



610 734 9

Ind

p

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

DEPARTEMEN KESEHATAN RI
2006

610 734 9
Ind
P

Katalog Dalam Terbitan Departemen Kesehatan RI
Indonesia. Departemen Kesehatan. Pusat Penanggulangan Krisis
Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam
Penanggulangan Bencana.
Jakarta, Departemen Kesehatan 2006



SAMBUTAN
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas karunia-Nya kita dapat menyelesaikan penyusunan Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana.

Seperti kita ketahui bersama, penyelenggaraan pembangunan kesehatan perlu didukung antara lain oleh pengembangan sumber daya manusia di bidang kesehatan.

Upaya pengembangan sumber daya manusia di bidang kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pemberdayaan dan penyediaan sumber daya manusia di bidang kesehatan dari masyarakat dan pemerintah yang bermutu dalam jumlah dan jenis yang sesuai dengan kebutuhan.

Dengan adanya otonomi di bidang kesehatan dimana salah satu fungsi pemerintah pusat adalah mempersiapkan standar-standar dan pedoman-pedoman, maka dengan tersusunnya Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana ini, kami harapkan tersedianya sumber daya yang sesuai dengan peruntukannya.

Kami menyambut baik tersusunnya Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana dan saya mengharapkan agar pedoman ini dapat disosialisasikan dan digunakan sebagai acuan oleh seluruh institusi kesehatan di seluruh Indonesia dalam mempersiapkan sumber daya di unit-unit lingkungan kerja mereka masing-masing.

Kepada semua pihak yang membantu tersusunnya Buku ini, kami ucapkan terima kasih.



Jakarta, 17 Oktober 2006

MENTERI KESEHATAN

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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

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

T E N T A N G

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

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

- menimbang :
- a. bahwa kondisi geografis dan demografis Indonesia rawan terhadap bencana, baik bencana alam (*natural disaster*) maupun bencana karena ulah manusia (*man made disaster*);
 - b. bahwa untuk penanggulangan krisis akibat bencana secara optimal diperlukan kesiapsiagaan dari semua unsur termasuk di dalamnya kesiapsiagaan SDM Kesehatan;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan dimaksud pada huruf a dan b perlu Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan.

- Mengingat :
1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 2. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116 Tambahan Lembaran Negara Nomor 9431);
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49 Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

4. Keputusan Presiden Nomor 102 Tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
5. Keputusan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1419/MENKES/PER/X/2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/PER/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Depkes;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 448/Menkes/SK/VI/1993 tentang Pembentukan Tim Kesehatan Penanggulangan Korban Bencana di setiap Rumah Sakit;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 979/Menkes/SK/IX/2001 tentang Prosedur Tetap Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1362/Menkes/SK/XII/2001 tentang Kebijakan dan Strategi Nasional Penanggulangan Masalah Kesehatan akibat Kedaruratan dan Bencana Tahun 2002-2005;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kab/Kota serta Rumah Sakit.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

MEMUTUSKAN

Menetapkan

- Pertama : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) KESEHATAN DALAM PENANGGULANGAN BENCANA
- Kedua : Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua menjadi acuan bagi aparaturnya kesehatan di Pusat, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Pengelolaan Sumber Daya Manusia kesehatan dalam penanggulangan bencana.
- Keempat : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : Jakarta
Pada Tanggal : 1 Februari 2006



MENTERI KESEHATAN

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

KATA PENGANTAR

Pertama-tama, marilah kita panjatkan puji dan syukur ke Hadirat Allah SWT karena atas ijin-Nya buku Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana ini dapat diselesaikan dan dihadirkan dihadapan pembaca.

Telah kita ketahui bersama bahwa wilayah provinsi-provinsi Indonesia rawan akan terjadinya bencana. Hal ini dikarenakan Negara Indonesia ditinjau dari letak geografi, kondisi topografi, keadaan iklim, dinamika bumi, faktor demografi, dan kondisi sosial ekonomi masyarakatnya, rawan terhadap bencana alam. Dengan demikian kemungkinan terjadinya bencana yang diakibatkan oleh alam maupun karena ulah manusia cukup besar dan setiap saat bisa terjadi tanpa dapat diperkirakan secara tepat waktu, tempat maupun intensitasnya.

Kejadian bencana biasanya diikuti dengan timbulnya korban manusia maupun kerugian harta benda. Terdapatnya korban manusia akan menyebabkan kerawanan status kesehatan pada masyarakat yang terkena bencana dan masyarakat yang berada disekitar daerah bencana.

Oleh karena itu, percepatan penanganan korban tidak saja perlu dilakukan pada masa tanggap darurat, tetapi upaya kesiapsiagaan yang sedini mungkin juga dilakukan sehingga jumlah korban dapat diminimalkan. Salah satu kendala yang sering dijumpai dalam upaya penanggulangan krisis kesehatan di daerah bencana adalah keterbatasan Sumber Daya Manusia Kesehatan yang dapat difungsikan dalam penanggulangan krisis kesehatan. Permasalahan tersebut dapat diatasi dengan meningkatkan pemberdayaan dan penyediaan sumber daya manusia dan bidang kesehatan dari masyarakat dan pemerintah sehingga pemberian pelayanan yang baik pada penduduk dapat terpenuhi secara optimal.

Penyusunan buku Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana ini merupakan implementasi dari Keputusan Menteri Kesehatan No.81/Menkes/SK/2004 tanggal 13 Januari 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit. Pedoman ini disusun berdasarkan masukan-masukan yang berasal dari unit-unit terkait di lingkungan Departemen Kesehatan dan diperkaya melalui pembahasan dengan pengelola program di daerah.

Dengan dikeluarkannya Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana ini, diharapkan terjadi peningkatan pengelolaan SDM kesehatan dalam penanggulangan bencana yang diikuti dengan ketersediaan SDM kesehatan dengan kompetensi yang memadai, khususnya dalam penanggulangan krisis kesehatan.

Selanjutnya kepada semua pihak yang telah berperan dan memberikan bantuan pemikiran serta sumbang saran selama penyusunan Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana ini, kami ucapkan terima kasih dan semoga Allah SWT memberikan karunia-Nya kepada kita sekalian. Amin

Jakarta, 29 September 2006
Sekretariat Jenderal

Dr. Sjafii Ahmad, MPH
NIP : 140 086 897

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena dengan perkenan-Nya Buku Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana dapat terselesaikan meskipun melalui proses yang cukup panjang.

Keberhasilan penanganan korban bencana antara lain ditentukan oleh tersedianya sumber daya yang sesuai dengan standar dan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu, karena pada keadaan tersebut diperlukan waktu tanggap darurat (*response time*) yang sangat terbatas.

Buku pedoman ini dimaksudkan agar institusi pelayanan kesehatan mempunyai acuan dalam pengembangan sumber dayanya sehingga penanganan gawat darurat dapat dilakukan dengan cepat, tepat dan cermat agar dapat meminimalkan angka kematian dan kecacatan.

Pedoman ini telah banyak menerima berbagai masukan serta saran perbaikan dari berbagai pihak dari unit utama di lingkungan Departemen Kesehatan. Untuk itu kepada semua pihak yang telah berperan aktif dalam penyusunan buku ini, kami mengucapkan terima kasih.

Semoga pedoman ini dapat memberikan manfaat yang besar khususnya bagi para pelaksana dalam menjalankan tugas kemanusiaan.

Jakarta, 25 September 2006
Kepala Pusat Penanggulangan Krisis

Dr. Rustam S. Pakaya, MPH
NIP. 140 150 390

DAFTAR ISI

HALAMAN

– SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN RI.....	iii
– SK MENTERI KESEHATAN RI.....	iv
– KATA PENGANTAR.....	vii
– UCAPAN TERIMA KASIH.....	ix
– DAFTAR ISI.....	x
I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan	3
C. Sasaran.....	3
D. Landasan Hukum.....	4
E. Definisi.....	4
II KEBIJAKAN DAN STRATEGI PENANGGULANGAN	6
A. Kebijakan.....	6
B. Strategi.....	7
III JENIS DAN SISTEM PENANGGULANGAN.....	8
A. Jenis Bencana	8
B. Sistem Penanggulangan Bencana	9
IV PERMASALAHAN KESEHATAN BERKAITAN DENGAN BENCANA DAN UPAYA PENANGGULANGANNYA.....	11
A. Permasalahan Kesehatan Akibat Bencana.....	11
B. Upaya Penanggulangan Bencana.....	14
V MANAJEMEN SDM KESEHATAN.....	17
A. Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan.....	17
B. Pendayagunaan Tenaga.....	26
VI KOORDINASI PELAKSANAAN.....	30
A. Organisasi.....	30
B. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana serta Penanganan Pengungsi.....	31
VII PENUTUP.....	42

Lampiran

Keputusan Menteri Kesehatan

Nomor : 066/MENKES/SK/II/2006

Tanggal : 1 Pebruari 2006

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

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

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

Upaya penanggulangan krisis akibat bencana merupakan rangkaian kegiatan yang dimulai sejak sebelum terjadinya bencana yang dilakukan melalui kegiatan pencegahan, mitigasi (pelunakan/penjinakan dampak) dan kesiapsiagaan dalam menghadapi bencana. Kegiatan yang dilakukan pada saat terjadi bencana berupa kegiatan tanggap darurat sementara pada saat setelah terjadi bencana berupa kegiatan

Pemulihan/rehabilitasi dan rekonstruksi. Untuk itu, tenaga penanggulangan krisis akibat bencana harus memiliki suatu pemahaman terhadap

permasalahan dan penyelesaian secara komprehensif, serta terkoordinasi secara lintas program maupun lintas sektor.

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

Salah satu kendala yang sering dijumpai dalam upaya penanggulangan krisis di daerah bencana adalah kurangnya SDM (sumber daya manusia) kesehatan yang dapat difungsikan dalam penanggulangan krisis akibat bencana. Kondisi tersebut memang sudah ada sejak sebelum terjadinya bencana atau karena adanya tenaga kesehatan yang menjadi korban bencana. Pengalaman pada saat terjadi bencana gempa dan tsunami di NAD dan Sumatera Utara pada 26 Desember 2004 menunjukkan betapa banyak tenaga kesehatan dan keluarganya menjadi korban sehingga upaya penanggulangan krisis menjadi terhambat karena kekurangan tenaga kesehatan.

Gambaran SDM kesehatan yang ada di daerah bencana (mis., Simeuleu). Kabupaten Simeuleu NAD terdiri dari 45 pulau kecil dan besar dengan jumlah penduduk 82.383 jiwa. Kabupaten ini terbagi dalam 8 kecamatan dan 135 desa. Fasilitas kesehatan yang ada antara lain 1 RSU tipe C, 8 puskesmas rawat inap, dan 138 posyandu. Jumlah SDM kesehatan dengan jenjang pendidikan Diploma III ke atas di Kabupaten Simeuleu yang bekerja di instansi pemerintah adalah 106 orang.

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

Permasalahan SDM Kesehatan di RSU:

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

Permasalahan SDM Kesehatan di Puskesmas:

1. Dokter umum tidak tetap di Puskesmas Simeuleu Timur
2. Kepala puskesmas masih belum permanen
3. Tenaga teknis lapangan belum permanen
4. Belum ada standar petugas lapangan dalam pendidikan dan pelatihan

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

B. Tujuan

Tujuan Umum

Peningkatan pengelolaan SDM Kesehatan dalam penanggulangan bencana.

Tujuan Khusus

1. Penyusunan pedoman perencanaan SDM kesehatan dalam penanggulangan bencana.
2. Tersedia SDM Kesehatan yang mempunyai kemampuan dalam penanggulangan bencana.
3. Peningkatan kualitas SDM kesehatan dalam penanggulangan bencana.

C. Sasaran

Sasaran dari Pedoman Manajemen SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana adalah:

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

D. Landasan Hukum

Landasan hukum penyusunan Pedoman Manajemen SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana, antara lain:

1. TAP MPR Nomor IV tahun 1999 tentang Garis-Garis Besar Haluan Negara.
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495).
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437).
4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Pemerintah Daerah.
5. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonomi (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 54), Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952).
6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
7. Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2005 tentang Badan Koordinasi Nasional Penanganan Bencana.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/PER/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Depkes.
9. Keputusan Sekretaris Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi Nomor 2 Tahun 2001 tentang Pedoman Umum Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi.
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1362/Menkes/SK/XII/2001 tentang kebijakan dan Strategi Nasional Penanggulangan Masalah Kesehatan akibat kedaruratan dan Bencana Tahun 2002-2005.
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kab/Kota serta Rumah Sakit.
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1653/Menkes/SK/XII/2005 tentang Pedoman Penanganan Bencana Bidang Kesehatan.

E. Definisi

1. Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang terjadi secara mendadak/tidak terencana/secara perlahan tetapi berlanjut yang menimbulkan dampak terhadap pola kehidupan normal atau

kerusaksehingga diperlukan tindakan darurat dan luar biasa untuk menolong dan menyelamatkan korban baik manusia maupun lingkungannya.

2. Daerah rawan bencana adalah daerah yang memiliki risiko ancaman terjadinya bencana.
3. Pengungsi adalah orang atau sekelompok orang yang meninggalkan tempat tinggalnya akibat tekanan berupa kekerasan fisik dan atau mental akibat bencana guna mencari perlindungan maupun kehidupan yang lebih baik.
4. Penanggulangan krisis akibat bencana adalah serangkaian kegiatan bidang kesehatan untuk mencegah, menjinakkan (mitigasi) ancaman/ bahaya yang berdampak pada aspek kesehatan masyarakat, menyiapsiagakan sumber daya kesehatan, menanggapi kedaruratan kesehatan dan memulihkan (rehabilitasi), serta membangun kembali (rekonstruksi) infrastruktur kesehatan yang rusak akibat bencana secara lintas program dan lintas sektor.
5. Sumber daya manusia (SDM) kesehatan adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.
6. Manajemen SDM Kesehatan adalah serangkaian kegiatan perencanaan dan pendayagunaan tenaga yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan dalam melakukan upaya kesehatan.
7. Tim Reaksi Cepat adalah tim yang sesegera mungkin bergerak ke lokasi bencana setelah ada informasi kejadian bencana untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi korban.
8. Tim Penilaian Cepat Kesehatan (*Rapid Health Assessment*, RHA) adalah tim yang dapat diberangkatkan bersamaan dengan Tim Reaksi Cepat atau menyusul untuk menilai kondisi dan kebutuhan pelayanan kesehatan.
9. Tim Bantuan Kesehatan adalah tim yang diberangkatkan untuk menangani masalah kesehatan berdasarkan laporan Tim RHA.
10. *Public Safety Center* (PSC) adalah pusat pelayanan yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal-hal yang berhubungan dengan kegawatdaruratan, termasuk pelayanan medis yang dapat dihubungi dalam waktu singkat dimanapun berada. PSC merupakan ujung tombak pelayanan, yang bertujuan untuk mendapatkan respons cepat (*quick response*) terutama pelayanan prarumah sakit.
11. Tenaga *disaster victim identification* (DVI) adalah tenaga yang bertugas melakukan pengenalan kembali jati diri korban yang timbul akibat bencana.

II. KEBIJAKAN DAN STRATEGI PENANGGULANGAN BENCANA

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

A. Kebijakan

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

B. Strategi

- a. Mengubah pola pikir (*mind set*) penanggulangan bencana dengan lebih menekankan upaya pencegahan, mitigasi, dan kesiapsiagaan dibanding upaya tanggap darurat dan rehabilitasi.
- b. Memperkuat organisasi penanggulangan krisis kedaruratan dan bencana di tingkat Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota.
- c. Memperkuat jejaring kerjasama lintas program dan lintas sektor serta dengan organisasi non-pemerintah, masyarakat dan mitra kerja internasional melalui pengembangan sistem informasi penanggulangan krisis kedaruratan dan bencana.
- d. Pemberdayaan semua potensi di daerah melalui pelatihan petugas dan mensosialisasikan gerakan masyarakat yang sadar bencana guna mencegah kedaruratan kesehatan (*safe community*).
- e. Peningkatan mutu/kualitas SDM Kesehatan.
- f. Peningkatan pengabdian SDM Kesehatan dalam mewujudkan pemerataan pembangunan kesehatan.
- g. Mengatasi kelemahan pembangunan kesehatan dari sudut SDM Kesehatan yang menyangkut penyebaran yang belum merata, mutu pendidikan yang belum memadai, komposisi tenaga kesehatan yang timpang karena masih sangat didominasi oleh tenaga medis, serta kinerja dan produktivitas yang rendah

III. JENIS DAN SISTEM PENANGGULANGAN BENCANA

A. Jenis Bencana

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

Bencana alam merupakan fenomena atau gejala alam yang disebabkan oleh keadaan geologis, biologis, seismis, hidrologis, dan keadaan meteorologis, atau disebabkan oleh suatu proses dalam lingkungan alam yang mengancam kehidupan, struktur dan perekonomian masyarakat, serta dapat menimbulkan malapetaka. Contoh bencana alam antara lain, gempa bumi, tsunami, letusan gunung api, banjir, tanah longsor, kekeringan, dan lain-lain. Bencana karena ulah manusia adalah peristiwa yang terjadi karena proses teknologi, interaksi manusia dengan lingkungannya, atau interaksi manusia di dalam dan di antara masyarakat itu sendiri yang menimbulkan dampak negatif terhadap kehidupan dan penghidupan masyarakat. Contoh bencana akibat ulah manusia antara lain kecelakaan transportasi, pencemaran lingkungan, kegagalan teknologi, konflik sosial, teror born, hama penyakit tanaman, epidemi, dan lain-lain.

Bencana juga dapat diakibatkan oleh gabungan kedua jenis bencana tersebut, seperti banjir. Suatu daerah mungkin menjadi daerah "langganan" banjir sejak dulu, frekuensi dan besarnya banjir dapat meningkat karena ulah manusia yang diakibatkan oleh kebiasaan masyarakat membuang sampah ke sungai, peningkatan erosi karena penggundulan hutan yang menimbulkan pendangkalan sungai, dan perubahan tata guna lahan di daerah resapan air hujan. Ketiga hal tersebut diperburuk dengan semakin padatnya permukiman di daerah sekitar bantaran sungai. Akibat yang sering terjadi adalah semakin tinggi kepadatan, semakin banyak korban harta dan jiwa yang terjadi. Selain itu ada kejadian bencana yang disebabkan oleh faktor alam maupun akibat ulah manusia, seperti kejadian bencana kebakaran hutan.

Mengingat dampak yang ditimbulkan dari berbagai jenis bencana yang telah diuraikan di atas, suatu upaya penanggulangan bencana yang sistematis perlu diadakan.

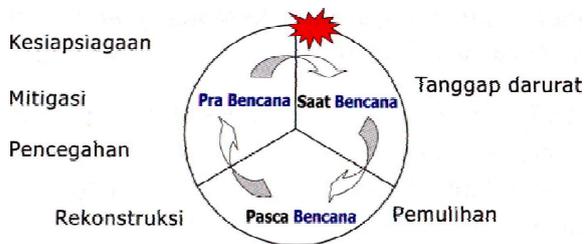
B. Sistem Penanggulangan Bencana

Upaya penanggulangan bencana merupakan kegiatan yang mempunyai

fungsi manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengendalian dalam lingkup "Siklus Penanggulangan Bencana" (*disaster management cycle*). seperti gambar dibawah ini.

Siklus di dalam gambar memperlihatkan bahwa kegiatan penanggulangan bencana dilakukan melalui tiga tahap, yaitu tahap sebelum terjadi (prabencana), saat dan pascabencana. Kegiatan sebelum terjadi bencana meliputi pencegahan, mitigasi (pelunakan/penjinakan dampak), dan kesiapsiagaan. Pada saat bencana dilakukan kegiatan tanggap darurat sementara pada saat setelah terjadinya (pasca) bencana dilakukan kegiatan pemulihan dan rekonstruksi.

Siklus Penanggulangan Bencana



Pencegahan dilakukan sebagai upaya mencegah timbulnya krisis akibat bencana, sedangkan mitigasi dilakukan untuk mengurangi dampak yang ditimbulkan sebelum bencana terjadi. Kegiatan mitigasi perlu dievaluasi untuk perbaikan secara berkala dengan melibatkan program dan sektor terkait, agar sesuai dengan situasi dan kondisi yang berkembang di wilayah setempat. Kesiapsiagaan merupakan upaya-upaya yang difokuskan kepada pengembangan rencana-rencana untuk menghadapi bencana.

Ini penting artinya untuk memastikan bahwa tindakan-tindakan yang akan diambil segera setelah bencana terjadi merupakan tindakan yang cepat, tepat dan efektif.

Tujuan dari usaha kesiapsiagaan dalam bidang kesehatan antara lain:

- Meminimalkan jumlah korban.
- Mengurangi penderitaan korban.
- Mencegah munculnya masalah kesehatan pascabencana.
- Memudahkan upaya tanggap darurat dan pemulihan yang cepat.

Tanggap darurat merupakan upaya-upaya yang dilakukan segera sesudah terjadinya suatu bencana. Tindakan yang dilakukan umumnya ditujukan untuk menyelamatkan jiwa korban dan

melindungi harta benda serta menangani kerusakan dan pengaruh terhadap bencana lainnya (kejadian lanjutan). Penanganan darurat pada kejadian bencana pada dasarnya dilaksanakan dalam waktu yang terbatas, yaitu sekitar 2-3 minggu sesudah bencana terjadi.

Upaya pemulihan merupakan kegiatan yang dilakukan segera setelah bencana mereda atau setelah masa tanggap darurat telah terlampaui agar masyarakat kembali mampu melaksanakan fungsinya dengan sebaik-baiknya.

Sementara itu, upaya rekonstruksi adalah kegiatan untuk membangun kembali berbagai sarana, prasarana dan pelayanan umum yang rusak akibat bencana agar lebih baik dari sebelumnya. Kegiatan rekonstruksi merupakan komponen penanggulangan bencana yang menghubungkan semua kegiatan penanggulangan bencana dengan pembangunan kesehatan keseluruhan. Kegiatan rekonstruksi akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari kebijakan pembangunan kesehatan yang ada. Pelaksanaan kegiatan rekonstruksi harus direncanakan dengan teliti dan seksama dengan mengikutsertakan berbagai disiplin ilmu, instansi dan swasta secara terpadu dan terintegrasi

IV. PERMASALAHAN KESEHATAN BERKAITAN DENGAN BENCANA DAN UPAYA PENANGGULANGANNYA.

A. Permasalahan Kesehatan Akibat Bencana

1. Masalah pada korban bencana

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

- a. Trauma
Trauma terjadi akibat terkena langsung benda-benda keras/ tajam atau tumpul. Contoh trauma, antara lain: luka robek, luka tusuk, luka sayat, dan fraktur. Pada umumnya kasus trauma perlu penanganan baik ringan maupun berat (lanjut). Kasus-kasus trauma banyak terjadi pada korban bencana semacam gempa bumi, tsunami, tanah longsor, banjir, angin puyuh, kerusuhan, kecelakaan transportasi, kecelakaan industri, tindakan teror born, dan lain-lain.
- b. Gangguan pernapasan
Gangguan pernapasan terjadi akibat trauma pada jalan napas, misalnya masuknya partikel debu, cairan dan gas beracun pada saluran pernapasan. Kasus-kasus gangguan pernapasan banyak terjadi pada korban bencana semacam tsunami, gunung meletus, kebakaran, kecelakaan industri, dan lain-lain.
- c. Luka bakar
Luka bakar terjadi akibat terkena langsung benda panas/api/ bahan kimia. Kasus-kasus luka bakar banyak terjadi pada korban bencana semacam kebakaran, gunung meletus, kecelakaan industri, kerusuhan, tindakan teror born, dan lain-lain
- d. Keluhan psikologis dan gangguan psikiatrik (stres pascatrauma) Stres pascatrauma adalah keluhan yang berhubungan dengan pengalaman selama bencana terjadi. Kasus ini sering ditemui hampir di setiap kejadian bencana.
- e. Korban meninggal
Disaster Victim Identification (DVI) semakin dirasakan perlu untuk mengidentifikasi korban meninggal pasca bencana baik untuk kepentingan kesehatan maupun untuk kepentingan penyelidikan.

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

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

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

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

2. Masalah pada SDM Kesehatan

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

- a. Kurangnya informasi mengenai peta kekuatan SDM Kesehatan di daerah yang terkait dengan bencana.
- b. Belum semua tenaga setempat termasuk Puskesmas mampu laksana dalam penanggulangan bencana.
- c. Masih sedikitnya peraturan yang mengatur penempatan SDM Kesehatan di daerah rawan bencana.
- d. Distribusi SDM Kesehatan masih belum mengacu pada kerawanan suatu wilayah terhadap bencana.
- e. Kurangnya minat SDM Kesehatan untuk bertugas di daerah bencana atau konflik karena tidak adanya jaminan keselamatan dan keamanan.

- f. Belum semua daerah mempunyai Tim Reaksi Cepat penanggulangan krisis akibat bencana.
- g. Masih ada daerah yang belum pernah menyelenggarakan pelatihan-pelatihan dalam penanggulangan krisis akibat bencana.
- h. Masih ada daerah yang belum pernah menyelenggarakan gladi penanggulangan krisis akibat bencana.
- i. Pelayanan kesehatan pada saat kejadian bencana seringkali terhambat karena masalah kekurangan SDM Kesehatan.
- j. Dibutuhkan masa pemulihan yang cukup lama bagi SDM Kesehatan yang menjadi korban bencana sehingga mengganggu kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan di daerah bencana.

B. Upaya Penanggulangan Bencana

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

1. Prabencana (pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan)

- a. Penyusunan peta rawan bencana
 Penyusunan peta rawan bencana dan peta geomedik sangat penting artinya untuk memperkirakan kemungkinan bencana yang akan terjadi serta kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan dan ketersediaan SDM Kesehatan berikut kompetensinya. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penyusunan peta rawan bencana adalah:
 - 1) Ancaman (hazard), jenis bahaya bencana apa yang mungkin terjadi. Informasi ini dapat diperoleh dengan melihat keadaan geografis wilayah setempat.
 - 2) Kerentanan (vulnerability), sejauh mana akibat dari bencana ini terhadap kehidupan masyarakat (khususnya kesehatan). Informasi yang dibutuhkan dalam menilai kerentanan yang terkait SDM Kesehatan berhubungan dengan data tentang inventarisasi ketenagaan yang dimiliki, contohnya dokter ahli, dokter umum, perawat, bidan, sanitarian, ahli gizi, dll.
 - 3) Penyusunan peta rawan bencana sebaiknya dilakukan secara lintas program (melibatkan unit-unit program yang ada di Dinas Kesehatan) dan lintas sektor (melibatkan instansi terkait seperti Pemda, RSUD, TNI, POLRI, Dinas Kesehatan, PMI, Ormas, LSM, Peta rawan bencana secara berkala dievaluasi kembali agar sesuai dengan keadaan dan kondisi setempat.
- b. Penyusunan peraturan dan pedoman dalam penanggulangan krisis

akibat bencana yang salah satunya terkait dengan penempatan dan mobilisasi SDM Kesehatan.

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

2. Saat bencana (tanggap darurat)

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

3. Pascabencana (pemulihan/rehabilitasi dan rekonstruksi)

- a. Mobilisasi SDM Kesehatan sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.
- b. Pengorganisasian SDM Kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.
- c. Upaya pemulihan SDM Kesehatan yang menjadi korban agar dapat menjalankan fungsinya kembali.
- d. Rekrutmen SDM Kesehatan untuk peningkatan upaya penanggulangan krisis akibat bencana pada masa yang akan datang.
- e. Program pendampingan bagi petugas kesehatan di daerah bencana.

V. MANAJEMEN SDM KESEHATAN

A. Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan

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

1. Prabencana

Perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan pada masa prabencana menyangkut penempatan SDM Kesehatan dan pembentukan Tim Penanggulangan Krisis akibat Bencana. Dalam perencanaan penempatan SDM Kesehatan untuk pelayanan kesehatan pada kejadian bencana perlu diperhatikan beberapa hal berikut:

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

Sementara itu, dalam pembentukan Tim Penanggulangan Krisis akibat Bencana perlu diperhatikan hal-hal berikut.

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

Disamping upaya pelayanan kesehatan (kegiatan teknis medis) diperlukan ketersediaan SDM Kesehatan yang memiliki kemampuan manajerial dalam upaya penanggulangan krisis akibat bencana. Untuk mendukung kebutuhan tersebut, maka tim tersebut harus menyusun rencana:

- a. Kebutuhan anggaran (contingency budget).
- b. Kebutuhan sarana dan prasarana pendukung.
- c. Peningkatan kemampuan dalam penanggulangan krisis akibat bencana.
- d. Rapat koordinasi secara berkala.
- e. Gladi posko dan gladi lapangan.

2. Saat dan pascabencana

Pada saat terjadi bencana perlu diadakan mobilisasi SDM Kesehatan yang tergabung dalam suatu Tim Penanggulangan Krisis yang meliputi Tim Gerak Cepat, Tim Penilaian Cepat Kesehatan (Tim RHA) dan Tim Bantuan Kesehatan. Koordinator Tim dijabat oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota (mengacu Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1653/Menkes/SK/XII/2005).

Kebutuhan minimal tenaga untuk masing-masing tim tersebut, antara lain:

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

- 1). Pelayanan Medis
 - a. Dokter umum/BSB : 1 org
 - b. Dokter Spesialis Bedah : 1 org
 - c. Dokter Spesialis Anestesi : 1 org
 - d. Perawat mahir (perawat bedah, gawat darurat) : 2 org
 - e. Tenaga DVI : 1 org
 - f. Apoteker/Asisten Apoteker : 1 org
 - g. Supir ambulans : 1 org

- 2). Surveilans : 1 org
 Ahli epidemiologi/Sanitarian

- 3). Petugas Komunikasi : 1 org
 Tenaga-tenaga di atas harus dibekali minimal pengetahuan umum mengenai bencana yang dikaitkan dengan bidang pekerjaannya masing-masing.

- b. Tim RHA, yaitu tim yang bisa diberangkatkan bersamaan dengan Tim Gerak Cepat atau menyusul dalam waktu kurang dari 24 jam. Tim ini minimal terdiri atas:
 - 1) Dokter umum : 1 org
 - 2) Ahli epidemiologi : 1 org
 - 3) Sanitarian : 1 org

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

No	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga
1	Dokter Umum	PPGD/ GELS/ATLS/ACLS
2	Apoteker dan Asisten Apoteker	Pengelolaan Obat dan Alkes
3	Perawat (D3/Sarjana Keperawatan)	Emergency Nursing/PPGD/BTLS/PONED/PONEK/ICU
4	Perawat Mahir	Anestesi/Emergency Nursing
5	Bidan (D3 Kebidanan)	APN dan PONED
6	Sanitarian (D3 Kesling/Sarjana Kesmas)	Penanganan Kualitas Air Bersih dan Kesling
7	Ahli Gizi (D3/D4 Gizi/Sarjana Kesmas)	Penanganan Gizi Darurat
8	Tenaga Surveilans (D3/D4 Kesehatan/Sarjana Kesmas)	Surveilans Penyakit
9	Ahli Entomolog (D3/D4 Kesehatan/Sarjana Kesmas/Sarjana Biolog)	Pengendalian Vektor

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

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

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

No	Jenis bencana	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga	Jumlah
5	Ledakan born/ kecelakaan industri	Radiografer	Rontgen	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		Dokter Spesialis	Bedah umum & Orthopedi Penyakit dalam Anestesi DVI Forensik Kesehatan Jiwa , Bedah plastik Forensik Dental Forensik	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		D3 Perawat Mahir	Anestesi dan perawat mahir gawat darurat (emergency nursing) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK, ICU	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		Radiografer	Rontgen	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
6	Kerusuhan Massal	Dokter Spesialis	Bedah umum & orthopedi Penyakit dalam Anestesi DVI Forensik Psikiater/Psikolog	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		D3 Perawat Mahir	dll Tenaga Anestesi dan perawat mahir gawat darurat (emergency nursing) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK, ICU	

No	Jenis bencana	Jenis Tenaga	Kompetensi Tenaga	Jumlah
		Radiografer	Rontgen	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
7	Kecelakaan transportasi	Dokter Spesialis	Bedah umum & Orthopedi Penyakit dalam Anestesi DVI Forensik Dental Forensik Bedah plastik	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		D3 Perawat Mahir	Anestesi dan perawat mahir gawat darurat (emergency nursing) dasar dan lanjutan serta perawat mahir jiwa, OK, ICU	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		Radiografer	Rontgen	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
8	Kebakaran hutan	Dokter Spesialis	Pulmonologi Penyakit dalam	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA
		Radiografer	Rontgen	Sesuai kebutuhan/ rekomendasi tim RHA

3. Kebutuhan jumlah minimal SDM kesehatan

Adapun perhitungan kebutuhan jumlah minimal sumber daya manusia kesehatan untuk penanganan korban bencana, antara lain:

- a. Jumlah kebutuhan SDM Kesehatan di lapangan untuk jumlah penduduk / pengungsi antara 10.000 - 20.000 orang
 - Kebutuhan dokter umum adalah 4 orang

- Kebutuhan perawat adalah 10-20 orang
- Kebutuhan bidan adalah 8-16 orang
- Kebutuhan apoteker adalah 2 orang
- Kebutuhan asisten apoteker adalah 4 orang
- Kebutuhan pranata laboratoruim adalah 2 orang
- Kebutuhan epidemiolog adalah 2 orang
- Kebutuhan entomolog adalah 2 orang
- Kebutuhan sanitarian adalah 4-8 orang

Sementara itu untuk pelayanan kesehatan bagi pengungsi dengan jumlah sampai 5000 orang:

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

b. Rumus untuk menghitung jumlah kebutuhan SDM Kesehatan fasilitas rujukan atau Rumah Sakit:

- Kebutuhan dokter umum = $(\text{jml pasien}/40) - \text{jml dokter umum yang ada di tempat}$
Contoh perhitungan:

Andaikan jumlah pasien yang perlu mendapatkan penanganan dokter umum adalah 80 orang/hari, sementara jumlah dokter umum yang masih dibutuhkan adalah:
 $(80/40) - 1 = 2 - 1 = 1$ orang

- Kebutuhan dokter bedah =

$$\left\{ \frac{\text{Jml pasien dokter bedah}/5}{.} \right\} - \text{jumlah dokter bedah yang ada di tempat}$$

Diasumsikan lama tugas dokter bedah adalah 5 hari baru kemudian diganti shift berikutnya. Rata-rata jumlah pasien bedah selama 5 hari adalah 75 pasien, dan jumlah dokter bedah yang berada di daerah tersebut 1 orang. Dengan demikian, jumlah dokter bedah yang masih dibutuhkan adalah:

- Kebutuhan dokter anestesi =

$$\left\{ \frac{\text{Jml pasien dokter bedah}/15}{.} \right\} - \text{jumlah dokter bedah yang ada di tempat}$$

Diasumsikan lama tugas dokter anestesi adalah 5 hari baru diganti dengan shift berikutnya. Rata-rata jumlah pasien anestesi selama 5 han adalah 75 pasien, dan jumlah dokter

anestesi di daerah tersebut 1 orang. Maka jumlah dokter anestesi yang masih dibutuhkan adalah:

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

- Kebutuhan perawat di UGD = Rasio
kebutuhan tenaga perawat mahir di UGD pada saat bencana
adalah 1:1 (1 perawat menangani 1 pasien)
 - Kebutuhan perawat =
Sumber tenaga keperawatan di RS (Depkes 2005)
 - Kebutuhan perawat di ruang rawat inap =
Jumlah jam perawatan total untuk semua jenis pasien/jumlah
jam efektif per hari per shift (7 jam)
 - Kebutuhan tenaga fisioterapi =
Rasio kebutuhan tenaga fisioterapi untuk penanganan korban
selamat adalah 1:30 (1 fisioterapis menangani 30 pasien)
 - Kebutuhan apoteker 1 orang dan asisten apoteker 2 orang.
 - Kebutuhan tenaga gizi adalah 2 orang.
 - Kebutuhan pembantu umum adalah 5-10 orang.
- c. Jumlah jam perawat dapat dihitung:
- berdasarkan klasifikasi pasien dalam satu ruangan (Peny.
Dalam: 3,5 jam/hr; Bedah: 4 jam/hr; Gawat: 10 jam/hr;
kebidanan: 2,5 jam/hr)
 - berdasarkan tingkat ketergantungan keperawatan (minimal: 2
jam/hr; sedang: 3,08 jam/hr; agak berat: 4,15 jam/hr; dan
maksimal: 6,16 jam/hr)

B. Pendayagunaan Tenaga

1. Distribusi

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

2. Mobilisasi

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

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

regional.

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

Langkah-langkah mobilisasi yang dilakukan:

- a. Menyiagakan SDM Kesehatan untuk ditugaskan ke wilayah yang terkena bencana.
- b. Menginformasikan kejadian bencana dan meminta bantuan melalui :
 - 1) Jalur administrasi/Depdagri
(Puskesmas - Camat - Bupati - Gubernur - Mendagri)
 - 2) Jalur administrasi/Depkes
(Puskesmas - Dinkes Kab/Kota - Dinkes Prov - Depkes)
 - 3) Jalur rujukan medik
(Puskesmas - RS Kab/Kota - RS Prov - RS rujukan wilayah - Dtjen Bina Yanmed/Depkes)

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

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

3. Peningkatan dan pengembangan

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

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

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

berikut ini:

- a. Pelatihan untuk Perawat Lapangan (Puskesmas) di lokasi pengungsian an daerah potensial terjadi bencana, antara lain:
 - 1) Keperawatan Kesmas (CHN) khusus untuk masalah kesehatan pengungsi
 - 2) Keperawatan Gawat Darurat Dasar (emergency nursing)
 - 3) PONED (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergency Dasar)

 - 4) Penanggulangan Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak
 - 5) Manajemen Penanggulangan Krisis Akibat Bencana (PK-AB)

- b. Pelatihan untuk Perawat di fasilitas rujukan/RS, antara lain:
 - 1). Keperawatan Gawat Darurat Dasar dan lanjutan (PPGD dan BTLS)
 - 2). Keperawatan ICU
 - 3). Keperawatan jiwa
 - 4). Keperawatan OK
 - 5). Manajemen keperawatan di RS
 - 6). *Standar Pre-Caution*
 - 7). *Mahir Anestesi*
 - 8). PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergency Komprehensif

- c. Kesehatan reproduksi, antara lain:
 - 1). PONED untuk dokter, bidan dan perawat
 - 2). Pelatihan Penanggulangan Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak untuk dokter, perawat dan bidan.

- d. Gizi, antara lain:
 - 1). Penanggulangan masalah gizi dalam keadaan darurat untuk petugas gizi
 - 2). Surveilans gizi untuk Petugas gizi
 - 3). Konselor gizi untuk Petugas gizi
 - 4). Tata laksana gizi buruk

- e. Pelayanan medik, antara lain:
 - 1). GELS (*General Emergency Life Support*) untuk dokter
 - 2). PTC untuk dokter
 - 3). APRC untuk dokter

- 4). Dental Forensik untuk dokter gigi
 - 5). DVI untuk dokter dan dokter gigi
 - 6). PONEK untuk dokter spesialis obsgyn rumah sakit
 - 7). ATLS untuk dokter
 - 8). ACLS untuk dokter
 - 9). BLS untuk SDM Kesehatan
- f. Pelayanan penunjang medik, antara lain:
- 1). Pelatihan fisioterapi
 - 2). Pelatihan teknis labkes untuk pranata labkes
 - 3). Pelatihan untuk radiographer
- g. Pelayanan kefarmasian, antara lain:
- 1). Perencanaan dan pengelolaan obat terpadu
 - 2). Pengelolaan obat Kabupaten/Kota
 - 3). Pengelolaan obat Puskesmas
 - 4). Pemanfaatan data Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO)
 - 5). Pelatihan sistem informasi dan inventarisasi obat bantuan
- h. Manajemen penanggulangan krisis, antara lain:
- 1). Pelatihan manajemen penanggulangan krisis akibat bencana
 - 2). Pelatihan manajemen penanggulangan krisis pada kedaruratan kompleks
 - 3). Public Health in Complex Emergency Course
 - 4). Health Emergencies Large Population (HELP) Course
 - 5). Pelatihan radio komunikasi
- i. Pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan, antara lain:
- 1). Pelatihan/kursus dalam dan luar negeri (public health on disaster management)
 - 2). Pelatihan surveilans epidemiologi dalam keadaan bencana
 - 3). Pelatihan kesiapsiagaan penanggulangan bencana di regional center
 - 4). Pelatihan RHA dan rapid response sanitasi darurat
 - 5). Pelatihan asisten dan ko-asisten entomologi
 - 6). Pelatihan Ahli Epidemiologi Lapangan (PAEL)

VI. KOORDINASI PELAKSANAAN

A. Organisasi

1. Tingkat Pusat
 - a. Penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana serta penanganan pengungsi di tingkat Pusat adalah Menteri Kesehatan dibantu oleh seluruh Pejabat Eselon 1 dan Kepala Badan POM serta berkoordinasi dengan instansi terkait dan selalu berpedoman pada petunjuk Ketua Bakornas PB yang diketuai oleh Wakil Presiden.
 - b. Pelaksanaan tugas penanggulangan krisis akibat bencana di lingkungan Departemen Kesehatan dikoordinasi oleh Sekretaris Jenderal melalui Pusat Penanggulangan Krisis (PPK).
2. Tingkat Provinsi
 - a. Penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana serta penanganan pengungsi di Provinsi adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi. Bila diperlukan dapat meminta bantuan kepada Departemen Kesehatan. Dalam melaksanakan tugas Kepala Dinkes Provinsi dibawah Satkorlak PB yang diketuai oleh Gubernur.
 - b. Pelaksanaan tugas penanggulangan krisis akibat bencana di lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi dikoordinasi oleh pejabat yang ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan.
3. Tingkat Kabupaten/Kota
 - a. Penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana serta penanganan pengungsi di Kabupaten/Kota adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Bila diperlukan dapat meminta bantuan kepada Provinsi. Dalam melaksanakan tugas, Kepala Dinkes Kabupaten/Kota berada dibawah Satlak PB yang diketuai oleh Bupati/Walikota.
 - b. Pelaksanaan tugas penanggulangan krisis akibat bencana di lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi dikoordinasi oleh pejabat yang ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan.
4. Di Lokasi Kejadian
Pelayanan kesehatan penanggulangan bencana serta penanganan pengungsi di lokasi kejadian dibawah tanggung jawab Kepala Dinas Kesehatan sedangkan Kepala Puskesmas sebagai pelaksana tugas Dinas Kesehatan.

B. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana Serta Penanganan Pengungsi

1. Prabencana

Kegiatan yang dilaksanakan:

a. Tingkat Pusat

- 1) Membuat, menyebarluaskan dan memutakhirkan pedoman pelayanan kesehatan pada penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi.
- 2) Membuat standar-standar penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi.
- 3) Membuat peta geomedik serta mengadakan pelatihan, bagi setiap unit dan petugas yang terlibat dalam penanggulangan bencana, dilanjutkan dengan gladi posko dan gladi lapang.
- 4) Inventarisasi sumber daya kesehatan pemerintah dan swasta termasuk LSM.
- 5) Membuat standar dan mekanisme penerimaan bantuan dari dalam dan luar negeri.
- 6) Inventarisasi jenis dan lokasi kemungkinan terjadinya bencana di wilayahnya dengan mengupayakan informasi Early Warning atau peringatan dini.
- 7) Membentuk Tim Reaksi Cepat Penanggulangan Bencana.
- 8) Mengembangkan mitigasi dan kesiapsiagaan penanggulangan bencana (sarana dan prasarana).
- 9) Mengadakan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan penanggulangan bencana.
- 10) Mengembangkan sistem komunikasi dan informasi
- 11) Koordinasi lintas program dan lintas sektor meliputi sinkronisasi kegiatan penanggulangan bencana dari pusat sampai daerah.
- 12) Kegiatan bimbingan teknis.

b. Tingkat Provinsi

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi melakukan kegiatan:

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

c. Tingkat Kabupaten/Kota

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan kegiatan:

- 1) Membuat peta geomedik daerah rawan bencana.
- 2) Membuat rencana kontinjensi (Contingency Plan).
- 3) Mengadakan pelatihan penanggulangan bencana.
- 4) Membentuk dan mengembangkan tim reaksi cepat
- 5) Membentuk Pusdalops penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi.
- 6) Inventarisasi sumber daya sesuai dengan potensi bahaya yang mungkin terjadi, mencakup:
 - a. Jumlah dan lokasi Puskesmas.
 - b. Jumlah ambulans.
 - c. Jumlah tenaga kesehatan.
 - d. Jumlah RS termasuk fasilitas kesehatan lainnya.
 - e. Obat dan perbekalan kesehatan.
 - f. Unit transfusi darah.
- 7) Mengadakan koordinasi lintas program dan lintas sektor meliputi sinkronisasi kegiatan penanggulangan bencana dengan provinsi dan Kecamatan.
- 8) Kegiatan bimbingan teknis.

d. Tingkat Kecamatan

Kepala Puskesmas melakukan kegiatan:

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

2. Saat bencana

a. Tingkat Pusat

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

- 1) Dirjen Bina Pelayanan mengkoordinasikan daerah darurat

medik di lapangan dan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit serta mobilisasi SDM Kesehatan pada fase tanggap darurat.

- 2) Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan lingkungan (P2 dan PL) berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi untuk menggerakkan kinerja surveilans epidemiologi kesehatan lingkungan dan pemberantasan penyakit, logistik dan peralatan kesehatan lapangan dalam rangka pencegahan KLB penyakit menular di tempat penampungan pengungsi dan lokasi sekitarnya.
- 3) Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan mengkoordinasikan bantuan obat, bahan habis pakai dan perbekalan kesehatan yang diperlukan. Sementara itu, Kepala Badan POM mengawasi kualitas obat dan makanan bantuan untuk korban.
- 4) Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi untuk memberikan dukungan pelayanan kesehatan dan gizi, kesehatan reproduksi, promosi kesehatan dan penanggulangan penyakit akibat kerja.
- 5) Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan (Litbang) membantu Dirjen terkait dan PPK Setjen Depkes sesuai tugas dan fungsinya agar pelayanan medik pada penanggulangan bencana lebih efektif dan efisien.
- 6) Inspektur Jenderal melakukan pengawasan kegiatan yang terkait dalam penanggulangan bencana.
- 7) Kepala Pusat Penanggulangan Krisis (PPK) Setjen Depkes sebagai pelaksana koordinasi mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. Mengaktifkan Pusdalops penanggulangan bencana
 - b. Mengadakan koordinasi lintassektor untuk angkutan personil, peralatan, bahan bantuan, dan lain-lain.
 - c. Mengkoordinasikan bantuan swasta dan sektor lain.
 - d. Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi untuk mempersiapkan bantuan bila diperlukan.
 - e. Berkoordinasi dengan Tim Identifikasi Nasional untuk mengidentifikasi korban meninggal massal.
- 8) Dalam keadaan darurat, Departemen Kesehatan dapat memanfaatkan potensi dan fasilitas kesehatan yang berada di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (misalnya Pertamina, PTP, BUMN, Swasta, dll.).

b. Tingkat Provinsi

Kepala Dinas Kesehatan Propinsi melakukan kegiatan :

- 1) Melapor kepada Gubernur dan menginformasikan kepada PPK Setjen Depkes tentang terjadinya bencana atau adanya pengungsi.
- 2) Mengaktifkan Pusdalops Penanggulangan Bencana tingkat Provinsi.

- 3) Berkoordinasi dengan Depkes cq. PPK, bila ada kebutuhan bantuan obat dan perbekalan kesehatan. Pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan.
- 4) Berkoordinasi dengan Rumah Sakit Provinsi untuk mempersiapkan penerimaan rujukan dari lokasi bencana atau tempat penampungan pengungsi. Bila diperlukan, menugaskan Rumah Sakit Provinsi untuk mengirimkan tenaga ahli ke lokasi bencana atau tempat penampungan pengungsi.
- 5) Berkoordinasi dengan Rumah Sakit rujukan (RS Pendidikan) di luar Provinsi untuk meminta bantuan dan menerima rujukan pasien.
- 6) Berkoordinasi dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melakukan "Re-Rapid Health Assessment" atau evaluasi pelaksanaan upaya kesehatan.
- 7) Memobilisasi tenaga kesehatan untuk tugas perbantuan ke daerah bencana.
- 8) Berkoordinasi dengan sektor lain terkait untuk penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi.
- 9) Menuju lokasi terjadinya bencana atau tempat penampungan pengungsi.
- 10) Apabila kejadian bencana melampaui batas wilayah Provinsi, koordinator pelayanan kesehatan pada penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi dipegang oleh Sekjen Depkes.

Direktur Rumah Sakit Provinsi melakukan kegiatan:

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

c. Tingkat Kabupaten/Kota

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

- 1) Berkoordinasi dengan anggota Satlak PB dalam penanggulangan bencana.
- 2) Mengaktifkan Pusdalops Penanggulangan Bencana Tingkat Kabupaten/Kota .
- 3) Berkoordinasi dengan RS Kabupaten/Kota termasuk dengan RS Swasta Rumkit TNI dan POLRI untuk mempersiapkan penerimaan penderita yang dirujuk dari lokasi bencana dan tempat penampungan pengungsi.
- 4) Menyiapkan dan mengirim tenaga kesehatan, obat dan

- perbekalan kesehatan ke lokasi bencana.
- 5) Menghubungi Puskesmas di sekitar lokasi bencana untuk mengirimkan dokter, perawat dan peralatan yang diperlukan termasuk ambulans ke lokasi bencana
 - 6) Melakukan Penilaian Kesehatan Cepat Terpadu (Integrated Rapid Health Assessment).
 - 7) Melakukan penanggulangan gizi darurat.
 - 8) Memberikan imunisasi campak di tempat pengungsian bagi anak-anak di bawah usia 15 tahun.
 - 9) Melakukan surveilans epidemiologi terhadap penyakit potensial wabah, pengendalian vektor serta pengawasan kualitas air dan lingkungan.
 - 10) Apabila kejadian bencana melampaui batas wilayah Kabupaten/ Kota, penanggung jawab upaya penanggulangan bencana adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.

Direktur Rumah Sakit Kabupaten/Kota melakukan kegiatan:

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

d. Tingkat Kecamatan

Kepala Puskesmas di lokasi bencana melakukan kegiatan:

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

Kepala Puskesmas di sekitar lokasi bencana melakukan kegiatan:

- 1) Mengirimkan tenaga dan perbekalan kesehatan serta ambulans/ alat transportasi lainnya ke lokasi bencana dan tempat penampungan pengungsi.

- 2) Membantu melaksanakan perawatan dan evakuasi korban serta pelayanan kesehatan pengungsi.

3. Pascabencana

a. Tingkat Pusat

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

b. Tingkat Provinsi

- 1) Mendukung upaya kesehatan dalam pencegahan KLB penyakit menular dan perbaikan gizi di tempat penampungan pengungsi maupun lokasi sekitar dengan kegiatan surveilans epidemiologi, kesehatan lingkungan, dan pemberantasan penyakit.
- 2) Jika terjadi KLB penyakit menular dan gizi buruk, segera mengirimkan tenaga ahli yang relevan ke lokasi bencana atau tempat penampungan pengungsi.
- 3) Melakukan evaluasi dan analisis dampak bencana terhadap kesehatan lingkungan/KLB.
- 4) Membantu upaya rekonsiliasi khusus untuk konflik dengan tindak kekerasan dapat dilakukan rekonsiliasi antara pihak-pihak yang bertikai dengan mediasi sektor kesehatan, yaitu kesehatan sebagai jembatan menuju perdamaian dengan kegiatan berupa:

- a. Pelatihan bersama dengan melibatkan pihak-pihak yang bertikai.
 - b. Sosialisasi netralitas petugas kesehatan untuk menjalankan profesinya kepada pihak yang bertikai.
 - c. Kerja sama petugas kesehatan dari pihak-pihak yang bertikai dalam menyusun program kesehatan bagi korban kerusuhan.
 - d. Pelayanan kesehatan terpadu antara pihak bertikai tanpa membedakan perbedaan (azas netralitas).
- 5). Memantau, mengevaluasi dan melaksanakan kegiatan Post Trauma Stress Disorder (PTSD).
- c. Tingkat kabupaten
- 1) Mengirimkan tenaga surveilans dan tenaga kesehatan lingkungan untuk membantu upaya kesehatan dalam pencegahan KLB penyakit menular di lokasi bencana dan tempat penampungan pengungsi maupun lokasi sekitarnya dengan kegiatan surveilans, kesehatan lingkungan dan pemberantasan penyakit.
 - 2) Jika terjadi KLB penyakit menular dan gizi buruk, segera lakukan upaya pemberantasan penyakit dan perbaikan gizi serta melaporkannya ke dinas kesehatan provinsi.
 - 3) Melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap upaya penanggulangan yang dilakukan.
 - 4) Menentukan strategi intervensi berdasarkan analisis status gizi setelah rapid assessment dilakukan, merencanakan kebutuhan pangan untuk suplemen gizi dan menyediakan paket bantuan pangan (ransum) yang cukup, mudah dikonsumsi oleh semua golongan usia.
 - 5) Menyediakan pelayanan kesehatan, pengawasan kualitas air bersih dan sanitasi lingkungan bagi penduduk di penampungan sementara.
 - 6) Memulihkan kesehatan fisik, mental dan psikososial korban berupa :
 - a. Promosi kesehatan dalam bentuk konseling (bantuan psikososial) dan lain-lain kegiatan diperlukan agar para pengungsi dapat mengatasi psikotrauma yang dialami.
 - b. Pencegahan masalah psiko-sosial untuk menghindari psikosomatis.
 - c. Pencegahan berlanjutnya psiko-patologis pasca pengungsian.
- d. Tingkat kecamatan
- Puskesmas kecamatan tempat terjadinya bencana:
- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar di penampungan dengan mendirikan Pos Kesehatan Lapangan.
 - 2) Melaksanakan pemeriksaan kualitas air bersih dan

pengawasan sanitasi lingkungan.

- 3) Melaksanakan surveilans penyakit menular dan gizi buruk yang mungkin timbul
- 4) Segera melapor ke Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota bila terjadi KLB penyakit menular dan gizi buruk.
- 5) Memfasilitasi relawan, kader dan petugas pemerintah tingkat kecamatan dalam memberikan KIE kepada masyarakat luas, bimbingan pada kelompok yang berpotensi mengalami gangguan stres pascatrauma.
- 6) Merujuk penderita yang tidak dapat ditangani dengan konseling awal dan membutuhkan konseling lanjut, psikoterapi atau penanganan lebih spesifik.

Kecamatan di sekitar terjadinya bencana :

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

4. Bencana susulan

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

VII. PENUTUP

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

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

Kontributor

Dr. Rustam S. Pakaya, MPH

Dr. Mulya A. Hasjmy, SpB, M.Kes Dr. Untung Suseno Sutardjo, M.Kes Dra.

Herie Firmaningsih, M.Kes Dra. Rida Wurjati, Apt

Drg. Els Mangundap, MM Dr. Tjetjep A. Akbar

Dra. Meinarwati, Apt, M.Kes Sugiharto, MSc

Drg. Astuty, MARS

Drs. Sridjono Mukmin, SKM, MM Drg. Yosephine Lebang, M.Kes Dr. Kuwat

Sri Hudoyo, M.Kes Sumarsinah, SKM, M.Epid Yus Rizal, DCN, M.Epid Drg.

Indah Marwati, MM Drs. Dodi Irianto

Hasnawati, SKM, M.Kes Dr. Jefri Thomas A. E. S Sayu Sri Jumiaty

Yana Irawati, SKM

dr. Rien Primandari

Nofi Ardan, AMK

Penyunting

Palupi Widyastuti, SKM