaksanakan setelah tahap tanggap darurat awal. Lamanya tahap tanggap darurat lanjutan tergantung dari situasi dan kondisi setempat di daerah bencana. Pada tahap ini sudah ada informasi lebih rinci tentang keadaan pengungsi seperti jumlah menurut golongan umur dan jenis kelamin, keadaan lingkungan, keadaan penyakit, dan sebagainya.

Kegiatan penanganan gizi pada tahap ini meliputi:

a. Analisis faktor penyulit berdasarkan hasil *Rapid Health Assessment (RHA).*
b. Pengumpulan data antropometri balita (berat badan, panjang badan/tinggi badan, umur), ibu hamil dan ibu menyusui dengan mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA).
   Besar sampel untuk pengumpulan data antropometri :
   1. Populasi korban bencana sampai 3.000 orang, seluruh (total) balita diukur
   2. Populasi korban bencana kurang dari 10.000 rumah tangga, gunakan *systematic random sampling* dengan sampel minimal 450 balita.
   3. Populasi korban bencana lebih dari 10.000 rumah tangga, gunakan *sample sampling*. Yaitu minimum30 cluster yang ditentukan secara *probability propotion to size* (PPS) dan tiap cluster minimum 30 balita.

   Sumber : *The Management no Nutrition in Major.Emergencies*, Geneva, WHO, 2000, P45
c. Menghitung proporsi status gizi balita kurus dengan Berat Badan per Tinggi Badan (BB/TB) kurang dari -2 simpang deviasi (SD) dan jumlah ibu hamil dengan risiko Kurang Energi Kronis (LILA < 23,5 cm)
d. Menganalisis adanya faktor penyulit seperti kejadian campak, demam berdarah, dan lain-lain.

jdih.kemkes.go.id

Informasi terkait proporsi status gizi Balita akan digunakan sebagai dasar untuk memodifikasi atau perbaikan penanganan gizi sesuai dengan tingkat kedaruratan. Penentuan terkait dengan jenis kegiatan penanganan gizi juga mempertimbangkan hasil dari surveilans penyakit. Respon yang direkomendasikan dari hasil analisis di atas sebagai berikut:

1. 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 rencana terutama balita dan ibu hamil diberikan makanan tambahan
2. Situasi Berisiko, jika prevalensi balita kurus 10-14,9% tanpa faktor penyulit atau 5-9,9% dengan faktor penyulit. Pada situasi ini kelompok rentan kurang gizi terutama balita kurus dan ibu hamil risiko KEK diberikan makanan tambahan
3. 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 kesarana pelayanan kesehatan untuk mendapat perawatan sesuai Tatalaksana Anak Gizi Buruk.

e. Melaksanakan pemberian makanan tambahan dan suplementasi gizi.
   1) Khusus anak yang menderita kurus perlu diberikan makanan tambahan disamping makanan keluarga, seperti kudapan/jajanan, dengan nilai energy 350-400 kkal dan protein 15-20 g perhari.
   2) Ibu hamil perludiberikan 1 tablet tambah darah (TTD) setiap hari, selama minimum 90 hari.
   3) Ibu nifas (0-40 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)
   4) Pemberian vitamin A biru (100.000 UI) bagi bayi 6-11 bulan; dan kapsul vitamin A merah (200.000 UI) bagi anak berusia 12-59 bulan, bila kejadian bencana terjadi dalam waktu kurang dari 30 hari setelah pemberian kapsul vitamin A pada Bulan Kapsul Vitamin A (Februari dan Agustus) maka balita tersebut tidak dianjurkan lagi mendapat kapsul vitamin A.

jdih.kemkes.go.id

f. Melakukan penyuluhan kelompok dan konseling perorangan dengan materi sesuai dengan kondisi saat ini.
g. Memantau perkembangan status gizi balita melalui surveilans gizi.

IV. Transisi Darurat ke Pemulihan

Status Transisi darurat bencana ke pemulihan adalah keadaan dimana penanganan darurat bersifat sementara/permanen (berdasarkan kajian teknis dari instansi yang berwenang) dengan tujuan agar sarana prasarana vital serta kegiatan sosial ekonomi masyarakat segera berfungsi yang dilakukan sejak berlangsung tanggap darurat sampai dengan tahap rehabilitasi dan rekonstruksi dimulai

Transisi darurat umumnya dilakukan sebelum dimulai rehabilitasi dan rekonstruksi. Kegiatan penanganan gizi pada situasi transisi darurat sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada dapat dilaksanakan kegiatan gizi seperti pada tanggap darurat.

Tabel 5.69 Kegiatan Penanganan Gizi pada Masa Tanggap Darurat

Tahap	**Tujuan**	**Kegiatan**	**Tingkat**	**Penanggung Jawab**
Tanggap Darurat Awal	Fase 1. Tanggap Darurat - Pemberian makanan pada pengungsi	Pemberian makanan bertujuan agar pengungsi tidak kelaparan dan dapat mempertahankan status gizinya	Kecamatan, Kab/Kota, Provinsi, Pusat	BNPB, BPBD, Kemensos, Kemenkes, perangkat pemda setempat (Gubernur, Bupati, Walikota, dll)
	- Pengawasan bantuan bahan makanan	Pengawasan pendistribusian bantuan bahan makanan	Kecamatan, Kab/Kota, Provinsi, Pusat	Pemerintah dan Non Pemerintah, LSM, serta organisasi independen lainnya, TNI/Polri, BNPB, BPBD
	Fase II. Tanggap Darurat Awal (Perhitungan Kebutuhan Gizi)	Menghitung kebutuhan gizi	Kecamatan, Kab./Kota, Provinsi, Pusat	Petugas Gizi dan petugas lainnya yang terlatih di Puskesmas, Dinkes, dan Kemenkes.

jdih.kemkes.go.id

Tahap	Tujuan	Kegiatan	Tingkat	Penanggung Jawab
	Pengelolaan Penyelenggaraan Makanan	Penyelenggaraan Makanan di dapur umum	Kecamatan, Kab./Kota, Provinsi, Pusat	Puskesmas, Dinkes, Pusat (Kemensos dan Kemenkes), Tagana, BPBD, BNPB, Organisasi lain berkompeten dalam bencana dan diutamakan sebagai volunteer/relawan terlatih (UNICEF, PMI,Pramuka, PKK dll), Gubernur, Bupati,Walikota, Camat dan perangkat pemda lainnya
Tanggap Darurat Lanjut	Tanggap Darurat Lanjut (Hasil RHA di analisa)	Hasil RHA didapat: Keadaan pengungsi, lingkungan, penyakit, dsb.	Kecamatan, Kab./Kota, Provinsi, Pusat	Petugas Gizi dan petugas lainnya yang terlatih di Puskesmas, Dinkes, dan Kemenkes.
	Terkumpul data antropometri anak balita, ibu hamil, ibu menyusui, dll	Pengumpulan data antropometri anak balita, ibu hamil, ibu menyusui, dll	Kecamatan, Kab./Kota, Provinsi, Pusat	Petugas Gizi dan petugas lainnya yang terlatih di Puskesmas, Dinkes, dan Kemenkes.
	Penghitungan proporsi status gizi anak balita dan jumlah ibu hamil, dll	Menghitung proporsi status gizi anak balita dan jumlah ibu hamil, dll	Kecamatan, Kab./Kota, Provinsi, Pusat	Petugas Gizi dan petugas lainnya yang terlatih di Puskesmas, Dinkes, dan Kemenkes.
	Analisis faktor penyulit	Menganalisis faktor penyulit seperti campak, demam berdarah, dll	Kecamatan, Kab./Kota, Provinsi, Pusat	Petugas Gizi dan petugas lainnya yang terlatih di Puskesmas, Dinkes, dan Kemenkes.
	Pemberian PMT dan Suplementasi gizi	Melaksanakan pemberian makanan	Pusat, Provinsi, dan	Kemenkes, Dinkes Kab./Kota, Puskesmas dan

jdih.kemkes.go.id

Tahap	Tujuan	Kegiatan	Tingkat	Penanggung Jawab
		tambahan dan suplemen gizi	Kabupaten /Kota	lainnya yang berwenang
Transisi Darurat ke Pemulihan	Transisi Darurat ke Pemulihan sebelum dilakukan rehabilitasi dan rekonstruksi	Sama dengan kondisi tanggap darurat disesuaikan dengan kondisi di lapangan	Kecamatan, Kab./Kota, Provinsi	Pemerintah dan non pemerintah

V. Rangkuman

Hal yang paling penting dilakukan pada masa darurat krisis kesehatan adalah:

a. Pengawasan bantuan pangan.
b. Pengawas penyelenggaraan dapur umum.
c. Ketika situasi sudah mulai agak stabil melakukan penilaian gizi balita dan faktor pemburuknya serta memastikan pemberian makanan sesuai dengan spesifik kebutuhan.
d. Melaksanakan pemberian makanan tambahan dan suplementasi gizi.
e. Memastikan ASI tetap diberikan dalam situasi darurat & melakukan pengawasan pemberian susu formula.
f. Mengupayakan menu makanan dapat sesuai dengan kebiasaan makan setempat, mudah diangkut, disimpan dan didistribusikan serta memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral.

Dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan status gizi masyarakat terdampak akibat krisis kesehatan maka harus disediakan makanan melalui dapur umum dan makanan pokok instan untuk masyarakat terdampak dengan memperhatikan kearifan lokal.

F. SUBKLASTER PROMOSI KESEHATAN

I. Promosi Kesehatan pada Kondisi Darurat Krisis Kesehatan

a. Strategi Promosi Kesehatan Pada Krisis Kesehatan

1. Advokasi

Advokasi merupakan upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari berbagai pihak (stakeholders) terkait. Advokasi diarahkan untuk menghasilkan dukungan berupa berupa kebijakan

jdih.kemkes.go.id

(misalnya peraturan perundang-undangan), dana, sarana prasarana dan lain sebagainya. Stakeholders yang dimaksud bisa berupa tokoh masyarakat formal yang umumnya berperan sebagai penentu kebijakan pemerintahan dan penyandang dana pemerintah. Selain itu, juga dapat berupa tokoh-tokoh masyarakat informal seperti tokoh agama, tokoh adat dan lain-lain yang umumnya dapat berperan sebagai pengambil keputusan di bidangnya. Yang juga tidak boleh dilupakan adalah tokoh-tokoh dunia usaha, yang diharapkan dapat berperan sebagai penyandang dana non-pemerintah.

Melalui advokasi, kegiatan promosi kesehatan dapat dilakukan secara gencar dan masyarakat yang tidak mampu berperilaku sehat karena dimensi ekonomi bisa memperoleh bantuan dana. Misalnya: promosi untuk menggunakan jamban darurat mendapat dukungan dana dari pemerintah dan pengusaha. Di samping itu mereka juga menyediakan bantuan pembuatan jamban bagi masyarakat yang membutuhkan dan tidak mampu. Dengan demikian perilaku buang air besar di jamban dapat diterapkan oleh masyarakat baik yang secara ekonomi mampu maupun yang kurang/tidak mampu terutama pada saat terjadi bencana.

Advokasi pada krisis kesehatan dilakukan kepada para pemangku kebijakan di setiap tingkatan baik secara personal ataupun publik guna mendapatkan dukungan dalam bentuk kebijakan dan sumberdaya yang diperlukan. Advokasi yang bersifat personal dapat dilakukan melalui audiensi dan lobi kepada sasaran tersier, sedangkan advokasi yang bersifat publik dapat dilakukan melalui media massa secara intensif antara lain melalui radio, televisi, surat kabar, bahkan internet (media sosial) dengan tujuan untuk memperoleh jangkauan sasaran yang lebih luas.

Untuk mendukung kegiatan-kegiatan advokasi, perlu disiapkan sejumlah media KIE, seperti makalah kebijakan ringkas (policy brief), lembar fakta (fact sheet), kartu bicara (talking points), artikel-artikel untuk feed di media massa, spanduk dan poster.

2. Pemberdayaan Masyarakat

   Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan merupakan proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan

kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat.

Pada krisis kesehatan diharapkan masyarakat melakukan tahap pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan mulai dari pengenalan kondisi wilayah, survei mawas diri (SMD), musyawarah masyarakat desa, perencanaan partisipatif, pelaksanaan kegiatan dan pembinaan kelestarian baik pada tahap kesiapsiagaan bencana, tanggap darurat maupun pemulihan dengan didampingi oleh pendamping teknis/fasilitator. Kunci keberhasilan dari kegiatan ini adalah menyadarkan individu, kelompok atau masyarakat bahwa perilaku yang tidak sesuai dengan kaidah kesehatan itu akan menimbulkan masalah yang akan membahayakan dirinya dan keluarganya. Dengan prinsip *Gender Equality, Disability* dan Sosial Inklusi (GEDS), pelibatan peran perempuan dalam pengambilan keputusan, kepemimpinan dan keterlibatan dalam krisis kesehatan dan perdamaian serta keterlibatan dalam promosi ekonomi perempuan, juga mendukung partisipasi dan pemberdayaan penyandang disabilitas sebagai kontributor dan penerima manfaat dengan prinsip kesetaraan bagi penyandang disabilitas. Hal ini diterapkan dengan penyesuaian kondisi masyarakat di seluruh tahapan penanggulangan bencana (pra bencana, bencana, dan pasca bencana).

3. Kemitraan

   Kemitraan adalah kerjasama antara para mitra yang mempunyai hak dan tanggung jawab sesuai dengan kesepakatan untuk mencapai tujuan bersama.

   Kemitraan, sebagai salah satu strategi promosi kesehatan, dipandang penting, karena adanya unsur partisipatif dan menghubungkan sumber daya antar pemangku kepentingan. Kemitraan yang dikelola dengan baik mengarah pada sinergi dan menghasilkan nilai tambah yang lebih besar.

   Membangun kemitraan pada hakikatnya adalah sebuah proses:

   a) Membangun kepercayaan;

b) Membangun hubungan;
c) Membangun komunikasi dan koordinasi;
d) Berbagi ide, gagasan dan informasi;
e) Mengelola sumber daya, dan;
f) Semua proses tersebut dilandasi atas dasar prinsip-prinsip kemitraan.

Prinsip-prinsip kemitraan yang dimaksud adalah:

a) Kesetaraan

Kesetaraan kedudukan antar mitra akan memperkuat rasa kebersamaan sehingga tercipta perasaan sama-sama bertanggung jawab dan sama-sama menanggung risiko, termasuk menghadapi tantangan yang mungkin dihadapi.

Kesetaraan juga tampak pada saat pengambilan keputusan yang dilakukan secara demokratis, mengutamakan musyawarah dan mufakat, tanpa ada salah satu pihak pun yang memaksakan kehendak. Kesetaraan juga diterapkan sesuai dengan prinsip GEDS, yaitu kesetaraan bagi perempuan dan kaum disabilitas.

b) Keterbukaan

Kegiatan kemitraan dilakukan secara terbuka dan proaktif untuk membahas berbagai kondisi yang ada. Kesepakatan yang telah dibuat juga perlu diimplementasikan secara terbuka, transparan, jujur, dan tidak saling merahasiakan.

c) Saling menguntungkan

Tiap mitra memiliki tujuan dan kepentingan yang sama dalam melaksanakan upaya penanggulangan krisis kesehatan. Keberhasilan kemitraan perlu didukung dengan adanya koordinasi dan kolaborasi yang harmonis, penciptaan tim yang dinamis, serta komitmen dan kesepakatan bersama.

Penggalangan kemitraan pada masa krisis kesehatan bertujuan untuk meningkatkan daya tanggap, kepedulian dan sinergitas para mitra dalam mengatasi berbagai permasalahan dan kesulitan yang dihadapi oleh masyarakat yang terdampak. Pola kemitraan yang dapat diterapkan dalam penanggulangan krisis kesehatan adalah pola kemitraan Penta Helix. Komponen dari Penta Helix melibatkan lima unsur pendukung yaitu Pemerintah, Perguruan Tinggi/Akademisi, Swasta/Dunia Usaha,

jdih.kemkes.go.id

Masyarakat Sipil dan Media Massa yang saling berkolaborasi dan bersinergi untuk mewujudkan tujuan bersama, “masyarakat tanggap bencana”.

b. Kegiatan Promosi Kesehatan Pada Krisis Kesehatan

Kegiatan promosi kesehatan pada Krisis Kesehatan dilakukan dengan menerapkan strategi advokasi, pemberdayaan masyarakat serta kemitraan pada bencana alam dan non-alam.

II. Promosi Kesehatan pada Bencana Alam

Kegiatan promosi kesehatan pada Bencana Alam dilakukan sesuai dengan tahapan kesiapsiagaan, tanggap darurat, dan rehabilitasi/pemulihan dengan menerapkan strategi advokasi, pemberdayaan masyarakat, dan kemitraan.

Pada masa tanggap darurat, kegiatan promosi kesehatan diarahkan pada kegiatan:

a. Melakukan analisis situasi secara cepat terkait kebutuhan sumber daya di fase tanggap darurat antara lain kebutuhan logistik, data masyarakat terdampak,
b. Identifikasi stakeholder termasuk, pemerintah daerah, tokoh masyarakat, dunia usaha, NGO lokal maupun internasional
c. Identifikasi potensi stakeholder yang dapat membantu menyelesaikan permasalahan pada fase tanggap darurat.
d. Advokasi kepada stakeholder secara langsung maupun tidak langsung dengan menampilkan data masalah dan identifikasi kebutuhan. Di era teknologi, sosial media dapat membantu dengan cepat untuk menyebarluaskan isu dan kebutuhan warga terdampak krisis Kesehatan secara cepat.
e. Melakukan pendampingan langkah pemberdayaan masyarakat di pengungsian ;
    1. Petugas mendata kader yang ada di pengungsian untuk melakukan kegiatan di pengungsian.
    2. Kader bersama petugas melakukan pengenalan kondisi pengungsian dengan mendata kelompok sasaran yang akan diberikan layanan, sarana prasarana yang dapat digunakan untuk mendukung pelaksanaan kegiatan.
    3. Kader melakukan survei mawas diri di pengungsian, untuk mengetahui penyebab penyakit yang timbul di pengungsian berdasarkan faktor perilaku dan non-perilaku
    4. Kader melakukan musyawarah bersama tokoh masyarakat dan petugas di pengungsian untuk mensosialisasikan hasil

survei dan menyusun rencana kegiatan kesehatan di pengungsian

5. Kegiatan kesehatan di pengungsian diutamakan kegiatan yang dapat dilakukan secara mandiri dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang terjadi, seperti mengadakan piket kerja bakti membersihkan pengungsian, mengadakan posyandu darurat, melaksanakan senam bersama, melakukan pemberantasan sarang nyamuk, dll
6. Melakukan pencatatan kegiatan kesehatan di pengungsian

f. Penggalangan bantuan dari mitra untuk mendukung kegiatan kesehatan di pengungsian/daerah terdampak
g. Penyediaan dan penyebarluasan media KIE untuk kedaruratan
h. Edukasi penerapan PHBS dalam kedaruratan bencana

III. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam Kedaruratan Bencana

PHBS adalah semua perilaku yang dilakukan atas kesadaran sendiri untuk menolong diri sendiri, keluarga dan masyarakat untuk menjaga, melindungi dan meningkatkan kesehatan. Sementara Kedaruratan bisa berupa konflik di masyarakat, bencana alam, atau wabah penyakit yang biasanya menyebabkan orang menderita, baik karena akibat langsung dari kedaruratan tersebut maupun akibat tidak langsung seperti terjangkit oleh penyakit, malnutrisi, atau tindak kekerasan.

PHBS diutamakan pada kelompok rentan yaitu anak-anak termasuk bayi dan balita, Ibu hamil dan ibu menyusui, lansia/orang tua, orang cacat dan orang-orang berkebutuhan khusus dan orang sakit.

Manfaat PHBS dalam kedaruratan adalah:

a. Tiap orang dapat menjaga kesehatannya.
b. Masyarakat mampu mengupayakan agar lingkungan tetap sehat.
c. Masyarakat dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.
d. Anak dapat terlindungi dari kekerasan dan stres.
e. Setiap ada masalah dapat diatasi segera.

Ada kelompok-kelompok tertentu di pengungsian yang menjadi kelompok rentan terkena penyakit dan harus menjadi perhatian. Kelompok rentan tersebut adalah anak-anak termasuk

jdih.kemkes.go.id

bayi dan balita, ibu hamil dan ibu menyusui, lansia/orang tua, kaum disabilitas dan orang sakit.

Sepuluh pesan 10 pesan hidup sehat dalam kedaruratan:

a. Tetap mengupayakan pemberian ASI pada bayi
b. Biasakan cuci tangan pakai sabun dan air mengalir minimal 20 detik
c. Menggunakan air bersih
d. Buang air besar/kecil di jamban dan buang sampah di tempatnya
e. Memanfaatkan pelayanan kesehatan
f. Melindungi anak
g. Makan makanan bergizi seimbang
h. Tidak merokok di pengungsian
i. Mengelola stres
j. Bermain sambil belajar

Penyediaan media KIE untuk kedaruratan merupakan salah satu media komunikasi yang efektif untuk memperluas penyebaran informasi kesehatan kepada masyarakat dalam kedaruratan didukung dengan prinsip sensitif GEDS (contoh: menyediakan teks lengkap, dan/atau Juru Bahasa Isyarat pada media KIE).

b. Standar Pelayanan Minimum (SPM) Promosi Kesehatan pada Tanggap Darurat Krisis Kesehatan

1. Tujuan dan strategi

   Implementasi kegiatan promosi kesehatan terutama untuk kelompok yang paling rentan pada saat bencana

2. Kegiatan

   Penyebarluasan Informasi dan Edukasi terutama perilaku hidup bersih dan sehat dalam kedaruratan

3. Tahapan Kegiatan

   Terintegrasi dengan kegiatan penanganan krisis kesehatan yang dilaksanakan oleh unit-unit di Kementerian Kesehatan terkait pada saat bencana

c. Tahapan Manajemen Promosi Kesehatan

Langkah-langkah kegiatan dalam manajemen promosi kesehatan meliputi perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pengawasan pengendalian dan penilaian, yang dilakukan di berbagai tingkat administrasi baik di pusat, provinsi maupun kabupaten/kota. Langkah-langkah kegiatan integrasi tersebut memuat strategi

jdih.kemkes.go.id

promosi kesehatan yaitu pemberdayaan masyarakat, bina suasana dan advokasi.

Dalam pelaksanaan program yang terintegrasi perlu dilakukan di berbagai tatanan tertentu untuk menjangkau sasaran yang tepat dan luas serta mempunyai daya ungkit tinggi terhadap pencapaian tujuan program.

1. Perencanaan

   Pada tahap perencanaan dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

   a) Pengkajian

      Pengkajian dimaksudkan untuk mendapatkan informasi tentang besaran dan masalah dan penyebabnya, potensi yang dapat didayagunakan. Pengkajian yang dimaksud meliputi:

      1) Pengkajian masalah penyakit terbanyak, terutama mengenai kelompok masyarakat yang terkena masalah, penyebab masalahnya, sifat masalahnya, dan perjalanan penyakit (epidemiologi) termasuk masalah perilaku yang berhubungan dengan penyakit tersebut.
      2) Pengkajian masalah yang terkait dengan pencapaian cakupan program.
      3) Pengkajian terhadap sistem pelayanan kesehatan yang ada.
      4) Pengkajian terhadap sumber daya dan tenaga yang dimiliki.
      5) Pengkajian keterlibatan lintas program dan lintas sektor dalam promosi kesehatan di berbagai tatanan.
      6) Pengkajian tentang pelaksanaan integrasi yang telah dilakukan.

   b) Menggalang komitmen dan dukungan dari lintas program dan sektor dalam pelaksanaan integrasi melalui pertemuan lintas program dan lintas sektor terkait dalam promosi kesehatan.

      Beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu:

      1) Identifikasi peran dan potensi *stakeholder* (lintas program, lintas sektor, organisasi masyarakat/LSM, organisasi profesi, media massa, dan dunia usaha).

jdih.kemkes.go.id

2) Dukungan yang diharapkan dari masing-masing sektor.
3) Kesepakatan dukungan *stakeholder* secara tertulis.

c) Menyusun perencanaan integrasi promosi kesehatan dengan program-program kesehatan

Dalam penyusun perencanaan aspek penting yang harus diperhatikan adalah:

1) Penetapan tujuan dan sasaran program kesehatan yang akan dicapai.
2) Menyusun rencana kerja (kapan, siapa, dimana, apa, dan bagaimana).
3) Penyediaan sumber daya (tenaga, sarana, dan dana).
4) Rencana pengawasan, pengendalian, dan penilaian dan penyiapan instrument.
5) Menetapkan indikator keberhasilan integrasi.
6) Pemanfaatan sistem manajemen informasi yang ada.

2. Penggerakan Pelaksanaan

Beberapa hal yang harus diperhatikan, yaitu:

a) Melaksanakan integrasi promosi kesehatan dalam program kesehatan di kabupaten/kota sesuai dengan rencana yang telah disepakati bersama
b) Melaksanakan pertemuan koordinasi lintas program dan sektor secara berkala untuk menyelaraskan kegiatan

3. Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian

Pengawasan, pengendalian, dan penilaian dilakukan pada tahap fungsi manajemen, dimana:

a) Pengawasan untuk melihat apakah kegiatan dilaksanakan sesuai dengan rencana yang ditetapkan.
b) Pengendalian dilakukan agar kegiatan dilaksanakan sesuai dengan arah dan tujuan, mengantisipasi masalah/hambatan yang mungkin terjadi.
c) Penilaian dilakukan untuk melihat keberhasilan pelaksanaan integrasi pada akhir kegiatan.
d) Mendokumentasikan kegiatan untuk bahan pembelajaran perbaikan program integrasi mendatang.
e) Memberikan umpan balik kepada lintas program dan sektor terkait untuk perbaikan kegiatan selanjutnya.

jdih.kemkes.go.id

IV. Manajemen Komunikasi Risiko pada Kondisi Darurat Krisis Kesehatan

a. Definisi dan Konsep Kunci Komunikasi Risiko

Komunikasi risiko adalah pertukaran informasi, nasihat, dan pendapat mengenai risiko serta faktor-faktor yang berkaitan dengan risiko secara real-time antara para ahli, tokoh masyarakat atau pejabat, dan orang-orang yang berisiko. Tujuan komunikasi risiko adalah agar publik dapat mengambil keputusan untuk melakukan perilaku menghindari atau mengelola risiko untuk melindungi dirinya sendiri dan orang lain. Komunikasi risiko dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah provinsi, Pemerintah Daerah kabupaten/kota dengan melibatkan akademisi, organisasi masyarakat, dunia usaha dan media dengan mempertimbangkan identifikasi sasaran, tujuan, dan isi/pesan dengan mengedepankan transparansi, dan kepercayaan.

Beberapa konsep kunci dalam merencanakan strategi komunikasi risiko adalah sebagai berikut:

1. Persepsi terhadap risiko –bukan penilaian teknis tentang risiko– yang memotivasi tindakan orang. Persepsi terhadap risiko biasanya berdasarkan emosi dan dipengaruhi oleh faktor lokal dan budaya.
2. Orang mengerti sesuai pengalaman mereka sendiri, karena itu komunikasi risiko harus disesuaikan dengan konteks di masyarakat.
3. Manusia sering kali menampilkan “perilaku kawanan” (herd behaviour) dan mengikuti pemimpin dalam keadaan darurat. Penting untuk melibatkan para pimpinan komunitas baik yang formal maupun nonformal.
4. Perubahan perilaku dalam kesehatan masyarakat adalah sebuah proses. Hal ini membutuhkan berbagai pendekatan komunikasi yang secara strategis diulang terus menerus melalui berbagai sumber atau saluran komunikasi.

Dalam keadaan darurat, masyarakat berada dalam keadaan ketakutan dan tidak selalu berpikir rasional. Karena itu, komunikasi risiko perlu menarik hati dan naluri.

b. Tujuan dan Strategi

1. Perubahan perilaku menekan risiko
2. Membangun kepercayaan
3. Menggugah kerja sama

jdih.kemkes.go.id

4. Memperkuat kerja sama dengan K/L terkait
5. Memberikan informasi situasi terkini
6. Monitoring isu kesehatan di media massa dan media social
7. Penanganan persepsi dan manajemen informasi yang salah

c. Kegiatan
   1. Membuat *media center*
   2. Menunjuk Juru Bicara
   3. *Press conference*
   4. *Press briefing*
   5. Media *monitoring* (media massa dan media sosial) dan analisis berita
   6. Manajemen hoaks
   7. Call center/hotline
   8. *Media relations*
   9. Rilis di media social

d. Tahapan Kegiatan
   1. Membuat media center
      a) *Media center* adalah wahana pelayanan informasi kebijakan Pos Komando Tanggap Darurat Bencana berbasis teknologi informasi dan komunikasi untuk menyediakan informasi yang diinginkan, memberikan kemudahan, dan kecepatan dalam diseminasi informasi yang aktual, obyektif, dan faktual.
      b) *Media Center* menjadi bagian dari struktur organisasi Pos Komando Tanggap Darurat Bencana, baik di tingkat nasional, provinsi maupun kabupaten/kota. Keberadaan Media Center adalah sejalan dengan beroperasinya Pos Komando Tanggap Darurat di suatu wilayah bencana pada saat masa tanggap darurat bencana.
      c) *Media Center* merupakan pusat informasi terkini bagi masyarakat, media, dan para pihak terkait mengenai perkembangan bencana yang terjadi serta penanganan yang telah dilakukan dari waktu ke waktu selama masa tanggap darurat. Melalui *Media Center*, para pihak dapat memperoleh informasi dari hasil pengolahan staf *Media Center* maupun secara langsung dari narasumber yang berwenang memberikan keterangan pers terkait dengan perkembangan bencana dan penanggulangannya.

jdih.kemkes.go.id

2. Menunjuk Juru Bicara
   a) Secara umum, juru bicara dituntut untuk mempunyai kompetensi sebagai berikut:
      1) Dianggap kredibel dan dipercaya oleh publik
      2) Memiliki pengetahuan tentang isu
      3) Mempunyai kewenangan
      4) Mampu bicara dengan efektif
      5) Memahami peraturan dan ketentuan yang berlaku
      6) Bisa menunjukkan empati
      7) Telah dilatih dalam komunikasi menghadapi media dan publik
   b) Tugas utama juru bicara dalam kaitannya dengan krisis kesehatan adalah sebagai corong organisasi yang harus melakukan tugas komunikasi dengan publik, baik pada periode sebelum, selama, maupun pascakejadian, termasuk bicara di hadapan media, menghadiri dan berbicara di acara-acara advokasi dan kehumasan, serta selalu siap dihubungi wartawan untuk menjawab pertanyaan. Anggota tim komunikasi atau tim yang lain harus memahami mereka tidak boleh membalas pertanyaan media, tetapi harus merujuk pertanyaan kepada juru bicara.
3. *Press conference*
   a) Menentukan tempat (*venue*) acara berlangsung yang disesuaikan dengan tema dan bentuk acaranya.
   b) Menentukan pembicara utama (*keynote speaker*) dan pembicara pendukung sehingga acara memiliki "pesan" kuat.
   c) Menentukan moderator untuk acara yang akan dilaksanakan
   d) Menentukan tata letak (*layout*) ruangan yang akan digunakan sehingga komunikasi dapat berjalan dengan baik.
   e) Menentukan tempat duduk (*setting*) peserta yang akan ikut dalam acara tersebut sesuai kapasitasnya.
   f) Menentukan rangkaian acara (*rundown*) mulai dari awal hingga acara berakhir.
   g) Menentukan daftar media (*media list*) yang mengikuti acara konferensi pers tersebut.
   h) Menentukan pola komunikasi (lalu lintas) acara selama berlangsung sehingga efektif dan efisien.

jdih.kemkes.go.id

4. *Press briefing*
   a) Membuat daftar media yang akan diundang
   b) Biasanya media diundang secara personal, untuk menghindari salah persepsi pada pelaksanaan, karena informasi berjalan cepat di kalangan jurnalis
   c) Menentukan agenda yang akan dibicarakan
   d) Menentukan tempat penyelenggaraan
   e) Menyiapkan bahan-bahan
   f) Menyiapkan konsumsi
5. Media *monitoring* (media massa dan media sosial) dan analisis berita
   a) Merumuskan tujuan monitoring dan analisis; untuk mengetahui perkembangan isu dan berita terkini yang berkembang di masyarakat mengenai hal tertentu, khususnya yang berkaitan dengan kebijakan dan program yang digulirkan pemerintah.
   b) Menentukan media; menentukan jumlah media yang akan dimonitor sesuai dengan pengelompokannya.
   c) Menentukan kategori/kelompok; dengan banyaknya berita yang dimonitor di berbagai media, perlu dilakukan pengelompokan berita yang diamati sesuai kepentingan guna memudahkan proses pemantauan. Misalkan berdasarkan jenis media (koran, majalah, online, lokal/daerah), menurut program-program kementerian/lembaga, berdasarkan unit kerja, dan sebagainya.
   d) Membuat ringkasan dan analisis berita;
      1) Ringkasan

         Merangkum seluruh isi berita dengan mengambil pokok-pokok bahasan dari setiap berita. Selain berisi inti berita, ringkasan berita juga dapat dilengkapi dengan kutipan statement dari narasumber pada berita tersebut. Ringkasan tersebut sebaiknya juga diperkaya dengan penilaian sentimen berita. Melihat *tone* pemberitaan adalah cara sederhana dalam media monitoring. *Tone* pemberitaan bisa ditentukan dari judul dan badan berita. Secara umum tone pemberitaan terdiri dari 3 (tiga) penilaian yaitu: *Tone* positif (Pemberitaan yang menguntungkan), *Tone* negatif (Pemberitaan yang merugikan), dan *Tone* netral (Pemberitaan yang berimbang).

jdih.kemkes.go.id

2) Analisis berita

Analisis berita dilakukan dengan mengamati dan menilai beberapa aspek seperti: kelompok media mana yang memuat berita (nasional, lokal); isu apa yang diangkat; agenda setting/tujuan/kepentingan media, tone/ sentimen berita (positif, netral, negatif), angle berita (framing), siapa yang menjadi narasumber atau sumber informasi, keberimbangan berita atau unsur lain yang diatur dalam kode etik jurnalistik, wartawan/jurnalis penulis, dan dampak/akibat dari berita tersebut terhadap kementerian/lembaga. Analisis dapat dilakukan dengan berbagai metode baik kuantitatif maupun kualitatif. Jenis metode analisis berita diantaranya: analisis isi, analisis framing, analisis wacana, analisis semiotik.

3) Menyusun laporan

Laporan berisi hasil analisis berita dan rekomendasi dalam menanggapi pemberitaan yang ada. Laporan disiapkan secara berkala: mingguan, bulanan dan tahunan. Laporan didistribusikan kepada para pejabat utama di kementerian dan pejabat atau unit kerja lainnya yang berkepentingan dengan isu/berita.

6. Manajemen hoaks
   a) Melakukan kegiatan untuk mengatasi ketidakpastian, persepsi, dan manajemen informasi yang salah dari respon bagi pemerintah pusat dan provinsi/kabupaten/kota.
   b) Melakukan pemantauan berita dan isu/rumors yang beredar di media dan masyarakat, melaporkan hasil pemantauan dan menjalankan rekomendasinya.
   c) Melakukan edukasi kepada masyarakat untuk mengenali, menghentikan dan mengadukan hoaks
   d) Membuka saluran komunikasi dua arah untuk layanan informasi dan pengaduan masyarakat melalui hotline/call center dan media digital resmi pemerintah sebagai sumber informasi terpercaya.
   e) Mengajak tokoh publik dan komunitas masyarakat untuk membangun jejaring sebagai kelompok anti hoaks untuk melawan hoaks dan menyebarkan berita baik/benar.
7. *Call center/hotline*

jdih.kemkes.go.id

Membuka saluran komunikasi dua arah untuk layanan informasi dan pengaduan masyarakat melalui *hotline/call center* dan media digital resmi pemerintah sebagai sumber informasi terpercaya.

8. Media *relations*
   Mensuplai media dengan informasi-informasi terkini. Pembuatan rilis untuk dibagikan kepada media.

9. Rilis di media social
   Membuat konten berisi informasi, infografis, maupun videografis.

G. Tim Data, Informasi dan Surveilans

I. Pengelolaan Data dan Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan

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

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

II. Informasi Darurat Krisis Kesehatan

Informasi saat bencana merupakan informasi yang dibutuhkan untuk mendukung upaya penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana. Pada saat bencana maka akan dilakukan aktivasi Klaster Kesehatan, dimana Tim Data dan Informasi pada Klaster Kesehatan bertugas menyelenggarakan manajemen data dan informasi serta penyebarluasan informasi penanggulangan krisis kesehatan pada saat bencana, yang terdiri dari:

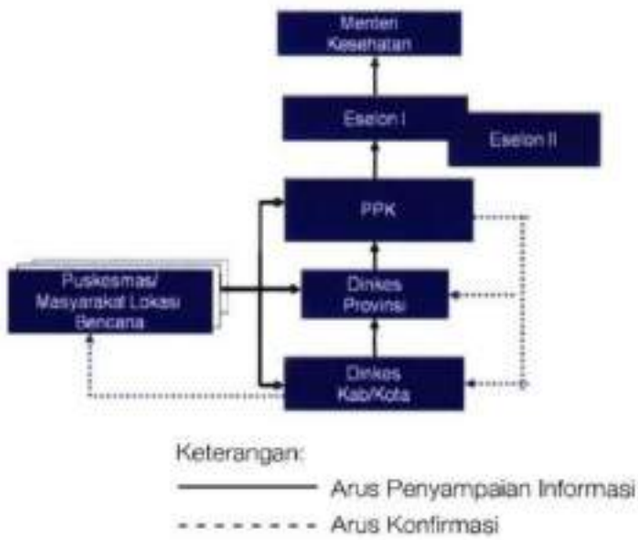
a. Informasi Awal Kejadian Bencana

Informasi awal kejadian bencana harus disampaikan segera setelah kejadian awal diketahui serta dikonfirmasi kebenarannya dengan menggunakan formulir penyampaian informasi form laporan awal kejadian bencana yang dapat dilihat melalui Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan.

Sumber informasi dapat berasal dari masyarakat, sarana pelayanan kesehatan, dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, lintas sektor dan media informasi lainnya yang selanjutnya informasi tersebut di verifikasi kembali ke instansi wilayah dimana kejadian bencana tersebut terjadi.

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



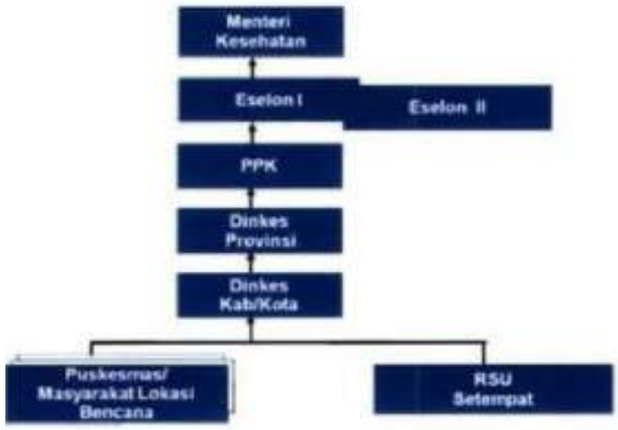
Gambar 5.32. Alur Penyampaian dan Konfirmasi Informasi Awal Kejadian Bencana

b. Informasi Penilaian Kebutuhan Cepat/*Rapid Health Assessment* (RHA)

Informasi penilaian kebutuhan cepat atau *Rapid Health Assessment* (RHA), dihimpun segera setelah Informasi awal kejadian bencana diterima oleh Tim Penilaian Kebutuhan Cepat dengan menggunakan formulir penilaian kebutuhan cepat/*Rapid Health Assessment* (RHA). Sumber informasi yang terdapat pada formulir tersebut dapat dari masyarakat, sarana pelayanan kesehatan, dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dan lintas sektor terkait.

Alur penyampaian penilaian kebutuhan cepat/Rapid Health Assessment (RHA) sebagai berikut.

jdih.kemkes.go.id



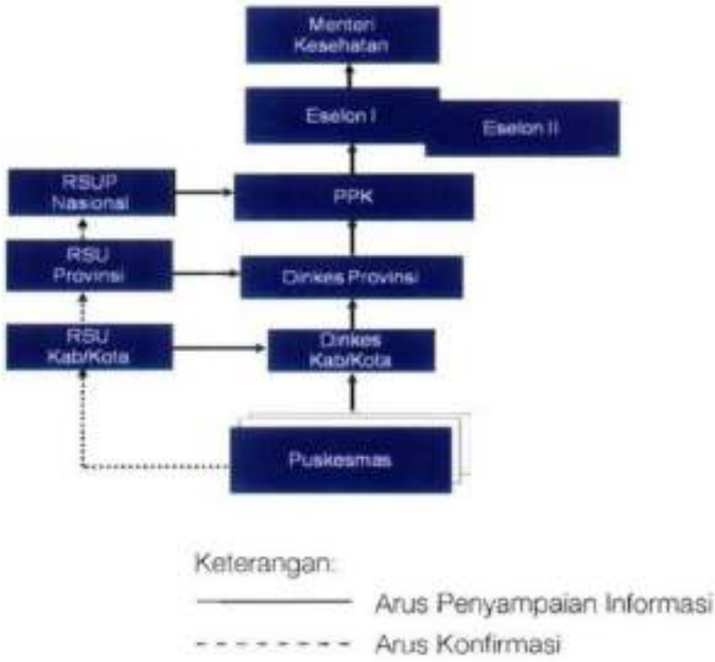
Gambar 5.33. Alur Penyampaian Informasi Penilaian Cepat Kesehatan

c. Informasi Perkembangan Kejadian Bencana

Informasi perkembangan kejadian bencana dihimpun setiap kali terjadi perkembangan informasi terkait dengan upaya penanganan krisis kesehatan akibat bencana yang terjadi. Formulir penyampaian informasinya menggunakan formulir pelaporan perkembangan kejadian bencana.

Sumber informasi berasal dari sarana pelayanan kesehatan dan dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota.

Alur penyampaian dan konfirmasi informasi perkembangan kejadian bencana sebagai berikut.



Gambar 5.34. Alur Penyampaian Informasi Perkembangan Kejadian Bencana

jdih.kemkes.go.id

d. Sarana Penyampaian Informasi

Informasi penanggulangan bencana penting untuk disampaikan agar pemangku kebijakan maupun masyarakat dapat mengetahui risiko dan upaya apa yang perlu dilakukan jika terjadi bencana. Sarana penyampaian informasi ini dapat disampaikan melalui berbagai media mengikuti perkembangan teknologi terkini.

Informasi yang terdapat pada saat terjadi bencana seperti informasi awal kejadian bencana, informasi penilaian kebutuhan cepat dan informasi perkembangan kejadian bencana dapat disampaikan melalui telepon (021-5265043, 50210411) atau melalui aplikasi komunikasi/*chatting whatsapp* di nomor 0811163119 atau email pusatkrisis@kemkes.go.id. Penyampaian informasi terkait kejadian bencana yang berpotensi krisis kesehatan juga dapat disampaikan melalui berbagai media sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

H. TIM LOGISTIK KESEHATAN

Pengelolaan Logistik Kesehatan pada Kondisi Darurat Krisis Kesehatan

I. Perencanaan Pemenuhan Kebutuhan Logistik Kesehatan

Sebelum merencanakan pemenuhan kebutuhan logistik kesehatan pada masa tanggap darurat bencana/ krisis kesehatan, perlu dilakukan penilaian cepat kebutuhan/ *Rapid Health Assesment* (RHA) untuk mendapatkan data tentang;

1. Ketersediaan logistik kesehatan
2. Sumber Daya Manusia
3. Kondisi Gudang Penyimpanan
4. Fasilitas dan Infrastruktur
5. Pendanaan

Contoh *Rapid Health Assessment* sebagaimana tercantum dalam formulir 1.

II. Penyediaan Kebutuhan

Hal-hal yang dipertimbangkan dalam penyediaan logistik kesehatan berdasarkan hasil *Rapid Health Assessment* (RHA) adalah;

a. Jenis Bencana

Berdasarkan jenis bencana yang terjadi, diharapkan kabupaten/ kota sudah dapat memperkirakan jumlah dan jenis logistik kesehatan yang harus disiapkan.

Jika kebutuhan logistik kesehatan tidak tersedia maka dilakukan penyediaan logistik kesehatan sesuai kebutuhan.

b. Luas Bencana dan Jumlah Korban
Berdasarkan luas bencana dan jumlah korban, ditetapkan kebutuhan logistik kesehatan.

c. Stok logistik kesehatan yang Dimiliki
Kebutuhan akan logistik kesehatan pada saat tanggap darurat diutamakan menggunakan logistik kesehatan dari stok logistik dinas kesehatan kabupaten/ kota yang ada. Jika kurang dapat menggunakan stok dari provinsi/nasional.

III. Penyimpanan

Untuk menjaga mutu maka penyimpanan logistik kesehatan harus dilakukan pada tempat dan kondisi yang sesuai persyaratan dan tata kelola yang telah ditetapkan serta dikelola oleh petugas yang kompeten.

IV. Pendistribusian

a. Pendistribusian logistik kesehatan *Buffer* Stok Nasional
Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian selaku unit utama di Kementerian Kesehatan bertanggung jawab melakukan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan bagi korban bencana. Obat dan perbekalan kesehatan yang berasal dari buffer stok ini dapat dikirimkan ke tempat bencana dengan syarat ada surat permohonan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota/ Provinsi berdasarkan hasil *Rapid Health Assessment* (RHA) dengan mempertimbangkan data jumlah korban dan jenis penyakit.

Pendistribusian obat *buffer* stok nasional dilakukan dengan tahapan prosedur sebagai berikut:

1. Surat permohonan kebutuhan obat yang berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota/ Provinsi ditujukan kepada Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan dengan tembusan kepada Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian dan Pusat Krisis Kesehatan
2. Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan akan mengirimkan obat kepada Kabupaten/ Kota/ Provinsi yang membutuhkan dalam waktu 2 x 24 jam setelah menerima surat permohonan
3. Pemenuhan permintaan obat akan disesuaikan dengan sisa stok obat yang ada di *buffer* stok nasional.

jdih.kemkes.go.id

b. Pendistribusian Obat dan Perbekalan Kesehatan dari Provinsi ke Kabupaten/ Kota

Bila di provinsi tersedia *buffer* stok atau terdapat bantuan dari pusat dan pihak lain yang sifatnya tidak mengikat, maka pendistribusian dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

1. Surat permohonan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota berdasarkan hasil RHA yang dilengkapi dengan data jumlah korban dan jenis penyakit.
2. Surat permohonan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan yang berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota ditujukan kepada Dinas Kesehatan Provinsi.
3. Dinas Kesehatan Provinsi setelah menerima surat permohonan, dalam waktu 1 x 24 jam telah menyiapkan obat dan perbekalan kesehatan untuk didistribusikan ke Kabupaten/ Kota.
4. Jumlah obat dan perbekalan kesehatan yang diberikan akan disesuaikan dengan sisa stok obat yang ada di *buffer* stok Provinsi.

c. Pendistribusian Obat dari Kabupaten/ Kota ke Puskesmas, Rsu, RS Lapangan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan TNI-POLRI, Fasilitas Pelayanan Kesehatan Swasta

Obat dan perbekalan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota disalurkan kepada Unit Pelayanan Kesehatan sesuai permintaan dengan menggunakan form permintaan dilampiri jumlah korban/ pengungsi dan data jenis penyakit. Obat dan perbekalan kesehatan di Puskesmas disalurkan kepada Pos Kesehatan maupun Pustu sesuai permintaan dengan menggunakan form permintaan dilampiri jumlah korban/ pengungsi dan data jenis penyakit.

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

d. Penerimaan dan Pendistribusian logistik kesehatan dari donasi

jdih.kemkes.go.id

penerimaan logistik kesehatan dari donasi dilakukan di klaster kesehatan melalui tim logistik kesehatan serta dilakukan pencatatan penerimaan berdasarkan jenis, jumlah, nilai dan/atau masa kadaluarsa sesuai format yang sudah di tentukan, ditandatangani oleh koordinator klaster kesehatan. Sedangkan untuk pendistribusian logistik kesehatan dari donasi dilakukan dengan mekanisme, ketentuan dan kebutuhan saat tanggap darurat.

e. Pencatatan dan Pelaporan

1. Pencatatan

   Pencatatan dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mengendalikan persediaan menggunakan kartu stok.

2. Pelaporan

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

Tahapan pelaporan pada masa tanggap darurat Unit Pelayanan Kesehatan:

1. Pos kesehatan/ Pustu melakukan pelaporan kepada Puskesmas menggunakan form permintaan (formulir 2).
2. Puskesmas melaporkan penggunaan obat dan perbekalan kesehatan menggunakan form mutasi seminggu sekali kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota disertai jumlah pasien yang dilayani dan jenis penyakit yang terjadi (formulir 6).
3. Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota melaporkan mutasi obat dan perbekalan kesehatan kepada Dinas Kesehatan Provinsi menggunakan form mutasi obat dan perbekalan kesehatan dengan tembusan kepada Direktorat Jenderal Kemarfasian dan Alat Kesehatan (formulir 7).
4. Dinas Kesehatan Provinsi melaporkan mutasi obat dan perbekalan kesehatan kepada Direktorat Jenderal Kemarfasian dan Alat Kesehatan c.q Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Kefarmasian dengan menggunakan form mutasi obat dan perbekalan kesehatan (formulir 8).

jdih.kemkes.go.id

Terkait manajemen logistik kesehatan dapat mengacu pada Bab VI tentang Manajemen Logistik Kesehatan

jdih.kemkes.go.id

BAB VI
PENGKAJIAN KEBUTUHAN PASCA BENCANA (JITUPASNA) BIDANG KESEHATAN

A. Pengkajian Kebutuhan Pasca bencana (Jitupasna) Bidang Kesehatan

Pada pascabencana, dibutuhkan sejumlah upaya rehabilitasi dan rekonstruksi secepatnya terhadap kerusakan-kerusakan fisik maupun permasalahan kesehatan lainnya. Langkah awal untuk melaksanakan kegiatan penanggulangan pascabencana bidang kesehatan yaitu dengan melakukan pengkajian kebutuhan pascabencana atau Jitupasna bidang kesehatan. Kegiatan ini bertujuan untuk mengukur skala kerusakan dan kerugian bidang kesehatan akibat bencana, serta kebutuhan sumber daya kesehatan sehingga dapat ditentukan prioritas penanganan dan menentukan kebutuhan selama kegiatan pascabencana.

Jitupasna bidang kesehatan bila memungkinkan dilakukan atau dimulai pada saat darurat bencana terjadi, dengan mengumpulkan data dasar (sebelum bencana) serta dampak bencana.

Kegiatan Jitupasna bidang kesehatan meliputi:

a. Persiapan
b. Pengumpulan data
c. Analisis data.
d. Menyusun dokumen laporan Jitupasna

Laporan Jitupasna bidang kesehatan disampaikan sebagai bahan masukan utama Jitupasna dalam penyusunan rencana rehabilitasi dan rekonstruksi pascabencana (R3P). Dokumen R3P menjadi acuan bagian daerah terdampak dalam pembangunan kembali yang lebih baik, lebih aman, dan berkelanjutan (*build back better, safer, and sustainable).*

I. Persiapan

Kegiatan persiapan meliputi penyusunan KAK, pembentukan tim, serta mempersiapkan metode dan alat yang akan digunakan.

Sektor kesehatan terlibat dalam penyusunan KAK Jitupasna Nasional/ Provinsi/Kabupaten/Kota (sesuai skala bencana) yang dikoordinasikan oleh BNPB/BPBD. Komponen KAK terdiri dari: latar belakang, kegiatan yang dilaksanakan, maksud & tujuan, indikator keluaran & keluaran, cara pelaksanaan kegiatan, tempat pelaksanaan, pelaksana kegiatan, jadwal kegiatan, dan penganggaran.

Tim Jitupasna bidang kesehatan merupakan bagian dari Tim Jitupasna yang dikoordinasikan oleh BNPB atau BPBD. Besar kecilnya anggota tim disesuaikan dengan cakupan wilayah bencana, waktu, dan sumber daya. Semakin luas cakupan dan dampak bencana, maka

jdih.kemkes.go.id

semakin banyak sumber daya yang dilibatkan. Anggota Tim Jitupasna bidang Kesehatan terdiri dari lintas program dan lintas sektor terkait serta tenaga ahli, lembaga usaha, masyarakat, asosiasi profesi.

a. Tim Jitupasna Kabupaten/Kota ditetapkan oleh Kadinkes Kabupaten/Kota. Sedangkan Tim Provinsi ditetapkan oleh Kadinkes Provinsi.
b. Tim Jitupasna Pusat ditetapkan oleh pejabat minimal setingkat eselon 2 dari unit yang tugas dan fungsi untuk mengkoordinasikan penyelenggaraan rehabilitasi dan rekonstruksi kesehatan pascabencana di Kementerian Kesehatan.

II. Pengumpulan data

Kegiatan pengumpulan data merupakan inventarisasi data sebelum bencana (data dasar), serta dampak bencana di bidang kesehatan (data kerusakan, kerugian, gangguan akses, gangguan fungsi dan peningkatan risiko). Data-data tersebut bisa merupakan data primer maupun sekunder dan didapat dari hasil pengamatan dan wawancara atau *focus group discussion* dengan petugas kesehatan, masyarakat, para pemangku kepentingan maupun dengan para ahli serta dari data-data yang tersedia dari berbagai sumber (*website*, arsip kantor, laporan, literatur, dan sebagainya).

Pengumpulan data meliputi aspek fisik (sarana fisik) dan non fisik (program, SDM, pembiayaan, risiko kesehatan, dsb). Sasaran pengumpulan data meliputi institusi kesehatan baik milik pemerintah maupun non pemerintah, yaitu: fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, poskesdes/polindes, klinik, praktik dokter/dokter gigi), dinas kesehatan, Poltekkes/Stikes, instalasi farmasi, rumah dinas tenaga kesehatan, laboratorium.

Tabel 6.1 Data Dasar (Data Sebelum Bencana)

	Indikator kunci:
***Outcome*/ dampak Kesehatan**	● Angka kematian ibu ● Angka kematian bayi ● Angka kematian balita ● Angka kematian proporsional ● Angka BBLR (bayi berat lahir rendah) ● Umur harapan hidup (berbasis gender) ● Prevalensi gizi kurang pada balita ● Bobot IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat)
Data Demografis/ Kependudukan	● Jumlah penduduk ● Jumlah populasi berdasarkan jenis kelamin ● Jumlah populasi berdasarkan usia ● Jumlah ibu hamil, ibu menyusui dan ibu nifas ● Jumlah lansia

jdih.kemkes.go.id

	Indikator kunci:
	● Jumlah populasi penyandang disabilitas
Sarana fisik (pemerintah dan non pemerintah)	Jumlah, lokasi, jenis, kepemilikan, lokasi: ● Alat kesehatan ● Sarana dan prasarana (bangunan, listrik, air, furniture, kendaraan, dsb) ● Sanitasi dasar (jamban keluarga) ● Obat-obatan dan perbekalan kesehatan (alkes, MP-ASI, obat-obatan dan lain-lain)
SDM Kesehatan	● Jenis, jumlah, kehadiran, dan kompetensi SDM Kesehatan
Program Kesehatan	● Capaian program Kesehatan ● Persentase fasyankes terakreditasi ● Akses ke pelayanan Kesehatan (medis dan kesmas) ● Fasilitas pelayanan kesehatan yang masih berfungsi ● *BOR (bed occupancy rate)* per fasyankes rawat inap
Tata kelola pemerintahan	● Kelembagaan dan koordinasi, ● Kemitraan ● Sistem informasi dan peringatan dini ● Kapasitas untuk mengelola respons dan pemulihan ● Rencana kesiapsiagaan ● Upaya pemberdayaan masyarakat
Pembiayaan Kesehatan	● Skema pembiayaan (anggaran kesehatan, jenis pembiayaan kesehatan, jumlah peserta, jumlah klaim, dsb)
Risiko Kesehatan	● Tingkat kejadian penyakit tertentu (menular dan tidak menular) berdasarkan umur/jenis kelamin; ● CFR (*case fatality rate*) untuk penyakit yang paling umum ● Upaya promotif dan preventif (termasuk surveilans, promosi kesehatan, vaksinasi, pengendalian vektor, dan sebagainya) ● Jenis ancaman bencana
Persepsi, budaya dan kearifan lokal masyarakat	● Pengetahuan, keterampilan, budaya, kearifan dan sumber daya lokal terkait upaya penanggulangan krisis kesehatan

Catatan: Tabel ini dapat dikembangkan/ dimodifikasi sesuai kebutuhan

Tabel 6.2 Pengumpulan Data Dampak Bencana Bidang Kesehatan

Komponen Jitupasna	Jenis Data	Informasi yang dihasilkan
Kerusakan	Kuantitatif	Jenis, jumlah, serta nilai ekonomi (Rp) aset fisik kesehatan milik pemerintah dan non pemerintah yang mengalami kerusakan akibat bencana serta kategori kerusakannya (rusak berat, sedang, ringan). Contoh: sarana dan prasarana (bangunan, listrik, air, dll), alat kesehatan, alat perkantoran, alat transportasi, obat-obatan dan BMHP.

Komponen Jitupasna	Jenis Data	Informasi yang dihasilkan
Kerugian	Kuantitatif	1. Adanya biaya tambahan untuk: ● Membersihkan sisa-sisa kerusakan bangunan kesehatan ● Mendirikan fasilitas pelayanan kesehatan sementara (tenda Poskes) atau *mobile clinic* sampai fasyankes yang definitif dapat beroperasi kembali. ● Biaya pembelian alat kesehatan ● Biaya perbaikan alat-alat kesehatan ● Biaya penyewaan gudang sementara ● Biaya operasional mobilisasi logistic kesehatan ● Biaya perbaikan atau peminjaman perangkat sistem informasi ● Biaya pemeriksaan kualitas air bersih ● Biaya perbaikan kualitas air bersih *Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan:* ● Biaya perawatan di Puskesmas & RS ● Biaya pembelian obat-obatan & BHMP ● Biaya operasional rujukan ● Pelayanan rehabilitasi medis dan penanganan trauma psikologis pada korban. ● Biaya imunisasi massal ● Biaya penanganan penyakit menular ● Biaya pengamatan dan pengendalian vector ● Biaya pemeriksaan bahan makanan *Tata kelola Pemerintahan:* ● Biaya tambahan akibat meningkatnya kebutuhan koordinasi serta dukungan manajemen dalam melakukan kesehatan. ● Biaya untuk membangun/mengembangkan sistem peringatan dini. *Pengurangan Risiko:* ● Biaya tambahan untuk surveilans dan pemantauan terhadap kemungkinan wabah. ● Promosi kesehatan, vaksinasi, pengendalian vektor, dsb. 2. Kerugian finansial akibat: Terhenti/terhambatnya pelayanan kesehatan pada fasyankes yang rusak selama periode tertentu.
Gangguan akses	Kuantitatif & kualitatif	Jumlah keluarga atau orang yang kehilangan akses terhadap pelayanan kesehatan, tingkat keparahannya, serta jenis penyebab gangguan aksesnya.
Gangguan fungsi	Kuantitatif & kualitatif	Jumlah institusi kesehatan dan fasyankes serta program kesehatan yang terganggu akibat bencana berdasarkan tingkat keparahannya serta jenis penyebab gangguan fungsinya.

jdih.kemkes.go.id

Komponen Jitupasna	Jenis Data	Informasi yang dihasilkan
Peningkatan risiko	Kuantitatif & kualitatif	Jumlah dan jenis risiko kesehatan yang meningkat atau baru muncul pada populasi. Contoh: ● meningkatnya risiko terhadap jenis penyakit menular akibat kerusakan lingkungan pascabencana ● meningkatnya kasus gizi buruk karena terganggunya akses pelayanan kesehatan ● terdapat ancaman bahaya baru. Contoh; sebelumnya daerah tersebut tidak rawan banjir, tetapi karena gempa besar, sehingga daerah tersebut menjadi rawan banjir pascabencana.
Dampak bencana	Kuantitatif & kualitatif	Prediksi para ahli, praktisi, tokoh masyarakat, pemuka agama, dan pemegang otoritas kebijakan atas dampak bencana terhadap standar kesehatan.

Tabel 6.3 Pengumpulan Data Perkiraan Kebutuhan Pascabencana Bidang Kesehatan

Komponen Jitupasna	Jenis Data	Informasi yang dihasilkan
Perbaikan/ pembangunan kembali	Kuantitatif & kualitatif	Aspirasi atas: - kebijakan dan strategi pembangunan yang menerapkan prinsip *build back better, safer, & sustainable* berbasis pengurangan risiko bencana bidang kesehatan serta kearifan lokal. - jenis dan jumlah aset kesehatan yang diprioritaskan untuk dibangun kembali - kebijakan dan prosedur bantuan pembangunan bidang kesehatan yang partisipatif, akuntabel, dan sensitif hak-hak kelompok rentan.
Stimulus ekonomi	Kuantitatif & kualitatif	Aspirasi atas: - kebijakan dan strategi bantuan stimulan kesehatan untuk mempercepat pemulihan ekonomi. Contoh: penyediaan bantuan obat-obatan dan alkes. - kebijakan dan prosedur bantuan penggantian kerugian yang partisipatif, akuntabel, dan sensitif hak-hak kelompok rentan. Contoh: penggantian biaya pelayanan kesehatan, seperti klaim RS.
Pemulihan akses	Kuantitatif & kualitatif	Aspirasi atas jenis, jumlah, dan cara penyediaan kebutuhan kesehatan yang sensitif terhadap hak-hak kelompok rentan. Contoh: mobilisasi tenaga cadangan Kesehatan
Pemulihan fungsi	Kuantitatif & kualitatif	Aspirasi atas jenis, jumlah, dan cara pemulihan fungsi kesehatan yang sensitif terhadap hak-hak kelompok rentan.

jdih.kemkes.go.id

Pengurangan risiko	Kuantitatif & kualitatif	Aspirasi atas jenis, jumlah, dan cara pengurangan risiko bidang kesehatan.

III. Analisis data

Dalam melakukan pengkajian, dibutuhkan data dasar pada kondisi pra bencana, data dampak bencana dan upaya yang telah dilakukan pada kondisi tanggap darurat sebagai landasan untuk menganalisis data pascabencana. Langkah-langkah analisis data meliputi:

a. Verifikasi dan Validasi data;

Data yang diperoleh harus dicek kembali apakah telah terjawab dengan lengkap dan jelas atau belum. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan silang dengan berbagai sumber, misalnya: membandingkan data prabencana dengan pascabencana untuk melihat apakah data tersebut masuk akal atau tidak, membandingkan dengan laporan media massa atau organisasi lain yang kredibel, konrifmasi pada narasumber lain yang kredibel, dan sebagainya.

b. penilaian akibat bencana meliputi ;

1) penilaian kerusakan, yaitu menilai kerusakan sarana fisik kesehatan (aspek fisik) fasyankes atau institusi kesehatan, antara lain sarana dan prasarana (bangunan, listrik, air, furniture, dsb), alat kesehatan, alat perkantoran, alat komunikasi, obat dan perbekalan kesehatan.

Tabel 6.4 Rumus Nilai Kerusakan

Nilai Kerusakan = Jumlah unit fisik yang rusak X tingkat kerusakan X harga (biaya satuan)

Secara umum tingkat kerusakan diklasifikasikan menjadi 3 kategori, yaitu rusak ringan, rusak sedang, dan rusak berat sebagaimana tabel berikut ini. Harga (biaya) satuan berbeda menurut tingkat kerusakannya.

jdih.kemkes.go.id

Tabel 6.5 Kategori Kerusakan

Klasifikasi Kerusakan	Persentase Tingkat Kerusakan	Kategori Tingkat Kerusakan
Rusak Ringan	≤ 30%	Terdapat kerusakan namun masih berfungsi.
Rusak Sedang	31 % - 70%	Terdapat kerusakan masih berfungsi dan bisa diperbaiki.
Rusak Berat	≥ 71 %	Terdapat kerusakan fisik secara keseluruhan, sehingga tidak dapat berfungsi sama sekali.

2) Penilaian kerugian

Penilaian kerugian adalah menilai aspek non fisik yaitu menghitung pembiayaan lebih (dibandingkan sebelum bencana) yang harus dikeluarkan oleh sektor kesehatan akibat meningkatnya atau adanya kebutuhan baru terhadap pelayanan kesehatan. Selain itu juga kerugian finansial akibat tidak berjalannya pelayanan kesehatan karena kerusakan akibat bencana. Perkiraan rentang waktu kerugian yaitu waktu yang dibutuhkan untuk melakukan upaya pemulihan hingga mencapai kondisi normal.

Tabel 6.6 Rumus nilai kerugian

Nilai Kerugian = (D x E) + (D xF)

Keterangan:

D = Jangka waktu untuk pemulihan (hari, bulan, tahun)
E = Biaya tambahan (Rp)
F= Potensi kehilangan pendapatan (Rp)

3) Analisis gangguan akses

Analisis gangguan akses terhadap kebutuhan dasar yang harus dipenuhi karena merupakan hak masyarakat yang terkena dampak bencana.

Tabel 6.7 Penilaian Gangguan Akses

Komponen Akses	Isu Penilaian Gangguan Akses
Hak memperoleh pelayanan kesehatan	- Apakah tenaga kesehatan sesuai kebutuhan? - Bagaimana pemenuhan kebutuhan obat? - Apakah tempat pelayanan kesehatan dapat dicapai dengan mudah? - Apakah biaya terjangkau?

jdih.kemkes.go.id

4) Analisis gangguan fungsi, Penilaian gangguan fungsi dapat dianalisa melalui tabel berikut:

Tabel 6.8 Penilaian Gangguan Fungsi

Gangguan Fungsi	Isu Penilaian Gangguan Fungsi
Fasilitas Pelayanan Kesehatan	1. Apa saja fasilitas pelayanan kesehatan yang ada? 2. Bagaimana fasilitas pelayanan kesehatan tersebut berfungsi selama masa tanggap darurat hingga sekarang? 3. Bagaimana peran fasilitas pelayanan kesehatan tersebut setelah bencana terjadi? 4. Bagaimana kondisi fasilitas pelayanan kesehatan tersebut setelah kejadian bencana? 5. Jika fasilitas pelayanan kesehatan tersebut tidak berfungsi apa dampaknya terhadap masyarakat? 6. Bagaimana cara memaksimalkan peran fasilitas pelayanan kesehatan tersebut setelah kejadian bencana? Apakah tenaga medis dapat bekerja sesuai fungsinya?

5) Analisis Risiko Bidang Kesehatan

Risiko bencana dipahami sebagai interaksi antara kerentanan, kapasitas masyarakat dan pemerintah dalam menghadapi ancaman bencana dengan karakter tertentu. Tabel berikut ini dapat membantu mengkaji peningkatan risiko kesehatan sebagai akibat bencana secara kualitatif.

Tabel 6.9 Penilaian Risiko

Karakter Kesehatan	Isu Penilaian Risiko
Kerentanan masyarakat	1. Kelompok sosial mana yang paling rentan untuk mendapat gangguan kesehatan akibat kejadian bencana 2. Apa bentuk kerentanannya? 3. Apa sebab-sebab mereka menjadi rentan? 4. Bagaimana cara mengatasi hal tersebut?

c. Analisis Dampak Bencana

Tim melakukan analisis dampak bencana untuk melihat bagaimana bencana menyebabkan terjadinya penurunan status kesehatan masyarakat di wilayah terdampak. Hal ini dapat dilihat dari sejumlah indikator, seperti angka kematian ibu, angka

jdih.kemkes.go.id

kematian bayi, angka kematian balita, umur harapan hidup, prevalensi gizi kurang, dan sebagainya.

IV. Pengkajian kebutuhan

Penilaian kebutuhan adalah menilai kebutuhan untuk rehabilitasi dan rekonstruksi sesuai dengan prinsip *build back better, safer, & sustainable.* Untuk menentukan kebutuhan rehabilitasi dan rekonstruksi kesehatan agar melibatkan seluruh pemangku kepentingan terkait serta masyarakat, dengan memperhatikan seluruh aspek, antara lain:

a. kearifan lokal, sosial, teknologi, dan budaya masyarakat;
b. standar harga yang berlaku saat itu;
c. aksesibilitas, antara lain kondisi geografis yang sulit di jangkau sehingga membutuhkan hal-hal yang khusus dalam penanganannya
d. total anggaran yang dibutuhkan harus realistis dan memperhitungkan kemampuan penyerapan wilayah pasca bencana.
e. pengalokasian dana untuk membangun menjadi lebih baik (*build back better & safer*):
    1. sekurang–kurangnya 10% dari dana rehabilitasi dan rekonstruksi kesehatan.
    2. harus realistis, memperhitungkan kemampuan sumber daya yang ada. Ingat, membangun menjadi lebih baik itu yang menjadi perbandingan adalah kondisi prabencana sehingga dalam menentukan target jangan terlalu ambisius.
f. mempertimbangan dampak terhadap makro ekonomi serta Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat.
g. kebijakan Pemerintah/Pemerintah Daerah mengenai tempat tinggal masyarakat pascabencana dan kondisi infrastruktur maupun sistem kesehatan, yang dapat meliputi 4 hal sebagai berikut:
    1. Tetap tinggal di tempat yang sama dan tidak ada perubahan terkait infrastruktur serta sistem kesehatan;
    2. Tetap tinggal di tempat yang sama, namun terjadi perubahan terkait infrastruktur/ sistem kesehatan. Misalnya fasyankes harus direlokasi karena berada di tempat yang berbahaya.
    3. Pindah ke tempat yang baru di mana telah ada infrastruktur dan sistem kesehatan sebelumnya;
    4. Pindah ke tempat yang baru di mana harus membangun infrastruktur dan sistem kesehatan yang baru.

Perkiraan kebutuhan kegiatan rehabilitasi dan rekonstruksi dilakukan untuk pemulihan dapat dikelompokkan menjadi:

a. kebutuhan perbaikan atau pembangunan kembali aset yang mengalami kerusakan akibat bencana.

b. kebutuhan stimulus ekonomi untuk mempercepat pemulihan ekonomi.
c. kebutuhan pemulihan akses terhadap pelayanan kesehatan
d. kebutuhan pemulihan fungsi untuk menunjang penyelenggaraan kembali proses dan fungsi pelayanan kesehatan
e. kebutuhan mencegah/mengurangi ancaman, menguatkan kapasitas, dan mengurangi kerentanan terhadap bencana berikutnya di masa depan *(disaster health risk reduction).*

Tabel 6.10 Rumus nilai kebutuhan

Nilai Kebutuhan = G x H

Keterangan:
f. G = Tindakan rehabilitasi dan rekonstruksi berdasarkan kategori pembangunan, stimulus ekonomi, penyediaan, akses, pemulihan fungsi dan pengurangan risiko bencana bidang kesehatan
g. H = Harga satuan (biaya standar) daerah

Tabel 6.11 Contoh Kebutuhan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Bidang Kesehatan

Kebutuhan rehabilitasi dan rekonstruksi				
Penggantian/ Pembangunan	**Stimulus Ekonomi**	**Pemulihan Akses**	**Pemulihan fungsi**	**Pengurangan risiko**
- Pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Pustu, dll) yang rusak - Relokasi fasilitas pelayanan kesehatan	- Klaim RS - Penyediaan bantuan obat-obatan dan alkes	- Penyediaan sarana layanan rujukan kesehatan - Layanan kesehatan bergerak (*mobile*) - Penyediaan sanitasi - Penyediaan tempat sementara untuk pelayanan kesehatan	- Pemulihan pelayanan kesehatan - Mobilisasi tenaga cadangan kesehatan - Penyediaan obat-obatan dan alkes - Penyelenggaraan kegiatan kesehatan masyarakat	- Rencana pembangunan fasilitas kesehatan yang aman dari bencana - Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam penanggulangan bencana

V. Laporan hasil

Laporan hasil penilaian sekurang-kurangnya berisi:

a. Gambaran bencana
   1. akibat dan dampak bencana
   2. mortalitas, morbiditas, disabilitas, KLB
b. Kerusakan dan kerugian bidang kesehatan

jdih.kemkes.go.id

c. Gangguan akses, gangguan fungsi, peningkatan risiko, dan analisis dampak bencana terhadap bidang kesehatan.
d. Perkiraan kebutuhan dan gambaran awal pemulihan bidang kesehatan
e. Kesimpulan
f. Lampiran

jdih.kemkes.go.id

Tabel 6.12 Contoh tabel penilaian kerusakan dan kerugian pascabencana bidang kesehatan

TABEL PENILAIAN KERUSAKAN DAN KERUGIAN PASCABENCANA _____.DI KABUPATEN/KOTA_____.
TAHUN _____

Kabupaten /Kota _____.
Provinsi _____.

	Sarana dan Prasarana		Lokasi (Minimal Nama	Data Kerusakan				Luas (m²)/ Jumlah Rata2/	Harga Satuan	Nilai Kerusakan (Rp)			Perkiraan Kerusakan (Rp)	Perkiraan Kerugian (Rp)	Total Perkiraan Kerusakan dan Kerugian	Keterangan
				Bera	Sedan	Ringa	Satua			Berat	Sedang	Ringan				
IV. SOSIAL										**Rp92,018,251,535**	**Rp 622,414,518**	**Rp 605,413,648**	**Rp 93,246,079,701**	**Rp35,746,718,996**	**Rp 128,992,798,697**	
IV. 1. Kesehatan										**92,018,251,535**	**622,414,518**	**605,413,648**	**93,246,079,701**	**35,746,718,996**	**128,992,798,697**	
Rumah Sakit										***67,199,614,300***	***70,000,000***	***530,000,000***	***67,799,614,300***	***27,119,845,720***	***94,919,460,020***	
1	*RSUD Lintang Utara*		*Tanjung*							*67,199,614,300*	*70,000,000*	*530,000,000*	*67,799,614,300*	*27,119,845,720*	*94,919,460,020*	
		Komponen - komponen Rusak Berat		1			unit	1	67,199,614,300	67,199,614,300	-	-	67,199,614,300		67,199,614,300	
		Komponen- komponen Rusak Sedang			1		unit	1	70,000,000	-	70,000,000	-	70,000,000		70,000,000	
		Komponen- komponen Rusak Ringan				1	unit	1	530,000,000	-	-	530,000,000	530,000,000		530,000,000	
		Kerugian RSUD						1	27,119,845,720	-	-	-	-	27,119,845,720	27,119,845,720	
Puskesmas										***24,356,397,255***	***376,476,750***	***-***	***24,732,873,985***	***8,352,351,656***	***33,085,225,641***	
1	**Puskesmas Barat**		**Pemenang**							**7,230,222,170**	**-**	**-**	**7,230,222,170**	**2,206,051,951**	**9,436,274,121**	
	1	- Bangunan 1		1			unit	1	2,313,357,370	2,313,357,370	-	-	2,313,357,370		2,313,357,370	Disadur dari Dikes KLU
	2	- Bangunan 2		1			unit	1	513,880,300	513,880,300	-	-	513,880,300		513,880,300	Disadur dari Dikes KLU
	3	- Rumah dinas perawat		1			unit	1	195,800,000	195,800,000	-	-	195,800,000		195,800,000	Disadur dari Dikes KLU
	4	- Rumah Dinas Bidan		1			unit	1	164,710,000	164,710,000	-	-	164,710,000		164,710,000	Disadur dari Dikes KLU
	5	- Peralatan kesehatan, Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), peralatan dan perabotan		1			pkt	1	2,000,000,000	1,700,000,000	-	-	1,700,000,000		1,700,000,000	Disadur dari Dikes KLU
	6	- Meubelair		1			Set	1	450,000,000	450,000,000	-	-	450,000,000		450,000,000	Disadur dari Dikes KLU
	7	- Alat elektronik (komputer, kulkas, kipas angin, tv dll)		1			Set	1	400,000,000	400,000,000	-	-	400,000,000		400,000,000	Disadur dari Dikes KLU
	8	- Pagar		100			m2	1	1,454,300	145,430,000	-	-	145,430,000		145,430,000	Disadur dari Dikes KLU
	9	- Genset dan rumahnya		1			unit	1	154,470,000	154,470,000	-	-	154,470,000		154,470,000	Disadur dari Dikes KLU
	10	- Ipal dan jaringannya		1			unit	1	423,195,000	423,195,000	-	-	423,195,000		423,195,000	Disadur dari Dikes KLU
	11	- bangunan Menara Telkom		1			unit	1	157,378,300	157,378,300	-	-	157,378,300		157,378,300	Disadur dari Dikes KLU
	12	Kerugian Puskesmas Nipah					Paket	1	2,206,051,951	-	-	-		2,206,051,951	2,206,051,951	Disadur dari Dikes KLU
															-	Disadur dari Dikes KLU
2	**Puskesmas Timur**		**Pemenang**							**6,244,818,065**	**376,476,750**	**-**	**6,621,294,815**	**2,730,571,448**	**9,351,866,263**	
		- Bangunan		1			unit	1	3,350,750,000	3,160,600,000	-		3,160,600,000		3,160,600,000	Disadur dari Dikes KLU
		- Peralatan kesehatan, Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), peralatan dan perabotan		1			pkt	1	2,000,000,000	1,800,000,000	-		1,800,000,000		1,800,000,000	Disadur dari Dikes KLU
		- Rumah Dinas Dokter		1			unit	1	203,734,750	203,734,750	-		203,734,750		203,734,750	Disadur dari Dikes KLU
		- Rumah dinas perawat		1			unit	1	203,411,750	203,411,750	-		203,411,750		203,411,750	Disadur dari Dikes KLU
		- Meubelair		1			set	1	400,000,000	320,000,000	-		320,000,000		320,000,000	Disadur dari Dikes KLU
		- Alat elektronik (komputer, kulkas, kipas angin, tv dll)		1			unit	1	350,000,000	280,000,000	-		280,000,000		280,000,000	Disadur dari Dikes KLU

jdih.kemkes.go.id

Tabel 6.13 Contoh tabel penilaian kebutuhan pascabencana bidang kesehatan

PERKIRAAN KEBUTUHAN PASCABENCANA ..... BULAN .....
KABUPATEN/KOTA .....
TAHUN .....

KEGIATAN		Lokasi (Minimal Nama Kecamatan)	VOLUME	Satuan	Harga Satuan (Rp)	Kebutuhan (Rp)	Kewenangan				Keterangan
							Kabupaten/Kota	Provinsi	K/L	Masyarakat	Dunia Usaha	
D. SOSIAL						**84,860,720,000**	**84,860,720,000**	-	-	-	-	
1						**84,860,720,000**	**84,860,720,000**	-	-	-	-	
RSUD						**68,213,520,000**	**68,213,520,000**	-	-	-	-	
1	RSUD Lintang Utara	Tanjung	11,146	m2	6,120,000	68,213,520,000	68,213,520,000					
Puskesmas Barat						**12,487,200,000**	**12,487,200,000**	-	-	-	-	
1	Puskesmas Pemenang	Pemenang	860	m2	4,840,000	4,162,400,000	4,162,400,000					
2	Puskesmas Nipah	Pemenang	860	m2	4,840,000	4,162,400,000	4,162,400,000					
3	Puskesmas Tanjung	Tanjung	860	m2	4,840,000	4,162,400,000	4,162,400,000					
Puskesmas Timur					**2,860,000,000**	**2,860,000,000**	**2,860,000,000**	-	-	-	-	
1	Puskesmas Pembantu Rempek	Dusun Telaga Maluku, Desa Rempek, Kec. Gangga	1	unit	1,860,000,000	1,860,000,000	1,860,000,000					
2	Puskesmas Pembantu Sambik Bangkol	Dusun Senjajak, Desa Sambik Bangkol, Kec. Gangga	1	unit	500,000,000	500,000,000	500,000,000					
3	Puskesmas Pembantu Teluk Kombal	Kec. Pemenang Desa Teluk Kombal, Pemenang	1	unit	500,000,000	500,000,000	500,000,000					
Poskesdes						**500,000,000**	**500,000,000**	-	-	-	-	
1	Poskesdes Rempek	Dusun Pancor Getah, Desa Rempek, Kec. Gangga	1	unit	500,000,000	500,000,000	500,000,000					
Polindes						**500,000,000**	**500,000,000**	-	-	-	-	
1	Polindes Rempek	Dusun Telaga Maluku, Desa Rempek, Kec. Gangga	1	unit	500,000,000	500,000,000	500,000,000					
Posyandu						**300,000,000**	**300,000,000**	-	-	-	-	
1	Posyandu Beriri Jarak	Dusun Beriri Jarak, Desa Sambik Bangkol, Kec. Gangga	1	unit	150,000,000	150,000,000	150,000,000					
2	Posyandu Kopong Sebangun	Dusun Kopong Sebangun, Desa Sambik Bangkol, Kec. Gangga	1	unit	150,000,000	150,000,000	150,000,000					

jdih.kemkes.go.id

B. INSTRUMEN PENILAIAN KAPASITAS UNTUK MEMASUKI MASA PEMULIHAN

Untuk mempertajam analisis pengkajian kebutuhan pascabencana yang telah dilakukan, khususnya terkait gangguan akses, gangguan fungsi, peningkatan risiko, dan dampak bencana, Pusat Krisis Kesehatan bekerja sama dengan WHO, serta universitas (Universitas Gadjah Mada, Universitas Brawijaya, dan Universitas Hasanudin) mengembangkan instrumen penilaian kapasitas memasuki masa pemulihan. Hasil penilaian kapasitas tersebut akan mengidentifikasi tingkat kapasitas (fisik maupun non fisik) saat pra dan pasca bencana serta rekomendasi kebutuhan.



Gambar 6.1 *Framework* Jitupasna tools untuk sektor kesehatan

Data informasi yang dikumpulkan meliputi data sebelum dan sesudah bencana. Data kapasitas sebelum bencana akan digunakan sebagai pembanding dan menjadi titik tolak seberapa menurunnya kapasitas kesehatan setelah bencana. Kemudian, saat bencana (sekarang) akan dilihat perubahan kapasitasnya serta kapasitas yang masih tersisa untuk memasuki masa pemulihan. Ini menjadi salah satu dasar untuk perencanaan selanjutnya.

jdih.kemkes.go.id

Dasar rujukan masing-masing indikator sebagai berikut:

- Dinas Kesehatan : program kesehatan yang menjadi target nasional dan pengembangan
- Rumah Sakit : Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 2018/ akreditasi rumah sakit
- Puskesmas : program wajib dan pengembangan puskesmas

Terdapat 4 *form* penilaian yang digunakan, dengan sasaran Dinkes, RS, dan Puskesmas, yaitu:

1. Form 1: Sarana dan prasarana (bangunan, alat kesehatan, kendaraan)
2. Form 2: Sumber daya manusia kesehatan
3. Form 3: Program kesehatan
4. Form 4: Pembiayaan kesehatan.

Form 1. Sarana dan Prasarana

KUESIONER INDIKATOR PERSIAPAN MEMASUKI MASA PEMULIHAN BENCANA

SARANA DAN PRASARANA

1. BANGUNAN

□ **Dinas Kesehatan:**	□ **Rumah Sakit:**	□ **Puskesmas:**
Provinsi / Kabupaten / Kota	**Tipe A / Tipe B / Tipe C**	**Rawat Inap / Non Rawat Inap**

Provinsi :

Kabupaten/kota :

Tanggal kegiatan :

No. Responden :

Nama :

Jabatan :

No. telpon/HP :

Petunjuk Pengisian :

a. Centang salah satu fasyankes yang di observasi, dan lingkari pilihan jenis fasyankesnya.
b. Isilah keterangan di atas (provinsi – no. telp/hp).
c. Membaca petunjuk pengisian.
d. Membaca panduan pertanyaan, indikator dan kriteria sebelum mengisi hasil tabel sebelum dan setelah bencana.

jdih.kemkes.go.id

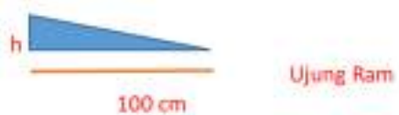
e. Isilah kuesioner ini dengan angka 2, 1, 0 yang sesuai dengan kriteria masing-masing indikator di tabel hasil sebelum dan sesudah.
f. Tambahkan keterangan jika dirasa perlu dan dibutuhkan.
g. Menghitung total skor kebawah.
h. Memberikan catatan dan rekomendasi.

jdih.kemkes.go.id

Tabel Isian Bangunan :

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Sub Indikator	Kriteria	Skor		Keterangan
					Sebelum	Sesudah	
Apakah tangga dan ram tersebut memiliki kriteria yang sesuai standar pada saat sebelum dan sesudah bencana?	**1.**	Sistem Vertikal Bangunan Lebih dari 1 Lantai	**1.1** Tangga	Jika ada beberapa tangga dalam satu bangunan, tangga yang diukur adalah tangga yang paling besar dan/atau menghubungkan ruangan yang memiliki fungsi vital di layanan kesehatan tersebut (Contoh: IGD, bangsal, poli). Standar Tangga: Tinggi anak tangga (h) antara 15 – 17 cm. Memiliki lebar (l) ≤ 120 cm. Memiliki rambu petunjuk evakuasi.  h = tinggi anak tangga l = lebar tangga Kriteria: ●Ada dan sesuai standar = 2 ●Ada dan tidak sesuai standar = 1 ●Tidak ada = 0			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Sub Indikator	Kriteria	Skor		Keterangan
					Sebelum	Sesudah	
			1.2 Ram	Standar ram: Memiliki kemiringan sesuai standar Memiliki lebar (l) ≤ 120 cm. Kemiringan ram diukur dengan menghitung ketinggian pada jarak 1m dari ujung ram. Standar tinggi ram pada jarak 1m dari ujung ram adalah (h = 12,5 cm).  ● Ada dan sesuai standar = 2 ● Ada dan tidak sesuai standar = 1 ● Tidak ada = 0			
Kalau diolah oleh orang lain, apakah bermasalah atau tidak? Kalau bermasalah, dimananya yang bermasalah?	**2.**	Sistem Sanitasi	2.1 Sistem Air Bersih	Standar air bersih adalah air bisa dialirkan melalui keran air dan air dalam kondisi baik (ditinjau dari segi bau dan warna) ● Ada dan sesuai standar = 2 ● Ada dan tidak sesuai standar = 1 ● Tidak ada = 0			
			2.2 Sistem Penyaluran Air Kotor	Standar sistem penyaluran air kotor dan atau limbah adalah memiliki septicktank, memiliki sumur resapan, dan aluran air limbah kedap air, bersih dari sampah dan dilengkapi penutup ● Ada dan sesuai standar = 2			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Sub Indikator	Kriteria	Skor		Keterangan
					Sebelum	Sesudah	
			dan atau Limbah	• Ada dan tidak sesuai standar = 1 • Tidak ada = 0			
			2.3 Sistem Pembuangan Limbah Infeksius	• Limbah dipisah, dikumpul dan diolah sendiri atau diolah orang lain = 2 • Dikumpul, tidak dipisah dan tidak diolah = 1 • Tidak ada = 0			
	3.	Sistem Kelistrikan	3.1 Penerangan	• Sumber penerangan (lampu) dapat dioperasikan di bangunan fasilitas kesehatan dan berfungsi sebagai mana mestinya = 2 • Sumber penerangan (lampu) ada, namun tidak dapat dioperasikan atau tidak memadai untuk penerangan = 1 • Tidak tersedia = 0			
			3.2 Operasional Alat	• Jika aliran listrik tersedia dan alat bisa digunakan seperti biasanya = 2 • Alatnya bisa digunakan hanya saja aliran listrik yang tidak tersedia = 1 • Tidak ada aliran listrik dan tidak ada alat = 0			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Sub Indikator	Kriteria	Skor		Keterangan
					Sebelum	Sesudah	
			3.3 Listrik Cadangan	Standar listrik darurat jika sumber dari PLN padam: Kapasitasnya 75% dari 2200VA ● Tersedianya sumber listrik sesuai standar dan bisa digunakan, serta sesuai dengan standar. Sebutkan sumbernya = 2 ● Tersedianya sumber listrik yang sesuai standar akan tetapi tidak bisa digunakan = 1 ● Tidak tersedia = 0			
Jenis komunikasi apa yang dilakukan sebelum dan setelah bencana?	**4.**	Sistem Komunikasi	Jenis Komunikasi	Sistem Komunikasi adalah seperangkat komponen dan peralatan komunikasi yang memiliki fungsi komunikasi dan menghasilkan output untuk tujuan komunikasi ● Memiliki 2 jaringan komunikasi = 2 ● Memiliki 1 jaringan komunikasi = 1 ● Jaringan Komunikasi terputus = 0			
	5.	Sistem Gas Medik		Sistem gas medik adalah instalasi kebutuhan gas untuk keperluan medis di fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu contohnya adalah oksigen. Pilih: □ Sentral □ Tabung Kriteria: ● Ada (baik sentral maupun tabung) dan berfungsi = 2 ● Ada (baik sentral maupun tabung) dan tidak berfungsi = 1			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Sub Indikator	Kriteria	Skor		Keterangan
					Sebelum	Sesudah	
				• Tidak ada = 0			
	6.	Sistem K3 Fasyankes	6.1 APAR	Standar APAR: - Pemasangannya 125 cm dari dasar lantai - Jarak pemasangan anatar APAR tidak boleh melebihi 15 meter - Semua tabung APAR sebaiknya warna merah Kriteria: • Jika ada alat proteksi kebakaran, sesuai standar dan berfungsi = 2 • Ada, tidak sesuai standar dan/atau tidak berfungsi = 1 • Tidak ada alat proteksi kebakaran = 0			
			6.2 Jalur Evakuasi	Jalur evakuasi adalah jalur yang digunakan ketika dalam keadaaan darurat, seperti kebakaran, gempa bumi, dan keadaaan darurat lainnya yang dapat mangancam jiwa seseorang ketika sedang berada dalam bangunan fasilitas pelayanan kesehatan Standar jalur evakuasi adalah memiliki tanda jalur evakuasi/evacuation route, memiliki tanda keluar/exit, dan ada titik kumpul/Assembly point Kriteria: • Fasyankes memiliki jalur evakuasi sesuai standar = 2			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Sub Indikator	Kriteria	Skor		Keterangan
					Sebelum	Sesudah	
				• Fasyankes memiliki jalur evakuasi tapi tidak sesuai standar = 1 • Tidak ada jalur evakuasi = 0			
				Total Skor (Total Skor x 4.15)			
				Interpretasi Akhir Indikator Bangunan Fasyankes Memasuki Masa Pemulihan Tinggi/ Aman: >65 Sedang/ Kurang Aman: 36 - 65 Rendah/ Tidak Aman: ≤35			

jdih.kemkes.go.id

Indeks Kapasitas Bangunan Fasyankes Memasuki Masa Pemulihan	Klasifikasi	Rekomendasi Umum
>65	Tinggi/ Aman	Hampir semua indikator berada pada kondisi aman, meski ada kerusakan sedikit tetapi bisa tetap digunakan. Bagian yang rusak untuk dapat diperbaiki agar tidak meluas dampaknya.
36-65	Sedang/ Kurang Aman	Ada kerusakan tetapi masih pada kondisi yang dapat berfungsi dengan baik. Kondisi kerusakan cukup dan memerlukan perhatian serius agar tidak berdampak lebih luas.
≤35	Rendah/Tidak Aman	Banyak terjadi kerusakan sehingga berdampak pada fungsinya. Perhatikan kerusakannya dan membutuhkan perbaikan segera. Jika memang membahayakan segera pindahkan layanan kesehatan.

Catatan: *isi dengan catatan penting

Rekomendasi Kebutuhan setelah mendapatkan total skor maka berikan rekomendasi perbaikan

UPAYA/KEGIATAN	ESTIMASI NILAI KEBUTUHAN/KEBUTUHAN BIAYA (Rp)

KEBUTUHAN = jumlah unit x satuan biaya

Keterangan:

(1) Jumlah unit adalah jumlah yang terkena akibat/dampak bencana atau yang menjadi sasaran tindakan rehabilitasi dan rekonstruksi. Unit bisa dibedakan atas kategori rusak berat, rusak sedang dan rusak ringan (Lihat formulir 1).

(2) Satuan biaya adalah biaya standar berdasarkan pada kebutuhan pembiayaan kegiatan (program) rehabilitasi dan rekonstruksi. Satuan biaya bisa menyesuaikan dengan kategori rusak berat, rusak sedang dan rusak ringan.

jdih.kemkes.go.id

KUISIONER INDIKATOR PERSIAPAN MEMASUKI MASA PEMULIHAN BENCANA

1. ALAT KESEHATAN

□ **Puskesmas:**
Rawat Inap / Non Rawat Inap

Provinsi :

Kabupaten/kota :

Tanggal kegiatan :

No. Responden :

Nama :

Jabatan :

No. telpon/HP :

Petunjuk Pengisian:

a. Isilah nama Puskesmas, lingkari pilihan jenis puskesmas.
b. Isilah keterangan di atas (provinsi – no. telp/hp).
c. Membaca petunjuk pengisian.
d. Kemudian mengisi hasil penilaian sebagai berikut:
   1. Ada dua indikator dalam menilai alat kesehatan di puskesmas, sebagai berikut:
      - Indikator 1: Kelengkapan alat kesehatan (lihat di formulir: jumlah minimum alat kesehatan)
        a) Jika set alat kesehatan lengkap, maka nilai 2
        b) Jika set alat kesehatan tidak lengkap, maka nilai 1
        c) Jika tidak ada set alat kesehatan, maka nilai 0
      - Indikator 2: Uji alat/kalibrasi alat kesehatan
        a) Jika set alat kesehatan rutin diuji/kalibrasi, maka nilai 2
        b) Jika set alat kesehatan pernah diuji namun tidak rutin, maka nilai 1
        c) Jika tidak pernah menguji/mengkalibrasi alat kesehatan, maka nilai 0
   2. Isi indikator dengan cara membagi jenis alat kesehatan yang ada di Puskesmas dengan jumlah minimum alat kesehatan. Untuk yang ada range, pakai nilai terendah.

      Contoh: Set pemeriksaan umum

      Sebelum bencana, yang dimiliki hanya 25 buah/set alat kesehatan sedangkan standarnya 28 buah/set, maka hitungannya adalah $^{25}/_{28}$ x 100%=.....%

      Setelah bencana, (misalnya) 1 buah/set alat kesehatan hilang/rusak maka hitungannya menjadi $^{24}/_{28}$ x 100%= .....%

      Jika hasilnya:

      - > 80%, nilainya 2

- 70-80%, nilainya 1
- < 70%, nilainya 0

3. Cara perhitungan No. 2 tidak berlaku untuk alat kesehatan dengan catatan tambahan di keterangan.
4. Menghitung total skor ke bawah.

e. Tuliskan di kolom keterangan jika ada alat yang kurang/rusak dan tambahkan keterangan lain jika dirasa perlu dan dibutuhkan.

f. Memberikan catatan dan rekomendasi.

Tabel Isian Alat Kesehatan Puskesmas :

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Alat Kesehatan (buah/set / unit)	Indikator 1		Indikator 2		Ket
			Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah	
1.	Set Pemeriksaan Umum	28					
2.	Set Tindakan Medis/Gawat Darurat	125					
3.	Set Pemeriksaan Kesehatan Ibu	41			Tidak di isi		
4.	Set Pemeriksaan Kesehatan Anak	20			Tidak di isi		
5.	Set Pelayanan KB	16			Tidak di isi		
6.	Set Imunisasi	6					
7.	Set Obstetri & Ginekologi	71					
8.	Set Insersi & Ekstraksi AKDR	10					
9.	Set Resusitasi Bayi	3					

jdih.kemkes.go.id

10.	Set Perawatan Pasca Persalinan	14					Puskesmas rawat inap atau Puskesmas Non Rawat Inap yang mampu memberikan persaliinan normal
11.	Set Kesehatan Gigi & Mulut	102					
12.	Set Promosi Kesehatan	30			Tidak di isi		
13.	Set ASI	3			Tidak di isi		Jika tidak punya breast pump, nilainya 0.
14.	Set Laboratorium	58-59					
15.	Set Farmasi	12					
16.	Set Rawat Inap	124-132					Hanya untuk Puskesmas Rawat Inap
17.	Set Sterilisasi	4					Jika tidak punya sterilisator, nilainya 0. Jika tidak punya Korentang,

							nilainya 1.
18.	Set Puskesmas Keliling	99					
19.	Set Keperawatan Kesehatan Masyarakat	21					
20.	Kit Imunisasi	2					Jika tidak punya vaksin carrier, nilainya 0
21.	Kit UKS	27			Tidak di isi		
22.	Kit UKGS	60					
23.	Kit Kesehatan Lingkungan	30					
Total Skor Indikator 1: (jumlah skor x 4,35)/2 Indikator 2: (jumlah skor x 5,9)/2							
Interpretasi per indikator Baik : >65 Cukup : 36 - 65 Kurang : ≤35							
Total Skor untuk Alat Kesehatan (total skor indikator 1 sesudah x 50%)+(total skor indikator 2 sesudah x 50%)							
Interpretasi Akhir Indikator Alat Kesehatan Puskesmas Memasuki Masa Pemulihan Tinggi/ Baik : >65 Sedang/ Cukup : 36 - 65 Rendah/ Kurang : ≤35							

jdih.kemkes.go.id

Indeks Alat Kesehatan Puskesmas Memasuki Masa Pemulihan	Klasifikasi	Rekomendasi Umum
>65	Tinggi/ Baik	Kondisi alat kesehatan dalam keadaan baik, lengkap dan rutin dilakukan kalibrasi. Namun, tetap diperhatikan item dalam set yang masih perlu dilengkapi dan dilakukan uji kalibrasi selanjutnya.
36-65	Sedang/ Cukup	Kondisi alat kesehatan dalam keadaan baik, cukup lengkap dan jarang dilakukan kalibrasi. Sehingga membutuhkan perhatian set mana yang perlu ditambahkan dan item dalam set yang masih perlu dilengkapi, serta rencana untuk kalibrasi selanjutnya.
≤35	Rendah/ Kurang	Kondisi alat kesehatan dalam keadaan kurang lengkap baik set ataupun kelengkapan item di dalam set alat kesehatan, jarang dilakukan kalibrasi. Sehingga membutuhkan asesmen lebih lanjut untuk penilaian kondisi alat kesehatan tersebut di fasyankes. Segera lakukan pemenuhan alat kesehatan tersebut untuk kelancaran pelayanan kesehatan.

Catatan: *isi dengan catatan penting

Rekomendasi kebutuhan: *setelah mendapatkan total skor maka berikan rekomendasi perbaikan

UPAYA/KEGIATAN	ESTIMASI NILAI KEBUTUHAN/KEBUTUHAN BIAYA (Rp)

Daftar Pustaka:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2018 tentang Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

jdih.kemkes.go.id

KUISIONER INDIKATOR PERSIAPAN MEMASUKI MASA PEMULIHAN BENCANA

1. ALAT KESEHATAN

□ **Rumah Sakit :**
Tipe A / Tipe B / Tipe C

Provinsi :

Kabupaten/kota :

Tanggal kegiatan :

No. Responden :

Nama :

Jabatan :

No. telpon/HP :

Petunjuk Pengisian :

a. Isilah nama Rumah Sakit, lingkari tipe Rumah Sakit.
b. Isilah keterangan di atas (provinsi – no. telp/hp).
c. Membaca petunjuk pengisian.
d. Kemudian mengisi hasil penilaian sebagai berikut:
    1. Ada dua indikator dalam menilai alat kesehatan di puskesmas, sebagai berikut:
        - Indikator 1: Kelengkapan alat kesehatan (lihat di formulir jumlah minimum alat kesehatan)
            d) Jika set alat kesehatan lengkap, maka nilai 2
            e) Jika set alat kesehatan tidak lengkap, maka nilai 1
            f) Jika tidak ada set alat kesehatan, maka nilai 0
        - Indikator 2: Uji alat/kalibrasi alat kesehatan
            d) Jika set alat kesehatan rutin diuji/kalibrasi, maka nilai 2
            e) Jika set alat kesehatan pernah diuji namun tidak rutin, maka nilai 1
            f) Jika tidak pernah menguji/mengkalibrasi alat kesehatan, maka nilai 0
    2. Isi indikator dengan cara membagi jenis alat kesehatan yang ada di Rumah Sakit dengan jumlah minimum alat kesehatan. Untuk yang ada range, pakai nilai terendah.

        Contoh: Pelayanan Gawat Darurat, RSUP

        Sebelum bencana, yang dimiliki hanya 40 jenis alat kesehatan sedangkan standarnya 59-61, maka hitungannya adalah $^{40}/_{59}$ x 100%=.....

        Setelah bencana, 1 jenis alat kesehatan hilang maka hitungannya menjadi $^{39}/_{59}$ x 100%= .....

        Jika hasilnya:

        - > 80%, nilainya 2
        - 70-80%, nilainya 1
        - < 70%, nilainya 0

jdih.kemkes.go.id

3. Cara perhitungan No. 2 tidak berlaku untuk alat kesehatan dengan catatan tambahan di keterangan.
4. Menghitung total skor ke bawah.

e. Tuliskan di kolom keterangan jika ada alat yang kurang/rusak dan tambahkan keterangan lain jika dirasa perlu dan dibutuhkan.
f. Menghitung total skor ke bawah.
g. Memberikan catatan dan rekomendasi.

Tabel Isian Alat Kesehatan Rumah Sakit

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Alat Kesehatan	Indikator 1		Indikator 2		Keterangan
			Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah	
1	Pelayanan Gawat Darurat	57-59 atau 60-62					RSJ 60-62 Selain RSJ 57-59
2	Pelayanan Penyakit Dalam	4-8					Alat dipenuhi jika pelayanan ada
3	Pelayanan Kesehatan Anak	7					Alat dipenuhi jika pelayanan ada
4	Kesehatan Obstetri & Ginekologi	19-20					Alat dipenuhi jika pelayanan ada
5	Kesehatan Pelayanan Anastesi dan Perawatan Intensif	103-131					
6	Kesehatan Pelayanan Mikrobiologi	6-50					
7	Kesehatan Pelayanan Patologi Anatomi	57					Berapa pun, nilainya 2
8	Kesehatan Pelayanan Patologi Klinik	15-24					
9	Kesehatan Pelayanan Radiologi	3-7					Nilai jenis pelayanannya >3, nilainya 2 1-2, nilainya 1

jdih.kemkes.go.id

							0, nilainya 0
10	Kesehatan Pelayanan Rehabilitasi Medik	13-16					
11	Kesehatan Pemulasaran Jenazah	9-11					
12	Kesehatan Instalasi/ Konsultasi Gizi	10					Alat dipenuhi jika pelayanan ada
Total Skor (jumlah skor x 8,3)							
Interpretasi per indikator Baik : >65 Cukup : 36 - 65 Kurang : ≤35							
Total Skor untuk Alat Kesehatan di RS (total skor indikator 1 sesudah x 50%)+(total skor indikator 2 sesudah x 50%)							
Interpretasi Akhir Indikator Alat Kesehatan di RS Memasuki Masa Pemulihan Tinggi/ Baik : >65 Sedang/ Cukup : 36 - 65 Rendah/ Kurang : ≤35							

jdih.kemkes.go.id

Indeks Alat Kesehatan Rumah Sakit Memasuki Masa Pemulihan	Klasifikasi	Rekomendasi Umum
>65	Tinggi/ Baik	Kondisi alat kesehatan dalam keadaan baik, lengkap dan rutin dilakukan kalibrasi. Namun, tetap diperhatikan item dalam set yang masih perlu dilengkapi dan dilakukan uji kalibrasi selanjutnya.
36 - 65	Sedang/ Cukup	Kondisi alat kesehatan dalam keadaan baik, cukup lengkap dan pernah dilakukan kalibrasi. Sehingga membutuhkan perhatian set mana yang perlu ditambahkan dan item dalam set yang masih perlu dilengkapi, serta rencana untuk kalibrasi selanjutnya.
≤35	Rendah/ Kurang	Kondisi alat kesehatan dalam keadaan kurang lengkap baik set ataupun kelengkapan item di dalam set alat kesehatan, jarang dilakukan kalibrasi. Sehingga membutuhkan asesmen lebih lanjut untuk penilaian kondisi alat kesehatan tersebut di fasyankes. Segera lakukan pemenuhan alat kesehatan tersebut untuk kelancaran pelayanan kesehatan.

Catatan: *isi dengan catatan penting

Rekomendasi kebutuhan: *setelah mendapatkan total skor maka berikan rekomendasi perbaikan

UPAYA/KEGIATAN	ESTIMASI NILAI KEBUTUHAN/KEBUTUHAN BIAYA (Rp)

Daftar Pustaka:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2018 tentang Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit.

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR ALAT KESEHATAN

PUSKESMAS

1. Set Pemeriksaan Umum

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Bingkai uji-coba untuk pemeriksaan refraksi	1 buah	1 buah
2	Buku Ishihara Test	1 buah	1 buah
3	Lensa uji coba untuk pemeriksaan refraksi	1 set	1 set
4	Lup binokuler (lensa pembesar) 3-5 Dioptri	1 buah	1 buah
5	Opthalmoscope	1 buah	1 buah
6	Snellen Chart 2 jenis (E chart dan Alphabet Chart)	1 buah	1 buah
7	Tonometer	1 buah	1 buah
8	Corong telinga/ spekulum telinga ukuran kecil, sedang, besar	1 set	1 set
9	Garputala 512 Hz	1 set	1 set
10	Lampu kepala/head lamp dan Adaptor AC/DC	1 buah	1 buah
11	Otoscope	1 buah	1 buah
12	Alat pengukur tekanan darah/tensimeter dengan manset untuk anak	1 buah	1 buah
13	Alat pengukur tekanan darah/tensimeter dengan manset untuk dewasa	1 buah	1 buah
14	Handle kaca laring /Larynx Handle Mirror	1 buah	1 buah
15	Kaca laring ukuran 2,4,5,6	1 set	1 set
16	Palu reflex /Dejerine Reflex Hammer	1 buah	1 buah
17	Skinfold calliper	1 buah	1 buah
18	Spekulum hidung	1 buah	1 buah
19	Spekulum vagina (cocor bebek Grave)	1 buah	1 buah
20	Stetoskop untuk dewasa	1 buah	1 buah
21	Sudip lidah logam	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
22	Tempat tidur periksa dan perlengkapannya	1 buah	1 buah
23	Termometer	1 buah	1 buah
24	Timbangan berat badan dewasa	1 buah	1 buah
25	Alat ukur tinggi badan (statu meter mikrotois)	1 buah	1 buah
26	Acute Respiratory Infections 3 (ARI) timer/ARI SOUNDTIMER	1 buah	1 buah
27	Baki logam tempat alat steril tertutup	1 buah	1 buah

jdih.kemkes.go.id

28	Pengukur lingkar pinggang	1 buah	1 buah

2. Set Tindakan Medis/Gawat Darurat

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Alat pengukur tekanan darah/tensimeter dengan manset untuk anak	1 buah	1 buah
2	Alat pengukur tekanan darah/tensimeter dengan manset untuk dewasa	1 buah	1 buah
3	Automated External Defibrilator (AED)*	1 unit	1 unit
4	Brankar (Strechter)	1 buah	1 buah
5	Collar Brace/Neck Collar anak	1 buah	1 buah
6	Collar Brace/Neck Collar dewasa	1 buah	1 buah
7	Corong telinga/Spekulum telinga ukuran kecil, besar, sedang	1 set	1 set
8	Doppler	1 buah	1 buah
9	EKG*	1 buah	1 buah
10	Forceps Aligator	3 buah	3 buah
11	Forceps Bayonet	3 buah	3 buah
12	Forsep magill dewasa	3 buah	3 buah
13	Guedel Airway (Oropharingeal)	2 buah	2 buah
14	Gunting bedah jaringan standar lengkung	3 buah	3 buah
15	Gunting bedah jaringan lengkung ujung tajam	3 buah	3 buah
16	Gunting bedah jaringan lurus tumpul	3 buah	3 buah
17	Gunting bedah jaringan lurus ujung tajam	3 buah	3 buah
18	Gunting pembalut/LISTER Bandage scissors	1 buah	1 buah
19	Gunting benang angkat jahitan	3 buah	3 buah
20	Gunting benang lengkung ujung tajam tumpul	3 buah	3 buah
21	Handle kaca laring	1 buah	1 buah
22	Handle Skalpel	3 buah	3 buah
23	Hooked	1 buah	1 buah
24	Kaca laring ukuran 2,4,5,6	1 set	1 set
25	Kait dan kuret serumen	1 buah	1 buah
26	Kanul suction hidung	1 buah	1 buah
27	Kanul suction telinga	1 buah	1 buah
28	Kanula oksigen anak	1 buah	1 buah
29	Kanula oksigen dewasa	1 buah	1 buah
30	Klem arteri jaringan bengkok	3 buah	3 buah
31	Klem arteri jaringan lurus	3 buah	3 buah
32	Klem arteri, 12 cm lengkung, dengan gigi 1x2 (Halsted-Mosquito)	3 buah	3 buah

jdih.kemkes.go.id

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
33	Klem arteri, 12 cm lurus, dengan gigi 1x2 (Halsted-Mosquito)	3 buah	3 buah
34	Klem instrumen /Dressing Forceps	1 buah	1 buah
35	Klem/pemegang jarum jahit, 18 cm (Mayo-Hegar)	3 buah	3 buah
36	Korentang, lengkung, penjepit alat steril (23 cm)	2 buah	2 buah
37	Korentang, penjepit sponge	2 buah	2 buah
38	Kursi roda standar	1 buah	1 buah
39	Lampu kepala	1 buah	1 buah
40	Laringoskop anak	1 buah	1 buah
41	Laringoskop dewasa	1 buah	1 buah
42	Laringoskop neonatus bilah lurus	1 buah	1 buah
43	Nebulizer	1 buah	1 buah
44	Otoskop	1 buah	1 buah
45	Palu reflex	1 buah	1 buah
46	Pembendung (Torniket/Tourniquet)	1 buah	1 buah
47	Pinset alat, bengkok (Remky)	3 buah	3 buah
48	Pinset anatomis, 14,5 cm	3 buah	3 buah
49	Pinset anatomis, 18 cm	3 buah	3 buah
50	Pinset bedah, 14,5 cm	3 buah	3 buah
51	Pinset bedah, 18 cm	3 buah	3 buah
52	Pinset epilasi	1 buah	1 buah
53	Pinset telinga	1 buah	1 buah
54	Resusitator manual & sungkup anak-anak	1 buah	1 buah
55	Resusitator manual & sungkup dewasa	1 buah	1 buah
56	Resusitator manual & sungkup neonatus	1 buah	1 buah
57	Silinder korentang kecil	1 buah	1 buah
58	Spalk	1 buah	1 buah
59	Spekulum hidung	1 buah	1 buah
60	Spekulum mata	1 buah	1 buah
61	Stand lamp untuk tindakan	2 buah	2 buah
62	Standar infus	2 buah	2 buah
63	Steteskop	1 buah	1 buah
64	Steteskop janin (Laenec/Pinard)	1 buah	1 buah
65	Suction pump (alat penghisap)	1 buah	1 buah
66	Suction tubes (adaptor telinga)	1 buah	1 buah
67	Sudip/Spatula lidah logam	4 buah	4 buah
68	Tabung oksigen dan regulator	1 buah	1 buah
69	Tempat tidur periksa dan perlengkapannya	1 buah	1 buah
70	Termometer	1 buah	1 buah
71	Timbangan	1 buah	1 buah
72	Timbangan bayi	1 buah	1 buah
73	Alat ukur panjang badan bayi	1 buah	1 buah

jdih.kemkes.go.id

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
74	Alat ukur tinggi badan dewasa	1 buah	1 buah
75	Ari Timer	1 buah	1 buah
76	Baki logam tempat alat steril tertutup	3 buah	3 buah
77	Semprit gliserin	1 buah	1 buah

Keterangan:

a. Bila ruangan tindakan dan ruangan gawat darurat terpisah, maka di masing-masing ruangan harus tersedia set tindakan medis/gawat darurat sesuai tabel diatas.

b. *) Harus tersedia tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan untuk mengoperasikan alat dan menginterpretasikan hasil serta didukung oleh prasarana yang memadai.

jdih.kemkes.go.id

3. Set Pemeriksaan Kesehatan Ibu

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Alat pengukur tekanan darah/ tensimeter dengan manset untuk dewasa	1 buah	1 buah
2	Alat Ukur Lingkar Lengan Atas (Pita LILA)	1 buah	1 buah
3	Doppler	1 buah	1 buah
4	Gunting Benang Lengkung Ujung Tajam Tumpul	1 buah	1 buah
5	Gunting Benang Angkat Jahitan	1 buah	1 buah
6	Gunting Verband	1 buah	1 buah
7	Klem Kassa Korentang	1 buah	1 buah
8	Klem kocher /Kocher Tang	1 buah	1 buah
9	Meja Periksa Ginekologi dan kursi pemeriksa	1 buah	1 buah
10	Palu Refleks	1 buah	1 buah
11	Pinset Anatomis Panjang	1 buah	1 buah
12	Pinset Anatomi Pendek	1 buah	1 buah
13	Pinset Bedah	1 buah	1 buah
14	Silinder Korentang kecil	1 buah	1 buah
15	Spekulum Vagina (Cocor Bebek Grave) Besar	3 buah	3 buah
16	Spekulum Vagina (Cocor Bebek Grave) Kecil	3 buah	3 buah
17	Spekulum Vagina (Cocor Bebek Grave) Sedang	3 buah	3 buah
18	Spekulum Vagina (Sims)	1 buah	1 buah
19	Stand Lamp untuk tindakan	1 buah	1 buah
20	Stetoskop Dewasa	1 buah	1 buah
21	Sudip lidah / Spatula Lidah logam	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
22	Tabung Korentang Stainless	1 buah	1 buah
23	Tampon Tang	1 buah	1 buah
24	Tempat Tidur Periksa	1 buah	1 buah
25	Termometer Dewasa	1 buah	1 buah
26	Timbangan	1 buah	1 buah
27	Tromol Kasa / linen	1 buah	1 buah
28	Alat ukur tinggi badan (microtoise)	1 buah	1 buah
29	Bak Instrumen dengan tutup	1 buah	1 buah
30	Baki Logam Tempat Alat Steril Bertutup	1 buah	1 buah
31	Meja Instrumen / Alat	1 buah	1 buah
32	Senter Periksa	1 buah	1 buah
33	Toples Kapas / Kasa Steril	1 buah	1 buah
34	Waskom Bengkok Kecil	1 buah	1 buah
35	Waskom diameter 40 cm	1 buah	1 buah

jdih.kemkes.go.id

4. Set Pemeriksaan Kesehatan Anak

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Alat Penghisap lender/Penghisap lendir DeLee (Neonatus)	1 buah	1 buah
2	Alat pengukur tekanan darah/tensimeter dengan manset untuk anak	1 buah	1 buah
3	Alat pengukur tekanan darah/tensimeter dengan manset untuk bayi	1 buah	1 buah
4	Alat pengukur lingkar lengan atas balita (Pita LILA)	1 buah	1 buah
5	Stand Lamp untuk tindakan	1 buah	1 buah
6	Stetoskop anak	1 buah	1 buah
7	Sudip lidah /Spatula lidah logam	4 buah	4 buah
8	Tabung oksigen dan regulator	1 set	1 set
9	Termometer	1 buah	1 buah
10	Timbangan dewasa	1 buah	1 buah
11	Timbangan bayi	1 buah	1 buah
12	Alat Pengukur lingkar kepala (meteran)	1 buah	1 buah
13	Alat Pengukur tinggi badan anak (microtoise)	1 buah	1 buah
14	Alat Pengukur Panjang Bayi	1 buah	1 buah
15	Acute Respiratory Infections (ARI) timer/ ARI Soundtimer	1 buah	1 buah
16	Senter/ Pen light	1 buah	1 buah
17	Set Tumbuh Kembang Anak	1 set	1 set

5. Set Pelayanan KB

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
Set Implan			
1	Bak Instrumen tertutup yang dapat menyimpan seluruh alat implant removal	1 buah	1 buah
2	Forcep artery/ homeostatic halsted, mosquito curved ukuran 12,5 cm / 5”	1 buah	1 buah
3	Forcep artery/ homeostatic halsted, mosquito straight ukuran 12,5 cm / 5”	1 buah	1 buah
4	Gagang pisau (scapel handle) ukuran 120 – 130 mm / 5-6”	1 buah	1 buah
5	Pinset anatomis ukuran 13-18 cm / 5-7”	1 buah	1 buah
6	Mangkok antiseptik diameter 6-8 cm atau ukuran 60-70 ml	1 buah	1 buah
Set AKDR			
7	Aligator ekstraktor AKDR	1 buah	1 buah

jdih.kemkes.go.id

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
8	Bak instrumen tertutup yang dapat menyimpan seluruh alat pemasangan dan pencabutan AKDR (disesuaikan dengan besarnya alat)	1 buah	1 buah
9	Forcep tenacullum Schroeder panjang 25-27 cm / 10”	1 buah	1 buah
10	Gunting operasi mayo lengkung panjang 17 cm / 6-7”	1 buah	1 buah
11	Klem pemegang kasa (Forcep Sponge Foerster Straight 25-27 cm / 9-11”)	1 buah	1 buah
12	Pengait pencabut AKDR panjang 32 cm / 12,5” (IUD removal hook panjang)	1 buah	1 buah
13	Sonde uterus sims panjang 32-33 cm / 12,5-13”	1 buah	1 buah
14	Spekulum cocor bebek graves ukuran medium	1 buah	1 buah
15	Stand Lamp untuk tindakan	1 buah	1 buah
16	Mangkok antiseptik diameter 6-8 cm, atau ukuran 60- 70ml	1 buah	1 buah

6. Set Imunisasi

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Vaccine carrier/coolbox	1 buah	1 buah
2	Vaccine Refrigerator	1 buah	1 buah
3	Alat pemantau dan perekam suhu terus menerus	1 buah	1 buah
4	Coolpack	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
5	Indikator pembekuan	1 buah	1 buah
6	Voltage Stabilizer	1 buah	1 buah

7. Set Obstetri dan Ginekologi

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Alat pengukur tekanan darah/ tensimeter dengan manset untuk dewasa	1 buah	1 buah
2	Doppler	1 buah	1 buah
3	Gunting Benang	3 buah	3 buah
4	Gunting Episiotomi	3 buah	3 buah
5	Gunting pembalut/verband	3 buah	3 buah

jdih.kemkes.go.id

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
6	Klem Kasa (Korentang)	3 buah	3 buah
7	Klem Kelly/Klem Kocher Lurus	3 buah	3 buah
8	Klem pean/Klem tali pusat	3 buah	3 buah
9	Klem pemecah selaput ketuban 1/2 Kocher	1 buah	1 buah
10	Needle Holder Matheiu	3 buah	3 buah
11	Palu reflex	1 buah	1 buah
12	Pinset Jaringan (Sirurgis)	2 buah	2 buah
13	Pinset Jaringan Semken	2 buah	2 buah
14	Pinset Kasa (Anatomis) Pendek	2 buah	2 buah
15	Pinset anatomis panjang	2 buah	2 buah
16	Spekulum (Sims) Besar	3 buah	3 buah
17	Spekulum (Sims) Kecil	3 buah	3 buah
18	Spekulum (Sims) Medium	3 buah	3 buah
19	Spekulum Cocor Bebek Grave Besar	3 buah	3 buah
20	Spekulum Cocor Bebek Grave Kecil	3 buah	3 buah
21	Spekulum Cocor Bebek Grave Medium	3 buah	3 buah
22	Standar infus	2 buah	2 buah
23	Stand Lamp untuk tindakan	1 buah	1 buah
24	Stetoskop	1 buah	1 buah
25	Tempat Klem Kasa (Korentang)	1 buah	1 buah
26	Tempat Tidur manual untuk Persalinan	2 set	2 set
27	Termometer	1 buah	1 buah
28	Timbangan	1 buah	1 buah
29	Bak instrumen tertutup besar (Obgin)	2 buah	2 buah
30	Bak instrumen tertutup kecil	2 buah	2 buah
31	Bak instrumen tertutup Medium	2 buah	2 buah
32	Mangkok untuk larutan	1 buah	1 buah
33	Toples kapas dan kasa steril	1 buah	1 buah
34	Waskom cekung	1 buah	1 buah
35	Waskom tempat plasenta	1 buah	1 buah
36	Waskom tempat kain kotor	1 buah	1 buah

8. Set Insersi dan Ekstraksi AKDR

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Aligator ekstraktor AKDR	1 buah	1 buah
2	Bak instrumen tertutup yang dapat menyimpan seluruh alat pemasangan dan pencabutan	1 buah	1 buah

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
	AKDR (disesuaikan dengan besarnya alat)		
3	Forcep tenacullum Schroeder panjang 25-27 cm / 10”	1 buah	1 buah
4	Gunting operasi mayo lengkung panjang 17 cm / 6-7”	1 buah	1 buah
5	Klem pemegang kasa (Forcep Sponge Foerster Straight 25-27 cm / 9-11”)	1 buah	1 buah
6	Pengait pencabut AKDR panjang 32 cm / 12,5” (IUD removal hook panjang)	1 buah	1 buah
7	Sonde uterus sims panjang 32-33 cm / 12,5-13”	1 buah	1 buah
8	Spekulum cocor bebek graves ukuran medium	1 buah	1 buah
9	Stand Lamp untuk tindakan	1 buah	1 buah
10	Mangkok antiseptik diameter 6-8 cm, atau ukuran 60-70 ml	1 buah	1 buah

9. Set Resusitasi Bayi

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Baby Suction Pump Portable	1 buah	
2	Meja Resusitasi dengan Pemanas (Infant Radiant Warmer)	1 buah	
3	Penghisap Lendir DeLee (neonates)	1 buah	

10. Set Perawatan Pasca Persalinan

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap *)	Puskesmas Rawat Inap
1	Alat pengukur tekanan darah/tensimeter dengan manset untuk dewasa	1 buah	1 buah
2	Boks Bayi	2 buah	2 buah
3	Standar Infus	2 buah	2 buah
4	Stetoskop	1 buah	1 buah
5	Tabung Oksigen dan Regulator	2 buah	2 buah
6	Tempat Tidur Manual Rawat Inap untuk Dewasa	2 set	2 set
7	Termometer Anak	1 buah	1 buah
8	Termometer Dewasa	1 buah	1 buah
9	Timbangan Bayi	1 buah	1 buah

jdih.kemkes.go.id

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap *)	Puskesmas Rawat Inap
10	ARI Timer	1 buah	1 buah

Keterangan:

*) Pada Puskesmas non rawat inap yang mampu memberikan pelayanan persalinan normal.

11. Set Kesehatan Gigi & Mulut

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Alat suntik intra ligamen	1 buah	1 buah
2	Atraumatic Restorative Treatment (ART)		
	a. Enamel Access Cutter	1 buah	1 buah
	b. Eksavator Berbentuk Sendok Ukuran Kecil (Spoon Excavator Small)	1 buah	1 buah
	c. Eksavator Berbentuk Sendok Ukuran Sedang (Spoon Excavator Medium)	1 buah	1 buah
	d. Eksavator Berbentuk Sendok Ukuran Besar (Spoon Excavator Large)	1 buah	1 buah
	e. Double Ended Applier and Carver	1 buah	1 buah
	f. Hatchet	1 buah	1 buah
	g. Spatula Plastik	1 buah	1 buah
3	Bein Lurus Besar	1 buah	1 buah
4	Bein Lurus Kecil	1 buah	1 buah
5	Handpiece Contra Angle	1 buah	1 buah
6	Mata bor (Diamond Bur Assorted) untuk Air Jet Hand Piece (Kecepatan Tinggi) (round, inverted, fissure, wheel)	1 set	1 set
7	Mata bor Kontra Angle Hand Piece Conventional (Kecepatan Rendah) (round, inverted, fissure, wheel)	1 set	1 set
8	Handpiece Straight	1 buah	1 buah
9	Ekskavator Berujung Dua (Besar)	5 buah	5 buah
10	Ekskavator Berujung Dua (Kecil)	5 buah	5 buah
11	Gunting Operasi Gusi (Wagner) 12 cm	1 buah	1 buah
12	Kaca Mulut Datar No.3 Tanpa Tangkai	5 buah	5 buah
13	Kaca Mulut Datar No.4 Tanpa Tangkai	5 buah	5 buah

jdih.kemkes.go.id

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
14	Klem/Pemegang Jarum Jahit (Mathieu Standar)	1 buah	1 buah
15	Jarum exterpasi	1 set	1 set
16	Jarum K-File (15-40)	1 set	1 set
17	Jarum K-File (45-80)	1 set	1 set
18	Light Curing	1 buah	1 buah
19	Pemegang Matriks (Matrix Holder)	1 buah	1 buah
20	Penahan Lidah	1 buah	1 buah
21	Pengungkit Akar Gigi Kanan Mesial (Cryer Distal)	1 buah	1 buah
22	Pengungkit Akar Gigi Kanan Mesial (Cryer Mesial)	1 buah	1 buah
23	Penumpat Plastis	1 buah	1 buah
24	Periodontal Probe	1 buah	1 buah
25	Penumpat semen berujung dua	1 buah	1 buah
26	Pinset Gigi	5 buah	5 buah
27	Polishing Bur	1 set	1 set
28	Set Kursi Gigi Elektrik yang terdiri atas:		
	a. Kursi Gigi	1 buah	1 buah
	b. Cuspidor Unit	1 buah	1 buah
	c. Meja instrument	1 buah	1 buah
	d. Foot Controller untuk Hand Piece	1 buah	1 buah
	e. Kompresor Oilles 1 PK	1 buah	1 buah
29	Skeler Standar, Bentuk Cangkul Kiri (Tipe Chisel/ Mesial)	1 buah	1 buah
30	Skeler Standar, Bentuk Cangkul Kanan (Type Chisel/ Mesial)	1 buah	1 buah
31	Skeler Standar, Bentuk Tombak (Type Hook)	1 buah	1 buah
32	Skeler Standar, Black Kiri dan Kanan (Type Chisel/ Mesial)	1 buah	1 buah
33	Skeler Standar, Black Kiri dan Kiri (Type Chisel/ Mesial)	1 buah	1 buah
34	Skeler Ultrasonik	1 buah	1 buah
35	Sonde Lengkung	5 buah	5 buah
36	Sonde Lurus	5 buah	5 buah
37	Spatula Pengaduk Semen	1 buah	1 buah
38	Spatula Pengaduk Semen Ionomer	1 buah	1 buah
39	Set Tang Pencabutan Dewasa		
	a. Tang gigi anterior rahang atas dewasa	1 buah	1 buah
	b. Tang gigi premolar rahang atas	1 buah	1 buah
	c. Tang gigi molar kanan rahang atas	1 buah	1 buah
	d. Tang gigi molar kiri rahang atas	1 buah	1 buah
	e. Tang molar 3 rahang atas	1 buah	1 buah
	f. Tang sisa akar gigi anterior rahang atas	1 buah	1 buah

jdih.kemkes.go.id

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
	g. Tang sisa akar gigi posterior rahang atas	1 buah	1 buah
	h. Tang gigi anterior dan rahang bawah	1 buah	1 buah
	i. Tang gigi molar rahang bawah kanan/ kiri	1 buah	1 buah
	j. Tang gigi molar 3 rahang bawah	1 buah	1 buah
	k. Tang sisa akar rahang bawah	1 buah	1 buah
40	Set Tang pencabutan gigi anak		
	a. Tang gigi anterior rahang atas	1 buah	1 buah
	b. Tang molar rahang atas	1 buah	1 buah
	c. Tang molar susu rahang atas	1 buah	1 buah
	d. Tang sisa akar rahang atas	1 buah	1 buah
	e. Tang gigi anterior rahang bawah	1 buah	1 buah
	f. Tang molar rahang bawah	1 buah	1 buah
	g. Tang sisa akar rahang bawah	1 buah	1 buah
41	Skalpel, Mata Pisau Bedah (Besar)	1 buah	1 buah
42	Skalpel, Mata Pisau Bedah (Kecil)	1 buah	1 buah
43	Skalpel, Tangkai Pisau Operasi	1 buah	1 buah
44	Tangkai kaca mulut	5 buah	5 buah

12. Set Promosi Kesehatan

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Alat Peraga Cara Menyusui yang Benar (Boneka dan fantom payudara)	1 paket	1 paket
2	Alat Permainan Edukatif (APE)	1 paket	1 paket
3	Bagan HEEADSSS	1 buah	1 buah
4	Biblioterapi	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
5	Boneka Bayi	1 buah	1 buah
6	Boneka Kespro	1 set	1 set
7	Buku Materi KIE Kader Kesehatan Remaja	1 buah	1 buah
8	Buku Pedoman MTPKR	1 buah	1 buah
9	Buku Penuntun/Pedoman Konseling Gizi	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
10	Fantom Gigi Anak	2 buah	2 buah
11	Fantom Gigi Dewasa	2 buah	2 buah
12	Fantom Mata Ukuran Asli	1 buah	1 buah
13	Fantom Mata Ukuran Besar (Fiberglass)	1 buah	1 buah
14	Fantom Panggul Wanita	1 buah	1 buah
15	Fantom Panggul Pria	1 buah	1 buah
16	Flip Chart dan Stand	1 buah	1 buah
17	Food Model	1 paket	1 paket
18	Gambar Anatomi Gigi	1 lembar	1 lembar

jdih.kemkes.go.id

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
19	Gambar Anatomi Mata	1 lembar	1 lembar
20	Gambar Anatomi Mata 60 x 90	1 lembar	1 lembar
21	Gambar Panggul Laki-Laki dan Perempuan	1 set	1 set
22	Skinfold Caliper	1 buah	1 buah
23	Model Isi Piringku	2 buah	2 buah
24	Pengukur Tinggi Badan	1 buah	1 buah
25	Permainan Ular Tangga Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja	1 set	1 set
26	Timbangan Berat Badan Digital dengan Ketelitian 100 gram	1 buah	1 buah
27	Ular tangga sanitasi	1 unit	1 unit

13. Set ASI

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Breast pump	1 buah	1 buah
2	Sterilisator botol	1 buah	1 buah
3	Lemari pendingin	1 buah	1 buah

14. Set Laboratorium

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Alat Tes Cepat Molekuler*	1 buah	1 buah
2	Blood Cell Counter	1 buah	1 buah
3	Fotometer	1 buah	1 buah
4	Hematology Analizer (HA)	1 set	1 set
5	Hemositometer Set/Alat Hitung Manual	1 set	1 set
6	Lemari Es/Kulkas (penyimpan reagen dan obat)	1 buah	1 buah
7	Mikroskop Binokuler	1 buah	1 buah
8	Pembendung/Torniket	1 buah	1 buah
9	Pipet Mikro 5-50, 100-200, 500-1000 ul	1 buah	1 buah
10	Rotator Plate	1 buah	1 buah
11	Sentrifuse Listrik	1 buah	1 buah
12	Sentrifuse Mikrohematokrit	1 buah	1 buah
13	Tabung Sentrifus Tanpa Skala	6 buah	6 buah
14	Tally counter	1 buah	1 buah
15	Westergren Set (Tabung Laju Endap Darah)	3 buah	3 buah
16	Urin analizer	1 buah	1 buah
17	Batang Pengaduk	3 buah	3 buah
18	Beker, Gelas	3 buah	3 buah
19	Botol Pencuci	1 buah	1 buah
20	Corong Kaca (5 cm)	3 buah	3 buah
21	Erlenmeyer, Gelas	2 buah	2 buah
22	Gelas Pengukur (100 ml)	1 buah	1 buah

jdih.kemkes.go.id

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
23	Gelas Pengukur (500 ml)	1 buah	1 buah
24	Pipet Berskala (Vol 1 cc)	3 buah	3 buah
25	Pipet Berskala (Vol 10 cc)	3 buah	3 buah
26	Rak Pengering (untuk kertas saring SHK)	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
27	Tabung Reaksi (12 mm)	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan
28	Tabung Reaksi dengan tutup karet gabus	12 buah	12 buah
29	Termometer 0 – 50° Celcius	1 buah	1 buah
30	Wadah Aquades	1 buah	1 buah

Keterangan:
*) Pada Puskesmas tertentu yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku

15. Set Farmasi

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Analitical Balance (Timbangan Mikro)	1 buah	1 buah
2	Batang Pengaduk	1 buah	1 buah
3	Corong	1 buah	1 buah
4	Cawan Penguap Porselen (d.5-15cm)	1 buah	1 buah
5	Gelas Pengukur 10mL, 100mL dan 250mL	1 buah	1 buah
6	Gelas Piala 100mL, 500mL dan 1L	1 buah	1 buah
7	Higrometer	1 buah	1 buah
8	Mortir (d. 5-10cm dan d.10-15cm) + stamper	1 buah	1 buah
9	Pipet Berskala	1 buah	1 buah
10	Spatel logam	1 buah	1 buah
11	Shaker	1 buah	1 buah
12	Termometer skala 100	1 buah	1 buah

16. Set Rawat Inap

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Alat pengukur tekanan darah/ tensimeter dengan manset untuk anak	2 buah	
2	Alat pengukur tekanan darah/ tensimeter dengan manset untuk dewasa	2 buah	
3	Boks Bayi	1 buah	
4	Brankar	1 buah	

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
5	Gunting bedah jaringan lengkung ujung tajam (Metzenbaum) (18 Cm)	3 buah	
6	Gunting bedah jaringan standar lengkung (Metzenbaum) (18 Cm)	3 buah	
7	Gunting bedah jaringan lurus ujung tajam (Metzenbaum) (18 Cm)	3 buah	
8	Gunting bedah jaringan lurus tumpul (Metzenbaum) (18 Cm)	3 buah	
9	Gunting Mayo Lurus/Lengkung	3 buah	
10	Gunting Benang Angkat Jahitan	3 buah	
11	Kanula Hidung	3 buah	
12	Kateter, Selang Penghisap Lendir Bayi	3 buah	
13	Kauter	3 buah	
14	Klem Agrave, 14 Mm (Isi 100)	3 buah	
15	Klem Arteri, 12 Cm, Lengkung Dengan Gigi 1 X 2 (Halstquito)	3 buah	
16	Klem Arteri, 12 Cm, Lurus Dengan Gigi 1 X 2 (Halstead-Mosquito)	3 buah	
17	Klem/Pemegang Jarum Jahit Dengan Kunci (Baraquer)	3 buah	
18	Klem/Pemegang Jarum Jahit (Mathieu Standar)	3 buah	
19	Klem/Pemegang Silet (Barraquer)	3 buah	
20	Klem/Penjepit Kain (Kocher-Backhaus)/Duk Klem	3 buah	
21	Klep Pengatur Oksigen Dengan Humidifer	3 buah	
22	Korentang, Lengkung, Penjepit Alat Steril, 23 Cm (Cheattle)	3 buah	
23	Korentang, Penjepit Sponge (Foerster)	3 buah	
24	Lampu Periksa	1 buah	
25	Nebulizer	1 buah	
26	Pinset Anatomis, 14,5 Cm	2 buah	
27	Pinset Anatomis, 18 Cm	2 buah	
28	Pinset Anatomis (Untuk Specimen)	2 buah	
29	Pinset Bedah, 14,5 Cm	2 buah	
30	Pinset Bedah, 18 Cm	2 buah	
31	Resusitator manual dan sungkup dewasa	1 buah	
32	Resusitator manual dan sungkup infant	1 buah	
33	Selang Oksigen	3 buah	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
34	Skalpel, Tangkai Pisau Operasi	2 buah	
35	Spalk	1 buah	
36	Standar Infus	Sesuai jumlah tempat tidur	Min. 6-10 buah
37	Stetoskop neonatus	1 buah	
38	Stetoskop Anak	1 buah	
39	Stetoskop Dewasa	1 buah	
40	Suction Pump	1 buah	
41	Sonde Dengan Mata 14,5 Cm	1 buah	
42	Sonde Pengukur Dalam Luka	1 buah	
43	Tabung Oksigen 6 Meterkubik dan Regulator	1 buah	
44	Tabung Oksigen 1 Meterkubik dan Regulator	1 buah	
45	Tabung/ Sungkup Untuk Resusitasi	2 buah	
46	Termometer neonatus	1 buah	
47	Termometer Dewasa	1 buah	
48	Tempat Tidur Pasien	4-8 buah	
49	Tempat Tidur Pasien Untuk Anak	2 buah	
50	Torniket Karet/ pembendung	1 buah	
51	Tromol Kasa/ Kain Steril (125 X 120 Mm)	1 buah	
52	Tromol Kasa/ Kain Steril (150 X 150 Mm)	1 buah	
53	Ari Sound Timer	1 buah	
54	Baki Instrumen Bertutup	1 buah	
55	Bak Instrumen Bertutup 30 X 30 Cm	1 buah	
56	Kaca Pembesar	2 buah	
57	Lampu Senter	1 buah	
58	Meja Instrumen, Mayo Berstandar	1 buah	
59	Meja Instrumen/ Alat	1 buah	
60	Standar Waskom, Tunggal	1 buah	
61	Standar Waskom, Ganda	1 buah	
62	Waskom Bengkok / Nierbeken	1 buah	
63	Waskom Cekung	3 buah	

17. Set Sterilisasi

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Autoklaf/ Sterilisator uap bertekanan tinggi (Autoclave)	1 buah	1 buah
2	Korentang, Lengkung, Penjepit Alat Steril, 23 Cm (Cheattle)	3 buah	3 buah

jdih.kemkes.go.id

18. Set Puskesmas Keliling

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Alat pengukur tekanan darah/ tensimeter dengan manset untuk anak	1 buah	
2	Alat pengukur tekanan darah/ tensimeter dengan manset untuk dewasa	1 buah	
3	Gunting Bedah Jaringan Standar, Lengkung	2 buah	
4	Gunting Pembalut (Lister)	2 buah	
5	Irigator Dengan Konektor Nilon, Lurus	1 buah	
6	Set Implan	1 set	
7	Klem/Pemegang Jarum Jahit, 18 cm (Mayo-Hegar)	2 buah	
8	Korentang, Lengkung, Penjepit Alat Steril, 23 cm (Cheattle)	1 buah	
9	Korentang, Penjepit Sponge (Foerster)	1 buah	
10	Mangkok untuk Larutan	1 buah	
11	Palu Pengukur Reflek	1 buah	
12	Pen Lancet	1 buah	
13	Pinset Anatomis, 14,5 cm	2 buah	
14	Pinset Anatomis, 18	2 buah	
15	Silinder Korentang Kecil	1 buah	
16	Skalpel Tangkai Pisau Operasi	1 buah	
17	Skalpel, Mata Pisau Bedah (No.10)	1 buah	
18	Sonde Uterus Sims/ Penduga	1 buah	
19	Spalk	1 buah	
20	Spekulum Vagina (Cocor Bebek) Besar	1 buah	
21	Spekulum Vagina (Cocor Bebek) Kecil	1 buah	
22	Spekulum Vagina (Cocor Bebek) Sedang	1 buah	
23	Stetoskop Dewasa	1 buah	
24	Stetoskop Anak	1 buah	
25	Stetoskop Neonatus	1 buah	
26	Sudip Lidah Logam	Sesuai kebutuhan	
27	Termometer Anak	1 buah	
28	Termometer Dewasa	1 buah	
29	Timbangan Bayi/ Timbangan Dacin	1 buah	
30	Timbangan Dewasa	1 buah	
31	Torniket Karet/ Pembendung	1 buah	
Peralatan gigi dan mulut			
32	Bein Lurus Besar	1 buah	
33	Bein Lurus Kecil	1 buah	
34	Ekskavator Berujung Dua (Besar)	1 buah	
35	Ekskavator Berujung Dua (Kecil)	1 buah	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
36	Kaca Mulut Datar No.3	5 buah	
37	Kaca Mulut Datar No.4	5 buah	
38	Mangkuk untuk larutan (Dappen glas)	1 buah	
39	Mikromotor dengan Straight dan Contra Angle Hand Piece (Low Speed Micro Motor portable)	1 buah	
40	Pengungkit Akar Gigi (Cryer Distal)	1 buah	
41	Pengungkit Akar Gigi (Cryer Mesial)	1 buah	
42	Penumpat Plastis	1 buah	
43	Pinset Gigi	1 buah	
44	Scaller, Black Kiri dan Kanan (Type Hoe)	1 buah	
45	Scaller, Standar, Bentuk Bulan Sabit (Type Sickle)	1 buah	
46	Scaller, Standar, Bentuk Cangkul Kanan (Type Chisel/ Mesial)	1 buah	
47	Scaller, Standar, Bentuk Cangkul Kiri (Type Chisel/ Distal)	1 buah	
48	Scaller Standar, Bentuk Tombak (Type Hoe)	1 buah	
49	Sonde Bengkok	1 buah	
50	Sonde lurus	1 buah	
51	Spatula Pengaduk Semen Gigi	1 buah	
52	Tang Pencabut Akar Gigi Atas Bentuk Bayonet	1 buah	
53	Tang Pencabut Akar Gigi Depan Atas	1 buah	
54	Tang Pencabut Akar Gigi Seri dan Sisa Akar Bawah	1 buah	
55	Tang Pencabut Akar Gigi Terakhir Atas	1 buah	
56	Tang Pencabut Akar Gigi Terakhir Bawah	1 buah	
57	Tang Pencabut Gigi Geraham Atas Kanan	1 buah	
58	Tang Pencabut Gigi Geraham Atas Kiri	1 buah	
59	Tang Pencabut Gigi Geraham Besar Bawah	1 buah	
60	Tang Pencabut Gigi Geraham Kecil Atas	1 buah	
61	Tang Pencabut Gigi Geraham Kecil Kecil dan Taring Bawah	1 buah	
62	Tangkai untuk Kaca Mulut	10 buah	
63	Baki Logam Tempat Alat Steril Bertutup	2 buah	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
64	Generator Set mini dengan daya Output Maks. 0.85 KVA/ 850 Watt, Voltase AC 220 V/ 1 Phase/ DC 12V/ 8.3A, Kapasitas Tangki Bahan Bakar 4,5 L	1 unit	
65	LCD Projector dengan Pencahayaan Minimal 2000 Lumen	1 unit	
66	Metline/pengukur lingkar perut	1 buah	
67	Microphone Tanpa Kabel	1 unit	
68	Pemutar VCD/ DVD dan Karaoke yang Kompatibel dengan Berbagai Media	1 unit	
69	Pengukur Panjang Bayi dan Tinggi Badan Anak	1 buah	
70	Semprit Untuk Telinga dan Luka	1 buah	
71	Semprit, Air	1 buah	
72	Semprit, Gliserin	1 buah	
73	Stereo Sound System	1 unit	
74	Tandu Lipat	1 buah	
75	Waskom Bengkok	1 buah	
76	Waskom Cekung	1 buah	

19. Set Keperawatan Kesehatan Masyarakat

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Alat Test Darah Portable/rapid diagnostic test (Hb, Gula darah, Asam Urat, Kolesterol)	1 unit	
2	Gunting Angkat Jahitan	1 buah	
3	Gunting Jaringan	1 buah	
4	Gunting Verband	1 buah	
5	Klem Arteri	1 buah	
6	Nierbeken	1 buah	
7	Palu Reflex	1 buah	
8	Pen lancet	1 buah	
9	Pinset Anatomis	1 buah	
10	Pinset Cirurgis	1 buah	
11	Alat pengukur tekanan darah/tensimeter dengan menset untuk anak	1 buah	
12	Alat pengukur tekanan darah/tensimeter dengan menset untuk dewasa	1 buah	
13	Stetoskop Anak	1 buah	
14	Stetoskop Dewasa	1 buah	
15	Termometer	1 buah	
16	Timbangan Badan Dewasa	1 buah	
17	Bak Instrumen dilengkapi Tutup	1 buah	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
18	Mangkok Iodine	1 buah	
19	Mangkok Kapas Steril	1 buah	
20	Mangkok dilengkapi tutup	1 buah	
21	Penlight	1 buah	

Keterangan:
Jumlah minimal Kit Keperawatan Kesehatan Masyarakat adalah 2 (dua) Kit untuk setiap Puskesmas.

20. Kit Imunisasi

No.	Set Alat Kesehatan	Jumlah Minimum Peralatan	
		Puskesmas Non Rawat Inap	Puskesmas Rawat Inap
1	Vaksin Carrier	1 unit	1 unit
2	Cool Pack	1 buah	1 buah

Keterangan:
Jumlah minimal Kit Imunisasi adalah 2 (dua) Kit untuk setiap Puskesmas.

21. Kit UKS

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Alat pengukur tekanan darah/ tensimeter dengan manset anak dan dewasa	1 set	
2	Buku ISHIHARA (Tes buta warna)	1 buah	
3	Garpu Tala 512 HZ	1 atau 2 buah	
4	Hartman Ear Specula (Corong Telinga)	1 set	
5	Kaca mulut	2 buah	
6	Otoskop	1 set	
7	Pinhole	1 buah	
8	Snellen, alat untuk pemeriksaan visus	1 buah	
9	Sonde lengkung dental	2 buah	
10	Speculum hidung (Lempert)	1 buah	
11	Stetoskop	1 buah	
12	Sudip lidah, logam panjang 12 cm	2 buah	
13	Termometer	2 buah	
14	Timbangan dewasa	1 buah	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
15	Baki Logam Tempat Alat Steril Bertutup	1 buah	
16	Kuesioner penjaringan kesehatan dan pemeriksaan berkala	Sesuai kebutuhan	
17	Nierbeken/Bengkok (Waskom Bengkok)	1 buah	
18	Pen Light/Senter	1 buah	
19	Tas Kanvas tempat kit	1 buah	
20	Toples Kapas Logam dengan Pegas dan Tutup (50 x 75 mm)	1 buah	
21	Toples Kapas/Kasa Steril	1 buah	
22	Toples Pembuangan Kapas (50 x 75 mm)	1 buah	
23	Waskom Cekung	1 buah	

22. Kit UKGS

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Atraumatic Restorative Treatmen (ART)		
	a. Enamel Access Cutter	1 buah	
	b. Eksavator Berbentuk Sendok Ukuran Kecil (Spoon Excavator Small)	1 buah	
	c. Eksavator Berbentuk Sendok Ukuran Sedang (Spoon Excavator Medium)	1 buah	
	d. Eksavator Berbentuk Sendok Ukuran Besar (Spoon Excavator Large)	1 buah	
	e. Double Ended Applier and Carver	1 buah	
	f. Hatchet	1 buah	
	g. Spatula Plastik	1 buah	
	h. Batu Asah	1 buah	
2	Ekskavator Berujung Dua (Besar)	5 buah	
3	Ekskavator Berujung Dua (Kecil)	5 buah	
4	Kaca mulut nomor 4 tanpa tangkai	5 buah	
5	Penumpat Plastis	2 buah	
6	Pinset Gigi	5 buah	
7	Skeler Standar, Bentuk Tombak (Type Hoe)	1 buah	
8	Skeler, Black Kiri dan Kanan (Type Hoe)	1 buah	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
9	Skeler, Standar, Bentuk Bulan Sabit (Type Sickle)	1 buah	
10	Skeler, Standar, Bentuk Cangkul Kanan (Type Chisel/Mesial)	1 buah	
11	Skeler, Standar, Bentuk Cangkul Kiri (Type Chisel/Distal)	1 buah	
12	Sonde Lengkung	5 buah	
13	Sonde Lurus	5 buah	
14	Spatula Pengaduk Semen	2 buah	
15	Tang Pencabutan Anak (1 Set)		
	a. Tang gigi anterior rahang atas	1 buah	
	b. Tang molar rahang atas	1 buah	
	c. Tang molar susu rahang atas	1 buah	
	d. Tang sisa akar rahang atas	1 buah	
	e. Tang gigi anterior rahang bawah	1 buah	
	f. Tang molar rahang bawah	1 buah	
	g. Tang sisa akar rahang bawah	1 buah	
16	Tangkai untuk Kaca Mulut	5 buah	
17	Kursi Gigi Lapangan	1 buah	

Keterangan:
Jumlah minimal Kit UKGS adalah 2 (dua) Kit untuk setiap Puskesmas.

23. Kit Kesehatan Lingkungan

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Alat ukur pemeriksaan kualitas air aspek fisik, biologi (E. coli/ Coliform), dan kimia Keterangan: metode Rapid Test	1 set	
2	Botol sampel air bermulut lebar	3 buah	
3	Botol sampel air berpemberat	4 buah	
4	Alat ukur pemeriksaan kualitas udara aspek fisik (debu, kelembaban udara, kebisingan, pencahayaan, laju ventilasi udara), biologi (jumlah kuman) dan kimia Keterangan: metode Rapid Test	1 set	
5	Alat ukur pemeriksaan kualitas makanan aspek fisik, biologi dan kimia Keterangan: metode Rapid Test	1 set	
6	Termometer pangan	1 buah	
7	Termometer alat pendingin	1 buah	
8	Fly sweep net (fly griil)	1 buah	
9	Parsipatori kit	1 buah	
10	Pipet tetes	2 buah	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
11	Pisau pemotong steril	1 buah	
12	Penangkap nyamuk dan larva	1 set	
13	Alat pemberantas nyamuk	1 set	
14	Alat pemberantas lalat	1 set	
15	Sendok tahan karat	2 buah	
16	Box pendingin/cool box (tempat penyimpanan bahan sampel ke lapangan)	2 buah	
17	Selang plastik diameter 0,25 inch	1 buah	
18	Mortar	2 buah	
19	Timbangan makanan	1 buah	
20	Jerigen (wadah, sampel)	1 buah	
21	Tas tahan air utk tempat kit	1 buah	

Catatan untuk seluruh peralatan:

a. Daerah tertentu yang belum tersedia aliran listrik 24 jam, dapat menyesuaikan dengan alat lain yang memiliki fungsi yang sama.

b. Penamaan set atau kit tidak terikat dengan program tertentu, sehingga dapat dipergunakan untuk menunjang program lain yang menggunakan peralatan yang fungsinya sama.

CATATAN:

1. Total Skor= (jumlah skor x 2)
2. Interpretasi per indikator
   - Baik : >65
   - Cukup : 36 - 65
   - Kurang : ≤35
3. Total Skor untuk Alat Kesehatan= (total skor indikator 1 sesudah x 50%)+(total skor indikator 2 sesudah x 50%)
4. Interpretasi Akhir Indikator Alat Kesehatan Puskesmas Memasuki Masa Pemulihan
   - Tinggi/ Baik : >65
   - Sedang/ Cukup : 36 - 65
   - Rendah/ Kurang : ≤35

jdih.kemkes.go.id

RUMAH SAKIT

1. Pelayanan Gawat Darurat

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
Ruang Alat Medis IGD			
1	Oxygen tank with flowmeter	+/-	Bagi RS yang belum menggunakan sentral gas medik
2	Infusion pump	+	
3	Syringe pump	+	
4	Nebulizer	+	
5	Layngoscope set	+	
6	Suction pump/Aspirator/Vacuum	+	
7	Lampu kepala/head lamp	+	
8	Minor surgery set	+	
9	Instrument trolley	+	
10	Oxygen concentrator portable	+/-	Bagi RS yang belum menggunakan sentral gas medik
11	Immobilization set	+	
12	Vena seksi set	+	
13	Otoscope	+	
14	ECG/EKG/Electrocardiograph	+	
15	USG	+	
16	USWD	+	
17	Vein viewer	+	
Ruang Resusitasi			
18	Defibrillator	+	
19	Emergency trolley (Resucitation crash cart)	+	
20	X-Ray film viewer	+	
21	Lampu periksa/Examination lamp/Light/Hanging lamp	+	
22	Oximetry/Portable pulse oximetry	+	
23	Resusitator anak/Pediatric resusitator	+	
24	Resusitator dewasa	+	
25	Emergency nasopharyngeal airway set	+	
26	Emergency oral airway set (Guedel)	+	
27	Tempat tidur pasien	+	
28	Ventilator transport	+	
29	Patient monitor	+	
30	Instrument set, vena section	+	
31	Intubation kit, dewasa	+	
32	Intubation kit, bayi	+	
Ruang Tindakan Umum/Kebidanan/Bedah dan Non Bedah/Anak			

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
33	Examination lamp	+	
34	Lampu kepala/head lamp	+	
35	Examination table	+	
36	Sistostomi set	+	
37	Tromol	+	
38	Korentang	+	
39	Nierbeken	+	
40	Gynecological bed/Obstetric table	+	
41	Delivery instrument set	+	
42	Baby incubator	+	
43	Infant warmer	+	
44	Timbangan bayi	+	
45	Forcep set	+	
46	Vacuum set	+	
47	Cardiotocography (CTG)	+	
48	Doppler	+	
49	Resusitator bayi	+	
50	Baby suction pump	+	
51	Examination lamp	+	
52	Tempat tidur pasien anak	+	
53	Timbangan anak	+	
Ruang Observasi			
54	Tempat tidur pasien	+	
55	Patient monitor	+	
56	Emergency trolley (Resucitation crash cart)	+	
Ruangan Khusus/Isolasi			
57	Tempat tidur pasien	+	
58	Patient monitor	+	
59	Emergency trolley (Resucitation crash cart)	+	
Ruangan Gaduh Gelisah (RS Khusus Jiwa)			
60	Psychiatric bed	+	
61	Alat fiksasi	+	
Ruangan Pelayanan KDRT			
62	Tempat tidur pasien	+	

2. Pelayanan Penyakit Dalam

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Film viewer	+	IT atau digital
2	Meja periksa/Tempat tidur periksa/Examination table	+	
3	Instrument trolley	+	
4	POCT glucometer	+	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
5	Lever - 489 -iopsy set	+/-	Untuk tindakan
6	Set aspirasi sumsum tulang belakang	+/-	Untuk tindakan
7	Renal - 489 -iopsy set/jarum eksplorasi/jarum - 489 -iopsy USG/Tru Cut Needle	+/-	Untuk tindakan
8	Trokar	+/-	Untuk tindakan

3. Kesehatan Pelayanan Kesehatan Anak

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Film viewer	+	
2	Cool box immunization	+	
3	Lampu periksa	+	
4	Nebulizer	+	
5	Meja periksa/Tempat tidur periksa/Examination table	+	
6	Tongue spatel (stainless steel)	+	
7	Instrument trolley	+	

4. Kesehatan Obstetri & Ginekologi

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Film viewer	+	
2	Stetoskop	+	
3	Tensimeter/Sphygmomanometer	+	
4	Timbangan dewasa	+	
5	Doppler	+	
6	Forcep biopsy	+	
7	Gynecological examination set/Obstetric gynecologic general manual instrument	+	
8	Implant kit	+	
9	IUD kit	+	
10	Lampu periksa/examination lamp	+	
11	Meja periksa kebidanan/Gynecology table	+	
12	Minor surgery set	+	
13	Office hysteroscopy	+	
14	Pap smear kit	+	
15	Sonde uterus	+	
16	Tampon tang	+	
17	USG	+	
18	Suction pump	+	
19	Cardiotocography (CTG)	+	
20	Colposcopy	+/-	

jdih.kemkes.go.id

5. Kesehatan Pelayanan Anastesi dan Perawatan Intensif (ICU, ICCU, PICU)

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
ICU Umum			
1	Oxygen tank with flowmeter	+/-	Direkomendasikan menggunakan sistem sentral gas medik dan vakum medik lengkap dengan back up/emergency supply
2	Central monitor	+	
3	Patient monitor	+	
4	Emergency trolley (Resucitation crash cart)	+	
5	Defibrillator	+	
6	ECG/EKG/Electrocardiograph	+	
7	Film viewer	+	
8	ICU bed/Tempat tidur ICU	+	
9	Infusion pump	+	
10	Syringe pump	+	
11	Infusion warmer/Blood and plasma warming device/Alat memanaskan darah dan plasma	+	
12	Matras decubitus	+	
13	Oximeter/Pulse oximetry/Oksigen saturasi	+	
14	Resuscitation set	+	
15	Stetoskop	+	
16	Tensimeter/Sphygmomanometer	+	
17	Lampuperiksa/Examination lamp light/Hanging lamp	+	
18	Nebulizer	+	
19	Ventilator	+	
20	High Flow Nasal Cannula (HNFC)	+/-	
21	Cardiac massage unit/CPR machine	+/-	
22	CRRT (Continuous Renal Replacement Therapy)	+/-	
23	Mobile X-Ray	+/-	
24	Blanket warmer	+/-	
25	Suction pump	+/-	Jika tidak tersedia vakum medik sentral
ICVCU (Intensive Cardio Vascular Care Unit)			
26	Echo cardiography/Ultrasonic pulsed echo imaging system	+	
27	Generator pace maker	+	
28	C-Arm	+	
29	Pericard sintesis set	+	
30	Non invasive hemodynamic monitoring	+	
31	Intra-aortic Ballon Pump (IABP)	+/-	
32	Mesin ACT (Activated Clotting Time)	+/-	
33	Continuous Veno-Venou Hemofiltration (CVVH)	+/-	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
34	Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)	+/-	
35	Mesin cooling	+/-	
Intensif Pediatrik (PICU)			
36	Continous Positive Airway Pressure (CPAP)	+	
37	Emergency trolley (Resucitation crash cart)	+	
38	Stetoskop	+	
39	Resusitasi anak	+	
40	High Flow Nasal Cannula (HNFC)	+/-	
Respiratory Intensive Care Unit (RICU)			
41	Oxygen tank with flowmeter	+/-	Direkomendasikan menggunakan sistem sentral gas medik dan vakum medik lengkap dengan back up/emergency supply
42	Central monitor	+	
43	Patient monitor	+	
44	Emergency trolley (Resucitation crash cart)	+	
45	Defibrillator	+	
46	ECG/EKG/Electrocardiograph	+	
47	Film viewer	+	
48	ICU bed/Tempat tidur ICU	+	
49	Infusion pump	+	
50	Syringe pump	+	
51	Infusion warmer/Blood and plasma warming device/Alat memanaskan darah dan plasma	+	
52	Matras decubitus	+	
53	Oximeter/Pulse oximetry/Oksigen saturasi	+	
54	Resuscitation set	+	
55	Stetoskop	+	
56	Tensimeter/Sphygmomanometer	+	
57	Lampuperiksa/Examination lamp light/Hanging lamp	+	
58	Nebulizer	+	
59	Ventilator	+	
60	Echo cardiography/Ultrasonic pulsed echo imaging system	+	
61	Generator pace maker	+	
62	C-Arm	+	
63	Pericard sintesis set	+	
64	Non invasive hemodynamic monitoring	+	
65	Continous Positive Airway Pressure (CPAP)	+	
66	Emergency trolley (Resucitation crash cart)	+	
67	Stetoskop	+	
68	Resusitasi anak	+	
69	Continuous suction	+	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
70	High Flow Nasal Cannula (HNFC)	+	
71	Cardiac massage unit/CPR machine	+/-	
72	CRRT (Continuous Renal Replacement Therapy)	+/-	
73	Mobile X-Ray	+/-	
74	Blanket warmer	+/-	
75	Suction pump	+/-	Jika tidak tersedia vakum medik sentral
76	Intra-aortic Ballon Pump (IABP)	+/-	
77	Mesin ACT (Activated Clotting Time)	+/-	
78	Continuous Veno-Venou Hemofiltration (CVVH)	+/-	
79	Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)	+/-	
80	Mesin cooling	+/-	
81	Percutaneous capnograph	+/-	
Neonatal Intensive Care Unit (NICU)			
82	Continous Positive Airway Pressure (CPAP)	+	
83	Infant/Baby warmer	+	
84	Inkubator bayi/Baby incubator	+	
85	Stetoskop	+	
86	Phototherapy unit/Neonatal phototherapy unit/Blue light therapy/Spot light therapy	+	
87	Resusitator bayi/Infant resusitator	+	
88	Pasien monitor	+	
89	ECG/EKG	+	
90	Infant ventilator	+	
91	Nebulizer	+	
92	Suction pump baby	+/-	Apabila tidak tersedia suction/ vakum medik sentral
High Care (anak/dewasa)			
93	Oxygen tank with flowmeter	+/-	Direkomendasikan menggunakan sistem sentral gas medik dan vakum medik lengkap dengan back up/emergency supply
94	Oxygen concentrator	+/-	
95	Patient monitor	+	
96	Emergency trolley (Resucitation crash cart)	+	
97	Defibrillator	+	
98	ECG/EKG/Electrocardiograph	+	
99	Film viewer	+	
100	Bed patient 3 crank	+	
101	Infusion pump	+	
102	Syringe pump	+	
103	Infusion warmer/Blood and plasma warming device	+	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
104	Matras decubitus	+	
105	Oximeter/Pulse oximetry/Oksigen saturasi	+	
106	Intubation set	+	
107	Resuscitation set	+	
108	Stetoskop	+	
109	Suction pump	+/-	Apabila tidak tersedia suction/ vakum sentral
110	Tensimeter/Sphygmomanometer	+	
111	Lampuperiksa/Examination lamp light/Hanging lamp	+	
112	Continous Positive Airway Pressure (CPAP)	+	
113	Nebulizer	+	
114	Central monitor	+/-	
115	High Flow Nasal Cannula (HNFC)	+/-	
Perinatologi			
116	Infant/Baby warmer	+	
117	Inkubator bayi/Baby incubator	+	
118	Stetoskop	+	
119	Phototherapy unit/Neonatal phototherapy unit/Blue light therapy/Spot light therapy	+	
120	Resusitator bayi/Infant resusitator	+	
121	Pasien monitor	+	
122	ECG/EKG	+	
123	Infant ventilator	+	
124	Nebulizer	+	
125	Fetal monitor	+	
126	Meja periksa bayi/Baby examination table	+	
127	Oximeter/Pulse oximetry/Oksigen saturasi	+	
128	Phototherapy/Blue light	+	
129	Timbangan bayi/Infant baby weighting scale	+	
130	Suction pump baby	+/-	Apabila tidak tersedia suction/ vakum medik sentral
131	Continous Positive Airway Pressure (CPAP)	+/-	

6. Kesehatan Pelayanan Mikrobiologi

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Autoclave top table	+	
2	Bunsen	+	
3	Mikropipet	+	
4	Mikroskop	+	
5	Rotator	+	
6	Loop ose	+	
7	Biosafety cabinet level 2A	+/-	

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
8	Biosafety cabinet level 2B	+/-	
9	Centrifuge	+/-	
10	Incubator CO2	+/-	
11	Incubator, suhu sampai 80-90^{0}C	+/-	
12	Incubator, suhu 35-37^{0}C (egative mikrobiologi)	+/-	
13	Incubator kultur darah otomatik dengan optic sensing	+/-	
14	Instrument sterilisasi cairan menggunakan filter	+/-	
15	Jar anaerob	+/-	
16	Medical refrigerator	+/-	
17	Medical refrigerator deep freeze, suhu sd -80^{0}C	+/-	
18	Mesin diagnostic M. tuberculosis otomatik	+/-	
19	Mesin diagnostic otomatis mikrobiologi	+/-	
20	Mesin PCR	+/-	
21	Mesin pembaca produk PCR	+/-	
22	Mikroskop fluoresen	+/-	
23	Mikroskop lapang gelap	+/-	
24	Perangkat elektroforesis/Electrophoresis apparatus for clinical use	+/-	
25	pH meter	+/-	
26	Refrigerated centrifuge	+/-	
27	Refrigerated micro centrifuge	+/-	
28	Shaking incubator	+/-	
29	Shaking water bath	+/-	
30	Timbangan analitik/Analitical balance	+/-	
31	Vortex	+/-	
32	Thermometer refrigerator	+/-	
33	Petridish	+/-	
34	Microplate U/V	+/-	
35	Inspiratory	+/-	
36	Freezer -20^{0}C	+/-	
37	Antibiotic disc dispenser	+/-	
38	Water purifier/Destilator	+/-	
39	Mikroskop electron	+/-	
40	QIAstat	+/-	
41	MALDI-TOF	+/-	
Peralatan Imunologi			
42	Centrifuge	+	
43	EIA/ELISA/Peralatan Elisa Enzym Immunoassay	+/-	
44	ELISA reader	+/-	
45	Mikroelisa	+/-	
46	Rapid test/POCT	+/-	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
47	Fluorometer for clinical use/Fluorometer	+/-	
48	Imunologi analyzer	+/-	
49	Isoelectric focusing system/Imunofiksasi	+/-	
50	Nefelometer	+/-	

7. Kesehatan Pelayanan Patologi Anatomi

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Alat pengukur (penggaris besi)	+/-	
2	Alat pengukur berat (timbangan) < 1 kg	+/-	
3	Alat pengukur berat (timbangan)> 1 kg	+/-	
4	*Alkohol meter*	+/-	
5	*Apparatus Electroforesis*	+/-	
6	*Autoclave/ sterilisator listrik*	+/-	
7	*Autoclave table-top*	+/-	
8	*Automatic Staining Machine*	+/-	
9	*Automatic Tissue Processing*	+/-	
10	*Autopsi set*	+/-	
11	*Biosafety cabinet*	+/-	
12	*Cryostat*	+/-	
13	*Cyto Centrifuge 1500 rpm*	+/-	
14	*Cyto Spin*	+/-	
15	*Embedding Center*	+/-	
16	*Five headed microscope + camera + PC*	+/-	
17	*Fully motorize rotary microtome + Waterbath*	+/-	
18	Fume hood (lemari asam)	+/-	
19	*Gergaji listrik*	+/-	
20	*Gunting (lurus, bengkok, kecil)*	+/-	
21	*Hotplate*	+/-	
22	*Inkubator/ Microbiological incubator*	+/-	
23	*Laminary air flow*	+/-	
24	*Lemari penyimpanan bahan-bahan FNAB*	+/-	
25	*Liquid Base Cytology Automatic/ machine*	+/-	
26	*Liquid Base Cytology Manual*	+/-	
27	*Loop/ kaca pembesar*	+/-	
28	*Manual Microtome+Waterbath*	+/-	
29	*Manual Staining Jar*	+/-	
30	*Manual Tissue Processing*	+/-	
31	*Medical refrigerator -20 C*	+/-	
32	*Medical refrigerator 2-8°C*	+/-	
33	*Medical refrigerator 4°*	+/-	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
34	*Medical refrigerator -80°C*	+/-	
35	Mesin standar automatic pulasan immunohistokimia	+/-	
36	*Micro balance*	+/-	
37	*Microscope Binocular*	+/-	
38	*Microscope double head*	+/-	
39	Mikro pipet	+/-	
40	Mikrosentrifus	+/-	
41	Mikroskop	+/-	
42	Mikroskop fluoresens	+/-	
43	Mikroskop imunofluoresensi lengkap dengan kamera dan negative + PC	+/-	
44	*Ph meter*	+/-	
45	*Pinset, scalpel*	+/-	
46	Pipet set (dari kecil sd besar) masing-masing	+/-	
47	Pisau potong (1 set)	+/-	
48	*Piston Gun*	+/-	
49	*Centrifuge*	+/-	
50	*Spekulum (cocor bebek)*	+/-	
51	*Stereomicroscope*	+/-	
52	Sterilisator kering/ Oven	+/-	
53	Talenan (alas memotong jaringan)	+/-	
54	*Timbangan analitik*	+/-	
55	*Virtual microscope*	+/-	
56	*Vortex mixer*	+/-	
57	*Waterbath*	+/-	
58	*Work station table/ Grossing station*	+/-	
59	Rak *Slide*	+/-	

8. Kesehatan Pelayanan Patologi Klinik

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
Kimia Klinik			
1	Blood gas analyzer/analisa gas darah	+	
2	Elektrolite analyzer	+	
3	Automated chemical analyzer fotometer/spektrofoto meter	+	
4	POCT glucosemeter	+	
5	Electrophoresis apparatus for clinical use/Elektroforesis	+/-	
Hematologi			
6	Automated hemoglobin system/hematology analizer	+	
7	Coagulation instrument/peralatan koagulasi	+	
8	Mikroskop	+	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
9	Differential cell counter	+	
10	Peralatan LED	+	
11	Kamar hitung lengkap/Haemositometer set	+	
12	Kapiler hematocrit	+	
13	Medical refrigerator	+	
14	Electric tube sealer	+	
15	Agregometer	+/-	
16	Analisa Hb/Elektroforesis Hb	+/-	
17	Centrifuge	+/-	
18	Flow cytometri	+/-	
19	Fotometer/spektrofotometer	+/-	
20	Roller mixer	+/-	
21	TEG	+/-	
22	Tissue typing	+/-	
Urine/Feses			
23	Automated urinalysis system/urin analyzer	+	
24	Mikroskop	+	

9. Kesehatan Pelayanan Radiologi

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
X-Ray		+	
1	Printer processing film/paper	+	
2	X-Ray general purpose	+	
3	Computer Radiography (CR) atai Digital Radiography (DR)	+/-	
USG		+	
4	USG 2 dimensi	+	Dapat dilengkapi probe transrectal dan transcranial, sesuai kebutuhan
5	USG 3 dimensi/4 dimensi	+/-	
Mobile X-Ray		+	
6	Radiografi mobile (mobile X-Ray)	+	Digunakan untuk perawatan intensif/High Care/Gawat darurat
7	Tabir mobile Pb	+	
Fluoroskopi		+/-	
8	Image intensified fluoroscopic x-ray system	+	

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
9	Suction pump portable/aspirator/vacuum	+	
10	Lampu periksa/Examination lamp/Light/Hanging lamp	+	
11	Trolley instrument	+	
Mammografi		+/-	
12	Mammografi	+/-	
CT Scan		+/-	
13	CT Scan	+	
MRI		+/-	
14	Magnetic Resonance Imaging (MRI)	+	
15	Alat metal detector	+	

10. Kesehatan Pelayanan Rehabilitasi Medik

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Caliper	+	
2	Examination table	+	
3	Goniometer	+	
4	Indinometer/ scoliometer	+	
5	Pendulum angulasi	+	
6	Photo viewer	+	
7	Pinch meter	+	
8	Postural Grid	+	
9	Pulse Oxymetri	+	
10	Reflex Hammer	+	
11	Semmes- Weinstein Monoflamen	+	
12	Stetoskop	+	
13	Tensimeter	+	
14	Handgrip Strength Dynamometer	+/-	
15	Handheld Dynamometer	+/-	
16	Laser Line	+/-	

11. Kesehatan Pemulasaran Jenazah

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Autopsy table	+	
2	Dissection table	+	
3	Autopsy instrument	+	
4	Head microscope	+	
5	Examination lamp (lampu putih, ambience daylight 5500K)	+	
6	Organs dan body scale	+	
7	Preparation table	+	
8	Forensic light source (UV, visible, and IR) and google filter	+	
9	Emalming pump	+	
10	Magnification lamp	+/-	

jdih.kemkes.go.id

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
11	Pathology gross station	+/-	

12. Kesehatan Instalasi/ Konsultasi Gizi

No.	Alat Kesehatan		Keterangan
	Nama	Persyaratan Minimal	
1	Timbangan berat badan	+	
2	Microtoise	+	
3	Pita shakir (Pita LLA)	+	
4	Waist circumference tape	+	
5	Calipers	+	
6	Knee height caliper	+	
7	Body Impedance Analysis (BIA)	+	
8	Food model	+	
9	Leaflet diet	+	
10	Gandgrip dynamometer	+	

CATATAN:

1. Total Skor= (jumlah skor x 8.3)
2. Interpretasi per indikator
   - Baik : >65
   - Cukup : 36 - 65
   - Kurang : ≤35
3. Total Skor untuk Alat Kesehatan di RS= (total skor indikator 1 sesudah x 50%)+(total skor indikator 2 sesudah x 50%)
4. Interpretasi Akhir Indikator Alat Kesehatan di RS Memasuki Masa Pemulihan

- Tinggi/ Baik : >65
- Sedang/ Cukup : 36 - 65
- Rendah/ Kurang : ≤35

Daftar Pustaka:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2018 tentang Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit.

jdih.kemkes.go.id

KUISIONER INDIKATOR PERSIAPAN MEMASUKI MASA PEMULIHAN BENCANA

1. KENDARAAN

□ **Dinas Kesehatan :**	□ **Rumah Sakit :**	□ **Puskesmas :**
Provinsi / Kabupaten / Kota	**Tipe A / Tipe B / Tipe C**	**Rawat Inap / Non Rawat Inap**

Provinsi :

Kabupaten/kota :

Tanggal kegiatan:

No. Responden :

Nama :

Jabatan :

No. telpon/HP :

Petunjuk Pengisian :

a. Centang salah satu fasyankes yang di observasi, dan lingkari pilihan jenis fasyankesnya.
b. Isilah keterangan di atas (provinsi – no. telp/hp).
c. Membaca petunjuk pengisian.
d. Kemudian mengisi hasil penilaian sebagai berikut:
   Kendaraan operasional fasyankes adalah kendaraan yang digunakan Puskesmas/Rumah Sakit dalam melaksanakan fungsinya.

Untuk menilai hal tersebut, berikut indikator atau kriterianya

- Jika kendaraan ada dan berfungsi dan/atau dapat digunakan, maka nilai 2
- Jika kendaraan ada namun tidak dapat digunakan, maka nilai 1
- Jika tidak ada, maka nilai 0

a. Tuliskan di kolom keterangan jika ada kendaraan yang dibutuhkan namun belum dapat dipenuhi dan tambahkan keterangan lain jika dirasa perlu dan dibutuhkan.
b. Menghitung total skor kebawah.
c. Memberikan catatan dan rekomendasi.

jdih.kemkes.go.id

Tabel Isian Kendaraan :

No.	Kendaraan Operasional Fasyankes	Skor Ada dan berfungsi semuanya : 2 Ada tapi tidak berfungsi sebagian : 1 Ada dan tidak berfungsi semuanya : 0		Keterangan
		Sebelum	Sesudah	
1.	**Kendaraan Puskesmas Keliling*** hanya untuk puskesmas Jumlah:			
2.	**Kendaraan Ambulans** Jumlah:			
3.	**Sepeda Motor** Jumlah:			
4.	**Spead Boat*** isi dan nilai hanya jika ada Jumlah:			
5.	**Perahu*** isi dan nilai hanya jika ada Jumlah:			
6.	**Sepeda*** isi dan nilai hanya jika ada Jumlah:			
7.	**Yang lainnya, sebutkan! *** isi dan nilai hanya jika ada Jumlah :			
Total Skor (Total skor x 100/(nx2)) n= Jenis kendaraan yang dimiliki oleh Puskesmas/Rumah Sakit Misalnya, - Jika di Puskesmas/Rumah Sakit itu hanya memiliki ambulans dan sepeda motor, maka n=2				

jdih.kemkes.go.id

No.	Kendaraan Operasional Fasyankes	Skor Ada dan berfungsi semuanya : 2 Ada tapi tidak berfungsi sebagian : 1 Ada dan tidak berfungsi semuanya : 0		Keterangan
		Sebelum	Sesudah	
-	Jika Puskesmas/Rumah Sakit hanya memiliki ambulans, maka n=1			
	Interpretasi Kendaraan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Memasuki Masa Pemulihan Tinggi/ Baik : >65 Sedang/ Cukup : 36 - 65 Rendah/ Kurang : ≤35			

jdih.kemkes.go.id

Indeks Kendaraan Memasuki Masa Pemulihan	Klasifikasi	Rekomendasi Umum
>65	Tinggi/ Baik	Kondisi alat kendaraan/ transportasi yang dimiliki fasilitas pelayanan kesehatan dalam jumlah yang mencukupi dan berfungsi dengan baik. Sehingga pelayanan kesehatan tidak terganggu. Namun, tetap perlu dilakukan pengecekan kualitas kendaraan.
36-65	Sedang/ Cukup	Kondisi alat kendaraan/ transportasi yang dimiliki fasilitas pelayanan kesehatan dalam jumlah yang mencukupi tetapi ada beberapa yang tidak berfungsi baik. Sehingga pelayanan kesehatan bisa saja terganggu jika tidak diperhatikan jumlah dan kualitas kendaraannya.
≤35	Rendah/ Kurang	Kondisi alat kendaraan/ transportasi yang dimiliki fasilitas pelayanan kesehatan dalam kondisi kurang dan fungsinya yang tidak baik. Sehingga membutuhkan perhatian serius (pengadaan kembali) agar fungsi pelayanan kesehatan yang menggunakan kendaraan ini tidak terganggu.

Catatan:*isi dengan catatan penting

Rekomendasi Kebutuhan:*setelah mendapatkan total skor maka berikan rekomendasi perbaikan

UPAYA/KEGIATAN	ESTIMASI NILAI KEBUTUHAN/KEBUTUHAN BIAYA (Rp)

Sumber Pustaka:

- Post disaster need assessment guideline volume B social sector – health 2014.
- Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action 2007

KUISIONER INDIKATOR PERSIAPAN MEMASUKI MASA PEMULIHAN BENCANA

Perhitungan Akhir Kapasitas per Fasyankes memasuki Masa Pemulihan

Untuk masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan kemudian dihitung kapasitasnya berdasarkan tiga indikator di atas yakni **bangunannya, alat kesehatannya, dan kendaraannya** menggunakan formulasi di bawah ini:

Total Skor untuk Indikator Fasilitas Pelayanan Kesehatan*nama fasyankes (30% x Skor Bangunan) +(50% x Skor Alkes)+(20% x Skor Kendaraan)	
Interpretasi Akhir untuk Kapasitas Fasyankes: *nama fasyankes Memasuki Masa Pemulihan Tinggi: > 65 Sedang: 36-65 Rendah: ≤35	

Indeks Fasyankes (Bangunan, Alkes, Kendaran) memasuki masa pemulihan	**Klasifikasi**	**Rekomendasi Umum**
>65	Tinggi	Secara umum kondisi bangunan baik dan dapat berfungsi, alat kesehatan yang dimiliki masih baik, serta kendaraan sebagai pendukung layanan kesehatan juga terpenuhi dan berfungsi baik sehingga layanan kesehatan tetap dapat berjalan. Meski demikian tetap harus dilakukan perbaikan mana yang masih perlu diperbaiki.
36-65	Sedang	Secara umum kondisi bangunan rusak sedang dan masih dapat berfungsi atau dialihkan ketempat lain di area fasyankes juga, alat kesehatan rusak ringan tetapi masih bisa digunakan untuk layanan kesehatan, begitu juga dengan fasilitas kendaraan. Namun, kondisi ini harus segera ditingkatkan agar layanan kesehatan tidak terganggu. Tetap dilakukan asesmen dan pemenuhan fasilitas yang kurang.
≤35	Rendah	Kondisi bangunan rusak sedang ke berat, beberapa bahkan tidak bisa berfungsi. Alat kesehatan juga banyak yang rusak dan membutuhkan pemenuhan segera untuk fungsi layanan kesehatan. begitu juga dengan

Indeks Fasyankes (Bangunan, Alkes, Kendaran) memasuki masa pemulihan	Klasifikasi	Rekomendasi Umum
		kendaraan. Sehingga, perlu asesmen lebih dalam, perhitungan, dan pemenuhan segera agar layanan kesehatan dapat segera berjalan dengan baik.

Catatan:*isi dengan catatan penting

Rekomendasi kebutuhan: *setelah mendapatkan total skor maka berikan rekomendasi perbaikan

UPAYA/KEGIATAN	ESTIMASI NILAI KEBUTUHAN/KEBUTUHAN BIAYA (Rp)

Sumber Pustaka:

- Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit yang Aman dalam Situasi Darurat dan Bencana, Direktorat Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI Tahun 2012.
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 04 Tahun 1980 Tentang Syarat-Syarat Pemasangan dan Pemeliharaan Alat Pemadam Api Ringan (APAR).
- Post disaster need assessment guideline volume B social sector – health 2014.
- Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action 2007.

Form 2. Sumber Daya Manusia Kesehatan

KUESIONER INDIKATOR PERSIAPAN MEMASUKI MASA PEMULIHAN BENCANA

2. SUMBER DAYA MANUSIA

O	**Dinas Kesehatan**	**O**	**Rumah Sakit**	**O**	**Puskesmas**
			Nama rumah sakit:		Nama Puskesmas:

Provinsi :

Kabupaten/kota :

Tanggal kegiatan:

No. Responden :

Nama :

Jabatan :

No. telpon/HP :

Petunjuk Pengisian:

Checklis intansi mana yang sedang disurvei dan tuliskan nama RS/ Puskesmas

1. Kuesioner SDM terdiri dari ***4 tabel yang harus diisi***.
2. Pada Jenis Instansi, mohon diberi tandang centang **(√)** untuk pilihan yang sesuai.
3. Pada **TABEL 1** diisi dengan ANGKA berupa SKOR. Pemberian nilai skor adalah:
   - Baik berikan nilai 2
   - Cukup berikan nilai 1
   - Kurang berikan nilai 0
4. Pada **TABEL 1**, setelah semua pertanyaan terisi, jumlahkan skor kebawah lalu isi kolom TOTAL SKOR baru diinterpretasi.
5. Interpretasi di **TABEL 1** dari masing-masing skor dapat ditentukan sebagai berikut:
   - Baik untuk jumlah skor > 7
   - Cukup untuk jumlah skor 5-7
   - Kurang untuk jumlah skor <5
6. Pada **TABEL 2 dan 3**, mohon diisi jumlah berupa angka pada kolom sebelum dan sesudah.
7. Pada **TABEL 3**, skoring dihitung berdasarkan persentase dengan perhitungan jumlah tenaga kesehatan yang hadir dibagi jumlah tenaga

jdih.kemkes.go.id

kesehatan yang tercatat atau ada di fasilitas kesehatan. Ketentuan skoring pada Tabel 3 sebagai berikut :

- Persentase > 80 % = 2
- Persentase 50-80 % = 1
- Persentase < 50 % = 0

8. Kolom pada **TABEL 4**, mohon diisi dengan rekomendasi sesuai dengan data yang didapat pada isian TABEL 3. Rekomendasi diisi oleh pengisi data berupa kesimpulan dari poin yang kurang atau turun atau masukan dari fasilitas kesehatan.
9. Standar minimal Tenaga Kesehatan Pusat Kesehatan Masyarakat berdasarkan Permenkes No 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
10. Standar minimal Tenaga Kesehatan Rumah Sakit sesuai dengan analisis beban kerja dari masing-masing Rumah Sakit sesuai Permenkes No. 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
11. Data kehadiran tenaga kesehatan di ambil sesuai dengan rentang waktu tanggap darurat, baik sesudah bencana maupun sebelum bencana terhitung dari tanggal terjadinya bencana.
12. Daftar singkatan:
    - SPM : Standar Pelayanan Minimal
    - SBL : Sebelum Bencana
    - SDH : Sesudah Bencana
    - KET : Keterangan

jdih.kemkes.go.id

Tabel 1. Data Isian Sumber Daya Manusia

NO	Panduan Pertanyaan	Petunjuk Pengisian	Indikator	Puskesmas		Rumah Sakit		Keterangan
				Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	
1	Berapakah jumlah tenaga kesehatan yang bekerja pada instansi saudara?	Jumlah tenaga kesehatan adalah jumlah keseluruhan dari tenaga kesehatan yang bekerja pada instansi sesuai dengan standar pelayanan minimal yang harus dimiliki oleh instansi tersebut. Persentase jumlah tenaga kesehatan adalah jumlah tenaga kesehatan yang ada dibagi dengan jumlah tenaga kesehatan yang diperlukan per masing-masing tenaga dikalikan 100% >80 % = 2 50-80 % = 1 < 50 % = 0 Tenaga kesehatan adalah tenaga kesehatan yang diperlukan sesuai standar pelayan minimal. Rincian tenaga kesehatan sesuai	**Jumlah Tenaga Kesehatan**					

jdih.kemkes.go.id

NO	Panduan Pertanyaan	Petunjuk Pengisian	Indikator	Puskesmas		Rumah Sakit		Keterangan
				Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	
		dengan SPM ada pada tabel di bawah. Pengambilan data dapat berupa wawancara ke kepala TU/pejabat yang ada/laporan kepegawaian. Khusus rumah sakit dapat dilihat pada dokumen Peta Jabatan/Analisis Beban Kinerja (ABK).						
2	Berapakah persentase kehadiran tenaga kesehatan yang ada di fasilitas kesehatan?	Kehadiran tenaga kesehatan adalah keberadaan dari tenaga kesehatan di instansi kerja saudara sesuai dengan tugas dan fungsinya. Persentase adalah jumlah tenaga kesehatan yang hadir dibagi jumlah tenaga kesehatan yang tercatat atau ada di fasilitas kesehatan. > 80 % = 2 50-80 % = 1 < 50 % = 0 Pengambilan data dapat berupa bukti kehadiran	**Kehadiran Tenaga Kesehatan**					

NO	Panduan Pertanyaan	Petunjuk Pengisian	Indikator	Puskesmas		Rumah Sakit		Keterangan
				Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	
		(presensi) staf dengan mesin atau tanda tangan.						
3	Berapakah jumlah staf kesehatan yang ikut dalam pelatihan dalam 1 tahun terakhir?	Pelatihan yang pernah dilakukan adalah jumlah dari tenaga kesehatan yang pernah ikut dalam pelatihan standar yang harus diikuti sesuai dengan kompetensi dan tupoksi masing-masing di instansi saudara selama satu tahun terakhir. Persentase adalah jumlah tenaga kesehatan yang pernah ikut pelatihan dalam 1 tahun terakhir dibagi jumlah keseluruhan tenaga kesehatan yang ada dikalikan 100%: > 80 % = 2 50-80 % = 1 < 50 % = 0 Pengambilan data dapat berupa data kepegawaian tentang jumlah tenaga kesehatan yang mengikuti pelatihan dalam 1 tahun terakhir, **surat tugas**, dll.	**Pelatihan** yang pernah dilakukan dalam 1 tahun terakhir					

jdih.kemkes.go.id

NO	Panduan Pertanyaan	Petunjuk Pengisian	Indikator	Puskesmas		Rumah Sakit		Keterangan
				Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	
4	Berapakah jumlah program dan siapa penanggung jawab pada masing-masing program tersebut?	Penanggungjawab program adalah orang yang bertanggung jawab terhadap keberlangsungan program yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan. Persentase pemegang program adalah jumlah penanggungjawab program yang ada dibagi jumlah program keseluruhan dikalikan 100% > 80 % = 2 50-80 % = 1 < 50 % = 0	**Pemegang Program**					
Total Skor Indikator SDM (total skor x 12.5)								
Interpretasi untuk Kapasitas SDM Memasuki Masa Pemulihan Tinggi/ Baik: > 65 Sedang/ Cukup: 36-65 Rendah/ kurang: ≤35								

jdih.kemkes.go.id

Tabel 2 A. Data Ketenagaan Puskesmas

Tenaga Kesehatan	Puskesmas Perkotaan			Ket*	Puskesmas Pedesaan						Ket*	Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil						Ket*
	Non Rawat Inap				Non Rawat Inap			Rawat Inap				Non Rawat Inap			Rawat Inap			
	SPM	SBL	SDH		SPM	SBL	SDH	SPM	SBL	SDH		SPM	SBL	SDH	SPM	SBL	SDH	
Dokter umum atau dokter spesialis layanan primer	1				1			2				1			2			
Dokter Gigi	1				1			1				1			1			
Perawat	5				5			8				5			8			
Bidan	4				4			7				4			7			
Tenaga Promkes dan Ilmu Perilaku	2				1			1				1			1			
Tenaga Sanitasi Lingkungan	1				1			1				1			1			
Nutrisionis	1				1			2				1			2			
Tenaga Apoteker/Teknis Kefarmasian	1				1			1				1			1			

jdih.kemkes.go.id

Tenaga Kesehatan	Puskesmas Perkotaan			Ket*	Puskesmas Pedesaan						Ket*	Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil						Ket*
	Non Rawat Inap				Non Rawat Inap			Rawat Inap				Non Rawat Inap			Rawat Inap			
	SPM	SBL	SDH		SPM	SBL	SDH	SPM	SBL	SDH		SPM	SBL	SDH	SPM	SBL	SDH	
Ahli Teknologi Laboratorium Medis	1				1			1				1			1			
Tenaga Sistem Informasi Kesehatan	1				1			1				1			1			
Tenaga Administrasi Keuangan	1				1			1				1			1			
Tenaga Ketatausahaan	1				1			1				1			1			
Pekarya	2				1			1				1			1			
JUMLAH	**22**				**20**			**28**				**20**			**28**			

***Keterangan:**
Kolom ini diisi dengan jumlah tenaga kontrak, tenaga tetap PNS, tenaga tetap Non PNS, tenaga lainnya sesuai yang ada di masing-masing puskesmas

jdih.kemkes.go.id

Tabel 2 B. Data Ketenagaan Rumah Sakit

Tenaga Kesehatan	Rumah Sakit Umum Kelas A/B/C/D			Ket*
	SPM (Sesuai ABK Rumah Sakit)	SBL	SDH	
Dokter Umum				
Dokter Gigi				
Dokter Spesialis				
Tenaga Keperawatan				
Tenaga Kebidanan				
Tenaga Kesehatan Masyarakat				
Tenaga Kesehatan Lingkungan				
Ahli Teknologi Laboratorium Medik (Analis/Biologi)				
Tenaga Gizi				
Tenaga Kefarmasian				
Tenaga Administrasi				
Pekarya				
Jumlah				

***Keterangan:**

Kolom ini diisi dengan jumlah tenaga kontrak, tenaga tetap PNS, tenaga tetap Non PNS, tenaga lainnya sesuai yang ada di masing-masing RS

jdih.kemkes.go.id

Tabel 3 A. Data Kehadiran Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan Puskesmas	Jumlah Jenis Tenaga Kesehatan di Puskesmas Berdasarkan Kehadiran		Skoring	Ket*	Tenaga Kesehatan Rumah Sakit	Jumlah Jenis Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Berdasarkan Kehadiran		Skoring	Ket*
	Sebelum Bencana	Sesudah Bencana				Sebelum Bencana	Sesudah Bencana		
Dokter umum atau dokter spesialis layanan primer					Dokter Umum				
Dokter Gigi					Dokter Gigi				
Perawat					Dokter Spesialis *tuliskan spesialisnya				
Bidan					Tenaga Keperawatan *tuliskan spesialisnya				
Tenaga Promkes dan Ilmu Perilaku					Tenaga Kebidanan				
Tenaga Sanitasi Lingkungan					Tenaga Kesehatan Masyarakat				

jdih.kemkes.go.id

Tenaga Kesehatan Puskesmas	Jumlah Jenis Tenaga Kesehatan di Puskesmas Berdasarkan Kehadiran		Skoring	Ket*	Tenaga Kesehatan Rumah Sakit	Jumlah Jenis Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Berdasarkan Kehadiran		Skoring	Ket*
	Sebelum Bencana	Sesudah Bencana				Sebelum Bencana	Sesudah Bencana		
Nutrisionis					Tenaga Kesehatan Lingkungan				
Tenaga Apoteker/Teknis Kefarmasian					Ahli Teknologi Laboratorium Medik (Analis/Biologi)				
Ahli Teknologi Laboratorium Medis					Tenaga Gizi				
Tenaga Sistem Informasi Kesehatan					Tenaga Kefarmasian				
Tenaga Administrasi Keuangan					Tenaga Administrasi				
Tenaga Ketatausahaan					Pekarya				
Pekarya									
JUMLAH									

***Keterangan:** Kolom ini diisi dengan alasan ketidakhadiran. Misalnya cuti, sakit, meninggal, anggota keluarga menjadi korban, tempat tinggal rusak, dll.

jdih.kemkes.go.id

Indeks Kapasitas SDM Kesehatan Memasuki Masa Pemulihan	Klasifikasi	Rekomendasi Umum
>65	Tinggi	Secara umum kondisi tenaga kesehatan baik dari sisi jenis, jumlah, pelatihan yang pernah di dapat, dan keberadaan pemegang program di fasilitas pelayanan kesehatan sudah memenuhi sehingga mampu melaksanakan pelayanan kesehatan baik sebelum dan sesudah bencana. Namun, tetap perlu perhatian bagi jenis tenaga kesehatan tertentu yang masih perlu dipenuhi.
36-65	Sedang	Secara umum kondisi tenaga kesehatan dari sisi jenis dan jumlah cukup. Ada beberapa tenaga kesehatan yang menjadi korban atau tidak bisa bertugas, termasuk pemegang program, tetapi fungsi masih berjalan. Beberapa tenaga kesehatan pernah mendapat pelatihan terkait bencana. Sehingga masih membutuhkan perhatian agar tenaga kesehatan yang masih kurang / tidak berfungsi dapat digantikan atau segera dipenuhi kebutuhannya agar pelayanan kesehatan dapat terus berjalan.
≤35	Rendah	Secara umum kondisi tenaga kesehatan dari sisi jenis dan jumlah kurang baik sebelum dan sesudah bencana. Banyak tenaga kesehatan yang menjadi korban dan tidak dapat bertugas. Hanya beberapa tenaga kesehatan saja yang pernah mendapat pelatihan terkait bencana, sehingga fungsi layanan kesehatan cukup terganggu. Untuk itu, dibutuhkan kajian lebih dalam dan rencana pemenuhan tenaga kesehatan agar pelayanan kesehatan dapat kembali berjalan dengan baik.

Catatan: *isi dengan catatan penting

jdih.kemkes.go.id

Estimasi total nilai kerugian akibat bencana terkait Sumber Daya Manusia:

Rekomendasi kebutuhan: *setelah mendapatkan total skor maka berikan rekomendasi perbaikan

Data Isian	Upaya Yang Dilakukan	Estimasi Biaya (Rp)
Jumlah Tenaga Kesehatan		
Kehadiran Tenaga Kesehatan		
Pelatihan Yang Pernah Dilakukan Dalam 1 Tahun Terakhir		
Pemegang Program		
Lain-Lain		

Sumber pustaka:

1. Permenkes No 56 Tahun 2014 tentang klasifikasi dan perijinan rumah sakit
2. Post disaster need assessment guideline volume B social sector – health 2014.
3. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action 2007.
4. Permenkes No 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
5. Permenkes No. 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.

Form 3. Program Kesehatan

KUISIONER INDIKATOR PERSIAPAN MEMASUKI MASA PEMULIHAN BENCANA

3. PROGRAM

Dinas Kesehatan :

Provinsi :

Kabupaten/kota :

Tanggal kegiatan :

No. Responden :

Nama :

Jabatan :

No. telpon/HP :

Petunjuk pengisian :

a. Isilah keterangan di atas (provinsi- no.telpon responden)
b. Membaca petunjuk pengisian
c. Membaca panduan pertanyaan dan indikator
d. Kemudian mengisi hasil penilaian sebagai berikut:

   Ada empat indikator dalam menilai program kesehatan sebagai berikut:

   1. Keberadaan pemegang program, jika
      - Ada pemegang program maka nilai 2
      - Tidak ada pemegang program (jadi korban/ alasan lainnya) tetapi ada pengganti maka nilai 1
      - Tidak ada pemegang program (jadi korban/ alasan lainnya) dan tidak ada pengganti maka nilai 0
   2. Angka/ capaian program didapat dengan membandingkan capaian program sebelum bencana dengan sesudah bencana,
      - Jika mengalami peningkatan maka nilai 2
      - Jika sama/ tidak mengalami peningkatan/ penurunan maka nilai 1
      - Jika mengalami penurunan maka nilai 0
   3. Situasi program pasca bencana didapat ,
      - Jika program terus berjalan seperti biasa maka nilai 2
      - Jika program sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan maka nilai 1
      - Jika program tidak berjalan maka nilai 0
   4. Rencana program didapat jika,
      - Memiliki rencana jelas, terukur, dan terencana dianggaran maka nilai 2
      - Memiliki rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian maka nilai 1
      - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran maka nilai 0

e. Menghitung total skor ke bawah
f. Memberikan catatan dan rekomendasi

jdih.kemkes.go.id

Table isian Program Dinas Kesehatan:

Panduan pertanyaan	**No**	**Seksi/ program**	**Kegiatan/ bentuk program**	**Indikator**		
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situas progra pascab cana (Indika 3)** - Terus berjala = 2 - Sedikit teham tetapi terus diupay an berjala = 1 - tidak berjala =0
Bagaimana program bidang pelayanan kesehatan di dinas kesehatan, sebelum dan sesudah bencana terjadi?	**1**	**Bidang Pelayanan Kesehatan**				
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 3. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ? **tuliskan di keterangan* *Berapa puskesmas dan rumah sakit yang sudah terakreditasi sebelum bencana? *Berapa yang akan mengajukan akreditasi tetapi	1.1	Primer	Akreditasi		Tidak di isi	

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator		
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situas progra pascab cana (Indika 3)** - Terus berjala = 2 - Sedikit teham tetapi terus diupay an berjala = 1 - tidak berjala =0
terhambat karena situasi bencana? Sebutkan puskesmas/ rumah sakitnya? * Apa yang akan direncanakan untuk mengatasi hambatan akreditasi fasyankes tersebut?						
1. Adakah pemegang programnya? 2.Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 3. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ? *_tuliskan di keterangan_ *Bagaimana sistem rujukan dari fasyankes primer ke rumah sakit selama ini atau	1.2	Rujukan	Rujukan (sistem rujukan, penetapan faskes rujukan, jalur evakuasi rujukan saat bencana)		Tidak di isi	

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator		
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situas progra pascab cana (Indika 3)** - Terus berjala = 2 - Sedikit teham tetapi terus diupay an berjala = 1 - tidak berjala =0
sebelum terjadi bencana? *Bagaimana situasi sistem rujukan pada situasi bencana? Jika ada kendala apa yang akan direncanakan untuk menyelesaikan permasalahan tersebut?						
Bagaimana program bidang pelayanan kesehatan masyarakat di dinas kesehatan, sebelum dan sesudah bencana terjadi?	**2**	**Bidang Kesehatan Masyarakat**				
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum	2.1	Kesehatan keluarga	Kesehatan reproduksi			
			Kesehatan ibu anak			
			Kesehatan usia pendidikan dasar			

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator		
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situas program pascab cana (Indika 3)** - Terus berjala = 2 - Sedikit teham tetapi terus diupay an berjala = 1 - tidak berjala =0
dan sesudah bencana? 3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?			Kesehatan usia produktif			
			Kesehatan usia lanjut			
			ODHA			
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana? 3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ? **tuliskan di keterangan*	2.2	Kesehatan lingkungan				
			Desa/ kawasan yang menerapkan STBM			
			Surveilans faktor risiko			
			Penyehatan lingkungan			
			Pengendalian vektor			

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator		
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situas progra pascab cana (Indika 3)** - Terus berjala = 2 - Sedikit teham tetapi terus diupay an berjala = 1 - tidak berjala =0
* Apa yang menjadi masalah/kendala pada program kesling pada masa transisi/pemulihan ? *Termasuk cek ketersediaan peralatan kesling di fasyankes sesuai dengan program yang disebutkan (misalnya program pengecekan kualitas air maka alatnya bagaimana di dinkes? Atau di puskesmas).			(nyamuk, lalat, dll)			
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana? 3. Bagaimana keberlanjutan	2.3	Gizi	Penilaian status gizi kelompok rentan			
			PMT			
			PMBA			

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator		
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situas progra pascab cana (Indika 3)** - Terus berjala = 2 - Sedikit teham tetapi terus diupay an berjala = 1 - tidak berjala =0
program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ? **tuliskan di keterangan* *apakah penilaian status gizi kelompok rentan dilakukan, bagaimana hasilnya? *Apa kendala program gizi dalam fase pemuilah/transisi?						
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana? 3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana?	2.4	Promosi kesehatan	KIE			
			Pemberdayaan masyarakat			
			PHBS			

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator		
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situas progra pascab cana (Indika 3)** - Terus berjala = 2 - Sedikit teham tetapi terus diupay an berjala = 1 - tidak berjala =0
4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?						
1. Bagaimana situasi program pengendalian dan pencegahan penyakit sebelum dan sesudah bencana? 2. Jelaskan mengenai cakupan kelengkapan, ketepatan dan respon alert SKDR? Lihat keberadaan penanggung jawab, jika di dinkes ditambahkan ada atau tidaknya tim gerak cepat (TGC) KLB, berhubungan dengan surveilans faktor risiko di bidang lain (kesehatan lingkungan)?	**3**	**Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit**				
		SKDR (kelengkapan, ketepatan, respon alert)				
		Laporan KLB <24 jam				
		Penyakit menular	- HIV/AIDS			
			- Prambusia			
			- Tuberculosis			
			- Malaria			
			- Demam Berdarah			
			- Influenza			
			- Flu Burung			
			- Kusta			

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator		
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situas program pascab cana (Indika 3)** - Terus berjala = 2 - Sedikit teham tetapi terus diupay an berjala = 1 - tidak berjala =0
3. Ada atau tidaknya pemegang program?, apa rencana untuk masa pemulihan? **tuliskan di keterangan* Apakah program imunisasi rutin terganggu? Bagaimana cakupannya?			- Filariasis			
			- Leptospirosis			
			- Polio			
			- Campak			
			- Difteri			
			- Pertusis			
			- Hepatitis B			
			- Tetanus			
			- Hipertensi			
		Penyakit tidak menular	- Diabetes Melitus			
			- Kanker			
			- Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK)			
			- Perokok			
			- Kesehatan jiwa			
			-			
		Penyakit endemis				

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator		
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situas progra pascab cana (Indika 3)** - Terus berjala = 2 - Sedikit teham tetapi terus diupay an berjala = 1 - tidak berjala =0
		Imunisasi				
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 3. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?	**4**	**Bidang Logistik**				
			Ketersediaan obat, vaksi dan perbekalan kesehatan			
			Pengawasan pembinaan		Tidak di isi	
			Sarana dan prasarana kesehatan		Tidak di isi	
Apakah dinas kesehatan memiliki kelengkapan data dan informasi cakupan /sasaran program, berapa SDM, data situasi fasyankes saat sebelum dan sesudah bencana? 2. Bagaimana perencanaan dinkes/ renstra	**5**	**Bidang Perencanaan**				
			Perencanaan/ renstra		Tidak di isi	
			Data dan informasi		Tidak di isi	

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator		
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situas progra pascab cana (Indika 3)** - Terus berjala = 2 - Sedikit teham tetapi terus diupay an berjala = 1 - tidak berjala =0
dinkes sebelum dan sesudah bencana? Dan perencanaan selanjutnya?						
Total skor per indikator						
Interpretasi per indikator Tinggi: > 65 Sedang: 36 – 65 Rendah: ≤35						
(Indikator 1x20%)+(indikator 2X20%)+(indikator 3						
Interpretasi akhir untuk kapasitas program men						

Indeks kapasitas program memasuki masa pemulihan	Klasifikasi	Rekomendasi umum
>65	Tinggi	(1) rencana progam jelas, terukur, dan terencana; (2) situasi program pasca bencana tetap berjalan; (3) pemegang program ada; dan (4) capaian program tetap tercapai. Namun tetap perlu pengawasan dalam implementasi rencana di masa pemulihan
36-65	Sedang	(1) rencana progam yang kurang jelas, belum terukur, dan terencana hanya sebagian; (2) situasi program pasca bencana tetap berupaya dijalankan; (3) pemegang program ada; dan (4) capaian program sama sebelum dan sesudah bencana. Sehingga, tetap perlu penguatan pada perencaaan program yang sesuai dengan standar program dan capaian, dan tetap dilakukan pengawasan dalam implementasinya.
≤35	Rendah	(1) rencana progam yang tidak ada, tidak terukur, dan tidak terencana dengan baik; (2) situasi program pasca bencana tidak berjalan; (3) pemegang program ada/ tidak ada/ tidak ada tapi digantikan; dan (4) capaian program mengalami penurunan. Sehingga perlu penguatan dan pendampingan dalam perencanaan program masa pemulihan, serta implementasinya. Perlu memastikan pengganti pemegang program dapat melaksanakan rencana program dan membutuhkan pengawasan untuk peningkatan capaian.

Catatan: *isi dengan catatan penting

Estimasi total nilai kerugian pasca bencana terkait program kesehatan...

Rekomendasi kebutuhan: *setelah mendapatkan total skor maka berikan rekomendasi perbaikan

UPAYA/KEGIATAN	ESTIMASI NILAI KEBUTUHAN/KEBUTUHAN BIAYA (Rp)

Sumber pustaka:

- Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 -2019. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular.
- Pedoman Kegiatan Gizi dalam Penanggulangan Bencana. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2012.
- Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana: Panduan bagi Petugas Kesehatan yang Bekerja dalam Penanganan Krisis Kesehatan akibat Bencana di Indonesia.
- Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan tahun 2015.
- Post disaster need assessment guideline volume B social sector – health 2014.
- Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action 2007.

jdih.kemkes.go.id

KUISIONER INDIKATOR PERSIAPAN MEMASUKI MASA PEMULIHAN BENCANA

4. PROGRAM

Puskesmas :

Provinsi :

Kabupaten/kota :

Tanggal kegiatan :

No. Responden :

Nama :

Jabatan :

No. telpon/HP :

Petunjuk pengisian :

a. Isilah keterangan di atas (provinsi- no.telpon responden)
b. Membaca petunjuk pengisian
c. Membaca panduan pertanyaan dan indikator
d. Kemudian mengisi hasil penilaian sebagai berikut:

Ada empat indikator dalam menilai program kesehatan sebagai berikut:

1. Keberadaan pemegang program, jika
   - Ada pemegang program maka nilai 2
   - Tidak ada pemegang program (jadi korban/ alasan lainnya) tetapi ada pengganti maka nilai 1
   - Tidak ada pemegang program (jadi korban/ alasan lainnya) dan tidak ada pengganti maka nilai 0
2. Angka/ capaian program didapat dengan membandingkan capaian program sebelum bencana dengan sesudah bencana, jika
   - Jika mengalami peningkatan maka nilai 2
   - Jika sama/ tidak mengalami peningkatan/ penurunan maka nilai 1
   - Jika mengalami penurunan maka nilai 0
3. Situasi program pasca bencana didapat jika,
   - Jika program terus berjalan seperti biasa maka nilai 2
   - Jika program sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan maka nilai 1
   - Jika program tidak berjalan maka nilai 0
4. Rencana program didapat jika,
   - Memiliki rencana jelas, terukur, dan terencana dianggaran maka nilai 2

jdih.kemkes.go.id

- Memiliki rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian maka nilai 1
- Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran maka nilai 0

e. Menghitung total skor ke bawah

f. Memberikan catatan dan rekomendasi

jdih.kemkes.go.id

Table Isian Program Puskesmas :

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
Bagaimana pelaksanaan program-program upaya kesehatan masyarakat esensial/ program wajib puskesmas?	**1**	**Program Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial**						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana?	1.1	Pelayanan promosi Kesehatan	Penyuluhan					
			PHBS					
			Pemberdayaan masyarakat					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?			UKS					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana?	1.2	Pelayanan kesehatan lingkungan	Konseling /Penyuluhan					
			STBM					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana?			Surveilans faktor risiko					
4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ? **tuliskan di keterangan*			Penyehatan lingkungan					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
*Termasuk cek ketersediaan peralatan kesling di fasyankes sesuai dengan program yang disebutkan (misalnya program pengecekan kualitas air maka alatnya di puskesmas)? Ada tidakkah di puskesmas?								

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana?	1.3	Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga	ANC					
			Persalinan					
			PONED					
			Cakupan KB					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?		berencana	Kesehatan reproduksi kelompok rentan					
			Posyandu					
			ODHA					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana?	1.4	Pelayanan gizi	Penilaian status gizi kelompok rentan					
			PMT					
			PMBA					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ? **mengenai pencatatan penilaian status gizi kelompok*								

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
rentan dapat dituliskan di keterangan								
1. Bagaimana situasi program pengendalian dan pencegahan penyakit sebelum dan sesudah bencana?	1.5	Pelaporan pencegahan dan pengenda	SKDR (target kelengkapan, ketepatan					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
2. Jelaskan mengenai cakupan kelengkapan, ketepatan dan respon alert SKDR? **tuliskan di keterangan* Lihat keberadaan penanggung jawab, berhubungan dengan		lian penyakit	, dan respon alert)					
			Laporan KLB <24 jam					

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
surveilans faktor risiko di bidang lain (kesehatan lingkungan)? Ada atau tidaknya pemegang program?, apa rencana untuk masa pemulihan?		Penyakit menular	- HIV/AIDS					
			- Prambusia					
			- Tuberculosis					
			- Malaria					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
**perhatikan kepada program-program yang menjadi capaian nasional, berikut juga ciri khas daerah. Penekanan lebih pada penyakit menular, tetapi juga bagii penyakit tidak menular*			- Demam Berdarah					
			- Influenza					
			- Flu Burung					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
lainnya. Yang tidak tercakup dalam list ini, tuliskan di keterangan			- Kusta					
			- Filariasis					
			- Leptospirosis					
			- Polio					
			- Campak					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
			- Difteri					
			- Pertusis					
			- Hepatitis B					
			- Tetanus					
			- Hipertensi					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
		Penyakit tidak menular	- Diabetes Melitus					
			- Kanker					
			- Penyakit Paru Obstruk					

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
			si Kronik (PPOK)					
			- Perokok					
			- Kesehatan jiwa					
		Penyakit endemis						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
		Imunisasi						
**tuliskan dengan urut mulai dari 2.1 dst*	**2**	**Program Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan**						
	2.1				Tidak di isi			
	2.2				Tidak di isi			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
*Identifikasi program-program dari upaya pengembangan di puskesmas ini! Kemudian, lihat bagaimana program-program pengembangan ini berjalan	2.3				Tidak di isi			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
sebelum dan setelah terjadi bencana, pemegang programnya ada atau tidak, dan rencana kedepannya bagaimana?								
	3	**Program jejaring**						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
**tuliskan di keterangan* *Berapa jumlah puskesmas pembantu yang dimiliki puskesmas? Termasuk rumah	3.1	Puskesmas pembantu			Tidak di isi			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
bidan, dan poskesdes polindes. Bagaimana kondisinya setelah terjadi bencana? Apakah bidan desa atau petugas di puskesmas	3.2	Puskesmas keliling			Tidak di isi			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
pembantu di sana masih ada dan dapat menjalankan tugasnya? Terkait situasi bangunan fisik atau kondisi fasyankes jejaring ini, akan direncakanan bagaimana								

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
setelah bencana? Tetap di sana kah/ atau dipindahkan? Atau petugas yang hlang akan digantikan? Kalau ada peralatan yang rusak bagaimana rencananya? **isi di bagian rencana program*								

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
	3.3	Posyandu						
*bagaimana kondisi petugas yang memberikan pelayanan	**4**	**Program Upaya Kesehatan Perorangan**						
	4.1	Rawat jalan		*	Tidak di isi	**	***	

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
di rawat jalan, gawat darurat dan inap?	4.2	Pelayanan gawat darurat		*	Tidak di isi	**	***	
**Bagaimana situasi pelayanan rawat jalan , gadar, dan inap setelah bencana? Apakah dengan rusaknya	4.3	Rawat inap		*	Tidak di isi	**	***	

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
bangunan puskesma merubah flow dan tempat pelayanan puskesmas? ***Saat ini rawat inap dilakukan dimana, jika ada								

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
masalah apa rencana mengatasinya?								
untuk menjalankan semua program maka penyelenggaraan puskesmas	**5**	**Program penyelenggaraan kegiatan puskesmas**						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
didukung oleh manajemen, farmasi, dan laboratorium								
Apakah petugas manajemen di puskesmas masih ada? Seperti kepala puskesmas, TU, admin, dll.	5.1	Manajemen puskesmas			Tidak di isi			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
Apakah kegiatan puskesmas masih berjalan baik pada situasi bencana? Jika ada masalah, apa rencana perbaikannya untuk manajemen puskesmas?								

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
Apakah petugas di bagaian farmasi/ apotek ada? Berapa orang? Bagaimana situasi saat setelah bencana, apakah kegiatan di farmasi/ apotek masih berjalan?	5.2	Pelayanan kefarmasian			Tidak di isi			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
Apa rencana pemulihan untuk kegiatan farmasi/ apotek?								
Apakah petugas laboratorium puskesmas masih ada? Bagaimana situasi kegiatan pelayanan laboratorium	5.3	Pelayanan laboratorium			Tidak di isi			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
sekarang? Dan apa rencana untuk kegiatan di laboratorium setelah bencana? **tuliskan di keterangan*								

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
*Apa saja pelayanan laboratorium puskemas Anda?								
Total skor per indikator								
Interpretasi per indikator								

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
Tinggi: > 65 Sedang: 36 – 65 Rendah: ≤35								
Total skor Program (Indikator 1x20%) +(indikator 2X20%) +(indikator 3x30%) +(Indikator 4x30%)								
Interpretasi akhir untuk kapasitas program memasuki masa pemulihan Tinggi: > 65 Sedang: 36-65								

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan / bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (Indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (Indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (Indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (Indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian = 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran = 0	
Rendah: ≤35								

jdih.kemkes.go.id

Indeks kapasitas program memasuki masa pemulihan	Klasifikasi	Rekomendasi umum
>65	Tinggi	(1) rencana progam jelas, terukur, dan terencana; (2) situasi program pasca bencana tetap berjalan; (3) pemegang program ada; dan (4) capaian program tetap tercapai. Namun tetap perlu pengawasan dalam implementasi rencana di masa pemulihan
36-65	Sedang	(1) rencana progam yang kurang jelas, belum terukur, dan terencana hanya sebagian; (2) situasi program pasca bencana tetap berupaya dijalankan; (3) pemegang program ada; dan (4) capaian program sama sebelum dan sesudah bencana. Sehingga, tetap perlu penguatan pada perencaaan program yang sesuai dengan standar program dan capaian, dan tetap dilakukan pengawasan dalam implementasinya.
≤35	Rendah	(1) rencana progam yang tidak ada, tidak terukur, dan tidak terencana dengan baik; (2) situasi program pasca bencana tidak berjalan; (3) pemegang program ada/ tidak ada/ tidak ada tapi digantikan; dan (4) capaian program mengalami penurunan. Sehingga perlu penguatan dan pendampingan dalam perencanaan program masa pemulihan, serta implementasinya. Perlu memastikan pengganti pemegang program dapat melaksanakan rencana program dan membutuhkan pengawasan untuk peningkatan capaian.

jdih.kemkes.go.id

Catatan:*isi dengan catatan penting

Estimasi total nilai kerugian pasca bencana terkait program kesehatan……..

Rekomendasi kebutuhan:*setelah mendapatkan total skor maka berikan rekomendasi perbaikan

UPAYA/KEGIATAN	ESTIMASI NILAI KEBUTUHAN/KEBUTUHAN BIAYA (Rp)

Sumber pustaka:

- Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 -2019. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular.
- Pedoman Kegiatan Gizi dalam Penanggulangan Bencana. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2012.
- Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana: Panduan bagi Petugas Kesehatan yang Bekerja dalam Penanganan Krisis Kesehatan akibat Bencana di Indonesia.
- Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan tahun 2015.
- Post disaster need assessment guideline volume B social sector – health 2014.
- Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for actio

jdih.kemkes.go.id

KUISIONER INDIKATOR PERSIAPAN MEMASUKI MASA PEMULIHAN BENCANA

5. PROGRAM

Rumah Sakit:

Provinsi :

Kabupaten/kota :

Tanggal kegiatan :

No. Responden :

Nama :

Jabatan :

No. telpon/HP :

Petunjuk pengisian :

a. Isilah keterangan di atas (provinsi- no.telpon responden)
b. Membaca petunjuk pengisian
c. Membaca panduan pertanyaan dan indikator
d. Kemudian mengisi hasil penilaian sebagai berikut:

Ada empat indikator dalam menilai program kesehatan sebagai berikut:

1. Keberadaan pemegang program, jika
   - Ada pemegang program maka nilai 2
   - Tidak ada pemegang program (jadi korban/ alasan lainnya) tetapi ada pengganti maka nilai 1
   - Tidak ada pemegang program (jadi korban/ alasan lainnya) dan tidak ada pengganti maka nilai 0
2. Angka/ capaian program didapat dengan membandingkan capaian program sebelum bencana dengan sesudah bencana, jika
   - Jika mengalami peningkatan maka nilai 2
   - Jika sama/ tidak mengalami peningkatan/ penurunan maka nilai 1
   - Jika mengalami penurunan maka nilai 0
3. Situasi program pasca bencana didapat jika,
   - Jika program terus berjalan seperti biasa maka nilai 2
   - Jika program sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan maka nilai 1
   - Jika program tidak berjalan maka nilai 0
4. Rencana program didapat jika,
   - Memiliki rencana jelas, terukur, dan terencana dianggaran maka nilai 2

jdih.kemkes.go.id

- Memiliki rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian maka nilai 1
- Tidak memiliki rencana, tidak terukur dan tidak terencana dianggaran maka nilai 0

e. Menghitung total skor ke bawah

f. Memberikan catatan dan rekomendasi

jdih.kemkes.go.id

Tabel Isian Program Rumah Sakit:

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
Aspek pelayanan meliputi keselamatan pasien sejak dari penerimaan, tindakan dan rehabilitasi di rumah sakit. Termasuk kewaspadaan penggunaan obat dan pengurangan infeksi dan cidera saat pelayanan pasien.	**1**	**Bidang Keselamatan Pasien**						
1. Adakah pemegang programnya?	1.1	Pasien center care						

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana? 3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?								
1. Adakah pemegang programnya?	1.2	Keamanan obat yang						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana? 3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?		harus diwaspadai						
1. Adakah pemegang programnya?	1.3	Pengurangan risiko infeksi dan						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana? 3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?		cedera pasien						
Aspek logistik medis dan non medis dapat dinilai di bagian ini. termasuk perbekalan, alat	**2**	**Bidang Kefarmasian dan Penggunaan Obat**						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
penunjang, dan saranan pelayanan kesehatan lainnya.								
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana? 3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?	2.1	Kefarmasian						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana? 3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?	2.2	Pelayanan anestesi dan bedah						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana? 3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?	2.4	Manajemen komunikasi dan edukasi						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
Proses pelayanan di rumah sakit diselenggarakan oleh bidang manajemen rumah sakit. Di sini akan dilihat tentang program mutu, surveilans atau pengamatan penyakit baik PM dan PTM, bagaimana untuk pencegahan penyakitnya, serta manajemen informasi dan rekam medis yang terganggu pada saat bencana.	**3**	**Bidang Manajemen Rumah Sakit**						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana? 3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?	3.1	Mutu dan keselamatan pasien						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
Untuk surveilans dan pengendalian penyakit difokuskan pada penyakit program, dan berpotensi wabah, baik PM dan PTM. 1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana?	3.2	Surveilans						
	3.3	Pencegahan dan pengendalian penyakit						

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?								
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana?	3.4	Manajemen fasilitas dan keselamatan						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?								
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana?	3.5	Manajemen informasi dan rekam medis						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ? (Apakah tercatat dengan baik korban yang ditangani RS selama bencana, dan apakah sudah terlapor dengan baik ke dinas kesehatan *tuliskan di keterangan)								

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
1. Adakah pemegang programnya? 2. Bagaimana capaian program-program promosi kesehatan sebelum dan sesudah bencana? 3. Bagaimana keberlanjutan program pada situasi bencana? 4. Apakah ada perencanaan dan penganggaran program ?	**4**	**Program Nasional**						
	4.1	Penurunan angka kematian ibu bayi dan peningkatan kesehatan						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
		ibu dan bayi						
	4.2	Penurunan angka kesakitan HIV AIDS						
	4.3	Penurunan angka kesakitan TBC						
	4.4	Pengendalian resistensi						

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
		da antimikroba						
	4.5	Pelayanan geriatri						
Total skor per indikator								

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Seksi/ program	Kegiatan/ bentuk program	Indikator				Keterangan
				Pemegang program (indikator 1) - Ada = 2 - Tidak ada tetapi ada pengganti = 1 - Tidak ada dan tidak ada pengganti = 0	**Capaian program sebelum dan sesudah bencana (indikator 2)** - peningkatan = 2 - Jika sama = 1 - penurunan = 0	**Situasi program pascabencana (indikator 3)** - Terus berjalan = 2 - Sedikit tehambat tetapi terus diupayakan berjalan = 1 - tidak berjalan =0	**Rencana program (indikator 4)** - Rencana jelas, terukur, dan terencana di anggaran = 2 - Rencana program yang kurang jelas, belum terukur, dan hanya terencana sebagian =i 1 - Tidak memiliki rencana, tidak terukur dantidak terencana dianggaran = 0	
Interpretasi per indikator Tinggi: > 22 Sedang: 11-21 Rendah: ≤10								
Total skor Program (Indikator 1x2x20%) +(indikator 2x2X20%) +(indikator 3x3x30%) +(Indikator 4xx3x30%)								
Interpretasi akhir untuk kapasitas program memasuki masa pemulihan Tinggi: > 65 Sedang: 36-65 Rendah: ≤35								

jdih.kemkes.go.id

Indeks kapasitas program memasuki masa pemulihan	**Klasifikasi**	**Rekomendasi umum**
>65	Tinggi	(1) rencana progam jelas, terukur, dan terencana; (2) situasi program pasca bencana tetap berjalan; (3) pemegang program ada; dan (4) capaian program tetap tercapai. Namun tetap perlu pengawasan dalam implementasi rencana di masa pemulihan
36-65	Sedang	(1) rencana progam yang kurang jelas, belum terukur, dan terencana hanya sebagian; (2) situasi program pasca bencana tetap berupaya dijalankan; (3) pemegang program ada; dan (4) capaian program sama sebelum dan sesudah bencana. Sehingga, tetap perlu penguatan pada perencaaan program yang sesuai dengan standar program dan capaian, dan tetap dilakukan pengawasan dalam implementasinya.
≤35	Rendah	C. (1) rencana progam yang tidak ada, tidak terukur, dan tidak terencana dengan baik; (2) situasi program pasca bencana tidak berjalan; (3) pemegang program ada/ tidak ada/ tidak ada tapi digantikan; dan (4) capaian program mengalami penurunan. Sehingga perlu penguatan dan pendampingan dalam perencanaan program masa pemulihan, serta implementasinya. Perlu memastikan pengganti pemegang program dapat melaksanakan rencana program dan membutuhkan pengawasan untuk peningkatan capaian.

jdih.kemkes.go.id

Catatan:*isi dengan catatan penting

Estimasi total nilai kerugian pasca bencana terkait program kesehatan.....

Rekomendasi kebutuhan:*setelah mendapatkan total skor maka berikan rekomendasi perbaikan

UPAYA/KEGIATAN	ESTIMASI NILAI KEBUTUHAN/KEBUTUHAN BIAYA (Rp)

Sumber pustaka:

- Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 -2019. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular.
- Pedoman Kegiatan Gizi dalam Penanggulangan Bencana. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2012.
- Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana: Panduan bagi Petugas Kesehatan yang Bekerja dalam Penanganan Krisis Kesehatan akibat Bencana di Indonesia.
- Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan tahun 2015.
- Post disaster need assessment guideline volume B social sector – health 2014.
- Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action 2007
- Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2018.

jdih.kemkes.go.id

Form 4. Pembiayaan Kesehatan

KUISIONER INDIKATOR PERSIAPAN MEMASUKI MASA PEMULIHAN BENCANA

4. PEMBIAYAAN

Dinas Kesehatan :

Provinsi :

Kabupaten/kota :

Tanggal kegiatan :

No. Responden :

Nama :

Jabatan :

No. telpon/HP :

Petunjuk pengisian :

a. Isilah keterangan di atas (provinsi- no.telpon responden)
b. Membaca petunjuk pengisian
c. Membaca panduan pertanyaan dan skoring
d. Kemudian mengisi skor pada kolom sebelum dan sesudah
e. Menjumlah skor dan memberikan catatan rekomendasi

jdih.kemkes.go.id

Tabel isian pembiayaan Dinas Kesehatan

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Skoring	Hasil		Keterangan
				Sebelum	Sesudah	
Tujuan: ingin mengetahui skema pembiayaan yang dikembangkan oleh daerah sebelum dan sesudah terjadi bencana? Serta upaya apa yang dilakukan oleh dinas kesehatan untuk meng-cover kebutuhan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat/ korban bencana?	1	Skema pembiayaan				
Berapa persen anggaran kesehatan dari APBN dan APBD?	1.1	Besar anggaran kesehatan	- > 5%APBN/ 10%APBD = 2 - =5%APBN/ 10% APBD = 1 - <5%APBN/ 10%APBD = 0			
Sebutkan jenis pembiayaan kesehatan yang ada di daerah? *tulis di keterangan a. JKN b. Jamkesda c. Jamkesprov d. Sumbangan e. Pembiayaan lain…	1.2	Jenis pembiayaan kesehatan yang tersedia	- Ada JKN dan 2/ >2 pembiayaan lainnya = 2 - Ada JKN dan 1 pembiayaan daerah = 1 - Hanya ada JKN = 0			
Jenis layanan apa yang dicover oleh pembiayaan berikut, sebutkan! *Tuliskan di keterangan		a. JKN	- Ada dan lengkap menyebutkan = 2 - Ada dan tidak menyebutkan = 1 - Tidak ada = 0			

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Skoring	Hasil		Keterangan
				Sebelum	Sesudah	
Jenis layanan apa yang dicover oleh pembiayaan berikut, sebutkan! *Tuliskan di keterangan		b. Jamkesda	- Ada dan lengkap menyebutkan = 2 - Ada dan tidak menyebutkan = - Tidak ada = 0			
Jenis layanan apa yang dicover oleh pembiayaan berikut, sebutkan! *Tuliskan di keterangan		c. Jamkesprov	- Ada dan lengkap menyebutkan = 2 - Ada dan tidak menyebutkan = 1 - Tidak ada = 0			
Apakah ada perubahan dari skema pembiayaan JKN, Jamkesda, dan Jamkesprov? Sebutkan di keterangan?	1.3	Perubahan dari skema pembiayaan	- Tidak ada perubahan = 2 - Hanya perubahan sedikit = 1 - Berubah = 0			
			Total skor (total skor x 8)			
			Interpretasi per indikator Tinggi: > 65 Sedang: 36-65 Rendah: ≤35			

jdih.kemkes.go.id

Indeks kapasitas program memasuki masa pemulihan	Klasifikasi	Rekomendasi umum
>65	Tinggi	Upaya pembiayaan kesehatan pada situasi sebelum bencana sudah tinggi begitu juga dengan upaya pembiayaan kesehatan pasca bencana. Namun tetap perlu pengawasan dalam implementasi penyelesaian masalah pembiayaan kesehatan di masa pemulihan.
36-65	Sedang	Upaya pembiayaan kesehatan pada situasi sebelum bencana sudah cukup baik. Namun perubahan-perubahan yang terjadi pada situasi bencana cukup mempengaruhi masalah pembiayaan kesehatan. Namun tetap berjalan dengan baik dan terencana. Sehingga tetap perlu penguatan dalam implementasi penyelesaian masalah pembiayaan kesehatan di masa pemulihan.
≤35	Rendah	Upaya pembiayaan kesehatan pada situasi sebelum bencana rendah begitu juga dengan upaya pembiayaan kesehatan pasca bencana. Sehingga butuh tindakan penyelesaian masalah pembiayaan kesehatan situasi bencana.

Catatan: *isi dengan catatan penting

Rekomendasi kebutuhan: *setelah mendapatkan total skor maka berikan rekomendasi perbaikan

UPAYA/KEGIATAN	ESTIMASI NILAI KEBUTUHAN/KEBUTUHAN BIAYA (Rp)

Sumber pustaka:

- Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 -2019. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana.

jdih.kemkes.go.id

- Peraturan Menteri Pertahanan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Bencana di Rumah Sakit kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia.
- Peraturan Pemerintah republic Indonesia Nomor 22 Tahun 2008 tentang Pendanaan dan Pengelolaan Bantuan Bencana.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2014 tentang pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Post disaster need assessment guideline volume B social sector – health 2014.
- Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action 2007.

jdih.kemkes.go.id

KUISIONER INDIKATOR PERSIAPAN MEMASUKI MASA PEMULIHAN BENCANA

4. PEMBIAYAAN

Puskesmas :

Provinsi :

Kabupaten/kota :

Tanggal kegiatan :

No. Responden :

Nama :

Jabatan :

No. telpon/HP:

Petunjuk pengisian :

a. Isilah keterangan di atas (provinsi- no.telpon responden)
b. Membaca petunjuk pengisian
c. Membaca panduan pertanyaan dan skoring
d. Kemudian mengisi skor pada kolom sebelum dan sesudah
e. Menjumlah skor dan memberikan catatan rekomendasi

jdih.kemkes.go.id

Tabel isian Pembiayaan Puskesmas :

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Skoring	Hasil		Keterangan
				Sebelum	Sesudah	
Tujuan: ingin mengetahui skema pembiayaan yang dikembangkan oleh daerah sebelum dan sesudah terjadi bencana? Dan upaya apa yang dilakukan oleh dinas kesehatan untuk meng-cover kebutuhan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat/ korban bencana?	1	Skema pembiayaan				
Berapa persen anggaran kesehatan dari APBN dan APBD?	1.1	Besar anggaran kesehatan	- > 5%APBN/ 10%APBD = 2 - =5%APBN/ 10% APBD = 1 - <5%APBN/ 10%APBD = 0			
Sebutkan jenis pembiayaan kesehatan yang ada diterima puskesmas? *tulis di keterangan a. JKN b. Jamkesda c. Jamkesprov d. Sumbangan e. Pembiayaan lainnya (BOK, DAK, dll)	1.2	Jenis pembiayaan kesehatan yang tersedia	- Ada JKN dan 2/ >2 pembiayaan lainnya = 2 - Ada JKN dan 1 pembiayaan daerah = 1 - Hanya ada JKN = 0			
Jenis layanan apa yang dicover oleh pembiayaan berikut, sebutkan! *tuliskan di keterangan		a. JKN	- Ada dan lengkap menyebutkan = 2 - Ada dan tidak menyebutkan = 1 - Tidak ada = 0			
Jenis layanan apa yang dicover oleh pembiayaan berikut, sebutkan! *tuliskan di keterangan		b. Jamkesda	- Ada dan lengkap menyebutkan = 2 - Ada dan tidak menyebutkan = - Tidak ada = 0			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Skoring	Hasil		Keterangan
				Sebelum	Sesudah	
Jenis layanan apa yang dicover oleh pembiayaan berikut, sebutkan! *tuliskan di keterangan		c. Jamkesprov	- Ada dan lengkap menyebutkan = 2 - Ada dan tidak menyebutkan = 1 - Tidak ada = 0			
Apakah ada perubahan dari skema pembiayaan JKN, Jamkesda, dan Jamkesprov? Sebutkan di keterangan?	1.3	Perubahan dari skema pembiayaan	- Tidak ada perubahan = 2 - Hanya perubahan sedikit = 1 - Berubah = 0			
Apakah ada perubahan jumlah kepesertaan JKN, non JKN (Jamkesda/Jamkesprov, sumbangan), dan tanpa jaminan? Sebutkan satu per satu di keterangan	2	Jumlah Peserta	- Tidak ada perubahan = 2 - Hanya perubahan sedikit = 1 - Berubah = 0			
	3	Kunjungan peserta				
Apakah jumlah kunjungan prolanis berjalan?	3.1	Program prolanis	- Berjalan = 2 - Sedikit terhambat = 1 - Tidak berjalan = 0			
Apakah ada kunjungan peserta diluar wilayah kerja? Jika ada berapa jumlahnya? Berapa yang JKN, non JKN, dan tanpa jaminan? *tuliskan di keterangan	3.2	Peserta di luar wilayah kerja	- Tidak ada = 2 - Ada dan sedikit = 1 - Ada dan banyak = 0			
Apakah ada perubahan dengan jumlah rujukan peserta? *tuliskan di keterangan. Jika ada sebutkan secara rinci jumlahnya! - JKN	3.3	Rujukan peserta	- Tidak ada = 2 - Ada dan sedikit = 1 - Ada dan banyak = 0			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Skoring	Hasil		Keterangan
				Sebelum	Sesudah	
- Non JKN - Tanpa jaminan						
Bagaimana dengan perubahan jumlah dana kapitasi sebelum dan sesudah bencana? Apakah dana kapitasi dibayarkan lancar dan tepat waktu? *tuliskan di keterangan	4	Jumlah dana kapitasi	- Tidak ada = 2 - Ada dan sedikit = 1 - Ada dan banyak = 0			
	5	Non kapitasi				
Berapa jumlah peserta klaim dana non kapitasi? Apakah bertambah banyak? Apa masalahnya *tuliskan di keterangan		Jumlah peserta	- Tidak ada = 2 - Sedikit = 1 - Banyak = 0			
			Total skor (total skor x 5)			
			Interpretasi per indikator Tinggi : > 65 Sedang : 36-65 Rendah : ≤35			

jdih.kemkes.go.id

Indeks kapasitas program memasuki masa pemulihan	Klasifikasi	Rekomendasi umum
>65	Tinggi	Upaya pembiayaan kesehatan pada situasi sebelum bencana sudah tinggi begitu juga dengan upaya pembiayaan kesehatan pasca bencana. Namun tetap perlu pengawasan dalam implementasi penyelesaian masalah pembiayaan kesehatan di masa pemulihan.
36-65	Sedang	Upaya pembiayaan kesehatan pada situasi sebelum bencana sudah cukup baik. Namun perubahan-perubahan yang terjadi pada situasi bencana cukup mempengaruhi masalah pembiayaan kesehatan. Namun tetap berjalan dengan baik dan terencana. Sehingga tetap perlu penguatan dalam implementasi penyelesaian masalah pembiayaan kesehatan di masa pemulihan.
≤35	Rendah	Upaya pembiayaan kesehatan pada situasi sebelum bencana rendah begitu juga dengan upaya pembiayaan kesehatan pasca bencana. Sehingga butuh tindakan penyelesaian masalah pembiayaan kesehatan situasi bencana.

Catatan:*isi dengan catatan penting

Rekomendasi kebutuhan:*setelah mendapatkan total skor maka berikan rekomendasi perbaikan

UPAYA/KEGIATAN	ESTIMASI NILAI KEBUTUHAN/KEBUTUHAN BIAYA (Rp)

Sumber pustaka:

- Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 -2019. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana.
- Peraturan Menteri Pertahanan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Bencana di Rumah Sakit kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia.
- Peraturan Pemerintah republic Indonesia Nomor 22 Tahun 2008 tentang Pendanaan dan Pengelolaan Bantuan Bencana.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2014 tentang pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Post disaster need assessment guideline volume B social sector – health 2014.
- Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action 2007.

jdih.kemkes.go.id

KUISIONER INDIKATOR PERSIAPAN MEMASUKI MASA PEMULIHAN BENCANA

4. PEMBIAYAAN

Rumah sakit :

Provinsi :

Kabupaten/kota :

Tanggal kegiatan :

No. Responden :

Nama :

Jabatan :

No. telpon/HP :

Petunjuk pengisian :

a. Isilah keterangan di atas (provinsi- no.telpon responden)
b. Membaca petunjuk pengisian
c. Membaca panduan pertanyaan dan skoring
d. Kemudian mengisi skor pada kolom sebelum dan sesudah
e. Menjumlah skor dan memberikan catatan rekomendasi

jdih.kemkes.go.id

Tabel Isian Pembiayaan Rumah Sakit :

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Skoring	Hasil		Keterangan
				Sebelum	Sesudah	
Tujuan: ingin mengetahui skema pembiayaan yang dikembangkan oleh daerah sebelum dan sesudah terjadi bencana? Dan upaya apa yang dilakukan oleh dinas kesehatan untuk meng-cover kebutuhan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat/ korban bencana?	1	Skema pembiayaan				
Berapa persen anggaran kesehatan dari APBN dan APBD?	1.1	Besar anggaran kesehatan	- > 5%APBN/ 10%APBD = 2 - =5%APBN/ 10% APBD = 1 - <5%APBN/ 10%APBD = 0			
Sebutkan jenis pembiayaan kesehatan yang ada diterima rumah sakit? *tulis di keterangan f. JKN g. Jamkesda h. Jamkesprov i. Sumbangan j. Pembiayaan lainnya…..	1.2	Jenis pembiayaan kesehatan yang tersedia	- Ada JKN dan 2/ >2 pembiayaan lainnya = 2 - Ada JKN dan 1 pembiayaan daerah = 1 - Hanya ada JKN = 0			
Jenis layanan apa yang dicover oleh pembiayaan berikut, sebutkan! *tuliskan di keterangan		a. JKN	- Ada dan lengkap menyebutkan = 2 - Ada dan tidak menyebutkan = 1 - Tidak ada = 0			
Jenis layanan apa yang dicover oleh pembiayaan berikut, sebutkan! *tuliskan di keterangan		b. Jamkesda	- Ada dan lengkap menyebutkan = 2 - Ada dan tidak menyebutkan = - Tidak ada = 0			
Jenis layanan apa yang dicover oleh pembiayaan berikut, sebutkan! *tuliskan di keterangan		c. Jamkesprov	- Ada dan lengkap menyebutkan = 2 - Ada dan tidak menyebutkan = 1 - Tidak ada = 0			

jdih.kemkes.go.id

Panduan pertanyaan	No	Indikator	Skoring	Hasil		Keterangan
				Sebelum	Sesudah	
Apakah ada perubahan dari skema pembiayaan JKN, Jamkesda, dan Jamkesprov? Sebutkan di keterangan?	1.3	Perubahan dari skema pembiayaan	- Tidak ada perubahan = 2 - Hanya perubahan sedikit = 1 - Berubah = 0			
Apakah ada perubahan jumlah kepesertaan JKN, non JKN (Jamkesda/Jamkesprov, sumbangan), dan tanpa jaminan? Sebutkan satu per satu di keterangan	2	Jumlah Peserta	- Tidak ada perubahan = 2 - Hanya perubahan sedikit = 1 - Berubah = 0			
Tujuannya untuk dapat mengetahui mengenai jumlah klaim dan perubahan lainnya selama terjadi bencana	3	Klaim INA CBGs				
Apakah ada perubahan dari sisi waktu pembayaran klaim PBJS kesehatan? Lancar dan tepat waktu?	3.1	Jumlah	- Tidak ada perubahan = 2 - Hanya perubahan sedikit = 1 Berubah = 0			
Apakah ada perubahan jumlah klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan?			- Tidak ada perubahan = 2 - Hanya perubahan sedikit = 1 - Berubah = 0			
			-			
			Total skor (total skor x 6)			
			Interpretasi per indikator Tinggi : > 65 Sedang : 36-65 Rendah : ≤35			

jdih.kemkes.go.id

Indeks kapasitas program memasuki masa pemulihan	Klasifikasi	Rekomendasi umum
>65	Tinggi	Upaya pembiayaan kesehatan pada situasi sebelum bencana sudah tinggi begitu juga dengan upaya pembiayaan kesehatan pasca bencana. Namun tetap perlu pengawasan dalam implementasi penyelesaian masalah pembiayaan kesehatan di masa pemulihan.
36-65	Sedang	Upaya pembiayaan kesehatan pada situasi sebelum bencana sudah cukup baik. Namun perubahan-perubahan yang terjadi pada situasi bencana cukup mempengaruhi masalah pembiayaan kesehatan. Namun tetap berjalan dengan baik dan terencana. Sehingga tetap perlu penguatan dalam implementasi penyelesaian masalah pembiayaan kesehatan di masa pemulihan.
≤35	Rendah	Upaya pembiayaan kesehatan pada situasi sebelum bencana rendah begitu juga dengan upaya pembiayaan kesehatan pasca bencana. Sehingga butuh tindakan penyelesaian masalah pembiayaan kesehatan situasi bencana.

Catatan:*isi dengan catatan penting

Rekomendasi kebutuhan:*setelah mendapatkan total skor maka berikan rekomendasi perbaikan

UPAYA/KEGIATAN	ESTIMASI NILAI KEBUTUHAN/KEBUTUHAN BIAYA (Rp)

Sumber pustaka:

- Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 -2019. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015.

jdih.kemkes.go.id

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana.
- Peraturan Menteri Pertahanan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Bencana di Rumah Sakit kementerian Pertahanan dan Tentara Nasional Indonesia.
- Peraturan Pemerintah republic Indonesia Nomor 22 Tahun 2008 tentang Pendanaan dan Pengelolaan Bantuan Bencana.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2014 tentang pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Post disaster need assessment guideline volume B social sector – health 2014.
- Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action 2007.

jdih.kemkes.go.id

D. **RENCANA REHABILITASI DAN REKONSTRUKSI BIDANG KESEHATAN**

Hasil kaji Rencana rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan bidang kesehatan merupakan pendetailan hasil Jitupasna bidang kesehatan sehingga siap untuk diimplementasikan oleh pihak-pihak terkait sesuai dengan azas desentralisasi dan otonomi daerah. Rencana tersebut disusun bersama-sama oleh seluruh pihak terkait baik dari pemerintahan, lembaga usaha maupun masyarakat dan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari Rencana Rehabilitasi dan Rekonstruksi PascaBencana (R3P) yang dikoordinasikan oleh pemerintah daerah untuk level Provinsi dan Kabupaten/Kota, dan di level nasional dikoordinasikan oleh BNPB.

Rencana rehabilitasi dan rekonstruksi bidang kesehatan disusun untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun dan setelah itu dapat ditinjau kembali.

Penyusunan Rencana rehabilitasi dan rekonstruksi bidang kesehatan bertujuan untuk:

a. membangun kesepahaman dan komitmen para pemangku kepentingan, termasuk komitmen pendanaan.
b. menyelaraskan dengan kegiatan lintas-sektor lain dan/atau pihak-pihak lain yang terlibat di bawah koordinasi pemerintah daerah untuk level Provinsi dan Kabupaten/Kota, dan di level nasional dikoordinasikan oleh BNPB;
c. menyelaraskan dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN, RPJMD), Rencana Strategis (Kementerian/Lembaga dan SKPD), dan perencanaan tahunan yang dituangkan dalam Rencana Kerja Pemerintah dan Pemerintah Daerah;
d. memberikan gambaran yang jelas tentang perencanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi pascabencana bidang kesehatan kepada para pemangku kepentingan sehingga tidak terjadi tumpang tindih kegiatan serta sebagai alat bantu dalam pelaksanaan, pemantauan dan pengendalian atas kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan pascakrisis kesehatan.

Penyusunan dokumen Rencana rehabilitasi dan rekonstruksi bidang kesehatan dilaksanakan dengan memperhatikan:

a. hasil Jitupasna bidang kesehatan
b. harus selaras dengan kebijakan dan strategi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan yang dikoordinasikan oleh BNPB/BPBD.
c. penentuan prioritas dengan mempertimbangkan kebutuhan bagi kelompok rentan dan penyandang disabilitas;
d. pengalokasian sumberdaya dan waktu pelaksanaan;
e. dokumen rencana kerja pemerintah baik pusat maupun daerah;
f. dokumen perencanaan pembangunan terkait lainnya;
g. standar pelayanan minimal kesehatan dan Standar Nasional Indonesia yang berlaku.

jdih.kemkes.go.id

Isi Dokumen Rencana rehabilitasi dan rekonstruksi bidang Kesehatan meliputi:

a. kondisi umum wilayah dan kejadian permasalahan kesehatan akibat bencana;
b. gambaran kondisi permasalahan kesehatan korban dan pengungsi, jumlah kerusakan dan kerugian sumber daya kesehatan akibat bencana serta dampak kesehatan bagi masyarakat serta risiko permasalahan pascakrisis kesehatan;
c. prioritas program kesehatan dan kegiatan serta kebutuhan dana yang diperlukan dan sumberdaya kesehatan yang telah tersedia;
d. penjelasan mengenai kelembagaan, penatausahaan aset, pengakhiran masa tugas dan kesinambungan Rencana Rehabilitasi dan Rekonstruksi subsektor Kesehatan;
e. durasi waktu penyelenggaraan meliputi rencana jangka pendek, menengah dan panjang; dan
f. standar pelayanan, tolak ukur, dan indikator kinerja.

Langkah-langkah Penyusunan Rencana Rehabilitasi & Rekonstruksi:

a. Verifikasi dan konsolidasi kegiatan

   Verifikasi dilakukan untuk mengkonfirmasi dan melengkapi perhitungan kebutuhan jika masih ada keperluan penyempurnaan data atau jika masih perlu dilakukan penyempurnaan perhitungan berdasarkan acuan yang ada. Konsolidasi dilakukan untuk merekap seluruh kegiatan yang telah diverifikasi dan selanjunya dilakukan penyesuaian waktu pelaksanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan ke dalam perencanaan dan penganggaran.

b. Perincian kegiatan

   Identifikasi kebutuhan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan disusun secara lengkap dengan kebutuhan pendanaannya sehingga terbentuk kebutuhan dana yang riil untuk pelaksanaan setiap kegiatan.

c. Pengelompokan/Pemaketan Kegiatan

   Pengelompokan/pemaketan kegiatan adalah penyatuan beberapa kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi bidang kesehatan yang saling terkait sehingga lebih efektif dan efisien dalam pelaksanaannya. Contoh pasca bencana letusan gunung api di mana diperkirakan terjadi peningkatan kasus gizi kurang, maka kegiatan pemantauan anak kurus dapat dilakukan bersamaan dengan promosi kesehatan dan vaksinasi dalam pelaksanaan Posyandu. Sejauh memungkinkan, maka pemaketan kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan mengikuti kebijakan umum tentang pemaketan pekerjaan, yaitu ditetapkan dengan pertimbangan memaksimalkan sinergi antar berbagai pihak yang akan menjadi pelaksanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan.

d. Penetapan komitmen pelaksanaan dan pendanaan kegiatan.

jdih.kemkes.go.id

Komitmen pelaksanaan dan pendanaan kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan sebagaimana diidentifikasi dan ditetapkan dalam Rencana Rehabilitasi & Rekonstruksi, ditandatangani oleh perwakilan institusi maupun pihak-pihak yang telah sepakat untuk melaksanakan atau melakukan pendanaan.

Bila diperlukan, dapat ditetapkan Tim Penyusun Rencana rehabilitasi dan rekonstruksi bidang Kesehatan Pasca Bencana dengan anggota Tim terdiri dari lintas program dan lintas sektor terkait baik dari pemerintahan maupun masyarakat dan lembaga usaha. Anggota Tim diupayakan memiliki kemampuan dan kompetensi di bidang perencanaan dan penganggaran serta dapat mencurahkan waktu dan konsentrasinya untuk menyusun Rencana Rehabilitasi & Rekonstruksi.

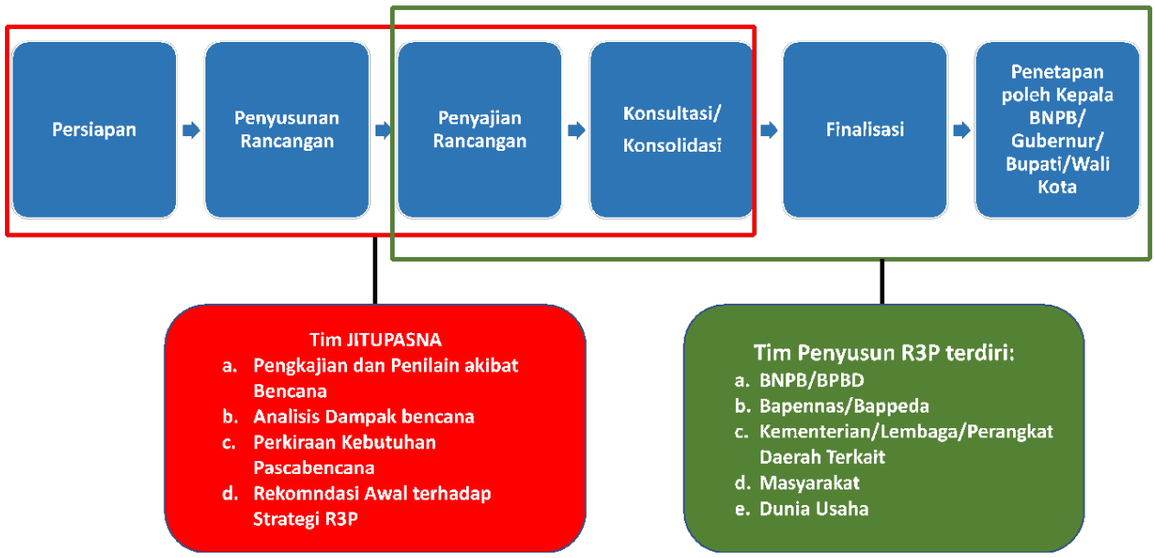
Tim Penyusun Rencana rehabilitasi dan rekonstruksi bidang kesehatan tingkat nasional bertugas menyusun Rencana rehabilitasi dan rekonstruksi bidang kesehatan untuk bencana skala nasional atau mendukung daerah dalam menyusun Rencana Rehabilitasi & Rekonstruksi (bencana skala provinsi/kabupaten/kota). Tim tersebut ditetapkan oleh Pejabat minimal setingkat eselon 2 dari unit yang tugas pokok dan fungsi untuk mengkoordinasikan penyelenggaraan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan bidang kesehatan pasca bencana di Kementerian Kesehatan. Tim ini merupakan bagian dari Tim Penyusun Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan yang dikoordinasikan oleh BNPB.

Tim Penyusun Rencana rehabilitasi dan rekonstruksi bidang kesehatan tingkat Provinsi bertugas menyusun Rencana rehabilitasi dan rekonstruksi bidang kesehatan untuk bencana skala provinsi atau mendukung kabupaten/kota dalam menyusun Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan. Tim tersebut ditetapkan oleh Kepala Daerah Provinsi atas rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi. Tim ini merupakan bagian dari Tim Penyusun Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan yang dikoordinasikan oleh BPBD Provinsi.

Tim Penyusun Rencana rehabilitasi dan rekonstruksi bidang kesehatan tingkat Kabupaten/Kota bertugas menyusun Rencana rehabilitasi dan rekonstruksi bidang kesehatan skala kabupaten/kota. Tim tersebut ditetapkan oleh Kepala Daerah Kabupaten/ Kota atas rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Tim ini merupakan bagian dari Tim Penyusun Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan yang dikoordinasikan oleh BPBD Kabupaten/Kota.

jdih.kemkes.go.id

PENYUSUNAN RENCANA REHABILITASI DAN REKONSTRUKSI PASCABENCANA (R3P)



Gambar 6.2
Bagan Tahapan penyusunan rencana rehabilitasi dan rekonstruksi pascabencana
Perka BNPB No. 5 Tahun 2017

jdih.kemkes.go.id

Tabel 6.14
Contoh rencana rehabilitasi dan rekonstruksi pascabencana bidang kesehatan

IDENTIFIKASI SUMBER PENDANAAN
RENCANA REHABILITASI DAN REKONSTRUKSI PASCABENCANA _____.
KABUPATEN/KOTA _____.
TAHUN _____.

Kegiatan	Lokasi (Kecamatan)	Volume	Satuan	Harga satuan (Rp)	Nilai Kebutuhan (Rp)	APBD-Kab/Kota (Rp)		APBD-Prov. - Bantuan (Rp)		Kementerian/Lembag		DSP BNPB (Rp)	Usulan Hibah RR (Rp)	Sumber Lain (Rp)	
						2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	Masyarakat 2018/2019	Dunia Usaha 2018/2019
SEKTOR SOSIAL					**84,860,720,000**	-	**4,160,000,000**	-	-	-	-	**30,380,000,000**	**46,158,320,000**	-	**4,162,400,000**
Sub Sektor Kesehatan					**84,860,720,000**	**Rp -**	**Rp 4,160,000,000**	**Rp -**	**Rp -**	**Rp -**	**Rp -**	**Rp 30,380,000,000**	**46,158,320,000**	-	**4,162,400,000**
RSUD					**68,213,520,000**	-		-	-	-			**46,158,320,000**	-	
1 RSUD Lintang Utara	Tanjung	11146	m2	6,120,000	68,213,520,000								46,158,320,000		
Puskesmas Pemenang					**12,487,200,000**	-		-	-	-		Rp 30,380,000,000	-	-	**4,162,400,000**
1 Puskesmas Pemenang	Pemenang	860	m2	4,840,000	4,162,400,000										
2 Puskesmas Nipah	Pemenang	860	m2	4,840,000	4,162,400,000										4,162,400,000
3 Puskesmas Tanjung	Tanjung	860	m2	4,840,000	4,162,400,000										
Puskesmas Pembantu					**2,860,000,000**	-	**2,860,000,000**	-	-	-	-		-	-	-
1 Puskesmas Pembantu Rempek	Dusun Telaga Maluku, Desa Rempek, Kec. Gangga	1	unit	1,860,000,000	1,860,000,000		1,860,000,000								
2 Puskesmas Pembantu Sambik Bangkol	Dusun Senjajak, Desa Sambik Bangkol, Kec. Gangga	1	unit	500,000,000	500,000,000		500,000,000								
3 Puskesmas Pembantu Teluk Kombal	Kec. Pemenang Desa Teluk Kombal, Pemenang Barat	1	unit	500,000,000	500,000,000		500,000,000								
Poskesdes					**500,000,000**	-	**500,000,000**	-	-	-	-		-	-	-
1 Poskesdes Rempek	Dusun Pancor Getah, Desa Rempek, Kec.	1	unit	500,000,000	500,000,000		500,000,000								
Polindes					**500,000,000**	-	**500,000,000**	-	-	-	-		-	-	-
1 Polindes Rempek	Dusun Telaga Maluku, Desa Rempek, Kec.	1	unit	500,000,000	500,000,000		500,000,000								

jdih.kemkes.go.id

BAB VII

SISTEM INFORMASI PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

A. LATAR BELAKANG DAN TUJUAN

Data dan Informasi penanggulangan krisis kesehatan penting untuk disampaikan agar pemangku kebijakan maupun masyarakat dapat mengetahui risiko dan upaya apa yang perlu dilakukan pada pra, saat dan pasca krisis kesehatan. Untuk itu perlu didukung oleh suatu sistem informasi yang handal dan terintegrasi, yang akan memudahkan dalam pengelolaan data dan informasi serta pengambilan keputusan di semua tahapan krisis kesehatan. Pusat Krisis Kesehatan memiliki Sistem Informasi yang dikembangkan untuk:

1. Meningkatkan kemampuan perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, baik pada tingkat pusat maupun daerah pada semua tahapan penanggulangan krisis kesehatan.
2. Mendukung pelaksanaan pelaporan kejadian krisis kesehatan secara cepat dan tepat, termasuk didalamnya proses pemantauan dan perkembangan kejadian krisis kesehatan.
3. Memberikan data dan informasi secara lengkap dan aktual kepada semua pihak yang terkait dalam penanggulangan krisis kesehatan.

Tujuan dari pedoman sistem informasi penanggulangan krisis kesehatan ini sebagai panduan pengelolaan data dan informasi krisis kesehatan di semua tahapan krisis kesehatan.

B. PENGELOLA SISTEM INFORMASI PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

Penyediaan data dan informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan diselenggarakan oleh pengelola di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Pengelola Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan terdiri atas penanggung jawab dan pelaksana.

I. Penanggungjawab Sistem Informasi

Penanggung jawab Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan adalah Koordinator Klaster Kesehatan pada masing-masing tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi, dan Pusat. Pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tingkat :

a. Kabupaten/Kota adalah tim Data dan Informasi pada Klaster Kesehatan kabupaten/kota, yang merupakan salah satu unit Dinas Kesehatan kabupaten/kota yang bertugas melakukan pengelolaan data dan informasi terkait Penanggulangan Krisis

jdih.kemkes.go.id

Kesehatan atau unit teknis yang ditunjuk langsung oleh Kepala Dinas Kesehatan.

b. Provinsi adalah tim Data dan Informasi pada Klaster Kesehatan Provinsi, yang merupakan salah satu unit Dinas Kesehatan provinsi yang bertugas melakukan pengelolaan data dan informasi terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan atau unit teknis yang ditunjuk langsung oleh Kepala Dinas Kesehatan.

II. Tim Data dan Informasi Klaster Kesehatan Nasional

Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan yang bertugas melakukan pengelolaan data dan informasi terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan. Selain tim Data dan Informasi di Klaster Kesehatan Nasional, terdapat juga tim Data dan Informasi pada Sub Klaster Kesehatan Nasional seperti tim pada PHEOC (Public Health Emergency Operation Center) Subdit Surveilans dan NCC (Nasional Command Center) Subdit Pelayanan Kesehatan Rujukan.

III. Tugas Pelaksana Sistem Informasi

Pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan mempunyai uraian tugas sebagai berikut.

a. Melakukan pemantauan kejadian krisis kesehatan 24 jam / 7 hari.
b. Melakukan verifikasi dan validasi data dan informasi.
c. Mengumpulkan, mengolah dan menganalisis data dan informasi krisis kesehatan.
d. Membuat pelaporan, mendokumentasikan dan menyebarluaskan hasil analisis.
e. Memelihara perangkat Sistem Informasi Penanggulangan Krisisis Kesehatan.

C. JENIS INFORMASI DAN WAKTU PENYAMPAIAN

I. Informasi pada Pra Krisis Kesehatan

Dalam mendukung upaya pada tahap pra krisis kesehatan diperlukan data dan informasi yang lengkap, akurat dan terkini untuk pemetaan, penilaian risiko, peringatan dini dan kesiapsiagaan Krisis Kesehatan. Informasi prakrisis meliputi:

a. Informasi penilaian risiko berupa pemetaan ancaman bahaya, kerentanan dan kapasitas krisis kesehatan. Pemetaan dilakukan dengan formulir assessment/kuesioner berbasis daring (*Online*) dan/atau luring (*offline*), Hasil pemetaan berupa profil krisis kesehatan suatu wilayah.
b. Informasi peringatan dini bencana berupa surat edaran, alarm, atau penanda lain yang digunakan sebagai sumber informasi awal akan adanya bencana dalam waktu dekat.

jdih.kemkes.go.id

c. Informasi kesiapsiagaan terkait Sumber Daya Manusia (SDM) yang tergabung dalam tenaga cadangan kesehatan, dan informasi logistik kesehatan yang siap untuk dimobilisasi.

II. Informasi Darurat Krisis Kesehatan

Informasi darurat krisis kesehatan merupakan informasi yang dibutuhkan untuk percepatan upaya penanggulangan krisis kesehatan. Informasi pada saat darurat krisis terdiri dari:

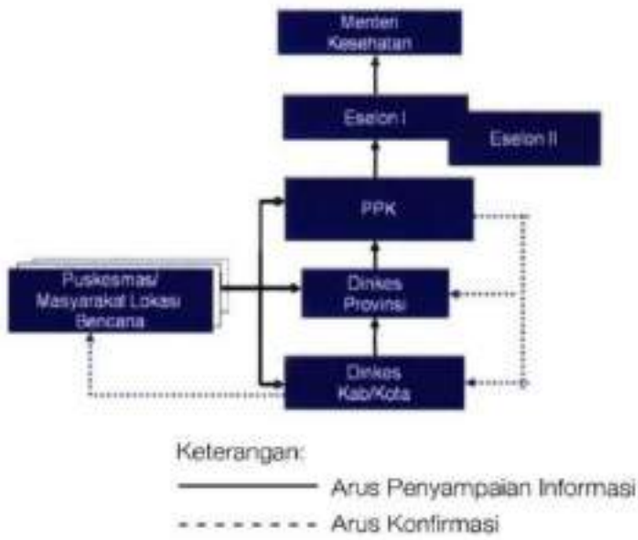
a. Informasi Awal Kejadian Krisis Kesehatan

Informasi awal kejadian krisis kesehatan harus berprinsip bahwa situasi darurat harus diinformasikan secepatnya dari lokasi krisis oleh siapa saja yang pertama kali memperoleh informasinya (masyarakat, media, dan/atau petugas di fasilitas pelayanan kesehatan) dan tidak harus berjenjang. Isi Informasi awal meliputi:

1. Nama Institusi/Lembaga
2. Jenis kejadian
3. Waktu kejadian (tanggal/bulan/tahun/pukul)
4. Deskripsi kejadian/kronologi
5. Lokasi kejadian
6. Jumlah korban (Meninggal, Hilang, Luka Berat/Rawat Inap, Luka Ringan/Rawat Jalan, Pengungsi, Penduduk Terdampak).
7. Kondisi fasilitas umum
8. Kondisi fasilitas Kesehatan
9. Upaya penanggulangan yang telah dilakukan
10. Hambatan pelayanan Kesehatan
11. Bantuan yang diperlukan segera
12. Rencana Tindak Lanjut.

jdih.kemkes.go.id

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



Gambar 7.1 Alur Penyampaian Informasi Awal Kejadian Bencana

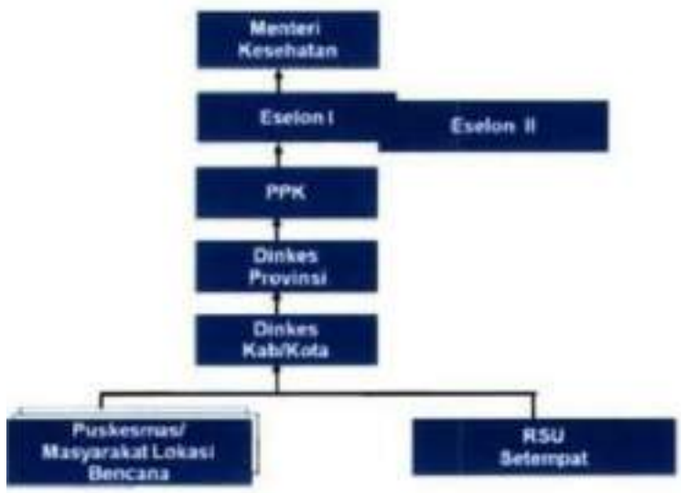
b. Informasi Kaji Cepat Kesehatan/*Rapid Health Assessment* (RHA)

Informasi ini dilaksanakan oleh tim *Rapid Health Assessment* (RHA) segera setelah menerima informasi awal terjadinya krisis sesuai dengan formulir laporan penilaian cepat kesehatan. Informasi RHA meliputi:

1. Nama Institusi/Lembaga
2. Jenis kejadian
3. Waktu kejadian (tanggal/bulan/tahun/pukul)
4. Deskripsi kejadian/kronologi
5. Lokasi kejadian
6. Jumlah korban (Meninggal, Hilang, Luka Berat/Rawat Inap, Luka Ringan/Rawat Jalan, Pengungsi, Penduduk Terdampak, Jenis Penyakit Potensi KLB, Penduduk Rentan)
7. Kondisi fasilitas umum
8. Kerusakan fasulitas Kesehatan
9. Kondisi sanitasi dan kesehatan lingkungan di lokasi penampungan pengungsi
10. Ketersediaan sumber daya
11. Upaya penanggulangan yang telah dilakukan
12. Bantuan yang diperlukan segera
13. Rekomendasi.

jdih.kemkes.go.id

Alur penyampaian penilaian kebutuhan cepat/Rapid Health Assessment (RHA) sebagai berikut.



Gambar 7.2 Alur Penyampaian Informasi *Rapid Health Assessment* (RHA)

III. Informasi Perkembangan

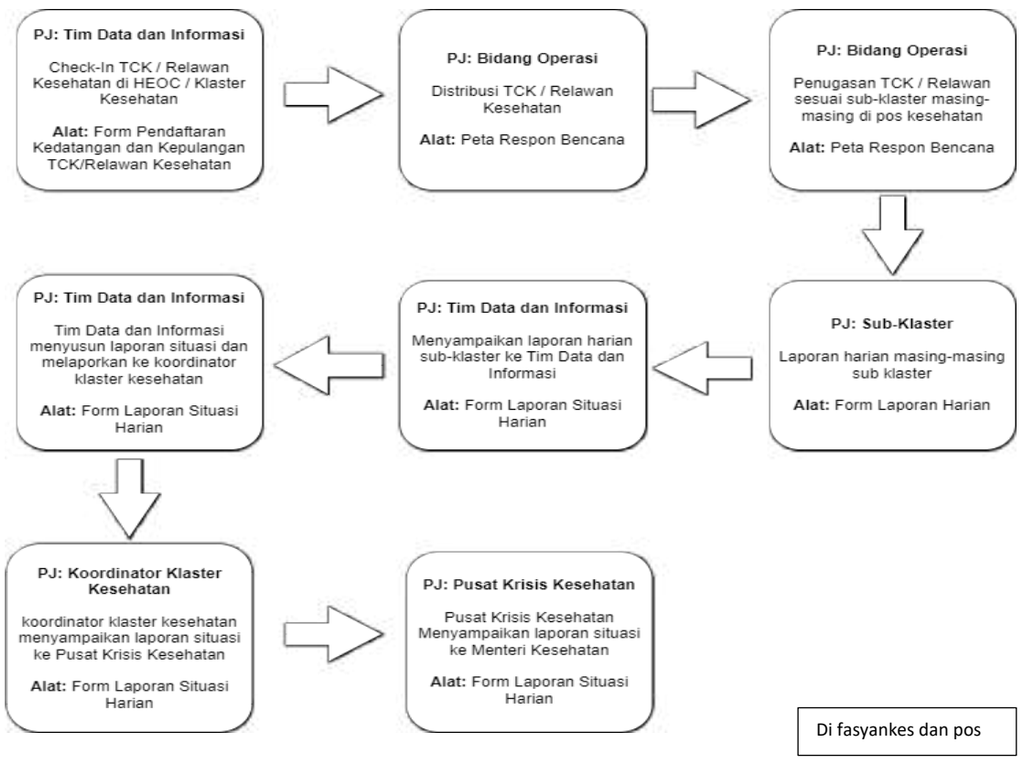
Informasi perkembangan kejadian krisis dihimpun setiap kali terjadi perkembangan informasi terkait dengan upaya penanganan krisis kesehatan. formulir penyampaian informasinya menggunakan formulir pelaporan perkembangan kejadian bencana. Informasi perkembangan meliputi:

1. Nama Institusi/Lembaga
2. Jenis kejadian
3. Waktu kejadian bencana (tanggal/bulan/tahun/pukul)
4. Waktu pelaporan perkembangan (tanggal/bulan/tahun/pukul)
5. Deskripsi kejadian/kronologi
6. Lokasi bencana
7. Jumlah korban keadaan terakhir (Meninggal, Hilang, Luka Berat/Rawat Inap, Luka Ringan/Rawat Jalan, Pengungsi dan Penduduk Rentan, Penduduk Terdampak, Jenis Penyakit yang dirawat jalan, Kondisi Gizi Pengungsi)
8. Kerusakan fasilitas kesehatan
9. Perkembangan kondisi kesehatan korban (Kumulatif jenis penyakit rawat jalan dan jenis penyakit rawat inap serta perkembangan kasus spesifik rawat inap)
10. Upaya penanggulangan yang telah dilakukan
11. Permasalahan
12. Bantuan segera yang dibutuhkan

jdih.kemkes.go.id

13. Rencana Tindak Lanjut

Pada saat krisis kesehatan maka akan dilakukan aktivasi Klaster Kesehatan, dimana tim data dan informasi pada klaster kesehatan bertugas menyelenggarakan manajemen data dan informasi Melakukan pelaporan harian untuk mengupdate informasi korban, permasalahan kesehatan, serta upaya yang dilakukan. Update laporan harian ini dilakukan 1 kali sehari atau lebih tergantung eskalasi bencana. Laporan dibuat setelah pertemuan rutin harian klaster kesehatan yang dilakukan setiap sore hari, yang dikoordinir / dipimpin oleh koordinator klaster kesehatan di level masing-masing. Laporan yang disampaikan berupa laporan situasi harian, (Sitrep) perkembangan korban, permasalahan kesehatan, upaya yang dilakukan masing-masing subklaster serta rencana tindak lanjut setiap pukul 16.00 sore.



Gambar 7.3 Bagan Alur Data Informasi Harian Klaster Kesehatan

- Tim Data dan Informasi menerima proses *Check-in* dan *Check-out* TCK / Relawan Kesehatan di HEOC / Klaster Kesehatan sesuai dengan petunjuk yang ada pada Form Pendaftaran Kedatangan dan Kepulangan TCK / Relawan Kesehatan.
- Bidang Operasi berdasarkan peta respon yang ada mendistribusikan TCK / Relawan Kesehatan dan menugaskan sesuai sub-klaster masing-masing pada fasilitas pelayanan kesehatan dan pos pengungsian

jdih.kemkes.go.id

- TCK/Relawan Kesehatan di masing-masing sub-klaster membuat laporan harian subklaster kesehatan, selanjutnya dikirim ke Tim Data dan Informasi
- Tim Data dan Informasi selanjutnya mengkompilasi dan menyusun Laporan Situasi harian Klaster Kesehatan berdasarkan laporan yang dikirimkan masing-masing sub-klaster, selanjutnya dikirimkan ke koordinator klaster Kesehatan untuk mendapat persetujuan.
- Koordinator klaster kesehatan mengirimkan laporan situasi harian ke Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan
- Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan melaporkan laporan situasi harian ke Menteri Kesehatan

IV. Informasi pada Pasca Krisis Kesehatan

Informasi pascakrisis diperlukan untuk mendukung pemulihan kondisi sistem kesehatan seperti pada kondisi prakrisis kesehatan dan membangun kembali lebih baik (*build back better*) dan aman (*safe*). Informasi pascakrisis disampaikan setelah masa tanggap darurat berakhir dan sedang dalam upaya rehabilitasi dan konstruksi. Informasi pascakrisis meliputi:

a. Hasil penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pascakrisis Kesehatan/ Jitupasna.

   Informasi yang dibutuhkan untuk penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pascakrisis terdapat pada Pedoman Penilaian Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan Bidang Kesehatan Pasca Bencana oleh Kementerian Kesehatan, Semua fasilitas pelayanan kesehatan, KKP, serta BTKL di setiap Kabupaten/Kota terdampak menyampaikan Hasil penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pascakrisis kesehatan secara berjenjang ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kemudian Dinas Kesehatan Provinsi kemudian disampaikan ke Kementerian Kesehatan melalui Pusat Krisis Kesehatan.

b. Kesepakatan rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan.

   Informasi pelaksanaan upaya Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan disesuaikan dengan format baku masing-masing program yang melaksanakan sesuai dengan tugasnya masing-masing. Dilaksanakan secara berjenjang oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kemudian Dinas Kesehatan Provinsi kemudian disampaikan ke Kementerian Kesehatan melalui Pusat Krisis Kesehatan.

jdih.kemkes.go.id

c. Hasil *monitoring* dan evaluasi terkait pelaksanaan kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan sesuai Rencana Aksi (Renaksi).

Pelaporan hasil monitoring dan evaluasi dilakukan sekurang-kurangnya setahun sekali pada akhir tahun anggaran untuk rencana aksi antara 1-3 tahun. Untuk rencana aksi kurang dari 1 tahun, maka pelaporan dilakukan sekurang-kurangnya 1 kali di akhir penyelesaian pelaksanaan. Dilaksanakan secara berjenjang oleh Pelaksana RR bidang Kesehatan (Pemerintah, Swasta, dan masyarakat) kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kemudian Dinas Kesehatan Provinsi kemudian disampaikan ke Kementerian Kesehatan melalui Pusat Krisis Kesehatan.

V. FORMULIR DATA DAN INFORMASI KRISIS KESEHATAN

a. Pra Krisis Kesehatan

Pada tahap ini memiliki beberapa formulir dalam pengelolaan data dan informasi yang meliputi:

1. Formulir Penilaian Risiko

   Formulir berupa kuesioner yang disiapkan secara *offline* maupun *online* (yang menghasilkan informasi profil penanggulangan krisis kesehatan dinas Kesehatan kab/kota/provinsi. Tujuan *assessment* sebagai berikut.

   a) mengetahui kapasitas dinas kesehatan dalam penerapan manajemen penanggulangan krisis kesehatan.
   b) mengetahui kendala yang dihadapi dinas kesehatan dalam upaya penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana.
   c) Mendapatkan rekomendasi terkait dengan upaya peningkatan kapasitas dinas kesehatan dalam penanggulangan krisis Kesehatan.

2. Formulir Pendaftaran Sumber Daya Manusia (SDM) sebagai Tenaga Cadangan Kesehatan

   Formulir disiapkan dalam bentuk online yang sudah terintegrasi dengan Satu Sehat dan Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK), yang dapat memberikan informasi database jumlah, jenis dan sebaran tenaga kesehatan yang siap dimobilisasi pada saat dibutuhkan. Pendaftaran dapat melalui link

   https://tenagacadangankesehatan.kemkes.go.id/.

jdih.kemkes.go.id

b. Darurat Krisis Kesehatan

Sesaat setelah kejadian bencana atau krisis kesehatan yang pertama harus dilakukan adalah menilai besaran dampak kesehatan akibat bencana/krisis kesehatan dan melaporkannya. Adapun formulir yang digunakan pada saat darurat krisis kesehatan sebagai berikut.

1. Formulir pelaporan kejadian awal dan perkembangan.
2. Formulir Kaji Cepat Kesehatan/*Rapid Health Assessment* (RHA)
3. Formulir pelaporan *Emergency Medical Team* (EMT)/Pos Kesehatan
4. Formulir pelaporan harian puskesmas
5. Formulir pelaporan harian Rumah Sakit
6. Pelaporan korban meninggal
7. Formulir registrasi relawan di *Health Emergency Operation Centre* (HEOC).
8. Laporan Situasi harian klaster kesehatan

c. Pasca Krisis Kesehatan

Pada tahap pasca krisis kesehatan formulir yang digunakan merupakan kuisioner penilaian kapasitas untuk dinas kesehatan, Rumah Sakit dan Puskesmas.

VI. SARANA PENYAMPAIAN INFORMASI

Informasi penanggulangan krisis kesehatan penting untuk disampaikan agar pemangku kebijakan maupun masyarakat dapat mengetahui risiko dan upaya apa yang perlu dilakukan jika terjadi krisis. Sarana penyampaian informasi ini dapat disampaikan melalui berbagai media mengikuti perkembangan teknologi terkini.

Informasi yang terdapat pada saat terjadi bencana seperti informasi awal kejadian bencana, informasi penilaian kebutuhan cepat dan informasi perkembangan kejadian bencana dapat disampaikan melalui telepon (021-5265043, 50210411) atau melalui aplikasi komunikasi/*chatting whatsapp* di nomor 0811163119 atau email pusatkrisis@kemkes.go.id. Penyampaian informasi terkait kejadian bencana yang berpotensi krisis kesehatan juga dapat disampaikan melalui berbagai media sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 1

FORMULIR KAJIAN RISIKO KRISIS KESEHATAN

KABUPATEN/KOTA

KUISIONER

KAJIAN RISIKO KRISIS KESEHATAN

DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA

<table>
<tr><th colspan="3">No</th><th>Indikator</th><th>Definisi Operasional</th></tr>
<tr><td>I</td><td colspan="3">UMUM</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>1. Dinas Kesehatan :
2. Alamat (lengkap) :
3. Telepon :
4. Fax :
5. Website :
6. Email :</td><td>Cukup jelas</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>7. Responden :
1. Nama :
Jabatan :
No. Hp :
2. Nama :
Jabatan :
No. Hp :</td><td>Responden utama adalah pejabat dan pengelola krisis kesehatan di Dinas Kesehatan

Responden tambahan untuk triangulasi data adalah CP di BPBD setempat, RS rujukan dan Puskesmas rawan bencana</td></tr>
<tr><td>II</td><td colspan="3">GAMBARAN UMUM DAN AKSESIBILITAS WILAYAH</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>A</td><td colspan="2">Luas Wilayah dan Jumlah Penduduk</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>1. Luas wilayah, jumlah dan kepadatan penduduk kabupaten/kota dan kecamatan, jumlah dan kepadatan penduduk di kabupaten/kota
<table>
<tr><th>No</th><th>Kode Wilayah</th><th>Uraian</th><th>Luas Wilayah (m^2)</th><th>Jumlah Penduduk</th><th>Topografi</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>Kabupaten/kota</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td><td>Cukup jelas</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">No</th><th>Indikator</th><th>Definisi Operasional</th></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>
<table>
<tr><td>2</td><td></td><td>Kecamatan</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>2. Batas wilayah :
● Utara :
● Selatan :
● Barat :
● Timur :</td><td>Cukup jelas</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>3. Jumlah populasi kelompok rentan (balita, bumil, buteki, lansia dan penyandang disabilitas)
<table>
<tr><th rowspan="2">No</th><th rowspan="2">Kode Wilayah</th><th rowspan="2">Uraian</th><th colspan="6">Jumlah Populasi Rentan</th></tr>
<tr><th>Bayi</th><th>Balita</th><th>Ibu Hamil</th><th>Ibu Menyusui</th><th>Lansia</th><th>Penyandang Disabilitas</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>Kabupaten/ kota</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td></td><td>Kecamatan</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td><td>Cukup jelas</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>4. Nilai IPM (Indeks Pembangunan Manusia) kabupaten/kota .....</td><td rowspan="2">Cukup jelas</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>5. Nilai IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) kabupaten/kota .....</td></tr>
<tr><td></td><td>B</td><td colspan="2">Akses Komunikasi</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>6. Bagaimana akses komunikasi di Kabupaten?
● Lancar
● Sulit
● Tidak tentu.
Deskripsikan masing-masing jawaban</td><td>a. Komunikasi lancar bila hampir seluruh wilayah tidak bermasalah (>50% tidak bermasalah)
b. Komunikasi sulit bila hampir seluruh wilayah bermasalah (>50% bermasalah)
c. Komunikasi tidak tentu bila sebagian wilayah</td></tr>
</table>

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
			bermasalah sedangkan sebagian lainnya tidak bermasalah (50:50)
		7. Alat komunikasi apa saja yang dapat digunakan? ● Telepon ● HP ● Fax ● Internet ● Telepon Satelit ● Radio Komunikasi	Cukup jelas
		8. Bagaimana akses komunikasi ke Ibukota Provinsi? ● Lancar ● Sulit ● Tidak tentu.	Akses komunikasi dari Dinkes ke Ibukota Provinsi
		9. Apakah ada kerjasama antara Dinas Kesehatan dengan RAPI/ORARI dan masyarakat dalam hal pemanfaatan Radio Komunikasi? Bila ya mohon FC SK/surat kesepakatan kerja sama.	Cukup jelas
	C	Akses Transportasi	
		10. Bagaimana akses transportasi ke kecamatan dan Ibukota Provinsi? (Mudah/Sulit) Melalui : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Darat ● Sungai ● Laut ● Udara	Cukup jelas
		11. Jenis alat transportasi apa saja yang dapat digunakan untuk mencapai tiap kecamatan? (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Mobil ● Sepeda Motor ● Perahu ● Kapal Laut ● Pesawat ● Lainnya, Sebutkan …..	Cukup jelas
		12. Jenis alat transportasi apa saja yang dapat digunakan untuk mencapai Ibukota Provinsi? (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Mobil ● Sepeda Motor ● Perahu ● Kapal Laut ● Pesawat	Cukup jelas

jdih.kemkes.go.id

<table>
<tr><th colspan="2">No</th><th>Indikator</th><th>Definisi Operasional</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>● Lainnya, sebutkan .....</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>13. Waktu tempuh dari ibukota kabupaten/kota ibu kota provinsi.....</td><td>Cukup jelas</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>14. Jarak yang ditempuh dari ibu kota kabupaten/kota ke ibukota provinsi? (Dalam km)</td><td>Cukup jelas</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>15. Berapa jarak dan waktu tempuh dari ibukota kabupaten ke Rumah Sakit Rujukan terdekat? (Dalam km)</td><td>RS rujukan terdekat adalah RS rujukan terdekat yang bisa digunakan untuk penanganan korban krisis kesehatan</td></tr>
<tr><td>III</td><td colspan="3">KRISIS KESEHATAN</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>16. Jenis ancaman bencana di wilayah ini? (Jawaban boleh lebih dari satu)
● Gempa Bumi
● Tsunami
● Kebakaran Hutan dan Lahan
● Kegagalan Teknologi
● Kekeringan
● Banjir
● Banjir Bandang
● Erupsi Gunung Api
● Tanah Longsor
● Konflik Sosial
● Angin Puting Beliung
● Kebakaran
● Kecelakaan Transportasi
● Kecelakaan Industri
● KLB Keracunan
● KLB Penyakit
● Aksi Teror dan sabotase
● Gelombang ekstrim dan Abrasi
● Lainnya, sebutkan : .....</td><td>Bencana yang pernah terjadi dan bencana lain yang berisiko bisa terjadi. Ditanyakan juga ancaman bencana utama (bisa di cross check saat penyusunan peta respon)</td></tr>
<tr><td>IV</td><td colspan="3">FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>17. Nama dan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan ?
<table>
<tr><th>No</th><th>Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan</th><th>Jumlah</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Rumah Sakit (RS Khusus Covid-19 + RS Pelayanan Umum/Ibu/Anak/Bersalin)</td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>Puskesmas Perawatan</td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>Puskesmas Non Perawatan</td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>Klinik Swasta</td><td></td></tr>
</table></td><td>Jumlah meliputi RS (dirinci berapa RS Khusus Covid-19 + RS Pelayanan Umum/Ibu/Anak /Bersalin)+ Puskesmas perawatan + Puskesmas non perawatan + klinik swasta (karena</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">No</th><th>Indikator</th><th>Definisi Operasional</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td>JUMLAH</td><td></td></tr>
</table>
</td><td>Puskesmas PONED bisa masuk Puskesmas perawatan/non perawatan)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>18. Nama RS, jumlah tempat tidur dan BOR di tiap Rumah Sakit?
<table>
<tr><th>No</th><th>Nama RS</th><th>Tipe RS</th><th>Kapasitas Tempat Tidur</th><th>Apakah sudah memiliki Hospital Disaster Plan/Perencanaan Penanggulangan Bencana?</th><th>BOR</th><th>Apakah memiliki T Penanggulan Bencan (tunjukka SK)</th></tr>
<tr><td>(1)</td><td>(2)</td><td>(3)</td><td>(4)</td><td>(5)</td><td>(6)</td><td>(7)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td><td>Hospital disaster plan perencanaan RS yang sesuai dengan ancaman bahaya di wilayah tersebut

Tim penanggulangan bencana Tim manajerial untuk penyiapan penanggulangan bencana di RS

Emergency Medical Team Tim medis di RS yang siap untuk dimobilisasi ke luar RS untuk melakukan pelayanan kesehatan di lokasi bencana

Semua RS di Provinsi/Kabupaten/Kota tersebut harus dimasukkan datanya oleh Petugas Dinas Kesehatan, bukan hanya RS yang di datangi. Data bisa di dapat dari RS online</td></tr>
<tr><td>V</td><td colspan="3">SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN</td></tr>
</table>

jdih.kemkes.go.id

<table>
<tr><th colspan="2">No</th><th>Indikator</th><th>Definisi Operasional</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>19. Data ketenagaan pada unit yang mengkoordinir upaya penanggulangan krisis kesehatan di dinas kesehatan.
<table>
<tr><th>No</th><th>Tingkat Pendidikan</th><th>Jumlah</th></tr>
<tr><td>(1)</td><td>(2)</td><td>(3)</td></tr>
<tr><td>1.</td><td>S2 Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>2.</td><td>S2 non Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>3.</td><td>S1/D4 Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>4.</td><td>S1/D4 non Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>5.</td><td>D3 Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>6.</td><td>D3 non Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>7.</td><td>SLTA Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>8.</td><td>SLTA Umum</td><td></td></tr>
<tr><td>9.</td><td>SLTP</td><td></td></tr>
<tr><td>10.</td><td>SD</td><td></td></tr>
<tr><td>11.</td><td>.....
.....</td><td></td></tr>
</table></td><td>Seluruh tenaga di unit yang mengkoordinir upaya penanggulangan krisis kesehatan (misal seksi P2 atau yankes dsb) (hanya tenaga di unit yang mengkoordinir, bukan seluruh tenaga di Dinas Kesehatan)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>20. Data jumlah tenaga kesehatan di seluruh fasyankes di kabupaten/kota
<table>
<tr><th>No</th><th>Jenis SDM Kesehatan</th><th>Jumlah</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Dokter Spesialis</td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>Dokter Umum</td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>Perawat</td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>Bidan</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">JUMLAH</td><td></td></tr>
</table></td><td>Cukup jelas</td></tr>
<tr><td>VI</td><td colspan="3">KERANGKA HUKUM, MEKANISME KOORDINASI DAN STRUKTUR ORGANISASI TERKAIT PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN</td></tr>
<tr><td></td><td>A</td><td colspan="2">Kebijakan/Peraturan Terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>21. Apakah pemerintah daerah pernah membuat Perda/SK Bupati terkait penanggulangan bencana/krisis kesehatan?
Bila ada, mohon disebutkan nomor, tahun dan judul peraturan daerah tersebut.</td><td>Cukup jelas (bila daerah tersebut ada BPBD pasti ada Perda/SK Bupati terkait penanggulangan bencana)

Termasuk Perda/SK</td></tr>
</table>

No		Indikator	Definisi Operasional
			Penanggulangan Covid-19
		22. Apakah dinas kesehatan pernah membuat kebijakan/peraturan terkait penanggulangan krisis kesehatan? Bila ada, mohon disebutkan nomor, tahun dan judul peraturan dinkes tersebut.	Termasuk peraturan/kebijakan terkait Penanggulangan Covid-19
	B	Struktur Organisasi Penanggulangan Krisis Kesehatan	
		23. Apakah dinas kesehatan memiliki unit kerja yang memiliki tupoksi sebagai koordinator dalam penanggulangan krisis kesehatan. Bila TIDAK terletak di struktur, siapakah pelaksana koordinator penanggulangan krisis kesehatan?	Unit kerja yang mengkoordinir upaya penanggulangan krisis Kesehatan termasuk penanggulangan Covid-19 (misalnya bidang Yankes/P2)
		24. Apakah dinas kesehatan kabupaten/kota telah membentuk klaster kesehatan di wilayahnya? Bila YA agar menunjukkan SK Klaster Kesehatan. Bila BELUM, mengapa?	Cukup jelas
	C	Mekanisme Koordinasi Penanggulangan Krisis Kesehatan	
		25. Pelaksanaan pertemuan koordinasi klaster kesehatan : ● Rutin, tidak hanya kalau terjadi bencana ● Sewaktu-waktu saja, bila terjadi bencana/ada hal yang penting	Pertemuan koordinasi klaster kesehatan, pertemuan koordinasi penanggulangan Covid-19
		26. Unit apa saja yang terlibat dalam pertemuan koordinasi tersebut ? (Jawaban boleh lebih dari satu) ● BPBD ● Lintas program di Dinkes/koordinator sub-sub klaster kesehatan ● Lintas sektor anggota klaster bencana ● LSM ● Perguruan Tinggi ● Masyarakat ● Lembaga Usaha ● Lainnya, sebutkan……	Cukup jelas
VII	KEPEMILIKAN TIM PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN		
		27. Apakah kabupaten/kota telah memiliki tim penanggulangan krisis kesehatan? Bila TIDAK, mengapa?	Tim penanggulangan krisis kesehatan, tim

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
			penanggulangan Covid-19. Tim tidak hanya berasal dari dinas kesehatan, bisa dari Puskesmas, RS atau PSC
		28. Bila memiliki, Tim apa sajakah yang tersedia : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Tim RHA ● Tim Penyelidikan Epidemiologi ● Tim Gerak Cepat (TGC) / *Emergency Medical Team* (EMT) dan *Public Health Rapid Response Team* (PHRRT)	Cukup jelas
		29. Apakah pembentukan tim tersebut telah ditetapkan dengan SK Kadinkes/Direktur RS/Bupati? Bila YA, mohon foto kopi SK.	Cukup jelas
		30. Apakah tersedia SOP Mekanisme Mobilisasi Tim Gerak Cepat/EMT dan PHRRT dan Tim RHA ? Bila TIDAK, mengapa? Bila YA : Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Jenis tenaga tiap tim ● Waktu mobilisasi setelah kejadian bencana (a. 1 - 24 jam,b. 1 - 72 jam, c. lain-lain sebutkan……) ● Mekanisme mobilisasi ● Lainnya, sebutkan …..	Cukup jelas
		31. Apabila setiap puskesmas telah memiliki tim medis untuk kedaruratan (*Emergency Medical Team*)? Bila YA, mohon disampaikan SK Pembentukan Tim.	Tim medis di Puskesmas yang siap untuk dimobilisasi ke luar Puskesmas untuk melakukan pelayanan kesehatan di lokasi bencana
		32. Apakah dinkes kabupaten/kota telah memetakan/mengidentifikasi ketersediaan tenaga-tenaga kesehatan yang siap untuk dimobilisasi pada saat bencana? ● Ya, sudah ada data di seluruh fasyankes di wilayah kabupaten/kota ● Ya, sudah ada data di sebagian fasyankes, karena…….	Cukup jelas

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
		● Belum sama sekali, karena …..	
VIII	RENCANA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN		
		33. Apakah dinas kesehatan telah menyusun rencana kontinjensi bidang kesehatan? Bila TIDAK, Mengapa ? Bila jawaban TIDAK, maka lanjut pada pertanyaan No. 37. Bila jawaban YA, lanjut pada pertanyaan No. 34 – 36 berikut :	Cukup jelas
		34. Apa judul dan tahun pembuatan rencana kontinjensi tersebut dan sumber pembiayaan untuk penyusunannya?	Cukup jelas
		35. Apakah rencana kontinjensi ini telah menjadi bagian dari perencanaan BPBD kabupaten/kota?	Cukup jelas
		36. Apakah rencana kontinjensi yang telah disusun : ● Sudah ditandatangani Bupati ● Sudah ditandatangani Kepala Dinas Kesehatan ● Masih sebatas Draft (Mintakan *soft copy* atau *hard copy* Dokumen Rencana Kontinjensi).	Cukup jelas
		37. Apakah dinas kesehatan telah melakukan TTX, Simulasi, gladi bencana bidang kesehatan berdasarkan rencana kontinjensi yang disusun? Bila YA, berapa kali dalam 5 tahun dan siapa penyelenggaranya?	Cukup jelas
		38. Apakah dilakukan evaluasi setelah pelaksanaan gladi? Bila TIDAK, mengapa? Bila YA, apakah dilakukan revisi rencana kontinjensi setelah dievaluasi?	Cukup jelas
IX	*STANDARD OPERATING PROCEDURE* (SOP) TERKAIT PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN		
		39. Apakah tersedia SOP Mekanisme Koordinasi Terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan? Bila YA, apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Mekanisme koordinasi pra krisis kesehatan ● Mekanisme koordinasi saat krisis ● Mekanisme koordinasi pasca krisis kesehatan. Bila TIDAK, bagaimana pelaksanaan koordinasi dalam penanggulangan krisis kesehatan yang pernah dilakukan selama ini?	Bila ada SOP Mekanisme Koordinasi Terkait Penanggulangan Covid-19 dianggap ada

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
		40. Apakah tersedia SOP Penanganan Korban Bencana di Lapangan? Bila YA : Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Jenis tenaga ● Kompetensi tenaga ● Struktur Organisasi (Penanggung Jawab) ● Tata laksana penanganan korban ● Lainnya, sebutkan ..... Bila TIDAK, bagaimana mekanisme penanganan korban bencana di lapangan yang dilakukan selama ini	Bila ada SOP Penanganan Covid-19 dianggap ada
		41. Apakah tersedia SOP Pengelolaan Obat dan Logistik Kesehatan? Bila YA : Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Jenis tenaga ● Kompetensi tenaga ● Struktur Organisasi (Penanggung Jawab) ● Jenis obat dan logistik kesehatan ● Mekanisme mobilisasi ● Alur permintaan kebutuhan ● Lainnya, sebutkan ..... Bila TIDAK, bagaimana mekanisme pengelolaan obat dan logistik kesehatan yang dilakukan selama ini ?	Bila ada SOP Pengelolaan Obat dan Logistik Covid-19 dianggap ada
		42. Apakah tersedia SOP Pengelolaan Bantuan Relawan ? Bila YA, Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Jenis relawan ● Kompetensi relawan ● Jumlah relawan ● Cp yang harus dihubungi ● Lainnya, sebutkan ..... Bila TIDAK, bagaimana mekanisme mobilisasi bantuan relawan yang dilakukan selama ini ?	Cukup jelas
		43. Apakah tersedia SOP Pemantauan Kejadian Krisis Kesehatan ? Bila YA : Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Pelaksanaan pemantauan 24 jam ● Struktur Organisasi (Penanggung Jawab) ● Jenis dan kompetensi petugas ● Alat komunikasi yang digunakan (HP, televisi, telepon, fax, telepon satelit, internet,dll) ● Lainnya, sebutkan	Bila ada SOP Pemantauan Covid-19 dianggap ada

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
		Bila jawaban nomor 43 TIDAK, bagaimana mekanisme pelaksanaan pemantauan kejadian krisis kesehatan yang dilakukan selama ini ?	
		44. Apakah tersedia SOP Pelaporan Kejadian Krisis Kesehatan ? Bila YA : Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Alur pelaporan berjenjang dari Dinkes Kab - Dinkes Prov - Kemenkes ● Format pelaporan sesuai peraturan yang berlaku ● Struktur organisasi (Penanggung jawab) ● Alat pengolah data yang digunakan (laptop, komputer, internet, dll), media penyebaran informasi (website, buletin, laporan,dll) ● Lainnya, sebutkan ..... Bila TIDAK, bagaimana mekanisme pelaporan kejadian krisis kesehatan yang dilakukan selama ini ?	Bila ada SOP Pelaporan Covid-19 dianggap ada
		45. Apakah tersedia SOP Sistem Rujukan (pra RS – RS) apabila terjadi bencana dengan korban massal ? Bila YA : Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Daftar RS Rujukan ● Sarana prasarana/ambulans ● Jenis dan Kompetensi SDM ● Waktu tiba di lokasi kejadian ● Waktu rujukan ● Jejaring antar RS ● Call center ● Lainnya, sebutkan ..... Bila TIDAK, bagaimana mekanisme sistem rujukan pada kejadian krisis kesehatan yang dilakukan selama ini ?	Bila ada SOP Sistem Rujukan Covid-19 dianggap ada
		46. Apakah tersedia SOP Pelayanan Kesehatan untuk Penanggulangan Krisis Kesehatan? Bila YA, apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Pelayanan kesehatan dasar ● Pelayanan gizi ● Kesehatan reproduksi ● Kesehatan jiwa ● Kesehatan lingkungan ● Promosi kesehatan ● Surveilans ● Lainnya, sebutkan ..... Bila TIDAK, bagaimana mekanisme pelayanan kesehatan pada kejadian krisis kesehatan yang dilakukan selama ini ?	Bila ada SOP Pelayanan Kesehatan untuk Covid-19 dianggap ada
X	PEMBIAYAAN PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN		

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
	A	Anggaran Pengurangan Risiko Krisis Kesehatan	
		47. Apakah Dinas Kesehatan mengalokasikan anggaran untuk kegiatan pengurangan risiko krisis Kesehatan ? Bila YA, untuk program/kegiatan pengurangan risiko kesehatan apa saja anggaran tersebut digunakan? (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Peningkatan kapasitas petugas ● Sosialisasi dan advokasi kebijakan ● Penyusunan SOP/Pedoman/Juklak ● Gladi/Simulasi ● Pengadaan Sarana Prasarana ● Pengadaan alat kesehatan ● Pengadaan obat ● Lainnya, sebutkan ..... Bila TIDAK, mengapa?	Termasuk didalamnya alokasi anggaran untuk kegiatan pengurangan risiko Covid-19
	B	Anggaran Saat Tanggap Darurat	
		48. Apakah dinas kesehatan menerima DAK? Bila YA, apakah digunakan untuk upaya pengurangan risiko krisis kesehatan?	Cukup jelas
		49. Apakah dinas kesehatan telah mengetahui adanya Dana Siap Pakai (DSP) di BNPB dan Data Tak Terduga (DTT) BPBD yang dapat digunakan untuk penanganan masa tanggap darurat? ● Memahami DSP ● Memahami DTT	Cukup jelas
XI		KETERLIBATAN INSTITUSI/LEMBAGA NON PEMERINTAHAN DALAM PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN	
		50. Apakah dinas kesehatan telah mengidentifikasi institusi/lembaga non pemerintahan yang dilibatkan dalam penanggulangan krisis kesehatan?	Cukup jelas
		51. Apakah dinas kesehatan pernah mengadakan MoU dengan LSM/Instansi/lembaga non pemerintah dalam penanggulangan krisis kesehatan? Bila YA, Institusi/lembaga apa dan terkait kegiatan apa?	Cukup jelas
XII		PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN	
		52. Apakah Dinas Kesehatan/Puskesmas telah melakukan fasilitasi kepada masyarakat dalam rangka pemberdayaan masyarakat terkait penanggulangan krisis kesehatan? Bila YA : ● Dalam bentuk apakah kegiatan fasilitasi pemberdayaan masyarakat tersebut dilakukan? (Jawaban boleh lebih dari satu) a. Analisa Risiko krisis kesehatan akibat Bencana b. Penyusunan Perencanaan Masyarakat dalam PKK c. Sosialisasi Penanggulangan Krisis Kesehatan d. Pelatihan/Peningkatan Kapasitas terkait PKK	Bila BPBD atau institusi lain memiliki kegiatan pemberdayaan masyarakat yang berkelanjutan terkait penanggulangan krisis kesehatan yang melibatkan dinkes dianggap ada

jdih.kemkes.go.id

<table>
<tr><th colspan="2">No</th><th>Indikator</th><th>Definisi Operasional</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>e. Table Top Exercise (TTX)
f. Simulasi/Gladi Penanggulangan Krisis Kesehatan
g. Lainnya, sebutkan …..
● Unsur/elemen masyarakat apa saja yang dilibatkan ? (Jawaban boleh lebih dari satu)
a. Karang taruna
b. Pramuka
c. Pelajar
d. Mahasiswa
e. Ibu- ibu PKK
f. Kader posyandu
g. Lainnya, sebutkan ……
Bila TIDAK, mengapa?</td><td></td></tr>
<tr><td>XIII</td><td colspan="3">PENINGKATAN KAPASITAS PETUGAS PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>53. Apakah dinas kesehatan memiliki petugas yang terlatih terkait penanggulangan krisis kesehatan?
<table><tr><th rowspan="2">No</th><th rowspan="2">Unit</th><th colspan="3">Jumlah Tenaga Kesehatan Yang Pernah Dilatih</th><th rowspan="2">JUMLAH</th></tr><tr><th>Manajemen PKK</th><th>Teknis Medis</th><th>Teknis Non Medis</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>Bila TIDAK, mengapa?</td><td>Manajemen PKK (Manajemen Bencana, TTX Manajemen Bencana, Hosdip, Gladi/Simulasi), Teknis Medis (BHD, BCLS, ATLS, ACLS, GELS, PPGD), Teknis Non medis (Renkon, Peta Respon, SIPKK, Radkom, DALA, RHA, Gizi Darurat, TRC, PPAM, PFA, Kesling Darurat)

Petugas yang terlatih penanggulangan krisis kesehatan tidak hanya di dinas kesehatan, namun seluruh petugas terlatih di wilayah kab/kota yang dapat dimobilisasi pada saat terjadi bencana</td></tr>
</table>

No		Indikator	Definisi Operasional
		54. Apakah dinas kesehatan memiliki perencanaan peningkatan kapasitas SDM terkait penanggulangan krisis Kesehatan yang rutin dan berkesinambungan? Bila YA, apa saja program untuk melakukan hal tersebut? Bila TIDAK, Mengapa?	Memiliki perencanaan untuk sekurang-kurangnya 5 tahun (punya program pelatihan terkait penanggulangan krisis kesehatan dan alokasi anggaran untuk pelatihan yang berkesinambungan)
XIV	MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN (PRA, SAAT DAN PASCA)		
		55. Apakah tersedia data kejadian krisis kesehatan 5 tahun terakhir?	Bila hanya ada data krisis kesehatan >3 tahun terakhir dianggap ada
		56. Data yang tersedia disimpan dalam bentuk apa? (Jawaban bisa lebih dari satu) ● *Hard copy* ● *Soft copy* ● *Cloud*	Cukup jelas
		57. Apakah tersedia daftar kontak person lintas program dan lintas sektor terkait penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana baik di tingkat kabupaten/kota maupun provinsi? ● YA (lampirkan fotocopy atau *soft copy* data kontak personnya) ● TIDAK, alasannya.....	Daftar kontak person harus dalam bentuk tertulis (intinya dapat diakses oleh siapapun/orang pengganti jika terjadi bencana
		58. Apakah tersedia media informasi yang dapat diakses oleh seluruh masyarakat untuk untuk meningkatkan kesadaran dalam kesiapsiagaan bencana? Bila YA, dalam bentuk apa ? (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Website ● Buletin ● Buku ● Poster ● Leaflet ● Lainnya, sebutkan	Termasuk di dalamnya kesiapsiagaan menghadapi Covid-19
		59. Apakah tersediasarana pengumpulan, pengolahan data dan penyampaian informasi terkait penanggulangan krisis kesehatan? Berupa apa?	Cukup jelas

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
		(Jawaban boleh lebih dari satu) ● Telepon ● Fax ● HP ● Telepon satelit ● Radio komunikasi ● Laptop ● Komputer ● Internet ● Lainnya, sebutkan …..	
		60. Apakah dinkes kabupaten/kota sudah memiliki sistem pemantauan krisis kesehatan 24 jam?	Cukup jelas
XV	KAPASITAS UNTUK MEMETAKAN RISIKO KRISIS KESEHATAN		
		61. Apakah dinas kesehatan memiliki peta/pemetaan kapasitas atau data kapasitas sumber daya yang dapat digunakan untuk penanggulangan krisis kesehatan? (SDM, Sarana Prasarana)	Kapasitas yang dimaksud berhubungan langsung dengan Kesehatan dalam lingkup wilayahnya (Kabupaten/Kota) meliputi data SDM dan fasyankes, tidak perlu dalam bentuk peta, dapat dalam bentuk dokumen (excel atau word)
		62. apakah dinas kesehatan memiliki peta/pemetaan kelompok rentan per kecamatan di kabupaten/kota?	Kelompok rentan yang dimaksud adalah ibu hamil, buteki, bayi, balita, lansia, penyandang cacat. Lebih bagus lagi bila data kelompok rentan tersebut disandingkan dengan data kelompok rentan BPBD. Tidak perlu dalam bentuk peta, dapat dalam bentuk dokumen (excel atau word). Bisa diambil dari data profil daerah.

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
		63. Apakah tersedia peta/pemetaan jenis ancaman bencana per kecamatan di kabupaten/kota?	Peta jenis ancaman bencana disusun oleh BPBD. Namun bila BPBD belum membuat, Dinkes diharapkan membuat sendiri. Tidak perlu dalam bentuk peta, dapat dalam bentuk dokumen (excel atau word). Harus dibuktikan dengan dokumen
XVI	FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN YANG AMAN TERHADAP BENCANA		
		64. Apakah telah dilakukan penilaian risiko fasilitas pelayanan kesehatan di kabupaten/kota terhadap berbagai ancaman bencana yang terjadi di wilayah tersebut? ● Ya, sebagian/seluruh fasyankes telah dilakukan penilaian risiko ● Ya, namun hanya sebagian kecil fasyankes yang telah dilakukan penilaian risiko ● Belum ada sama sekali	Penilaian risiko fasyankes adalah yang dilakukannya assesment pada fasyankes untuk menilai hazard, kerentanan dan kapasitasnya. Misalnya hazard yg mungkin terjadi di RS tb adalah kebakaran, gempa, banjir dan angin topan, dll Kerentanan fasyankes dinilai dari : a. lokasi bangunannya (misalnya dibangun di lokasi tjd tsunami atw tdk, dsb); b. Struktur bangunannya apakah sudah kuat utk menghadapi ancaman

No		Indikator	Definisi Operasional
			bencana di Wilayahnya. Misalnya daerah tsb wilayah gempa , bangunannya hrsnya tahan gempa; c. Non strukturalnya spt langit2 , jendela, pintu, peralatan medik, peralatan lab, jalur evakuasi dsb sdh memenuh standard keamanan dan keselamatan dan tetap aman bila tjd bencana. Kapasitas fasyankes dinilai dari SDMnya, SOP2nya, sistem komando yg dibangun. Yang melakukan assessment bisa oleh Fasyankes itu sendiri bisa dari luar fasyankes (misal PU, Universitas, LSM dsb). Yg penting hasil analisis risikonya diterima oleh fasyankes yg bersangkutan utk dpt ditindaklanjuti
		65. Bila jawaban No. 64 YA, apakah telah dilakukan mitigasi menindaklanjuti hasil penilaian risiko tersebut ? Bila TIDAK, mengapa ?	Cukup jelas Harus dibuktikan dengan dokumen

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
		66. Apakah Dinkes memiliki program yang berkesinambungan untuk implementasi fasyankes yang aman terhadap bencana ? Bila YA, apa saja? Bila TIDAK, mengapa ?	
XVII	SISTEM PERINGATAN DINI DAN SURVEILANS PENYAKIT		
		67. Apakah telah tersedia sistem peringatan dini untuk seluruh ancaman kejadian bencana di wilayahnya ? ● Ya, sebagian/seluruh ancaman bencana sudah ada sistem peringatan dininya ● Ya, namun hanya sebagian kecil ancaman bencana yang sudah ada sistem peringatan dininya ● Belum ada sama sekali	Sistem peringatan dini meliputi bencana alam, non alam maupun sosial. Hampir semua kab/kota telah memiliki SKDR. Sehingga yang perlu digali apakah ancaman-ancaman di wilayah tersebut telah memiliki sistem peringatan dini Pertanyaan tambahan umumnya kabupaten/kota karena telah memiliki SKDR maka otomatis mereka telah memantau penyakit-penyakit potensi wabah. Yang perlu digali lebih dalam apakah ada penyakit endemis dan apakah mereka juga memantau penyakit-penyakit tidak menular Contoh kasus : EWS gempa ada di BPBD, alert gempa disampaikan ke dinkes melalui WA

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
			grup dianggap ada
XVIII	SARANA DAN PRASARANA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN		
		68. Apakah tersedia sarana prasarana khusus untuk penanggulangan krisis kesehatan ? Bila jawaban nomor 68 YA :	Termasuk di dalamnya sarana prasarana untuk penanggulangan Covid-19
		69. Apakah penyediaan sarana prasarana penanggulangan krisis kesehatan telah menyesuaikan dengan jenis ancaman bencana di wilayah kabupaten/kota ?	
		70. Apakah dilakukan pemeliharaan sarana prasarana tersebut secara berkala/rutin?	
		71. Apakah sarana prasarana tersebut sudah tersedia cukup sesuai dengan kebutuhan? Bila belum, mengapa?	
XIX	*PUBLIC SAFETY CENTER* (PSC)		
		72. Apakah pemerintah kabupaten/kota sudah memiliki PSC 24 Jam untuk pelayanan kegawatdaruratan terpadu?	Cukup jelas

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 2

FORMULIR KAJIAN RISIKO KRISIS KESEHATAN

PROVINSI

KUISIONER

KAJIAN RISIKO KRISIS KESEHATAN

DINAS KESEHATAN PROVINSI

<table>
<tr><th colspan="3">No</th><th>Indikator</th><th>Definisi Operasional</th></tr>
<tr><td>I</td><td colspan="2">UMUM</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>8. Dinas Kesehatan :
9. Alamat (lengkap) :
10. Telepon :
11. Fax :
12. Website :
13. Email :</td><td>Cukup jelas</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>14. Responden :
3. Nama :
Jabatan :
No. Hp :
4. Nama :
Jabatan :
No. Hp :</td><td>Responden utama adalah pejabat dan pengelola krisis kesehatan di Dinas Kesehatan.

Responden tambahan untuk triangulasi data adalah CP di BPBD setempat, RS rujukan dan Puskesmas rawan bencana.</td></tr>
<tr><td>II</td><td colspan="2">GAMBARAN UMUM DAN AKSESIBILITAS WILAYAH</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>A</td><td colspan="2">Luas Wilayah dan Jumlah Penduduk</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>73. Luas wilayah, jumlah dan kepadatan penduduk provinsi
<table>
<tr><th>No</th><th>Kode Wilayah</th><th>Uraian</th><th>Luas Wilayah (m^2)</th><th>Jumlah Penduduk</th><th>Topografi</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>Provinsi</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td><td>Cukup jelas</td></tr>
</table>

jdih.kemkes.go.id

<table>
<tr><th>No</th><th colspan="2">Indikator</th><th>Definisi Operasional</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td>2</td><td></td><td>Kabupaten/kota</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>74. Batas wilayah :
● Utara :
● Selatan :
● Barat :
● Timur :</td><td>Cukup jelas</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>75. Jumlah populasi kelompok rentan (balita, bumil, buteki, lansia dan penyandang disabilitas)
<table>
<tr><th rowspan="2">No</th><th rowspan="2">Kode Wilayah</th><th rowspan="2">Uraian</th><th colspan="6">Jumlah Populasi Rentan</th></tr>
<tr><th>Bayi</th><th>Balita</th><th>Ibu Hamil</th><th>Ibu Menyusui</th><th>Lansia</th><th>Penyandang Disabilitas</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>Provinsi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td></td><td>Kabupaten/kota</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td><td>Cukup jelas</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>76. Nilai IPM (Indeks Pembangunan Manusia) Provinsi .....</td><td rowspan="2">Cukup jelas</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>77. Nilai IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) Provinsi .....</td></tr>
<tr><td></td><td>B</td><td>Akses Komunikasi</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>6. Bagaimana akses komunikasi dari provinsi ke kabupaten/kota?
a. Tidak ada masalah, umumnya lancar.
b. Beberapa kabupaten/kota mengalami kendala. Jelaskan....
c. Sebagian besar/seluruh kabupaten/kota mengalami kendala. Jelaskan....</td><td>a. Komunikasi lancar bila hampir seluruh wilayah tidak bermasalah (>50% tidak bermasalah)
b. Komunikasi sulit bila hampir seluruh wilayah bermasalah</td></tr>
</table>

No		Indikator	Definisi Operasional
			(>50% bermasalah) c. Komunikasi tidak tentu bila sebagian wilayah bermasalah sedangkan sebagian lainnya tidak bermasalah (50:50)
	C	Akses Transportasi	
		7. Bagaimana akses transportasi dari provinsi ke ibukota kabupaten/kota ? ● Tidak ada masalah, umumnya lancar ● Beberapa kabupaten/kota akses transportasinya tidak mudah. Jelaskan..... ● Sebagian besar/seluruh kabupaten/kota tidak mudah akses transportasinya. Jelaskan.....	Cukup jelas
		8. Jenis alat transportasi apa saja yang dapat digunakan untuk mencapai tiap ibu kota kabupaten/kota? (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Mobil ● Sepeda Motor ● Perahu ● Kapal Laut ● Pesawat ● Lainnya, Sebutkan	Cukup jelas
		9. Rentang waktu tempuh dari ibukota provinsi ke ibukota kabupaten/kota..... (contoh antara 5 – 10 jam)	Cukup jelas
III	KRISIS KESEHATAN		
		10. Jenis ancaman bencana di provinsi? (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Gempa Bumi ● Tsunami ● Kebakaran Hutan dan Lahan ● Kegagalan Teknologi ● Kekeringan ● Banjir ● Banjir Bandang ● Erupsi Gunung Api ● Tanah Longsor	Bencana yang pernah terjadi dan bencana lain yang berisiko bisa terjadi. Ditanyakan juga ancaman bencana utama (bisa di cross check saat

jdih.kemkes.go.id

<table>
<tr><th colspan="2">No</th><th>Indikator</th><th>Definisi Operasional</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>● Konflik Sosial
● Angin Puting Beliung
● Kebakaran
● Kecelakaan Transportasi
● Kecelakaan Industri
● KLB Keracunan
● KLB Penyakit
● Aksi Teror dan sabotase
● Gelombang ekstrim dan Abrasi
● Lainnya, sebutkan : ……</td><td>penyusunan peta respon)</td></tr>
<tr><td>IV</td><td colspan="3">SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>11. Data ketenagaan pada unit yang mengkoordinir upaya penanggulangan krisis kesehatan di Dinas Kesehatan.
<table>
<tr><th>No</th><th>Tingkat Pendidikan</th><th>Jumlah</th></tr>
<tr><td>(1)</td><td>(2)</td><td>(3)</td></tr>
<tr><td>1.</td><td>S2 Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>2.</td><td>S2 non Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>3.</td><td>S1/D4 Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>4.</td><td>S1/D4 non Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>5.</td><td>D3 Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>6.</td><td>D3 non Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>7.</td><td>SLTA Kesehatan</td><td></td></tr>
<tr><td>8.</td><td>SLTA Umum</td><td></td></tr>
<tr><td>9.</td><td>SLTP</td><td></td></tr>
<tr><td>10.</td><td>SD</td><td></td></tr>
<tr><td>11.</td><td>……
……</td><td></td></tr>
</table></td><td>Seluruh tenaga di unit yang mengkoordinir upaya penanggulangan krisis kesehatan (misal seksi P2 atau yankes dsb) (hanya tenaga di unit yang mengkoordinir, bukan seluruh tenaga di Dinas Kesehatan)</td></tr>
<tr><td>V</td><td colspan="3">KERANGKA HUKUM, MEKANISME KOORDINASI DAN STRUKTUR ORGANISASI TERKAIT PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN</td></tr>
<tr><td></td><td>A</td><td colspan="2">Kebijakan/Peraturan Terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>12. Apakah pemerintah daerah provinsi pernah membuat peraturan terkait penanggulangan bencana/krisis kesehatan?
Bila ada, mohon disebutkan nomor, tahun dan judul peraturan daerah tersebut.</td><td>Cukup jelas (bila daerah tersebut ada BPBD pasti ada Perda/SK Bupati terkait penanggulangan bencana)</td></tr>
</table>

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
			Termasuk Perda/SK Penanggulangan Covid-19
		13. Apakah Dinas Kesehatan Provinsi pernah membuat kebijakan/peraturan terkait penanggulangan krisis kesehatan? Bila ada, mohon disebutkan nomor, tahun dan judul peraturan dinkes tersebut.	Termasuk peraturan/kebijakan terkait Penanggulangan Covid-19
	B	Struktur Organisasi Penanggulangan Krisis Kesehatan	
		14. Apakah Dinas Kesehatan Provinsi memiliki unit kerja yang memiliki tupoksi sebagai koordinator dalam penanggulangan krisis kesehatan?	Unit kerja yang mengkoordinir upaya penanggulangan krisis Kesehatan termasuk penanggulangan Covid-19 (misalnya bidang Yankes/P2)
		15. Bila tidak terletak di struktur, siapakah pelaksana koordinator penanggulangan krisis kesehatan?	
		16. Apakah Dinas Kesehatan Provinsi telah membentuk klaster kesehatan di wilayahnya? Bila "YA" agar menunjukkan SK Klaster Kesehatan. Bila "BELUM", mengapa?	Cukup jelas
	C	Mekanisme Koordinasi Penanggulangan Krisis Kesehatan	
		17. Apakah tersedia SOP mekanisme koordinasi terkait penanggulangan krisis kesehatan?	Cukup jelas
		18. Bila YA. Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Mekanisme koordinasi pra krisis kesehatan ● Mekanisme koordinasi saat krisis ● Mekanisme koordinasi pasca krisis Kesehatan	
		19. Bila belum ada SOP, bagaimana pelaksanaan koordinasi dalam penanggulangan krisis kesehatan yang pernah dilakukan selama ini?	
		20. Pelaksanaan pertemuan koordinasi klaster kesehatan / pertemuan koordinasi membahas penanggulangan krisis kesehatan : ● Rutin, tidak hanya kalau terjadi bencana ● Sewaktu-waktu saja, bila terjadi bencana/ada hal yang penting	Pertemuan koordinasi klaster kesehatan, pertemuan koordinasi penanggulangan Covid-19
		21. Unit apa saja yang terlibat dalam pertemuan koordinasi tersebut ?	Cukup jelas

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
		(Jawaban boleh lebih dari satu) ● BPBD ● Lintas program di Dinkes/koordinator sub-sub klaster kesehatan ● Lintas sektor anggota klaster bencana ● LSM ● Perguruan Tinggi ● Masyarakat ● Lembaga Usaha ● Lainnya, sebutkan.....	
VI	KEPEMILIKAN TIM PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN		
		22. Apakah provinsi telah memiliki tim penanggulangan krisis kesehatan yang siap melakukan dukungan ke kabupaten/kota saat terjadi krisis kesehatan? Bila TIDAK, mengapa?	Tim penanggulangan krisis kesehatan, tim penanggulangan Covid-19. Tim tidak hanya berasal dari dinas kesehatan, bisa dari Puskesmas, RS atau PSC
		23. Bila memiliki, Tim apa sajakah yang tersedia : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Tim RHA ● Tim Penyelidikan Epidemiologi ● Tim Gerak Cepat (TGC) / *Emergency Medical Team* (EMT) dan *Public Health Rapid Response Team* (PHRRT)	Cukup jelas
		24. Apakah pembentukan tim tersebut telah ditetapkan dengan SK Kadinkes/Direktur RS/Gubernur? Bila YA, mohon dilampirkan.	Tim medis di Puskesmas yang siap untuk dimobilisasi ke luar Puskesmas untuk melakukan pelayanan kesehatan di lokasi bencana
		25. Apakah tersedia SOP mekanisme mobilisasi TGC/TRC/Tim PE/EMT/PHRRT dan Tim RHA? Bila TIDAK, mengapa?	Cukup jelas
		26. Bila YA : Apakah SOP tersebut memuat :	Cukup jelas

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
		(Jawaban boleh lebih dari satu) ● Jenis tenaga tiap tim ● Waktu mobilisasi setelah kejadian bencana (a. 1 - 24 jam, b. 1 - 72 jam, c. lain-lain sebutkan……) ● Mekanisme mobilisasi ● Lainnya, sebutkan …..	
		27. Apakah Dinkes Provinsi telah memetakan/mengidentifikasi ketersediaan tenaga-tenaga kesehatan yang siap untuk dimobilisasi di wilayah kerjanya pada saat bencana? ● Ya, sudah ada data di seluruh kabupaten/kota ● Ya, sudah ada data di sebagian kabupaten/kota, karena……. ● Belum sama sekali, karena…….	Cukup jelas
VII	RENCANA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN		
		28. Apakah dinas kesehatan telah memfasilitasi/mendukung/membina dinas kesehatan kabupaten/kota untuk melakukan penyusunan rencana kontinjensi bidang kesehatan? Bila TIDAK, Mengapa ?	Cukup jelas
		29. Bila jawaban nomor 28 "YA", apakah kabupaten/kota tersebut telah menghasilkan dokumen Renkon bidang kesehatan? Bila YA : ● Apa judul, nama kabupaten/kota, tahun pembuatan dan sumber pembiayaannya? ● Yang menandatangani Renkon tersebut yaitu : a. Bupati/walikota b. Kadinkes kabupaten/kota c. Masih sebatas *draft* (Mintakan *soft copy* atau *hard copy* Dokumen Rencana Kontinjensi)	
		30. Bila jawaban nomor 29 menyatakan bahwa Renkon tersebut belum ditandatangani bupati/walikota, apakah dinkes provinsi telah melakukan dukungan pada kabupaten/kota untuk menjadikan rencana kontinjensi tersebut menjadi bagian dari renkon kabupaten/kota? Bila TIDAK, mengapa?	
		31. Apakah provinsi telah memiliki dokumen Renkon bidang kesehatan untuk bencana tingkat provinsi? Bila YA : ● Apa judul, tahun pembuatan dan sumber pembiayaannya? ● Yang menandatangani Renkon tersebut yaitu : ● Gubernur ● Kadinkes Provinsi	

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
		● Kepala BPBD ● Masih sebatas draft (Mintakan *soft copy* atau *hard copy* Dokumen Rencana Kontinjensi)	
VIII		*STANDARD OPERATING PROCEDURE* (SOP) TERKAIT PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN	
		32. Apakah tersedia SOP Pengelolaan Obat dan Logistik Kesehatan? Bila YA : Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Jenis tenaga ● Kompetensi tenaga ● Struktur Organisasi (Penanggung Jawab) ● Jenis obat dan logistik kesehatan ● Mekanisme mobilisasi ● Alur permintaan kebutuhan ● Lainnya, sebutkan…… Bila jawaban nomor 32 TIDAK, bagaimana mekanisme pengelolaan obat dan logistik kesehatan yang dilakukan selama ini ?	Bila ada SOP Pengelolaan Obat dan Logistik Covid-19 dianggap ada
		33. Apakah tersedia SOP Pengelolaan Bantuan Relawan ? Bila Ya, Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Jenis relawan ● Kompetensi relawan ● Jumlah relawan ● Cp yang harus dihubungi ● Lainnya, sebutkan ….. Bila jawaban nomor 33 TIDAK, bagaimana mekanisme mobilisasi bantuan relawan yang dilakukan selama ini ?	Cukup jelas
		34. Apakah tersedia SOP Pemantauan Kejadian Krisis Kesehatan ? Bila YA : Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Pelaksanaan pemantauan 24 jam ● Struktur Organisasi (Penanggung Jawab) ● Jenis dan kompetensi petugas ● Alat komunikasi yang digunakan (HP, televisi, telepon, fax, telepon satelit, internet,dll) ● Lainnya, sebutkan ….. Bila TIDAK, bagaimana mekanisme pelaksanaan pemantauan kejadian krisis kesehatan yang dilakukan selama ini?	Bila ada SOP Pemantauan Covid-19 dianggap ada

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
		35. Apakah tersedia SOP Pelaporan Kejadian Krisis Kesehatan? Bila "YA" : Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Alur pelaporan berjenjang dari Dinkes Kab - Dinkes Prov - Kemenkes ● Format pelaporan sesuai peraturan yang berlaku ● Struktur organisasi (Penanggung jawab) ● Alat pengolah data yang digunakan (laptop, komputer, internet, dll), media penyebaran informasi (website, buletin, laporan,dll) ● Lainnya, sebutkan ..... Bila "TIDAK", bagaimana mekanisme pelaporan kejadian krisis kesehatan yang dilakukan selama ini?	Bila ada SOP Pelaporan Covid-19 dianggap ada
		36. Apakah tersedia SOP Sistem Rujukan (pra RS – RS) apabila terjadi bencana dengan korban massal? Bila "YA" : Apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Daftar RS Rujukan ● Sarana prasarana/ambulans ● Jenis dan Kompetensi SDM ● Waktu tiba di lokasi kejadian ● Waktu rujukan ● Jejaring antar RS ● *Call center* ● Lainnya, sebutkan ..... Bila "TIDAK", bagaimana mekanisme sistem rujukan pada kejadian krisis kesehatan yang dilakukan selama ini ?	Bila ada SOP Sistem Rujukan Covid-19 dianggap ada
		37. Apakah tersedia SOP Pelayanan Kesehatan untuk Penanggulangan Krisis Kesehatan? Bila "YA", apakah SOP tersebut memuat : (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Pelayanan kesehatan dasar ● Pelayanan gizi ● Kesehatan reproduksi ● Kesehatan jiwa ● Kesehatan lingkungan ● Promosi kesehatan ● Surveilans ● Lainnya, sebutkan ..... Bila "TIDAK", bagaimana mekanisme pelayanan kesehatan pada kejadian krisis kesehatan yang dilakukan selama ini ?	Bila ada SOP Pelayanan Kesehatan untuk Covid-19 dianggap ada
IX	PEMBIAYAAN PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN		
	A	Anggaran Pengurangan Risiko Krisis Kesehatan	

No		Indikator	Definisi Operasional
		38. Apakah dinas kesehatan mengalokasikan anggaran untuk kegiatan pengurangan risiko krisis Kesehatan ? Bila "YA", untuk program/kegiatan pengurangan risiko kesehatan apa saja anggaran tersebut digunakan? (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Peningkatan kapasitas petugas ● Sosialisasi dan advokasi kebijakan ● Penyusunan SOP/pedoman/juklak ● Gladi/simulasi ● Pengadaan sarana prasarana ● Pengadaan alat kesehatan ● Pengadaan obat ● Lainnya, sebutkan ..... Bila TIDAK, mengapa?	Termasuk didalamnya alokasi anggaran untuk kegiatan pengurangan risiko Covid-19
	B	Anggaran Saat Tanggap Darurat	
		39. Apakah dinas kesehatan telah mengetahui adanya Dana Siap Pakai di BNPB dan Dana Tak Terduga (DTT) di provinsi/kabupaten/kota yang dapat digunakan untuk penanganan masa tanggap darurat? ● Paham DSP ● Paham DTT Bila "YA", apakah dinkes provinsi telah mensosialisasikan tentang DSP dan DTT tersebut pada dinkes kabupaten/kota di wilayahnya? Bila TIDAK, mengapa?	Cukup jelas
X	KETERLIBATAN INSTITUSI/LEMBAGA NON PEMERINTAHAN DALAM PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN		
		40. Apakah dinas kesehatan telah mengidentifikasi institusi/lembaga non pemerintahan yang dapat dilibatkan dalam penanggulangan krisis kesehatan?	Cukup jelas
		41. Apakah dinas kesehatan pernah mengadakan MoU dengan LSM/Instansi/lembaga non pemerintah dalam penanggulangan krisis kesehatan? Bila Ya, Institusi/lembaga apa dan terkait kegiatan apa?	
XI	PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN		
		42. Apakah dinas kesehatan provinsi telah melakukan pembinaan teknis dan pendampingan dalam rangka pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan krisis kesehatan? Bila TIDAK,mengapa ?	Cukup jelas

jdih.kemkes.go.id

<table>
<tr><th colspan="2">No</th><th>Indikator</th><th>Definisi Operasional</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>43. Apakah dinas kesehatan provinsi telah melakukan peningkatan kapasitas terkait pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan krisis kesehatan bagi aparatur provinsi dan kabupaten/kota?
Bila TIDAK, mengapa?</td><td>Bila BPBD atau institusi lain memiliki kegiatan pemberdayaan masyarakat yang berkelanjutan terkait penanggulangan krisis kesehatan yang melibatkan dinkes dianggap ada</td></tr>
<tr><td>XII</td><td colspan="3">PENINGKATAN KAPASITAS PETUGAS PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>44. apakah dinas kesehatan memiliki petugas yang terlatih terkait penanggulangan krisis kesehatan?
Bila TIDAK, mengapa?
<table>
<tr><th rowspan="2">No</th><th rowspan="2">Unit</th><th colspan="3">Jumlah Tenaga Kesehatan Yang Pernah Dilatih</th><th rowspan="2">JUMLAH</th></tr>
<tr><th>Manajemen PKK</th><th>Teknis Medis</th><th>Teknis Non Medis</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td><td>Manajemen PKK (Manajemen Bencana, TTX Manajemen Bencana, Hosdip, Gladi/Simulasi), Teknis Medis (BHD, BCLS, ATLS, ACLS, GELS, PPGD), Teknis Non medis (Renkon, Peta Respon, SIPKK, Radkom, DALA, RHA, Gizi Darurat, TRC, PPAM, PFA, Kesling Darurat)

Petugas yang terlatih penanggulangan krisis kesehatan tidak hanya di dinas kesehatan, namun seluruh</td></tr>
</table>

No		Indikator	Definisi Operasional
			petugas terlatih di wilayah kab/kota yang dapat dimobilisasi pada saat terjadi bencana
		45. Apakah dinas kesehatan memiliki perencanaan peningkatan kapasitas SDM terkait PKK yang rutin dan berkesinambungan? Bila Ya, apa saja programnya? Bila Tidak, mengapa?	Memiliki perencanaan untuk sekurang-kurangnya 5 tahun (punya program pelatihan terkait penanggulangan krisis kesehatan dan alokasi anggaran untuk pelatihan yang berkesinambungan)
XIII	MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN (PRA, SAAT DAN PASCA)		
		46. Apakah tersedia data kejadian krisis kesehatan 5 tahun terakhir?	Bila hanya ada data krisis kesehatan >3 tahun terakhir dianggap ada
		47. Data yang tersedia disimpan dalam bentuk apa? (Jawaban bisa lebih dari satu) ● *Hard copy* ● *Soft copy* ● *Cloud*	Cukup jelas
		48. Apakah tersedia daftar kontak person lintas program dan lintas sektor terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan akibat bencana baik di tingkat kabupaten/kota maupun provinsi? ● Ya (lampirkan fotocopy atau *soft copy* data kontak personnya) ● Tidak, alasannya……	Daftar kontak person harus dalam bentuk tertulis (intinya dapat diakses oleh siapapun/orang pengganti jika terjadi bencana

No		Indikator	Definisi Operasional
		49. Apakah tersedia media informasi yang dapat diakses oleh seluruh masyarakat untuk untuk meningkatkan kesadaran dalam kesiapsiagaan bencana? Bila YA, dalam bentuk apa ? (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Website ● Buletin ● Buku ● Poster ● Leaflet ● Lainnya, sebutkan …..	Termasuk di dalamnya kesiapsiagaan menghadapi Covid-19
		50. Apakah tersedia sarana pengumpulan, pengolahan data dan penyampaian informasi terkait penanggulangan krisis kesehatan? Berupa apa? (Jawaban boleh lebih dari satu) ● Telepon ● Fax ● HP ● Telepon satelit ● Radio komunikasi ● Laptop ● Komputer ● Internet ● Lainnya, sebutkan …..	Termasuk di dalamnya kesiapsiagaan menghadapi Covid-19
		51. Apakah Dinkes Kabupaten/kota sudah memiliki Sistem Pemantauan Krisis Kesehatan 24 jam?	Cukup jelas
XIV	KAPASITAS UNTUK MEMETAKAN RISIKO KRISIS KESEHATAN		
		52. Apakah Dinas Kesehatan memiliki peta/pemetaan kapasitas atau data kapasitas sumber daya yang dapat digunakan untuk penanggulangan krisis kesehatan? (SDM, Sarana Prasarana)	Kapasitas yang dimaksud berhubungan langsung dengan Kesehatan dalam lingkup wilayahnya (Kabupaten/Kota) meliputi data SDM dan fasyankes, tidak perlu dalam bentuk peta, dapat dalam bentuk dokumen (excel atau word)

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
		53. Apakah Dinas Kesehatan memiliki peta/pemetaan kelompok rentan per kabupaten/kota ?	Kelompok rentan yang dimaksud adalah ibu hamil, buteki, bayi, balita, lansia, penyandang cacat. Lebih bagus lagi bila data kelompok rentan tersebut disandingkan dengan data kelompok rentan BPBD. Tidak perlu dalam bentuk peta, dapat dalam bentuk dokumen (excel atau word). Bisa diambil dari data profil daerah.
		54. Apakah tersedia peta/pemetaan jenis ancaman bencana per Kabupaten/Kota ?	Peta jenis ancaman bencana disusun oleh BPBD. Namun bila BPBD belum membuat, Dinkes diharapkan membuat sendiri. Tidak perlu dalam bentuk peta, dapat dalam bentuk dokumen (excel atau word). Harus dibuktikan dengan dokumen
XV	FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN YANG AMAN TERHADAP BENCANA		

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
		55. Apakah telah dilakukan pembinaan teknis/pendampingan kabupaten/kota dalam melakukan penilaian risiko fasilitas pelayanan kesehatan yang aman terhadap berbagai ancaman bencana yang terjadi di wilayah tersebut? Bila YA, apakah provinsi melakukan pembinaan teknis dan pendampingan untuk menindaklanjuti hasil penilaian risiko tersebut. Bila TIDAK, mengapa?	Penilaian risiko fasyankes adalah yang dilakukannya assesment pada fasyankes untuk menilai hazard, kerentanan dan kapasitasnya. Misalnya hazard yg mungkin terjadi di RS tb adalah kebakaran, gempa, banjir dan angin topan, dll Kerentanan fasyankes dinilai dari : a. lokasi bangunannya (misalnya dibangun di lokasi tjd tsunami atw tdk, dsb); b. Struktur bangunannya apakah sudah kuat utk menghadapi ancaman bencana di Wilayahnya. Misalnya daerah tsb wilayah gempa , bangunannya harusnya

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
			tahan gempa; c. Non strukturaln ya spt langit2 , jendela, pintu, peralatan medik, peralatan lab, jalur evakuasi dsb sdh memenuhi standar keamanan dan keselamata n dan tetap aman bila tjd bencana. Kapasitas fasyankes dinilai dari SDMnya, SOP2nya, sistem komando yg dibangun. Yang melakukan assessment bisa oleh Fasyankes itu sendiri bisa dari luar fasyankes (misal PU, Universitas, LSM dsb). Yg penting hasil analisis risikonya diterima oleh fasyankes yg bersangkutan utk dpt ditindaklanjuti

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
XVI	SISTEM PERINGATAN DINI DAN SURVEILANS PENYAKIT		
		56. Apakah provinsi melakukan sosialisasi/peningkatan kapasitas di kabupaten/kota mengenai pentingnya sistem peringatan dini kejadian bencana. Bila TIDAK, mengapa?	Cukup Jelas
		57. Apakah provinsi memetakan ketersediaan sistem peringatan dini kejadian bencana di kabupaten/kota? Bila ada mohon diberikan hasilnya. Bila TIDAK, mengapa?	Sistem peringatan dini meliputi bencana alam, non alam maupun sosial. Hampir semua kab/kota telah memiliki SKDR. Sehingga yang perlu digali apakah ancaman-ancaman di wilayah tersebut telah memiliki sistem peringatan dini Pertanyaan tambahan umumnya kabupaten/kota karena telah memiliki SKDR maka otomatis mereka telah memantau penyakit-penyakit potensi wabah. Yang perlu digali lebih dalam apakah ada penyakit endemis dan apakah mereka juga memantau penyakit-

jdih.kemkes.go.id

No		Indikator	Definisi Operasional
			penyakit tidak menular Contoh kasus : EWS gempa ada di BPBD, alert gempa disampaikan ke dinkes melalui WA grup dianggap ada
XVII	SARANA DAN PRASARANA PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN		
		58. Apakah provinsi memiliki sarana prasarana khusus untuk penanggulangan krisis kesehatan? Bila TIDAK, mengapa? Bila YA :	Termasuk di dalamnya sarana prasarana untuk penanggulangan Covid-19
		59. Apakah penyediaan sarana prasarana penanggulangan krisis kesehatan telah menyesuaikan dengan jenis ancaman bencana di wilayah kabupaten/kota ?	
		60. Apakah dilakukan pemeliharaan sarana prasarana tersebut secara berkala/rutin?	
		61. Apakah sarana prasarana tersebut sudah tersedia cukup sesuai dengan kebutuhan? Bila belum, mengapa?	

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 3

FORMULIR PELAPORAN KAJI CEPAT KESEHATAN/

RAPID HEALTH ASSESSMENT (RHA)

FORMULIR PELAPORAN PENILAIAN CEPAT KESEHATAN

KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

1. NAMA DINKES : .....
2. JENIS BENCANA :.....
3. WAKTU KEJADIAN BENCANA :

   Tanggal: ..... Bulan:..... Tahun: ..... Pukul: .....

4. DESKRIPSI

   BENCANA:.....

   .....
5. LOKASI BENCANA

Prov.	Kab./Kota	Kec.	Desa/Dusun	Penduduk yang Terancam	Topografi

6. JUMLAH KORBAN

   1) Korban meninggal

No.	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Tempat meninggal	Penyebab Kematian

Cat.: *khusus untuk korban WNA

   2) Korban hilang

No.	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No. Passport)*	Alamat korban	Lokasi hilang

Cat.: *khusus untuk korban WNA

jdih.kemkes.go.id

3) Korban Luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No.	Fasilitas Pelayanan Kesehatan & lokasi (Kab/Kota)	Rawat Inap			5 kasus penyakit rawat inap terbanyak tiap fasyankes	Rawat Jalan			5 Kasus Penyakitrawat jalan terbanyak tiapfasyankes	Jumlah gangguan jiwa/ psikososial	
		L	P	Jml		L	P	Jml		Anak	Dewasa
Jumlah											

G. Jenis penyakit yang berpotensi KLB adalah .....

H. Pengungsi dan penduduk rentan:

Kab/Kota	Kecdandusun/desa	Nama Tempat Pengungsian	Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial		Jumlah Pengungsi				Jumlah Penduduk Rentan							
			Anak	Dewasa	L	P	Jml	KK	Bayi	Balita	Bumil	Buteki	Cacat		Lansia	
													L	P	L	P
Jumlah																

I. FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK

Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dsb)	Kondisi			Fungsi Pelayanan	
	Rusak Berat	Rusak Sedang	Rusak Ringan	Masih berfungsi	Tidak berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a.					
b.					

jdih.kemkes.go.id

c.					
d. dst					

J. FASILITAS UMUM

1. Akses ke lokasi kejadian krisis :

   □ Mudah dijangkau, menggunakan .....
   □ Sukar, karena .....

2. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan : .....

3. Keadaan jaringan listrik :

   □ Baik
   □ Terputus
   □ Belum tersedia/belum ada

4. Air Bersih

   □ Cukup
   □ Tidak Cukup

K. KONDISI SANITASI DAN KESEHATAN LINGKUNGAN DI LOKASI PENAMPUNGAN PENGUNGSI

No.	Jenis Fasilitas	Kondisi	
1.	Jenis tempat penampungan	□ bangunan permanen	□ bangunan darurat
2.	Kapasitas penampungan pengungsi	□ memadai (min. 3 m^2/or)	□ tidak memadai
3.	Kapasitas penyediaan air bersih	□ memadai (min. 5L /or/hr pada hari pertama kejadian krisis dan 15 L/or/hari pada hari berikutnya)	□ tidak memadai
4.	Sarana Jamban Darurat	□ memadai (min. 40 or/1 jamban)	□ tidak memadai
5.	Tempat pembuangan sampah	□ memadai (min. 3 m^3/ 60 or)	□ tidak memadai
6.	Sarana SPAL	□ memadai (min. 4 m dari penampungan)	□ tidak memadai
7.	Penerangan	□ Memadai (min. 60 lux)	□ Tidak memadai

jdih.kemkes.go.id

L. KETERSEDIAAN SUMBER DAYA

Dinas Kesehatan

a. Perbekalan Kesehatan:
   (1) Obat dan Bahan Habis Pakai :

   □ Tidak cukup □ Cukup

   (2) Alat Kesehatan :

   □ Tidak cukup □ Cukup

   (3) Bahan Sanitasi

   a. Kaporit :

   □ Tidak cukup □ Cukup

   b. PAC :

   □ Tidak cukup □ Cukup

   c. Aquatab :

   □ Tidak cukup □ Cukup

   d. Kantong sampah :

   □ Tidak cukup □ Cukup

   e. Repellent lalat :

   □ Tidak cukup □ Cukup

   f. Hygiene kit :

   □ Tidak cukup □ Cukup

   (4) Persalinan Kit :

   □ Tidak ada □ Ada

   (5) SDM :

   Jumlah:

   □ Tidak Cukup □ Cukup

   Kompetensi :

   □ Tidak Memenuhi □ Memenuhi

b. Sarana Pendukung Pelayanan Kesehatan
   (1) Transportasi operasional pelayanan kesehatan :

   □ Tidak cukup □ Cukup

   (2) Alat komunikasi :

   □ Tidak cukup □ Cukup

   (3) Sarana listrik :

   □ Tidak berfungsi □ Berfungsi

Rumah Sakit / PKM

a. Perbekalan Kesehatan :
   (1) Obat dan Bahan Habis Pakai:

jdih.kemkes.go.id

□ Tidak cukup □ Cukup

(2) Alat Kesehatan :

□ Tidak cukup □ Cukup

(3) Bahan Sanitasi

a. Kaporit :

□ Tidak cukup □ Cukup

b. PAC :

□ Tidak cukup □ Cukup

c. Aquatab :

□ Tidak cukup □ Cukup

d. Kantong sampah :

□ Tidak cukup □ Cukup

e. Repellent lalat :

□ Tidak cukup □ Cukup

(4) Persalinan Kit :

□ Tidak ada □ Ada

(5) Air :

□ Tidak cukup □ Cukup

(6) Tempat Tidur :

□ Tidak cukup □ Cukup

b. Kebutuhan tenaga kesehatan

No.	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Polindes, dsb)	Tenaga kesehatan yang tersedia		Tenaga kesehatan yang dibutuhkan		Ket.
		Jenis	Jml	Jenis	Jml	
1	.....					
2	.....					
dst.	.....					

c. Sarana Pendukung Pelayanan Kesehatan

(1) Transportasi operasional pelayanan kesehatan :

□ Tidak cukup □ Cukup

(2) Alat komunikasi :

□ Tidak cukup □ Cukup

(3) Sarana listrik untuk pelayanan kesehatan :

jdih.kemkes.go.id

□ Tidak cukup □ Cukup

M. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN

1. Upaya Sub Klaster Pelayanan Kesehatan
   .....
2. Upaya Sub Klaster Pengendalian Penyakit, Penyehatan Lingkungan dan Air Bersih

.....

3. Upaya Sub Klaster Pelayanan Gizi

.....

4. Upaya Sub Klaster Pelayanan Kesehatan Jiwa

.....

5. Upaya Sub Klaster Kesehatan Reproduksi dan KIA
   .....
6. Upaya Sub Klaster DVI
   .....
7. Upaya Tim Logistik Kesehatan

.....

N. BANTUAN YANG DIPERLUKAN

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

a. REKOMENDASI

1. .....
2. .....
3. .....

4. dst

...../...../20.....

Yang melaporkan	Mengetahui,*
Ketua Tim	Kepala Dinas Kesehatan
	Kab/Kota .....
_____	_____
NIP.	NIP.

Cat.: *Penandatangan disesuaikan dengan alur penyampaian laporan

Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

jdih.kemkes.go.id

Penjelasan tabel

No	Data/Informasi	Penjelasan
1	**NAMA DINKES**	Isikan dengan nama Dinas Kesehatan/PKK Sub Regional/PKK Regional yang membuat laporan
2	**JENIS BENCANA**	Isikan dengan jenis kejadian bencana/krisis kesehatan yang terjadi baik alam, non-alam, maupun sosial. Contoh: Banjir, Banjir Bandang, Angin Puting Beliung, Kebakaran, Dll
3	**WAKTU KEJADIAN BENCANA**	Isikan dengan Jam, Tanggal, Bulan, dan Tahun saat kejadian bencana/krisis kesehatan terjadi
4	**DESKRIPSI KEJADIAN**	Isikan dengan jelas uraian singkat kejadian bencana/krisis kesehatan yang berisi paling sedikit antara lain : **1. Intensitas** = Tingkat besaran kejadian bencana/krisis kesehatan sesuai dengan masing-masing jenis bencana seperti banjir ketinggian 2 meter, gempa dengan kekuatan 5,5 SR, dsb **2. Penyebab** = Kejadian awal yang menyebabkan terjadinya kejadian bencana/krisis kesehatan seperti banjir akibat hujan terus-menerus, banjir bandang akibat tanggul jebol, dsb **3. Dampak Secara Umum** = Dampak yang ditimbulkan akibat kejadian bencana/krisis kesehatan seperti rumah penduduk terendam, jembatan roboh, dsb **4. Krisis Susulan** = kejadian bencana/krisis kesehatan yang terjadi setelah kejadian bencana/krisis kesehatan awal seperti tanah longsor pasca banjir, kebakaran pasca gempa, dsb
5	**LOKASI BENCANA**	a. Isikan dengan **Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan, Desa/Kelurahan** b. Isikan jumlah penduduk terancam. Penduduk terancam adalah penduduk yang berada di wilayah kejadian bencana/krisis kesehatan c. Isikan jenis topografi lokasi terjadinya kejadian bencana/krisis kesehatan seperti **pegunungan, pantai, lembah, dsb**

jdih.kemkes.go.id

No	Data/Informasi	Penjelasan
6	**JUMLAH KORBAN**	
6. a	**Korban Meninggal**	Isikan data korban meninggal sesuai dengan - Nama lengkap - Jenis kelamin - Usia korban - Alamat korban - Tempat korban meninggal dunia - Penyebab kematian berdasarkan diagnosa dokter - Kewarganegaraan (No.Passport) korban, Apabila korban meninggal adalah WNA maka dilengkapi dengan No.Passport korban
6. b	**Korban Hilang**	Isikan data korban hilang sesuai dengan - Nama lengkap - Jenis kelamin - Usia korban - Alamat korban - Lokasi hilang berdasarkan lokasi dimana terakhir kali korban tersebut berada/terlihat - Kewarganegaraan (No.Passport) korban, Apabila korban meninggal adalah WNA maka dilengkapi dengan No.Passport korban
6. c	**Luka Berat/Rawat Inap dan Luka Ringan/Rawat Jalan**	Isikan data Luka Berat/Rawat Inap dan Luka Ringan/Rawat Jalan sesuai dengan: - Nama fasyankes yang memberikan pelayanan kesehatan kepada korban beserta Kab/Kota letak fasyankes tersebut - Rawat Inap (L) isikan dengan jumlah korban laki-laki yang dirawat inap - Rawat Inap (P) isikan dengan jumlah korban perempuan yang dirawat inap - Jumlah Isikan dengan penjumlahan Rawat Inap (L) dan Rawat Inap (P) - 5 Kasus Rawat Inap terbanyak tiap fasyankes isikan dengan 5 jenis penyakit terbanyak rawat inap pada tiap - Rawat Jalan (L) isikan dengan jumlah korban laki-laki yang dirawat jalan - Rawat Jalan (P) isikan dengan jumlah korban perempuan yang dirawat jalan - Jumlah Isikan dengan penjumlahan Rawat Jalan (L) dan Rawat Jalan (P) - 5 Kasus Rawat Jalan terbanyak tiap fasyankes isikan dengan 5 jenis penyakit terbanyak rawat jalan pada tiap fasyankes - Jumlah gangguan jiwa/psikososial anak isikan dengan jumlah gangguan jiwa/psikososial pada anak (< 18 Tahun) pada tiap fasyankes baik rawat inap maupun rawat

jdih.kemkes.go.id

No	Data/Informasi	Penjelasan
		jalan - Jumlah gangguan jiwa/psikososial dewasa isikan dengan jumlah gangguan jiwa/psikososial pada orang dewasa (> 18 Tahun) pada tiap fasyankes baik rawat inap maupun rawat jalan
6.d	**Jenis penyakit yang berpotensi KLB**	isikan dengan kesimpulan hasil analisis data dan informasi terkait penyakit potensi KLB di wilayah terjadinya kejadian bencana/krisis kesehatan
6.e	**Pengungsi dan penduduk rentan**	Isikan data pengungsi dan penduduk rentan dengan : - Kab/Kota isikan dengan nama kabupaten/kota tempat pengungsian - Kec. & dusun/desa isikan dengan nama kecamatan dan dusun atau desa tempat pengungsian. - Nama Tempat Pengungsian isikan dengan nama lokasi pengungsian, semisal : SMP Negeri 2 Jakarta, Masjid At-Taqwa, dsb - Jumlah gangguan jiwa/psikososial anak isikan dengan kasus gangguan jiwa/psikososial pada anak (usia< 18 tahun) yang ditemukan pada tiap pengungsian. - Jumlah gangguan jiwa/psikososial dewasa isikan dengan kasus gangguan jiwa/psikososial pada orang dewasa (≥ 18 tahun) yang ditemukan pada tiap pengungsian. - Jumlah Pengungsi (P) isikan dengan total pengungsi perempuan di setiap pengungsian - Jumlah Pengungsi (L) isikan dengan total pengungsi laki-laki di setiap pengungsian - Jml yaitu penjumlahan antara kolom Jumlah Pengungsi (P) dan Jumlah Pengungsi (L) - KK isikan dengan jumlah seluruh kepala keluarga dalam pengungsian tersebut - Bayi isikan dengan jumlah seluruh anak usia 0 – 11 bulan yang berada dalam pengungsian tersebut. - Balita isikan dengan jumlah seluruh anak usia 12 – 60 bulan yang berada dalam pengungsian tersebut. - Bumil isikan dengan jumlah seluruh ibu hamil yang berada dalam pengungsian tersebut. - Buteki isikan dengan jumlah seluruh ibu menyusui yang berada dalam pengungsian tersebut.

jdih.kemkes.go.id

No	Data/Informasi	Penjelasan
		- Cacat (P) isikan dengan total pengungsi cacat perempuan di setiap pengungsian - Cacat (L) isikan dengan total pengungsi cacat laki-laki di setiap pengungsian - Lansia (P) isikan dengan total pengungsi perempuan lansia di setiap pengungsian - Lansia (L) isikan dengan total pengungsi laki-laki lansia di setiap pengungsian
7	**FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK**	Isikan data fasilitas kesehatan yang rusak dengan : - Nama fasilitas kesehatan isikan dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes dsb) dan/atau sediaan farmasi (mis., obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan. - Kondisi Rusak Berat diberi tanda check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut Rusak Berat - Kondisi Rusak Sedang diberi tanda check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut Rusak Sedang - Kondisi Rusak Ringan diberi tanda check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut Rusak Ringan - Fungsi pelayanan berfungsi diberi tanda check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut masih dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan - Fungsi pelayanan tidak berfungsi diberi tanda check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut tidak dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan
8	**FASILITAS UMUM**	Cukup Jelas. Isikan data fasilitas umum sesuai dengan pertanyaan yang terdapat pada formulir
9	**KONDISI SANITASI DAN KESEHATAN LINGKUNGAN DI LOKASI PENGUNGSI**	Isikan data kondisi sanitasi dan kesehatan lingkungan di lokasi pengungsi dengan : - Kondisi ditandai check list (√) pada salah satunya **a. Jenis tempat penampungan** : - bangunan permanen bila bangunan tersebut merupakan sarana fasilitas umum (misalnya sekolah, masjid, gedung perkantoran, dll) yang sudah didirikan sebelumnya, - bangunan darurat bila tempat penampungan tersebut merupakan bangunan yang didirikan setelah terjadinya kejadian bencana/krisis kesehatan misalnya tenda darurat.

jdih.kemkes.go.id

No	Data/Informasi	Penjelasan
		b. Kapasitas penampungan pengungsi : dikatakan memadai jika mempunyai ukuran minimal 3m2/orang
10	**KETERSEDIAAN SUMBER DAYA**	- Dinas Kesehatan memberikan tanda check list (√) pada setiap pertanyaan sesuai dengan kondisi di lapangan - Rumah Sakit / Puskesmas memberikan tanda check list (√) pada setiap pertanyaan sesuai dengan kondisi di lapangan
11	**UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN**	isikan dengan berbagai upaya yang telah dilakukan oleh masing-masing sub-klaster dalam penanggulangan kejadian bencana/krisis kesehatan
12	**BANTUAN YANG DIPERLUKAN**	isikan dengan daftar bantuan yang dibutuhkan Kabupaten/Kota yang terdampak dalam upaya penanggulangan kejadian bencana/krisis kesehatan
13	**REKOMENDASI**	isikan dengan rekomendasi dari Kabupaten/Kota yang terdampak terkait upaya penanggulangan kejadian bencana/krisis kesehatan

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 4
FORMULIR PELAPORAN
EMERGENCY MEDICAL TEAM (EMT)/
POS KESEHATAN

Negara, Kejadian, Tahun

(logo) ***(logo)***

FORM 2B

LAPORAN HARIAN

EMERGENCY MEDICAL TEAM (EMT)

Nama Kejadian:	**Lokasi Kejadian:**	**Tanggal Kejadian:**

A. Detail Pelaporan

Tanggal: dd/mm/yyyy

Laporan harian mencakup data dalam periode 24 jam sampai pukul 16.59 setiap harinya

Periode pelaporan: dd/mm/yyyy to dd/mm/yyyy

*Jika formulir ini **TIDAK** digunakan untuk laporan harian, tuliskan periode waktu (tanggal) yang dilaporkan*

Lokasi (mis. nama rumah sakit atau EMT beserta tipenya):
_____

Daerah:
_____

Tipe lokasi:
_____
_

Fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta; rumah sakit daerah, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), atau rumah sakit lapangan

Nama narahubung:
_____

Organisasi:
_____
_____

e-mail: _____ _

Telepon: + kode negara – kode area – nomor telepon

B. Indikator Ringkasan

Konsultasi Pasien **Rawat Jalan**	Pendaftaran Pasien Baru **Rawat Inap**	**Rujukan** ke Fasilitas Kesehatan Lain	**Jumlah Kematian di Rumah Sakit**		**Kapasitas Tempat Tidur RS (pukul 17.00)**	
			< 5 tahun	>= 5 tahun	Terpakai	Jumlah Total

C. Kebutuhan Pelayanan

Jenis Pelayanan	**Total**	**< 5 tahun**		**>= 5 tahun**	
		L	**P**	**L**	**P**
Konsultasi pasien rawat jalan					
Pendaftaran pasien baru rawat inap					
Rujukan ke fasilitas kesehatan lain					
Perawatan Bedah dan Trauma:					
Tindakan bedah kecil (minor)					
Tindakan bedah besar (mayor) *Tidak termasuk tindakan bedah Caesar*					
Kasus trauma (terkait kejadian bencana)					
Amputasi anggota gerak (tungkai) bawah *Tidak termasuk amputasi jari kaki*					
Fiksasi eksternal* *Terkait patah tulang kompleks*					
Cedera tulang belakang*					
Tindakan Lain:					

jdih.kemkes.go.id

Tuliskan tindakan lain yang relevan, mis. bedah Caesar, tindakan persalinan, dll			

**indikator untuk mengantisipasi kebutuhan pelayanan rehabilitasi jangka panjang*

D. Pengawasan Penyakit Menular

Jumlah Pasien dengan Penyakit BARU	**Total**	**< 5 tahun**		**>= 5 tahun**	
		L	**P**	**L**	**P**
Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA)					
Diare cair akut					
Diare berdarah akut					
Diare lainnya					
Demam disertai kuning (ikterus/*jaundice*)					
Demam dengan ruam kulit					
Demam yang tidak diketahui penyebabnya					
Tuliskan kondisi/penyakit lain yang relevan dengan lokasi atau konteks					

Apakah data yang tersedia mengindikasikan potensi terjadinya wabah?

- Ya (jenis wabah: _____ dan lokasi terjadinya: _____)
- Tidak

D. Pengawasan Penyakit Tidak Menular

Jumlah Pasien dengan Penyakit Kronis	**Total**	**< 5 tahun**		**>= 5 tahun**	
		L	**P**	**L**	**P**
Hipertensi					
Diabetes T2					

jdih.kemkes.go.id

Penyakit Jantung Koroner					
Gagal Jantung					
Asma					
Penyakit Ginjal Kronis					
Artritis					
Penyakit Paru Obstruktif Kronis					
Tuliskan kondisi/penyakit lain yang relevan dengan lokasi atau konteks					

D. Pengawasan Kesehatan Mental

Jumlah Pasien dengan Penyakit BARU	**Total**	**< 5 tahun**		**>= 5 tahun**	
Cemas					
Depresi					
Stres Akut					
Ensefalopati Metabolik					
Tuliskan kondisi/penyakit lain yang relevan dengan lokasi atau konteks					

F. Rincian Jumlah Pasien

Jenis Pasien	**< 5 tahun**		**> 5 tahun**		**Keterangan**
	L	**P**	**L**	**P**	
Rawat inap					
Rujukan					
Meninggal					

G. Gambaran Situasi

1. Situasi umum di daerah/lokasi (kebutuhan utama, infrastuktur yang terkena dampak, dll):

2. Kebutuhan/dukungan mendesak yang diperlukan:

3. Hal lainnya:

Laporan ini dibuat oleh:

_____

Tanda tangan:

_____

Jabatan:

_____

___

AKHIR DARI LAPORAN

Definisi Kasus

Kondisi	Definisi
Tindakan bedah besar (mayor)	Tindakan bedah yang memerlukan insisi pada struktur jaringan tubuh bagian dalam (melewati *fascia* dalam) atau insisi ke dalam rongga tubuh, dan umumnya memerlukan tindakan anestesi/bius umum atau regional (mis. *open reduction internal fixation*, laparotomi trauma)
Tindakan bedah kecil (minor)	Tindakan bedah yang hanya memerlukan insisi pada kulit atau selaput mukosa dan jaringan penyambung superfisial, serta dapat dilakukan dengan tindakan anestesi/bius lokal maupun sedasi sadar (mis. insisi dan drainase abses sederhana, jahit luka superfisial)
Cedera tulang belakang	Defisit sensoris dan motoris sementara maupun permanen yang secara klinis sesuai dengan cedera pada tulang belakang akibat trauma akut pada punggung maupun penyebab lain yang relevan
Diare cair akut	Buang air besar (BAB) setidaknya 3 kali dalam 24 jam, dengan konsistensi cair atau abnormal dan tidak disertai darah
Diare berdarah akut	Buang air besar (BAB) berdarah setidaknya 3 kali dalam 24 jam
Demam disertai kuning (ikterus/*jaundice*)	Demam lebih dari 38°C disertai kekuningan pada mata (sklera), lidah, atau kulit
Kesehatan jiwa	
Penyakit tidak menular kronis	

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 5

FORMULIR PELAPORAN

PUSKESMAS

FORMULIR PENDATAAN KORBAN KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

DI PUSKESMAS

NAMA PUSKESMAS :

DATA PASIEN/KORBAN											
NO	**NOMOR INDUK KEPENDUDUKAN**	**NAMA**	**JENIS KELAMIN (P/L)**	**UMUR (TAHUN)**	**ALAMAT**	**TANGGAL MASUK/ PEMERIKSAAN**	**KASUS /DIAGNOSA /PENYAKIT**	**RAWAT JALAN / RAWAT INAP / DIRUJUK**	**NAMA FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN**	**TANGGAL PULANG/ SEMBUH**	**KETERANGAN**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**

PETUNJUK PENGISIAN

1 Data diisi oleh pihak Puskesmas dan disampaikan kepada Dinas Kesehatan untuk penambahan/perubahan data Pasien/Korban

2 Data diisi dengan urutan kebawah dari awal terjadinya bencana sampai dengan selesainya masa tanggap darurat.

3 Data dari relawan disampaikan kepada koordinator pos kesehatan dan disampaikan kepada Petugas Puskesmas untuk dilakukan kompilasi data

jdih.kemkes.go.id

Penjelasan tabel

No	Data/Informasi	Penjelasan
1	**NO**	Jelas
2	**NOMOR INDUK KEPENDUDUKAN**	Berisi nomor induk kependudukan / KTP pasien/korban, (jika memungkinkan)
3	**NAMA**	Berisi nama lengkap sesuai KTP pasien/korban. Contoh penulisan: Alex Dian Andreas
4	**JENIS KELAMIN (P/L)**	Berisi jenis kelamin dari pasien/korban. P = Perempuan L = Laki-Laki
5	**UMUR (TAHUN)**	Berisi umur dari pasien/korban dalam satuan tahun. Contoh penulisan: Umur 1 tahun = 1 Umur 6 bulan = 0.5
6	**ALAMAT**	Berisi alamat domisili dari pasien/korban. MInimal terdapat nama dusun, kelurahan dan kecamatan. Contoh penulisan: Dahlia RT 01 RW 09 Kelurahan Wedi Kecamatan Ajurna Kabupaten X
7	**TANGGAL MASUK/PEMERIKSAAN**	Berisi tanggal korban mulai masuk/mendapat perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
8	**KASUS/DIAGNOSA/PENYAKIT**	Berisi nama kasus/penyakit yang diderita oleh pasien/korban berdasarkan hasil diagnosa/pemeriksaan oleh petugas kesehatan sesuai Ina CBGs.
9	**RAWAT JALAN / RAWAT INAP / DIRUJUK**	Berisi status awal dari pasien / korban ketika pertama masuk ke fasilitas pelayanan kesehatan. Rawat jalan = pasien/korban yang menerima layanan rawat jalan, termasuk pasien kontrol. Rawat inap = pasien/korban yang menerima layanan rawat inap/menginap di fasilitas pelayanan kesehatan. Dirujuk = pasien/korban yang dirujuk oleh fasilitas pelayanan kesehatan ke fasilitas kesehatan lain untuk keperluan penanganan lebih lanjut.
10	**NAMA FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN**	Berisi nama fasilitas pelayanan kesehatan tujuan/tempat pasien dirujuk. Data ini diisi apabila pasien/korban dirujuk ke fasilitas

jdih.kemkes.go.id

No	Data/Informasi	Penjelasan
		pelayanan kesehatan lain, jika tidak maka dikosongkan.
11	**TANGGAL PULANG/SEMBUH**	Berisi tanggal pulang dari rumah sakit pasien/korban yang mendapat layanan rawat inap. Data ini diisi apabila pasien/korban merupakan pasien rawat inap, jika tidak maka dikosongkan.
12	**KETERANGAN**	Berisi keterangan lain yang perlu disampaikan, dapat berisi keterangan meninggal. Contoh penulisan: Korban telah meninggal dunia pada 14 Januari 2001 dikarenakan sakit jantung

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 5

FORMULIR PELAPORAN

RUMAH SAKIT

FORMULIR PENDATAAN KORBAN KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

DI RUMAH SAKIT

NAMA RUMAH SAKIT :

DATA PASIEN/KORBAN														
NO	**NOMOR INDUK KEPENDUDUKAN**	**NAMA**	**JENIS KELAMIN (P/L)**	**UMUR (TAHUN)**	**ALAMAT**	**TANGGAL MASUK/ PEMERIKSAAN**	**KASUS/ DIAGNOSA /PENYAKIT**	**TINDAKAN YANG DIBERIKAN (OPERASI/ KURATIF / REHABILITATIF)**	**RAWAT JALAN / RAWAT INAP / DIRUJUK**	**NAMA FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN**	**TANGGAL OPERASI**	**JENIS OPERASI**	**TANGGAL PULANG /SEMBUH**	**KETERANGAN**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**

PETUNJUK PENGISIAN

1 Data diisi oleh pihak Rumah Sakit dan disampaikan kepada Dinas Kesehatan untuk penambahan/perubahan data Pasien/Korban

2 Data diisi dengan urutan kebawah dari awal terjadinya bencana sampai dengan selesainya masa tanggap darurat.

jdih.kemkes.go.id

No	Data/Informasi	Penjelasan
1	**NO**	Jelas
2	**NOMOR INDUK KEPENDUDUKAN**	Berisi nomor induk kependudukan / KTP pasien/korban, (jika memungkinkan)
3	**NAMA**	Berisi nama lengkap sesuai KTP pasien/korban. Contoh penulisan: Alex Dian Andreas
4	**JENIS KELAMIN (P/L)**	Berisi jenis kelamin dari pasien/korban. **P** = Perempuan **L** = Laki-Laki
5	**UMUR (TAHUN)**	Berisi umur dari pasien/korban dalam satuan tahun. Contoh penulisan: Umur 1 tahun = 1 Umur 6 bulan = 0.5
6	**ALAMAT**	Berisi alamat domisili dari pasien/korban. MInimal terdapat nama dusun, kelurahan dan kecamatan. Contoh penulisan: Dahlia RT 01 RW 09 Kelurahan Wedi Kecamatan Ajurna Kabupaten X
7	**TANGGAL MASUK/PEMERIKSAAN**	Berisi tanggal korban mulai masuk/mendapat perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
8	**KASUS/DIAGNOSA/PENYAKIT**	Berisi nama kasus/penyakit yang diderita oleh pasien/korban berdasarkan hasil diagnosa/pemeriksaan oleh petugas kesehatan sesuai Ina CBGs.
10	**RAWAT JALAN / RAWAT INAP / DIRUJUK**	Berisi status awal dari pasien / korban ketika pertama masuk ke fasilitas pelayanan kesehatan. **Rawat jalan** = pasien/korban yang menerima layanan rawat jalan, termasuk pasien kontrol. **Rawat inap** = pasien/korban yang menerima layanan rawat inap/menginap di fasilitas pelayanan kesehatan. **Dirujuk** = pasien/korban yang dirujuk oleh fasilitas pelayanan kesehatan ke fasilitas

jdih.kemkes.go.id

No	Data/Informasi	Penjelasan
		kesehatan lain untuk keperluan penanganan lebih lanjut.
11	**NAMA FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN**	Berisi nama fasilitas pelayanan kesehatan tujuan/tempat pasien dirujuk. Data ini diisi apabila pasien/korban dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain, jika tidak maka dikosongkan.
12	**TANGGAL OPERASI**	Berisi tanggal dilakukannya tindakan operasi pada pasien/korban. Data ini diisi apabila pasien/korban telah mendapat tindakan operasi, jika tidak maka dikosongkan.
13	**JENIS OPERASI**	Berisi jenis tindakan operasi yang dilakukan pada pasien/korban. Data ini diisi apabila pasien/korban telah mendapat tindakan operasi, jika tidak maka dikosongkan. Contoh pengisian: Bedah Orthopedi
14	**TANGGAL PULANG/SEMBUH**	Berisi tanggal pulang dari rumah sakit pasien/korban yang mendapat layanan rawat inap. Data ini diisi apabila pasien/korban merupakan pasien rawat inap, jika tidak maka dikosongkan.
15	**KETERANGAN**	Berisi keterangan lain yang perlu disampaikan, dapat berisi keterangan meninggal. Contoh penulisan: Korban telah meninggal dunia pada 14 Januari 2001 dikarenakan sakit jantung

jdih.kemkes.go.id

FORMULIR 6

FORMULIR LAPORAN SITUASI (SITREP)

LAPORAN SITUASI

KLASTER KESEHATAN

PENANGANAN …….

KABUPATEN ……, PROV…….

9. GAMBARAN UMUM

Isikan dengan jelas uraian singkat kejadian bencana/krisis kesehatan yang berisi antara lain :

1. **Tanggal. waktu, lokasi kejadian**
2. **Intensitas** = Tingkat besaran kejadian bencana/krisis kesehatan sesuai dengan masing-masing jenis bencana seperti banjir ketinggian 2 meter, gempa dengan kekuatan 5,5 SR, dsb
3. **Penyebab** = Kejadian awal yang menyebabkan terjadinya kejadian bencana/krisis kesehatan seperti banjir akibat hujan terus-menerus, banjir bandang akibat tanggul jebol, dsb
4. **Dampak Secara Umum** = Dampak yang ditimbulkan akibat kejadian bencana/krisis kesehatan seperti rumah penduduk terendam, jembatan roboh, dsb
5. **Krisis Susulan** = kejadian bencana/krisis kesehatan yang terjadi setelah kejadian bencana/krisis kesehatan awal seperti tanah longsor pasca banjir, kebakaran pasca gempa, dsb

II. DAMPAK KESEHATAN

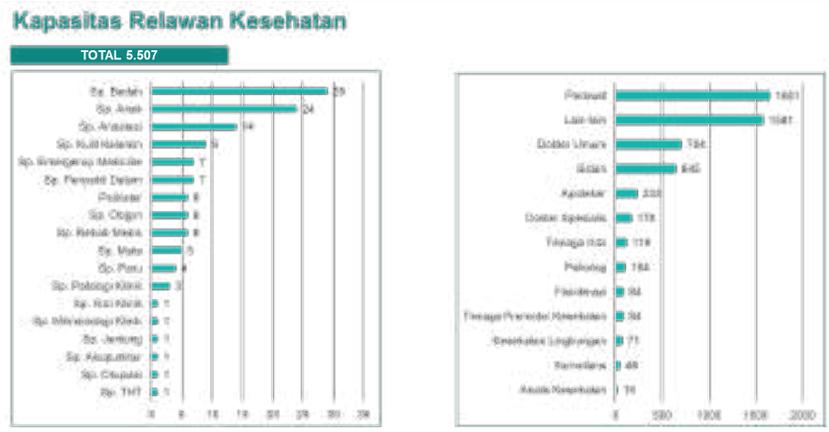
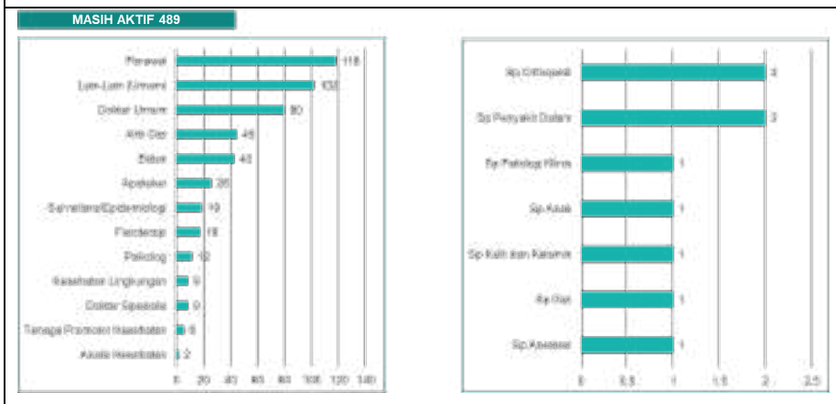
Meninggal	10
LB/RI	98
LR/RJ	280
Operasi	2
Masih dirawat	34
Pengungsi	114.683
Titik Pengungsian	494
Jumlah KK mengungsi	41.166
Pengungsi Laki-laki	54.781
Pengungsi Perempuan	59.902
Faskes rusak	12 PKM
	1 PKM

III. KONDISI TERKINI

- Berisi informasi singkat gambaran terkini dampak kesehatan , tantangan dan permasalahan yang ada
-

IV. TCK/RELAWAN KESEHATAN

jdih.kemkes.go.id

Jumlah total relawan : 5.507, jumlah relawan yang masih aktif sebanyak 489


IV. UPAYA KLASTER KESEHATAN
1. Subklaster Pelayanan Kesehatan
- Telah dilayani sebanyak 11.735 LR/RJ, 593 LB/RI, masih dirawat inap di RS sebanyak 35 orang. - Total korban yang sudah dioperasi, sebanyak 418, - Tren Rawat Jalan - Tren Rawat Inap - dan lainnya
2. Sub klaster Pengendalian penyakit dan Kesehatan lingkungan
- Distribusi penyakit di fasyankes /pos kes - Lima besar penyakit berdasarkan kelompok umur - Sanitasi dan kesling di pengungsian, air bersih - dan lainnya
3. Sub Klaster Pelayanan Gizi
- Screening Status gizi balita, ibu hamil, - Dapur PMBA - dan lainnya
4. Subklaster Kesehatan Jiwa
- Intervensi Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial - dan lainnya
5. Sub Klaster Kesehatan Reproduksi
- Layanan Kesehatan ibu hamil, - Persalinan - dan lainnya
6. Subklaster Promosi Kesehatan
- Layanan promosi Kesehatan - dan lainnya
7. Sub klaster DVI
- Korban teridentifikasi

jdih.kemkes.go.id

- dan lainnya
8. Tim logistik
- Penerimaan dan pengeluaran logistic - dan lainnya
V. KEBUTUHAN DAN RENCANA TINDAK LANJUT

BAB VIII

PROSEDUR PENYIAPAN PELAYANAN KEGAWATDARURATAN MEDIS UNTUK MENGANTISIPASI INSIDEN KORBAN MASSAL PADA KEGIATAN OLAHRAGA PRESTASI

A. PENDAHULUAN

Potensi terjadinya krisis Kesehatan pada kegiatan olahraga prestasi sepakbola sangat besar. Dalam satu tahun berlangsung sekitar 20 pertandingan berskala nasional/internasional dengan jumlah penonton 10.000 - 80.000 dalam satu pertandingan. Untuk level provinsi dan kabupaten/kota terdapat sekitar 300 pertandingan liga 1 dengan jumlah penonton 10.000 - 40.000, serta 200 pertandingan liga 2 dan 100 pertandingan liga 3 dengan jumlah penonton 1000 - 20.000 dalam satu pertandingan. Hal ini merupakan potensi untuk terjadinya insiden korban massal sehingga perlu adanya penyiapan pelayanan kegawatdaruratan medis.

Pelayanan kegawatdaruratan medis untuk kegiatan olahraga prestasi bertujuan memberikan dukungan pelayanan medis darurat kepada peserta olahraga dan penonton.

B. KEBIJAKAN PROSEDUR PENYELENGGARAAN KEGIATAN OLAHRAGA BIDANG KESEHATAN

Panitia pelaksana harus mematuhi peraturan keselamatan dan keamanan terkait penyelengaraan kegiatan yang mengumpulkan massa dalam jumlah besar dan menjalankan prosedur penyelenggaran kegiatan olahraga bidang kesehatan yang meliputi:

1. Bersama dengan dinas kesehatan melakukan penilaian risiko kegiatan untuk menentukan kebutuhan tenaga kesehatan dan penyiapan fasilitas pelayanan kesehatan di lokasi kegiatan (tools terlampir). Dalam melakukan penilaian risiko dinas kesehatan berkoordinasi dengan PSC 119.

   Penilaian risiko aspek kesehatan merupakan salah satu syarat dalam proses pengajuan izin keramaian.

Tabel: 8.1 Penanggungjawab Penilaian Risiko Kesehatan

Skala Event	Penanggungjawab Penilaian Risiko Kesehatan	Proses Perencanaan
Internasional/ Nasional	Kemenkes cq. Dit. Yankes dan Dinkes setempat	3 bulan

Provinsi	Dinkes Provinsi	2 bulan
Kabupaten/Kota atau dibawahnya	Dinkes Kab/Kota	1 bulan

2. Melakukan koordinasi pelaksanaan dukungan penanganan darurat dengan stakeholder terkait yaitu pemerintah daerah, satgas penanganan COVID-19, dinas kesehatan, kepolisian daerah, TNI, dinas pemadam kebakaran, fasilitas pelayanan kesehatan dan instansi terkait lain.
3. Menyiapkan rencana kesiapsiagaan untuk menghadapi keadaan darurat krisis kesehatan termasuk kesiapan dukungan pelayanan kesehatan meliputi penyiapan tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan Kesehatan, obat dan logistik Kesehatan serta sistem rujukan pasien.

C. RENCANA KESIAGSIAGAAN PELAYANAN KEGAWATDARURATAN MEDIS (*EMERGENCY MEDICAL PLAN*)

Pelayanan kegawatdaruratan medis memiliki tanggung jawab untuk pelayanan kegawatdaruratan medis pra rumah sakit di tempat penyelenggaraan kegiatan. Dalam membuat rencana kesiapsiagaan pelayanan kegawatdaruratan medis diperlukan beberapa hal antara lain:

I. Penilaian Bahaya, Kerentanan, Risiko Dan Kapasitas

a. jenis kegiatan
b. tempat pelaksanaan
c. posisi penonton
d. profil penonton (usia, jenis kelamin)
e. data jumlah korban luka dan meninggal dari kejadian sebelumnya dengan jenis kegiatan yang sama
f. Jumlah peserta
g. waktu pelaksanaan
h. lokasi antrian masuk ke venue/ tempat kegiatan
i. Akses ke fasyankes
j. Fasilitas pelayanan Kesehatan yang tersedia (RS tipe A/B dan tipe C/D serta fasyankes lainnya)
k. Risiko tambahan
l. Fasilitas medis di lokasi kegiatan

II. Standar Tim Medis

Jenis tenaga dan standar kompetensi tim medis yang bertugas di lokasi kegiatan

Tabel 8.2 Standar Kompetensi Tenaga

No	Jenis Tenaga	Standar Kompetensi
1.	Dokter Emergency	Spesialis Emergency/ Anestesi
2.	Dokter Umum	Memiliki sertifikat ACLS, ATLS yang masih berlaku
3.	Perawat	Memiliki sertifikat BCTLS yang masih berlaku
4.	Supir ambulans	Memiliki kemampuan melakukan bantuan hidup dasar
5.	Relawan terlatih / Awam khusus	Memiliki kemampuan melakukan bantuan hidup dasar
6.	Tenaga pendukung (farmasi, logistik dll)	Sesuai kebutuhan

III. Protokol Triase

a. Protokol triase menggunakan konsep *Mass Casualty Management Triage Model* yang sifatnya tidak statis dan harus direvisi dari waktu ke waktu.

b. Triase pertama, atau yang lebih dikenal dengan triase lapangan biasanya dilakukan oleh pelaku pertolongan pertama yang terlatih dan/atau awam khusus di lokasi korban berada, menggunakan sistem triase akut dan non-akut. Korban akut adalah korban dalam kondisi gawat darurat sehingga diprioritaskan untuk segera mendapatkan tindakan medis untuk menyelamatkan nyawa. Korban non akut adalah korban yang tidak dalam kondisi gawat darurat dan korban meninggal. Korban akut harus segera di bawa ke medical station atau pos kesehatan lapangan

c. Triase kedua harus dilakukan oleh tenaga medis atau orang yang lebih berpengalaman dan menggunakan sistem pengkodean triase empat warna yaitu merah, kuning, hijau dan hitam. Triase ini dilakukan di medical station atau pos Kesehatan lapangan untuk prioritas tindakan medis.

d. Triase ketiga dilakukan untuk evakuasi korban dari medical stations atau pos kesehatan lapangan ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lebih lanjut.

jdih.kemkes.go.id

e. Korban dengan hasil triase merah akan mendapat prioritas pertama untuk penanganan dan evakuasi, selanjutnya dirujuk ke rumah sakit tipe A/B.
f. Prioritas penanganan selanjutnya untuk korban dengan hasil triase kuning kemudian dirujuk ke rumah sakit tipe C/D.
g. Untuk korban dengan hasil triase hijau bisa langsung ditangani di pos kesehatan yang berada di lokasi atau dirujuk ke Puskesmas/Klinik.

IV. Penyiapan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes)

a. Fasilitas pelayanan kesehatan, dibagi menjadi dua yaitu fasyankes yang berada di lokasi dan fasyankes rujukan.
b. Fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di lokasi dibagi menjadi medical stations, pos kesehatan lapangan dan mobile clinic/tim medis keliling. Penyiapan jumlah fasyankes di lokasi berdasarkan hasil penilaian risiko (tools terlampir).
c. Medical station adalah fasyankes tingkat advanced yang ada di lokasi kegiatan.
d. Pos kesehatan lapangan dan mobile clinic/tim medis keliling adalah fasyankes tingkat basic yang ada di lokasi kegiatan.
e. Panitia pelaksana membuat perjanjian/kesepakatan dengan fasilitas pelayanan kesehatan untuk rujukan korban gawat darurat.
f. Penyiapan medical station memperhatikan akses ke fasyankes rujukan, apabila akses sulit maka harus menyiapkan medical station di lokasi kegiatan. Akses dianggap sulit apabila jarak tempuh lebih dari 45 menit.
g. Fasiltas pelayanan kesehatan rujukan harus disiapkan dan diberitahu jauh sebelum pelaksanaan kegiatan dengan sudah memprediksi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien dalam jumlah besar dan waktu perjalanan. Tim pelayanan kegawatdaruratan medis harus mengetahui fasyankes mana saja yang menjadi rujukan.
h. Menyiapkan semua fasilitas layanan kesehatan baik yang berada di kabupaten/kota tempat penyelenggaraan maupun yang berada di kabupaten/kota tetangga sebagai fasyankes rujukan agar apabila terjadi insiden korban massal tidak hanya menjadi beban rumah sakit tertentu saja.
i. Melakukan sterilitas akses untuk merujuk pasien (jalan keluar masuk ambulans dibedakan dengan jalan keluar masuk penonton)

jdih.kemkes.go.id

melalui koordinasi dengan dinas perhubungan, polisi lalu lintas setempat dan relawan *crowd-control* lain.

V. Penyiapan Peralatan Medis Dan Obat-Obatan

Peralatan medis dan obat-obatan yang dibutuhkan untuk pelayanan kegawatdaruratan medis saat pelaksanaan kegiatan sebagai berikut:

Daftar peralatan untuk pos kesehatan lapangan dan *mobile clinic*

	Item
Basic (Basic Life Support- level)	Automatic external defibrillator (May alternatively place in a strategic location in the site venue) Cervical collar (May strategically place in the site venue a method for transport of a patient requiring in-line spinal immobilization) Airway adjuncts Oxygen delivery devices (nasal cannula, nonrebreather mask, bag-valve mask) Oxygen and suction (May be strategically placed in site venue) Bandages (4X4, roller gauze) Triangular cravats Adhesive bandages Nonlatex gloves Splints Stethoscope Sphygmomanometer Tape Shears Flashlight Documentation forms Hazardous waste bags Compact foil space blankets Petroleum jelly (used to prevent chaffing by marathon runners) Oral fluids for hydration (water, sports drinks)
Advanced (Advanced Life Support-level)	Advanced airway equipment including laryngoscope with assorted blades, endotracheal tubes, and cricothyrotomy kit (May alternatively use a supraglottic airway device) IV access devices and tubing (May choose to carry an adult intraosseous set) Normal saline in 1-L bags Glucometer

jdih.kemkes.go.id

	Dextrose for IV administration Advanced cardiovascular life support medications: epinephrine, atro-pine, amiodarone, adenosine Aspirin Nitroglycerin IV diphenhydramine Parenteral benzodiazepine Multidose inhaler albuterol Epinephrine in 1:1000 concentration Morphine Airway medications: induction agent, paralytic

Daftar peralatan untuk medical station

	Item
Perawatan oleh tenaga medis	AED Tracheostomy sets Portable suctions -4 Portable ventilator – 1 Oxygen cylinders – 6 Flow meters - twin and singles Urinary catheters and bags Urinals, bedpans Head torches, Flashlights, Lanterns Chest tubes sets (disposable) with evacuation drains Masking tape/duct tape Sphygmomanometers Stretcher easels (to raise stretchers. esp. for chest tubes) Glucometer Flask or Icebox (for drugs needing cold chain) Scissors Suture kits with absorbable and nonabsorbable sutures Needles and syringes Forceps Scalpel Paracetamol Normal saline for irrigation Local anesthetics Otoscope Anesthetic drugs IV Valium Narcotic analgesic to be added at time of mobilization Antacids Antiemetics Prednisone Antibiotics: ointment, oral Activated charcoal

jdih.kemkes.go.id

	Tetanus toxoid Airway management: induction agent, paralytic Supplies: PPE, IV fluids, IV catheters, IV giving set, NGT, bandages, cervical collars, leg splints, arm splints, tounge depressors
Nonmedical equipment	Cots Shelter Blankets Chairs Hazardous waste receptade Sharps box

a. Standar Dan Jumlah Ambulans Yang Disiapkan Di Lokasi

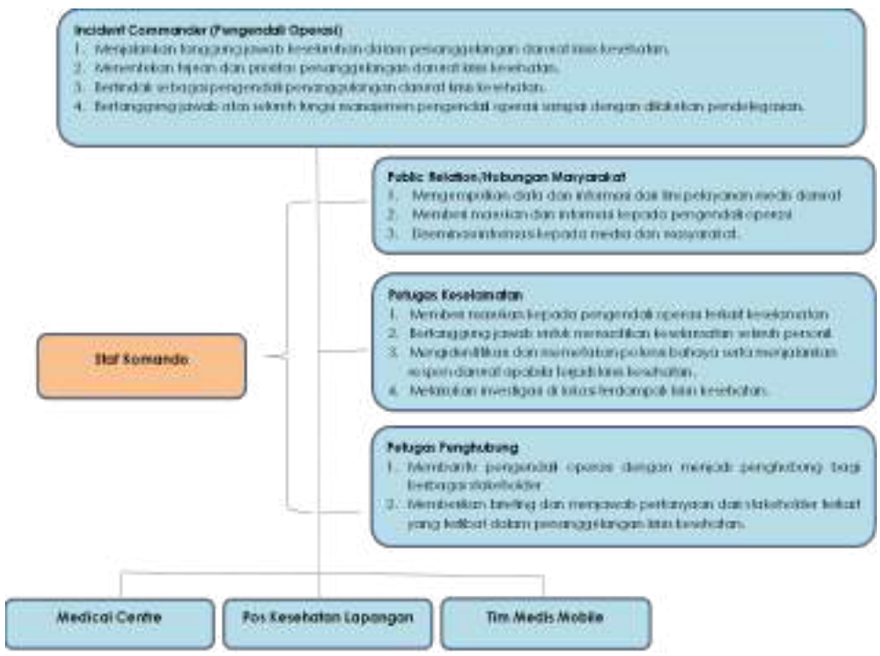
1. Jumlah dan tipe ambulans disiapkan sesuai dengan hasil penilaian risiko.
2. Ambulans harus dalam posisi standby di lokasi penyelenggaraan kegiatan.
3. Ambulans yang disiapkan adalah standar ambulans gawat darurat (mengacu pada Pedoman Teknis Ambulans Kemenkes Tahun 2019).

b. Komando Dan Koordinasi Pelayanan Kesehatan Darurat

1. Tim layanan medis darurat harus memiliki struktur komando yang jelas, siapa yang memegang kendali, wewenang dan tanggung jawab apabila terjadi situasi darurat serta hubungan koordinasi dengan sektor lain. Sistem komando harus diaktivasi pada situasi darurat krisis kesehatan.
2. Panitia pelaksana harus menunjuk Medical Director sebagai koordinator pelayanan medis.
3. Medical directors harus memiliki pengalaman dalam pelayanan medis darurat mass gathering. Medical Director harus membuat rencana kesiapsiagaan untuk menghadapi keadaan darurat krisis kesehatan.
4. Medical Director bertanggung jawab dalam melakukan pengawasan medis sebelum dan selama acara. Medical Director harus memenuhi kriteria sebagai berikut:
   1) spesialis *emergency medicine*/spesialis lain/dokter umum yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan izin praktek.
   2) memiliki pengalaman dalam mengoordinasikan dan menyiapkan pelayanan medis darurat pada kegiatan mass gathering.
   3) bertanggung jawab dalam melakukan pengawasan pelayanan medis selama kegiatan.

jdih.kemkes.go.id

5. Dalam situasi darurat krisis kesehatan Medical Director dapat menjadi Incident Commander (pengendali operasi) atau menetapkan incident commander.
6. Incident Commander dibantu oleh staf komando yang terdiri dari public relation, petugas keselamatan dan petugas penghubung (tugas masing-masing dapat di lihat pada bagan struktur komando pada darurat krisis kesehatan).
7. Dalam situasi darurat krisis kesehatan tim pelayanan medis darurat bersama dengan polisi, TNI, petugas pemadam kebakaran dan ambulans melakukan evakuasi dan penyelamatan korban. Protokol triase harus dijalankan sebelum melakukan rujukan korban ke fasyankes rujukan. Protokol triase penting untuk diterapkan agar tidak memindahkan bencana ke fasyankes rujukan. Rujukan korban mengikuti hasil triase yang dilakukan di medical station/pos kesehatan lapangan.
8. Fasyankes rujukan di kabupaten/kota tempat penyelenggaraan kegiatan dan kabupaten/kota tetangga harus disiapkan untuk menangani korban dalam jumlah besar. Apabila fasyankes rujukan di kabupaten/kota tempat penyelenggaraan sudah tidak mampu menangani korban maka korban harus di bawa ke fasyankes rujukan di kabupaten/kota tetangga. Apabila fasyankes rujukan di kabupaten/kota tetangga juga sudah tidak mampu menangani maka korban harus di rujuk ke fasyankes rujukan di luar provinsi.



Gambar 8.1 Struktur Komando pada Darurat Krisis Kesehatan

c. Daftar Kontak Dan Fasyankes

a. Nomor kontak tim medis, panitia pelaksana dan *safety officer.*

b. Daftar dan nomor kontak fasilitas pelayanan kesehatan dan ambulans untuk penanganan kegawatdaruratan.

d. Aspek Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat bertujuan untuk melindungi dari kemungkinan munculnya krisis kesehatan terkait dengan penularan penyakit, makanan, air, limbah, tanah dan/atau lalu lintas jalan.

e. Komunikasi

1. Menyiapkan sarana dan prosedur komunikasi yang memadai selama berlangsungnya kegiatan baik untuk koordinasi dengan tim kesehatan event dan/atau stakeholder terkait.
2. Melakukan *safety briefing* untuk memberikan informasi petunjuk atau rambu jalur evakuasi, titik kumpul, pintu darurat termasuk informasi terkait layanan gawat darurat, perawatan medis dan fasiltas pelayanan Kesehatan harus disampaikan dan disebarluaskan kepada seluruh peserta kejuaraan olahraga, penonton dan masyarakat sekitar selama kegiatan belangsung.

b. PENDANAAN

Pada situasi darurat krisis kesehatan pembiayaan untuk klaim pelayanan kesehatan dibebankan kepada pemerintah atau pemerintah daerah.

Alur Koordinasi Kejuaraan Olahraga Skala Nasional



Alur Koordinasi Kejuaraan Olahraga Skala Daerah



Tabel 1

Penilaian Risiko untuk Menilai Kebutuhan Tenaga Kesehatan

		Skor
(A) Jenis kegiatan	Kegiatan yang melibatkan dua tim/golongan yang berkompetisi (pertandingan sepakbola dll)	9
(B) Venue	Indoor	1
	Stadium	2
	Outdoor, lokasi terbatas contohnya di taman	2
	Outdoor lainnya seperti tempat penyelenggaraan festival	3
	Area publik yang luas	4
(C) Berdiri/duduk	Duduk	1
	Kombinasi	2
	Berdiri	3
(D) Profil peserta	Campuran dalam grup keluarga	2
	Campuran tetapi bukan grup keluarga	3
	Sebagian besar dewasa muda	3
	Sebagian besar anak-anak dan remaja	4
	sebagian besar lansia	4
	Campuran, ada pihak yang berseteru	5
Jumlah (A)+ (B)+(C)+ (D)	Total skor	

		Skor
(E) History	Data jumlah korban luka dan meninggal dari history kejadian sebelumnya rendah (low casualty rate, less than 1%)	-1
	Data jumlah korban luka dan meninggal dari history kejadian sebelumnya medium (medium casualty rate, 1%-2%)	1
	Data jumlah korban luka dan meninggal dari history kejadian sebelumnya tinggi (high casualty rate, lebih dari 2%)	2
	Tidak ada data	3
(F) Jumlah yang terlibat	< 1.000	1
	< 3.000	2
	< 5.000	8
	< 10.000	12
	< 20.000	16

jdih.kemkes.go.id

	< 30.000	20
	< 40.000	24
	< 60.000	28
	< 80.000	34
	< 100.000	42
	< 200.000	50
	< 300.000	58
Jumlah (E) + (F)	Total skor	-

		Skor
(G) Lama antrian masuk	< 4 jam	1
	> 4 jam	2
	>12 jam	3
(H) Waktu penyelenggaraan (Outdoor events)	Musim hujan	2
	musim kemarau	1
(I) Akses ke Fasyankes	< 30 min melalui jalan darat	0
	> 30 min melalui jalan darat	2
(J) Profil Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Fasyankes lainnya	1
	RS tipe A/B	2
	RS tipe C/D	3
(K) Hazards tambahan	Carnival	1
	Helicopters	1
	Motor Sport	1
	Parachute Display	1
	Teater jalanan	1
(L) Ketersediaan fasilitas tambahan di lokasi	Menjahit luka	2
	X-ray	2
	Bedah minor	2
	Gips fraktur	2
	Fasilitas penanganan kesehatan jiwa	2
Jumlah (G) + (H) + (I) + (J) + (K) + (L)	Total Score for table	-

Score	Relawan Terlatih	Dokter	Perawat	Tenaga Pendukung
< 20	4	0	0	0
21-25	6	0	0	0
26-30	8	0	0	0

jdih.kemkes.go.id

31-35	12	1	2	0
36-40	20	2	4	0
41-50	40	3	6	1
51-60	60	4	8	1
61-65	80	5	10	1
66-70	100	6	12	2
71-75	150	9	18	3
> 75	200+	12+	24+	3

Sumber: The Event Safety Guide, published by Her Majesty's Stationery Office

jdih.kemkes.go.id

Tabel 2

Penilaian Risiko untuk Menilai Kebutuhan Fasyankes

	RISIKO RENDAH	**RISIKO MENENGAH**	**RISIKO TINGGI**
Ambulans + min 2 staf	2 di lokasi	2 di lokasi	3 di lokasi
Sampai dengan			
15,000	2 di lokasi	2 di lokasi + 2 di luar lokasi	3 di lokasi + 2 di luar lokasi
25,000	3 di lokasi + 1 di luar lokasi	3 di lokasi + 2 di luar lokasi	4 di lokasi + 2 di luar lokasi
50,000	3 di lokasi + 2 di luar lokasi	4 di lokasi + 2 di luar lokasi	6 di lokasi + 2 di luar lokasi
75,000	4 di lokasi + 2 di luar lokasi	6 di lokasi + 2 di luar lokasi	8 di lokasi + 4 di luar lokasi
Pos kesehatan lapangan dengan min 2 staf yang menguasai BHD per pos	Jumlah pos	Jumlah pos	Jumlah pos
Sampai dengan			
15,000	2	2	3
25,000	3	3	4
50,000	4	6	8
75,000	6	8	10
Mobile clinic/tim medis keliling dengan min 2 orang staf yang menguasai BHD			
Sampai dengan			
15,000	4	4	6
25,000	8	8	8
50,000	16	16	16
75,000	20	20	20
Medical Station dengan Dokter Spesialis Emergency atau dokter terlatih emergency, Perawat Emergency Paramedis			
Sampai dengan			
15,000	1	1	2
25,000	2	2	3
50,000	3	3	4
75,000	4	4	6

Sumber: Football Emergency Medicine Manual 2nd Edition

Formulir 4

Ceklist Penilaian Risiko Kesehatan

CEKLIST PENILAIAN RISIKO KESEHATAN				
Jenis kegiatan:				
Tanggal:				
Penyelenggara/pelaksana:				
Kontak penyelenggara/pelaksana:				
	Telepon:			
	Handphone:			
	Fax:			
	Email:			
		Ada	**Tidak**	**NA**
1.	Penilaian risiko untuk menentukan tenaga kesehatan Skor penilaian risiko	☐	☐	☐
2.	Penilaian risiko untuk menentukan fasyankes Skor penilaian risiko	☐	☐	☐
3.	Rencana kesiapsiagaan pelayanan medis darurat	☐	☐	☐

REKOMENDASI BERDASARKAN HASIL PENILAIAN RISIKO KESEHATAN		
Jumlah SDM Kesehatan yang harus disiapkan		
1.	Dokter	
2.	Perawat	
3.	Relawan Terlatih	
4.	Tenaga Pendukung	
Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan lapangan		
1	Pos Kesehatan Lapangan	
2	*Mobile Clinic*/Tim Medis Keliling	
3	*Medical Station*	

jdih.kemkes.go.id

BAB IX
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

A. LATAR BELAKANG

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya yang dilakukan oleh seluruh masyarakat dengan menggali potensi yang dimiliki masyarakat agar mampu berperan serta dalam penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana.

Pemberdayaan masyarakat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam penanggulangan krisis kesehatan

Pedoman ini bertujuan sebagai panduan bagi masyarakat dan kader kesehatan agar mampu secara mandiri mengenali, mengerti, peduli, siap siaga dan tanggap menghadapi krisis kesehatan bagi masyarakat dan kader kesehatan.

B. PERAN MASYARAKAT DAN KADER KESEHATAN

I. PRA KRISIS KESEHATAN

Pada saat pra krisis kesehatan, masyarakat perlu:

a. Mengetahui dan memahami ancaman bencana yang ada di wilayahnya.
b. Membuat rencana darurat keluarga.
    1. Menganalisa ancaman bencana di wilayah tempat tinggal.
    2. Mengidentifikasi anggota keluarga yang rentan seperti bayi, balita, ibu hamil, lansia, anggota keluarga dengan penyakit penyerta dan penyandang disabilitas.
    3. Mengidentifkasi dan menyepakati titik kumpul keluarga
    4. Mencari informasi titik pengungsian, jalur evakuasi dan cara evakuasi yang aman, termasuk untuk evakuasi kelompok rentan.
    5. Menyimpan nomer telepon penting (diantaraya nomor fasilitas pelayanan kesehatan Puskesmas, RS, ambulans, dokter, polisi, kader, RT, RW).
    6. Mengidentifkasi lokasi untuk mematikan listrik, gas dan air.
    7. Mengidentifkasi titik aman dalam bangunan atau rumah
c. Memantau informasi bencana dari media resmi (BNPB, BMKG, PVMBG, Kemenkes, dll).
d. Membudayakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) yaitu melakukan aktifitas fisik, makan buah dan sayur, tidak merokok, tidak mengkonsumsi, minuman beralkohol, melakukan cek kesehatan berkala, menjaga kebersihan lingkungan dan menggunakan jamban.

jdih.kemkes.go.id

e. Menyiapkan tas siaga bencana keluarga untuk keperluan keluarga, minimaluntuk kebutuhan selama 3 hari.



Gambar 9.1: Tas Siaga Bencana

f. Dalam keadaan wabah/ pandemi, masyarakat perlu menerapkan protokol kesehatan sesuai peraturan yang berlaku.

jdih.kemkes.go.id

Pada saat pra krisis kesehatan, kader kesehatan perlu:

1. Membentuk atau mengoptimalkan forum warga untuk berbagi peranguna penanggulangan krisis kesehatan.
2. Menyiapkan peta desa/ kelurahan.
3. Mengidentifkasi jenis bahaya (*hazard*) yang dapat terjadi di desa/ kelurahan.
4. Mendata penduduk rentan yaitu bayi-balita, buteki, bumil, lansia, individu dengan penyakit penyerta seperti diabetes, hipertensi, gangguan paru, gangguan ginjal, adanya kondisi penyakit gangguan imun serta warga berkebutuhan khusus.
5. Menghimbau dan mendorong masyarakat untuk membudayakan Gerakan masyarakat hidup sehat (Germas).
6. Mendata sumber daya yang dimiliki oleh (RT/RW/desa/kelurahan) yang dapat dimanfaatkan dalam penanggulangan krisis kesehatan (sarana kesehatan Puskesmas, Pustu, Polindes, Poskesdes, praktik kesehatan, relawan, sarana penyelamatan (rakit, perahu, rompi, pelampung, jerigen dsb).
7. Memastikan tempat evakuasi memiliki sirkulasi udara yang baik, akses listrik dan penerangan.
8. Menetapkan titik kumpul untuk evakuasi, jalur ke lokasi pengungsian dan lokasi pengungsian, termasuk perencanaan:
   a) lokasi pengungsian
   b) pemisahan lokasi untuk kelompok rentan
   c) pemisahan waktu evakuasi dan/ atau jalur evakuasi
   d) menyepakati urutan dan jalur untuk warga masyarakat yang akan dievakuasi.
9. Menyiapkan lokasi pengungsian dengan memastikan kebersihan dan ketersediaan air bersih serta sanitasi dasar lainnya.
10. Seluruh ruangan perlu disesuaikan kebutuhan aksesibilitas seluruh penghuni, terutama bagi kelompok rentan (termasuk penyandang disabilitas).
11. Memastikan ketersediaan tempat sampah yang tertutup, kantong sampah dan terdapat petugas yang membuang sampah secara rutin agar tidak menumpuk.
12. Pesan-pesan, tanda-tanda dan protokol kesehatan diletakkan di tempat yang terbuka, mudah dilihat dan mudah dimengerti untuk anak-anak dan lansia.
13. Menetapkan daftar nama petugas kesiapsiagaan di RT/RW/desa/ kelurahan (nama, tugas, nomor telepon/ handphone).
14. Menyepakati dan mensosialisasikan bentuk-bentuk peringatan dini bila terjadi bencana/ krisis kesehatan.
15. Bersama perangkat/ aparat desa/ kelurahan, puskesmas setempat, tokoh masyarakat, tokoh agama, karang taruna, ibu rumah tangga, wakil

jdih.kemkes.go.id

kelompok rentan dan warga masyarakat lainnya, menyepakati dan mensosialisasikan rencana yang berisi langkah-langkah yang harus dilakukan jika tejadi krisis kesehatan, antara lain:

a) Kapan peringatan dini diaktifkan;
b) Bagaimana mekanisme evakuasi;
c) Bagaimana pengelolaan ditempat pengungsian;
d) Bagaimana pengelompokan masyarakat di lokasi pengungsian (sebaiknya per dusun atau per RT/ RW sehingga lebih mudah dipantau);
e) Bagaimana sistem antrian, pengelolaan dan pembagian makanan dan lainnya.

16. Mendukung upaya penyiapan sarana dan prasarana yang dibutuhkan bila terjadi krisis kesehatan diwilayahnya.
17. Mendorong kegiatan-kegiatan untuk mengurangi kerentanan, antara lain melaksanakan PHBS, pengelolaan sampah, BAB di jamban yang sehat, tidak tinggal di lereng bukit.
18. Dalam keadaan wabah/pandemi, menyediakan dan memasang informasi yang berisi panduan umum dalam menghadapi wabah/ pandemi di saat terjadi bencana sesuai ancaman bencana yang ada di wilayah tersebut.
19. Mendukung kegiatan peningkatan kapasitas masyarakat seperti pelatihan P3K dan sosialisasi tas siaga bencana keluarga.
20. Koordinasi dengan instansi-instansi terkait seperti Puskesmas, Karang Taruna, Babinsa, Kantor Kelurahan, Pramuka Saka Bhakti Husada, Korps Suka Rela/KSR PMI, Tenaga Suka Rela/TSR PMI, Organisasi Mahasiswa dan sebagainya.

II. SAAT DARURAT KRISIS KESEHATAN

Saat Darurat Krisis Kesehatan, masyarakat diharapkan:

a. Tetap tenang dan tidak panik.
b. Menyelamatkan diri dan upayakan membantu anggota keluarga yang rentan, menuju titik kumpul yang telah disepakati bersama.
c. Bila harus mengungsi, cari jalur yang aman yang telah ditetapkan bersama.
d. Bila harus mengungsi dalam keadaan wabah/ pandemi, laksanakan prinsip-prinsip protokol kesehatan untuk mencegah penyebaran:
    1. Pengelompokan berdasarkan keluarga;
    2. Menjaga jarak antar kelompok pengungsi dan mengatur jumlah pengungsi agar tidak berlebihan;
    3. Memisahkan pengungsi suspek, kontak erat dan konfirmasi positif dengan pengungsi lain;
    4. Memisahkan pengungsi kelompok rentan: bayi, balita, lansia, penyandang disabilitas serta pengungsi dengan komorbid (diabetes, penyakit jantung, kanker, asma, dsb);

jdih.kemkes.go.id

5. Melaksanakan upaya promosi kesehatan antara lain melakukan PHBS;
6. Memberikan pengertian kepada para pengungsi agar segera berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan/ pos kesehatan ketikamuncul gejala sakit.

Saat darurat krisis kesehatan, kader kesehatan diharapkan:

1. Menolong warga yang membutuhkan.
2. Menghubungi dan melaporkan kejadian ke Puskesmas dan Pos Kesehatan.
3. Menjadi penggerak dalam membantumasyarakat saat menyelamatkan diri.
4. Menjadi penghubung antara warga dengan Puskesmas dan Pos Kesehatan.
5. Menyampaikan informasi terkini tentang kondisi warga (bayi, balita, bumil, busui, usia lanjut dan disabilitas).
6. Di bawah koordinasi Koordinator RT/RW/desa/kelurahan :
   a. mengajak warga untuk tetap tenang dan tidak panik;
   b. Mengajak warga menyelamatkan diri dan mengarahkan menuju titik kumpul yang disepakati bersama;
   c. Membantu proses evakuasi/penyelamatan warga yang mengalami luka atau sakit ke fasilitas pelayanan kesehatan (dalam membantu korban luka harus berhati-hati, jangan sampai memperparah kondisi korban, dan
   d. membahayakan keselamatan diri).

III. Pasca Krisis Kesehatan

Saat pasca krisis kesehatan, masyarakat diharapkan:

a. Kembali ke rumah setelah ada arahan dari petugas yang berwenang.
b. Membersihkan rumah dan lingkungan untuk menghindari penularan penyakit.
c. Melaksanakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
d. Mengakses air bersih dan sanitasi dasar (pengolahan sampah, jamban keluarga, pengendalian vektor).
e. Mengevaluasi pelaksanaan rencana kesiapsiagaan keluarga.
f. Memperbaharui rencana penanggulangan krisis kesehatan sesuai kejadian.

Saat paca krisis kesehatan, kader kesehatan diharapkan:

1. Mengajak warga kembali ke rumah setelah ada arahan dari petugas yang berwenang.
2. Menggerakkan warga untuk membersihkan rumah dan lingkungan dengan bergotong royong untuk menghindari penularan penyakit.
3. Mengajak warga untuk tetap melaksanakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
4. Memantau dan mengakses air bersih dan sanitasi dasar (pengolahan sampah, jamban keluarga, pengendalian vektor).
5. Memantau kondisi korban luka yang masih dirawat.
6. Mendampingi petugas yang mengunjungi warga yang mengalami gangguan kejiwaan.
7. Mengevaluasi pelaksanaan rencana kesiapsiagaan.
   b. Memperbaiki rencana kesiapsiagaan keluarga sesuai pengalaman yang terjadi

jdih.kemkes.go.id

C. PANDUAN KESIAPSIAGAAN UNTUK MASYARAKAT PER JENIS BENCANA

I. TSUNAMI

Sebagian besar tsunami di Indonesia adalah tsunami lokal yang disebabkan gempa bumi tektonik. Dengan demikian masyarakat di daerah gempa akan menerima peringatan alami yaitu gempa bumi tersebut. Jika masyarakat merasakan goncangan yang kuat atau gempa yang berayun lemah tapi lama, masyarakat agar segera melakukan evakuasi mandiri tanpa menunggu peringatan dini tsunami ataupun perintah evakuasi dari pihak berwenang.

Evakuasi tsunami dalam panduan ini adalah untuk evakuasi dalam masa peringatan dini tsunami, yaitu sesaat setelah terjadi gempa dan/atau pemicu lainnya (longsoran dibawah laut atau letusan gunung api di laut), disaat tsunami menerjang, sampai setelah ancaman tsunami dinyatakan selesai. Pada saat-saat tersebut masyarakat harus segera evakuasi menuju tempat yang aman (tempat evakuasi yang telah ditetapkan, dataran tinggi atau menjauh dari pantai).

Setelah ancaman tsunami selesai, masyarakat harus tetap berada di tempat evakuasi sampai ada pengarahan lebih lanjut dari pihak yang berwenang.

Peringatan Dini Tsunami
Kategori Status Peringatan dini:

Tabel 9.1: Status Peringatan Dini

Status Peringatan	Artinya	Masyarakat Harus Berbuat Apa
Waspada	Diperkiraan tinggi tsunami akan tiba kurang dari 0.5 meter	• Jauhi pantai dan bibir sungai, segera menujuke tempat yang tinggi. • Lakukan evakuasi mandiri bersama keluarga. • Ikuti petunjuk daripetugas yang berwenang.
Siaga	Diperkiraan tinggi tsunami akan tibakurang dari 0.5 - 3meter	
Awas	Diperkiraan tinggi tsunami akan tiba kurang dari lebih dari 3 meter	

Peringatan dini akan disebarluaskan oleh Badan Meteorologi, Klimatologi dan Geofisika (BMKG) melalui SMS, email, fax, *website* maupun melalui media sosial Twitter,Facebook, serta aplikasi yang dapat diunduh melalui telepon genggam: Info BMKG.

a. Cara evakuasi saat peringatan dini tsunami

jdih.kemkes.go.id

Jika masyarakat merasakan goncangan yang kuat atau gempa yang berayun lemah tapi lama, masyarakat agar segera membawa tas siaga bencana dan segera melakukan evakuasi mandiri menuju Tempat Evakuasi Sementara (TES), yaitu tempat aman yang sudah ditetapkan sebagai lokasi evakuasi tsunami, seperti dataran tinggi, dataran/ hamparan yang jauh dari pantai, atau gedung/ bangunan yang sudah disepakati sebagai tempat evakuasi yang aman.

b. Ketika kejadian tsunami selesai

Setelah ancaman tsunami berakhir, maka dengan arahan dan petunjuk dari pihak berwenang, masyarakat dapat pindah menuju Tempat Evakuasi Akhir (TEA), atau jika tidak terjadi tsunami masyarakat bisa kembali ke rumah sesuai dengan arahan pihak berwenang. Masyarakat diharapkan terus memperbaharui informasi dari radio, televisi,media sosial dan/ atau dari petugas yang berwenang.

II. BANJIR

Jika curah hujan semakin meningkat, tingkatkan kewaspadaan dengan mendengarkan berita di TV, radio, media sosial serta peringatan dini dari ketua RT/ RW/ Kepala Desa/ Kader. Siap-siap untuk evakuasi dan mengungsi ke daerah yang lebihtinggi atau posko banjir, mengikuti arahan dari Ketua RT/ RW/ Kepala Desa/ Kader. Bilaharus mengungsi, prioritaskan terlebih dahulu kelompok rentan dengan tetap memperhatikan keamanan dan keselamatan.

Hal yang perlu diperhatikan sebelum dan saat mengungsi:

1. Membawa tas siaga bencana.
2. Mematikan aliran listrik di dalam rumah, jangan menyentuh kabel dan tiang listrik.
3. Mengungsi bersama dengan anggota keluarga, jangan terpisah-pisah.
4. Menggunakan jalur evakuasi yang sudah ditentukan oleh kader/ perangkat desa.
5. Menghindari berjalan di dekat aliran air agar tidak terseret arus banjir.
6. Mewaspadai lubang, gorong-gorong dan selokan/ saluran air karena dapat menyebabkan tenggelam.
7. Mewaspadai hewan berbisa yang dapat hanyut dan berada di genangan air.
8. Mewaspadai terhadap benda keras atau benda tajam (batu, kayu, tiang, pecahan kaca) yang dapat menyebabkan luka.
9. Memastikan makanan di pengungsian dimasak dengan matang.
10. Jika muncul demam atau tanda-tanda sakit lainnya segera hubungi petugas kesehatan.

Hal yang diperhatikan pasca banjir

1. Jika anda atau keluarga menunjukkan gejala sakit seperti demam,

mual, muntah, meriang, sakit kepala, sakit perut, diare, segera hubungi petugas kesehatan atau ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

2. Bersihkan rumah dan lingkungan dari genangan air yang bisa menjadi sarang nyamuk.
3. Jika sumber air bersih berasal dari sumur terbuka, lakukan pengurasan dan klorinasi.
4. Jaga anak-anak agar tidak bermain di genangan air.
5. Waspada dengan ular dan tikus yang mungkin masuk ke dalam rumah.
6. Jangan menggunakan instalasi listrik dan gas yang basah, sampai semuanya telah dicek aman untuk digunakan.
7. Buang semua makanan yang terkena air banjir.

jdih.kemkes.go.id

III. TANAH LONGSOR

Bila anda tinggal di daerah rawan longsor, waspada bila terjadi hujan terus menerus dengan intensitas sedang hingga tinggi atau bila terjadi gempa bumi. Selalu dengarkan informasi dari radio, televisi, media sosial atau peringatan dini dari kader dan perangkat desa setempat. Perhatikan juga tanda-tanda berikut berikut ini yang merupakan awal terjadinya longsor:

1. Adanya retakan atau tonjolan yang tidak biasa di tanah, trotoar atau jalan.
2. Keluarnya mata air atau rembesan di lereng atau di daerah yang biasanya tidak pernah basah.
3. Pohon dan tiang listrik miring.
4. Peningkatan permukaan air sungai yang cepat, mungkin disertai denganpeningkatan kekeruhan.
5. Tiba-tiba penurunan muka air meskipun hujan masih turun atau baru saja berhenti.
6. Suara gemuruh atau suara-suara yang tidak biasa, mengindikasikan terjadinya tanah longsor.

a. Saat Terjadi Longsor

1. Bila ada tanda-tanda bahaya, segera selamatkan diri dan keluarga dengan membawa tas siaga bencana.
2. Segera informasikan mengenai tanda-tanda bahaya tersebut pada petugas yang berwenang.
3. Di tempat pengungsian jika muncul demam atau gejala sakit lainnya segera hubungi petugas kesehatan.

b. Ketika Tanah Longsor Selesai

1. Kembali ke rumah masing-masing bila telah diizinkan oleh petugas yang berwenang.
2. Jangan memasuki wilayah yang rusak kecuali daerah tersebut sudah dinyatakan aman.
3. Waspada akan datangnya longsor susulan.
4. Memantau informasi terkini melalui radio, televisi, media sosial atau posko bencana dan petugas yang berwenang.
5. Jika anda atau keluarga menunjukkan gejala sakit seperti demam, mual, muntah, meriang, sakit kepala, sakit perut, diare, segera hubungi petugas kesehatan atau ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

jdih.kemkes.go.id

IV. GEMPA BUMI

Gempa bumi antara lain bisa disebabkan karena pergeseran dan pergerakanlempeng bumi dan bisa juga karena aktivitas gunung api. Gempa bumi dapat terjadi dengan tiba-tiba tanpa ada tanda-tanda sebelumnya.

Besar kecilnya kerusakan akibat gempa bergantung pada jarak lokasi dari pusat gempa, kedalaman pusat gempa, besar dan lamanya gempa serta kondisi tanah dan kekuatan bangunan di sekitar lokasi gempa.

a. Penempatan barang-barang di rumah:

1. Meletakkan barang pada tempat yang aman, jangan menggantungkan barang-barang berat di dekat tempat tidur atau sofa.
2. Menggunakan kait atau baut yang kuat dan aman untuk lemari, serta letakkan barang-barang yang besar dan berat di rak paling bawah.
3. memastikan rumah dan bangunan memiliki fondasi dan konstruksi yang aman terhadap gempa.

b. Yang dilakukan sebelum gempa bumi

1. Mencari informasi apakah wilayah tempat tinggal mempunyai potensi gempabumi. (Informasi dapat didapatkan melalui *website* dan media sosial pemerintah).
2. Menyiapkan rencana penyelamatan diri dan keluarga apabila gempa bumi terjadi.
3. Melakukan latihan mandiri dalam menghadapi gempa bumi, seperti merunduk, melindungi kepala, berpegangan ataupun dengan bersembunyi di bawah meja.
4. Menyiapkan alat pemadam kebakaran dan tas siaga bencana.
5. Memperhatikan daerah rawan gempa bumi dan aturan seputar penggunaan lahan yang dikeluarkan oleh pemerintah.
6. Mengetahui daerah aman yang dapat digunakan untuk titik kumpul dan pengungsian apabila gempa bumi merusak bangunan perumahan warga.

c. Yang dilakukan saat terjadi gempa bumi

1. **Saat berada didalam ruangan**

a) Tetap tenang dan tidak panik saat terjadi gempa bumi.
b) Berlutut, lindungi kepala dan bergeraklah sesedikit mungkin karena sebagian besar cedera terjadi karena orang bergerak, jatuh, terkilir, patah tulang dan cedera kepala.
c) Jika sedang berada di tempat tidur, meringkuklah, bertahan dan lindungi kepala anda.

d) Tetap berada di dalam ruangan sampai guncangan berhenti dan benar-benar aman

e) untuk keluar. Gunakan tangga dan jangan menggunakan lift karena dikhawatirkan dapat terjadi gempa susulan, listrik padam dan kerusakan bangunan.

f) Jika sedang memasak, segera matikan kompor, cabut dan matikan semua peralatan yang menggunakan listrik untuk mencegah terjadinya kebakaran.

g) Kenali bagian bangunan yang memiliki struktur kuat, seperti pada sudut bangunan karena kemungkinan minim terjadi kerusakan.

h) Apabila berada di dalam bangunan yang memiliki petugas keamanan, ikuti instruksi evakuasi.

i) Bawalah tas siaga bencana yang telah disiapkan.

2. **Saat berada di luar ruangan:**

a. Perhatikan tempat berpijak, hindari daerah yang mengalami retakan danmemiliki potensi terjadi longsor seperti lereng atau jurang.

b. Hindari bangunan, tiang, kabel listrik, pohon dan lampu jalan yang dapat jatuh menimpa kita.

c. Jika berada dalam kendaraan, berhentilah di tempat yang aman, berusahalah untuk menghindari jembatan, jalan layang, pohon dan tiang listrik. Tetaplah berada di dalam kendaraan dengan sabuk pengaman yang masih terpasang sampai guncangan berhenti.

d. Jika berada di pantai, segeralah berpindah ke daerah yang agak tinggi atau beberapa ratus meter dari pantai, karena gempa bumi dapat diikuti dengan tsunami.

e. Jika berada di daerah pegunungan atau dekat lereng gunung yang tidak stabil, waspadalah terhadap batu-batuan yang mungkin jatuh dari tebing dan tanah longsor.

d. Yang dilakukan setelah terjadi gempa bumi

1. Setelah guncangan berhenti, periksa diri apakah mengalami luka sebelummenolong orang lain.
2. Apabila terluka segera mencari pertolongan.
3. Setelah gempa bumi, waspada terjadinya gempa bumi susulan, tanah longsorataupun tsunami.
4. Kembali ke rumah apabila sudah dinyatakan aman oleh pihak berwenang.
5. Apabila mengalami gangguan psikologis seperti rasa cemas yang berlebihan, tidak bisa makan, minum dan tidur, segera mencari bantuan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

jdih.kemkes.go.id

V. LETUSAN GUNUNG BERAPI

Erupsi gunung berapi adalah peristiwa yang terjadi saat adanya pergerakan magma dari dalam perut bumi yang berusaha keluar ke permukaan bumi. Saat erupsi terjadi, biasanya juga menimbulkan getaran-getaran di permukaan bumi yang biasa kita kenal dengan gempa bumi vulkanik.

Sebelum Erupsi gunung Berapi

a. Pahami arti status gunung api:

Tabel 9. 2: Status Gunung Api

Tingkat Status (Level)	Istilah Bahasa	Penjelasan
IV	Awas	Tingkatan yang menunjukkan jelang letusan utama,letusan awal mulai terjadi berupa abu atau asap. Berdasarkan analisis data pengamatan, segera akandiikuti letusan utama
III	Siaga	Peningkatan semakin nyata hasil pengamatan visual atau pemeriksaan kawah, kegempaan dan metode lain saling mendukung. Berdasarkan analisis, perubahan kegiatan cenderung diikuti letusan
II	Waspada	Peningkatan kegiatan berupa kelainan yang tampak secara visual atau hasil pemeriksaan kawah, kegempaandan gejala vulkanik lain
I	Normal	Aktivitas gunung api, berdasarkan pengamatan hasil visual, dan gejala vulkanik lain, tidak memperlihatkanadanya kelainan

b. Kenali lingkungan daerah tempat tinggal. Di mana titik-titik rawan bahaya sehingga tidak boleh didekati seperti sungai, lereng, daerah aliran lahar, daerah longsoran dan sebagainya.

c. Pahami kawasan rawan bencana (KRB):

Tabel 9.3: Kawasan Rawan Bencana

Tingkat	Penjelasan
KRB III	KRB III adalah kawasan yang sangat berpotensi terlanda awan panas, aliran lava, guguran lava, lontaran batu (pijar), dan/atau gas beracun. Kawasan ini meliputi daerah puncak dan sekitar
KRB II	KRB II adalah kawasan yang berpotensi terlanda awan panas, aliran lava, lontaran batu (pijar) dan/atau guguran lava, hujan abu lebat, hujan lumpur panas, aliran lava dan gas beracun. Kawasan ini dibedakan menjadi dua yaitu: 1) Kawasan rawan terhadap awan panas, aliran lava, guguranlawa, aliran lahar dan gas beracun terutama daerah hulu. 2) Kawasan rawan terhadap hujan abu lebat, lontaran batu (pijar)dan/atau hujan lumpur panas.

jdih.kemkes.go.id

KRB I	KRB I adalah kawasan yang berpotensi terlanda lahar, tertimpa material jatuhan berupa hujan abu dan/atau air dengan keasaman tinggi. Apabila letusan membesar, kawasan ini berpotensi terlanda perluasan awan panas dan tertimpa material jatuhan berupa hujan abu lebat serta lontaran batu (pijar). Kawasan ini dibedakan menjadi dua, yaitu: 1) Kawasan rawan terhadap lahar. Kawasan ini terletak di sepanjang lembah dan bantaran sungai, terutama yangberhulu di daerah puncak. 2) Kawasan rawan terhadap hujan abu tanpa memperhitungkan arah angin tiupan.

d. Ketahui titik kumpul, rambu jalur evakuasi, Tempat Evakuasi Sementara (TES) dan Tempat Evakuasi Akhir (TEA) yang sudah ditentukan.
e. Menyiapkan tas siaga bencana.
f. Perhatikan arahan dari Pusat Vulkanologi dan Mitigasi Bencana Geologi (PVMBG) dan perkembangan aktivitas gunung api melalui radio, televisi, media sosial dan situs pemerintah.

Saat Erupsi Gunung Berapi

a. Waspada terhadap awan panas, gas beracun, lontaran material, hujan abu, lahar letusan dan banjir lahar.
b. Ketika ada tanda peringatan dini untuk evakuasi, segera pergi ke titik kumpul atau tempat pengungsian yang telah ditentukan dengan membawa tas siaga bencana.
c. Jauhi daerah berbahaya seperti puncak dan kawah gunung, lereng gunung, lembah dan sungai serta daerah lainnya yang rawan sebagai daerah aliran lahar (terutama di lembah-lembah sungai yang berhulu di daerah puncak).
d. Kenakan pakaian yang dapat melindungi tubuh (baju lengan panjang, celana panjang dan topi), memakai masker dan kaca mata pelindung serta sarung tangan.
e. Pakai masker atau saputangan/ kain yang dilembabkan dengan air untukmelindungi dari bahaya gas beracun.
f. Waspada terjadi letusan susulan.
g. Tutup sumber air/ sumur dan tempat penampungan air agar tidak terkena abu vulkanik.
h. Selalu memperhatikan arahan dari pihak berwenang selama berada di pengungsian.
i. Sebelum keadaan dinyatakan aman, jangan kembali ke rumah.

Pada erupsi gunung api, partikel abu sangat halus sehingga dapat masuk keparu-paru ketika kita bernapas. Apabila paparan terhadap abu cukup tinggi, makaorang yang sehat pun akan mengalami kesulitan bernapas disertai batuk dan iritasi. Beberapa tanda penyakit pernapasan akut (jangka waktu pendek) akibat abu gunung api:

jdih.kemkes.go.id

a. Iritasi saluran pernapasan berupa batuk, pilek, sakit tenggorokan.
b. Untuk penderita penyakit pernapasan, abu gunung api dapat menyebabkan penyakit menjadi serius seperti sesak napas, tanda-tanda bronkitis akut selama beberapa hari (seperti: batuk kering, produksi dahak berlebih, mengi dan sesaknapas).

Setelah Erupsi Gunung Berapi

a. Jauhi wilayah yang terkena hujan abu vulkanik dan daerah rawan bencana lainnya seperti aliran sungai yang berpotensi terlanda bahaya lahar pada musim hujan.
b. Periksa kondisi diri dan keluarga, jika ada yang terluka pastikan untuk mendapat pertolongan dari tenaga kesehatan.
c. Kembali ke rumah apabila telah dinyatakan aman oleh petugas yang berwenang.
d. Bersihkan atap dari timbunan debu vulkanik dengan menyemprotkan air, karena beratnya bisa merobohkan dan merusak atap rumah atau bangunan.

jdih.kemkes.go.id

VI. KEBAKARAN HUTAN DAN LAHAN

Kebakaran hutan bisa terjadi secara alami atau disebabkan perbuatan manusia yang terjadi secara sengaja atau tidak sengaja. Kebakaran hutan dapat mengakibatkan terjadinya pencemaran udara yang berdampak gangguan kesehatan.

Beberapa hal yang harus diwaspadai oleh masyarakat:

Kebakaran lahan dan hutan umumnya terjadi pada musim kemarau, sehinggamasyarakat perlu meningkatkan kewaspadaannya saat kemarau datang.
Apabila sudah ada peringatan dini Karhutla, selalu memantau kondisi kualitas udara diwilayahnya dengan melihat kadar Indeks Standard Pencemaran Udara (ISPU).

Tabel 9.4: Kategori Bahaya Dan Tindakan Yang Harus Dilakukan

ISPU	PENCEMARAN UDARA LEVEL	DAMPAK KESEHATAN	TINDAKAN PENGAMANAN
0 – 50	BAIK	Tidak ada dampak kesehatan	
51 – 100	SEDANG	Tidak ada dampak kesehatan	
101 - 199	TIDAK SEHAT	Dapat menimbulkan gejala iritasi pada saluran pernafaan bagi penderita penyakit jantung, gejalanya akan semakin berat	Menggunakan masker atau penutup hidung bila melakukan aktifitas di luar rumah Aktivitas fisik bagi penderita jantung dikurangi
200 - 299	SANGAT TIDAK SEHAT	Pada penderita ISPA, Pneumonia, dan jantung maka gejalanya akan meningkat	Aktivitas diluar rumah harus dibatasi Perlu dipersiapkan ruang khusus untuk perawatan penderita ISPA, Pneumonia berat, di RS, Puskesmas dll Aktiftas bagi penderita jantung dikurangi

jdih.kemkes.go.id

300 - 399	BERBAHAYA	Bagi penderita suatu penyakit, gejalanya akan semakin serius orang sehat akan merasa mudah lelah	Penderita penyakit ditempatkan pada ruang bebas pencemaran udara Aktiftas kantor dan sekolahharus menggunakan AC
>400	SANGAT BERBAHAYA	Berbahaya bagi semua orang, terutama: balita, ibu hamil, orang tua, dan penderita gangguaan pernafasan	Semua harus tinggal di rumah dan tutup pintuserta jendela. Segera lakukan evakuasi selektif bagi orang berisikoseperti: balita, ibu hamil, orang tua dan penderita gangguan pernafasan ke tempat/ ruang bebas pencemaran udara.

Hal yang harus diperhatikan saat terjadi Karhutla:

Tetap di dalam ruangan dengan jendela dan pintu tertutup.
Kurangi aktivitas di luar rumah.

Hindari aktivitas di dalam rumah yang menambah kontaminasi seperti merokok.

Gunakan masker dan alat pelindung lainnya seperti baju lengan panjang dan celana panjang saat keluar rumah.

Ganti masker bila sudah.

Bila asap mulai berkurang, buka ventilasi rumah dan bersihkan rumah dari partikel debu yang menumpuk.

Lakukan evakuasi dengan mengutamakan kelompok rentan, bila kadar paparan dalam rumah sudah membahayakan kesehatan.

Di tempat penampungan, masyarakat tetap wajib menerapkan protokol kesehatan sesuai aturan yang berlaku.

jdih.kemkes.go.id

VII. ANGIN PUTING BELIUNG

Angin puting beliung adalah angin yang bertiup dengan membentuk pusaran dengan kecepatan yang sangat tinggi hingga mencapai lebih dari 50 km/jam. Umumnya angin puting beliung terjadi pada siang atau sore hari dengan durasi waktu yang singkat mulai dari hitungan detik hingga 5-10 menit dengancakupan wilayah serangan yang sempit/ lokal. Biasanya terjadi pada musim peralihan/ pancaroba dan menyerang wilayah dataran rendah dengan bentuk permukaan yang landai.

Waspada potensi terjadinya angin puting beliung:

a. Pantau selalu peringatan dini bencana melalui radio, televisi, media sosial ataupun situs pemerintah.
b. Tingkatkan kewaspadaan pada musim peralihan yaitu pergantian musim hujan ke musim kemarau atau sebaliknya.
c. Memperhatikan tanda-tanda terjadinya angin puting beliung, yaitu antara lain:
    1. Udara berubah menjadi panas dan gerah.
    2. Arah dan kecepatan angin yang tiba-tiba berubah dan bertiup lebih kencang.
    3. Awan tiba-tiba berubah warna dari putih menjadi hitam pekat.
d. Siap siaga dengan berpindah ke tempat yang aman.

Saat angin puting beliung terjadi:

1. Jika berada dalam gedung atau rumah, segera berlindung di tempat yang aman. Untuk perlindungan tambahan, bisa berlindung di bawah meja yang kuat, tutupi tubuh menggunakan selimut, matras atau kantung tidur.
2. Jika sedang berada di luar rumah segera mencari gedung/rumah terdekat untuk tempat perlindungan yang aman.
3. Jika ada potensi petir akan menyambar, jauhi pohon dan jangan tiarap di atas tanah. Hindari bangunan yang tinggi, tiang listrik, papan reklame, jembatan dan sebagainya.
4. Matikan semua aliran listrik dan peralatan elektronik.

Pasca angin puting beliung

1. Tetap berada di rumah masing-masing atau tempat evakuasi sampai ada arahan lebih lanjut dari pihak yang berwenang.
2. Terus pantau perkembangan situasi melalui radio, televisi, media sosial, webiste pemerintah atau dari petugas yang berwenang.

jdih.kemkes.go.id

D. PENANGANAN KEGAWATDARURATAN KESEHATAN PADA MASYARAKAT

I. CALL CENTER 119

Call Center 119 memberikan respon cepat terhadap pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kegawatdaruratan. Call Center 119 dioperasikan oleh sejumlah operator yang dilengkapi dengan seperangkat komputer yang terhubung ke jaringan telekomunikasi.

Call Center 119 memberikan respon cepat terhadap pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kegawatdaruratan. Call Center 119 dioperasikan diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus.

a. Manfaat call center 119:

1. Memberikan akses panggilan cepat bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan kesehatan, baik kegawatdaruratan sehari-hari maupun kegawatdaruratan bencana yang difasilitasi dengan pelayanan ambulans untuk menuju ke fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Membantu penanganan kegawatdaruratan lain selain kegawatdaruratan kesehatan dengan koordinasi kepada stakeholder terkait.
3. Membantu memberikan informasi kesehatan di luar kegawatdaruratan kesehatan.

b. Kapan Menghubungi call center 119:

1. Cedera serius atau kegawatdaruratan yang disebabkan oleh kebakaran atau kecelakaan.
2. Penyakit yang membutuhkan penanganan segera.
3. Cedera atau penyakit yang tiba-tiba.



Gambar 9.1 Penolong Menghubungi Call Center 119

jdih.kemkes.go.id

c. Cara menghubungi:

1. Hubungi call center 119 segera.
2. Cobalah untuk tenang dan berbicara perlahan dan jelas saat berbicara dengan operator.
3. Jika menelepon dari ponsel, beri tahu nomor ponsel yang digunakan dan dari mana anda menelepon.
4. Harap jangan matikan telepon atau membuat panggilan lain sampai ambulans tiba, karena mereka mungkin perlu menghubungi anda.
5. Saat mendengar sirine ambulans atau pemadam kebakaran, harap keluar dan arahkan mereka ke lokasi.

E. BANTUAN HIDUP DASAR/BHD (RESUSITASI JANTUNG PARU/ RJP) DAN PENGGUNAAN AED

Panduan ini berisi tentang teknik yang digunakan selama resusitasi awal pada korban serangan jantung dewasa. Ini termasuk prinsip Bantuan Hidup Dasar BHD atau *Basic Life Support* (BLS) yaitu: Menjaga jalan napas, pernapasan dan dukungan sirkulasi tanpa menggunakan peralatan selain alat pelindung serta penggunaan Defibrillator Eksternal Otomatis (*AED*).

Setiap hari di seluruh dunia, resusitasi jantung paru (RJP) dilakukan di dalam maupun di luar rumah sakit untuk menyelamatkan nyawa. RJP telah menyelamatkan nyawa anak-anak yang tenggelam atau menelan sesuatu secara tidak sengaja, serta orang dewasa yang mengalami serangan jantung.

RJP mencakup pelayanan kesehatan yang mengembalikan kesadaran, resusitasi, atau mempertahankan hidup seseorang yang mengalami henti jantung atau henti napas. Denyut jantung atau pernapasan pasien dapat terganggu atau berhenti karena serangan jantung, tenggelam, tersedak atau kegawatdaruratan lain. Petugas kesehatan mempelajari bagaimana mengenali kegawatdaruratan, seperti henti jantung yang terjadi secara tiba-tiba dan mengetahui bagaimana harus meresponsnya. Keterampilan yang diajarkan pada bagian ini meliputi melakukan RJP dan menolong korban yang tersedak (obstruksi benda asing pada jalan napas) pada semua usia: dewasa, anak-anak dan bayi. Termasuk juga penggunaan defibrilator eksternal otomatis *(Automated External Defibrillator,* AED). RJP dapat dilakukan berdasarkan rantai kelangsungan hidup dewasa dan anak.

I. Rantai Kelangsungan Hidup Dewasa

a. Mengenali dengan segera henti jantung atau henti napas dengan akses yang cepat ke tim kegawatdaruratan medis
b. RJP segera
c. Defibrilasi segera

d. Akses yang cepat ke pusat perawatan yang lebih lengkap
e. Perawatan setelah/pasca resusitasi yang efektif
f. Pemulihan

II. Rantai Kelangsungan Hidup henti jantung di luar RS untuk Anak

a. Pencegahan henti jantung atau henti napas
b. RJP segera
c. Akses yang cepat ke tim kegawatdaruratan medis
d. Akses yang cepat ke pusat perawatan yang lebih lengkap
e. Perawatan setelah/pasca resusitasi yang efektif
f. Pemulihan

III. Resusitasi Jantung-Paru (RJP)

a) RJP dilakukan ketika napas atau denyut jantung seseorang berhenti. Tujuan dari RJP adalah untuk mengalirkan darah sehingga oksigen juga mengalir ke otak dan jantung. RJP mencakup ketiga langkah berikut ini:
b) Telepon Call Center 119 dan teriak minta AED.
c) Tekan kuat dan cepat di tengah dada yang kita kenal dengan istilah RJP.
d) Gunakan AED jika tersedia.



Gambar 9.2 Teknik RJP dan Penggunaan AED

Catatan: Jika anda melihat seseorang tiba-tiba pingsan dan tidak ada respon, telepon call center 119, apabila dia tidak bernapas, lakukan CPR dan AED dengan tujuan *"Everyone Can Save A Life".*

e) RJP atau tekan kuat dan cepat di tengah dada dilakukan ketika napas atau denyut jantung seseorang berhenti. Tujuan dari RJP adalah untuk mengalirkan darah sehingga oksigen juga mengalir ke otak dan jantung.

RJP dilakukan untuk mencegah kerusakan otak dan kematian ketika seseorang mengalami henti jantung. Jantung dapat berhenti

jdih.kemkes.go.id

karena penyakit jantung, kecelakaan kendaraan bermotor, tenggelam atau tersedak.

Siapapun yang hilang kesadaran dapat membutuhkan RJP. Selain itu, gejala seperti kebingungan, kelemahan dan nyeri dada dapat merupakan tanda henti jantung akan segera terjadi dan RJP mungkin diperlukan.

Setelah jantung berhenti, terlambat memulai RJP walaupun hanya beberapa menit saja dapat memberi perbedaan antara hidup dan mati. RJP dapat menyokong jantung dan otak dengan oksigen sampai bantuan medis datang.

1. Kapan RJP dibutuhkan
   a) Korban tidak sadar dan tidak respon
   b) Korban tidak bernafas atau bernafas secara tidak normal (megap-megap)

2. Langkah Melakukan RJP
   a) Cek Respon Kesadaran



Gambar 9.3 Cek Respon Kesadaran

   b) Jika seseorang tampak mengalami hilang kesadaran, tanyakan, "*Apakah Anda baik-baik saja*?" Tanyakan dengan keras. Orang tersebut mungkin tertidur atau sulit mendengar. Jika orang tersebut menjawab, tanyakan apa yang bisa di bantu?
      1) Jika tidak ada jawaban, tepuk bahu korban dengan perlahan.
      2) Jika masih tidak ada respons, mulailah Kompresi Dada (RJP). Bacalah instruksi langkah-langkah RJP untuk dewasa dan anak dibawah ini.

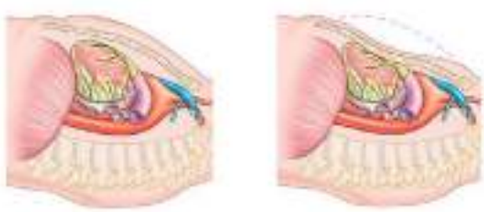
3. Cara Melakukan Kompresi Dada
   a) Tentukan lokasi kompresi dada
      - Di tengah-tengah tulang dada (untuk dewasa).
      - Letakkan salah satu atau kedua tumit tangan pada bagian tengah dada diantara garis puting/ bagian tengah bawah sternum (untuk anak).
   b) Lakukan pemijatan dengan kuat dan cepat

jdih.kemkes.go.id

c) Pertahankan lengan anda tetap tegak dan siku lurus.
d) Kualitas CPR, tekan dada dengan kuat minimal 5 cm, tekan dengan kuat dan cepat (100-120 kali/menit), biarkan dada kembali secara sempurna setelah setiap kali kompres.
e) Dilakukan sampai dengan petugas medis datang atau korban merespon.



Gambar 9.4 Teknik Melakukan Kompresi Dada pada Dewasa dan Anak



Gambar 9.5 Kedalaman Kompresi dan *Recoil*

4. Penggunaan AED bila ada/ didatangkan

a) Defibrillator eksternal otomatis (AED) dapat digunakan untuk "memicu" denyut jantung yang berhenti. Jika RJP tidak dapat membuat jantung korban kembali bekerja dan tersedia AED, maka anda harus menggunakannya.

b) Langkah penggunaan AED:

1) Hubungi Call Center 119.
2) Nyalakan AED, alat ini memberikan petunjuk suara langkah demi langkah. AED akan memberitahu cara memeriksa pernapasan dan denyut nadi dan cara memposisikan bantalan elektroda (pad) di dada korban.
3) Berikan kejut listrik, saat pad terpasang, AED secara otomatis mengukur irama jantung korban dan menentukan apakah kejutan diperlukan. Jika ya, mesin akan memberi tahu pengguna untuk mundur dan menekan tombol untuk memberikan kejutan. AED diprogram untuk tidak memberikan kejutan jika tidak diperlukan.
4) Jika korban menunjukkan gejala bernafas, maka baringkan korban yang tidak sadarkan diri tersebut pada posisi

jdih.kemkes.go.id

pemulihan dan awasi sampai bantuan datang.



Gambar 9.6 Penggunaan AED Dari Suara AED

IV. PERTOLONGAN PERTAMA DI MASYARAKAT

a. Tersedak

1. Tanda dan Gejala
   a) Memegangi leher dengan satu atau kedua tangan
   b) Suara napas bising, tercekik, batuk
   c) Tidak dapat berbicara atau mengeluarkan suara
2. Tindakan Kegawatdaruratan
   a) Hubungi Call Center 119
   b) Pastikan apakah jalan napasnya tersumbat. Tanyakan, “apakah anda tersedak? Bisakah anda berbicara? Bisa saya bantu?”.
   c) Jika anda memastikan bahwa jalan napasnya tersumbat.

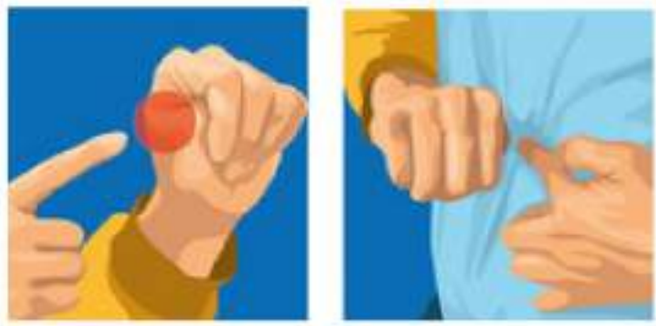


Gambar 9.7 Teknik Memastikan Jalan Napas

   d) Berdiri dibelakang orang yang tersedak dan melingkarkan lengan anda pada pinggangnya, tentukan pusar orang tersebut.
   e) Jika orang yang tersedak obesitas atau hamil, melingkarkan lengan anda di dada.

jdih.kemkes.go.id

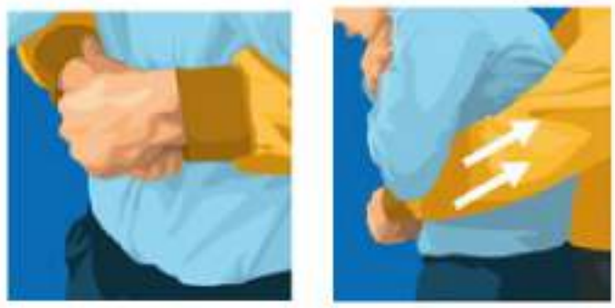
Kepalkan tangan anda



Gambar 9.8 Teknik Kepalan Tangan untuk memastikan jalur napas

f) Letakkan sisi ibu jari tepat di atas pusar.
g) Tentukan bagian tengah dada (sternum) jika orang tersebut obesitas atau hamil.

Genggam kepalan tangan anda dengan tangan yang satunya.



Gambar 9.9 Teknik Genggaman Kepalan tangan untuk memastikan jalur napas

h) Tekan genggaman tangan anda ke arah abdomen dengan cepat dan arahkan ke atas dan ke dalam.
i) Gunakan hentakan lurus ke arah punggung bila orang tersebut obesitas atau hamil.
j) Gerakan yang anda lakukan akan mendorong udara dari paru seperti saat batuk. Hal ini dapat membantu untuk mengeluarkan objek.

Apa yang harus dilakukan selanjutnya

1) Lanjutkan hentakan sampai objek dapat dibatukkan keluar dan orang yang tersedak dapat bernapas atau berbicara.
2) Jika objek yang menyumbat tidak dapat dikeluarkan, maka orang tersebut akan kehilangan kesadaran.
3) Jika orang tersebut kehilangan kesadaran, maka baringkan dengan posisi terlentang. Perlakukan orang tersebut sebagai

jdih.kemkes.go.id

orang dewasa atau anak- anak yang tersedak yang tidak sadarkan diri.

4) Jika terdapat pernapasan yang tidak normal atau tidak ada pernapasan dan terdapat orang lain, segera lakukan RJP.
5) Setelah petugas/tenaga kesehatan datang, korban dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

b. Tersedak pada bayi

1. Lihat ke dalam mulut bayi apakah terdapat sesuatu, misalnya potongan makanan atau mainan yang tersangkut di tenggorokan.
2. Jika anda melihat benda tersebut, jangan mendorongnya semakin jauh ke dalam tenggorokan, tetapi gunakan jari anda untuk mengeluarkan benda tersebut.
3. Jika anda tidak melihat benda yang menyumbat, jangan pernah memasukkan jari anda untuk mencari benda tersebut.
4. Kompresi dada dari RJP dapat mendorong udara dari paru sehingga dapat mengeluarkan benda yang menyumbat.



Gambar 9.10 Teknik Megeluarkan Benda Yang Menyumbat

5. Setelah petugas/tenaga kesehatan datang, korban dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

V. TRAUMA (CEDERA KEPALA/LEHER, PENDARAHAN, TERKILIR/ KESELEO DAN PATAH TULANG)

a. CEDERA KEPALA

Langkah Kegawatdaruratan

1. Hubungi Call Center 119.
2. Stabilkan posisi tubuh pasien (dengan jaket/ selimut).
3. Tangani cedera lain bila ada, seperti perdarahan.
4. Jaga korban agar tetap hangat dan stabil.
5. Longgarkan segala pakaian ketat sekitar leher secara perlahan atau potong pakaian supaya tidak menghalangi jalan napas.
6. Usahakan bantuan medis datang (menunggu kedatangan tim medis)
   a) Pindahkan korban hanya jika dalam kondisi darurat/keadaan tidak aman.

jdih.kemkes.go.id

b) Bila ada gunakan kertas koran atau karton yang telah dilipat untuk membuat "*Neck Collar*".
c) Selipkan lipatan koran/karton tersebut pada leher korban.
d) Bila memungkinkan, selipkan papan kecil di bawah kepala dan bahu pasien.
e) Bila harus memindahkan korban, maka dibantu dengan penolong minimal 3 orang, pindahkan korban dengan hati-hati pada posisi wajah menghadap ke atas.
f) Pindahkan pasien serentak seluruh bagian tubuh sebagai satu unit dengan satu gerakan dan usahakan tulang belakang leher keseluruhan jangan bergerak/bergeser dari kedudukan saat kecelakaan.

Jangan dilakukan:

1. Jangan pindahkan korban yang dicurigai mengalami cedera tulang belakang (leher dan punggung) kecuali tak terhindarkan jangan gerakkan leher. Biarkan dalam posisi saat ditemukan. Fiksasi posisi leher agar tidak bergerak dengan meletakkan ganjal di samping kiri dan kanan kepala.
2. Jangan letakan bantal dibawah leher korban.

b. PENDARAHAN

Pertolongan pertama pada saat melihat bagian tubuh korban yang berdarah adalah menghentikan pendarahan terutama jika pendarahannya banyak agar korban tidak kehabisan darah. Untuk memperkirakan jumlah perdarahan dapat mengacu pada keluhan dan tanda-tanda kurang darah (pucat, bibir berwarna biru) dan sampai dengan pingsan. Pendarahan yang banyak harus segera dihentikan agar korban tidak meninggal akibat kehabisan darah.

Langkah Kegawatdaruratan

1. Hubungi Call Center 119
2. Tekan luka dengan tangan atau bahan lain



Gambar 9.11 Teknik Menekan Luka

3. Lakukan penekanan dengan tekanan yang kuat dan pertahankan.

jdih.kemkes.go.id

Pasang pembalut luka/kain bersih untuk menekan luka (bila ada). Bila darah masih tetap mengucur, jangan membuka balutan, cukup menambah tekanan lalu balut kembali dengan perban.

4. Bila perdarahan terjadi pada alat gerak maka tinggikan anggota gerak yang cedera hingga melebihi tinggi jantung untuk mengurangi perdarahan.
5. Jika perdarahan tetap berlangsung, lakukan penekanan di pembuluh darah bagian atas yang mengalami perdarahan.
6. Selanjutnya bawa ke fasilitas kesehatan terdekat atau dokter untuk pemeriksaan lebih lanjut.

Jangan dilakukan:

1. Jangan memindahkan korban, kecuali penolong dan korban dalam keadaan tidak aman.
2. Untuk korban tidak sadar, jangan memberikan makanan dan minuman.
3. Bila perdarahan disebabkan oleh tusukan benda tajam maka jangan pernah mencabut sendiri benda tajam tersebut karena akan mengakibatkan perdarahan bertambah banyak dan cedera menjadi lebih parah. Begitu pula bila terdapat benda yang terselip di daerah yang terluka, jangan pernah mencoba mengeluarkannya atau menekan benda tersebut. Biarkan benda tajam yang menusuk atau benda asing yang terselip tersebut, cukup lakukan penekanan sisi kiri dan sisi kanan area sekitarnya.

c. KESELEO/TERKILIR

Terkilir (cedera ligament) atau keseleo (cedera otot) adalah kejadian yang sering kita jumpai sehari hari, penyebabnya beraneka ragam mulai dari akibat olahraga sampai kejadian dari aktivitas keseharian. Biasanya bagian tubuh yang keseleo/ terkilir akan terasa sakit berdenyut yang makin bertambah bila digerakkan, pembengkakan, dan teraba hangat.Pertolongan yang dapat diberikan pada kondisi terkilir/ keseleo dapat disingkat menjadi RICE yaitu:

1. ***Rest*** (istirahat)

   Bagian tubuh yang terkilir/ keseleo diistirahatkan dengan mengurangi beban ada daerah tersebut selama 48 jam.
2. ***Ice*** (kompres es)

   Kompres dengan es dapat dilakukan untuk mengurangi memar pada daerah yang terkilir/ keseleo. Kompres es dapat dilakukan selama 15-20 menit setiap 2-3 jam dalam 72 jam pertama. Es tidak boleh bersentuhan langsung dengan kulit dalam waktu lama karena akan

menyebabkan kerusakan jaringan pada bagian yang terkena es. Dikarenakan kondisi tersebut maka sejumlah es dihancurkan dan dimasukan kedalam kantung plastik. Lapisi kantong plastik dengan handuk tipis yang basah (apabila menggunakan *ice bag* tidak perlu dilapisi handuk).

3. ***Compression*** (pembebatan/ balut tekan)
   Pembengkakan dan pergerakan dapat dikurangi dengan memakai perban elastis di daerah yang terkilir/ keseleo yang dibalut tidak terlalu kencang agar tidak mengganggu aliran darah.
4. ***Elevation*** (elevasi)
   Tinggikan lokasi cedera di atas ketinggian jantung. Elevasi bertujuan untuk mengurangi pembengkakan pada daerah yang terkilir/ keseleo. Elevasi dapat dilakukan saat tidur atau dalam posisi berbaring.
   Selanjutnya bawa ke fasilitas kesehatan terdekat atau dokter untuk pemeriksaan lebih lanjut.

Jangan dilakukan:

Jangan lakukan pemijatan pada daerah cedera karena akan meningkatkan risiko perdarahan dan pembengkakan.

d. PATAH TULANG

Kondisi patah tulang terkadang sulit untuk diketahui. Terdapat beberapa gejala/ keluhan untuk menduga seseorang menderita patah tulang, seperti rasa sakit pada daerah cedera, anggota tubuh sulit digerakkan dan nyeri akan bertambah hebat saat digerakkan, pembengkakan dan memar di daerah cedera, dan perubahan bentuk pada daerah yang mengalami cedera (tanda-tanda fraktur).

Beberapa langkah penanganan yang dapat kita lakukan saat menemukan korban dengan dugaan patah tulang adalah sebagai berikut:

1. Jangan menggerakan bagian yang cedera. Stabilkan daerah cedera untuk mencegah kerusakan jaringan, saraf, dan pembuluh darah.
2. Penolong tidak perlu memperbaiki/membuat lurus tulang yang patah.
3. Stabilisasi dapat dilakukan dengan membuat bidai dari papan/kayu, atau lipatan karton/kardus yang ditempatkan di bawah anggota badan dan diikat dengan hati-hati menggunakan potongan kain/tali/kassa.

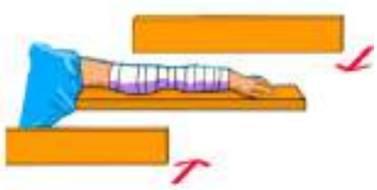
jdih.kemkes.go.id



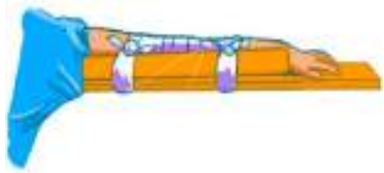
Luruskan posisi lengan bawah



Bila ada perdarahan, lakukan penekanan



Pasang bidai



Mengetatkan pergerakkan

Gambar 9.12 Prosedur Penanganan Patah Tulang

4. Bila dicurigai terjadi patah tulang di kaki, ikat area kaki dengan baju, jaket atau lainnya yang setidaknya mencegah pergeseran tulang. Diupayakan jangan terlalu banyak gesekan atau pergerakan, dilakukan juga pengikatan.
5. Selanjutnya bawa ke fasilitas kesehatan terdekat atau dokter untuk pemeriksaan lebih lanjut.
6. Pemindahan/ membawa korban diperlukan syarat yaitu bila tempat pertolongan tidak aman dan korban segera perlu dikirim ke RS.

e. LUKA BAKAR

Luka bakar adalah kerusakan jaringan tubuh yang terjadi akibat paparan api, air panas, listrik, bahan kimia, radiasi, es dan lain lain. Kerusakan dari luka bakar ini dapat meluas ke bagian samping atau ke daerah kulit yang lebih dalam sampai ke otot dan tulang. Luka bakar dapat diklasifikasikan menjadi 3 derajat:

Derajat 1

Tingkat luka bakar hanya mempengaruhi lapisan luar kulit saja. Tandanya berupa kulit tampak merah, kering dan terasa sakit. Contohnya luka bakar yang disebabkan oleh paparan sinar matahari. Luka bakar ini tidak mengkhawatirkan dan dapat hilang sendiri.

Derajat 2

jdih.kemkes.go.id

Derajat luka bakar ini dapat dikatakan luka tingkat sedang, mengenai lapisan kulit yang lebih dalam. Tandanya berupa kulit tampak merah, lecet, melepuh, bengkak dan terasa nyeri.

Derajat 3

Derajat luka bakar ini mengenai kulit yang lebih dalam bahkan sampai otot dan tulang. Tandanya kulit yang terbakar terlihat hangus (kehitaman) dan kasar pada kondisi ini tidak ditemukan rasa nyeri.

Pertolongan pertama pada luka bakar yang dapat dilakukan dirumah:

1. Hubungi Call Center 119.
2. Hentikan proses yang menyebabkan luka bakar. Menghentikan dan menjauhkan dari sumber yang menyebabkan luka bakar. Luka bakar api dapat menggunakan air atau kain basah. Luka bakar listrik dapat dilakukan pemutusan sambungan listrik. Melepaskan Cincin, Baju, Celana, Pakaian yang terbakar.
3. Dinginkan luka bakar, siram dengan air suhu ruangan mengalir untuk mendinginkan dan membersihkan daerah luka.



Siram dengan air suhu ruangan mengalir

membersihkan daerah luka

Gambar 9.13 Cara Mendinginkan Luka Bakar

4. Penanganan luka bakar lebih lanjut perlu dibawa ke fasilitas kesehatan atau jika tidak memungkinkan dapat dikonsultasikan dengan call center 119.

Jangan dilakukan:

Jangan menggunakan bahan lain seperti kopi, pasta gigi dedaunan dan lain lain karena dapat memperlambat proses penyembuhan dan memperparah kondisi luka.

f. KORBAN TENGGELAM (*DROWNING*)

Tenggelam (*drowning*) merupakan cedera oleh karena perendaman yang dapat mengakibatkan kematian dalam waktu kurang dari 24 jam. Apabila korban mampu selamat dalam waktu kurang dari 24 jam maka disebut dengan istilah *near drowning*.

jdih.kemkes.go.id

Penolong harus memiliki pengalaman atau menguasaiteknik *water rescue*. Seorang *rescuer* harus memiliki kemampuan dan keterampilan dasar pertolongan di air ***(water rescue)***, dan lebih diutamakan bagi yang sudah memiliki pengalaman. Situasi dan lingkungan memungkinkan untuk dilakukan tindakan penyelamatan. Situasi dan lingkungan yang membahayakan penolong seperti badai dan gelombang arus laut yang terlalu besar yang dapat membahayakan penolong harus dipertimbangkan apakah dilakukan tindakan rescue pada korban atau tidak. Hal ini terkait prinsip *rescue* yang tidak menambah cedera korban. Kemampuan renang merupakan modal utama bagi penolong, tetapi tidak semua metode penyelamatan mengharuskan penolong berada di dalam air. Prinsip dalam pertolongan pada kecelakaan adalah "***do not further harm*** (tidak merugikan pasien atau tidak menambah cedera pada pasien)". Langkah-langkah pertolongan pertama pada korban tenggelam:

1. Pencegahan korban tenggelam, untuk anak-anak perlu pemantauan orang tua dan penjaga kolam renang atau pantai.
2. Jika terjadi tenggelam, jangan langsung menolong tapi ukur diri apakah dapat menolong orang tersebut atau dapat melempar pelampung/ban.



Lempar pelampung



RJP apabila korban tidak sadar

Gambar 9.14 Pertolongan Pertama Korban Tenggelam

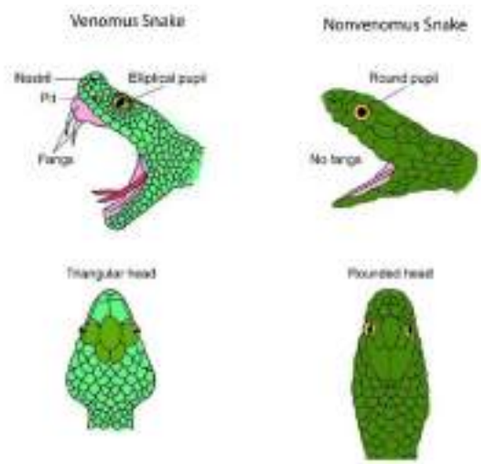
3. Segera hubungi call center 119 dan rujuk ke RS, apabila tidak sadar/tidak ada nafas ikuti langkah-langkah RJP diatas.
4. Bila korban muntah kepala korban dapat dimiringkan kepalanya atau dibersihkan.
5. Setelah pasien diangkat dari air minta bantuan orang sekitar untuk membantu dan menghubungi tenaga kesehatan.

jdih.kemkes.go.id

g. PERTOLONGAN PERTAMA PADA GIGITAN ULAR

Letak Indonesia yang memiliki iklim tropis menjadikan tingginya angka kehidupan ular di berbagai wilayah Indonesia, angka kejadian gigitan ular di Indonesia pun mencapai >100.000 dalam 1 tahun. Ular dapat dikategorikan menjadi 2 yaitu:

1. *Venomous Snake*: ular dengan bisa atau racun.
2. *Non-Venomous Snake*: ular biasa.



Gambar 9.15 Perbedaan Ular Biasa dan Ular Beracun

Pertolongan pertama yang dapat dilakukan adalah:

1. Mengidentifikasi bentuk ular (foto atau lainnya).
2. Tenangkan korban, jangan biarkan korban berjalan-jalan atau bergerak kecuali benar-benar diperlukan.
3. Hubungi *call center* 119.
4. Beri tahu tentang gejala sistemik seperti kelopak mata bagian atas mulai menutup sewaktu menghubungi *call center* 119.
5. Baringkan korban pada posisi yang nyaman dan aman.
6. Balut luka dengan bidai dari kayu, bambu atau kardus untuk memperlambat pergerakan racun dari bekas gigitan ke dalam sirkulasi. Kencangkan secukupnya, sehingga jari penolong masih bisa dimasukkan di bawah balutan.



Gambar 9.16 Teknik Balut Luka

7. Jika korban muntah, miringkan korban.
8. Jika ular mati, serahkan ke penolong untuk identifikasi. Jangan

jdih.kemkes.go.id

menyentuh ular secara langsung. Hindari kepala ular mati karena kemungkinan masih memiliki refleks gigitan.

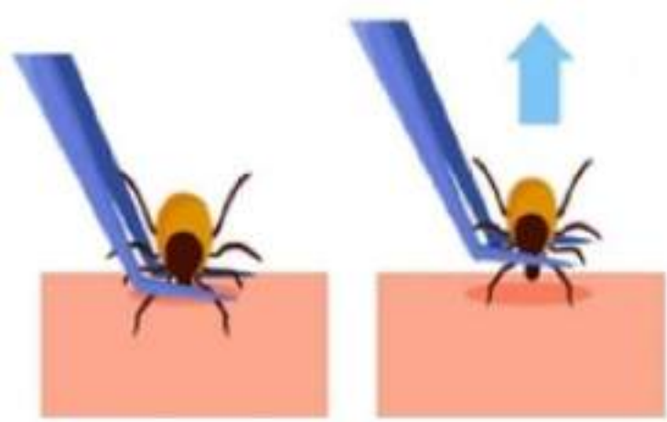
Jangan dilakukan hal dibawah ini:

1. Menekan bagian tubuh menggunakan torniket/tali pembendung yang biasanya terbuat dari karet sintetis.
2. Memotong atau membuat sayatan di/dekat area yang digigit.
3. Menggunakan sengatan listrik misalnya dari aki mobil.
4. Membekukan atau mengoleskan zat dingin yang ekstrim ke area gigitan, misalnya es. Hal ini menyebabkan lebih banyak kerusakan.
5. Menaruh bekas gigitan dengan obat herbal atau bahan kimia karena beresiko terjadi infeksi, meningkatkan penyerapan racun, dan meningkatkan perdarahan lokal.
6. Mencoba menyedot racun keluar dengan mulut atau melakukan pijatan untuk mengeluarkan darah.
7. Memberi korban minuman, alkohol atau obat-obatan lain.
8. Mencoba menangkap, menangani atau membunuh ular.

h. PERTOLONGAN PERTAMA PADA GIGITAN SERANGGA BERACUN

Pada sebagian orang, gigitan atau sengatan serangga hanya menyebabkan pembengkakan yang menyakitkan, kemerahan dan gatal di tempat yang tergigit/tersengat. Tetapi pada beberapa orang, gigitan/sengatan ini dapat menyebabkan reaksi alergi yang mengancam jiwa. Pertolongan pertama yang dapat dilakukan adalah:

1. Perhatikan tubuh korban, apakah ada tanda reaksi alergi misalnya bengkak kemerahan, gatal, dan lainnya.
2. Cari penyengat yang mungkin masih ada di kulit. Buang penyengat yang terlihat dengan kuku yang bersih, kartung plastik (misalnya kartu ATM/KTP/lainnya) atau pinset. Dalam kasus sengatan lebah, jika penolong menggunakan pinset, pegang penyengatnya, bukan kantung racunnya.



jdih.kemkes.go.id

Gambar 9.17 Membuang Penyengat Yang Masih Ada Dikulit

3. Cuci area gigitan/sengatan dengan sabun dan air.
4. Tutup area gigitan/sengatan dan jaga kebersihannya.
5. Kompres dingin ke area gigitan/sengatan untuk mengurangi rasa sakit dan pembengkakan.
6. Untuk iritasi pada area gigitan/sengatan, bisa dioleskan es, alkohol atau pasta soda kue dan air. Jangan gunakan alkohol jika area gigitan/sengatan di dekat mata.



Gambar 9.18 Mengoles Es atau Alkohol pada Luka Sengatan

7. Hubungi call center 119 jika korban mengalami gejala seperti pembengkakan seluruh badan terutama pada jalan nafas, sakit kepala, kelemahan, demam, kesulitan bernapas yang parah, kecemasan, sakit perut dan muntah.

i. **PERTOLONGAN PERTAMA PADA KERACUNAN MAKANAN**

Kenali gejala-gejala keracunan seperti kepala pusing, perut mual, badan menjadi dingin dan lemas. Biasanya gejala ini muncul beberapa saat setelah kita makan atau minum sesuatu**.** Segera minum susu kental atau minum air putih sebanyak-banyaknya. Air kelapa muda telah terbukti memiliki khasiat sebagai penawar dan pengurai zat racun.

Jika ingin muntah segera dimuntahkan keluar, namun jika tidak beristirahatlah saja sampai kondisi membaik. Jika ternyata kondisi masih tidak berubah dalam beberapa jam dan menunjukkan gejala-gejala yang lebih parah semisal kejang-kejang, sebaiknya segera ditangani oleh ahli medis.

Pertolongan pada keracunan makanan pertolongan pertama pada keracunan makanan:

1. Baringkan korban pada posisi yang nyaman dan aman untuk memulihkan tenaga korban.
2. Beri minum sedikit demi sedikit misalnya dengan cairan elektrolit

(oralit atau air kelapa).

3. Berikan makanan lunak dengan porsi sedikit.
4. Apabila gejala korban semakin berat, hubungi *call center* 119.
5. Jika lokasi kejadian dekat dengan fasilitas pelayanan kesehatan, segera ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan perawatan intensif.

j. TEKNIK MEMINDAHKAN/MEMBAWA KORBAN:

1. Drag Carry

Gendongan ini digunakan oleh penyelamat tunggal untuk menyeret korban yang berbaring telentang atau dalam posisi duduk. Gendongan seret memberikan perlindungan maksimal pada kepala dan leher dan harus digunakan ketika memindahkan korban dengan jenis cedera. Jika waktu memungkinkan, ikat pergelangan tangan korban di depan dada mereka sebelum menyeret.

Langkah melakukan drag carry:

a) Berdirilah di kepala korban dengan posisi menghadap kaki mereka.
b) Berjongkoklah dan letakkan tangan Anda di bawah bahu korban. bahu korban. Pegang pakaian di setiap sisi. Sangga kepala korban di antara kedua lengan Anda untuk menghentikan gerakannya.
c) Seret korban ke belakang hanya sejauh yang diperlukan untuk keselamatan mereka.



Drag Carry | Menggunakan kain diseret

Gambar 9.19 Teknik Drag Carry

sebagai metode alternatif, penolong pertama dapat menggunakan selimut untuk menopang dan menyeret korban. Karena risiko memperparah cedera, hanya gunakan cedera, hanya gunakan drag carry dalam kasus yang paling ekstrim ketika ada ancaman langsung terhadap nyawa.

jdih.kemkes.go.id

2. Human crutch

Jika tungkai atau kaki terluka, bantu korban untuk berjalan dengan kaki yang baik sementara anda memberikan dukungan pada sisi yang cedera.

1. Ambil beban korban yang cedera di bahu dengan meletakkan lengan korban (pada sisi yang cedera) di sekitar leher anda dan pegang pergelangan tangan dengan kuat.
2. Raihlah bagian punggung korban dengan tangan yang bebas, dan pegang pakaian korban di bagian pinggang.
3. Perintahkan korban untuk melangkah bersama, masing-masing menggunakan kaki bagian dalam. Hal ini memungkinkan si penolong menumpu berat badan korban pada sisi yang terluka.

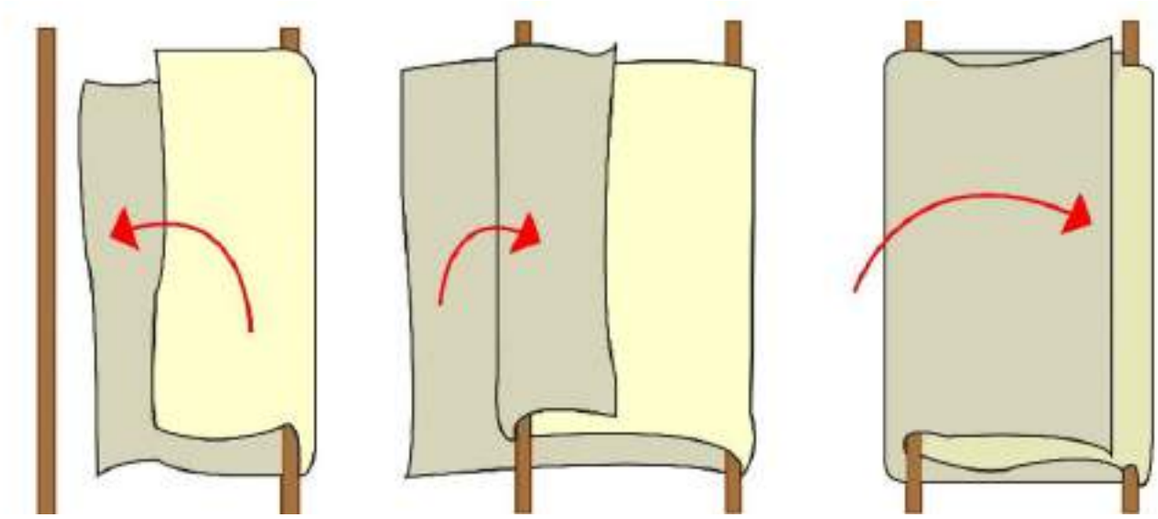
3. Blanket lift with four bearers

1. Gulung selimut atau permadani secara memanjang hingga setengah dari lebarnya. Posisi gendongan di bagian kepala dan kaki untuk menjaga kepala, leher dan tubuh tetap sejajar. Tempatkan ujung yang digulung di sepanjang sisi korban korban yang terluka.
2. Berlututlah di bahu korban dan posisikan penopang lain di pinggang di pinggang untuk membantu menggulingkan korban ke sisi yang tidak terluka. Balikkan korban sebagai satu kesatuan sehingga tubuh korban tidak terpelintir.
3. Gulingkan korban kembali ke atas gulungan selimut dengan posisi telungkup di atas selimut. Buka gulungan selimut lalu gulung ujungnya ke masing-masing sisi korban. Bersiaplah untuk mengangkat korban dengan meminta para pembawa mencengkram gulungan di bagian kepala, bahu, pinggul dan kaki.
4. Jaga agar selimut tetap kencang saat korban diangkat dan ditempatkan di atas tandu.
5. Sebelum menggunakan selimut, ujilah untuk memastikan bahwa selimut itu dapat menahan berat badan korban. Jangan gunakan teknik angkat ini jika leher atau punggung dicurigai mengalami cedera.

jdih.kemkes.go.id

4. *Improvised* blanked stretcher

1. Letakkan selimut di atas tanah dan letakkan tiang pada sepertiga bagian dari salah satu ujungnya. Lipat sepertiga panjang selimut di atas tiang.
2. Letakkan tiang kedua sejajar dengan tiang pertama sehingga berada di bagian selimut yang digandakan, sekitar 15 cm dari ujung yang digandakan.
3. Lipat selimut yang tersisa di atas kedua tiang tersebut. Berat korban di atas selimut akan menahan lipatan di tempatnya.



Gambar 9.20 Improvised Blanked Stretcher

5. Improvised Jacket Stretcher

1. Tandu yang tidak kaku juga dapat diimprovisasi dari dua jaket dan dua atau empat tiang. Kancing dan risleting jaket ditutup dan tarik lengan dalam ke luar sehingga lengan baju berada di dalam. Letakkan jaket di atas tanah sehingga tepi atas salah satu jaket bertemu dengan bagian bawah dari jaket yang lain.
2. Masukkan tiang-tiang tersebut melalui lengan kedua jaket

jdih.kemkes.go.id

dikedua sisi untuk menyelesaikan tandu.

3. Jika korban tinggi, siapkan jaket lain seperti sebelumnya dan tambahkan ke tandu dengan kepala jaket menghadap ke tengah.



667

Gambar 9.21 Improvised Jacket Stretcher

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003