



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 066/MENKES/SK/II/2006**

TENTANG

**PEDOMAN MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) KESEHATAN
DALAM PENANGGULANGAN BENCANA**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa kondisi geografis dan demografis Indonesia rawan terhadap bencana, baik bencana alam (natural disaster) maupun bencana karena ulah manusia (man made disaster);
 - b. bahwa untuk penanggulangan krisis akibat bencana secara optimal diperlukan kesiapsiagaan dari semua unsur termasuk didalamnya kesiapsiagaan SDM Kesehatan;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan dimaksud pada huruf a, dan b perlu Pedoman Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan Dalam Penanggulangan Bencana yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- Mengingat :
1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 2. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
 3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
 5. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia;
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1419/MENKES/PER/X/2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi

7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/PER/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Depkes;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 448/Menkes/SK/VI/1993 tentang Pembentukan Tim Kesehatan Penanggulangan Korban Bencana di setiap Rumah Sakit;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 979/Menkes/SK/IX/2001 tentang Prosedur Telap Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana dan Penganganan Pengungsi;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1362/Menkes/SK/XII/2001 tentang Kebijakan dan Strategi Nasional Penanggulangan Masalah Kesehatan akibat Kedaruratan dan Bencana Tahun 2002-2005;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/Menkes/SK/II/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kab/Kota serta Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan

Pertama

: **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) KESEHATAN DALAM PENANGGULANGAN BENCANA**

Kedua

: Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.

Ketiga

: Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua menjadi acuan bagi aparatur kesehatan di Pusat, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan dalam penanggulangan bencana.

Keempat

: Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : Jakarta
Pada Tanggal : 1 Pebruari 2006



MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 066/MENKES/SK/II/2006
Tanggal : 1 Pebruari 2006

PEDOMAN MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) KESEHATAN DALAM PENANGGULANGAN BENCANA

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia dengan keadaan geografis dan kondisi sosialnya berpotensi rawan bencana, baik yang disebabkan kejadian alam seperti gempa bumi, tsunami, tanah longsor, letusan gunung berapi, banjir, angin puting beliung dan kekeringan, maupun yang disebabkan oleh ulah manusia dalam pengelolaan sumber daya dan lingkungan (contohnya kebakaran hutan, pencemaran lingkungan, kecelakaan transportasi, kecelakaan industri dan tindakan teror bom) serta konflik antar kelompok masyarakat.

Kejadian bencana umumnya berdampak merugikan. Rusaknya sarana dan prasarana fisik (perumahan penduduk, bangunan perkantoran, sekolah, tempat ibadah, sarana jalan, jembatan dan lain-lain) hanyalah sebagian kecil dari dampak terjadinya bencana disamping masalah kesehatan seperti korban luka, penyakit menular tertentu, menurunnya status gizi masyarakat, stress pasca trauma dan masalah psikososial, bahkan korban jiwa. Bencana dapat pula mengakibatkan terjadinya arus pengungsian penduduk ke lokasi-lokasi yang dianggap aman. Hal ini tentunya dapat menimbulkan masalah kesehatan baru di wilayah yang menjadi tempat penampungan pengungsi, mulai dari munculnya kasus penyakit dan masalah gizi serta masalah kesehatan reproduksi hingga masalah penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, penyediaan air bersih, sanitasi serta menurunnya kualitas kesehatan lingkungan.

Upaya penanggulangan krisis akibat bencana merupakan rangkaian kegiatan yang dimulai sejak waktu sebelum terjadinya bencana yang dilakukan melalui kegiatan pencegahan, mitigasi (pelunakan/penjinakan dampak) dan kesiapsiagaan dalam menghadapi bencana. Kegiatan yang dilakukan pada saat terjadinya bencana berupa kegiatan tanggap darurat dan selanjutnya pada saat setelah terjadinya bencana berupa kegiatan pemulihan/rehabilitasi dan rekonstruksi. Untuk itu penanggulangan krisis akibat bencana harus mempunyai suatu pemahaman permasalahan dan penyelesaian secara komprehensif, serta terkoordinasi secara lintas program maupun lintas sektor.

Pelayanan kesehatan pada saat bencana merupakan faktor yang sangat penting untuk mencegah terjadinya kematian, kecacatan dan kejadian penyakit, karena bencana merupakan suatu kejadian yang tidak diinginkan dan biasanya terjadi secara mendadak serta disertai jatuhnya korban. Keadaan ini bila tidak ditangani secara cepat dan tepat dapat menghambat, mengganggu serta menimbulkan kerugian bagi kehidupan masyarakat.

Salah satu kendala yang sering dijumpai dalam upaya penanggulangan krisis di daerah bencana adalah kurangnya SDM (Sumber Daya Manusia) Kesehatan yang dapat difungsikan dalam penanggulangan krisis akibat bencana yang terjadi. Kekurangan tenaga tersebut dapat disebabkan oleh beberapa hal, antara lain keadaan tenaga sebelum bencana yang memang sudah terbatas baik dari segi jumlah dan jenisnya atau adanya tenaga kesehatan yang menjadi korban pada saat terjadi bencana. Pengalaman pada saat terjadi bencana gempa dan tsunami di NAD dan Sumatera Utara pada 26 Desember 2004 menunjukkan betapa banyak tenaga kesehatan dan keluarganya menjadi korban sehingga upaya penanggulangan krisis menjadi terhambat karena kekurangan tenaga kesehatan.

Gambaran SDM Kesehatan yang ada di daerah bencana (contoh: Simeuleu)

Kabupaten Simeuleu NAD terdiri dari 45 pulau kecil dan besar dengan jumlah penduduk 82.383 jiwa. Terbagi dalam 8 kecamatan dan 135 desa. Memiliki 1 RSU tipe C, 8 puskesmas rawat inap dan 138 posyandu. Jumlah SDM kesehatan dengan jenjang pendidikan Diploma III ke atas di Kabupaten Simeuleu yang bekerja di instansi pemerintah adalah 106 orang.

Mengingat sampai saat ini Simeuleu sudah tiga kali mengalami bencana, sudah sepatutnya perlu dilakukan antisipasi terhadap terjadinya bencana selanjutnya yang amat sulit diprediksi kapan terjadinya. SDM Kesehatan sangat berperan penting dalam melakukan pelayanan kesehatan akibat bencana. Sampai saat ini Simeuleu masih mengalami kekurangan dalam segi kualitas dan kuantitas SDM Kesehatan. Hal ini perlu dipikirkan pemecahannya, apakah dengan melakukan rekrutmen baru untuk mengisi kebutuhan yang ada atau dengan distribusi/pemerataan SDM Kesehatan.

Permasalahan SDM Kesehatan di RSU:

1. Hanya terdapat 5 dokter spesialis (1/4 N)
2. Tidak ada dokter dan dokter gigi definitif

Permasalahan SDM Kesehatan di Puskesmas:

1. Dokter umum tidak tetap di Puskesmas Simeuleu Timur
2. Kepala puskesmas masih belum permanen

3. Tenaga teknis lapangan belum permanen
4. Belum ada standard petugas lapangan dalam pendidikan dan pelatihan

Mengingat beragamnya bencana yang terjadi serta dampak yang ditimbulkannya di Indonesia, maka dipandang perlu untuk menyusun Pedoman Manajemen SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana.

B. Tujuan

Tujuan umum

Meningkatnya pengelolaan SDM kesehatan dalam penanggulangan bencana.

Tujuan khusus

1. Tersusunnya pedoman perencanaan SDM Kesehatan dalam penanggulangan bencana.
2. Tersedianya SDM Kesehatan yang mempunyai kemampuan dalam penanggulangan bencana.
3. Meningkatnya kualitas SDM Kesehatan dalam penanggulangan bencana.

C. Sasaran

Sasaran dari Pedoman Manajemen SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana adalah :

1. Pemerintah pusat dan daerah
2. Institusi pelayanan kesehatan (sarana kesehatan)
3. LSM Nasional dan Internasional
4. Organisasi profesi
5. Sektor - sektor terkait, seperti Satkorlak, TNI, Polri
6. Partai politik
7. Lembaga adat.

D. Landasan Hukum

Landasan hukum penyusunan Pedoman Manajemen SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana adalah sebagai berikut:

1. TAP MPR Nomor IV tahun 1999 tentang Garis-Garis Besar Haluan Negara.
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495).
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437).

4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Pemerintahan Daerah.
5. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonomi (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 54), Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952).
6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
7. Keputusan Presiden Nomor 3 Tahun 2001 tentang Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi.
8. Keputusan Sekretaris Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi Nomor 2 Tahun 2001 tentang Pedoman Umum Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi.
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 979/Menkes/SK/IX/2001 tentang Prosedur Tetap Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi.
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1362/Menkes/SK/XII/2001 tentang Kebijakan dan Strategi Nasional Penanggulangan Masalah Kesehatan akibat Kedaruratan dan Bencana Tahun 2002-2005.
12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kab/Kota serta Rumah Sakit.

E. Pengertian

1. Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang terjadi secara mendadak/tidak terencana/secara perlahan tetapi berlanjut yang menimbulkan dampak terhadap pola kehidupan normal atau kerusakan ekosistem, sehingga diperlukan tindakan darurat dan luar biasa untuk menolong dan menyelamatkan korban baik manusia maupun lingkungannya.
2. Daerah rawan bencana adalah daerah yang memiliki risiko ancaman terjadinya bencana.
3. Pengungsi adalah orang atau sekelompok orang yang meninggalkan tempat tinggalnya akibat tekanan berupa kekerasan fisik dan atau mental akibat bencana guna mencari perlindungan maupun kehidupan yang lebih baik.
4. Penanggulangan krisis akibat bencana adalah serangkaian kegiatan bidang kesehatan untuk mencegah, menjinakkan (mitigasi) ancaman/bahaya yang berdampak pada aspek kesehatan masyarakat, menyiapsiagakan sumber daya kesehatan, menanggapi kedaruratan kesehatan dan memulihkan

- (rehabilitasi) serta membangun kembali (rekonstruksi) kerusakan infrastruktur kesehatan akibat bencana secara lintas program dan lintas sektor.
5. **SDM (Sumber Daya Manusia) kesehatan** adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.
 6. **Manajemen SDM Kesehatan** adalah serangkaian kegiatan perencanaan dan pendayagunaan tenaga yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan dalam melakukan upaya kesehatan.
 7. **Tim Reaksi Cepat** adalah tim yang sesegera mungkin bergerak ke lokasi bencana setelah ada informasi kejadian bencana untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi korban.
 8. **Tim Penilaian Cepat Kesehatan/Rapid Health Assessment (RHA)** adalah tim yang dapat diberangkatkan bersamaan dengan Tim Reaksi Cepat atau menyusul untuk menilai kondisi dan kebutuhan pelayanan kesehatan.
 9. **Tim Bantuan Kesehatan** adalah tim yang diberangkatkan untuk menangani masalah kesehatan berdasarkan laporan Tim RHA.
 10. **Public safety center (PSC)** adalah pusat pelayanan yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal-hal yang berhubungan dengan kegawatdaruratan, termasuk pelayanan medis yang dapat dihubungi dalam waktu singkat dimanapun berada. Merupakan ujung tombak pelayanan, yang bertujuan untuk mendapatkan respon cepat (*quick response*) terutama pelayanan pra-rumah sakit.
 11. **Tenaga Disaster Victim Identification (DVI)** adalah tenaga yang bertugas melakukan pengenalan kembali jati diri korban yang timbul akibat bencana.

II. KEBIJAKAN DAN STRATEGI PENANGGULANGAN BENCANA

Dalam upaya peningkatan penanggulangan krisis akibat bencana, Departemen Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan dan strategi berupa Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1362/Menkes/SK/XII/2001 tanggal 13 Desember 2002 tentang Kebijakan dan Strategi Nasional Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Kedaruratan dan Bencana. Dalam manajemen SDM kesehatan juga telah dikeluarkan kebijakan dan strategi berupa Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 850/Menkes/SK/V/2000 tentang Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2000-2010 dan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/Menkes/SK/II/2004 tentang Pedoman Perencanaan Tenaga Kesehatan di Provinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit yang isinya sebagai berikut:

A. Kebijakan

- a. Penanggulangan krisis kedaruratan dan bencana dilakukan dengan koordinasi dan kemitraan (*partnership*) serta memperkuat jejaring secara lintas program, lintas sektor dan kerjasama baik nasional maupun internasional.
- b. Setiap korban bencana mendapatkan pelayanan kesehatan sesegera mungkin secara manusiawi dan optimal.
- c. Penanggulangan krisis kedaruratan dan bencana dilaksanakan sebelum terjadinya bencana, saat terjadinya bencana, serta sesudah terjadinya bencana.
- d. Pengorganisasian Penanggulangan Krisis di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota, dilaksanakan dengan semangat desentralisasi dan otonomi.
- e. Pemberdayaan potensi daerah rawan bencana dengan peningkatan kuantitas dan kualitas sumber daya.
- f. Mengurangi risiko krisis kedaruratan dan bencana.
- g. Pengembangan SDM Kesehatan yang mencakup perencanaan, pengadaan serta pendayagunaan SDM perlu dimantapkan secara terus-menerus agar dapat lebih berdaya guna dan berhasil guna.
- h. Dalam rancangan SKN khususnya dalam sub sistem SDM Kesehatan perencanaan SDM Kesehatan merupakan salah satu unsur utama dari sub sistem tersebut yang menekankan pentingnya upaya penetapan jenis, jumlah dan kualifikasi SDM Kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan.

B. Strategi

- a. Merubah pola pikir (*mind set*) penanggulangan bencana dengan lebih menekankan upaya pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan dibanding upaya tanggap darurat dan rehabilitasi.
- b. Memperkuat organisasi penanggulangan krisis kedaruratan dan bencana di tingkat Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota.
- c. Memperkuat jejaring kerjasama lintas program dan lintas sektor serta dengan organisasi non-pemerintah, masyarakat dan mitra kerja Internasional melalui pengembangan sistem informasi penanggulangan krisis kedaruratan dan bencana.
- d. Pemberdayaan semua potensi di daerah melalui peningkatan kapasitas sumber daya melalui pelatihan petugas dan mensosialisasikan gerakan masyarakat yang sadar bencana mencegah kedaruratan kesehatan (*safe community*).
- e. Peningkatan mutu/kualitas SDM Kesehatan.

- f. Peningkatan pengabdian SDM Kesehatan dalam mewujudkan pemerataan pembangunan kesehatan.
- g. Mengatasi kelemahan pembangunan kesehatan dari sudut SDM Kesehatan yang menyangkut penyebaran yang belum merata, mutu pendidikan yang belum memadai, komposisi tenaga kesehatan yang timpang karena masih sangat didominasi oleh tenaga medis serta kinerja dan produktivitas yang rendah.

III. JENIS DAN SISTEM PENANGGULANGAN BENCANA

A. Jenis Bencana

Secara garis besar bencana dapat diklasifikasikan menjadi bencana alam (*natural disaster*), bencana akibat ulah manusia (*man made disaster*) atau gabungan keduanya.

Bencana alam merupakan fenomena atau gejala alam yang disebabkan oleh keadaan geologis, biologis, seismis, hidrologis dan meteorologis atau disebabkan oleh suatu proses dalam lingkungan alam yang mengancam kehidupan, struktur dan perekonomian masyarakat serta menimbulkan malapetaka. Bencana alam terdiri dari gempa bumi, tsunami, letusan gunung api, banjir, tanah longsor, kekeringan, dan lain-lain.

Bencana karena ulah manusia yaitu peristiwa yang terjadi karena proses teknologi, interaksi manusia dengan lingkungannya atau interaksi manusia di dalam dan diantara masyarakat itu sendiri yang menimbulkan dampak negatif terhadap kehidupan dan penghidupan masyarakat. Bencana akibat ulah manusia terdiri dari kecelakaan transportasi, pencemaran lingkungan, kegagalan teknologi, konflik sosial, teror bom, hama penyakit tanaman, epidemi, dan lain-lain.

Bencana juga dapat diakibatkan oleh gabungan kedua jenis bencana tersebut, seperti banjir. Suatu daerah mungkin menjadi daerah "langganan" banjir sejak dulu, frekuensi dan besarnya banjir dapat meningkat karena ulah manusia yang diakibatkan oleh kebiasaan masyarakat membuang sampah ke sungai, peningkatan erosi karena penggundulan hutan yang menimbulkan pendangkalan sungai dan berubahnya tata guna lahan di daerah resapan air hujan. Ketiga hal tersebut makin diperburuk dengan semakin padatnya pemukiman di daerah sekitar bantaran sungai. Akibatnya banjir lebih sering terjadi, semakin besar dan korban jiwa serta harta semakin banyak. Selain itu ada kejadian bencana yang

dapat disebabkan oleh faktor alam maupun akibat ulah manusia, seperti kejadian bencana kebakaran hutan.

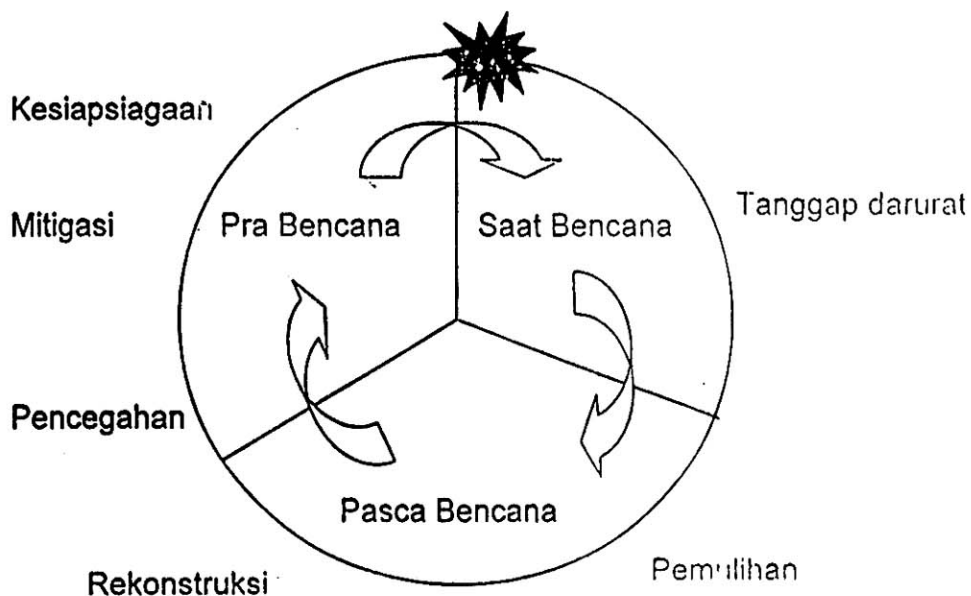
Mengingat dampak yang ditimbulkan dari berbagai jenis bencana yang telah diuraikan di atas maka diperlukan adanya upaya penanggulangan bencana yang sistematis.

B. Sistem Penanggulangan Bencana

Upaya penanggulangan bencana merupakan kegiatan yang mempunyai fungsi: fungsi manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan

pengendalian dalam lingkup "Siklus Penanggulangan Bencana" (*disaster management cycle*) seperti gambar dibawah ini.

Siklus Penanggulangan Bencana



Siklus di atas menggambarkan bahwa kegiatan penanggulangan bencana dilakukan melalui tiga tahap, yaitu tahap sebelum terjadi (pra bencana), saat dan pasca bencana. Kegiatan sebelum terjadi bencana meliputi pencegahan, mitigasi (pelunakan/penjinakan dampak) dan kesiapsiagaan. Pada saat terjadinya bencana berupa kegiatan tanggap darurat dan selanjutnya pada saat setelah terjadinya (pasca) bencana berupa kegiatan pemulihan dan rekonstruksi.

Pencegahan dilakukan sebagai upaya mencegah timbulnya krisis akibat bencana sedangkan untuk mengurangi dampak yang ditimbulkan sebelum bencana terjadi dilakukan kegiatan mitigasi. Kegiatan mitigasi perlu dievaluasi untuk perbaikan

secara berkala dengan melibatkan program dan sektor terkait, agar sesuai dengan situasi dan kondisi yang berkembang di wilayah setempat.

Kesiapsiagaan merupakan upaya-upaya yang difokuskan kepada pengembangan rencana-rencana untuk menghadapi bencana. Ini penting artinya untuk memastikan bahwa tindakan-tindakan yang akan diambil segera setelah bencana terjadi merupakan tindakan yang cepat, tepat dan efektif.

Tujuan dari usaha kesiapsiagaan dalam bidang kesehatan adalah :

- a. Meminimalkan jumlah korban.
- b. Mengurangi penderitaan korban.
- c. Mencegah munculnya masalah kesehatan pasca bencana.
- d. Memudahkan upaya tanggap darurat dan pemulihan yang cepat

Tanggap darurat merupakan upaya-upaya yang dilakukan segera sesudah terjadinya suatu bencana. Tindakan yang dilakukan umumnya ditujukan untuk menyelamatkan jiwa korban dan melindungi harta benda serta menangani kerusakan dan pengaruh terhadap bencana lainnya (kejadian lanjutan). Penanganan darurat pada kejadian bencana pada dasarnya dilaksanakan dalam waktu yang terbatas, yaitu sekitar 2-3 minggu sesudah bencana terjadi.

Upaya pemulihan merupakan kegiatan yang dilakukan segera setelah bencana mereda atau masa tanggap darurat telah terlampaui agar masyarakat kembali mampu melaksanakan fungsinya dengan sebaik-baiknya. Sedangkan upaya rekonstruksi adalah kegiatan untuk membangun kembali berbagai sarana, prasarana dan pelayanan umum yang rusak akibat bencana agar lebih baik dari sebelumnya. Kegiatan rekonstruksi merupakan komponen penanggulangan bencana yang menghubungkan semua kegiatan penanggulangan bencana dengan pembangunan kesehatan keseluruhan. Kegiatan rekonstruksi akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari kebijakan pembangunan kesehatan yang ada. Pelaksanaan kegiatan rekonstruksi harus direncanakan dengan teliti dan seksama dengan mengikutsertakan berbagai disiplin ilmu, instansi dan swasta secara terpadu dan terintegrasi.

IV. PERMASALAHAN KESEHATAN BERKAITAN DENGAN BENCANA DAN UPAYA PENANGGULANGANNYA

A. Permasalahan Kesehatan Akibat Bencana

1. Masalah pada korban bencana

Masalah kesehatan pada korban bencana dapat dikelompokkan menjadi dua bagian, yaitu sebagai akibat langsung dan tidak langsung. Akibat langsung merupakan dampak primer yang dialami korban di daerah bencana pada saat bencana terjadi. Kasus-kasus yang sering terjadi antara lain :

a. Trauma

Trauma terjadi akibat terkena langsung benda-benda keras/tajam atau tumpul, diantaranya luka robek, luka tusuk, luka sayat, dan fraktur. Pada umumnya kasus trauma perlu penanganan baik ringan maupun berat (lanjut). Kasus-kasus trauma banyak terjadi pada korban bencana seperti: gempa bumi, tsunami, tanah longsor, banjir, angin puyuh, kerusakan, kecelakaan transportasi, kecelakaan industri, kerusakan, tindakan teror bom, dan lain-lain.

b. Gangguan pernapasan

Gangguan pernapasan terjadi akibat trauma pada jalan napas, misalnya masuknya partikel debu, cairan dan gas beracun pada saluran pernapasan. Kasus-kasus gangguan pernapasan banyak terjadi pada korban bencana seperti: tsunami, gunung meletus, kebakaran, kecelakaan industri, dan lain-lain.

c. Luka bakar

Luka bakar terjadi akibat terkena langsung benda panas/api/bahan kimia. Kasus-kasus luka bakar banyak terjadi pada korban bencana seperti: Kebakaran, gunung meletus, kecelakaan industri, kerusakan, tindakan teror bom, dan lain-lain.

d. Keluhan psikologik dan gangguan psikiatrik (stres pasca trauma)

Stres pasca trauma adalah keluhan yang berhubungan dengan pengalaman selama bencana terjadi. Kasus ini sering ditemui hampir di setiap kejadian bencana.

e. Korban meninggal

Disaster Victim Identification (DVI) semakin dirasakan perlu untuk mengidentifikasi korban meninggal pasca bencana baik untuk kepentingan kesehatan maupun untuk kepentingan penyelidikan.

Untuk kecepatan dan ketepatan pertolongan maka setiap korban bencana perlu diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Kasus gawat darurat
- b. Kasus gawat tidak darurat
- c. Kasus tidak gawat tidak darurat (non gawat darurat)
- d. Kasus mati

Akibat tak langsung merupakan dampak sekunder yang dialami korban bencana pada saat terjadinya pengungsian. Masalah kesehatan yang sering terjadi antara lain:

- a. Kuantitas dan kualitas air bersih yang tidak memadai
- b. Kurangnya sarana pembuangan kotoran, kebersihan lingkungan yang buruk (sampah dan limbah cair) sehingga kepadatan vektor (lalat) menjadi tinggi, sanitasi makanan di dapur umum yang tidak higienis, kepadatan (overcrowded). Penyakit menular yang sering timbul di pengungsian akibat faktor risiko di atas antara lain: diare, typhoid, ISPA/pneumonia, campak, malaria, DBD dan penyakit kulit.
- c. Kasus penyakit sebagai akibat kurangnya sumber air bersih dan kesehatan lingkungan yang buruk. Kasus-kasus yang sering terjadi antara lain: diare, ISPA, malaria, campak, penyakit kulit, tetanus, TBC, cacar, hepatitis, cacingan, typhoid dan lain-lain.
- d. Kasus gizi kurang sebagai akibat kurangnya konsumsi makanan. Kasus-kasus yang sering terjadi antara lain: KEP, anemia dan xerophthalmia.
- e. Masalah kesehatan reproduksi yang sering terjadi seperti gangguan selama kehamilan dan persalinan, terjadinya kehamilan yang tidak diharapkan, menyebarnya infeksi menular seksual (IMS), kekerasan terhadap perempuan dan anak, dsb.
- f. Berbagai bentuk keluhan psikologik dan gangguan psikiatrik yang berhubungan dengan pengalaman yang dialami selama bencana terjadi seperti: stres pasca trauma, depresi, *anxietas* dan lain-lain.

2. Masalah pada SDM kesehatan

Masalah SDM Kesehatan yang dihadapi dalam penanggulangan krisis akibat bencana di Indonesia, antara lain:

- a. Kurangnya informasi mengenai peta kekuatan SDM Kesehatan di daerah yang terkait dengan bencana.
- b. Belum semua tenaga setempat termasuk puskesmas mampu laksana dalam penanggulangan bencana.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- c. Masih sedikitnya peraturan yang mengatur penempatan SDM Kesehatan di daerah rawan bencana.
- d. Distribusi SDM Kesehatan masih belum mengacu pada kerawanan suatu wilayah terhadap bencana.
- e. Kurangnya minat SDM kesehatan untuk bertugas di daerah bencana atau konflik karena tidak adanya jaminan keselamatan dan keamanan.
- f. Belum semua daerah mempunyai Tim Reaksi Cepat penanggulangan krisis akibat bencana.
- g. Masih adanya daerah yang belum pernah menyelenggarakan pelatihan-pelatihan dalam penanggulangan krisis akibat bencana.
- h. Masih adanya daerah yang belum pernah menyelenggarakan gladi penanggulangan krisis akibat bencana.
- i. Pelayanan kesehatan pada saat kejadian bencana seringkali terhambat oleh karena masalah kekurangan SDM Kesehatan.
- j. Dibutuhkan masa pemulihan yang cukup lama bagi SDM Kesehatan yang menjadi korban bencana sehingga mengganggu kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan di daerah bencana.

B. Upaya Penanggulangan Bencana

Upaya yang dilakukan dalam manajemen SDM Kesehatan yang terkait dengan penanggulangan krisis akibat bencana dibagi dalam tiga tahap sesuai dengan siklus penanggulangan bencana:

1. Pra bencana (pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan)

a. Penyusunan peta rawan bencana

Penyusunan peta rawan bencana dan peta geomédik sangat penting artinya untuk memperkirakan kemungkinan bencana yang akan terjadi serta kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan dan ketersediaan SDM Kesehatan berikut kompetensinya. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penyusunan peta rawan bencana adalah sbb:

- 1) Ancaman (*hazard*), jenis bahaya bencana apa yang mungkin terjadi. Informasi ini dapat diperoleh dengan melihat keadaan geografis wilayah setempat.
- 2) Kerentanan (*vulnerability*), sejauh mana akibat dari bencana ini terhadap kehidupan masyarakat (khususnya kesehatan). Informasi yang dibutuhkan dalam menilai kerentanan yang dikaitkan dengan SDM Kesehatan menyangkut data tentang inventarisasi ketenagaan

yang dimiliki, contohnya: dokter ahli, dokter umum, perawat, bidan, sanitarian, ahli gizi dll.

Dalam penyusunan peta rawan bencana sebaiknya dilakukan secara lintas program (melibatkan unit-unit program yang ada di Dinas Kesehatan) dan lintas sektor (melibatkan instansi terkait seperti Pemda, RSUD, TNI, POLRI, Dinas Kessos, PMI, Ormas, LSM, dll). Peta rawan bencana secara berkala dievaluasi kembali disesuaikan dengan keadaan dan kondisi setempat.

- b. Penyusunan peraturan dan pedoman dalam penanggulangan krisis akibat bencana yang salah satunya terkait dengan penempatan dan mobilisasi SDM Kesehatan.
- c. Pemberdayaan tenaga kesehatan di sarana kesehatan khususnya Puskesmas dan RS, terutama di daerah rawan bencana.
- d. Penyusunan standard ketenagaan, sarana dan pembiayaan.
- e. Penempatan tenaga kesehatan disesuaikan dengan situasi wilayah setempat (kerawanan terhadap bencana).
- f. Pembentukan Tim Reaksi Cepat (BSB / Brigade Siaga Bencana).
- g. Sosialisasi SDM Kesehatan tentang penanggulangan krisis akibat bencana.
- h. Pelatihan-pelatihan dan gladi.
- i. Pembentukan Pusat Pelayanan Kesehatan Terpadu atau PSC di Kabupaten/Kota

2. Saat bencana (tanggap darurat)

- a. Mobilisasi SDM Kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.
- b. Pengorganisasian SDM Kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.

3. Pasca bencana (pemulihan/rehabilitasi dan rekonstruksi)

- a. Mobilisasi SDM Kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.
- b. Pengorganisasian SDM Kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.
- c. Upaya pemulihan SDM Kesehatan yang menjadi korban agar dapat menjalankan fungsinya kembali.

- d. Rekrutmen SDM Kesehatan untuk peningkatan upaya penanggulangan krisis akibat bencana pada masa yang akan datang.
- e. Program pendampingan bagi petugas kesehatan di daerah bencana.

V. MANAJEMEN SDM KESEHATAN

A. Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan

Perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan dalam penanggulangan krisis akibat bencana mengikuti siklus penanggulangan bencana yaitu mulai dari pra, saat, dan pasca bencana.

1. Pra bencana

Perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan pada masa pra bencana menyangkut penempatan SDM Kesehatan dan pembentukan Tim Penanggulangan Krisis akibat Bencana.

Dalam perencanaan penempatan SDM Kesehatan untuk pelayanan kesehatan pada kejadian bencana perlu memperhatikan beberapa hal berikut:

- a. Analisis resiko pada wilayah rawan bencana
- b. Kondisi penduduk di daerah bencana (geografi, populasi, ekonomi, sosial budaya dan sebagainya)
- c. Ketersediaan fasilitas kesehatan
- d. Kemampuan SDM Kesehatan setempat
- e. Kebutuhan minimal pelayanan kesehatan di wilayah setempat.

Sementara untuk membentuk Tim Penanggulangan Krisis akibat Bencana perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Waktu untuk bereaksi yang singkat dalam memberikan pertolongan
- b. Kecepatan dan ketepatan dalam bertindak untuk mengupayakan pertolongan terhadap korban bencana, sehingga jumlah korban dapat diminimalkan
- c. Kemampuan SDM Kesehatan setempat (jumlah dan jenis serta kompetensi SDM kesehatan setempat)
- d. Kebutuhan minimal pelayanan kesehatan pada saat bencana.

Disamping upaya pelayanan kesehatan (kegiatan teknis medis) diperlukan pula ketersediaan SDM Kesehatan yang memiliki kemampuan manajerial dalam upaya penanggulangan krisis akibat bencana.

Untuk mendukung kebutuhan tersebut, maka tim tersebut harus menyusun rencana :

- a. Kebutuhan anggaran (*contingency budget*).
- b. Kebutuhan sarana dan prasarana pendukung.

- c. Peningkatan kemampuan dalam penanggulangan krisis akibat bencana.
- d. Rapat koordinasi secara berkala.
- e. Gladi penanggulangan krisis.

2. Saat dan pasca bencana

Pada saat terjadi bencana perlu adanya mobilisasi SDM Kesehatan yang tergabung dalam suatu Tim Penanggulangan Krisis yang meliputi Tim Gerak Cepat, Tim Penilaian Cepat Kesehatan (Tim RHA) dan Tim Bantuan Kesehatan. Sebagai koordinator Tim adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota (mengacu Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 979 Tahun 2001)

Kebutuhan minimal tenaga untuk masing-masing tim tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Tim Gerak Cepat, yakni tim yang diharapkan dapat segera bergerak dalam waktu 0-24 jam setelah ada informasi kejadian bencana. Tim Gerak Cepat ini terdiri dari:

- 1). Pelayanan Medik
 - a). Dokter umum/B'SB : 1 org
 - b). Dokter Spesialis Bedah : 1 org
 - c). Dokter Spesialis Anaestesi : 1 org
 - d). Perawat mahir (perawat bedah, gawat darurat) : 2 org
 - e). Tenaga DVI : 1 org
 - f). Apoteker/Asisten Apoteker : 1 org
 - g). Sopir ambulans : 1 org
- 2). Surveilans
 - Epidemiolog/Sanitarian : 1 org
- 3). Petugas Komunikasi : 1 org

Tenaga-tenaga diatas harus dibekali minimal pengetahuan umum mengenai bencana yang dikaitkan dengan bidang pekerjaannya masing-masing.

- b. Tim RHA, yakni tim yang bisa diberangkatkan bersamaan dengan Tim Gerak Cepat atau menyusul dalam waktu kurang dari 24 jam. Tim ini minimal terdiri dari:

- 1). Dokter umum : 1 org
- 2). Epidemiolog : 1 org
- 3). Sanitarian : 1 org

- c. Tim Bantuan Kesehatan, yakni tim yang diberangkatkan berdasarkan kebutuhan setelah Tim Gerak Cepat dan Tim RHA kembali dengan laporan hasil kegiatan mereka di lapangan. Tim Bantuan Kesehatan tersebut terdiri dari:

No	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga
1	Dokter Umum	PPGD/ GELS/ATLS/ACLS
2	Apoteker dan Asisten Apoteker	Pengelolaan Obat dan Alkes
3	Perawat (D III/Sarjana Keperawatan)	<i>Emergency nursing</i> /PPGD/BTLS/PONED/ PONEK/ICU
4	Perawat Mahir	Anaestesi/ <i>Emergency nursing</i>
5	Bidan (D3 Kebidanan)	APN dan PONED
6	Sanitarian (D3 Kesling/Sarjana Kesmas)	Penanganan kualitas air bersih dan kesling
7	Ahli Gizi (D3/D4 Gizi/Sarjana Kesmas)	Penanganan Gizi Darurat
8	Tenaga Surveilans (D3/D4 Kesehatan/Sarjana Kesmas)	Surveilans Penyakit
9	Entomolog (D3/D4 Kesehatan/ Sarjana Kesmas/Sarjana Biologi)	Pengendalian Vektor

Kebutuhan tenaga bantuan kesenatan selain yang tercantum di atas perlu disesuaikan pula dengan jenis bencana dan kasus yang ada, sebagai berikut:

No	Jenis bencana	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga	Jumlah
1	Gempa bumi	Dokter Spesialis	Bedah umum & orthopedi	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
			Penyakit dalam Anak	
			Obsgyn Anestesi DVI Jiwa Bedah plastik Forensik Dental forensik	
		D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (<i>emergency nursing</i>) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK/ICU	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
			Radiografer	
2	Banjir bandang/Tanah longsor	Dokter Spesialis	Bedah umum & orthopedi	Sesuai Kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
			Penyakit dalam Anak	
			Obsgyn	
			Bedah plastik	
			Anaestesi	
			DVI	
			Pulmonologi	
			Forensik	
			Dental Forensik	
			Kesehatan Jiwa	

No	Jenis bencana	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga	Jumlah
		D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (<i>emergency nursing</i>) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK, ICU	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		Radiografer	Rontgen	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
3	Gunung Meletus	Dokter Spesialis	Bedah umum Penyakit dalam Anestesi dan ahli intensive care Bedah plastik Forensik Dental Forensik Kesehatan Jiwa	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (<i>emergency nursing</i>) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK, ICU	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		Radiografer	Rontgen	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
4	Tsunami	Dokter Spesialis	Bedah umum & orthopedi Penyakit dalam Anak Anaestesi DVI Pulmonologi Kesehatan Jiwa Bedah plastik Forensik Dental forensik	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (<i>emergency nursing</i>) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK, ICU	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		Radiografer	Rontgen	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA

No	Jenis bencana	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga	Jumlah		
5	Ledakan bom/kecelakaan industri	Dokter Spesialis	Bedah umum & orthopedi	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA		
			Penyakit dalam			
			Anaestesi			
			DVI			
			Forensik			
			Kesehatan Jiwa			
			Bedah plastik			
			Forensik			
		D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (<i>emergency nursing</i>) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK, ICU	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA		
			Radiografer		Rontgen	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA
Sarjana Kimia/Teknik Lingkungan	Ahli kimia/Toksikologi	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA				
6	Kerusuhan Massal	Dokter Spesialis	Bedah umum & orthopedi	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA		
			Penyakit dalam			
			Anestesi			
			DVI			
			Forensik			
			Psikiater/Psikolog			
		D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (<i>emergency nursing</i>) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK, ICU	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA		
			Radiografer		Rontgen	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA
		7	Kecelakaan transportasi	Dokter Spesialis	Bedah umum & orthopedi	Sesuai kebutuhan/rekomendasi tim RHA
					Penyakit dalam	
Anestesi						
DVI						
Forensik						
Dental forensik						
Bedah plastik						

No	Jenis bencana	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga	Jumlah Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		D3 Perawat Mahir	Anaestesi dan perawat mahir gawat darurat (<i>emergency nursing</i>) dasar dan lanjutan, OK, ICU	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		Radiografer	Rontgen	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
8	Kebakaran hutan	Dokter Spesialis	Pulmonologi	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
			Penyakit dalam	
		Radiografer	Rontgen	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA

3. Kebutuhan jumlah minimal SDM kesehatan

Adapun perhitungan kebutuhan jumlah minimal sumber daya manusia kesehatan untuk penanganan korban bencana adalah sebagai berikut :

a. Jumlah kebutuhan SDM Kesehatan di lapangan untuk jumlah penduduk/ pengungsi antara 10.000 - 20.000 orang

- Kebutuhan dokter umum adalah 4 orang
- Kebutuhan perawat adalah 10-20 orang
- Kebutuhan bidan adalah 8-16 orang
- Kebutuhan Apoteker adalah 2 orang
- Kebutuhan asisten apoteker adalah 4 orang
- Kebutuhan pranata laboratorium adalah 2 orang
- Kebutuhan epidemiolog adalah 2 orang
- Kebutuhan entomolog adalah 2 orang
- Kebutuhan sanitarian adalah 4-8 orang

Untuk pelayanan kesehatan bagi pengungsi dengan jumlah sampai 5000 orang:

- 1). Pelayanan 24 jam, kebutuhan tenaga yang diusulkan sebagai berikut: dokter 2 orang, perawat 6 orang, bidan 2 orang, sanitarian 1 orang gizi 1 orang, Asisten Apoteker 2 orang dan administrasi 1 orang.
- 2). Pelayanan 8 jam, kebutuhan tenaga yang diusulkan sebagai berikut: dokter 1 orang, perawat 2 orang, bidan 1 orang, sanitarian 1 orang, dan gizi 1 orang.

b. Formulasi untuk menghitung jumlah kebutuhan SDM Kesehatan fasilitas rujukan / Rumah Sakit:

- 1). Kebutuhan dokter umum = $(\text{jml pasien}/40) - \text{jml dokter umum yang ada ditempat}$

Contoh perhitungan:

Andaikan jumlah pasien yang perlu mendapatkan penanganan dokter umum adalah 80 orang/hari, sementara jumlah dokter umum yang ada di rumah sakit tersebut adalah 1 orang, maka jumlah dokter umum yang masih dibutuhkan adalah:

$$(80/40) - 1 = 2 - 1 = 1 \text{ orang}$$

- 2). Kebutuhan dokter bedah = $\frac{\{(jml \text{ pasien dokter bedah}/5)\}}{5}$ - jml dokter bedah yang ada di tempat

Diasumsikan lama Dokter Bedah yang bertugas adalah selama 5 hari baru berganti shift dengan penggantinya, rata-rata jumlah pasien bedah selama 5 hari adalah 75 pasien, dan jumlah dokter bedah yang berada di daerah tersebut berjumlah 1 orang. Maka jumlah dokter bedah yang masih dibutuhkan adalah :

$$\frac{75/5 - 1}{5} = 3 - 1 = 2 \text{ orang dokter bedah.}$$

- 3). Kebutuhan dokter anastesi = $\frac{\{(jml \text{ pasien bedah}/15)\}}{5}$ - jml dokter anastesi di tempat

Diasumsikan: lama Dokter Anastesi yang bertugas adalah selama 5 hari baru berganti shift dengan penggantinya, rata-rata jumlah pasien bedah selama 5 hari adalah 75 pasien, dan tidak terdapat dokter anastesi di daerah tersebut. Maka jumlah dokter anastesi yang dibutuhkan adalah :

$$\frac{75/15 - 0}{5} = 1 \text{ orang dokter anastesi.}$$

- 4). Kebutuhan perawat di UGD =
Rasio kebutuhan tenaga perawat mahir di UGD pada saat bencana adalah 1:1 (1 perawat menangani 1 pasien)
- 5). Kebutuhan perawat: sumber tenaga keperawatan di RS (Depkes 2005)
- 6). Kebutuhan perawat di ruang rawat inap: jumlah jam perawatan total untuk semua jenis pasien/jumlah jam efektif per hari per shift (7 jam)
- 7). Kebutuhan tenaga fisioterapi=
Rasio kebutuhan tenaga fisioterapi untuk penanganan korban selamat adalah 1:30 (1 fisioterapis menangani 30 pasien)
- 8). Kebutuhan Apoteker 1 orang dan Asisten Apoteker 2 orang.
- 9). Kebutuhan tenaga gizi adalah 2 orang
- 10). Kebutuhan pembantu umum adalah 5-10 orang

c) Jumlah jam perawatan dapat dihitung:

- 1). berdasarkan klasifikasi pasien dalam satu ruangan (Peny. Dalam: 3,5 jam/hr; Bedah: 4 jam/hr; Gawat: 10 jam/hr; Anak: 4,5 jam/hr; Kebidanan: 2,5 jam/hr)

- 2). berdasarkan tingkat ketergantungan keperawatan minimal: 2 jam/hr; sedang: 3,08 jam/hr; agak berat: 4,15 jam/hr dan maksimal: 6,16 jam/hr)

B. Pendayagunaan Tenaga

1. Distribusi

Distribusi dalam rangka penempatan SDM Kesehatan ditujukan untukantisipasi pemenuhan kebutuhan minimal tenaga pada pelayanan kesehatan akibat bencana. Penanggung jawab dalam pendistribusian SDM kesehatan untuk tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota adalah Kepala Dinas Kesehatan.

2. Mobilisasi

Mobilisasi SDM Kesehatan dilakukan dalam rangka pemenuhan kebutuhan SDM Kesehatan pada saat dan pasca bencana bila:

- a. Masalah kesehatan yang timbul akibat bencana tidak dapat diselesaikan oleh daerah tersebut sehingga memerlukan bantuan dari daerah lain/regional
- b. Masalah kesehatan yang timbul akibat bencana seluruhnya tidak dapat diselesaikan oleh daerah tersebut sehingga memerlukan bantuan dari regional dan nasional

Langkah-Langkah mobilisasi yang dilakukan:

- a. Menyiagakan SDM Kesehatan untuk ditugaskan ke wilayah yang terkena bencana
- b. Menginformasikan kejadian bencana dan meminta bantuan melalui:
 - 1). Jalur administrasi/Depdagri
(puskesmas – camat – bupati – gubernur – mendagri)
 - 2). Jalur administrasi/Depkes
(puskesmas – Dinkes Kab/Kota – Dinkes Prov – Depkes)
 - 3). Jalur rujukan medik
(puskesmas – RS Kab/Kota – RS Prov – RS rujukan wilayah – Ditjen Bina Yanmed/Depkes)

Setiap Provinsi dan Kabupaten/Kota diharapkan telah memiliki *Public Safety Center* (PSC) dan Tim Penanggulangan Krisis Akibat Bencana yang terdiri dari Tim RHA, Tim Gerak Cepat dan Tim Bantuan Kesehatan, hal ini untuk memudahkan pelaksanaan mobilisasi SDM Kesehatan pada saat kejadian bencana. Kepala Dinas Kesehatan setempat bertindak sebagai penanggung jawab pelaksanaan mobilisasi SDM Kesehatan di wilayah kerjanya.

Untuk mobilisasi SDM Kesehatan di tingkat regional (lintas provinsi) dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku (sesuai jejaring rujukan medik) dan berkoordinasi dengan Depkes.

3. Peningkatan dan pengembangan

Peningkatan dan pengembangan SDM Kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan untuk penanggulangan bencana. SDM Kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan tugasnya secara profesional. Melalui pembinaan yang dilaksanakan secara teratur dan berkesinambungan, diharapkan kinerja SDM Kesehatan dapat meningkat lebih baik. Pembinaan dilaksanakan dengan cara sebagai berikut:

- a. Supervisi dan bimbingan teknis secara terpadu untuk menyelesaikan masalah.
- b. Pendidikan formal dalam bidang penanggulangan bencana.
- c. Pelatihan/kursus mengenai teknis medis dan penanggulangan bencana.
- d. Melakukan gladi posko secara terstruktur, terprogram, terarah dan terkendali serta berkala.
- e. Pertemuan ilmiah (seminar, *workshop*, dan lain-lain).
- f. Pembahasan masalah pada rapat intern dalam lingkup kesehatan ataupun secara terpadu lintas sektor di berbagai tingkat administratif.

Dalam upaya meningkatkan kompetensi SDM Kesehatan dalam penanggulangan krisis akibat bencana dibutuhkan pelatihan-pelatihan sbb:

- a. Pelatihan untuk Perawat Lapangan (Puskesmas) di lokasi pengungsian dan daerah potensial terjadi bencana:
 - 1). Keperawatan Kesmas (CHN) khusus untuk masalah kesehatan pengungsi
 - 2). Keperawatan Gawat Darurat Dasar (*emergency nursing*)
 - 3). PONED (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergency Dasar)
 - 4). Penanggulangan Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak
 - 5). Manajemen Penanggulangan Krisis akibat Bencana (PK-AB)
- b. Pelatihan untuk perawat di fasilitas rujukan/RS
 - 1). Keperawatan gawat darurat dasar dan lanjutan (PPGD dan BTLS)
 - 2). Keperawatan ICU
 - 3). Keperawatan jiwa
 - 4). Keperawatan OK
 - 5). Manajemen keperawatan di RS
 - 6). Standar *Pre Caution*
 - 7). Mahir Anaestesi
 - 8). PONEK
- c. Kesehatan Reproduksi:
 - 1). PONED untuk Dokter, Bidan dan Perawat
 - 2). Pelatihan Penanggulangan Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak untuk Dokter, Perawat dan Bidan.
- d. Gizi
 - 1). Penanggulangan Masalah Gizi dalam Keadaan Darurat untuk petugas Gizi
 - 2). Surveilans Gizi untuk petugas Gizi
 - 3). Konselor Gizi untuk petugas Gizi
 - 4). Tata Laksana Gizi Buruk

- e. Pelayanan Medik:
 - 1). GELS (*General Emergency Life Support*) untuk dokter
 - 2). PTC untuk dokter
 - 3). APRC untuk dokter
 - 4). Dental Forensik untuk dokter gigi
 - 5). DVI untuk dokter dan dokter gigi
 - 6). PONEK (*Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergency Komprehensif*) untuk dokter spesialis obsgyn rumah sakit)
 - 7). ATLS untuk dokter
 - 8). ACLS untuk dokter
 - 9). BLS untuk SDM Kesehatan
- f. Pelayanan Penunjang Medik:
 - 1). Pelatihan Fisioterapi
 - 2). Pelatihan teknis Labkes untuk Pranata Labkes
 - 3). Pelatihan untuk radiografer
- g. Pelayanan Kefarmasian:
 - 1). Perencanaan dan Pengelolaan Obat Terpadu
 - 2). Pengelolaan Obat Kabupaten/Kota
 - 3). Pengelolaan Obat Puskesmas
 - 4). Pemanfaatan Data Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO)
 - 5). Pelatihan Sistem Informasi dan Inventarisasi Obat Bantuan
- h. Manajemen Penanggulangan Krisis:
 - 1). Pelatihan Manajemen Penanggulangan Krisis akibat Bencana
 - 2). Pelatihan Manajemen Penanggulangan Krisis pada Kedaruratan Kompleks
 - 3). *Public Health in Complex Emergency Course*
 - 4). *Health Emergencies Large Population (HELP) Course*
 - 5). Pelatihan Radio Komunikasi
- i. Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan:
 - 1). Pelatihan/kursus dalam dan luar negeri (*public health on disaster management*)
 - 2). Pelatihan surveilans epidemiologi dalam keadaan bencana
 - 3). Pelatihan kesiapsiagaan penanggulangan bencana di regional center
 - 4). Pelatihan RHA dan rapid respons sanitasi darurat
 - 5). Pelatihan asisten dan ko-asisten entomologi
 - 6). Pelatihan Ahli Epidemiologi Lapangan (PAEL)

VI. KOORDINASI PELAKSANAAN

A. Organisasi

1. Tingkat Pusat

- a. Penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana serta penanganan pengungsi di tingkat Pusat adalah Menteri Kesehatan dibantu oleh seluruh Pejabat Eselon 1 dan Kepala Badan POM serta

berkoordinasi dengan instansi terkait dan selalu mempedomani petunjuk Ketua Bakornas PBP yang diketuai oleh Wakil Presiden.

- b. Pelaksanaan tugas penanggulangan krisis akibat bencana di lingkungan Departemen Kesehatan dikoordinir oleh Sekretaris Jenderal melalui Pusat Penanggulangan Krisis (PPK).

2. Tingkat Provinsi

- a. Penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana serta penanganan pengungsi di Provinsi adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi. Bila diperlukan dapat meminta bantuan kepada Departemen Kesehatan. Dalam melaksanakan tugas dibawah Satkorlak PBP yang diketuai oleh Gubernur.
- b. Pelaksanaan tugas penanggulangan krisis akibat bencana di lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi dikoordinir oleh pejabat yang ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan.

3. Tingkat Kabupaten/Kota

- a. Penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana serta penanganan pengungsi di Kabupaten/Kota adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Bila diperlukan dapat meminta bantuan kepada Provinsi. Dalam melaksanakan tugas dibawah Satlak PBP yang diketuai oleh Bupati/Walikota.
- b. Pelaksanaan tugas penanggulangan krisis akibat bencana di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dikoordinir oleh pejabat yang ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan.

4. Di lokasi kejadian

Pelayanan kesehatan penanggulangan bencana serta penanganan pengungsi di lokasi kejadian di bawah tanggung jawab Kepala Dinas Kesehatan sedangkan Kepala Puskesmas sebagai pelaksana tugas Dinas Kesehatan.

B. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana Serta Penanganan Pengungsi

1. Pra bencana

Kegiatan yang dilaksanakan :

a. Tingkat pusat

- 1) Membuat, menyebarluaskan dan memutakhirkan pedoman pelayanan kesehatan pada penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi.
- 2) Membuat standard-standard penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi.
- 3) Membuat peta geomedik serta mengadakan pelatihan setiap unit dan petugas yang terlibat dalam penanggulangan bencana, dilanjutkan dengan gladi posko dan gladi lapang.

- 4) Inventarisasi sumber daya kesehatan pemerintan dan swasta termasuk LSM.
- 5) Membuat standard dan mekanisme penerimaan bantuan dari dalam dan luar negeri.
- 6) Inventarisasi jenis dan lokasi kemungkinan terjadinya bencana di wilayahnya dengan mengupayakan informasi "early warning" atau peringatan dini.
- 7) Membentuk tim reaksi cepat penanggulangan bencana.
- 8) Mengembangkan mitigasi dan kesiapsiagaan penanggulangan bencana (sarana dan prasarana).
- 9) Mengadakan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan penanggulangan bencana.
- 10) Mengembangkan sistem komunikasi dan informasi.
- 11) Koordinasi lintas program dan lintas sektor meliputi sinkronisasi kegiatan penanggulangan bencana dari pusat sampai daerah.
- 12) Kegiatan bimbingan teknis

b. Tingkat Provinsi

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi melakukan kegiatan :

- 1) Membuat peta geomedik daerah rawan bencana.
- 2) Membuat rencana kontinjensi ("*contingency plan*").
- 3) Menyusun dan menyebarkan Pedoman Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi.
- 4) Mengadakan pelatihan Penanggulangan Bencana.
- 5) Membentuk dan mengembangkan tim reaksi cepat.
- 6) Menyelenggarakan pelatihan gladi posko dan gladi lapang dengan melibatkan semua unit terkait.
- 7) Membentuk Pusdalop penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi.
- 8) Melengkapi sarana/fasilitas yang diperlukan termasuk mengembangkan sistem komunikasi dan informasi di daerah tersebut.
- 9) Mengadakan koordinasi lintas program dan lintas sektor meliputi sinkronisasi kegiatan penanggulangan bencana dengan pusat dan kabupaten/kota.
- 10) Melakukan evaluasi dan memutakhirkan Protap yang ada sesuai kebutuhan.
- 11) Kegiatan bimbingan teknis

c. Tingkat kabupaten/kota

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan kegiatan:

- 1) Membuat peta geomedik daerah rawan bencana
- 2) Membuat rencana kontinjensi ("*contingency plan*")
- 3) Mengadakan pelatihan penanggulangan bencana.
- 4) Membentuk dan mengembangkan tim reaksi cepat.
- 5) Mengadakan pelatihan gladi posko dan gladi lapang.
- 6) Membentuk Pusdalop penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi

- 7) Inventarisasi sumber daya sesuai dengan potensi bahaya yang mungkin terjadi:
 - a) Jumlah dan lokasi puskesmas
 - b) Jumlah ambulans
 - c) Jumlah tenaga kesehatan
 - d) Jumlah RS termasuk fasilitas kesehatan lainnya.
 - e) Obat dan perbekalan kesehatan
 - f) Unit transfusi darah
- 8) Mengadakan koordinasi lintas program dan lintas sektor meliputi sinkronisasi kegiatan penanggulangan bencana dengan provinsi dan kecamatan.
- 9) Kegiatan bimbingan teknis.

d. Tingkat Kecamatan

Kepala Puskesmas melakukan kegiatan:

- 1) Membuat jalur evakuasi dan mengadakan pelatihan.
- 2) Mengadakan pelatihan triase
- 3) Inventarisasi sumber daya sesuai dengan potensi bahaya yang mungkin terjadi
- 4) Menerima dan menindaklanjuti informasi peringatan dini (*early warning system*) untuk kesiapsiagaan bidang kesehatan.
- 5) Membentuk tim kesehatan lapangan yang tergabung dalam Satgas.
- 6) Mengadakan koordinasi lintas sektor.

2. Saat bencana

a. Tingkat Pusat

Koordinator pada saat bencana adalah Sekretaris Jenderal Depkes. Sedangkan Direktorat-direktorat Jenderal mempunyai tugas sebagai berikut:

- 1) Dirjen Bina Pelayanan Medik mengkoordinasikan daerah darurat medik di lapangan dan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit serta mobilisasi SDM Kesehatan pada fase tanggap darurat.
- 2) Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2 dan PL) berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi untuk menggerakkan kinerja surveilans epidemiologi kesehatan lingkungan dan pemberantasan penyakit, logistik dan peralatan kesehatan lapangan dalam rangka pencegahan KLB penyakit menular di tempat penampungan pengungsi dan lokasi sekitarnya.
- 3) Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan mengkoordinasikan bantuan obat, bahan habis pakai dan perbekalan kesehatan yang diperlukan. Sedangkan Kepala Badan POM mengawasi kualitas obat dan makanan bantuan untuk korban.
- 4) Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi untuk memberikan dukungan pelayanan kesehatan dan gizi, kesehatan reproduksi, promosi kesehatan dan penanggulangan penyakit akibat kerja.

- 5) Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan (Litbang) membantu Ditjen terkait dan PPMK Setjen Depkes sesuai tugas dan fungsinya agar pelayanan medik pada penanggulangan bencana lebih efektif dan efisien.
- 6) Inspektur Jenderal melakukan pengawasan pelaksanaan kegiatan yang terkait dalam penanggulangan bencana.
- 7) Kepala Pusat Penanggulangan Krisis (PPK) Setjen Depkes sebagai pelaksana koordinasi mempunyai tugas sebagai berikut :
 - a) Mengaktifkan Pusdalops penanggulangan bencana.
 - b) Mengadakan koordinasi lintas sektor untuk angkutan personil, peralatan, bahan bantuan dan lain-lain.
 - c) Mengkoordinasikan bantuan swasta dan sektor lain.
 - d) Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi untuk mempersiapkan bantuan bila diperlukan.
 - e) Berkoordinasi dengan Tim Identifikasi Nasional untuk identifikasi korban meninggal massal.
- 8) Dalam keadaan darurat, Departemen Kesehatan dapat memanfaatkan potensi dan fasilitas kesehatan yang berada di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (misalnya Pertamina, PTP, BUMN, Swasta dll)

b. Tingkat Provinsi

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi melakukan kegiatan :

- 1) Melapor kepada Gubernur dan menginformasikan kepada PPK Setjen Depkes tentang terjadinya bencana atau adanya pengungsi.
- 2) Mengaktifkan Pusdalops Penanggulangan Bencana tingkat Provinsi.
- 3) Berkoordinasi dengan Depkes cq. PPK, bila ada kebutuhan bantuan obat dan perbekalan kesehatan. Pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan menggunakan buku pedoman pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan.
- 4) Berkoordinasi dengan Rumah Sakit Provinsi untuk mempersiapkan menerima rujukan dari lokasi bencana atau tempat penampungan pengungsi. Bila diperlukan, menugaskan Rumah Sakit Provinsi untuk mengirimkan tenaga ahli ke lokasi bencana atau tempat penampungan pengungsi.
- 5) Berkoordinasi dengan Rumah Sakit rujukan (RS Pendidikan) di luar Provinsi untuk meminta bantuan dan menerima rujukan pasien.
- 6) Berkoordinasi dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melakukan "*Re Rapid Health Assessment*" atau evaluasi pelaksanaan upaya kesehatan.
- 7) Memobilisasi tenaga kesehatan untuk tugas perbantuan ke daerah bencana.
- 8) Berkoordinasi dengan sektor lain terkait untuk penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi.
- 9) Menuju lokasi terjadinya bencana atau tempat penampungan pengungsi.
- 10) Apabila kejadian bencana melampaui batas wilayah provinsi, maka sebagai koordinator pelayanan kesehatan pada penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi adalah Sekjen Depkes.

Direktur Rumah Sakit Provinsi melakukan kegiatan :

- 1) Mengadakan koordinasi dengan Rumah Sakit Kabupaten/Kota untuk mengoptimalkan sistem rujukan.
- 2) Menyiapkan instalasi gawat darurat dan instalasi rawat inap untuk menerima penderita rujukan dan melakukan pengaturan jalur evakuasi.
- 3) Mengajukan kebutuhan obat dan peralatan lain yang diperlukan.
- 4) Mengirimkan tenaga dan peralatan ke lokasi bencana bila diperlukan.

c. Tingkat Kabupaten/Kota

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setelah menerima berita tentang terjadinya bencana dari Kecamatan, melakukan kegiatan :

- 1) Berkoordinasi dengan anggota Satlak PBP dalam penanggulangan bencana.
- 2) Mengaktifkan Pusdalops Penanggulangan Bencana tingkat Kabupaten/Kota.
- 3) Berkoordinasi dengan RS Kabupaten/Kota termasuk RS Swasta Rumkit TNI dan POLRI untuk mempersiapkan penerimaan penderita yang dirujuk dari lokasi bencana dan tempat penampungan pengungsi.
- 4) Menyiapkan dan mengirim tenaga kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan ke lokasi bencana.
- 5) Menghubungi Puskesmas di sekitar lokasi bencana untuk mengirimkan dokter perawat dan peralatan yang diperlukan termasuk ambulans ke lokasi bencana.
- 6) Melakukan Penilaian Kesehatan Cepat Terpadu (*Integrated Rapid Health Assessment*).
- 7) Melakukan penanggulangan gizi darurat.
- 8) Memberikan imunisasi campak di tempat pengungsian bagi anak-anak di bawah usia 15 tahun.
- 9) Melakukan surveilans epidemiologi terhadap penyakit potensial wabah, pengendalian vektor serta pengawasan kualitas air dan lingkungan.
- 10) Apabila terjadi bencana melampaui batas wilayah Kabupaten/Kota, maka sebagai penanggung jawab adalah Kepala Dinas Kesehatan provinsi.

Direktur Rumah Sakit Kabupaten/Kota melakukan kegiatan :

- 1) Menghubungi lokasi bencana untuk mempersiapkan instalasi gawat darurat dan ruang perawatan untuk menerima rujukan penderita dari lokasi bencana dan tempat penampungan pengungsi.
- 2) Menyiapkan instalasi gawat darurat dan instalasi rawat inap untuk menerima rujukan penderita dari lokasi bencana atau tempat penampungan pengungsi dan melakukan pengaturan jalur evakuasi.
- 3) Menghubungi RS provinsi tentang kemungkinan adanya penderita yang akan dirujuk.
- 4) Menyiapkan dan mengirimkan tenaga dan peralatan kesehatan ke lokasi bencana bila diperlukan.

d. Tingkat Kecamatan

Kepala Puskesmas di lokasi bencana melakukan kegiatan:

- 1) Beserta staf menuju lokasi bencana dengan membawa peralatan yang diperlukan untuk melaksanakan triase dan memberikan pertolongan pertama.
- 2) Melaporkan kepada Kadinkes Kabupaten/Kota tentang terjadinya bencana.
- 3) Melakukan *Initial Rapid Health Assessment* (Penilaian Cepat Masalah Kesehatan Awal).
- 4) Menyerahkan tanggung jawab pada Kadinkes Kabupaten/Kota apabila telah tiba di lokasi.
- 5) Apabila kejadian bencana melampaui batas wilayah kecamatan, maka sebagai pananggung jawab adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Kepala Puskesmas di sekitar lokasi bencana melakukan kegiatan:

- 1) Mengirimkan tenaga dan perbekalan kesehatan serta ambulans/alat transportasi lainnya ke lokasi bencana dan tempat penampungan pengungsi
- 2) Membantu melaksanakan perawatan dan evakuasi korban serta pelayanan kesehatan pengungsi.

3. Pasca bencana

a. Tingkat Pusat

- 1) Koordinasi lintas program untuk :
 - a. Evaluasi dampak bencana guna menanggulangi kemungkinan timbulnya KLB penyakit menular.
 - b. Upaya pemulihan kesehatan korban bencana.
 - c. Berkordinasi dengan program terkait dalam upaya rekonsiliasi, khususnya untuk wilayah yang mengalami konflik dengan kekerasan
 - d. Penyelesaian administrasi dan pertanggungjawaban anggaran yang telah dikeluarkan selama berlangsungnya pelayanan kesehatan penanggulangan bencana serta penanganan pengungsi.
- 2) Koordinasi lintas sektor untuk :
 - a. Pemulihan (rehabilitasi) prasarana/sarana kesehatan yang mengalami kerusakan.
 - b. Pemulihan (rehabilitasi) kehidupan masyarakat ke arah kehidupan normal.
 - c. Relokasi masyarakat pengungsi.
 - d. Rekonsiliasi masyarakat yang terlibat bencana konflik sosial dengan kekerasan.
 - e. Pembangunan kembali (rekonstruksi) prasarana/sarana kondisi yang permanen.
 - f. Pemantauan, evaluasi dan analisis dampak bencana serta penanganan pengungsi.

b. Tingkat Provinsi.

- 1) Mendukung upaya kesehatan dalam pencegahan KLB penyakit menular dan perbaikan gizi di tempat penampungan pengungsi maupun lokasi sekitarnya dengan kegiatan surveilans epidemiologi, kesehatan lingkungan dan pemberantasan penyakit.
- 2) Jika terjadi KLB penyakit menular dan gizi buruk, segera mengirimkan tenaga ahli yang relevan ke lokasi bencana atau tempat penampungan pengungsi.
- 3) Melakukan evaluasi dan analisis dampak bencana terhadap kesehatan lingkungan/KLB.
- 4) Membantu upaya rekonsiliasi.
Khusus untuk konflik dengan tindak kekerasan dapat dilakukan rekonsiliasi antara pihak-pihak yang bertikai dengan mediasi sektor kesehatan, yaitu kesehatan sebagai jembatan menuju perdamaian dengan kegiatan berupa:
 - a. Pelatihan bersama dengan melibatkan pihak-pihak yang bertikai.
 - b. Sosialisasi netralitas petugas kesehatan untuk menjalankan profesinya kepada pihak yang bertikai.
 - c. Kerjasama petugas kesehatan dari pihak-pihak yang bertikai dalam menyusun program kesehatan bagi korban kerusuhan.
 - d. Pelayanan kesehatan terpadu antara pihak bertikai tanpa membedakan perbedaan (azas netralitas).
- 5) Memantau, mengevaluasi dan melaksanakan kegiatan *Post Trauma Stress Disorders* (PTSD).

c. Tingkat Kabupaten/Kota

- 1) Mengirimkan tenaga surveilans dan tenaga kesehatan lingkungan untuk membantu upaya kesehatan dalam pencegahan KLB penyakit menular di lokasi bencana dan tempat penampungan pengungsi maupun lokasi sekitarnya dengan kegiatan surveilans, kesehatan lingkungan dan pemberantasan penyakit.
- 2) Jika terjadi KLB penyakit menular dan gizi buruk, segera dilakukan upaya pemberantasan penyakit dan perbaikan gizi serta melaporkannya ke Dinas Kesehatan Provinsi.
- 3) Melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap upaya penanggulangan yang dilakukan.
- 4) Menentukan strategi intervensi berdasarkan analisis status gizi setelah *rapid assessment* dilakukan, merencanakan kebutuhan pangan untuk suplemen gizi dan menyediakan paket bantuan pangan (ransum) yang cukup, mudah dikonsumsi oleh semua golongan umur.
- 5) Menyediakan pelayanan kesehatan, pengawasan kualitas air bersih dan sanitasi lingkungan bagi penduduk di penampungan sementara.
- 6) Memulihkan kesehatan fisik, mental dan psiko-sosial korban berupa:
 - a) Promosi kesehatan dalam bentuk konseling (bantuan psiko-sosial) dan lain-lain kegiatan diperlukan agar para pengungsi dapat mengatasi psiko-trauma yang dialami.
 - b) Pencegahan masalah psiko-sosial untuk menghindari psikosomatis.
 - c) Pencegahan berlanjutnya psiko-patologis pasca pengungsian.

d. Tingkat Kecamatan

Puskesmas Kecamatan tempat terjadinya bencana :

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar di penampungan dengan mendirikan Pos Kesehatan Lapangan
- 2) Melaksanakan pemeriksaan kualitas air bersih dan pengawasan sanitasi lingkungan.
- 3) Melaksanakan surveilans penyakit menular dan gizi buruk yang mungkin timbul.
- 4) Segera melapor ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bila terjadi KLB penyakit menular dan gizi buruk.
- 5) Memfasilitasi relawan, kader dan petugas pemerintah tingkat kecamatan dalam memberikan KIE kepada masyarakat luas, bimbingan pada kelompok yang berpotensi mengalami gangguan stress pasca trauma, memberikan konseling pada individu yang berpotensi mengalami gangguan stress pasca trauma.
- 6) Merujuk penderita yang tidak dapat ditangani dengan konseling awal dan membutuhkan konseling lanjut, psikoterapi atau penanganan lebih spesifik.

Kecamatan di sekitar terjadinya bencana :

Mengirimkan tenaga dokter dan perawat ke pos kesehatan lapangan (bila masih diperlukan)

4. Bencana susulan

Meningkatkan kewaspadaan terhadap adanya bencana susulan dan pola penanganannya sama seperti yang telah diuraikan di atas.

VII. PENUTUP

Agar upaya penanggulangan krisis akibat bencana dapat dilaksanakan dengan optimal, maka SDM Kesehatan, baik medis maupun non-medis perlu dikelola secara lebih baik dan profesional, dengan memperhatikan tingkat kerawanan terhadap bencana.

Diharapkan buku ini dapat dijadikan acuan dalam pengelolaan SDM Kesehatan pada penanggulangan krisis akibat bencana di setiap jenjang administrasi.



MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K)