



PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 75 TAHUN 2019
TENTANG
PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dan terpeliharanya kesehatan masyarakat dalam penyelenggaraan krisis kesehatan, perlu dilakukan penanganan, pertolongan, dan perlindungan secara efektif dan terorganisir;
- b. bahwa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan sudah tidak sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan hukum masyarakat sehingga perlu diganti;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4723);

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4828);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 2008 tentang Pendanaan dan Pengelolaan Bantuan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4829);
5. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2019 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG
PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. 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 respon cepat di luar kebiasaan normal dan kapasitas kesehatan tidak memadai.
2. Penanggulangan Krisis Kesehatan adalah serangkaian upaya yang meliputi kegiatan prakrisis kesehatan, tanggap darurat Krisis Kesehatan, dan pascakrisis kesehatan.
3. Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor nonalam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.
4. 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, lembaga non pemerintah, sektor swasta/lembaga usaha dan kelompok masyarakat.
5. Pengurangan Risiko Krisis Kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk peningkatan sumber daya kesehatan, pengelolaan ancaman terjadinya Krisis Kesehatan, dan pengurangan kerentanan.
6. Pencegahan adalah serangkaian upaya untuk menghilangkan atau mengurangi ancaman Krisis Kesehatan dan kerentanan.

7. Mitigasi adalah serangkaian upaya untuk mengurangi risiko Krisis Kesehatan, baik melalui pemetaan risiko, penyadaran dan peningkatan kemampuan sumber daya kesehatan maupun pembangunan fisik dalam menghadapi ancaman Krisis Kesehatan.
8. Kesiapsiagaan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi Krisis Kesehatan melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna.
9. Kaji Cepat Masalah Kesehatan (*Rapid Health Assessment*) yang selanjutnya disebut RHA adalah serangkaian kegiatan yang meliputi mengumpulkan, mengolah dan menganalisa data dan informasi guna mengukur dampak kesehatan dan mengidentifikasi kebutuhan kesehatan masyarakat terdampak yang memerlukan respon segera.
10. Tim Darurat Medis (*Emergency Medical Team*) yang selanjutnya disebut EMT adalah kelompok profesional di bidang kesehatan yang melakukan pelayanan medis secara langsung kepada masyarakat yang terkena dampak bencana atau kegawatdaruratan sebagai tenaga kesehatan bantuan dalam mendukung sistem pelayanan kesehatan setempat.
11. Tim Respon Cepat Kesehatan Masyarakat (*Public Health Rapid Response Team*) yang selanjutnya disebut PHRRT adalah kelompok tenaga kesehatan masyarakat yang bertugas merespon cepat kondisi kesehatan masyarakat yang terdampak bencana atau keadaan darurat.
12. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Aman Bencana adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang tetap aman, dapat diakses dan tetap beroperasi melakukan pelayanan kesehatan pada masyarakat dalam kondisi bencana.
13. Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan adalah perbaikan dan pemulihan semua aspek pelayanan publik di bidang kesehatan sampai tingkat yang memadai pada wilayah pascakrisis, dan selanjutnya membangun kembali semua prasarana dan sarana, kelembagaan bidang kesehatan pada wilayah pascakrisis kesehatan, baik pada

tingkat pemerintahan maupun masyarakat dengan sasaran utama tumbuh dan berkembangnya kegiatan pelayanan kesehatan, meningkatnya status kesehatan masyarakat, dan bangkitnya peran serta masyarakat.

14. Rekonstruksi Kesehatan adalah pembangunan kembali semua prasarana dan sarana, kelembagaan bidang kesehatan pada wilayah pascakrisis kesehatan, baik pada tingkat pemerintahan maupun masyarakat dengan sasaran utama tumbuh dan berkembangnya kegiatan pelayanan kesehatan, meningkatnya status kesehatan masyarakat, dan bangkitnya peran serta masyarakat.
15. Perbekalan Kesehatan adalah semua bahan dan peralatan yang diperlukan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.
16. Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
17. Pemerintah Daerah adalah Gubernur, Bupati atau Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
18. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2

Penanggulangan Krisis Kesehatan bertujuan untuk terselenggaranya Penanggulangan Krisis Kesehatan yang terkoordinasi, terencana, terpadu, dan menyeluruh guna memberikan perlindungan kepada masyarakat dari ancaman, risiko, dan dampak permasalahan kesehatan.

Pasal 3

- (1) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan.

- (2) Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara berjenjang oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

BAB II PENGORGANISASIAN

Pasal 4

- (1) Penanggulangan Krisis Kesehatan dilakukan dengan sistem klaster.
- (2) Sistem klaster sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diimplementasikan melalui pembentukan Klaster Kesehatan pada tingkat pusat dan tingkat daerah yang bertujuan untuk meningkatkan koordinasi, kolaborasi, dan integrasi dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- (3) Klaster Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dalam aspek penanggulangan Bencana merupakan bagian integral dari klaster penanggulangan Bencana.
- (4) Klaster Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari sub klaster yang meliputi:
 - 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; dan

- f. sub klaster identifikasi korban mati akibat bencana (Disaster Victim Identification /DVI), yang bertugas menyelenggarakan identifikasi korban meninggal dan penatalaksanaannya.
- (5) Klaster Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) didukung oleh:
- a. tim logistik kesehatan, yang bertugas menyelenggarakan perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, dan penyerahan logistik kesehatan untuk memenuhi kebutuhan Penanggulangan Krisis Kesehatan; dan
 - b. tim data dan informasi, yang bertugas menyelenggarakan manajemen data dan informasi serta penyebarluasan informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan; dan
 - c. tim promosi kesehatan, yang bertugas menyelenggarakan upaya promosi kesehatan.

Pasal 5

- (1) Klaster Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) terdiri atas:
- a. Klaster Kesehatan Nasional;
 - b. Klaster Kesehatan Provinsi; dan
 - c. Klaster Kesehatan Kabupaten/Kota.
- (2) Klaster Kesehatan Nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dibentuk oleh Menteri dan dikoordinasikan oleh Kepala Pusat yang menangani bidang krisis kesehatan.
- (3) Klaster kesehatan Provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dibentuk dan dikoordinasikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.
- (4) Klaster Kesehatan Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dibentuk dan dikoordinasikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- (5) Klaster Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari sub klaster yang meliputi:

- 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; dan
 - f. sub klaster identifikasi korban mati akibat bencana (Disaster Victim Identification/DVI), yang bertugas menyelenggarakan identifikasi korban meninggal dan penatalaksanaannya.
- (6) Klaster Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) didukung oleh:
- a. tim logistik kesehatan, yang bertugas menyelenggarakan perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, dan penyerahan logistik kesehatan untuk memenuhi kebutuhan Penanggulangan Krisis Kesehatan; dan
 - b. tim data dan informasi, yang bertugas menyelenggarakan manajemen data dan informasi serta penyebarluasan informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan; dan
 - c. tim promosi kesehatan, yang bertugas menyelenggarakan upaya promosi kesehatan.
- (7) Sub klaster kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dan tim pendukung sebagaimana dimaksud pada ayat (6) sesuai tingkatannya, dikoordinasikan oleh pemegang program pada Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota.

Pasal 6

- (1) Menteri bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Penanggulangan Krisis Kesehatan tingkat nasional berkoordinasi dengan Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB).
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Menteri melalui Pusat Krisis Kesehatan mengoordinasikan seluruh sumber daya kesehatan, dan seluruh instansi/lembaga yang berperan serta dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- (3) Pada saat tanggap darurat Krisis Kesehatan, Menteri melakukan aktivasi Klaster Kesehatan Nasional.

Pasal 7

- (1) Kepala Dinas Kesehatan Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Penanggulangan Krisis Kesehatan tingkat daerah dan berkoordinasi dengan Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD).
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Dinas Kesehatan mengoordinasikan seluruh sumber daya kesehatan pemerintah dan nonpemerintah.
- (3) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Daerah dapat membentuk unit penanggulangan krisis kesehatan yang berada di bawah Dinas Kesehatan.
- (4) Pada saat tanggap darurat Krisis Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota melakukan aktivasi Klaster Kesehatan Daerah.

BAB III
KEGIATAN PENANGGULANGAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 8

- (1) Penanggulangan Krisis Kesehatan mengutamakan kegiatan pengurangan risiko Krisis Kesehatan.
- (2) Penanggulangan Krisis Kesehatan diselenggarakan sesuai tahapan yang meliputi:
 - a. tahap prakrisis kesehatan;
 - b. tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan; dan
 - c. tahap pascakrisis kesehatan.

Bagian Kedua

Tahap Prakrisis Kesehatan

Pasal 9

- (1) Penanggulangan pada tahap prakrisis kesehatan ditujukan untuk peningkatan sumber daya kesehatan, pengelolaan ancaman terjadinya Krisis Kesehatan, dan pengurangan kerentanan.
- (2) Penanggulangan pada tahap prakrisis kesehatan meliputi upaya pencegahan dan mitigasi, dan kesiapsiagaan.
- (3) Upaya pencegahan dan mitigasi pada tahap prakrisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi kegiatan:
 - a. kajian risiko Krisis Kesehatan;
 - b. menyusun, mensosialisasikan dan menerapkan kebijakan atau standar Penanggulangan Krisis Kesehatan;
 - c. mengembangkan sistem informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan;
 - d. menyusun rencana Penanggulangan Krisis Kesehatan; dan

- e. melaksanakan peningkatan kapasitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan Aman Bencana.
- (4) Upaya kesiapsiagaan pada tahap prakrisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi kegiatan:
- a. simulasi/geladi bidang kesehatan;
 - b. pemberdayaan masyarakat;
 - c. mengembangkan sistem peringatan dini;
 - d. membentuk EMT, tim RHA, PHRRT, dan tim kesehatan lainnya;
 - e. menyiapkan ketersediaan sarana prasarana kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan yang memadai untuk upaya tanggap darurat; dan
 - f. meningkatkan kapasitas sumber daya manusia baik dalam hal manajerial maupun teknis.
- (5) Kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) diselenggarakan sekurang-kurangnya satu kali dalam setahun.

Bagian Ketiga

Tahap Tanggap Darurat Krisis Kesehatan

Pasal 10

- (1) Penanggulangan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan ditujukan untuk merespon 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.
- (2) Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan harus didahului dengan penetapan status keadaan darurat Krisis Kesehatan.
- (3) Penetapan status keadaan darurat Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh:
- a. Menteri untuk status keadaan darurat Krisis Kesehatan tingkat nasional;

- b. kepala dinas kesehatan provinsi untuk status keadaan darurat Krisis Kesehatan tingkat provinsi; atau
 - c. kepala dinas kesehatan kabupaten/kota untuk status keadaan darurat Krisis Kesehatan tingkat kabupaten/kota.
- (4) Dalam hal Presiden, Gubernur, atau Bupati/Walikota menetapkan status keadaan darurat Bencana, kegiatan Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap tanggap darurat dapat dilaksanakan tanpa penetapan status keadaan darurat Krisis Kesehatan.
- (5) Status keadaan darurat Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
- a. status siaga darurat Krisis Kesehatan;
 - b. status tanggap darurat Krisis Kesehatan; dan
 - c. status transisi darurat Krisis Kesehatan.
- (6) Status siaga darurat Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a merupakan keadaan ketika potensi ancaman Bencana sudah mengarah pada terjadinya bencana yang ditandai dengan adanya informasi peningkatan ancaman berdasarkan sistem peringatan dini yang diperlakukan dan pertimbangan dampak yang akan terjadi di masyarakat.
- (7) Status tanggap darurat Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b merupakan keadaan ketika ancaman kesehatan masyarakat terjadi.
- (8) Status transisi darurat Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c merupakan keadaan ketika ancaman Bencana yang terjadi cenderung menurun eskalasinya dan/atau telah berakhir, sedangkan gangguan kehidupan dan penghidupan sekelompok orang/masyarakat masih tetap berlangsung.

Pasal 11

Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan dilakukan berdasarkan:

- a. status siaga darurat Krisis Kesehatan, meliputi kegiatan:
 - 1) melakukan RHA;
 - 2) aktivasi Klaster Kesehatan dan mobilisasi EMT jika dibutuhkan; dan
 - 3) menyusun dan melaksanakan rencana operasi Krisis Kesehatan berdasarkan hasil RHA dan rencana kontigensi.
- b. status tanggap darurat Krisis Kesehatan, meliputi kegiatan:
 - 1) melakukan RHA;
 - 2) aktivasi Klaster Kesehatan dan mobilisasi EMT dan PHRRT;
 - 3) menyusun dan melaksanakan rencana operasi Krisis Kesehatan berdasarkan hasil RHA dan rencana kontigensi (jika ada);
 - 4) memobilisasi sarana prasarana kesehatan, dan perbekalan kesehatan yang memadai;
 - 5) memastikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terdampak berjalan sesuai standar dengan memperhatikan kepentingan kelompok rentan;
 - 6) mengintensifkan pemantauan perkembangan situasi; dan
 - 7) melaksanakan komunikasi Krisis Kesehatan.
- c. status transisi darurat Krisis Kesehatan, meliputi kegiatan:
 - 1) melakukan RHA; dan
 - 2) memastikan program kesehatan sudah dapat segera berfungsi.

Pasal 12

- (1) Penetapan status darurat Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (3) dilakukan berdasarkan hasil RHA yang menunjukkan adanya kondisi ancaman kesehatan masyarakat
- (2) Dalam hal Presiden atau Gubernur, Bupati/Walikota menetapkan status tanggap darurat Bencana, maka status darurat Krisis Kesehatan otomatis berlaku.

Pasal 13

- (1) Penyelenggaraan Penanggulangan Krisis Kesehatan harus mengoptimalkan penggunaan sarana prasarana kesehatan dan Perbekalan Kesehatan yang tersedia, serta mendayagunakan sumber daya manusia Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, badan usaha, lembaga non pemerintah, dan masyarakat.
- (2) Badan usaha, lembaga nonpemerintah, dan masyarakat harus berpartisipasi dalam penyelenggaraan Penanggulangan Krisis Kesehatan.

Pasal 14

Bantuan tenaga kesehatan warga negara asing pada masa tanggap darurat harus memenuhi kebutuhan Klaster Kesehatan dan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 15

- (1) Dalam menyelenggarakan Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap tanggap darurat, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat meminta bantuan sumber daya kesehatan pada Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan secara berjenjang.
- (2) Bantuan sumber daya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa bantuan teknis yang meliputi EMT, bantuan obat, alat medis habis pakai, dan bahan medis habis pakai.

Bagian Keempat
Tahap Pascakrisis Kesehatan

Pasal 16

- (1) Penanggulangan pada tahap pascakrisis kesehatan ditujukan untuk mengembalikan kondisi sistem kesehatan seperti pada kondisi prakrisis kesehatan dan membangun kembali lebih baik (*build back better*) dan aman (*safe*).
- (2) Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap pascakrisis kesehatan dilaksanakan oleh masing-masing penanggungjawab program dan dikoordinasikan oleh Menteri atau kepala dinas kesehatan sesuai tingkatan Bencana.
- (3) Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap pascakrisis kesehatan meliputi kegiatan:
 - a. melakukan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan sumber daya kesehatan pascakrisis kesehatan;
 - b. menyusun rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan;
 - c. melaksanakan rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan; dan
 - d. monitoring dan evaluasi pelaksanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan.

BAB IV

PENGELOLAAN LOGISTIK

Pasal 17

- (1) Pemenuhan kebutuhan logistik untuk Penanggulangan Krisis Kesehatan harus disiapkan sesuai dengan risiko kesehatan yang akan dihadapi.
- (2) Logistik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai;
 - b. sarana prasarana kesehatan;

- c. makanan tambahan dan suplemen gizi;
 - d. alat dan bahan faktor resiko kedaruratan lingkungan;
dan
 - e. perlengkapan kesehatan individu.
- (3) Logistik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, huruf c, huruf d, dan huruf e disediakan melalui *buffer*.
 - (4) Logistik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disediakan melalui mekanisme pengadaan atau bantuan yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - (5) Bantuan logistik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat berasal dari dalam negeri maupun luar negeri sesuai dengan kebutuhan.

BAB V

SISTEM INFORMASI

Pasal 18

- (1) Penyediaan informasi dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan dilakukan dengan cepat, tepat, akurat, dan handal.
- (2) Penyediaan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan melalui pendekatan Klaster yang terintegrasi dalam satu sistem informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- (3) Sistem informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dikembangkan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan teknologi informasi.

Pasal 19

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi wajib melaporkan kejadian Krisis Kesehatan di wilayahnya serta informasi perkembangannya secara berjenjang kepada Menteri melalui koordinator Klaster Kesehatan Nasional.

Pasal 20

Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan dilakukan melalui:

- a. terbuka;
- b. terpilah sesuai jenis kelamin, usia, kelompok rentan;
- c. mudah diakses;
- d. terkini;
- e. dapat dipahami; dan
- f. berbasis ilmu informasi risiko yang tidak sensitif dan dilengkapi dengan pengetahuan tradisional.

Pasal 21

- (1) Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan meliputi informasi prakrisis kesehatan, informasi tanggap darurat Krisis Kesehatan dan informasi pascakrisis kesehatan.
- (2) Informasi prakrisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi informasi tentang bahaya, kerentanan, dan kapasitas dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- (3) Informasi tanggap darurat Krisis Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi informasi awal kejadian, informasi penilaian cepat kesehatan, dan informasi perkembangan.
- (4) Informasi pascakrisis kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi informasi hasil penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan pasca bencana, data rencana aksi serta data perkembangan upaya Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan.

BAB VI

PENDANAAN

Pasal 22

- (1) Pendanaan kegiatan Penanggulangan Krisis Kesehatan bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), dan/atau masyarakat.

- (2) Kegiatan Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap pra Krisis Kesehatan didanai melalui mekanisme dana kontinjensi bencana untuk kegiatan kesiapsiagaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Kegiatan Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan yang didahului dengan penetapan status keadaan darurat Bencana didanai melalui mekanisme Dana Siap Pakai (DSP) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Kegiatan Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap pascakrisis kesehatan didanai melalui mekanisme dana bantuan sosial berpola hibah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Pendanaan pelayanan kesehatan bagi korban pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan yang didahului dengan penetapan status keadaan darurat Bencana didanai melalui mekanisme Dana Siap Pakai (DSP).
- (6) Klaim atas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dibayarkan menggunakan standar tarif *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBG) kelas III rumah sakit.
- (7) Dalam hal korban masih memerlukan pelayanan kesehatan setelah status tanggap darurat dinyatakan selesai, mekanisme pembiayaan terhadap korban dibiayai oleh pembiayaan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VII

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 23

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Penanggulangan Krisis Kesehatan dilakukan oleh Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan fungsi dan kewenangan masing-masing.

Pasal 24

- (1) Pembinaan dan pengawasan diarahkan untuk memastikan penyelenggaraan penanggulangan Krisis berjalan sesuai dengan perencanaan dan untuk mengembangkan kegiatan Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi dan sosialisasi;
 - b. supervisi dan asistensi; dan pelatihan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia kesehatan; dan
 - c. pemantauan dan evaluasi

BAB VII

KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 25

Ketentuan lebih lanjut mengenai Pedoman Penyelenggaraan Penanggulangan Krisis Kesehatan tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 26

- (1) Ketentuan mengenai petunjuk teknis kegiatan masing-masing sub klaster kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan atau diatur tersendiri oleh pejabat pimpinan tinggi terkait.
- (2) Petunjuk teknis masing-masing sub klaster kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dengan mengacu pada Pedoman Penyelenggaraan Penanggulangan Krisis Kesehatan Peraturan Menteri ini.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 27

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, maka:

- a. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 979/Menkes/SK/X/2001 tentang Prosedur Tetap Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi;
- b. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1278/Menkes/SK/XII/2009 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Kontijensi Sektor Kesehatan di Provinsi dan Kabupaten/Kota;
- c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1357/Menkes/SK/XII/2001 tentang Standar Minimal Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Bencana dan Penanganan Pengungsi;
- d. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1361/Menkes/SK/XII/2001 tentang Pedoman Sistem Peringatan Dini di Daerah Potensi Bencana;
- e. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 12/Menkes/SK/I/2002 tentang Pedoman Koordinasi Penanggulangan Bencana di Lapangan;
- f. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 14/Menkes/SK/I/2002 tentang Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Kedaruratan Kompleks;
- g. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 066/Menkes/SK/II/2006 tentang Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana;
- h. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 876/Menkes/SK/XI/2006 tentang Kebijakan dan Strategi Nasional Penanganan Krisis dan Masalah Kesehatan Lain;
- i. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1389);

- j. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2014 tentang Penilaian Kerusakan, Kerugian, dan Kebutuhan Sumber Daya Kesehatan Pasca Bencana (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1022); dan
- k. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 77 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1750);

dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 28

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 18 Oktober 2019

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 31 Desember 2019

DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,


ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2019 NOMOR 1781

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




Sundoyo, SH, MKM, M.Hum
NIP 196504081988031002

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 75 TAHUN 2019
TENTANG
PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Data demografi Indonesia yang dihimpun Kementerian Dalam Negeri dan rekapitulasi data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2015 menunjukkan bahwa Indonesia memiliki jumlah penduduk sebesar 255.182.144 jiwa, dengan luas wilayah daratan sekitar 1.910.931 km², yang sebagian besar tinggal di pulau Jawa (57%), sebagian lain tersebar dari Sabang sampai Merauke. Posisi geografis Indonesia terletak di antara tiga lempeng besar dunia yaitu lempeng Indo Australia, Lempeng Eurasia dan lempeng Pasifik. Pertemuan ketiga lempeng tersebut mengakibatkan aktivitas tektonik di sepanjang sabuk gunung api Pasifik, yang merupakan deretan gunung api di sepanjang pulau Sumatera, Jawa-Bali-Nusa Tenggara, Sulawesi-Maluku, hingga Papua. Data Pusat Vulkanologi dan Mitigasi Bencana Geologi mencatat terdapat 129 gunung api dengan sebagian besar merupakan gunung api aktif dan 80 kategori berbahaya. Letak Indonesia secara geografi ini menjadikan rawan gempa tektonik dan vulkanik yang dapat diikuti tsunami besar dengan adanya samudera Hindia dan Samudera Pasifik.

Sebagai negara kepulauan terbesar di dunia, sebagian besar wilayah Indonesia merupakan perairan yang terdiri dari 17.508 Pulau, dengan lima pulau besar. Bencana hidrometeorologi sangat berpotensi terjadi dengan topografi yang beragam dan kompleks, berbukit-bukit, banyak aliran sungai disertai pengaruh perubahan iklim. Sepanjang tahun 2005 hingga 2015, Data Informasi Bencana Indonesia (DIBI-BNPB) mencatat lebih dari 78 % kejadian bencana merupakan hidrometeorologi seperti bencana banjir,

gelombang ekstrim, kebakaran lahan dan hutan, kekeringan, dan cuaca esktrim. Sedangkan 22% lain berupa kejadian bencana geologi yaitu gempa bumi, tsunami, letusan gunung api, dan tanah longsor. Keanekaragaman suku, budaya dan politik yang disertai pemicu juga dapat menimbulkan konflik sosial.

Semua kejadian tersebut dapat menimbulkan Krisis Kesehatan, seperti korban mati, korban luka, sakit, pengungsi, lumpuhnya pelayanan kesehatan, penyakit menular, sanitasi lingkungan, gangguan jiwa dan masalah kesehatan lainnya. Pengalaman Indonesia dalam mengatasi banyak kejadian bencana menjadikan Indonesia sebagai laboratorium dan pembelajaran dalam penanggulangan bencana.

Sendai *Framework for Disaster Risk Reduction* (2015-2030), melanjutkan paradigma *Hyogo Framework for Action* (2005-2015) dari penanggulangan bencana ke pengurangan risiko bencana (PRB). Untuk implementasi PRB di masing-masing negara, dihimbau agar setiap negara membentuk *Platform* Nasional PRB. Mekanisme koordinasi dan arahan kebijakan yang bersifat multi-sektor dan lintas disiplin, dengan melibatkan pemerintah, swasta, dan masyarakat sipil serta lembaga terkait lainnya.

Kapasitas dalam penanggulangan bencana harus mengacu kepada Sistem Penanggulangan bencana nasional yang termuat dalam Undang-Undang tentang Penanggulangan Bencana serta turunan aturannya. Namun upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan masih banyak menghadapi kendala, untuk itu perlu disusun Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan.

B. Maksud

Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan dimaksudkan untuk memberikan panduan kepada pelaku Penanggulangan Krisis Kesehatan di tingkat daerah dan pusat, agar terselenggara sistem Penanggulangan Krisis Kesehatan yang terkoordinasi, terencana, terpadu, dan menyeluruh guna memberikan perlindungan kepada masyarakat dari ancaman, risiko, dan dampak permasalahan kesehatan.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Peraturan Menteri Kesehatan Penanggulangan Krisis Kesehatan ini meliputi penyelenggaraan Penanggulangan Krisis Kesehatan di setiap tahapan Krisis Kesehatan yaitu prakrisis kesehatan, tanggap darurat dan pascakrisis kesehatan.

BAB II

KEGIATAN PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

Kegiatan Penanggulangan Krisis Klaster Kesehatan dilaksanakan mulai prakrisis kesehatan, tanggap darurat, dan pascakrisis kesehatan dengan menitikberatkan pada Pengurangan Risiko Krisis Kesehatan. Pengurangan Risiko Krisis Kesehatan merupakan kegiatan untuk mengurangi resiko kesehatan dengan mengelola ancaman/bahaya, mengurangi kerentanan dan meningkatkan kapasitas.

A. Tahap Pra Krisis Kesehatan.

Penanggulangan pada tahap prakrisis kesehatan meliputi upaya pencegahan dan mitigasi, dan kesiapsiagaan.

1. Upaya pencegahan dan mitigasi pada tahap prakrisis kesehatan meliputi kegiatan:

a. Kajian risiko Krisis Kesehatan

Kajian risiko Krisis Kesehatan merupakan kegiatan mengkaji/menilai ancaman/bahaya, kerentanan, dan kapasitas untuk mengetahui potensi risiko Krisis Kesehatan.

Potensi risiko Krisis Kesehatan yang timbul berdasarkan pemetaan tingkat ancaman bahaya, kerentanan dan kapasitas kawasan tersebut dihitung dengan rumus sebagai berikut:

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

Rumus ini digunakan untuk memperlihatkan hubungan antara ancaman, kerentanan dan kapasitas yang membangun perspektif tingkat risiko Krisis Kesehatan di suatu wilayah.

Keterangan:

1. Risiko Krisis Kesehatan = Potensi kerusakan dan kerugian bidang kesehatan yang ditimbulkan akibat bencana pada suatu kawasan dan kurun waktu tertentu yang dapat berupa kematian, luka-luka, sakit, meningkatnya potensi ancaman

penyakit akibat kerusakan lingkungan, pengungsian, kerusakan fasilitas pelayanan kesehatan dan sebagainya.

2. Ancaman Bahaya = suatu kejadian atau peristiwa yang dapat menimbulkan bahaya Krisis Kesehatan berdasarkan parameter intensitas dan probabilitas kejadian.
3. 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. Penjelasan sebagai berikut:
 - a. 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.
 - b. 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.
 - c. 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.
 - d. kerentanan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang rawan terhadap faktor bahaya tertentu. Contohnya antara lain status kesehatan lingkungan di suatu wilayah.
4. Kapasitas = 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.

Fungsi kajian risiko Krisis Kesehatan sebagai dasar pemerintah untuk menyusun kebijakan Penanggulangan Krisis Kesehatan untuk mengurangi risiko bencana. Hasil dari analisis risiko Krisis Kesehatan digunakan untuk menyusun rencana kesiapsiagaan, seperti menyusun rencana kontijensi, jalur evakuasi, relokasi pemukiman, dan sebagainya.

Kajian risiko dilakukan sesuai dengan Formulir 1 dan Formulir 2 sebagaimana terlampir.

- b. Menyusun, mensosialisasikan dan menerapkan kebijakan atau standar Penanggulangan Krisis Kesehatan.

Berdasarkan analisis risiko Krisis Kesehatan, pemerintah daerah menyusun kebijakan atau standard Penanggulangan Krisis Kesehatan dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan.

- c. Mengembangkan sistem informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan.

Sistem informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, perangkat, teknologi dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna untuk Penanggulangan Krisis Kesehatan.

Tujuan pengembangan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan yaitu untuk :

- 1) menjamin ketersediaan informasi Krisis Kesehatan yang cepat, tepat, akurat, dan handal
- 2) menjamin ketersediaan dan akses terhadap informasi Krisis Kesehatan yang bernilai pengetahuan
- 3) memberdayakan peran serta akademisi, swasta dan masyarakat dalam penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan
- 4) mewujudkan penyelenggaraan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan melalui penguatan kerjasama, koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dalam

mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkesinambungan.

d. Menyusun rencana Penanggulangan Krisis Kesehatan.

Rencana Penanggulangan Krisis Kesehatan terdiri dari:

- 1) Rencana Penanggulangan Krisis Kesehatan bersifat umum dan menyeluruh yang meliputi seluruh tahapan atau bidang kerja Penanggulangan Krisis Kesehatan yang terintegrasi dengan rencana pembangunan kesehatan;
- 2) Rencana kesiapsiagaan untuk menghadapi keadaan darurat yang didasarkan atas skenario menghadapi bencana tertentu, yang terdiri dari:
 - a) Peta respon, yaitu respon kapasitas daerah dalam merespon kedaruratan yang disajikan dalam bentuk peta yang berisi bahaya (*single hazard*), kapasitas, alur respon, dan jalur evakuasi.
 - b) Rencana kontinjensi, yaitu proses identifikasi dan penyusunan rencana yang didasarkan pada keadaan suatu ancaman Krisis Kesehatan yang diperkirakan akan terjadi, tetapi mungkin juga tidak akan terjadi. Suatu rencana kontinjensi mungkin tidak selalu pernah diaktifkan, jika keadaan yang diperkirakan tidak terjadi.
Prinsip Dasar dalam Penyusunan Rencana Kontinjensi Bidang Kesehatan meliputi:
 - (1) Antisipasi peristiwa-peristiwa yang berdampak terhadap kesehatan penduduk dalam upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan;
 - (2) Rencana kontinjensi harus disiapkan untuk merespons ancaman Krisis Kesehatan yang mungkin terjadi.
 - (3) Rencana kontinjensi bidang kesehatan merupakan lampiran dari rencana kontinjensi yang disusun oleh BNPB/BPBD.

Langkah dalam Penyusunan Rencana Kontinjensi Bidang Kesehatan:

- (1) mengidentifikasi, penilaian risiko dan memprioritaskan kejadian Krisis Kesehatan yang mungkin terjadi yang selanjutnya dibuat rencana kontinjensi.
 - (2) menyusun skenario yang menggambarkan besaran Krisis Kesehatan yang terjadi, luas wilayah dan dampaknya yang akan diantisipasi
 - (3) menyusun rumusan kebijakan dan strategi operasional, yang akan dilaksanakan dalam menghadapi Krisis Kesehatan yang terjadi
 - (4) menentukan cara pemenuhan kebutuhan kesehatan dalam upaya tanggap darurat mengacu pada standard pelayanan kesehatan dalam penanggulangan Krisis Kesehatan.
 - (5) memperkirakan keperluan sumber daya tambahan, baik manusia, material maupun keuangan.
 - (6) menyusun perencanaan sub klaster kesehatan.
 - (7) menyebarkan rencana kepada semua pihak dan memastikan semua anggota klaster mengetahui rencana kontinjensi yang telah disusun.
 - (8) memperbaruinya ketika diperlukan.
- e. Melaksanakan peningkatan kapasitas pelayanan kesehatan aman bencana.

Selama situasi Krisis Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan harus aman, mudah diakses serta berfungsi dengan kapasitas maksimal untuk menyelamatkan korban dan melakukan pelayanan kesehatan dasar.

Program penyiapan fasilitas pelayanan kesehatan aman bencana ditujukan untuk:

- 1) Melindungi jiwa pasien dan petugas kesehatan dengan memastikan ketahanan struktural dan non struktural dari fasilitas kesehatan;
- 2) Memastikan bahwa akibat bencana dan kondisi darurat fasilitas kesehatan dan layanan kesehatan mampu tetap berfungsi; dan

- 3) Meningkatkan kemampuan manajemen darurat dari petugas kesehatan dan instansi terkait.

Fasilitas pelayanan Kesehatan yang aman harus diorganisir dengan rencana kontinjensi serta tenaga kesehatan yang terlatih.

Langkah-langkah penyiapan fasilitas pelayanan kesehatan aman bencana :

- 1) melakukan *assessment* fasilitas pelayanan kesehatan baik struktur, non struktur maupun fungsinya;
- 2) menyusun rencana penanggulangan bencana di fasilitas kesehatan (*health facilities disaster plan*);
- 3) melakukan simulasi secara berkala untuk mengevaluasi rencana penanggulangan bencana; dan
- 4) melakukan peningkatan kapasitas petugas.

2. Upaya kesiapsiagaan pada tahap pra krisis kesehatan meliputi kegiatan:

- a. Mengembangkan sistem peringatan dini

Peringatan dini adalah serangkaian kegiatan pemberian peringatan sesegera mungkin kepada masyarakat tentang kemungkinan terjadinya Krisis Kesehatan pada suatu tempat oleh lembaga yang berwenang.

Peringatan dini Krisis Kesehatan diawali melalui kegiatan surveilans Krisis Kesehatan. Dari hasil surveilans tersebut dilakukan analisis data tentang situasi, kecenderungan akan terjadi bencana/potensi bencana dan faktor risikonya. Bila diduga kuat ada potensi terjadinya Krisis Kesehatan dalam waktu dekat, maka segera dilakukan penyebarluasan informasi melalui peringatan dini.

Pengembangan Sistem peringatan dini dilakukan terus menerus dengan memperhatikan kondisi kearifan lokal masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi informasi.

- b. Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia baik dalam hal manajerial maupun teknis.

Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia (SDM) Krisis Kesehatan baik dalam hal manajerial maupun teknis.

Peningkatan kapasitas SDM Krisis Kesehatan diawali melalui pemetaan dan perencanaan kebutuhan SDM kesehatan terkait

Penanggulangan Krisis Kesehatan dengan kompetensi dan jumlah yang dibutuhkan.

Peningkatan SDM Krisis Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan tugasnya secara professional yang dilakukan secara teratur dan berkesinambungan.

Pembinaan dilaksanakan dengan cara :

- 1) supervisi dan bimbingan teknis secara terpadu untuk menyelesaikan masalah;
 - 2) pendidikan formal;
 - 3) pelatihan/kursus;
 - 4) pertemuan ilmiah; dan
 - 5) pertemuan koordinasi lintas program dan lintas sektor.
- c. Pemberdayaan masyarakat dalam kegiatan Penanggulangan Krisis Kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan membangun pemahaman dan kemandirian keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui komunikasi, informasi, edukasi terkait pengurangan risiko Krisis Kesehatan melalui Dinas Kesehatan, Puskesmas dan lintas sektor. Masyarakat membangun sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit akibat bencana dan konflik dengan pendampingan Puskesmas.

Masyarakat diberi kesempatan untuk memberikan masukan terhadap penyusunan dan/atau penyempurnaan peraturan, kebijakan dan program terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan kepada Kementerian Kesehatan dan/atau Dinas Kesehatan. Masukan tersebut disampaikan baik secara perorangan, kelompok dan organisasi kemasyarakatan dengan mengikuti prosedur dan berdasarkan pertimbangan nilai-nilai sosial budaya setempat. Masukan masyarakat menjadi pertimbangan Kementerian Kesehatan dan/atau Dinas Kesehatan dalam penyusunan dan/atau penyempurnaan peraturan kebijakan maupun program terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan

- d. Membentuk EMT, RHAT, PHRRT, dan tim kesehatan lainnya; Membentuk Tim Medis Darurat (*Emergency Medical Team/EMT*), Tim Kaji Cepat Kesehatan (*Rapid Health Assessment Team/RHAT*),

Tim Respon Cepat Kesehatan Masyarakat (*Public Health Rapid Response Team/PHRRT*), dan tim kesehatan lainnya;
Untuk Penanggulangan Krisis Kesehatan perlu dibentuk beberapa tim kesehatan, yaitu:

- 1) Tim Medis Darurat (*Emergency Medical Team/EMT*)
yaitu sekelompok profesional di bidang kesehatan yang melakukan pelayanan medis secara langsung kepada masyarakat yang terkena dampak bencana ataupun akibat wabah dan kegawatdaruratan sebagai tenaga kesehatan bantuan dalam mendukung sistem pelayanan kesehatan setempat.
EMT terdiri dari:
 - a) EMT tipe 1 mobile dan EMT tipe 1 *fixed* dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, institusi kesehatan, atau fasilitas pelayanan kesehatan.
 - b) EMT tipe 2 dibentuk oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Selain Dinas Kesehatan Provinsi EMT tipe 2 dapat dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, institusi kesehatan, atau fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu.
 - c) EMT tipe 3 dibentuk oleh Kementerian Kesehatan.
 - d) EMT tipe Spesialist Cells dapat dibentuk oleh Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, institusi kesehatan, atau fasilitas pelayanan kesehatan.
- 2) Tim Kaji Cepat Kesehatan (*Rapid Health Assessment Team/Tim RHA*), yaitu tim yang ditugaskan untuk melakukan penilaian kondisi kesehatan, komposisi tim terdiri dari personil masing-masing sub klaster. Penilaian cepat dapat dilakukan dalam beberapa tahapan sebagai berikut:
 - a) Terdapat potensi krisis kesehatan
 - b) Terjadi situasi darurat krisis kesehatan
 - c) Pemulihan darurat situasi krisis kesehatan
- 3) Tim Respon Cepat Kesehatan Masyarakat (*Public Health Rapid Response Team/PHRRT*), yaitu tim yang ditugaskan untuk merespon permasalahan kesehatan masyarakat yang

terjadi dalam situasi krisis kesehatan. Personil tim dapat berasal dari sub-sub klaster kesehatan.

- e. Menjamin ketersediaan sarana prasarana, logistik dan perlengkapan kesehatan yang memadai.

Ketersediaan sarana prasarana, logistik dan perlengkapan kesehatan yang memadai sangat diperlukan untuk memastikan upaya penanggulangan krisis kesehatan pada saat tanggap darurat dapat berjalan dengan baik. Pemenuhan kebutuhan sarana prasarana kesehatan, logistik dan perlengkapan berasal dari mobilisasi sumber daya yang dimiliki oleh sub-sub klaster kesehatan.

- f. Melakukan kegiatan simulasi/geladi bidang kesehatan.

Simulasi/Geladi bidang kesehatan adalah bentuk latihan untuk memberikan pengetahuan dan meningkatkan keterampilan dalam pelaksanaan penanggulangan krisis kesehatan yang telah dipelajari atau dilakukan sebelumnya dan sebagai sarana untuk menguji rencana kontinjensi bidang kesehatan yang telah dibuat sebelumnya.

Perencanaan dan pelaksanaan geladi bidang kesehatan berupa Pengulangan Latihan (Drill), Geladi Peta, Geladi Pos Komando (Posko), dan Geladi Lapangan, dilaksanakan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan jenis geladi yang akan dilakukan, sesuai dengan risiko bencana di kabupaten/kota tersebut, dan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Dalam pelaksanaannya geladi kesehatan harus melibatkan seluruh sumber daya di bidang kesehatan dan masyarakat.

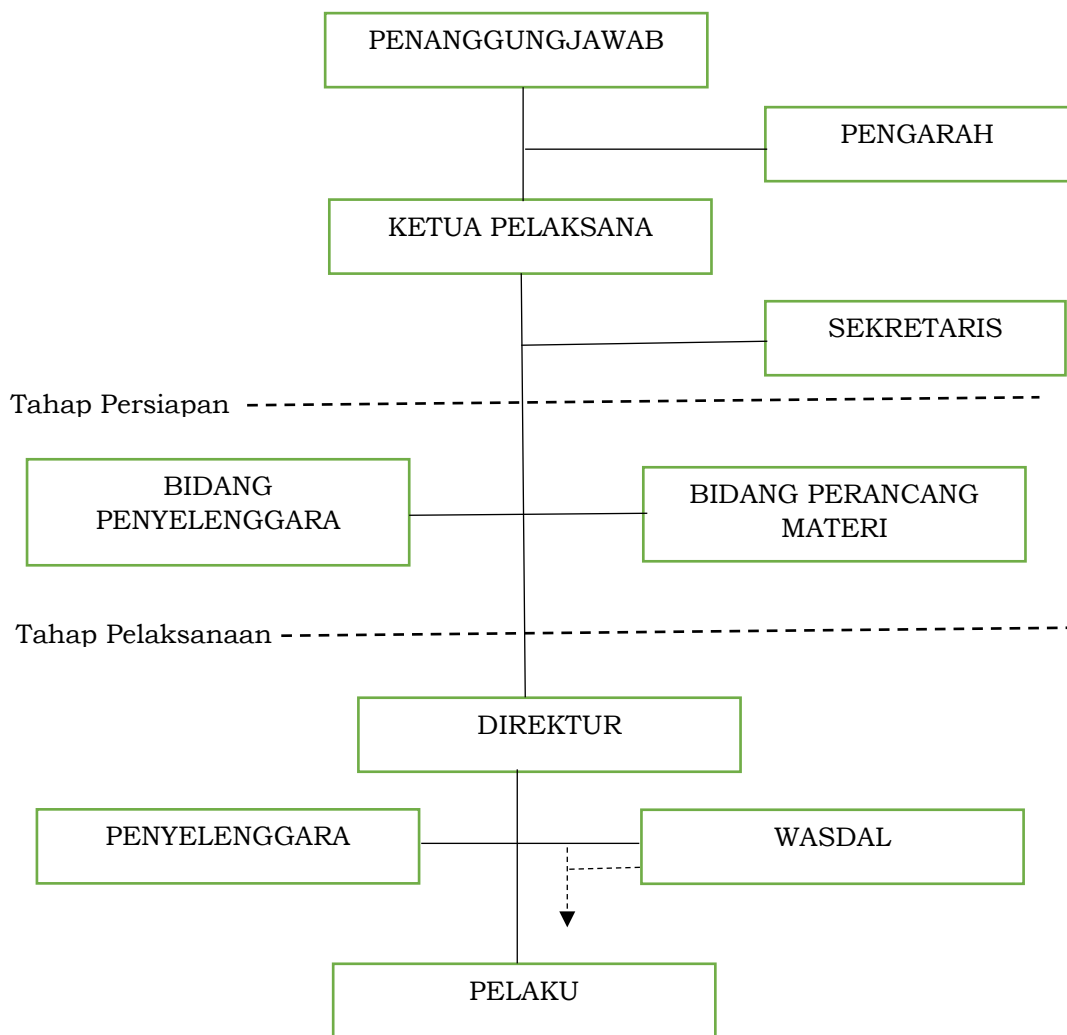
Adapun tujuan geladi penanggulangan krisis kesehatan adalah:

- 1) Terlaksananya latihan penyelenggaraan penanggulangan krisis kesehatan secara terencana, terkoordinasi, terpadu dan menyeluruh, efisien dan efektif serta berjenjang mulai dari tingkat kabupaten/kota, provinsi, regional dan pusat;
- 2) Meningkatkan kemampuan komando dan pengendalian unsur pimpinan dan staf dalam pelaksanaan penyelenggaraan geladi penanggulangan krisis kesehatan;
- 3) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dari segi teknis dan manajerial dalam penanggulangan krisis kesehatan; dan

- 4) Meningkatkan kerjasama teknis petugas di lapangan dalam penanggulangan krisis kesehatan.

Dalam penyelenggaraan geladi, diperlukan adanya pengorganisasian geladi yang bertanggungjawab dalam setiap tahapan penyelenggaraan geladi, sehingga geladi dapat terlaksana lebih terarah, terpadu, efektif dan efisien, yang terdiri dari tahap persiapan dan tahap pelaksanaan.

Bagan 1
Struktur Organisasi Penyelenggara Geladi



Keterangan
——— : Garis Komando
----- : Garis Penilaian

Dalam penyelenggaraan geladi penanggulangan krisis kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota harus menyusun kerangka acuan kegiatan, menyiapkan pelaksanaan, melakukan evaluasi dan pelaporan. Langkah-langkah penyelenggaraan geladi tergantung kepada jenis geladi yang akan dilaksanakan. Tiap jenis geladi dapat dilakukan secara terpisah atau dapat dilaksanakan dalam rangkaian waktu yang berdekatan berupa suatu rangkaian kegiatan dimulai dari pengulangan latihan (Drill) sampai dengan geladi lapangan.

Pada saat penyelenggaraan geladi, dapat terjadi keadaan gawat darurat medis yang sebenarnya. Oleh karena itu, penyelenggara geladi harus menyiagakan tim kesehatan, Ambulans Gawat Darurat dan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan terdekat serta mempersiapkan jalur evakuasi dari lokasi pelaksanaan geladi ke tempat rujukan.

Pembinaan aktivitas geladi meliputi pembinaan sebelum penyelenggaraan geladi itu sendiri. Pembinaan yang dimaksud adalah berupa pelatihan Manajemen Bencana dan pelatihan Penyelenggaraan Geladi Bidang Kesehatan bagi SDM Kesehatan di dinas kesehatan kabupaten/kota serta pendampingan Penyusunan Rencana Kontinjensi Kesehatan Kabupaten/Kota. Pembinaan aktivitas geladi merupakan tanggung jawab dinas kesehatan provinsi dan Pusat Krisis Kementerian Kesehatan.

Dinas kesehatan provinsi dan Pusat Krisis Kementerian Kesehatan melakukan pengawasan dan pengendalian geladi yang dilakukan pada saat pelaksanaan geladi dan melakukan evaluasi geladi segera setelah dilaksanakannya geladi.

B. Tahap Tanggap Darurat Krisis Kesehatan.

Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan berdasarkan;

1. Status siaga darurat Krisis Kesehatan, meliputi kegiatan:

a. Melakukan RHA

RHA secara umum berfungsi untuk mengumpulkan, menyusun dan menganalisa data dan informasi mengenai status kesehatan

penduduk, faktor penentu kesehatan (gizi, pasokan air bersih, sanitasi, dan lain-lain), dan karakteristik layanan kesehatan saat ini (cakupan, sumber daya, layanan yang tersedia, akses, dan lain-lain).

RHA dilakukan oleh Tim RHA yang minimal terdiri dari Dokter Umum, Epidemiolog, dan Sanitarian. Apabila dibutuhkan, dapat ditugaskan beberapa tim RHA secara bersamaan.

RHA pada siaga darurat Krisis Kesehatan difokuskan untuk menilai dan menganalisis potensi resiko Krisis Kesehatan (ancaman, kerentanan dan kapasitas) yang mungkin terjadi serta proyeksi kebutuhan kesehatan;

Prinsip dasar dalam melakukan RHA pada siaga darurat adalah:

- a. RHA dilakukan jika ditemukan potensi risiko kesehatan atau jika ada laporan awal kejadian.
- b. hasil penilaian dilaporkan secepatnya kepada para pengambil kebijakan sebagai rekomendasi dalam penentuan tindakan.

Laporan awal kejadian disusun sesuai dengan Formulir 3 terlampir

RHA dilakukan sesuai dengan Formulir 4 terlampir.

- b. Aktivasi Klaster Kesehatan dan mobilisasi EMT dan PHRRT jika dibutuhkan.

Secara umum aktivasi Klaster Kesehatan dilakukan dengan cara:

- 1) pendirian pos Klaster Kesehatan

Pos klaster kesehatan merupakan bagian tidak terpisahkan dari struktur komando penanggulangan bencana. Pos Klaster Kesehatan sekurang-kurangnya harus dilengkapi dengan ruang/tempat yang dapat digunakan untuk rapat, kendali operasi, pengelola informasi, dan pengelolaan administrasi.

- 2) mobilisasi EMT sesuai tipe dan/atau mobilisasi PHRRT.

Aktivasi Klaster Kesehatan pada status siaga darurat dilakukan dengan mempertimbangkan hasil RHA.

- c. Menyusun dan melaksanakan rencana operasi Krisis Kesehatan berdasarkan hasil RHA dan rencana kontigensi (jika ada).

Rencana operasi adalah suatu proses perencanaan tindakan operasi dan ketetapan tindakan teknis dan manajerial Krisis Kesehatan secara aman, efektif, dan akuntabel.

Rencana operasi sekurang-kurangnya meliputi:

- 1) nama kegiatan
- 2) jadwal kegiatan
- 3) penanggungjawab dan pelaksana kegiatan
- 4) rencana anggaran belanja (RAB)

2. Status tanggap darurat Krisis Kesehatan, meliputi kegiatan:

a. melakukan RHA

RHA pada status tanggap darurat difokuskan pada penilaian dampak kesehatan masyarakat yang terjadi dan proyeksi kebutuhan awal pada status tanggap darurat.

Prinsip dasar dalam melakukan RHA pada status tanggap darurat:

- 1) RHA dilakukan dalam jangka waktu 24 jam pertama saat terjadi Krisis Kesehatan sesuai dengan jenis Krisis Kesehatan
- 2) hasil penilaian dilaporkan secepatnya kepada para pengambil kebijakan.
- 3) RHA juga dapat diulang setiap saat berdasarkan perubahan situasi yang signifikan.

b. aktivasi Klaster Kesehatan dan mobilisasi EMT dan PHRRT;
(penjelasan sama dengan siaga darurat)

c. menyusun dan melaksanakan rencana operasi Krisis Kesehatan berdasarkan hasil RHA dan rencana kontigensi (jika ada);

Rencana operasi Krisis Kesehatan adalah kegiatan yang dilaksanakan oleh masing-masing sub klaster, yang secara umum dapat bersifat:

- 1) langsung : berupa kegiatan yang dilaksanakan langsung kepada masyarakat terdampak
- 2) tidak langsung : dukungan teknis maupun manajerial dari provinsi/pusat

d. memastikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terdampak berjalan sesuai standar dengan memperhatikan kepentingan kelompok rentan;

Memastikan pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar dengan memperhatikan kepentingan kelompok rentan dilakukan dengan cara supervisi, pendampingan teknis, dan pemberian dukungan yang dibutuhkan.

Kelompok rentan yang harus diperhatikan antara lain bayi, balita, ibu hamil, ibu menyusui, lansia, disabilitas, pengungsi dengan penyakit kronis yang memerlukan pengobatan berkesinambungan.

e. mengintensifkan pemantauan perkembangan situasi

Mengintensifkan pemantauan perkembangan situasi dilakukan dengan cara:

- 1) pemantauan harian yang dilakukan setiap saat dan terus menerus (24 jam)
- 2) menambah jumlah personil pemantauan
- 3) melakukan pelaporan berkala sekurang-kurangnya sekali dalam sehari sesuai dengan Formulir 5 terlampir

f. Melakukan Upaya Promosi Kesehatan

Situasi bencana membuat kelompok rentan seperti ibu hamil, bayi, anak-anak dan lanjut usia mudah terserang penyakit dan malnutrisi. Akses terhadap pelayanan kesehatan dan pangan menjadi semakin berkurang. Air bersih sangat langka akibat terbatasnya persediaan dan banyaknya jumlah orang yang membutuhkan. Sanitasi menjadi sangat buruk, anak-anak tidak terurus karena ketiadaan sarana pendidikan. Dalam keadaan yang seperti ini risiko dan penularan penyakit meningkat.

Sehubungan dengan kondisi tersebut maka perlu dilakukan promosi kesehatan dengan tujuan agar kesehatan masyarakat dapat terjaga, lingkungan tetap sehat, pelayanan kesehatan yang ada dapat dimanfaatkan, anak-anak dapat terlindungi dari kekerasan serta mengurangi stress.

Sasaran promosi kesehatan adalah petugas kesehatan, relawan, tokoh masyarakat, tokoh agama, guru, lintas sektor, Kader, kelompok rentan, masyarakat, organisasi masyarakat dan dunia usaha

Kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan:

- 1) Kajian dan analisis data yang meliputi:
 - a) Sarana dan prasarana klaster kesehatan meliputi sumber air bersih, jamban, pos kesehatan klaster, Puskesmas, rumah sakit lapangan, dapur umum, sarana umum seperti mushola, posko relawan, jenis pesan dan media dan alat bantu KIE, tenaga

promkes/tenaga kesmas, kader, relawan dan lain sebagainya

- b) Data sasaran : jumlah Ibu hamil, ibu menyusui, bayi, balita, remaja, lansia/ orangtua, orang dengan berkebutuhan khusus dan orang sakit
- c) Jumlah titik pengungsian dan hunian sementara
- d) Jumlah pengungsi dan sasaran di setiap titik pengungsian
- e) Lintas program, lintas sektor, NGO, Universitas dan mitra lainnya yang memiliki kegiatan promkes dan pemberdayaan masyarakat
- f) Regulasi pemerintah setempat dalam hal melakukan upaya promotif dan preventif.

Dilanjutkan dengan analisis data berdasarkan potensi dan sumberdaya yang ada di wilayah terdampak bencana.

2) Perencanaan

Berdasarkan kajian dan analisis data, akan menghasilkan berbagai program dan kegiatan, dengan mempertimbangkan sumber daya yang ada.

3) Implementasi kegiatan, yang mencakup:

- 1) Rapat koordinasi klaster kesehatan termasuk dengan pemerintah setempat, NGOs, dan mitra potensial lainnya untuk memetakan program dan kegiatan yang dapat diintegrasikan /kolaborasikan;
- 2) Pemasangan media promosi kesehatan berupa spanduk, poster, stiker;
- 3) Pemutaran film kesehatan, religi, pendidikan, hiburan dan diselingi pesan kesehatan;
- 4) Senam bersama (masyarakat umum) termasuk senam lansia;
- 5) Konseling, penyuluhan kelompok, keluarga dan lingkungan dengan berbagai pesan kesehatan (PHBS di pengungsian);
- 6) Penyelenggaraan Posyandu (darurat) integrasi termasuk Posyandu Lansia di pengungsian atau di tempat hunian sementara;

- 7) Advokasi pelaksanaan gerakan hidup sehat kepada pemerintah setempat;
 - 8) Pendekatan kepada tokoh agama/tokoh masyarakat untuk menyebarkan informasi kesehatan;
 - 9) Penguatan kapasitas tenaga promkes daerah melalui kegiatan orientasi promosi kesehatan paska bencana;
 - 10) Kemitraan dengan organisasi kemasyarakatan, dunia usaha melalui program CSR, LSM kesehatan, kelompok peduli kesehatan, donor agency; dan
 - 11) Monitoring dan evaluasi program.
- g. Melaksanakan komunikasi Krisis Kesehatan.

Komunikasi krisis kesehatan penting artinya untuk memberikan informasi situasi krisis yang sebenarnya kepada masyarakat, upaya pencegahan perluasan dampak krisis kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat dan mau melakukan apa yang direkomendasikan. Komunikasi krisis kesehatan dilakukan secara cepat, jujur, valid, terpercaya, handal, dan berempati.

Untuk melaksanakan komunikasi Krisis Kesehatan yang efektif, harus dimulai dengan memahami kondisi sosial budaya masyarakat, menyebarkan informasi ke masyarakat se luas-luasnya untuk menghindari issue yang tidak produktif, jujur tidak banyak memberikan janji dan yang terpenting, berikan informasi apa yang harus dan tidak boleh mereka lakukan.

Langkah-langkah untuk melaksanakan komunikasi Krisis Kesehatan, yaitu:

- 1) bentuk tim komunikasi krisis yang kompeten
- 2) tetapkan perencanaan penanganan komunikasi krisis
- 3) menyiapkan daftar publik kunci (narasumber yang terpercaya)
- 4) menyiapkan sistem dalam berkomunikasi dengan publik
- 5) menyiapkan informasi kunci yang akan disampaikan
- 6) menunjuk juru bicara
 - a) menempatkan menteri sebagai juru bicara utama (pernyataan yang sifatnya lebih kepada kebijakan dan strategi umum)

- b) menempatkan kepala humas sebagai juru bicara harian atau menjadi orang yang memberikan pernyataan, data, dan informasi harian terkait perkembangan krisis
- c) menempatkan pejabat-pejabat lain yang kompeten terkait krisis sebagai narasumber dalam setiap kegiatan penyampaian informasi kepada media dan publik untuk memberikan informasi yang sifatnya spesifik dan teknis terkait krisis.

- 7) jadikan media massa sebagai mitra;
- 8) berikan informasi yang akurat dan jujur;
- 9) segera respons krisis dengan seksama;
- 10) jika diperlukan, lakukan advokasi untuk memastikan agar di kemudian hari tidak terjadi krisis serupa, libatkan konsultan komunikasi krisis/konsultan hukum untuk mendampingi

3. Status transisi darurat Krisis Kesehatan, meliputi kegiatan:

- a. melakukan RHA;

RHA dalam status transisi darurat Krisis Kesehatan dilakukan untuk menginventarisasi kebutuhan untuk pemulihan program bidang kesehatan

- b. memastikan program bidang kesehatan sudah dapat segera berfungsi

memastikan program bidang kesehatan dilakukan dengan cara menyiapkan sarana dan prasarana minimal, SDM, peralatan, obat-obatan, dan perbekalan kesehatan yang diperlukan untuk berfungsinya program bidang kesehatan.

C. Tahap Pasca Krisis Kesehatan

Pada tahap pasca Krisis kesehatan, kegiatan sub klaster kesehatan dilakukan deaktivasi (nonaktif) dan dikembalikan ke program terkait. Kegiatan penanggulangan pada tahap pascakrisis kesehatan merupakan kegiatan untuk sesegera mungkin mengembalikan kondisi sistem kesehatan pada kondisi prakrisis kesehatan, menanggulangi kerentanan yang berkontribusi untuk memperpanjang dampak serta memperkuat ketahanan sistem kesehatan dan masyarakat untuk dapat membangun kembali dengan lebih baik (*build back better*).

Lingkup kegiatan penanggulangan pascakrisis kesehatan meliputi aspek fisik maupun non fisik yang bisa melibatkan berbagai aktor dalam pelaksanaannya.

Kegiatan pada pascakrisis kesehatan bisa memakan waktu beberapa bulan hingga bertahun-tahun tergantung besar kecilnya kerusakan akibat bencana serta kapasitas sumber daya kesehatan yang melaksanakan.

Kegiatan penanggulangan pascakrisis kesehatan meliputi:

1. Melakukan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan sumber daya kesehatan pascakrisis kesehatan;

Penilaian kerusakan, kerugian serta kebutuhan pascakrisis kesehatan 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 pascakrisis kesehatan.

Penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan sumber daya kesehatan pascakrisis kesehatan mendukung pengkajian kebutuhan pasca bencana (Jitu Pasna) yang dilakukan oleh BNPB/BPBD.

Kegiatan:

- a. penilaian kerusakan dan kerugian bidang kesehatan pascakrisis kesehatan (analisis dampak bencana);
- b. perkiraan kebutuhan sumber daya kesehatan pascakrisis kesehatan termasuk perkiraan jumlah dana yang dibutuhkan;
- c. Penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan pascakrisis kesehatan meliputi:
 - 1) aspek fisik yaitu sarana fisik.
 - 2) aspek non fisik yang terdiri dari:
 - pelaksanaan pelayanan kesehatan
 - tata kelola pemerintahan
 - risiko kesehatan akibat bencana.

Penilaian kerusakan yaitu menilai kerusakan sarana fisik kesehatan (aspek fisik), antara lain fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit, Puskesmas, klinik dan sebagainya), bangunan institusi bidang kesehatan (Dinas Kesehatan, dsb), obat dan perbekalan kesehatan serta prasarana perkantoran.

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 mencapai kondisi normal (situasi pra bencana)

Contoh Penilaian Kerusakan dan Kerugian

| Kerusakan | Kerugian |
|---|--|
| <p>Sarana Fisik</p> <ul style="list-style-type: none">• Kerusakan bangunan fasyankes dan bangunan kesehatan lainnya seperti Gudang farmasi, bank darah, dsb.• Furniture dan prasarana milik sektor kesehatan• Alat kesehatan• Alat transportasi dan logistik• Infrastruktur Kemenkes dan Dinkes• Laboratorium dan balai pelatihan kesehatan• Poltekkes/Stikes | <p>1. Adanya biaya tambahan untuk :</p> <p><i>Insfrastruktur :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Membersihkan sisa-sisa kerusakan bangunan kesehatan• Mendirikan fasilitas pelayanan kesehatan sementara atau <i>mobile clinic</i> sampai fasyankes yang definitif dapat beroperasi kembali. <p><i>Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Melayani penambahan jumlah pasien.• Tambahan biaya pelayanan per pasien di fasyankes sementara atau alternatif.• Pelayanan kesehatan jangka panjang untuk penyandang disabilitas dan penanganan trauma psikologis pada korban. <p><i>Tata kelola Pemerintahan</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Biaya tambahan akibat meningkatnya kebutuhan koordinasi serta dukungan manajemen dalam melakukan kesehatan.• Biaya untuk membangun/mengembangkan sistem peringatan dini. <p><i>Pengurangan Risiko</i></p> |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Biaya tambahan untuk surveilans dan pemantauan terhadap kemungkinan wabah.• Promosi kesehatan, vaksinasi, pengendalian vektor, dsb.. <p>2. Kerugian finansial akibat:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terhenti/terhambatnya pelayanan kesehatan pada fasyankes yang rusak selama periode tertentu. |
|--|---|

Pengumpulan data 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 dan sebagainya).

Contoh Hasil Akhir Perhitungan Penilaian Kerusakan dan Kerugian

| Sektor / sub sektor | Jenis Asset | Lokasi (Kecamatan) | Data Kerusakan | | | | Luas/ Jumlah Rata2 | Harga Satuan (Rp) | Perkiraan Kerusakan (Rp) | Perkiraan Kerugian (Rp) | Total Kerusakan dan Kerugian (Rp) |
|---------------------|-----------------------|--------------------|----------------|--------|--------|--------|--------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| | | | Berat | Sedang | Ringan | Satuan | | | | | |
| Kesehatan | A. PUSKESMAS | | | | | | | 852.294.000 | 11.379.690.000 | 12.231.984.000 | |
| | 1. Puskesmas Tigan | Kec. Tigan | - | 1 | - | Unit | 360 | 3.417.000 | 515.494.000 | 4.195.050.000 | 4.710.544.000 |
| | 2. Puskesmas Teran | Kec. Teran | - | - | 1 | Unit | 300 | 3.417.000 | 336.800.000 | 3.881.880.000 | 4.218.020.000 |
| | 1. Puskesmas waza | Kec. Waza | - | - | - | - | - | - | - | 3.303.420.000 | 3.303.420.000 |
| | B. PUSKESMAS PEMBANTU | | | | | | | 676.554.000 | 2.657.390.000 | 3.333.944.000 | |
| | 1. Pustu Madin | Kec. Tigan | - | - | 1 | Unit | 75 | 3.417.000 | 91.575.000 | 206.580.000 | 298.155.000 |
| | 2. Pustu Kusus | Kec. Tigan | - | 1 | - | Unit | 75 | 3.417.000 | 118.905.000 | 391.050.000 | 509.955.000 |
| | 3. Pustu Sukat | Kec. Tigan | - | - | 1 | Unit | 75 | 3.417.000 | 91.575.000 | 287.450.000 | 379.025.000 |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------|------------|---|---|---|------|----|-----------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 4. Pustu Baru | Kec. Tigan | - | - | 1 | Unit | 75 | 3.417.000 | 91.575.000 | 170.340.000 | 261.915.000 |
| | 5. Pustu Karang | Kec. Waza | - | - | 1 | Unit | 75 | 3.417.000 | 91.575.000 | 1.107.780.000 | 1.199.355.000 |
| | 6. Pustu Selandi | Kec. Waza | - | - | 1 | Unit | 75 | 3.417.000 | 72.444.000 | 96.420.000 | 168.864.000 |
| | 7. Pustu Kuta | Kec. Teran | - | 1 | - | Unit | 75 | 3.417.000 | 118.905.000 | 397.770.000 | 516.675.000 |
| | C. POS KESEHATAN DESA | | | | | | | | 137.600.000 | 174.840.000 | 312.440.000 |
| | 1. Poskes des Tembur | Kec. Tigan | - | - | 1 | Unit | 50 | 3.417.000 | 68.800.000 | 90.420.000 | 159.220.000 |
| | 2. Poskes des Bali | Kec. Tigan | - | - | 1 | Unit | 50 | 3.417.000 | 68.800.000 | 84.420.000 | 153.220.000 |
| <i>TOTAL NILAI</i> | | | | | | | | | <i>1.666.448.000</i> | <i>14.211.920.000</i> | <i>15.878.363.000</i> |

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 menganalisa kerusakan, kerugian dan kebutuhan pasca bencana. Pengkajian kebutuhan harus memperhitungkan pembangunan kembali yang lebih baik (*build back better*).

Contoh Matriks Analisis dalam Menentukan Kebutuhan

| Aspek Kesehatan | Data Dasar Pra Bencana | Dampak akibat bencana | Upaya yang telah dilakukan | Kebutuhan pemulihan (<i>pendekatan build back better</i> jangka pendek, menengah dan panjang | Indikator untuk monitoring |
|------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|---|----------------------------|
| 1. Fisik (saranan sisik) | | | | | |
| 2. Non Fisik | | | | | |
| a. Pelaksanaan Yankes | | | | | |
| b. Tata Kelola Pemerintahan | | | | | |
| c. Risiko Kesehatan akibat bencana | | | | | |

Identifikasi kebutuhan pascakrisis kesehatan disertai dengan perkiraan jumlah biaya yang dibutuhkan. Dalam menentukan kebutuhan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan bidang 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 (*buildback better*) :
 - Sekurang-kurangnya 10% dari dana Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan bidang kesehatan.
 - Harus realistis, memperhitungkan kemampuan sumber daya yang ada. Ingat, membangun menjadi lebih baik itu yang menjadi perbandingan adalah kondisi pra bencana sehingga dalam menentukan target jangan terlalu ambisius.
Pada prinsipnya kondisi pasca bencana harus lebih baik dari kondisi pra bencana.
- f. mempertimbangan dampak terhadap makro ekonomi serta Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat.
- g. mempertimbangkan keputusan dari Pemerintah/Pemerintah Daerah mengenai tempat tinggal masyarakat pasca bencana dan kondisi infrastruktur maupun sistem kesehatan,yang dapat meliputi 4 hal sebagai berikut :
 - Tetap tinggal di tempat yang sama dan tidak ada perubahan terkait infrastruktur serta sistem kesehatan;
 - Tetap tinggal di tempat yang sama, namun terjadi perubahan terkait infrastruktur/ sistem kesehatan. Misalnya fasyankes harus direlokasi karena berada di tempat yang berbahaya.
 - Pindah ke tempat yang baru di mana telah ada infrastruktur dan sistem kesehatan sebelumnya;
 - Pindah ke tempat yang baru di mana harus membangun infrastruktur dan sistem kesehatan yang baru.

Laporan hasil penilaian sekurang-kurangnya berisi:

- 1) kondisi sebelum bencana (antara lain situasi demografis, gambaran tentang sumber daya kesehatan, kondisi kesehatan masyarakat berdasarkan indikator -indikator kesehatan).

- 2) gambaran bencana
- 3) akibat dan dampak bencana
 - mortalitas, morbiditas, disabilitas, klb
 - kerusakan sarana prasarana kesehatan
 - kerugian di bidang kesehatan
- 4) kebutuhan untuk Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan (jangka pendek, menengah dan panjang)
- 5) perkiraan Biaya
- 6) rekomendasi

Laporan hasil penilaian disampaikan secara berjenjang dari dinas kesehatan kabupaten/kota kepada dinas kesehatan provinsi sampai dengan Kementerian Kesehatan serta BPBD dan BNPB.

Penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pascakrisis kesehatan membutuhkan kajian dari berbagai aspek. Untuk itu, bila perlu dibentuk Tim Penilaian Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan pascakrisis kesehatan untuk mempermudah proses pengkajian tersebut. Anggota Tim terdiri dari lintas program dan lintas sektor terkait serta tenaga ahli, lembaga usaha, masyarakat, asosiasi profesi.

Penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca krisis kesehatan membutuhkan kajian dari berbagai aspek. Untuk itu, bila perlu dibentuk Tim Penilaian Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan pasca krisis kesehatan untuk mempermudah proses pengkajian tersebut. Anggota Tim terdiri dari lintas program dan lintas sektor terkait serta tenaga ahli, lembaga usaha, masyarakat, asosiasi profesi.

Tim Penilai Kabupaten/Kota ditetapkan oleh Kadinkes Kabupaten/Kota. Sedangkan Tim Provinsi ditetapkan oleh Kadinkes Provinsi. Dalam pelaksanaannya dapat berdiri sendiri atau bersama-sama dengan BPBD Provinsi/kabupaten/kota.

Tim Pusat ditetapkan oleh Pejabat minimal setingkat eselon 2 dari unit yang tugas dan fungsi untuk mengkoordinasikan penyelenggaraan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan pascakrisis kesehatan di Kementerian Kesehatan.

2. Menyusun Rencana Aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan; Rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan (Renaksi) bidang kesehatan merupakan pendetailan hasil pengkajian kebutuhan sumber daya kesehatan pasca bencana sehingga siap untuk diimplementasikan oleh pihak-pihak terkait sesuai dengan azas desentralisasi dan otonomi daerah. Renaksi tersebut disusun bersama-sama oleh seluruh pihak terkait baik dari pemerintahan, lembaga usaha maupun masyarakat dan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari Renaksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Pasca Bencana yang dikoordinasikan oleh BNPB/BPBD.

Renaksi bidang kesehatan disusun untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun dan setelah itu dapat ditinjau kembali.

Penyusunan Renaksi bidang kesehatan pascakrisis kesehatan bertujuan untuk:

- a. membangun kesepahaman dan komitmen para pemangku kepentingan, termasuk komitmen pendanaan.
- b. menyelaraskan seluruh kegiatan perencanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan pascakrisis kesehatan dengan lintas-sektor lain dan/atau pihak-pihak lain yang terlibat di bawah koordinasi BNPB/BPBD;
- c. menyelaraskan perencanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan pascakrisis kesehatan 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 Kesehatan pascakrisis 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 Renaksi Bidang kesehatan dilaksanakan dengan memperhatikan:

- 1) hasil penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan pascakrisis kesehatan

- 2) hasil kajian risiko bencana pascakrisis kesehatan;
- 3) harus selaras dengan kebijakan dan strategi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan yang dikoordinasikan oleh BNPB/BPBD.
- 4) penentuan prioritas dengan mempertimbangkan kebutuhan bagi kelompok rentan dan penyandang disabilitas;
- 5) pengalokasian sumberdaya dan waktu pelaksanaan;
- 6) dokumen rencana kerja pemerintah baik pusat maupun daerah;
- 7) dokumen perencanaan pembangunan terkait lainnya;
- 8) standar pelayanan minimal kesehatan dan Standar Nasional Indonesia yang berlaku.

Isi Dokumen Renaksi Bidang Kesehatan meliputi:

- 1) kondisi umum wilayah dan kejadian permasalahan kesehatan akibat bencana;
- 2) 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;
- 3) prioritas program kesehatan dan kegiatan serta kebutuhan dana yang diperlukan dan sumberdaya kesehatan yang telah tersedia;
- 4) penjelasan mengenai kelembagaan, penatausahaan aset, pengakhiran masa tugas dan kesinambungan rencana aksi pasca Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan;
- 5) durasi waktu penyelenggaraan meliputi rencana jangka pendek, menengah dan panjang; dan
- 6) standar pelayanan, tolak ukur, dan indikator kinerja.

Langkah-langkah Penyusunan Renaksi:

- 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 selanjutnya dilakukan penyesuaian waktu pelaksanaan Renaksi 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.

Komitmen pelaksanaan dan pendanaan kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan sebagaimana diidentifikasi dan ditetapkan dalam Renaksi, ditandatangani oleh perwakilan institusi maupun pihak-pihak yang telah sepakat untuk melaksanakan atau melakukan pendanaan.

Bila diperlukan, dapat ditetapkan Tim Penyusun Renaksi 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 Renaksi.

Tim Penyusun Renaksi bidang kesehatan tingkat nasional bertugas menyusun Renaksi bidang kesehatan untuk bencana skala nasional atau mendukung daerah dalam menyusun Renaksi (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 Renaksi yang dikoordinasikan oleh BNPB.

Tim Penyusun Renaksi bidang kesehatan tingkat Provinsi bertugas menyusun Renaksi bidang kesehatan untuk bencana skala provinsi atau mendukung kabupaten/kota dalam menyusun Renaksi. Tim tersebut ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi. Tim ini merupakan bagian dari Tim Penyusun Renaksi yang dikoordinasikan oleh BPBD Provinsi.

Tim Penyusun Renaksi bidang kesehatan tingkat Kabupaten/Kota bertugas menyusun Renaksi bidang kesehatan skala kabupaten/kota. Tim tersebut ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Tim ini merupakan bagian dari Tim Penyusun Renaksi yang dikoordinasikan oleh BPBD Kabupaten/Kota.

Contoh Rencana Aksi Sektor Kesehatan

| No | Uraian Kegiatan | Volume | Harga Satuan (Rp) | Total Kebutuhan (Rp) | APBD Kab/Kota | | APBD Prov | | APBN | | Perusahaan Swasta /LSM | |
|----|---|------------|-------------------|----------------------|---------------|------------|------------|-------------|-------------|---------------|------------------------|-------------|
| | | | | | Tahun 1 | Tahun 2 | Tahun 1 | Tahun 2 | Tahun 1 | Tahun 2 | Tahun 1 | Tahun 2 |
| 1 | Bangunan Puskesmas | 1 unit | 2.500.000.000 | 2.500.000.000 | | | | | | 2.500.000.000 | 890.000.000 | |
| 2 | Peralatan Perlengkapan Puskesmas | 1 set | 1.250.000.000 | 1.250.000.000 | 15.000.000 | 15.000.000 | 20.000.000 | 20.000.000 | 145.000.000 | 145.000.000 | | 860.000.000 |
| 3 | Bangunan Pustu | 6 unit | 310.000.000 | 1.860.000.000 | | | | 500.000.000 | | 500.000.000 | 178.600.000 | |
| 4 | Peralatan Perlengkapan Pustu | 6 set | 45.600.000 | 273.600.000 | 10.000.000 | 10.000.000 | 15.000.000 | 45.000.000 | | 45.000.000 | | |
| 5 | Peralatan psychological first aid pada tenaga kesehatan | 1 paket | 58.325.000 | 58.325.000 | | | 58.325.000 | | | | | |
| 6 | Penanganan kesehatan jiwa terhadap masyarakat yang direlokasi | 7 desa | 5.961.000 | 41.727.000 | 20.000.000 | 21.727.000 | | | | | | |
| 7 | Pemberian PMT Pemulihan | 7 desa | 9.000.000 | 63.000.000 | 9.000.000 | 9000.000 | 9.000.000 | | 27.000.000 | | | |
| 8 | Pemeriksaan kesehatan akibat dampak erupsi gunung | 5000 orang | 100.000 | 500.000.000 | | | | | | | 250.000.000 | 250.000.000 |
| 9 | Pemberantasan vektor lalat | 7 desa | 24.000.000 | 168.000.000 | 50.000.000 | | 50.000.000 | | 68.000.000 | | | |
| 10 | Pemeriksaan kualitas air | 7 desa | 10.000.000 | 70.000.000 | 50.000.000 | | 20.000.000 | | | | | |

3. Melaksanakan kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan

Pelaksanaan kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan mengacu pada Renaksi yang telah disusun.

Apabila diperlukan dapat dibentuk kelompok kerja bersifat sementara yang fungsinya membantu Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dalam melaksanakan kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan. Kelompok kerja tersebut ditetapkan dengan keputusan Menteri Kesehatan/Kepala Dinas Kesehatan yang lama tugasnya sesuai dengan kebutuhan.

Pelaksanaan teknis Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan dilakukan oleh Dinas Kesehatan di Provinsi /Kabupaten/Kota dengan melibatkan potensi-potensi sumber daya yang ada di wilayah tersebut baik dari lembaga usaha, masyarakat maupun LSM nasional/internasional. Lembaga Internasional, lembaga asing non pemerintah lembaga usaha, lembaga non pemerintah, lembaga usaha dan lembaga kemasyarakatan yang terlibat dalam Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan wajib berkoordinasi dengan BNPB dan BPBD bersama Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan.

Tenaga pelaksana teknis Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan diutamakan:

- a. tenaga profesional yang berada di daerah bencana:
- b. menguasai kondisi sosial budaya masyarakat dan karakteristiknya.
- c. memahami dan menguasai kapasitas sumberdaya lokal.

Dalam hal sumber daya yang tidak memadai, Dinas Kesehatan Kab/Kota dapat meminta bantuan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan/atau Kementerian Kesehatan berupa tenaga ahli, peralatan serta pembangunan prasarana. Semua hasil kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan yang menjadi asset pemerintah pusat atau pemerintah daerah dilakukan penatausahaan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pelaksanaan kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan meliputi upaya fisik dan upaya non fisik.

- a. Upaya fisik, meliputi:
 - 1) memperbaiki/membangun fasilitas pelayanan kesehatan yang rusak;

- 2) mengganti/memperbaiki alat kesehatan/sediaan farmasi/vaksin/ perbekalan kesehatan/ambulans/sarana prasarana lainnya yang rusak/hilang;
- 3) memastikan infrastruktur yang tahan terhadap semua ancaman bencana di wilayahnya dan memiliki aksesibilitas ke kelompok rentan termasuk penyandang disabilitas.

Pelaksanaan kegiatan memperhatikan aspek pengurangan risiko bencana.

b. Upaya non fisik:

- 1) melaksanakan upaya kesehatan
- 2) memenuhi kebutuhan SDM Kesehatan
- 3) mengembalikan peran pemerintah untuk pelayanan kesehatan baik di tingkat pusat, provinsi maupun kabupaten/kota
- 4) memperkuat peran masyarakat dalam pelaksanaan rehabilitasi dan rekonstruksi kesehatan.

KEGIATAN PELAYANAN KESEHATAN PASCA BENCANA

| | Upaya Pemulihan yang dapat dilakukan |
|---------------------------|--|
| Tata kelola pemerintahan | <ul style="list-style-type: none">• Pemulihan Kelembagaan dan Koordinasi• Penguatan Kemitraan• Penguatan Sistem informasi dan peringatan dini• Penguatan jenis, jumlah dan kompetensi SDM (bila perlu penambahan SDM bila banyak SDM yang menjadi korban)• Upaya pemberdayaan masyarakat |
| Pelayanan kesehatan medis | <ul style="list-style-type: none">• Pengobatan cedera• Pengobatan penyakit menular dan tidak menular• Rehabilitas penyandang disabilitas• Memperkuat kapasitas untuk protesis dan rehabilitasi• Membangun kembali sistem data untuk pengobatan pasien• Memperkuat perawatan di rumah bagi pasien dengan penyakit kronis (menular dan tidak menular) |

| | |
|---|--|
| <p>Pelayanan Kesehatan Anak</p> | <p>Bertujuan untuk menjamin;</p> <ul style="list-style-type: none">• Kelangsungan hidup anak, tumbuh kembang anak secara optimal• Terpenuhinya hak kesehatan anak dan memberikan perlindungan kepada anak dalam memperoleh pelayanan kesehatan. <p>Kegiatannya antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none">• Menyelenggarakan kembali imunisasi rutin• Promosi kesehatan di sekolah-sekolah• Menggunakan IMCI (<i>Intergrated Management of Childhood Illnesses</i>) sebagai bagian dari paket pelayanan kesehatan dasar termasuk pemberdayaan masyarakat |
| <p>Pelayanan Gizi</p> | <p>Bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan status gizi dan kesehatan korban bencana yang dilakukan melalui:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi sebagai bagian dari surveilans gizi untuk mengetahui kebutuhan yang diperlukan dan melaksanakan kegiatan pembinaan gizi.• Tindak lanjut atau respon dari informasi yang diperoleh secara terintegrasi dengan kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat |
| <p>Upaya Pencegahan pengendalian dan pemberantasan penyakit menular</p> | <ul style="list-style-type: none">• Dilakukan untuk melindungi masyarakat dan tertularnya penyakit, menurunkan jumlah yang sakit, disabilitas dan/atau meninggal dunia, serta untuk mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit menular.• Pasca terjadi epidemi atau pandemi perlu mengevaluasi sistem surveilans ketat dengan sistem kewaspadaan dini yang ada dan merehabilitasi kesenjangan yang ada.• Pendidikan / promosi kesehatan masyarakat• Pengembalian atau Pembangunan program pengendalian TB, malaria dan HIV yang komprehensif.• Kampanye vaksinasi di daerah berisiko• Integrasi lebih lanjut dari program vertikal dengan layanan lainnya |

| | |
|--|---|
| Pelayanan Kesehatan Reproduksi | <ul style="list-style-type: none">• Koordinasi intersektoral• Penguatan program keluarga berencana• Pelayanan kesehatan ibu dan anak• Layanan ginekologis• Pencegahan Infeksi menular seksua; (IMS)/HIV dan pengobatan pencegahan• Penanganan <i>Gender Base Violence (GBV)</i>/ kekerasan berbasis jender• Penghapusan <i>Female Genital Mutilation (FGM)</i> atau praktik tradisional yang membahayakan kesehatan reproduksi remaja• Memastikan penyediaan berkelanjutan Paket layanan awal minimum• Monitoring dan evaluasi dengan menggunakan mekanisme Pemantauan Wilayah seempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA)• Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi ditentukan langkah pada saat transisi serta pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif• Integrasi Intervensi termasuk perawatan antenatal (ANC) <i>Prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT)</i> gizi dan imunisasi |
| Upaya pencegahan dan Pengendalian Penyakit tidak Menular | <ul style="list-style-type: none">• Skrining penyakit tidak menular akibat dampak bencana• Promosi kesehatan |
| Pelayanan Kesehatan jiwa dan dukungan psikososial | <ul style="list-style-type: none">• Pemenuhan kebutuhan dasar dan memberikan rasa aman pada para penyintas (antara lain dukungan psikologis awal dan deteksi dini – rujukan masalah keswa)• Mengembalikan penyintas ke kondisi normal• Meningkatkan kesejahteraan psikososial dengan memperkuat dan mengintegrasikan ke struktur layanan yang ada• Rehabilitas korban hingga mencapai ketahanan hidup dan kualitas hidup yang optimal |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Memulai pengembangan sistem kesehatan jiwa masyarakat yang berkelanjutan • Membangun pelayanan kesehatan mental masyarakat yang bersifat jangka panjang, dasar, dan berkelanjutan di daerah yang terkena dampak bencana • Di daerah tanpa perawatan rawat inap psikiatri harus mempertimbangkan perencanaan untuk unit rawat inap psikiatri akut • Sertakan kesehatan jiwa dalam kurikulum pelatihan staf Puskesmas <p>Catatan tambahan :</p> <p>Pelayanan kesehatan jiwa pasca bencana konflik sosial perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perencanaan penanganan psikologis para korban untuk menghilangkan/meminimalisir “mirror image” / dendam dan memastikan kedepannya mereka tetap dapat produktif dan tidak akan menimbulkan masalah sosial kemasyarakatan • Perlunya perhatian dan bila perlu penanganan khusus pada anak-anak baik sebagai korban maupun anak-anak yang ikut diberdayakan sebagai pelaku • Perlunya debriefing para tenaga kesehatan |
| Kesehatan Lingkungan | <ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki sumber air minum untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dan penyakit yang penularannya melalui air (waterborne disease) • Perbaiki pembuangan limbah cair dan padat |
| Pelayanan Kesehatan Remaja | <ul style="list-style-type: none"> • Pengenalan kesehatan reproduksi bagi remaja • Pengenalan dan layanan psikososial pasca bencana bagi remaja |
| Pelayanan kesehatan lansia | <ul style="list-style-type: none"> • Layanan akses dan partisipasi yang memadai dalam rangka meningkatkan upaya kesehatan bagi lanjut usia di pelayanan kesehatan dasar serta meningkatkan upaya rujukan kesehatan bagi lanjut usia |
| Pelayanan kesehatan untuk penyandang | <ul style="list-style-type: none"> • Layanan akses dan partisipasi yang memadai untuk penyandang disabilitas pasca bencana untuk meningkatkan kemandirian, mengurangi risiko serta |

| | |
|------------------------------|---|
| disabilitas/kebutuhan khusus | terpenuhinya kebutuhan dan inklusi sosial di wilayah terdampak. |
|------------------------------|---|

4. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan.

Monitoring adalah rangkaian kegiatan pemantauan untuk mengetahui proses pelaksanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan yang ditujukan untuk:

- 1) menilai efektivitas input (dana, personil, barang modal) dalam rangka mencapai sasaran kegiatan;
- 2) mengikuti dan menilai tahapan dan aspek-aspek pelaksanaan rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan bidang kesehatan;
- 3) mengidentifikasi kendala dalam rangka menghasilkan keluaran (output);
- 4) mengidentifikasi kendala pencapaian sasaran dan kesenjangan (gap) antara kebutuhan dan persediaan yang ada;

Evaluasi adalah rangkaian kegiatan membandingkan realisasi masukan (input), keluaran (output) dan hasil (outcome) terhadap rencana dan standar dengan tujuan:

- 1) menilai hasil (outcome) pelaksanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan;
- 2) menilai efektivitas pelaksanaan kebijakan dan strategi yang telah ditetapkan; dan
- 3) memberikan masukan kebijakan dan strategi bagi percepatan pelaksanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan serta pencapaian rencana pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan.

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi mengacu pada dokumen Renaksi yang telah ditetapkan.

Kegiatan Pengkajian Kebutuhan Sumber Daya Kesehatan Pascakrisis kesehatan dan Penyusunan Rencana Aksi Bidang Kesehatan bila memungkinkan dilakukan atau dimulai pada akhir masa tanggap darurat setelah kegiatan penyelamatan telah selesai dan pelayanan kesehatan mulai stabil. Namun bila tidak bisa dilaksanakan maka

segera setelah masa tanggap darurat berakhir atau pada awal tahap pasca bencana

Upaya Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan pascakrisis kesehatan perlu melibatkan masyarakat, organisasi profesi dan lembaga usaha.

Manfaat dari pelibatan ini diantaranya :

- a. membuat arus informasi dan koordinasi harmonis seiring sejalan antara Pemerintah dan Masyarakat luas sesuai kapasitas dan tanggungjawabnya.
- b. memberi ruang gerak kepada komponen organisasi kemasyarakatan untuk terlibat dalam kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan bidang kesehatan

Peran masyarakat, organisasi profesi dan lembaga usaha sebagai berikut:

- a. menggalang dukungan publik yang lebih luas bagi program Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan bidang kesehatan yang digalang dari publik sendiri, sesuai dengan panduan renstra nasional
- b. menyampaikan pendapat dan pertimbangan kepada instansi yang berwenang terhadap penyusunan rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan bidang kesehatan dan/atau kegiatan penyelenggaraan yang menimbulkan dampak penting terhadap lingkungan. Pendapat dan pertimbangan tersebut disampaikan baik secara perorangan, kelompok, organisasi kemasyarakatan, dengan mengikuti prosedur dan dengan mempertimbangkan nilai-nilai sosial budaya setempat.
- c. masyarakat melakukan upaya penyelenggaraan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan dampak bencana bidang kesehatan dengan pendampingan Puskesmas dan lintas sektorl
- d. berpartisipasi dalam pendanaan dan kegiatan penyelenggaraan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan bidang kesehatan .
- e. berpartisipasi dalam kegiatan monitoring, evaluasi dan pembelajaran.

BAB III
SUMBER DAYA MANUSIA

A. Tim Penanggulangan Krisis Kesehatan

Untuk melaksanakan operasi Penanggulangan Krisis Kesehatan, dibutuhkan beberapa jenis tim teknis yang memiliki spesifikasi dan kualifikasi sesuai target yang diharapkan yaitu:

1. Tim Medis Darurat (Emergency Medical Team/EMT)

Tim tersebut bisa berisi tenaga kesehatan dari kalangan pemerintah (sipil dan militer) dan dari kalangan masyarakat (akademisi, dunia usaha, organisasi non pemerintah), dan juga bisa terdiri dari tenaga kesehatan lokal, nasional, dan internasional.

Pada tahun 2013, WHO menerbitkan pedoman Classification And Minimum Standards For Foreign Medical Teams In Sudden Onset Disasters, istilah "Foreign Medical Teams (FMTs)" selanjutnya dirubah menjadi "Emergency Medical Teams (EMT)", untuk mempermudah operasionalisasi dan pengembangan kapasitasnya EMT kemudian dibagi menjadi 2 yaitu National EMT (N-EMT) dan International EMT (I-EMT), berdasarkan kualifikasi dan kompetensi EMT terbagi menjadi 5 Tipe:

| TIPE 1- MOBILE | TIPE 1- FIXED | TIPE 2 | TIPE 3 | TIPE SPECIALIST CELLS |
|---|---|--|--|--|
| Pelayanan rawat jalan medis dasar dan kegawatdaruratan keliling | Pelayanan rawat jalan medis dasar dan kegawatdaruratan di pos kesehatan | Pelayanan rawat jalan dan rawat inap bedah trauma di fasilitas kesehatan a. | Pelayanan rawat jalan dan rawat inap intensif di fasilitas kesehatan rujukan | Pelayanan spesialis |
| mampu melayani min. 50 pasien rawat jalan | Mampu melayani min. 100 pasien rawat jalan | Mampu melayani per hari min: a. 100 pasien | Mampu melayani per hari min: a. 100 pasien | Layanan spesifik dapat termasuk : a. Transport pre hospital |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | <p>rawat jalan</p> <p>b. 20 pasien rawat inap</p> <p>c. 7 prosedur bedah besar</p> <p>d. 15 prosedur bedah kecil</p> | <p>rawat jalan</p> <p>b. 40 pasien rawat inap</p> <p>c. 4 intensive care</p> <p>d. 15 prosedur bedah besar</p> <p>e. 30 prosedur bedah kecil</p> | <p>b. Pelayanan kesehatan primer</p> <p>c. Kesehatan ibu dan anak</p> <p>d. Spesialis bedah</p> <p>e. Penyakit menular dan wabah</p> <p>f. Rehabilitas dislisis</p> <p>g. Penerimaan evakuasi medis</p> |
| Pelayanan hanya pada waktu siang hari (day time) | Pelayanan hanya pada waktu siang hari (day time) | Pelayanan rawat jalan dilakukan siang hari (day time) 24 jam pelayanan pasien rawat inap dan bedah | Pelayanan rawat jalan dilakukan siang hari (day time) 24 jam pelayanan pasien rawat inap dan bedah | |
| Rim mobile dan dilengkapi peralatan | Tim fixed (tetap) dan dilengkapi peralatan | Tim fixed (tetap) dan dilengkapi peralatan | Tim fixed (tetap) dan dilengkapi peralatan | Tim mobile dan tim fixed (tetap) dan dilengkapi peralatan |
| Tidak tersedia fasilitas klinis sementara | | tersedia fasilitas klinis sementara | Tersedia fasilitas klinis sementara | Tidak tersedia fasilitas klinis sementara |
| Waktu deployment min. 14 hari | | Waktu deployment min. 21 hari | Waktu deployment min. 28 hari | Waktu deployment min. 14 hari |

Dengan pembagian tipe tersebut, diharapkan standarisasi tim yang ditugaskan di daerah bencana akan lebih mudah diterapkan untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat terdampak. Dengan mempertimbangkan disparitas SDM kesehatan yang cukup tinggi di Indonesia, khususnya terkait tenaga dokter. Maka dibutuhkan penyesuaian terkait kualifikasi dan kompetensi SDM yang dibutuhkan khususnya untuk EMT Tipe 1 Mobile dan EMT Tipe 1 Fixed yang akan dikelola pada level kabupaten/kota sebagai berikut:

| No. | Jenis Tim | Ruang Lingkup Pelayanan | Kompetensi dan Kualifikasi | Sarana dan Logistik |
|-----|-------------------------|---|---|--|
| 1. | EMT TIPE 1 MOBILE | a. Pelayanan kesehatan primer : <ul style="list-style-type: none"> • Terapi simptomatik • Kegawatdaruratan sederhana b. Durasi pelayanan 8 jam c. Jumlah layanan kurang lebih 50 pasien/hari d. Pelayanan dapat dilaksanakan di ambulans atau sarana lain yang memungkinkan | a. Perawat (2 orang) b. Supir ambulans (1 orang) | a. Ambulans b. Emergency kit c. Obat-obatan |
| 2. | EMT TIPE 1 FIXED | a. Pelayanan kesehatan primer: <ul style="list-style-type: none"> • Terapi definitif • Kegawatdaruratan sederhana • Observasi singkat | a. Dokter (1 orang) c. Perawat (2 orang) b. Supir ambulans (1 orang) | a. Ambulans b. Emergency kit c. Oba-obatan d. Tenda e. Velbed f. Meja g. Kursi |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | b. Durasi pelayanan 8 jam c. Jumlah layanan kurang lebih 50 pasien/hari d. Pelayanan dapat dilaksanakan di tenda atau sarana lain yang memungkinkan | | |
|--|--|---|--|--|

Mengingat pelayanan yang diberikan oleh EMT bersifat langsung kepada masyarakat, maka dibutuhkan jaminan mengenai kompetensi dari tenaga kesehatan yang memberikan layanan, untuk itu diperlukan proses:

- a) kredensial atau evaluasi kompetensi personil yang dilaksanakan oleh kolegium/organisasi profesi, contoh:
 1. tenaga dokter oleh IDI (Ikatan Dokter Indonesia)
 2. tenaga keperawatan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia)
 3. tenaga kebidanan oleh IBI (Ikatan Bidan Indonesia)
 4. tenaga kefarmasian oleh IAI (Ikatan Apoteker Indonesia)
- b) registrasi EMT untuk:
 1. EMT tipe 1, tipe 2, dan tipe Specialist Cell yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, institusi kesehatan atau oleh fasilitas pelayanan kesehatan diregistrasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
 2. EMT tipe 2, dan tipe Specialist Cell yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan Propinsi, institusi kesehatan atau oleh fasilitas pelayanan kesehatan provinsi diregistrasi oleh Dinas Kesehatan provinsi.
 3. EMT tipe 3 dan tipe Specialist Cell yang dibentuk oleh Kementerian Kesehatan diregistrasi oleh Kementerian Kesehatan.

Registrasi EMT dilaksanakan oleh sub klaster pelayanan kesehatan.

EMT dapat melaksanakan penugasan dalam rangka penanggulangan Krisis Kesehatan di luar negeri. Setiap penugasan EMT keluar negeri

harus memperoleh rekomendasi dari koordinator Klaster Kesehatan nasional.

2. Tim Respon Cepat Kesehatan Masyarakat (Public Health Rapid Response Team /PHRRT)

Merupakan salah satu EMT tipe *Specialist cell*. Tim ini bertugas untuk mengendalikan faktor risiko yang mungkin terjadi selama situasi Krisis Kesehatan, maka dibutuhkan tim PHRRT untuk dapat merespon permasalahan kesehatan masyarakat yang mencakup:

- a) Pencegahan dan pengendalian penyakit
- b) Penyehatan lingkungan
- c) Penanganan gizi darurat
- d) Penanganan kesehatan reproduksi
- e) Dukungan psikososial
- f) Promosi kesehatan

3. Tim Kaji Cepat Masalah Kesehatan (Rapid Health Assessment Team/Tim RHA)

Dalam rangka menganalisis potensi atau situasi Krisis Kesehatan yang terjadi, diperlukan tim RHA yang terdiri dari tenaga teknis dari lintas program terkait yang akan memberikan laporan dan rekomendasi untuk tindak lanjut penanggulangan. Secara umum tim RHA dapat diturunkan dalam fase:

- a) Siaga darurat
- b) Tanggap Darurat
- c) Transisi ke Pemulihan Darurat

B. Peningkatan Kapasitas SDM

Peningkatan kapasitas SDM dalam penanggulangan krisis kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan dan diarahkan untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan tugasnya secara profesional melalui pembinaan yang dilaksanakan secara teratur dan berkesinambungan. Pembinaan dilaksanakan dengan cara sebagai berikut:

- 1) supervisi dan bimbingan teknis secara terpadu untuk menyelesaikan masalah;
- 2) pendidikan formal dalam bidang penanggulangan bencana;
- 3) pelatihan/kursus mengenai teknis medis dan penanggulangan bencana sesuai dengan jenis bencananya;

- 4) geladi posko secara terstruktur, terprogram, terarah dan terkendali serta berkala;
- 5) penguatan komunikasi dan jejaring melalui kegiatan formal dan non formal untuk membangun kebersamaan dalam penanggulangan bencana;
- 6) pertemuan ilmiah (seminar, workshop, dan lain-lain); dan
- 7) pembahasan masalah pada rapat koordinasi secara internal dalam lingkup kesehatan ataupun secara terpadu lintas sektor di berbagai tingkat administratif.

Dalam upaya meningkatkan kompetensi SDM dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan akibat bencana dibutuhkan pelatihan-pelatihan sbb:

- 1) Pelatihan untuk Perawat Lapangan (Puskesmas) di lokasi pengungsian dan daerah potensial terjadi bencana:
 - a) keperawatan Kesmas (CHN/Community Health Nursing) khusus untuk masalah kesehatan pengungsi;
 - b) keperawatan gawat darurat dasar (emergency nursing);
 - c) PONED (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergency Dasar);
 - d) Paket Pelayanan Awal Minimum Kesehatan Reproduksi/PPAM;
 - e) manajemen bencana;
 - f) surveillance; dan
 - g) psychological first aid (PFA).
- 2) Pelatihan untuk perawat di fasilitas rujukan/RS
 - a) keperawatan gawat darurat dasar dan lanjutan (PPGD dan BTLS);
 - b) keperawatan icu;
 - c) keperawatan jiwa;
 - d) keperawatan ok;
 - e) manajemen keperawatan di RS;
 - f) standar pre caution;
 - g) mahir anaestesi; dan
 - h) PONED.
- 3) Kesehatan Reproduksi:
 - a) PONED untuk Dokter, Bidan dan Perawat; dan
 - b) paket Pelayanan Awal Minimum Kesehatan Reproduksi untuk Dokter, Perawat dan Bidan.
- 4) Gizi
 - a) penanggulangan masalah gizi dalam keadaan darurat untuk petugas gizi;

- b) surveilans gizi untuk petugas gizi;
 - c) konselor gizi untuk petugas gizi; dan
 - d) tata laksana gizi buruk
- 5) Pelayanan Medik:
- a) general emergency life support (GELS) untuk dokter;
 - b) primary trauma care/PTC untuk dokter;
 - c) advance pediatric resuscitation course (APRC) untuk dokter;
 - d) dental forensik untuk dokter gigi; dan
 - e) DVI untuk dokter dan dokter gigi;
 - f) pelayanan obstetri dan neonatal emergency komprehensif (PONEK) untuk dokter spesialis obsgyn rumah sakit;
 - g) advanced trauma life support (ATLS) untuk dokter;
 - h) advanced cardiac life support (ACLS) untuk dokter; dan
 - i) basic life support (BLS) untuk SDM Kesehatan.
- 6) Pelayanan Penunjang Medik:
- a) pelatihan fisioterapi;
 - b) pelatihan teknis labkes untuk pranata labkes; dan
 - c) pelatihan untuk radiographer.
- 7) Pelayanan Kefarmasian:
- a) perencanaan dan pengelolaan obat terpadu;
 - b) pengelolaan obat kabupaten/kota;
 - c) pengelolaan obat puskesmas;
 - d) Pemanfaatan Data Laporan Pemakaian Dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO); dan
 - e) pelatihan sistem informasi dan inventarisasi obat bantuan.
- 8) Manajemen Penanggulangan Krisis Kesehatan:
- a) pelatihan manajemen penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana;
 - b) Hospital Disaster Plan (HOSDIP);
 - c) Health Emergencies Large Population (HELP) Course;
 - d) pelatihan sistem informasi dan radio komunikasi;
 - e) pelatihan penyusunan peta respon bidang kesehatan;
 - f) pelatihan penyusunan rencana kontijensi klaster kesehatan;
 - g) pelatihan pengkajian kebutuhan sumber daya kesehatan pasca bencana;
 - h) pelatihan kesiapsiagaan Rumah Sakit menghadapi bencana ;
 - i) *Chemical Biological Radioactive Nuclear (CBRN)*;

- j) *Geographical Information System (GIS)*; dan
 - k) *International Training Center Disaster Risk Reduction (ITC-DRR)*
- 9) Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan:
- a) pelatihan surveilans epidemiologi dalam keadaan bencana;
 - b) pelatihan RHA dan rapid respons sanitasi darurat;
 - c) pelatihan asisten dan ko-asisten entomologi; dan
 - d) Pelatihan Ahli Epidemiologi Lapangan (PAEL).

C. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Warga Negara Asing (TK-WNA)

Bantuan sumber daya manusia merupakan unsur penting dalam mencegah kematian dan kesakitan pada saat bencana yang berskala besar. Pada dasarnya bantuan yang diberikan berniat baik untuk membantu korban bencana dengan memberikan layanan kesehatan, memenuhi kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan. Akan tetapi berdasarkan pengalaman ada beberapa bantuan yang tidak terstandarisasi dan tidak sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Bantuan sumber daya manusia kesehatan internasional dilakukan ketika pemerintah Indonesia tidak dapat menangani bencana yang terjadi pada daerah tersebut.

Sumber daya yang berasal dari Internasional wajib mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, antara lain Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dan peraturan terkait pendayagunaan TK-WNA, peran serta lembaga internasional dan lembaga asing non pemerintah dalam penanggulangan bencana.

TK-WNA adalah warga negara asing pemegang izin tinggal terbatas yang memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan dan bermaksud bekerja atau berpraktik di fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah Indonesia.

Pendayagunaan TK-WNA dipertimbangkan sepanjang terdapat hubungan bilateral antara Negara Republik Indonesia dengan Negara asal TK-WNA yang bersangkutan, yang dibuktikan dengan adanya hubungan diplomatik dengan Indonesia.

Syarat TK-WNA dapat memberikan layanan pada saat bencana sebagai berikut:

1. TK-WNA hanya dapat bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan tertentu atas permintaan pengguna TK-WNA kecuali pada bencana atas izin pihak yang berwenang.
2. TK-WNA dilarang berpraktik secara mandiri, termasuk dalam rangka kerja sosial.
3. TK-WNA hanya dapat melakukan praktik di wilayah bencana dengan didampingi tenaga pendamping yang telah ditunjuk oleh pihak yang berwenang.
4. Bidang pekerjaan yang dapat ditempati TK-WNA meliputi:
 - a. Pemberi pelayanan pada saat bencana
 - b. Pemberi pelatihan pada saat bencana dalam rangka alih teknologi dan ilmu pengetahuan
5. TK-WNA pemberi pelayanan yang berasal dari lembaga internasional dan lembaga asing non-pemerintah pada saat bencana akan mengirimkan proposal, membuat nota kesepakatan dan rencana kerja melalui BNPB yang akan diverifikasi dan dikeluarkan ijin oleh Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan sebagai koordinator Klaster Kesehatan untuk kemudian ditetapkan oleh Menteri Kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan pelayanan dan ketersediaan tenaga kesehatan Indonesia.
6. TK-WNA Pemberi Pelayanan yang berasal dari lembaga internasional dan lembaga asing non-pemerintah pada saat bencana mengajukan permohonan secara tertulis dengan melampirkan:
 - a) sertifikat kompetensi dari negara asal;
 - b) surat Tanda Registrasi atau surat keterangan telah teregristasi sebagai tenaga kesehatan dari instansi yang berwenang di bidang kesehatan di negara asal;
 - c) fotocopy ijasah pendidikan tenaga kesehatan yang diakui oleh negara asal;
 - d) daftar riwayat hidup calon TK-WNA;
 - e) fotocopy paspor calon TK-WNA;
 - f) surat pernyataan telah mengucapkan sumpah atau janji profesi;
 - g) surat keterangan sehat fisik dan mental dari negara asal;
 - h) surat keterangan pengalaman kerja paling singkat 5 (lima) tahun sesuai dengan jabatan yang akan diduduki;

- i) surat rekomendasi (letter of performance) dari instansi yang berwenang di negara asal;
 - j) surat keterangan berkelakuan baik dari instansi yang berwenang di negara asal;
 - k) surat keterangan tidak pernah melakukan pelanggaran etik dari organisasi profesi negara asal;
 - l) surat izin praktik dari negara asal yang masih berlaku;
 - m) surat pernyataan bersedia mematuhi peraturan perundang-undangan, sumpah profesi kesehatan, dan kode etik profesi kesehatan yang berlaku di Indonesia;
 - n) surat pernyataan bersedia melakukan alih teknologi dan ilmu pengetahuan kepada tenaga kesehatan Warga Negara Indonesia khususnya tenaga pendamping;
 - o) mampu berbahasa Indonesia dengan baik dan/atau menggunakan bahasa yang diakui oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa dan untuk kondisi ini wajib didampingi oleh penterjemah yang dapat menterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia; dan
 - p) surat pernyataan bersedia dievaluasi ketika melakukan pelayanan pada saat bencana.
7. TK-WNA pemberi pelayanan sebagaimana dimaksud harus melakukan alih teknologi dan pengetahuan.

BAB IV PENGELOLAAN LOGISTIK DAN PERLENGKAPAN

Kejadian Bencana yang datang secara tak terduga dan cepat mempunyai dampak yang sangat besar terhadap suatu wilayah sehingga mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat. Pada kondisi tersebut berbagai respon penanggulangan krisis kesehatan untuk pertolongan penyelamatan korban dilakukan secara simultan bertujuan untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian, sehingga memerlukan tersedianya dukungan logistik dan perlengkapan 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 dan perlengkapan penanggulangan Krisis Kesehatan meliputi :

1. Obat, alat medis habis pakai dan bahan medis habis pakai;
2. Makanan tambahan berupa Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita, PMT Ibu Hamil dan PMT Anak sekolah;
3. Peralatan/bahan kesehatan lingkungan berupa Penjernih Air Cepat (PAC), Air Rahmat, Insektisida, kaporit, kantong sampah, lem lalat;
4. Sarana dan prasarana berupa ; tenda pos kesehatan, perahu karet, rompi petugas dan lain-lain.

Pengelolaan logistik dan perlengkapan bencana adalah rangkaian kegiatan yang ditujukan untuk mendukung upaya pelayanan kesehatan, dilakukan secara terpadu yang meliputi perencanaan kebutuhan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian, penggunaan dan pengendalian, pencatatan, evaluasi dan pelaporan, serta pemusnahan.

Pengelolaan logistik dan perlengkapan bencana harus memperhatikan manajemen siklus krisis kesehatan, yaitu:

a. Pra krisis kesehatan

Pada tahap prakrisis, pengelolaan logistik selain dilakukan secara normal juga melakukan persiapan untuk mengantisipasi kejadian bencana sesuai dengan potensi bencana yang ada di daerahnya masing-masing.

Pada prakrisis penyiapan sumber daya manusia sangat diperlukan untuk mempercepat respons melalui peningkatan kapasitas petugas, penyiapan

prosedur operasional (SOP) dan melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor untuk keterpaduan dalam pengelolaan logistik.

Koordinasi logistik perlu mendapat perhatian karena dalam kondisi bencana kebutuhan hidup masyarakat yang terdampak tetap harus diberikan seperti makanan, minum, tempat tinggal penampungan dan layanan kesehatan. Kondisi ini akan menumbuhkan simpati masyarakat untuk memberikan berbagai bantuan baik langsung maupun melalui institusi. Oleh karena itu perlu dilakukan pengawasan secara cermat dan ketat melalui koordinasi lintas program dan lintas sektor untuk menghindari munculnya masalah kesehatan dari bantuan yang diterima oleh masyarakat baik secara langsung maupun tidak langsung.

b. Tanggap Darurat

Dalam tahap tanggap darurat pengelolaan logistik dan perlengkapan kesehatan ditujukan untuk terpenuhinya kebutuhan penduduk terdampak. Kebutuhan pokok tersebut sangat beragam mulai dari obat, makanan, pakaian, peralatan hingga peralatan pendukung pelayanan. Karenanya kebutuhan logistik tersebut harus disiapkan dan dikelola dengan benar sehingga terciptanya pelayanan cepat, tepat dan sesuai kebutuhan.

1) perencanaan kebutuhan logistik dan perlengkapan.

Untuk mendapatkan logistik dan perlengkapan kebutuhan pada masa tanggap darurat diperlukan informasi yang meliputi:

- a) Ketersediaan logistik dan perlengkapan;
- b) Sumber daya manusia;
- c) Kondisi gudang penyimpanan;
- d) Fasilitas infrastruktur; dan
- e) Pendanaan.

2) penyediaan Kebutuhan logistik dan perlengkapan

a) Jenis bencana

Berdasarkan jenis bencana, diharapkan Provinsi, Kabupaten/Kota sudah dapat memperkirakan jumlah dan jenis kebutuhan logistik yang diperlukan.

b) Luas bencana

Berdasarkan informasi hasil RHA diketahui luas dan dampak bencana terhadap masyarakat, sehingga dapat diperkirakan kebutuhan logistiknya.

c) Persediaan yang dimiliki

Untuk logistik obat atau MP ASI pemenuhan kebutuhan diusahakan dengan menggunakan logistik dari unit pelayanan kesehatan atau dari persediaan Kabupaten/Kota yang ada, dan jika kurang dapat menggunakan persediaan logistik dari Kabupaten/Kota terdekat. Penyediaan yang utama adalah menggunakan persediaan obat dan perbekalan kesehatan Kabupaten/kota. Jika tidak cukup dapat meminta kepada institusi yang lebih tinggi.

(*buffer stock* provinsi/nasional. Untuk donasi dari organisasi internasional, LSM, Ormas dan sebagainya adalah pilihan terakhir.

Permasalahan yang sering dihadapi pengelola terkait dengan masalah penerimaan obat dan perbekalan kesehatan bantuan luar negeri (donasi) yang perlu mendapat perhatian sebagai berikut:

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

- 3) penyimpanan logistik dan perlengkapan.
Untuk menjaga dan menjamin mutu penyimpanan logistik dan perlengkapan, khususnya obat dan perbekalan kesehatan harus dilakukan pada tempat dan kondisi yang sesuai persyaratan dikelola oleh petugas yang berkompeten dan mempertimbangkan aksesibilitas transportasi.
- 4) pendistribusian logistik dan perlengkapan.
Beberapa hal yang harus diperhatikan berkaitan dengan distribusi logistik dan perlengkapan pada saat bencana:
 - a. persyaratan pendistribusian logistik dan perlengkapan adalah adanya permintaan dari daerah bencana.
 - b. apabila obat dan perbekalan kesehatan tidak tersedia di provinsi yang mengalami bencana maka diusahakan dari provinsi terdekat atau Kementerian Kesehatan.
 - c. provinsi terdekat wajib membantu daerah yang terkena bencana
 - d. adanya estimasi tingkat keparahan bencana, jumlah korban dan jenis penyakit
 - e. 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.
 - f. kerjasama lintas sektor dan lintas program mutlak dilakukan
- 5) pencatatan dan Pelaporan
 - a. pencatatan pengelolaan logistik dan perlengkapan tanggap darurat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan keterampilan sehingga hasilnya dapat dipertanggung jawabkan.
 - b. 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 kegiatan pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan daerah bencana.
- 6) pemusnahan logistik dan perlengkapan.
Proses pemusnahan logistik mengacu pada peraturan perundangan dalam pengelolaan Barang Milik Negara, khusus terkait obat dan

perbekalan kesehatan mengacu pada Pedoman Teknis Pemusnahan Sediaan Farmasi dengan mempertimbangkan dampak lingkungan. Secara garis besar, proses pemusnahan obat dan perbekalan kesehatan terdiri dari;

- a. memilah, memisahkan dan menyusun daftar obat dan perbekalan kesehatan yang akan dimusnahkan;
- b. menentukan cara pemusnahan;
- c. menyiapkan pelaksanaan pemusnahan;
- d. menetapkan lokasi pemusnahan;
- e. pelaksanaan pemusnahan; dan
- f. membuat berita acara pemusnahan dengan tembusan kepada gubernur/bupati/walikota sebagai laporan.

BAB V SISTEM INFORMASI

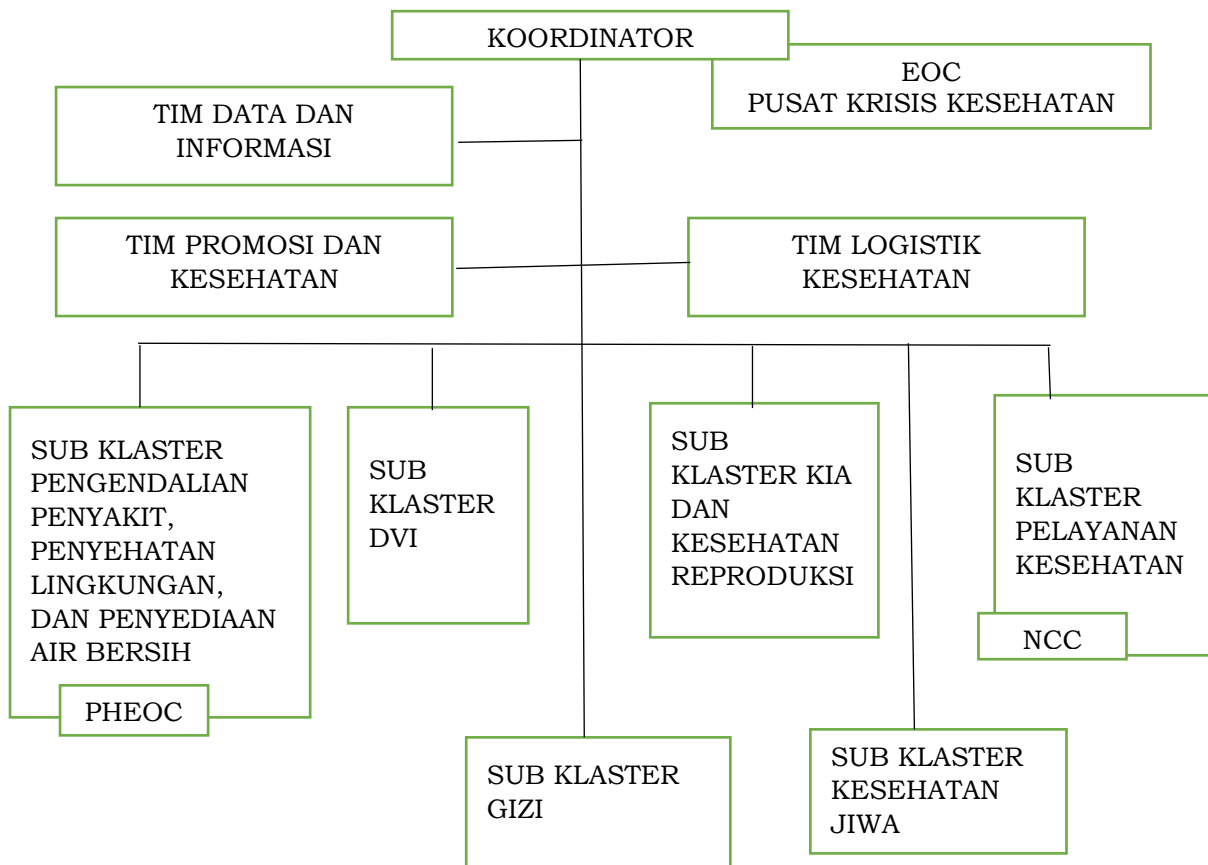
A. Pengelola

Pengelola sistem informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan terdiri atas penanggung jawab dan pelaksana yaitu sebagai berikut :

1. Penanggung jawab sistem informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan terdiri atas:
 - a. Koordinator Klaster Kesehatan kabupaten/kota pada tingkat kabupaten/kota;
 - b. Koordinator Klaster Kesehatan provinsi pada tingkat provinsi;
 - c. Koordinator Klaster Kesehatan Nasional pada tingkat pusat.
2. Pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan, untuk:
 - a. Tingkat Kabupaten/Kota, yaitu Tim Data dan Informasi pada Klaster Kesehatan Kabupaten/Kota, yang merupakan unit pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang mempunyai tugas dan fungsi melakukan pengelolaan data dan informasi terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan atau unit teknis yang ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan;
 - b. Tingkat Provinsi, yaitu Tim Data dan Informasi pada Klaster Kesehatan Provinsi yang merupakan unit di Dinas Kesehatan Provinsi yang mempunyai tugas dan fungsi melakukan pengelolaan data dan informasi terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan atau unit teknis yang ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan.
 - c. Tingkat Pusat, yaitu Tim Data dan Informasi di Klaster Kesehatan Nasional yang merupakan unit pada Pusat Krisis Kesehatan yang mempunyai tugas dan fungsi melakukan pengelolaan data dan informasi terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan. Selain Tim Data dan Informasi Klaster Kesehatan Nasional, juga terdapat Tim Data dan Informasi pada Sub-sub Klaster Kesehatan Nasional yaitu Tim pada:
 - PHEOC untuk Sub Klaster Pengendalian Penyakit, Penyehatan Lingkungan dan Penyediaan Air Bersih.
 - NCC untuk Sub Klaster Pelayanan Kesehatan

Tim Data dan Informasi di sub-sub klaster nasional serta anggota sub-sub klaster lainnya, pada saat prakrisis kesehatan, tanggap darurat Krisis Kesehatan maupun pascakrisis kesehatan memberikan informasi terkait upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan pada Tim Data dan Informasi Klaster Kesehatan Nasional.

Bagan Sistem Informasi Struktur Klaster Kesehatan Nasional



Tenaga pelaksana Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan harus memiliki latar belakang pendidikan sekurang-kurangnya D3 untuk kabupaten/kota dan S1 untuk Provinsi/Pusat. Sedangkan kompetensi yang dibutuhkan yaitu paling sedikit di bidang statistik, komputer, dan/atau epidemiologi. Uraian tugas sebagai berikut :

- a. melakukan pemantauan kejadian Krisis Kesehatan 24 jam/7 hari.
- b. mengumpulkan dan menginput data dan informasi;
- c. mengkonfirmasi data dan informasi;
- d. mengolah data dan informasi;
- e. menyebarkan informasi kesehatan dan pelaporan; dan

- f. memelihara perangkat Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan

B. Jenis informasi dan waktu penyampaian;

Setiap tahapan krisis membutuhkan informasi yang berbeda-beda. Waktu penyampaian informasi disesuaikan dengan tahapan dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan yaitu prakrisis kesehatan, tanggap darurat Krisis Kesehatan dan pascakrisis kesehatan. Berikut ini adalah uraian mengenai jenis informasi yang dibutuhkan berdasarkan tahapan Krisis Kesehatan.

1. Informasi pada Tahap Prakrisis kesehatan

Informasi pada tahap prakrisis kesehatan terdiri dari:

- a. informasi Penilaian Risiko berupa pemetaan berbasis daring (Online) dan/atau buku pemetaan (profil) Penanggulangan Krisis Kesehatan. Untuk pemetaan berbasis daring (Online), data diperbaharui setiap ada perubahan. Untuk penyusunan buku pemetaan (profil) Penanggulangan Krisis Kesehatan dilakukan setiap tahun yaitu bulan Januari – April dengan menggunakan Formulir Pemetaan.
- b. informasi peringatan dini berupa surat edaran, alarm atau penanda lain yang disepakati untuk memberikan informasi adanya bencana dalam waktu dekat.
- c. informasi kesiapsiagaan berupa inventarisasi sumber daya yang siap dimobilisasi, dan informasi lokasi evakuasi yang ditetapkan berdasarkan laporan kesiapsiagaan sesuai dengan Formulir 6 terlampir.

2. Informasi pada tahap Tanggap Darurat Krisis Kesehatan

Informasi yang dibutuhkan pada saat tanggap darurat Krisis Kesehatan meliputi informasi pada awal terjadinya Krisis Kesehatan, RHA, serta informasinya perkembangannya. Rinciannya sebagai berikut:

- a. informasi awal terjadinya Krisis Kesehatan disampaikan segera setelah kejadian awal diketahui sesuai dengan Formulir/Format Laporan Awal Kejadian,
- b. RHA dilakukan segera setelah informasi awal diterima sesuai dengan Formulir RHA.

- c. informasi perkembangan kejadian Krisis Kesehatan dikumpulkan setiap kali terjadi perkembangan informasi sesuai dengan Formulir Laporan Perkembangan Kejadian.

3. Informasi pada tahap pascakrisis kesehatan

Informasi pada pascakrisis kesehatan disampaikan setelah masa tanggap darurat berakhir dan sedang dilakukan upaya rehabilitasi serta rekonstruksi. Informasi tersebut meliputi:

- a. hasil penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pascakrisis Kesehatan
- b. kesepakatan rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan
- c. hasil monitoring dan evaluasi terkait pelaksanaan kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan sesuai dengan Renaksi.

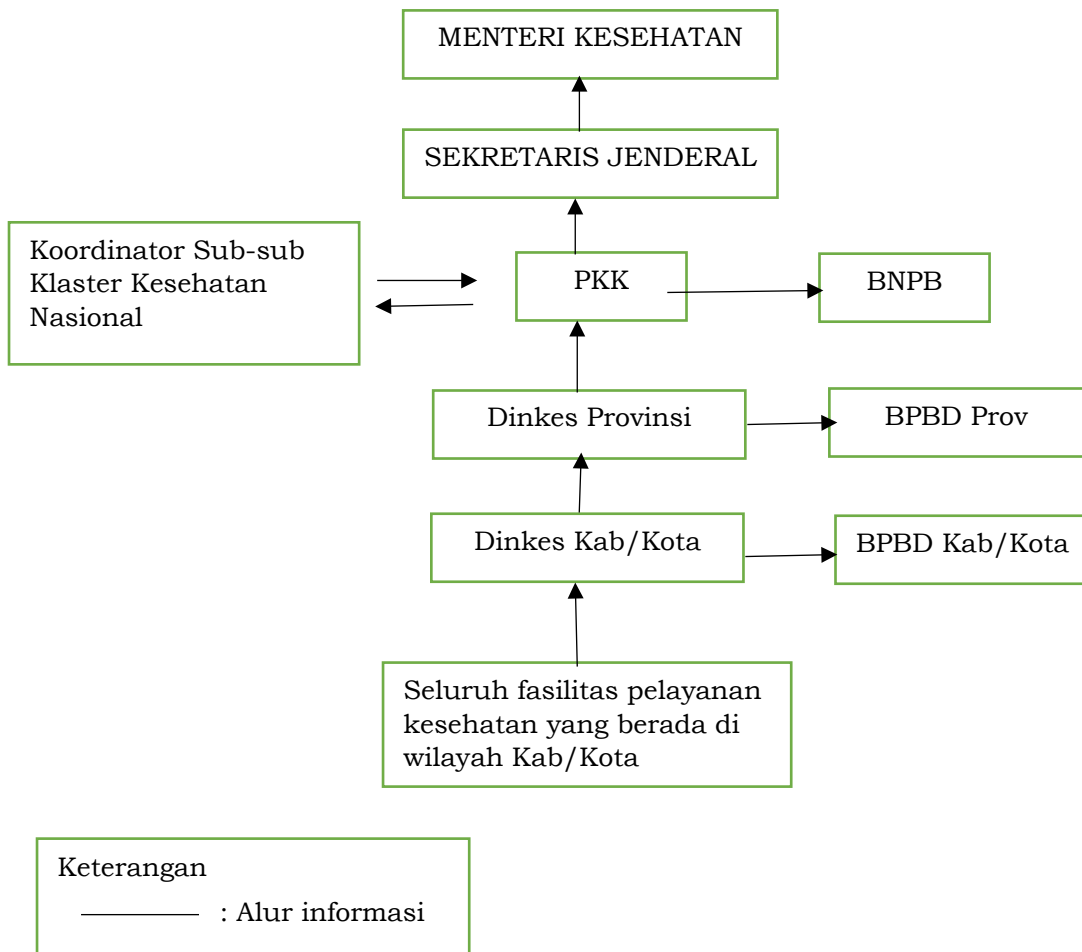
Informasi yang dibutuhkan untuk penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pascakrisis kesehatan terdapat pada Pedoman Penilaian Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan Bidang Kesehatan Pasca Bencana oleh Kementerian Kesehatan. Sedangkan informasi pelaksanaan upaya Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan disesuaikan dengan format baku masing-masing program yang melaksanakan sesuai dengan tugasnya masing-masing.

C. Alur dan mekanisme penyampaian informasi

Alur dan mekanisme penyampaian informasi pada:

1. Informasi pada tahap prakrisis kesehatan terdiri dari:
 - informasi penilaian resiko
 - informasi peringatan dini
 - informasi kesiapsiagaan

Bagan 1
Alur Penyampaian Informasi Prakrisis kesehatan

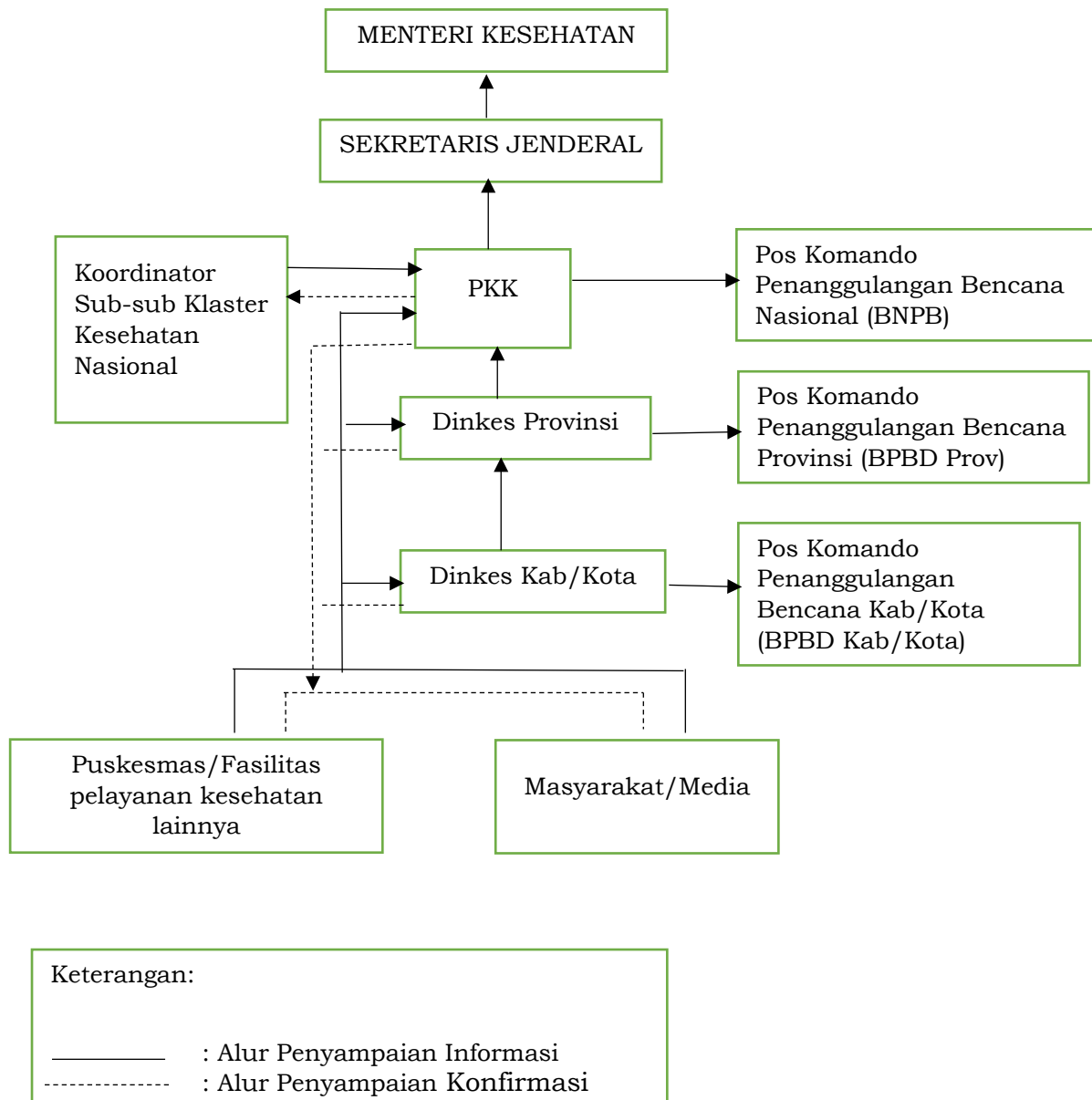


2. Informasi pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan terdiri dari:
- informasi awal
 - informasi RHA
 - informasi perkembangan

Alur penyampaian informasi awal terjadinya krisis berprinsip bahwa situasi emergensi harus diinformasikan secepatnya. Informasi tersebut dikirim dari lokasi krisis oleh siapa saja yang pertama kali mengetahuinya (masyarakat, petugas di fasilitas pelayanan kesehatan) dan tidak harus berjenjang.

Bagan 2

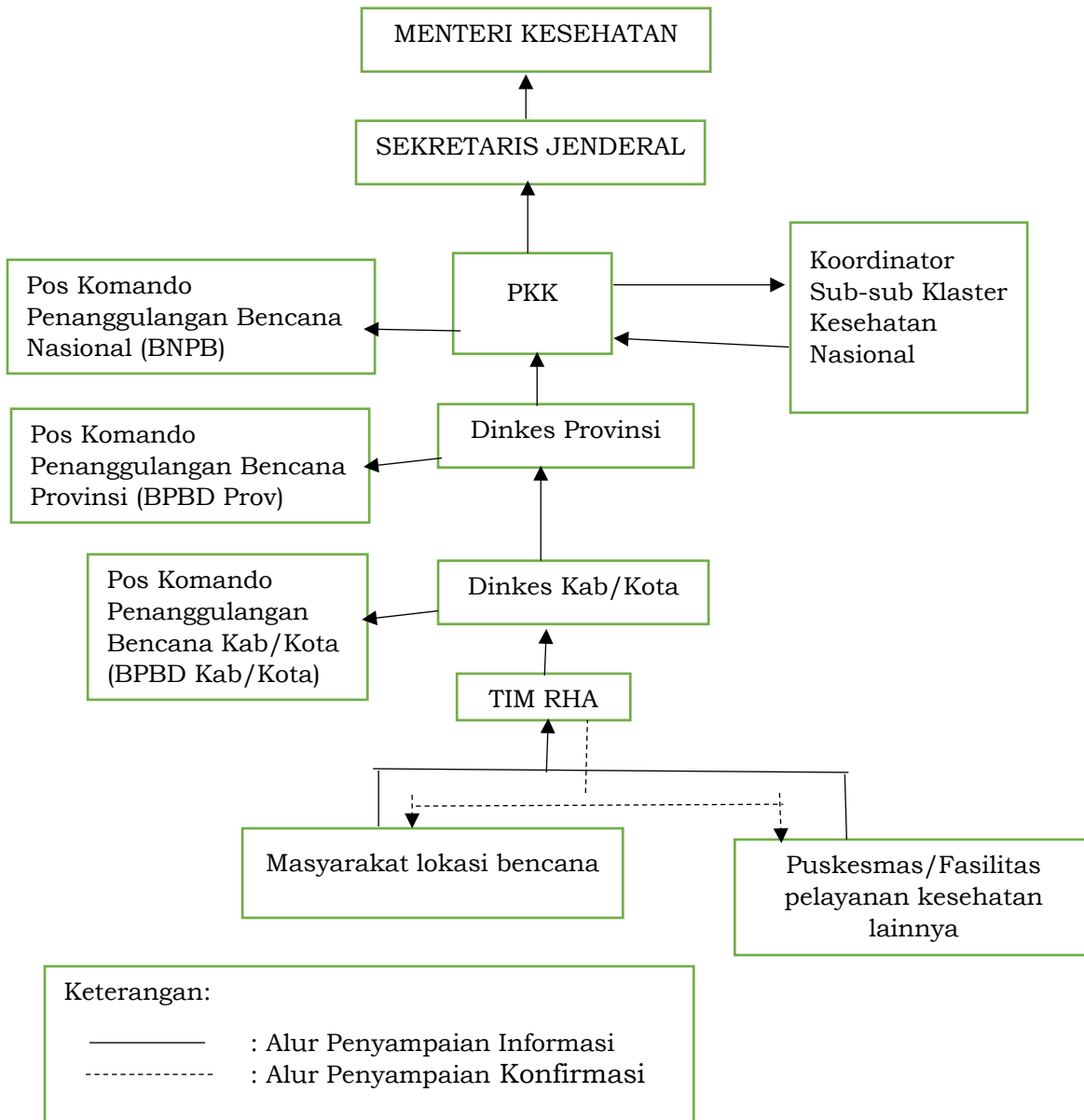
Alur Penyampaian dan Konfirmasi Informasi Awal Kejadian Krisis Kesehatan



Penilaian kebutuhan cepat dilaksanakan oleh Tim Rapid Health Assessment (RHA), dan hasilnya disampaikan secara berjenjang ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, kemudian diteruskan ke Dinas Kesehatan Provinsi, kemudian disampaikan pada Kementerian Kesehatan melalui Pusat Krisis Kesehatan.

Bagan 3

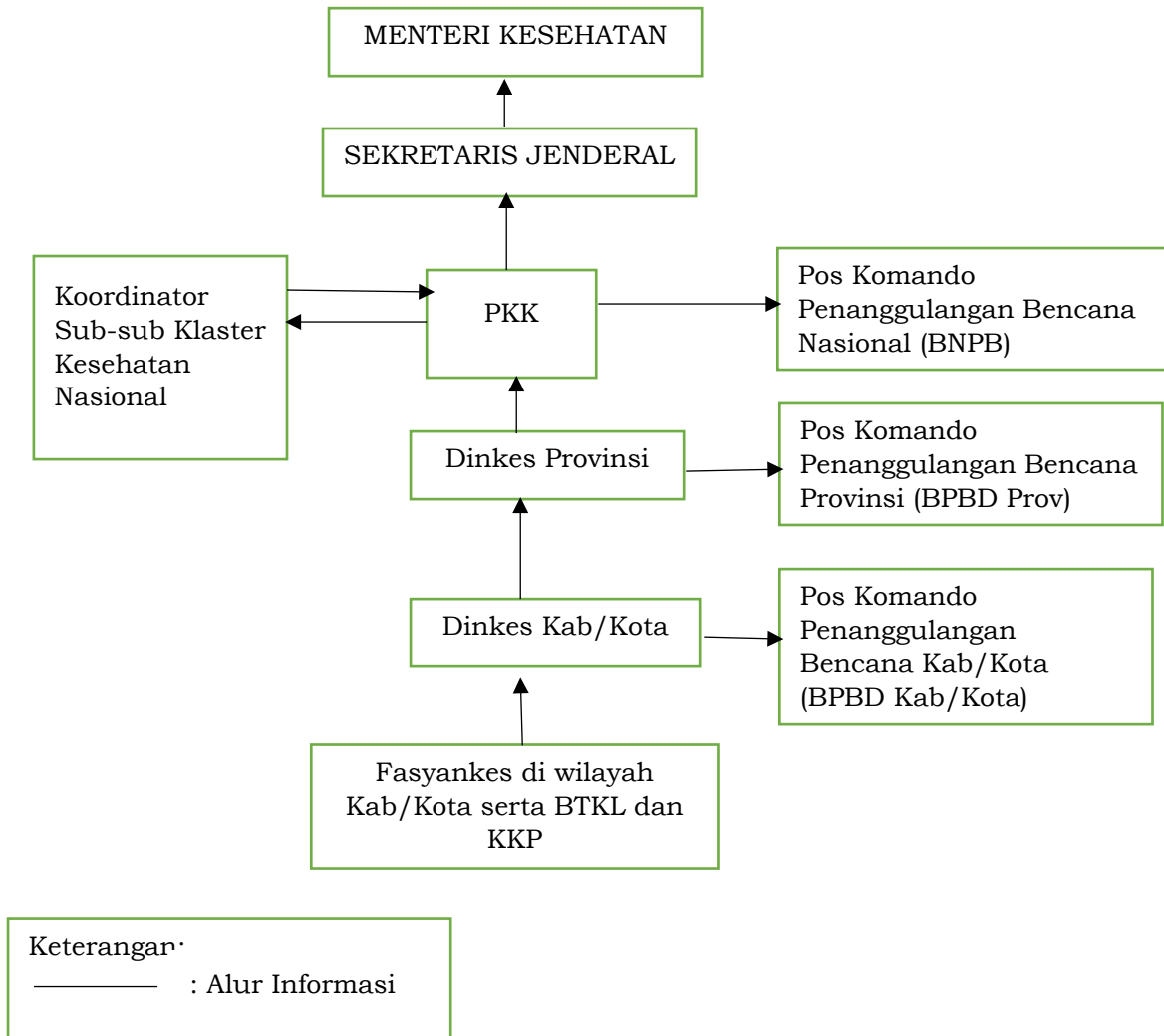
Alur Penyampaian Informasi RHA
Penanggulangan Krisis Kesehatan



Informasi perkembangan dikumpulkan berdasarkan wilayah kerja. Semua fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, yang berada di wilayah kabupaten/kota), KKP serta BTKL menyampaikan informasi terkait Krisis Kesehatan ke Dinkes Kabupaten/Kota. Informasi kemudian disampaikan secara berjenjang mulai Dinkes Kabupaten/Kota, kemudian disampaikan ke Dinkes Provinsi, dari Provinsi ke Pusat Krisis Kesehatan.

Bagan 4

Alur Penyampaian Informasi Perkembangan
Penanggulangan Krisis Kesehatan



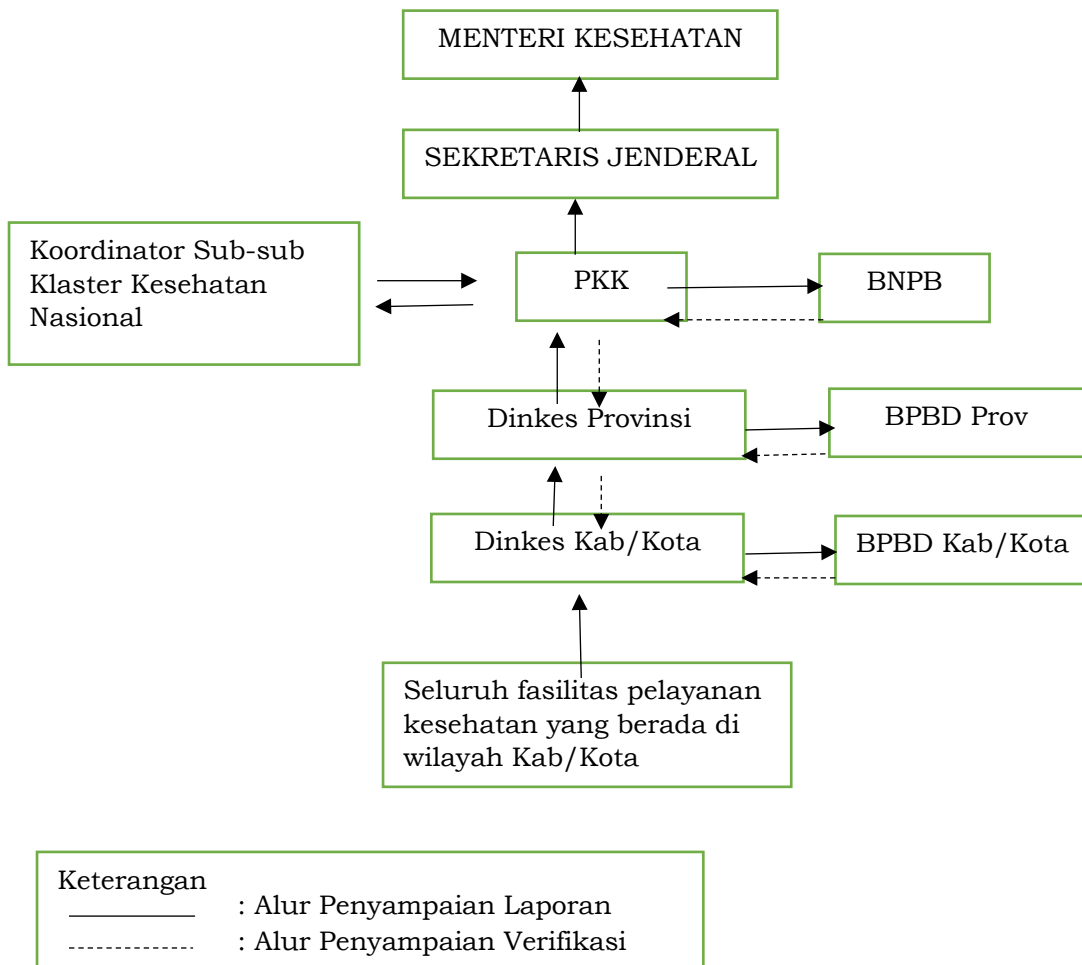
3. Informasi pada tahap Pascakrisis Kesehatan

Informasi pada pascakrisis kesehatan disampaikan setelah masa tanggap darurat berakhir dan sedang dilakukan upaya rehabilitasi serta rekonstruksi. Informasi tersebut meliputi :

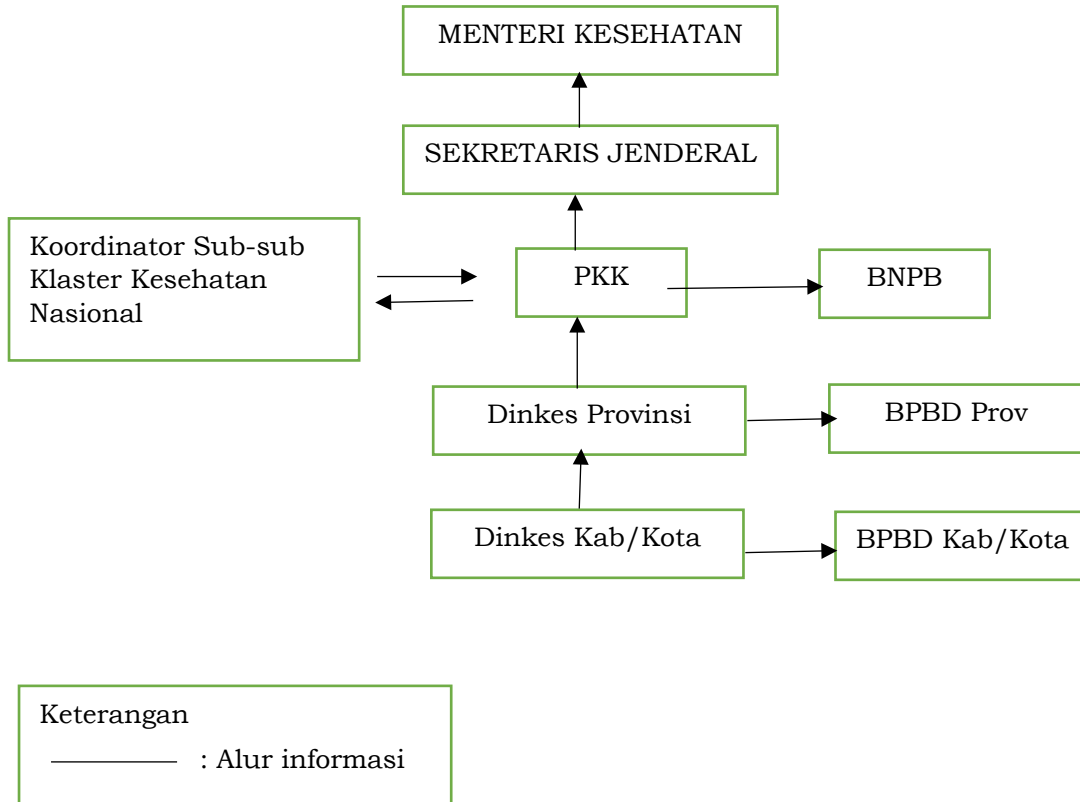
- a. hasil penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pascakrisis kesehatan.
- b. kesepakatan rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan.
- c. hasil monitoring dan evaluasi terkait pelaksanaan kegiatan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan sesuai Renaksi

Informasi yang dibutuhkan untuk penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pascabencana terdapat pada Pedoman Penilaian Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan Bidang Kesehatan Pasca Bencana oleh Kementerian Kesehatan. Sedangkan informasi pelaksanaan upaya Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan disesuaikan dengan format baku masing-masing program.

Bagan 5
Alur Penyampaian Informasi
Hasil Penilaian Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan
Bidang Kesehatan Pasca bencana

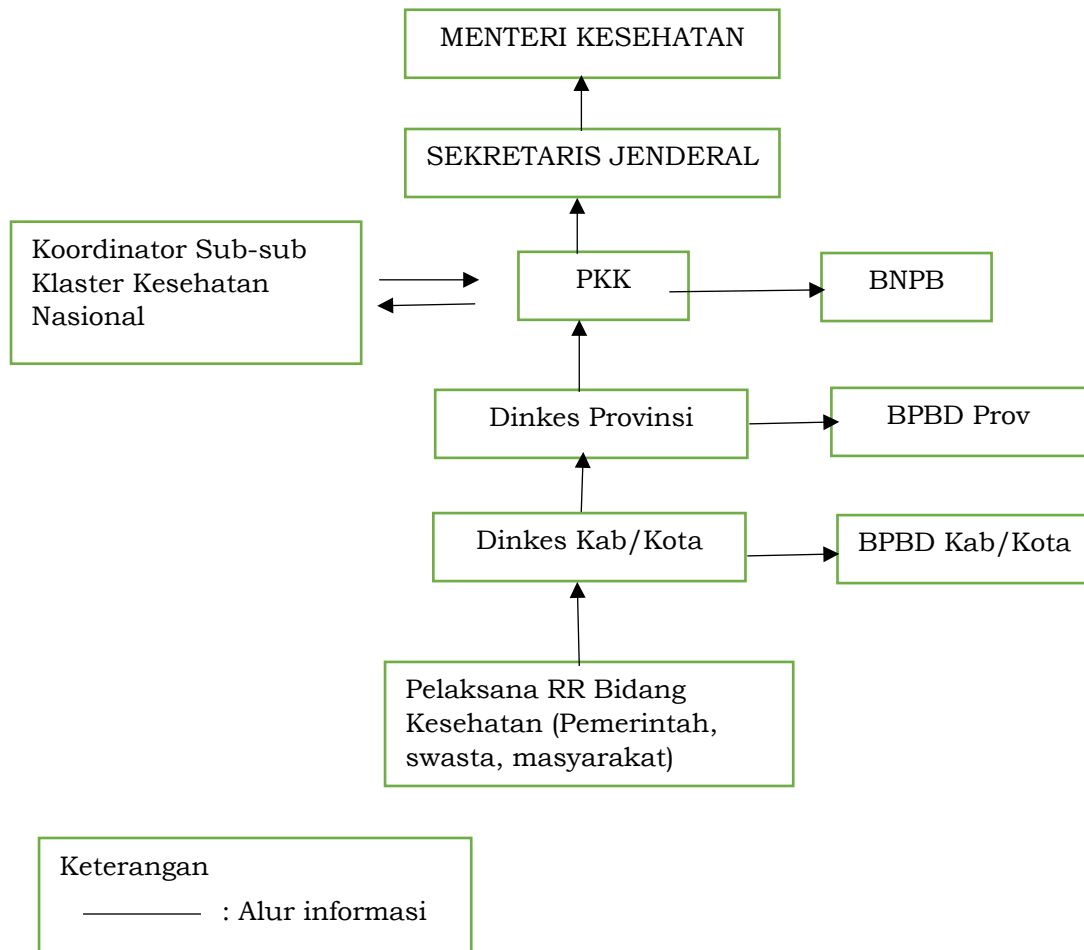


Bagan 6
Alur Penyampaian Informasi
Kesepakatan Rencana Aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan
Bidang Kesehatan



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. Alur Penyampaian Informasi ada pada bagan berikut ini.

Bagan 7
Alur Penyampaian Informasi
Hasil Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan RR Kesehatan



D. Pengelolaan data dan informasi;

Pengelolaan data adalah kegiatan yang meliputi pengumpulan data, pengolahan data, penyajian informasi dan penyebarluasan informasi. Berikut ini akan dibahas masing-masing kegiatan tersebut.

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan melalui pengisian form pelaporan yang berlaku.

Media penyampaian informasi yang dapat digunakan untuk pengumpulan data yaitu : pos, faksimili, telpon, radio komunikasi, komunikasi radio berbasis internet, email, website, media online, jejaring media sosial, aplikasi berbasis android

2. Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan serangkaian kegiatan untuk mengolah data menjadi informasi. Informasi yang dihasilkan berupa:

- a. hasil kajian risiko untuk menentukan prioritas upaya pengurangan risiko baik di level nasional maupun daerah
- b. besaran dan kecenderungan permasalahan kesehatan
- c. kebutuhan sumber daya untuk pelayanan kesehatan dan sanitasi dasar
- d. kebutuhan dan distribusi bantuan
- e. kebutuhan untuk penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan

3. Penyajian dan Penyebarluasan Informasi

Penyajian informasi terkait dengan Penanggulangan Krisis Kesehatan dapat disajikan dalam bentuk tabel, grafik, pemetaan, narasi, gambar, foto, film, slide show, peta dll.

Informasi yang dihasilkan disebarluaskan pada institusi terkait dan pihak yang membutuhkan berupa surat/laporan/buku/artikel/leaflet/poster. Media penyebarluasan informasi dapat melalui media elektronik maupun non elektronik berupa pos, faksimili, telpon, radio komunikasi, komunikasi radio berbasis internet, email, website, media online, jejaring media sosial, aplikasi berbasis android, dan SIPKK Online.

E. Pengembangan Sistem Informasi

Dalam menunjang pelaksanaan tugas untuk pengelolaan data dan informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan secara cepat, tepat dan akurat, perlu dikembangkan sistem informasi yang selaras dengan perkembangan teknologi informasi. Pengembangan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan diarahkan terintegrasi, online, dan realtime. Selain itu pengembangan tersebut dilakukan berdasarkan penelitian dan pengembangan, hasil monitoring dan evaluasi, dan perkembangan kebijakan.

F. Perangkat Sistem Informasi

Pengelolaan Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan menggunakan perangkat Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan yang terdiri atas perangkat keras (elektronik dan non elektronik) serta perangkat lunak. Penggunaan perangkat tersebut harus menyesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan teknologi informasi

serta menghormati hak atas kekayaan intelektual sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Perangkat keras elektronik dan perangkat lunak harus memiliki kemampuan:

- a. menerima, mengirimkan, memproses, dan mempublikasikan dokumen elektronik;
- b. menyimpan data;
- c. membuat cadangan data secara otomatis yang disimpan terpisah untuk mengantisipasi kerusakan atau insiden yang tidak diinginkan;
- d. mudah diperbaiki dengan cepat jika mengalami gangguan, kerusakan, atau insiden yang tidak diinginkan dalam masa pengoperasiannya; dan
- e. mudah adaptasi atau terhubung dengan sistem informasi lainnya yang terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan.

KAJIAN RISIKO KRISIS KESEHATAN PROVINSI

I. UMUM

- 1. Dinas Kesehatan :
- 2. Alamat (lengkap) :
- 3. Telepon :
- 4. Fax :
- 5. Website :
- 6. Email :
- 7. Responden :
 - 1. Nama :
 - Jabatan :
 - No Hp :
 - 2. Nama :
 - Jabatan :
 - No Hp :

II. KARAKTERISTIK WILAYAH

- a. Luas wilayah :
- b. Letak geografis dan batas wilayah :
- c. Kabupaten/kota di wilayahnya :
- d. Topografi :
- e. Jumlah Penduduk :
- f. Akses komunikasi :
- g. Akses transportasi :

III. ANCAMAN BENCANA (HAZARD)

- a. Jenis ancaman bencana di Provinsi (baik alam, non alam maupun sosial):
.....
- b. Riwayat kejadian Krisis Kesehatan 5 tahun terakhir

IV. KERENTANAN

| No. | Indikator | Nilai / Pencapaian | Standard | Keterangan / refrensi |
|-----|--|--------------------|--|---|
| 1. | Indeks Pembangunan Manusia (IPM) | ..... | a. ≥ 80 sangat tinggi b. $70 \leq \text{IPM} < 80$ Tinggi (bagus) c. $60 \leq \text{IPM} < 70$ Sedang (cukup) d. < 60 rendah (buruk) | Sumber ipm.bps.go.id (Badan Pusat Statistik) |
| 2. | Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) | ..... | <ul style="list-style-type: none"> • IPKM > 0.7270 Di atas Rata-rata (bagus) • IPKM $0.6401 - 0.7270$ Rata-rata (cukup) • IPKM < 0.6401 Di bawah Rata-rata (buruk) | Pengkategoriannya menggunakan nilai rata-rata dari IPKM nasional tahun 2013 |

Keterangan :

- Indeks Pembangunan Manusia (IPM) / Human Development Index (HDI) menjelaskan bagaimana penduduk dapat mengakses hasil pembangunan dalam memperoleh pendapatan, kesehatan, pendidikan dan sebagainya. IPM dibentuk oleh 3 dimensi dasar yaitu umur panjang dan hidup sehat, pengetahuan serta standard hidup layak.
- Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) adalah kumpulan indikator kesehatan yang dapat dengan mudah dan langsung diukur untuk menggambarkan masalah kesehatan

V. KAPASITAS

Terdapat 47 indikator kapasitas. Kategori kapasitas dihitung dari pencapaian indikator kapasitas yang terdiri dari 5 komponen kapasitas, yaitu kebijakan/peraturan, penguatan kapasitas, peringatan dini, mitigasi, dan kesiapsiagaan.

| No. | Indikator | Pencapaian (lingkari jawaban yang benar) | Standar | Sesuai Standar | Kurang dari Standar | Keterang an/ Referensi |
|-----|--|---|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| | | | | Centang jawaban yang tepat | | |
| 1 | Kebijakan/Peraturan | | | | | |
| | <i>a. Kebijakan/peraturan</i> | | | | | |
| | 1. Peraturan yang dibuat pemerintah provinsi terkait penanggulangan bencana/Krisis Kesehatan | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 2. Peraturan/SK Kadinkes terkait penanggulangan bencana/Krisis Kesehatan | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 3. Tersedia/SOP Mekanisme Koordinasi Terkait PKK | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | <i>b. Struktur Organisasi Penanggulangan Krisis kesehatan</i> | | | | | |
| | 4. Pelaksanaan pertemuan koordinasi klaster kesehatan | a. Rutin, walau tidak terjadi bencana b. Sewaktu-waktu bila ada kejadian bencana/krisis kesehatan c. Tidak pernah | Rutin, walau tidak terjadi bencana | | | |
| | 5. Unit di Dinkes Kesehatan yang memiliki tugas mengkoordinasikan upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Ada, yaitu Bidang..... b. Tidak ada, sehingga bila terjadi krisis kesehatan yang melaksanakan adalah..... | ada | | | |
| | 6. SK Klaster Kesehatan Provinsi | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | <i>c. Keterlibatan Institusi/Lembaga Non Pemerintahan dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan</i> | | | | | |
| | 7. Dinas Kesehatan telah mengidentifikasi institusi/lembaga non pemerintahan yang dilibatkan dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Ya b. Tidak | Ya | | | |
| | 8. Dinas Kesehatan pernah mengadakan MoU dengan LSM/Instansi/Lembaga non pemerintah dalam | a. Ya b. Tidak | Ya | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| | Penanggulangan Krisis Kesehatan | | | | | |
| 2 | Penguatan Kapasitas | | | | | |
| | a. <i>Fasilitas Pelayanan Kesehatan</i> | | | | | |
| | 9. Pembinaan teknis/ pendampingan kabupaten/kota dalam melakukan penilaian risiko fasilitas pelayanan kesehatan yang aman terhadap berbagai ancaman bencana yang terjadi di eilayah tersebut | a. Melakukan b. Tidak melakukan | Melakukan | | | |
| | b. <i>Sumber daya manusia</i> | | | | | |
| | 10. Ketenagaan pada unit yang mengkoordinir upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan di Dinas Kesehatan | a. Ada, dengan latar belakang pendidikan b. Tidak ada | Ada setidaknya 4 orang S2(2 manajemen dan 2 medis) | | | <i>Kemenke s no. 81/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM di tingkat Prov, Kab/kota dan RS</i> |
| | 11. Tim RHA | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 12. PHRRT | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 13. EMT | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 14. SOP mekanisme mobilitasi tim RHA/EMT/PHRRT saat bencana | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 15. Petugas yang terlatih terkait manajemen Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 16. Petugas yang terlatih terkait teknis medis Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 17. Petugas yang terlatih terkait teknis nin medis Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |

| | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|-----------|--|--|--|
| | 18. Memetakan/mengidentifikasi Petugas Kesehatan di wilayahnya yang siap untuk dimobilisasi pada kondisi bencana | a. Melakukan b. Tidak melakukan | Melakukan | | | |
| | 19. Perencanaan peningkatan kapasitas SDM terkait PKK yang rutin dan berkesinambungan | a. Melakukan b. Tidak melakukan | Melakukan | | | |
| 3 | Peringatan Dini | | | | | |
| | 20. Sosialisasi/peningkatan kapasitas pada kabupaten/kota tentang sistem Peringatan Dini | a. Melakukan b. Tidak melakukan | Melakukan | | | |
| | 21. Memetakan ketersediaan sistem Peringatan dini di kabupaten /kota yang menjadi wilayahnya | a. Melakukan b. Tidak melakukan | Melakukan | | | |
| 4 | Mitigasi | | | | | |
| | <i>a. Pemberdayaan Masyarakat dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan</i> | | | | | |
| | 22. Pembinaan teknis dan pendampingannya dalam rangka pemberdayaan masyarakat dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Melakukan b. Tidak melakukan | Melakukan | | | |
| | 23. Peningkatan kapasitas terkait pemberdayaan masyarakat dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan bagi aparatur provinsi dan kabupaten/kota | a. Melakukan b. Tidak melakukan | Melakukan | | | |
| | <i>b. Kapasitas untuk memetakan risiko Krisis Kesehatan</i> | | | | | |
| | 24. Peta/ pemetaan kapasitas atau data kapasitas sumber daya yang dapat digunakan untuk Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 25. Peta/ pemetaan kelompok rentan per kabupaten kota | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 26. Peta/ pemetaan jenis ancaman bencana per kabupaten/kota | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | <i>c. Anggaran pengurangan risiko kesehatan</i> | | | | | |
| | 27. Dinas Kesehatan mengalokasikan anggaran kegiatan pengurangan risiko Krisis Kesehatan | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | <i>d. Sistem Informasi</i> | | | | | |
| | 28. Data kejadian Krisis Kesehatan 5 tahun terakhir | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |

| | | | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|--|--|--|
| | 29. Daftar kontak person lintas program dan lintas sektor terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana baik di tingkat Kabupaten/Kota maupun Provinsi | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 30. Media informasi yang dapat diakses oleh seluruh masyarakat untuk meningkatkan kesadaran dalam kesiapsiagaan bencana | a. Ada b. Tidak ada | Ada, yaitu (contoh: website, leaflet, bulletin, dsb) | | | |
| | 31. Sarana pengumpulan, pengelolaan data dan penyampaian informasi terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Ada, yaitu..... b. Tidak ada | Ada, yaitu..... (contoh : komputer, telpon, fax, internet, dsb) | | | |
| | 32. Sistem Pemantauan 24 jam | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| <i>Kesiapsiagaan</i> | | | | | | |
| <i>a. Rencana Penanggulangan Krisis Kesehatan dan standard operating procedure</i> | | | | | | |
| | 33. Memfasilitasi/mendukung /mengadvokasi Dinkes kabupaten/kota untuk melakukan penyusunan Rencana Kontijensi Bidang Kesehatan | a. Melakukan b. Tidak melakukan | Melakukan | | | |
| | 34. Memiliki Dokumen renkon bidang kesehatan untuk bencana tingkat provinsi | a. Ada b. Tidak ada | Ada, yaitu Renkon | | | |
| | 35. SOP Pengelolaan obat dan logistik kesehatan bencana | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 36. SOP pengelolaan bantuan relawan | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 37. SOP pemantauan kejadian Krisis Kesehatan | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 38. SOP Pelaporan Kejadian Krisis Kesehatan | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 39. SOP Pelayanan rujukan (pra RS-RS) | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 40. SOP Pelayanan Kesehatan untuk Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| <i>b. Pembiayaan Tanggap Darurat Krisis Kesehatan</i> | | | | | | |
| | 41. Dinas Kesehatan memahami penggunaan Dana Tak Terduga di BPBD | a. Ada b. Tidak ad | Ya | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------|---|----------------------------------|----------|--|--|--|
| | 42. Dinas Kesehatan memahami DSP di BNPB | a. Ada b. Tidak ada | Ya | | | |
| c. Sarana prasarana PKK | | | | | | |
| | 43. Sarana prasarana khusus untuk Penanggulangan Kesehatan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 44. Penyediaan sarana prasarana telah menyesuaikan dengan jenis ancaman bencana di wilayahnya | a. Ya b. Tidak | Ya | | | |
| | 45. Saran prasarana telah mencukupi | a. Ya b. Tidak | Ya | | | |

KESIMPULAN :

1. Ancaman bencana di Provinsi adalah :
2. Kerentanan yang bermasalah adalah
3. Persentase kapasitas Provinsi yaitu%, termasuk kategori, dengan rincian :

| No. | Indikator | Jumlah Indikator | Sesuai Standar | Tidak Sesuai Standar |
|------------------|---------------------|------------------|----------------|----------------------|
| 1. | Kebijakan/Peraturan | 8 | .... | .... |
| 2. | Penguatan kapasitas | 11 | .... | .... |
| 3. | Peringatan Dini | 2 | .... | .... |
| 4. | Mitigasi | 11 | .... | .... |
| 5. | Kesiapsiagaan | 13 | .... | .... |
| Total pencapaian | | 45 | .... | .... |
| Persentase | | 100% |% |% |

Keterangan :

Pengkategorian tingkatan kapasitas daerah ialah sebagai berikut:

- Rendah : pencapaian 1 % - 33 % dari seluruh indikator
 Sedang : pencapaian 34 % - 66 % dari seluruh indikator
 Tinggi : pencapaian 67 % - 100 % dari seluruh indikator

KUESIONER KAJIAN RISIKO KRISIS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA

I. UMUM

1. Dinas Kesehatan :
2. Alamat (lengkap) :
3. Telepon :
4. Fax :
5. Website :
6. Email :
7. Responden :
 1. Nama :
 - Jabatan :
 - No HP :
 2. Nama :
 - Jabatan :
 - No HP :

II. KARAKTERISTIK WILAYAH

- a. Luas wilayah :
- b. Letak dan batas wilayah :
- c. Kecamatan di wilayahnya :
- d. Topografi :
- e. Jumlah Penduduk :
- f. Akses komunikasi :
- g. Akses transportasi :

III. ANCAMAN BENCANA (HAZARD)

- a. Jenis ancaman bencana di Provinsi (baik alam, non alam maupun sosial)
- b. Riwayat kejadian Krisis Kesehatan 5 tahun terakhir :

IV. KERENTANAN

| No. | Indikator | Nilai / Pencapaian | Standard | Keterangan/Referensi |
|-----|---|--------------------|---|---|
| 1. | Indeks Pembangunan Manusia | | a. ≥ 80 sangat tinggi | Sumber : ipm.bps.go.id (Badan Pusat Statistik) |
| | | | b. $70 \leq \text{IPM} < 80$ Tinggi (bagus) | |
| | | | c. $60 \leq \text{IPM} < 70$ sedang (cukup) | |
| | | | d. < 60 rendah (buruk) | |
| 2. | Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat | | • IPKM > 0.7270 Di atas Rata-rata (bagus) | Pengkategoriannya menggunakan nilai rata-rata dari IPKM nasional tahun 2013 |
| | | | • IPKM $0.6401 - 0.7270$ Rata-rata (cukup) | |
| | | | • IPKM < 0.6401 Dibawah Rata-rata (buruk) | |

Keterangan :

- Indeks Pembangunan Manusia (IPM) / Human Development Index (HDI) menjelaskan bagaimana penduduk dapat mengakses hasil pembangunan dalam memperoleh pendapatan, kesehatan, pendidikan dan sebagainya. IPM dibentuk oleh 3 dimensi dasar yaitu umur panjang dan hidup sehat, pengetahuan serta standard hidup layak.
- Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) adalah kumpulan indikator kesehatan yang dapat dengan mudah dan langsung diukur untuk menggambarkan masalah kesehatan

V. KAPASITAS

Terdapat 55 indikator kapasitas. Kategori kapasitas dihitung dari pencapaian indikator kapasitas yang terdiri dari 5 komponen kapasitas, yaitu kebijakan/peraturan, penguatan kapasitas, peringatan dini, mitigasi, dan kesiapsiagaan.

Terdapat 55 indikator, yaitu sebagai berikut

| No. | Indikator | Pencapaian (lingkari jawaban yang benar) | Standar | Sesuai Standar | Kura ng dari Stan dar | Keterangan / Referensi |
|-----|---|---|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| | | | | Centang jawaban yang tepat | | |
| 1. | Kebijakan/Peraturan | | | | | |
| | a. <i>Kebijakan/peraturan</i> | | | | | |
| | 1. peraturan yang dibuat pemerintah provinsi terkait penanggulangan bencana/Krisis Kesehatan | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 2. Peraturan/SK Kadinkes terkait penanggulangan bencana/Krisis Kesehatan | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 3. Tersedia/SOP Mekanisme Koordinasi Terkait PKK | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | b. <i>Struktur Organisasi Penanggulangan Krisis kesehatan</i> | | | | | |
| | 4. Pelaksanaan pertemuan koordinasi klaster kesehatan | a. Rutin, walau tidak terjadi bencana b. Sewaktu-waktu bila ada kejadian bencana/krisis kesehatan c. Tidak pernah | Rutin, walau tidak terjadi bencana | | | |
| | 5. Unit di Dinkes Kesehatan yang memiliki tugas mengkoordinasikan upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Ada, yaitu Bidang..... b. Tidak ada, sehingga bila terjadi krisis kesehatan yang melaksanakan adalah..... | ada | | | |
| | 6. SK Klaster Kesehatan Provinsi | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |

| | | | | | | |
|----|--|---|---------------------------------------|--|--|---|
| | | | | | | |
| | <i>c. Keterlibatan Institusi/Lembaga Non Pemerintahan dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan</i> | | | | | |
| | 7. Dinas Kesehatan telah mengidentifikasi institusi/lembaga non pemerintahan yang dilibatkan dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Melakukan b. Tidak melakukan | Ya | | | |
| | 8. Dinas Kesehatan pernah mengadakan MoU dengan LSM/Instansi/Lembaga non pemerintah dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Ya b. Tidak | Ya | | | |
| 2. | Penguatan Kapasitas | | | | | |
| | <i>a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan</i> | | | | | |
| | 9. Jumlah total seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan | unit | 1 fasyankes / 10.000 penduduk | | | Sumber: a. LOBAL HEALTH CLUSTER SUGGEEST ED SET OF CORE INDICATOR S AND BENCHMA RKS BY CATEGORY (IASC) www.who.int t b. phere handbook 2011 c. |
| | 10. Jumlah Puskesmas | unit | 1 Puskesmas / 50.000 penduduk | | | |
| | 11. Jumlah Rumah Sakit |unit | 1 RS/250.000 penduduk | | | |
| | 12. Kapasitas tempat tidur di RS |TT | 10 TT/10.000 penduduk | | | |
| | 13. Proporsi RS di Kab/Kota yang telah memiliki Tim tanggap darurat bencana RS | RS dari seluruh RS di kabupaten / kota | Tiap RS membentuk tim tanggap darurat | | | Permenkes No. 68 thn 2014 tentang |

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | Bencana untuk membuat dan melaksanakan manajemen penanggulangan Bencana 100% | | | kewajiban RS dan kewajiban pasien |
| | 14. Dinkes memiliki Program yang berkesinambungan untuk mengimplementasi fasilitas pelayanan kesehatan aman bencana | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 15. Dinkes memfasilitasi upaya penilaian risiko fasyankes terhadap berbagai ancaman yang terjadi di wilayah tersebut | a. Ya, sebagian / seluruh fasyankes telah dilakukan penilaian risiko b. Ya, sebagian kecil fasyankes telah dilakukan penilaian risiko c. Belum ada sama sekali | Ya, sebagian /seluruh fasyankes telah dilakukan penilaian risiko | | | |
| <i>b. Sumber daya manusia</i> | | | | | | |
| | 16. Jumlah dokter spesialis | Orang | ≥ 10 dokter spesialis / 100.000 ppdk | | | Peraturan menteri Koordinator kesejahteraan rakyat Nomor 54/2013 tentang Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan tahun 2011-2025 |
| | 17. Jumlah dokter umum | orang | ≥ 40 dokter umum/100.000 ppdk | | | |
| | 18. Jumlah bidan | orang | \geq bidan /100.0000 pddk | | | |
| | 19. Jumlah perawat | orang | \geq perawat /100.000 pddk | | | |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|---|
| | 20. Ketenagaan pada unit yang mengkoordinir upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan di Dinas Kesehatan | a. Ada, dengan latar belakang pendidikan b. Tidak ada | Ada, minimal 2 orang S1 (minimal salah satunya S1 kesehatan) | | | Kepmenkes No. 81/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Prov. Kabupaten/ Kota serta Rumah Sakit |
| | 21. Kepemilikan Tim THA | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 22. Kepemilikan Tim Penyelidikan Epidemiologi | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 23. Kepemilikan Tim Reaksi Cepat/ Tim Gerak Cepat/ Emergency Medical Team/ PHRRT | a. Memiliki b. Tidak memiliki | | | | |
| | 24. Dinkes Kab/kota telah memetakan/ mengidentifikasi tenaga kesehatan yang siap untuk dimobilisasi pada saat bencana | a. Melakukan b. Tidak melakukan | Melakukan | | | |
| <i>c. Penanggulangan Krisis Kesehatan</i> | | | | | | |
| | 25. SOP mekanisme mobilitas tim PKK | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 26. Memiliki petugas yang terlatih manajemen Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 27. Memiliki petugas yang terlatih teknis medis Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|--|--|--|
| | 28. Memiliki petugas yang terlatih teknis non medis Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 29. Perencanaan peningkatan kapasitas SDM terkait PKK yang rutin dan berkesinambungan | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| 3. | Peringatan Dini | | | | | |
| | 30. Sistem Peringatan Dini | a. Ya, sebagian/ seluruh ancaman bencana sudah ada sistem peringatan dininya b. Ya, tapi hanya sebagian kecil ancaman bencana yang ada sistem peringatan dininya c. Tidak ada | Ya, sebagian/seluruh ancaman bencana sudah ada sistem peringatan dininya | | | |
| 4. | Mitigasi | | | | | |
| | <i>a. Pemberdayaan Masyarakat dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan</i> | | | | | |
| | 31. Fasilitas kepada masyarakat dalam rangka pemberdayaan masyarakat terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Melakukan b. Tidak melakukan | Melakukan | | | |
| | <i>b. Kapasitas untuk memetakan risiko Krisis Kesehatan</i> | | | | | |
| | 32. Peta/pemetaan kapasitas atau data kapasitas sumber daya yang dapat digunakan untuk Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 33. Peta/pemetaan kelompok rentan per kecamatan di kabupaten/kota | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |

| | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|--|--|--|
| | 34. Peta/pemetaan jenis ancaman bencana per kecamatan di kabupaten/kota | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| <i>c. Anggaran Pengurangan Risiko Bencana</i> | | | | | | |
| | 35. Dinas kesehatan mengalokasikan anggaran kegiatan pengurangan risiko Krisis Kesehatan | a. Ya b. Tidak | Ya | | | |
| <i>d. Sistem Informasi</i> | | | | | | |
| | 36. Data kejadian Krisis Kesehatan 5 tahun terakhir | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 37. Daftar kontak person lintas program dan lintas sektor terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana baik di tingkat Kabupaten maupun Provinsi | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| | 38. Media informasi yang dapat diakses oleh seluruh masyarakat untuk meningkatkan kesadaran dalam kesiapsiagaan bencana | a. Ada, yaitu..... b. Tidak ada | Ada, yaitu (contoh : website, leaflet, bulletin, dsb) | | | |
| | 39. Sarana pengumpulan pengelolaan data dan penyampaian informasi terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Ada, yaitu..... b. Tidak ada | Ada, yaitu..... (contoh : komputer, telepon, fax, internet, dsb) | | | |
| | 40. Sistem pemantauan 24 jam | a. Ada b. Tidak ada | Ada | | | |
| 5 | Kesiapsiagaan | | | | | |
| <i>a. Rencana Penanggulangan Krisis Kesehatan dan Standard Operating Procedure</i> | | | | | | |
| | 41. Dinas Kesehatan menyusun rencana kontijensi bidang kesehatan | a. Ada, yaitu..... b. Tidak ada | Ada, yaitu Renkon..... | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|-----------|--|--|--|
| | 42. Dinas Kesehatan melakukan TTX, Simulasi, Geladi Bencana Bidang Kesehatan berdasarkan rencana kontijensi yang disusun | a. Melakukan b. Tidak melakukan | Melakukan | | | |
| | 43. SOP Penanganan Korban Bencana di Lapangan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 44. SOP Pengelolaan obat dan logistik kesehatan bencana | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 45. SOP Pengelolaan bantuan relawan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 46. SOP pemantauan kejadian Krisis Kesehatan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 47. SOP pelaporan Kejadian Krisis Kesehatan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 48. SOP sistem rujukan pada kondisi bencana | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 49. SOP Pelayanan Kesehatan untuk Penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| <i>b. Pembiayaan tanggap darurat</i> | | | | | | |
| | 50. Dinas Kesehatan memahami Dana tak Terduga BPBD | a. Ya b. Tidak | Ya | | | |
| | 51. Dinas Kesehatan memahami DSP di BNPB | a. Ya b. Tidak | Ya | | | |
| <i>c. Sasaran prasarana PKK</i> | | | | | | |
| | 52. Sarana prasarana penanggulangan Krisis Kesehatan | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |
| | 53. Penyediaan sarana prasarana telah menyesuaikan dengan jenis ancaman bencana di wilayahnya | a. Ya b. Tidak | Ya | | | |
| | 54. Sarana prasarana telah mencukupi | a. Ya b. Tidak | Ya | | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|----------|--|--|--|
| <i>d. Public Safety Centre</i> | | | | | |
| 55. Pemerintah memiliki PSC 24 jam | a. Memiliki b. Tidak memiliki | Memiliki | | | |

KESIMPULAN :

1. Ancaman bencana di Kabupaten/Kota..... adalah :
2. Kerentanan yang bermasalah adalah
3. Persentase kapasitas Kabupaten/Kota..... yaitu%, termasuk kategori, dengan rincian :

| No. | Indikator | Jumlah Indikator | Sesuai Standar | Tidak Sesuai Standar |
|------------------|---------------------|------------------|----------------|----------------------|
| 1 | Kebijakan/Peraturan | 8 | ... | ... |
| 2 | Penguatan Kapasitas | 21 | ... | ... |
| 3 | Peringatan Dini | 1 | ... | ... |
| 4 | Mitigasi | 10 | ... | ... |
| 5 | Kesiapsiagaan | 15 | ... | ... |
| Total pencapaian | | 55 | ... | ... |
| K. Persentase | | 100% | ...% | ...% |

Keterangan :

Pengkategorian tingkatan kapasitas daerah ialah sebagai berikut:

Rendah : pencapaian 1 % - 33 % dari seluruh indikator

Sedang : pencapaian 34 % - 66 % dari seluruh indikator

Tinggi : pencapaian 67 % - 100 % dari seluruh indikator

d. Pengungsi

| Kab/kota | Kec, dusun/desa | Lokasi Pengungsian | Gangguan jiwa/psikosial | | Jumlah Pengungsi | | | | Jumlah Penduduk Rentan | | | | | | | |
|----------|-----------------|--------------------|-------------------------|--------|------------------|-----|-----|-----|------------------------|--------|-------|--------|-------|------|--------|------|
| | | | Anak | Dewasa | L | P | Jml | KK | Bayi | Balita | Bumil | Buteki | Cacat | | Lansia | |
| | | | | | | | | | | | | | L | P | L | P |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

G. 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. Sumber air bersih yang digunakan

- Tercemar
- Tidak tercemar

H. KONDISI FASILITAS KESEHATAN

| No. | Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dsb) | Kondisi | | Fungsi Pelayanan | |
|-----|---|-------------|-------|------------------|-----------------|
| | | Tidak Rusak | Rusak | Berfungsi | Tidak Berfungsi |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| | a. | | | | |
| | b. | | | | |
| | c. | | | | |
| | d. | | | | |

I. 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.....
6. Upaya Sub Klaster DVI.....
7. Upaya Tim Logistik Kesehatan.....

J. HAMBATAN PELAYANAN KESEHATAN

- a.
- b.

K. BANTUAN YANG DIPERLUKAN SEGERA

1.
2.
3. Dst.

L. RENCANA TINDAK LANJUT

.....

...../...../20.....

Pelapor

Instansi :

Jabatan :

(.....)

NIP.

Formulir dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

PETUNJUK PENGISIAN
FORMULIR PELAPORAN AWAL KEJADIAN KRISIS KESEHATAN
DINKES KAB./KOTA/PROVINSI

- A. Diisi nama Dinkes/PPK Sub Regional/PPK Regional yang melaporkan.
- B. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial. Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- C. Diisi tanggal, bulan, tahun, dan jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- D. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain :
 - Intensitas, misalnya banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, misalnya kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca banjir, dsb
 - Penyebab, misalnya banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum misalnya rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- E. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut. Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- F. Jumlah Korban
 - a. Korban meninggal
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.

- (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
- b. Korban hilang
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang.
- c. Cukup Jelas
- d. Cukup jelas.
- G. Cukup jelas
- H. Kondisi Fasilitas Kesehatan
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes dsb) dan/atau sediaan farmasi (misalnya obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan.
 - (3) Cukup jelas
 - (4) Cukup jelas
 - (5) Fungsi pelayanan berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut masih dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan
 - (6) Fungsi pelayanan tidak berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut tidak dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan
- I. Cukup jelas
- J. Cukup jelas
- K. Cukup jelas
- L. Cukup jelas

FORMULIR PELAPORAN PENILAIAN CEPAT KESEHATAN
KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

A. NAMA DINKES :

B. JENIS BENCANA :.....

C. WAKTU KEJADIAN BENCANA :

Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:

D. DESKRIPSI BENCANA:

.....

E. LOKASI BENCANA

| Prov. | Kabupaten/Kota | Kec. | Desa/Dusun | Jumlah Penduduk Terancam | Topografi |
|-------|----------------|------|------------|--------------------------|-----------|
| | | | | | |

F. JUMLAH KORBAN

a. Korban meninggal

| No. | Nama | Jenis Kelamin | Usia | Kewarganegaraan (No. Passport)* | Alamat Korban | Tempat meninggal | Penyebab Kematian |
|-----|------|---------------|------|---------------------------------|---------------|------------------|-------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) |
| | | | | | | | |

Cat.: *khusus untuk korban WNA

b. Korban hilang

| No. | Nama | Jenis Kelamin | Usia | Kewarganegaraan (No. Passport)* | Alamat Korban | Lokasi Hilang |
|-----|------|---------------|------|---------------------------------|---------------|---------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) |
| | | | | | | |

c. 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 Penyakit rawat jalan terbanyak tiap fasyankes | Jumlah gangguan jiwa / psikososial | |
|--------|---|------------|-----|-----|--|-------------|-----|-----|---|------------------------------------|--------|
| | | L | P | Jml | | L | P | Jml | | Anak | Dewasa |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) |
| | | | | | | | | | | | |
| Jumlah | | | | | | | | | | | |

d. Jenis penyakit yang berpotensi KLB adalah

e. Pengungsi dan penduduk rentan:

| Kab/Kota | Kec dan dusun/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 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jumlah | | | | | | | | | | | | | | | | | |

E. FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK

Nama Fasilitas Kesehatan

| Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, | Kondisi | | | Fungsi Pelayanan | |
|---|-------------|--------------|--------------|------------------|-----------------|
| | Rusak Berat | Rusak Sedang | Rusak Ringan | Masih Berfungsi | Tidak Berfungsi |
| | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dsb) | | | | | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| a. | | | | | |
| b. | | | | | |
| c. | | | | | |
| d. | | | | | |

G. 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

H. KONDISI SANITASI DAN KESEHATAN LINGKUNGAN DI LOKASI PENAMPUNGAN PENGUNSI

| No. | Jenis Fasilitas | Kondisi | |
|-----|---------------------------------|--|--|
| (1) | (2) | (3) | |
| 1 | Jenis tempat penampungan | <ul style="list-style-type: none"> • Bangunan permanen | <ul style="list-style-type: none"> • Bangunan darurat |
| 2 | Kapasitas penampungan pengungsi | <ul style="list-style-type: none"> • Memadai (min. 3m²/or) | <ul style="list-style-type: none"> • Tidak memadai |

I. 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:
 - 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. | Jenis Fasilitas | Kondisi | |
|-----|---------------------------------|---|--------------------|
| (1) | (2) | (3) | |
| 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 15L/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. 3m ² / 60 or) | • Tidak memadai |

K. REKOMENDASI

1.
2.
3.
4. dst

...../...../20.....

Yang melaporkan
Ketua Tim

Mengetahui,*
Kepala Dinas Kesehatan
Kab/Kota

NIP.

NIP.

Cat.: *Penandatanganan disesuaikan dengan alur penyampaian laporan
Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

PETUNJUK PENGISIAN
FORMULIR PELAPORAN PENILAIAN CEPAT KESEHATAN
KEJADIAN KRISIS KESEHATAN

- A. Diisi nama Dinkes/PPK Sub Regional/PPK Regional yang melaporkan
- B. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial. Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- C. Diisi tanggal, bulan, tahun, dan jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- D. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain:
- Intensitas, misalnya banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, misalnya kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca banjir, dsb
 - Penyebab, misalnya banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, misalnya rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- E. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis kesehatan tersebut. Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- F. Jumlah Korban
- a. Korban meninggal .
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.

- (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.
 - (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
- b. Korban hilang.
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang.
- c. Luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan
- (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Lokasi (Kab/Kota) diisi nama fasilitas pelayanan kesehatan yang merawat korban serta nama kabupaten/kota tempat fasilitas tersebut berada.
 - (3) Rawat Inap L diisi jumlah korban laki-laki yang dirawat inap.
 - (4) Rawat Inap P diisi jumlah korban perempuan yang dirawat inap .
 - (5) Jml yaitu penjumlahan (3) dan (4)
 - (6) 5 kasus rawat inap terbanyak tiap fasyankes diisi 5 jenis penyakit rawat inap yang terbanyak pada masing-masing fasyankes
 - (7) Rawat Jalan L diisi jumlah korban laki-laki yang dirawat jalan.
 - (8) Rawat Jalan P diisi jumlah korban perempuan yang dirawat jalan.
 - (9) Jml yaitu penjumlahan (7) dan (8)

- (10) 5 kasus rawat jalan terbanyak tiap fasyankes diisi 5 jenis penyakit rawat jalan yang terbanyak di masing-masing fasyankes.
 - (11) Jumlah gangguan jiwa/psikososial anak diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada anak (usia < 18 tahun) yang ditemukan pada tiap fasyankes baik rawat inap maupun rawat jalan.
 - (12) Jumlah gangguan jiwa/psikososial dewasa diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada orang dewasa (\geq 18 tahun) yang ditemukan pada tiap fasyankes baik rawat inap maupun rawat jalan.
- d. Jenis penyakit yang berpotensi KLB diisi dengan kesimpulan hasil analisis dari data dan informasi yang didapat mengenai jenis penyakit potensi KLB di wilayah tersebut.
- e. Pengungsi dan penduduk rentan .
- (1) Kab/Kota diisi nama kabupaten/kota tempat pengungsian
 - (2) Kec. & dusun/desa diisi nama kecamatan dan dusun atau desa tempat pengungsian.
 - (3) Cukup jelas
 - (4) Jumlah gangguan jiwa/psikososial anak diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada anak (usia < 18 tahun) yang ditemukan pada tiap pengungsian.
 - (5) Jumlah gangguan jiwa/psikososial dewasa diisi kasus gangguan jiwa/psikososial pada orang dewasa (\geq 18 tahun) yang ditemukan pada tiap pengungsian.
 - (6) Cukup jelas.
 - (7) Cukup jelas
 - (8) Jml yaitu penjumlahan (6) dan (7)
 - (9) KK yaitu jumlah seluruh kepala keluarga dalam pengungsian tersebut
 - (10) Bayi yaitu jumlah seluruh anak usia 0 – 11 bulan yang berada dalam pengungsian tersebut.
 - (11) Balita yaitu jumlah seluruh anak usia 12 – 60 bulan yang berada dalam pengungsian tersebut.
 - (12) – (17) Cukup jelas

G. Fasilitas Kesehatan yang Rusak

- (1) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes dsb) dan/atau sediaan farmasi (misalnya obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan.
- (2) Kondisi Rusak Berat ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut
- (3) Kondisi Rusak Sedang ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut
- (4) Kondisi Rusak Ringan ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut
- (5) Fungsi pelayanan berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut masih dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan
- (6) Fungsi pelayanan tidak berfungsi ditandai check list (√) bila fasilitas kesehatan tersebut tidak dapat difungsikan untuk pelayanan kesehatan

H. Cukup Jelas

I. Kondisi Sanitasi dan Kesehatan Lingkungan di Lokasi Pengungsi

- (1) No yaitu nomor urutan
- (2) Cukup jelas
- (3) Kondisi ditandai check list (√) pada salah satunya
 1. 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 bencana (?) misalnya tenda darurat.
 2. Kapasitas penampungan pengungsi: cukup jelas
 3. Kapasitas penyediaan air bersih : cukup jelas
 4. Sarana Jamban Darurat : cukup jelas
 5. Tempat pembuangan sampah : cukup jelas
 6. Sarana SPAL: cukup jelas

7. Penerangan : cukup jelas

J. Ketersediaan Sumber Daya

Dinas Kesehatan

Diisi dengan ditandai check list (√)

a. Perbekalan kesehatan

- (1) Obat dan Bahan Habis Pakai, cukup bila
- (2) Alat kesehatan, cukup bila
- (3) Bahan sanitasi
 - a) Kaporit, cukup bila
 - b) PAC, cukup bila
 - c) Aquatab, cukup bila
 - d) Kantong sampah, cukup bila
 - e) Repellent lalat, cukup bila
 - f)Hygiene kit, cukup bila
- (4) Persalinan Kit, cukup bila
- (5) SDM, cukup bila jumlahnya..... dan kompetensinya memenuhi bila.....

b. Sarana Pendukung Pelayanan Kesehatan

- (1) Transportasi operasional pelayanan kesehatan, cukup bila
- (2) Alat komunikasi, cukup bila
- (3) Sarana listrik, cukup jelas

Rumah Sakit / Puskesmas

Diisi dengan ditandai check list (√)

a. Perbekalan kesehatan

- (1) Obat dan Bahan Habis Pakai, cukup bila
- (2) Alat kesehatan, cukup bila
- (3) Bahan sanitasi
 - a) Kaporit, cukup bila
 - b) PAC, cukup bila
 - c) Aquatab, cukup bila
 - d) Kantong sampah, cukup bila
 - e) Repellent lalat, cukup bila
 - f)Hygiene kit, cukup bila
- (4) Persalinan Kit, cukup bila
- (5) Air, cukup bila

- (6) Tempat tidur, cukup bila
- b. Kebutuhan tenaga kesehatan
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Lokasi (Kab/Kota) diisi nama fasilitas pelayanan kesehatan yang merawat korban serta nama kabupaten/kota tempat fasilitas tersebut berada.
 - (3) Jenis tenaga yang tersedia diisi dengan
 - (4) Jumlah tenaga yang tersedia diisi dengan jumlah dari masing-masing jenis tenaga
 - (5) Jenis tenaga yang dibutuhkan diisi dengan
 - (6) Jumlah tenaga yang dibutuhkan diisi dengan diisi dengan jumlah dari masing-masing jenis tenaga
 - (7) Keterangan diisi dengan
- c. Sarana Pendukung Pelayanan Kesehatan
 - a. Transportasi operasional pelayanan kesehatan, cukup bila
 - b. Alat komunikasi, cukup bila
 - c. Sarana listrik untuk pelayanan kesehatan, cukup jelas.

- K. Cukup jelas
- L. Cukup jelas
- M. Cukup jelas

FORMULIR PELAPORAN PERKEMBANGAN KEJADIAN KRISIS
DINKES KAB/KOTA/PROVINSI

- A. NAMA DINKES :
- B. JENIS BENCANA :
- C. WAKTU KEJADIAN BENCANA :
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:
- D. WAKTU PELAPORAN:
Tanggal: Bulan:..... Tahun: Pukul:
- E. DESKRIPSI BENCANA :
.....
- F. LOKASI BENCANA :

| Prov. | Kabupaten/Kota | Kec. | Desa/Dusun | Penduduk yang Terancam | Topografi |
|-------|----------------|------|------------|------------------------|-----------|
| | | | | | |

G. JUMLAH KORBAN KEADAAN TERAKHIR

1. Korban meninggal

| No. | Nama | Jenis Kelamin | Usia | Kewarganegaraan (No. Passport)* | Alamat Korban | Tempat meninggal | Penyebab Kematian |
|-----|------|---------------|------|---------------------------------|---------------|------------------|-------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) |
| | | | | | | | |

Cat.: *khusus untuk korban WNA

2. Korban hilang

| No. | Nama | Jenis Kelamin | Usia | Kewarganegaraan (No. Passport)* | Alamat Korban | Lokasi Hilang |
|-----|------|---------------|------|---------------------------------|---------------|---------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) |
| | | | | | | |

Cat.: *khusus untuk korban WNA

3. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

| No | Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Kab/Kota) | Rawat Inap | | | | | | Rawat Jalan | | | | | | Ket. |
|--------|---|------------------|-----|-----|---------------------------|-----|-----|----------------------|------|------|------------------|------|------|------|
| | | Masih Rawat Inap | | | Pulang Sembuh (kumulatif) | | | Rawat Jalan Hari Ini | | | Jumlah Kumulatif | | | |
| | | L | P | Jml | L | P | Jml | L | P | Jml | L | P | Jml | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) |
| JUMLAH | | | | | | | | | | | | | | |

Keterangan : Pulang sembuh (kumulatif) adalah jumlah seluruh korban rawat inap sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.

2. Pengungsi dan penduduk rentan

| Kab/Kota | Kec dan dusun/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 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) |
| Jumlah | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. Jenis penyakit yang dirawat jalan :

- (a) Trend penyakit potensi KLB
- (b) Jumlah kasus gangguan jiwa/psikososial

4. Kondisi gizi pengungsi (sasaran anak usia 0 – 60 bulan) :

| Indeks | Kategori Status Gizi | Jumlah | Ambang Batas (Z score) |
|---|----------------------|--------|------------------------|
| Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) | a. Sangat Kurus | | < -3 SD |
| | b. Kurus | | -3 SD sd < -2 SD |
| | c. Normal | | -2 SD sd 2 SD |
| | d. Gemuk | | >2 SD |

Persentase balita kurus dan sangat kurus terhadap jumlah anak yang diukur dan ditimbang

H. FASILITAS KESEHATAN YANG RUSAK

| Nama Fasilitas Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dsb) | Kondisi | | | Fungsi Pelayanan | |
|---|--------------|--------------|-------------|------------------|-----------------|
| | Rusak Ringan | Rusak Sedang | Rusak Berat | Berfungsi | Tidak Berfungsi |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| a. | | | | | |
| b. | | | | | |
| c. | | | | | |
| d. dst | | | | | |

I. PERKEMBANGAN KONDISI KESEHATAN KORBAN

a. Jenis Penyakit Rawat Jalan (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RSU, RSK, RS Lapangan, Puskesmas, Pos Kesehatan)

| No. | Diagnosa | Umur | | | Jenis Kelamin | | |
|-----|----------|--------|-------|--------|---------------|-----|--------|
| | | < 5 th | >5 th | Jumlah | L | P | Jumlah |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) |
| | | | | | | | |
| | Jumlah | | | | | | |

- b. Jenis Penyakit Rawat Inap (Kumulatif) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RSU, RSK, RS Lapangan, Puskesmas, Pos Kesehatan)

| No. | Diagnosa | Umur | | | Jenis Kelamin | | |
|--------|----------|--------|-------|--------|---------------|-----|--------|
| | | < 5 th | >5 th | Jumlah | L | P | Jumlah |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) |
| | | | | | | | |
| Jumlah | | | | | | | |

- c. Perkembangan Kasus Spesifik Rawat Inap, misalnya patah tulang, luka bakar, operasi, dll (dari jumlah kasus yang dipantau) :

| No. | Nama Fasilitas Kesehatan | Rawat Inap | | | | | | | | | Ket. |
|-----|--------------------------|-------------|-----|-----|------------------|-----|-----|---------------|------|------|------|
| | | Pasien Baru | | | Masih Rawat Inap | | | Pulang Sembuh | | | |
| | | L | P | Jml | L | P | Jml | L | P | Jml | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Keterangan : Kasus spesifik rawat inap yang dimaksud jenis penyakit yang banyak terjadi akibat krisis dan kasus yang hendak dipantau berdasarkan kebijakan saat itu. Contoh : Pada gempa DIY dan Jateng pada tahun 2006 kasus yang dipantau adalah kasus yang dioperasi, patah tulang dan tetanus. Saat banjir DKI tahun 2007, kasus yang dipantau yaitu Leptospirosis. Pada letusan Merapi tahun 2010 kasus yang dipantau adalah kasus luka bakar.

J. 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.....
- 6. Upaya Sub Klaster
DVI.....
- 7. Upaya Tim Logistik
Kesehatan.....

K. PERMASALAHAN YANG ADA

- a.
- b.
- c. dst

L. BANTUAN SEGERA YANG DIPERLUKAN

- a.
- b.
- c. dst

M. RENCANA TINDAK LANJUT

- a.
- b.
- c. dst

...../...../20....

Mengetahui,

Kepala Dinas Kesehatan

Petugas yang melaporkan

NIP.

NIP.

Formulir dapat dikembangkan sesuai
kebutuhan

PETUNJUK PENGISIAN
FORMULIR PELAPORAN PERKEMBANGAN KEJADIAN KRISIS
DINKES KAB/KOTA/PROVINSI

- A. Diisi nama Dinkes Kab/Kota/Prov yang melaporkan
- B. Diisi dengan jenis kejadian krisis kesehatan baik alam, non alam maupun sosial. Contoh: banjir, kecelakaan industri, konflik sosial, dsb.
- C. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat kejadian krisis kesehatan tersebut mulai terjadi.
- D. Diisi tanggal, bulan, tahun serta jam saat laporan tersebut dibuat.
- E. Uraian singkat tentang kejadian krisis kesehatan tersebut, antara lain:
- Intensitas, misalnya banjir dengan ketinggian 3 meter, gempa 7,9 SR, dsb.
 - Krisis susulan, misalnya kebakaran pasca gempa, tanah longsor pasca-banjir, dsb
 - Penyebab, misalnya banjir bandang akibat tanggul yang bocor, banjir karena hujan terus menerus, dsb.
 - Dampak secara umum, misalnya rumah penduduk dan fasilitas umum yang rusak, jembatan roboh, dsb.
- F. Diisi nama provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/dusun yang terkena krisis. Penduduk yang terancam adalah jumlah penduduk yang berada di wilayah terkena krisis tersebut Topografi adalah bentuk permukaan wilayah tersebut (pegunungan, pantai, lembah, dsb).
- G. Jumlah Korban Keadaan Terakhir
1. Korban meninggal.
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban meninggal.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (No. Passport) diisi dengan kewarganegaraan korban meninggal tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor pasportnya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Tempat meninggal diisi dengan lokasi di mana korban tersebut meninggal.

- (8) Penyebab kematian diisi dengan diagnosa dokter mengenai penyebab kematian korban tersebut.
2. Korban hilang.
 - (1) No yaitu nomor urutan
 - (2) Nama diisi dengan nama korban hilang.
 - (3) Jenis kelamin cukup jelas.
 - (4) Usia cukup jelas.
 - (5) Kewarganegaraan (paspor) diisi dengan kewarganegaraan korban hilang tersebut. Bila WNA, maka dituliskan nomor paspornya.
 - (6) Alamat korban diisi dengan alamat tempat korban tersebut tinggal.
 - (7) Lokasi hilang diisi dengan lokasi terakhir korban tersebut berada sebelum menghilang .
 3. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan
 - (1) No yaitu nomor urut
 - (2) Nama fasilitas pelayanan kesehatan dan lokasinya (kab/Kota) diisi nama fasilitas pelayanan kesehatan yang merawat korban serta nama kabupaten/kota tempat fasilitas tersebut berada.
 - (3) Masih rawat inap L adalah jumlah korban laki-laki yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
 - (4) Masih rawat inap P adalah jumlah korban perempuan yang pada saat laporan dibuat masih dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.
 - (5) Jml merupakan penjumlahan (3) dan (4)
 - (6) Pulang sembuh (kumulatif) L adalah jumlah seluruh korban rawat inap laki-laki sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.
 - (7) Pulang sembuh (kumulatif) P adalah jumlah seluruh korban rawat inap perempuan sejak awal kejadian krisis hingga laporan dibuat, yang sudah dipulangkan dalam kondisi sembuh atau membaik.

- (8) Jml merupakan penjumlahan (7) dan (8)
- (9) Rawat jalan hari ini L adalah jumlah korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
- (10) Rawat jalan hari ini P adalah jumlah korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan pada hari pembuatan laporan.
- (11) Jumlah yaitu (9) ditambah (10)
- (12) Jumlah kumulatif (rawat jalan) L adalah seluruh korban laki-laki yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat.
- (13) Jumlah kumulatif (rawat jalan) P adalah seluruh korban perempuan yang melakukan rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan sejak awal terjadinya krisis hingga laporan dibuat
- (14) Jumlah yaitu (12) ditambah (13)
- (15) Ket. dituliskan bila ada hal-hal lain yang ingin diterangkan. Misalnya bila ada pasien dirujuk maka ditulis jumlah serta tujuan rujukan, dsb.

Jumlah total rawat inap adalah “masih rawat inap” ditambah “pulang sembuh (kumulatif)”.

4. Cukup jelas
5. Informasi trend penyakit yang dirawat jalan dapat disajikan dalam bentuk tabel dan atau grafik. Trend penyakit tersebut merepresentasikan kondisi korban yang dirawat jalan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dari hari ke hari.
6. Cukup jelas

H. Fasilitas kesehatan yang rusak

- (1) Nama fasilitas kesehatan diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, dsb) dan/atau sediaan farmasi (misalnya obat-obatan) dan/atau sarana penunjang (contoh cold chain, genset, dll) yang mengalami kerusakan akibat krisis.
- (2)-(4) Diisi dengan tingkat kerusakan fasilitas kesehatan tersebut berdasarkan kebijakan daerah setempat.
- (5)-(6) cukup jelas
diisi dengan fasilitas pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, dsb), sediaan farmasi (misalnya obat-obatan) dan sarana penunjang

(misalnya *cold chain*, *genset*) yang mengalami kerusakan akibat krisis.

I. Perkembangan Kondisi Kesehatan Korban

a-b Cukup Jelas

c. Kasus spesifik rawat inap yang dimaksud jenis penyakit yang banyak terjadi akibat krisis dan kasus yang hendak dipantau berdasarkan kebijakan saat itu. Contoh : Pada gempa DIY dan Jateng pada tahun 2006 kasus yang dipantau adalah kasus yang dioperasi, patah tulang dan tetanus. Saat banjir DKI tahun 2007, kasus yang dipantau yaitu Leptospirosis. Pada letusan Merapi tahun 2010 kasus yang dipantau adalah kasus luka bakar.

J. Cukup jelas

K. Cukup jelas

L. Cukup jelas

M. Cukup Jelas

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pembinaan dan pengawasan dapat dilakukan melalui:

1. Advokasi dan sosialisasi.
 - a. memastikan pemahaman yang sama tentang penanggulangan krisis kesehatan dan pendekatan sistem klaster kesehatan di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.
 - b. mendorong implementasi klaster kesehatan, termasuk dalam hal penanggulangan penanggulangan krisis kesehatan;
 - c. mendorong keterlibatan berbagai pihak termasuk lembaga pendidikan, donor dan lembaga usaha dalam upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan.

2. Supervisi dan asistensi.

Supervisi dan asistensi dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan atau atas permintaan. Penanggung jawab ditingkat Pusat oleh Kementerian Kesehatan dan di daerah oleh Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota. Supervisi dilakukan untuk mengetahui kekurangan dan kelebihan upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan serta penyebabnya agar sesuai perencanaan dan kebutuhannya.

3. Pemantauan dan evaluasi.

Pemantauan dan evaluasi upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan dilakukan dengan tujuan menilai atau mengukur keberhasilan kegiatan yang dilaksanakan dengan menyelaraskan kebijakan teknis bidang kesehatan dengan upaya-upaya dan permasalahan yang terkait dengan penanganan tanggap darurat dan pemulihan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemantauan dan evaluasi :

- a. pemantauan dan evaluasi harus menjadi bagian tak terpisahkan dalam strategi tanggap darurat.
- b. anggota Klaster Kesehatan harus bersama-sama memantau dan mengevaluasi pelaksanaan tanggap darurat.
- c. klaster dapat mengorganisir pemantauan bersama untuk program anggota klaster.
- d. pemantauan dan evaluasi harus mempertimbangkan masalah-masalah daerah dan terkait

- e. pemantauan dan evaluasi harus bersifat partisipatif dengan mengakomodir pendapat pemangku kepentingan dari sektor kesehatan termasuk komunitas setempat.
- f. pemantauan berkala harus dimulai dari tahap awal tanggap darurat dan berfokus pada beberapa indikator utama untuk memutakhirkan data di lapangan
- g. setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh anggota sub Klaster Kesehatan dalam upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan wajib dilaporkan pada Koordinator Klaster Kesehatan
- h. evaluasi dapat dilakukan kapanpun sesuai kebutuhan. Klaster Kesehatan harus berpartisipasi dalam evaluasi lintas sektor.

BAB IX
PENUTUP

Penanggulangan Krisis Kesehatan harus diselenggarakan secara terintegrasi dan bersinergi antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota termasuk BNPB dan BPBD baik pada saat prakrisis kesehatan, darurat krisis kesehatan, maupun pascakrisis kesehatan.

Dengan ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan, diharapkan seluruh pemangku kepentingan Penanggulangan Krisis Kesehatan baik di tingkat daerah dan pusat dapat menyelenggarakan sistem Penanggulangan Krisis Kesehatan secara terkoordinasi, terencana, terpadu, dan menyeluruh, sehingga dapat memberikan perlindungan kepada masyarakat dari ancaman, risiko, dan dampak permasalahan kesehatan.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

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



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum
NIP 196504081988031002