

**STANDAR MINIMAL
PENANGGULANGAN MASALAH
KESEHATAN AKIBAT BENCANA DAN
PENANGANAN PENGUNGSI**



**PUSAT PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN
SEKRETARIAT JENDERAL DEPARTEMEN KESEHATAN
TAHUN 2001**



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR : 1357 / Menkes /SK / XII / 2001
TENTANG
STANDAR MINIMAL
PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN
AKIBAT BENCANA DAN PENANGANAN PENGUNGS**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

- Menimbang :
- a. bahwa Indonesia merupakan salah satu negara yang tergolong berisiko tinggi terhadap terjadinya bencana alam, bencana akibat ulah manusia serta kedaruratan kompleks.
 - b. bahwa bencana yang diikuti dengan pengungsian menimbulkan masalah kesehatan yang berawal dari kurangnya air bersih dan berakibat pada buruknya kebersihan diri, buruknya sanitasi lingkungan yang menyebabkan pengembangan beberapa jenis penyakit menular.
 - c. Bahwa sehubungan dengan butir a dan b tersebut diatas, maka perlu ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Minimal.
 - d. Penanggulangan masalah Kesehatan Akibat Bencana dan Penanganan Pengungsi.
- Mengingat :
1. Undang-undang Kesehatan Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara tahun 1992 Nomor 100, tambahan Lembaran Negara Nomor 95)
 2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 979/Menkes/SK/IX/2001 tentang Prosedur Tetap Pelayanan Kesehatan penanganan Bencana dan Penanganan Pengungsi.
 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 979/Menkes/SK/IX/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.
 4. Kepres Bakornas PBP Nomor 2 tahun 2001 tentang Pedoman Umum Penggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi.

5. Kepres Bakornas PBP Nomor III tahun 2001 tentang revisi Kepres Bakornas PBP Nomor 3/2001 Struktur Bakornas PBP.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

PERTAMA : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR MINIMAL PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN AKIBAT BENCANA DAN PENANGANAN PENGUNGSI

KEDUA : Standar Minimal Penanggulungan Masalah Kesehatan dan Penanganan Pengungsi sebagaimana dimaksud pada diktum pertama tercantum dalam lampiran keputusan ini.

KETIGA : Standar Minimal Penanggulungan Masalah Kesehatan dan Penanganan Pengungsi merupakan salah satu upaya Pemerintah dalam Bidang Kesehatan untuk menstandarisasi pelayanan kesehatan yang meliputi : pelayanan kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, gizi dan pangan, dan lingkungan serta hal-hal yang berkaitan dengan kebutuhan dasar kesehatan.

KEEMPAT : Standar Minimal Penganggulungan Masalah Kesehatan dan penanganan Pengungsi merupakan acuan bagi setiap kegiatan dalam penanggulungan bencana dan penanganan pengungsi baik yang dilakukan oleh pemerintah, maupun oleh LSM serta swasta lainnya.

KELIMA : Keputusan Menteri Kesehatan ini berlaku pada tanggal ditetapkan

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : Desember 2001

MENTERI KESEHATAN RI

Dr. Achmad Sujudi

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan YME, karena dengan Rahmat-Nya buku Standar Minimal Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Bencana dan Penanganan Pengungsi dapat terselesaikan pada waktunya.

Dalam menerbitkan buku pedoman ini telah ditempuh beberapa proses dan penela'ahan di tingkat Pusat, Daerah oleh berbagai program dan sektor terkait termasuk Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), untuk itu kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya.

Pedoman ini merupakan salah satu upaya pemerintah dalam bidang kesehatan untuk menstandarisasi pelayanan kesehatan dalam penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan penanganan pengungsi yang meliputi Pelayanan Kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit Menular, Gizi dan pangan, dan lingkungan serta hal-hal yang berkaitan dengan kebutuhan dasar kesehatan

Dengan meenggunakan Standar ini diharapkan para pelaksana dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi korban bencana dan pananganan pengungsi dengan lebih baik.

Kami menyadari bahwa substansi buku ini masih belum dapat memenuhi keinginan yang diharapkan, untuk itu diharapkan para pengguna buku ini dapat memberikan masukan dalam penyempurnaannya.

Kritik dan saran untuk perbaikan buku pedoman ini sangat diharapkan, dan semoga buku ini dapat bermanfaat dalam penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana.

Jakart, November 2001

Sekretaris Jenderal

Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH

DAFTAR ISI

	Halaman
Kata Pengantar	vi
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Analisa Situasi	3
C. Ruang Lingkup	5
D. Pengerian atau Batasan	6
E. Dasar Hukum	7
BAB II. TUJUAN DAN SASARAN	8
BAB III. KEBIJAKAN	9
BAB IV. STANDAR MINIMAL	11
1. Pelayanan Kesehatan	11
2. Pencegahan dan pemberantasan Penyakit Menular	14
3. Gizi dan Paaangan	21
4. Lingkungan	39
5. Hal-hal yang berkaitan dengan kebutuhan dasar kessehatan	47
BAB V. PEMANTAUAN DAN EVALUASI	51
BAB VI. PENUTUP	53

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Perlu diketahui bahwa bencana yang diikuti dengan pengungsian menimbulkan masalah kesehatan yang sebenarnya diawali oleh masalah bidang/sector lain. Timbulnya masalah kesehatan itu berawal dari kurangnya air bersih yang berakibat pada buruknya kebersihan diri, buruknya sanitasi lingkungan yang merupakan awal dari perkembangbiakan beberapa jenis penyakit menular dll. Persediaan pangan yang tidak mencukupi juga merupakan awal dari proses terjadinya penurunan derajat kesehatan dalam jangka panjang akan mempengaruhi secara langsung tingkat pemenuhan kebutuhan gizi seseorang.

Dalam pengungsian tempat tinggal (shelter) yang ada sering tidak memenuhi syarat kesehatan yang mana secara langsung maupun tidak langsung akan menurunkan daya tahan tubuh dan bila tidak segera ditanggulangi akan menimbulkan masalah di bidang kesehatan.

Penanggulangan masalah kesehatan merupakan kegiatan yang harus segera diberikan baik saat terjadi dan pasca bencana disertai pengungsian. Untuk itu di dalam penanggulangan masalah kesehatan pada bencana dan pengungsian harus mempunyai suatu pemahaman permasalahan dan penyelesaian secara menyeluruh. Cara berfikir dan bertindak tidak bias lagi secara sektoral, harus terkoordinir secara baik dengan lintas sektor dan lintas program.

Standar minimal dalam penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan penanganan pengungsi ini merupakan standar yang dipakai di Dunia internasional. Dalam penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan penanganan pengungsi di Indonesia diharapkan juga memakai standar ini dengan memperhatikan hak Asasi Manusia (HAM) yaitu hak hidup, hak mendapatkan pertolongan/bantuan dan hak asasi lainnya. Dalam penerapan pemakaiannya, daerah yang menggunakan standar minimal ini diberi keleluasaan untuk melakukan penyesuaian beberapa poin yang diperlukan sesuai kondisi keadaan di lapangan.

Standar minimal ini dibuat dengan dasar pemikiran bahwa apabila tidak terpenuhinya batas minimal kebutuhan hidup masyarakat korban bencana atau

pengungsi, langsung maupun tidak langsung akan berakibat timbulnya masalah kedaruratan kesehatan.

Dalam penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan penanganan pengungsi diperlukan standar–standar yang dapat dipakai sebagai pegangan atau patokan ukuran untuk merencanakan, memberi bantuan dan untuk mengevaluasi.

Dibuatnya standar minimal ini untuk pegangan dalam setiap kegiatan penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi baik yang dilakukan oleh pemerintah maupun oleh LSM serta swasta lainnya.

B. ANALISIS SITUASI

Bencana yang disertai dengan pengungsian sering menimbulkan masalah kesehatan masyarakat yang besar. Pada tahun 2000 jumlah pengungsi internal (IDPs) di Indonesia telah mencapai lebih dari 1,2 juta orang. Dalam situasi bencana selalu terjadi kedaruratan di semua aspek kehidupan. Terjadinya kelumpuhan pemerintahan, rusaknya fasilitas umum, terganggunya system komunikasi dan transportasi, lumpuhnya pelayanan umum yang mengakibatkan terganggunya tatanan kehidupan masyarakat.

Jatuhnya korban jiwa, hilangnya harta benda, meningkatnya angka kesakitan merupakan dampak dari adanya bencana.

Pada pasca bencana beberapa hal yang perlu mendapatkan perhatian dan kajian lebih lanjut adalah :

1. Perkiraan jumlah orang yang menjadi korban bencana (meninggal, sakit, cacat) dan ciri–ciri demografinya.
2. Jumlah fasilitas kesehatan yang berfungsi milik pemerintah dan swasta.
3. Ketersediaan obat dan alat kesehatan.
4. Tenaga kesehatan yang masih melaksanakan tugas.
5. Kelompok–kelompok masyarakat yang berisiko tinggi (bayi, balita, ibu hamil, bunifas dan manula)
6. Kemampuan dan sumberdaya setempat

Identifikasi dan kecenderungan masalah

Setelah diketahui terjadi suatu bencana, langkah berikutnya segera melakukan kegiatan identifikasi masalah. Dalam mengidentifikasi masalah yang perlu diperhatikan yaitu :

Penyebab masalah, besar – kecil dan berat – ringannya masalah dan berdampak pada masyarakat luas atau terbatas.

Dalam banyak hal mengenai bencana baik karena alam atau karena ulah manusia (konflik sosial dengan kekerasan) yang disertai dengan pengungsian, timbulnya masalah kesehatan sering terkait dengan menurunnya pelayanan kesehatan, timbulnya kasus penyakit menular, terbatasnya persediaan pangan dan menurunnya status gizi masyarakat, memburuknya sanitasi lingkungan karena kurangnya persediaan air bersih, terbatasnya tempat penampungan pengungsi (papan) serta sandang.

Dalam pemberian pelayanan kesehatan pada kondisi bencana sering tidak memadai. Hal ini terjadi akibat rusaknya fasilitas kesehatan, tidak memadainya jumlah dan jenis obat serta alat kesehatan, terbatasnya tenaga kesehatan, terbatasnya dana operasional pelayanan di lapangan, Bila kondisi tersebut tidak segera ditangani dapat menimbulkan dampak yang lebih buruk akibat bencana tersebut.

Pada situasi bencana yang mengakibatkan rusaknya lahan pertanian yang mengakibatkan produksi menurun, terputusnya sarana dan prasarana transportasi yang akan mempengaruhi kelancaran distribusi pangan, terputusnya jaringan komunikasi yang mengakibatkan terlambatnya informasi, terjadinya konsentrasi massa disuatu tempat menimbulkan peningkatan kebutuhan bahan makanan. Kondisi tersebut diatas menciptakan situasi rawan pangan. Pemberian yang tidak sesuai dengan standar kebutuhan pangan dalam jangka panjang akan menurunkan status gizi masyarakat.

Terbatasnya persediaan air bersih, sanitasi lingkungan yang buruk, menurunnya daya tahan tubuh merupakan masalah yang sering timbul dalam kondisi bencana dan penanganannya belum memadai. Penanganan yang diberikan belum merujuk pada suatu standar pelayanan minimal. Dapat diprediksi akan terjadi peningkatan kasus penyakit menular.

Setelah mengetahui kemungkinan yang akan terjadi dari analisis diatas diperlukan suatu program kegiatan yang bias mempertahankan derajat kesehatan masyarakat. Rencana kegiatan yang akan dilaksanakan dalam penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi disamping mengacu kepada protap dan

pedoman–pedoman yang ada, juga diperlukan memakai standar minimal penanggulangan masalah kesehatan

C. RUANG LINGKUP

Buku ini membahas tentang standar minimal yang meliputi pelayanan kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, gizi dan pangan, lingkungan serta papan dan sandang.

D. PENGERTIAN ATAU BATASAN

1. Standar Minimal

Adalah ukuran terkecil atau terendah dari kebutuhan hidup (air bersih dan sanitasi, persediaan pangan, pemenuhan gizi, tempat tinggal dan pelayanan kesehatan) yang harus dipenuhi kepada korban bencana atau pengungsi untuk dapat hidup sehat, layak dan manusiawi.

2. Bencana

Adalah peristiwa/kejadian pada suatu daerah yang mengakibatkan kerusakan ekologi, kerugian kehidupan manusia serta memburuknya kesehatan dan pelayanan kesehatan yang bermakna sehingga memerlukan bantuan luar biasa dari pihak luar.

3. Tolok Ukur

Adalah pertanda yang menunjukkan bahwa suatu standar sudah (atau belum) tercapai. Tolok ukur ini menyediakan cara untuk mengukur/ menilai dan mengkomunikasikan dampak atau hasil suatu program, juga prosesnya dan metoda–metodanya. Tolok ukur bisa bersifat kuantitatif (berupa angka–angka yang menunjukkan jumlah atau persentase), bisa juga bersifat kualitatif (berbenruk paparan keadaan atau status) .

E. DASAR HUKUM

1. Undang – undang Kesehatan nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan
2. Keputusan Presiden nomor 3 tahun 2001 Bakornas PBP.
3. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 130 tahun 2000 tentang Organisasi dan tata kerja Depkes.
4. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 446 tahun 2001 tentang tata kerja Depkes dan Kesos.

5. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 446 tahun 2001 tentang Prosedur Tetap Pelayanan Kesehatan penanggulangan Bencana dan Penganan Pengungsi.

Keputusan Sekretaris Bakornas PBP nomor 2 tahun 2001 tentan Pedoman Umum Penanggulangan Bencana dan penanganan Pengungsi.

BAB II

TUJUAN DAN SASARAN

A. TUJUAN

Umum :

Terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi korban akibat bencana dan pengungsi sesuai dengan standar minimal.

Khusus :

1. Terpenuhinya pelayanan kesehatan bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.
2. Terpenuhinya pemberantasan dan pencegahan penyakit menular bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.
3. Terpenuhinya kebutuhan pangan dan gizi bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.
4. Terpenuhinya kesehatan lingkungan bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.
5. Terpenuhinya kebutuhan papan dan sandang bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal

B. SASARAN

Petugas kesehatan dan organisasi terkait dalam penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi.

BAB III

KEBIJAKAN

1. Setiap korban bencana dengan masalah kesehatan akan mendapatkan pelayanan kesehatan secara optimal.
2. Mengurangi risiko terjadinya penularan penyakit melalui upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit dengan peningkatan surveilans epidemiologi.
3. Memberikan pelayanan pangan dan gizi dalam jumlah dan jenis yang cukup untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan dan keadaan gizi yang terdiri dari.
 - a. Penanggulangan masalah gizi pengungsi melalui orientasi dan pelatihan secara professional oleh tenaga lapangan.
 - b. Menyelenggarakan intervensi gizi dilaksanakan berdasarkan tingkat kedaruratan dengan memperhatikan prevalensi, keadaan penyakit, ketersediaan sumberdaya (tenaga, dana dan sarana). kebijakan yang ada, kondisi penampungan serta latar belakang social budaya
 - c. Melakukan surveilans gizi untuk memantau perkembangan jumlah pengungsi, keadaan status gizi dan kesehatan.
 - d. Meningkatkan koordinasi lintas program, lintas sector, LSM, dan ormas dalam penanggulangan masalah gizi pada setiap tahap, dengan melibatkan tenaga ahli dibidang : gizi, sanitasi, evaluasi dan monitoring (surveilans) serta logistik.
 - e. Pemberdayaan pengungsi dibidang pemenuhan kebutuhan pangan dilakukan sejak awal pengungsian.
 - f. Apabila pengungsian bertempat tinggal di pemukiman penduduk, maka untuk penanganannya perlu dikoordinasikan dengan pelayanan kesehatan setempat.
4. Mengurangi risiko terjadinya penularan penyakit melalui media lingkungan akibat terbatasnya sarana kesehatan lingkungan yang ada ditempat pengungsian, melalui pengawasan dan perbaikan kualitas Kesehatan Lingkungan dan kecukupan air bersih.
5. Memberikan bantuan teknis dalam upaya pemenuhan pangan dan sandang yang memenuhi syarat kesehatan.

BAB IV

STANDAR MINIMAL

1. PELAYANAN KESEHATAN

A. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat korban bencana didasarkan pada penilaian situasi awal serta data informasi kesehatan berkelanjutan, berfungsi untuk mencegah pertambahan/menurunkan tingkat kematian dan jatuhnya korban akibat penyakit melalui pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan.

Tolok Ukur :

- 1) Puskesmas setempat, Puskesmas Pembantu, Bidang Desa dan Pos kesehatan yang ada.
- 2) Bila mungkin, RS Swasta, Balai pengobatan Swasta, LSM Lokal maupun LSM Internasional yang terkait dengan bidang kesehatan bekerja sama serta mengkoordinasikan upaya-upaya pelayanan kesehatan bersama.
- 3) Memakai standar pelayanan puskesmas.
- 4) Dalam kasus-kasus tertentu rujukan dapat dilakukan melalui system rujukan yang ada.
- 5) 1 (satu) Pusat Kesehatan pengungsi untuk 20.000 orang.
- 6) 1 (satu) Rumah Sakit untuk 200.000 orang

Dalam keadaan darurat terjadi perubahan angka kematian dari biasanya.

Tingkat kematian kasar :

Tolok ukur :

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 1) Normal rate | 0,3 sampai 0,5/10.000 pddk/hari |
| 2) Darurat terkontrol | < 1/10.000 pddk/hari |
| 3) Darurat kerusakan serius | > 1/10.000 pddk/hari |
| 4) Darurat tidak terkontrol | > 2/10.000 pddk/hari |
| 5) Kerusakan berat | > 5/10.000 pddk/hari |

Tingkat kematian bayi dibawah 5 tahun :

Tolok ukur :

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1) Normal rate | 1/10.000 pddk/hari |
| 2) Darurat terkontrol | < 2/10.000 pddk/hari |
| 3) Darurat kerusakan serius | > 2/10.000 pddk/hari |
| 4) Darurat tidak terkontrol | > 4/10.000 pddk/hari |

B. Kesehatan Reproduksi

Kegiatan yang harus dilaksanakan pada kesehatan reproduksi adalah :

1. Keluarga Berencana (KB)
2. Kesehatan Ibu dan Anak antara lain :
 - a. Pelayanan kehamilan, persalinan dan nifas.
 - b. Pelayanan pasca keguguran.
3. Deteksi Dini dan penanggulangan PMS dan HIV/AIDS
4. Kesehatan Reproduksi Remaja

C. Kesehatan Jiwa

Penanggulangan penderita stress paska trauma bisa dilakukan di lini lapangan sampai ketinggian rujukan tertinggi, dalam bentuk kegiatan penyuluhan, bimbingan, konseling, dalam bentuk kegiatan penyuluhan, bimbingan, konseling, yang tentunya disesuaikan dengan kemampuan dan kewenangan petugas di setiap jenjang pelayanan.

Penanggulangan penderita stress paska trauma di lini lapangan dapat dilakukan oleh para relawan yang tergabung dalam lembaga/organisasi masyarakat atau keagamaan maupun petugas pemerintah ditingkat desa dan atau kecamatan,

Penanggulangan penderita stress paska trauma bisa dilakukan dalam 3 (tiga) jenis kegiatan, yaitu :

1. Penyuluhan kelompok besar (lebih dari 20 orang)
2. Ahli Psikologi
3. Kader masyarakat yang telah dilatih.

Persyaratan sarana rujukan penderita Post Traumatic Stress (PTS)

1. Puskesmas
2. Klinik Psikologi
3. Rumah Sakit Umum
4. Rumah sakit Khusus Jiwa

2. PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT MENULAR

A. Vaksinasi

Vaksinasi campak harus dijadikan prioritas sedini mungkin dalam keadaan darurat. Program vaksinasi harus segera dimulai begitu tenaga kesehatan, vaksin, peralatan dan perlengkapan lain sudah tersedia, tanpa menunda-nunda lagi.

Tidak perlu menunggu sampai vaksin – vaksin lain tersedia, atau sampai sudah muncul laporan adanya penderita campak dilokasi, Mungkin (namum sangat jarang terjadi) tim penilai situasi awal memutuskan bahwa vaksinasi campak tidak perlu dilakukan. Bila demikian keputusan ini haruslah di dasari oleh faktor - factor epidemiologis, misalnya pelaksanaan kampanye vaksinasi sebelumnya didaerah itu, tingkat cakupan vaksinasi yang sudah dijalankan, serta perkiraan jumlah penduduk yang paling rentan terkena campak. Dampak kondisi lain, tim penilai situasi awal mungkin merekomendasikan agar setiap orang yang telah berusia lebih dari 15 tahun harus pula divaksin, dengan alasan kuat bahwa nampak terbukti tingkat usia ini pun rawan terkena campak.

Tolok ukur kunci :

- 1) Bila muncul satu kasus campak (yang baru dalam tahap diduga ataupun sudah dipastikan) ini berarti harus diadakan pemantauan dilokasi termasuk mengenai status vaksinasi dan usia pasien .
- 2) Dalam pengendalian wabah campak pemberian vaksin kepada anak usia 6 bulan sampai 15 tahun atau lebih dan pemberian dosis vit A yang tepat adalah kuncinya.
- 3) Cacar air (10% dari penduduk berusia 6 bulan sampai 5 tahun belum diimunisasi.
- 4) Penyakit infeksi pernafasan (ada kecenderungan peningkatan kasus)
- 5) Diare (ada kecenderungan peningkatan kasus)

Bila yang dihadapi di lapangan adalah situasi pengungsian, para pendatang baru ke lokasi/kamp/penampungan/pemukiman sementara secara sistematis harus divaksin. Semua anak usia 6 bulan hingga 15 tahun menerima vaksin campak dan vitamin A dengan dosis yang tepat.

Tolok ukur kunci :

- 1) dilaksanakan oleh Puskesmas dibawah koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten dan bekerja sama dengan instansi terkait.
- 2) Sampai 100% dari semua anak dalam kelompok sasaran (termasuk para pendatang baru di kamp pengungsian) sudah divaksin.
- 3) Pasokan vaksin di lokasi setara dengan 14% kelompok sasaran, termasuk 15% untuk kemungkinan terbuang/tidak terpakai dan 25% cadangan : kebutuhan bagi pendatang baru diproyeksikan : bila belum tersedia vaksin harus didatangkan.
- 4) Yang digunakan hanyalah vaksin dan jarum–jarum suntik sekali pakai yang memenuhi ketentuan WHO.
- 5) Rantai pasokan harus terus dipantau sejak pembuatannya sampai kelokasi pemberian vaksin untuk menjamin kelayakannya.
- 6) Persediaan jarum suntik di lokasi setara dengan 125% kelompok sasaran, termasuk 25% cadangan jarum–jarum suntik berkapasitas 5 mililiter untuk melarutkan dosis–dosis jamak tersedia. Diperlukan satu jarum suntik untuk setiap zat yang akan dilarutkan bersama.
- 7) Kotak pengaman yang sesuai dengan rekomendasi WHO tersedia untuk masing–masing jarum suntik sebelum dibuang sesudah digunakan. Kotak–kotak dibuang sesuai ketentuan WHO.
- 8) Pasokan vitamin A setara dengan 125% kelompok sasaran termasuk 25% cadangan bila akan digunakan bersamaan dengan kampanye vaksinasi campak.
- 9) Kepala Puskesmas merencanakan kebutuhan vaksin, KMS. Buku induk khusus penanganan kesehatan pengungsi, peralatan dan tenaga kesehatan (juru imunisasi) dengan memperhitungkan jumlah sasaran sekaligus pemberian vitamin A
- 10) Tanggal pemberian vaksin dicatat setiap catatan kesehatan anak (memakai buku induk). Bila mungkin disediakan juga catatan kesehatan.
- 11) Bayi yang divaksin sebelum usia 9 bulan memerlukan revaksinasi bila usianya mencapai 9 bulan.
- 12) Puskesmas melaksanakan memastikan vaksinasi berkesinambungan yang rutin terhadap setiap pendatang baru di kamp pengungsian, dan mengidentifikasi anak–anak yang butuh vaksinasi–kedua (bayi yang mencapai usia 9 bulan)

- 13) Pesan – pesan yang relevan dalam bahasa daerah setempat disebarluaskan kepada kelompok – kelompok ibu atau pengasuh anak yang tengah menunggu giliran mencakup antara lain manfaat vaksin, apa kemungkinan efek sampingnya, kapan harus kembali untuk memperoleh revaksinasi, dan mengapa harus menyimpan Kartu Menuju Sehat (KMS)

B. Masalah Umum Kesehatan di Pengungsian

Beberapa jenis penyakit yang sering timbul pada keadaan darurat dan penyebab dari penyakit tersebut serta tindakan pencegahannya adalah sebagai berikut :

Penyakit	Penyebab	Tindakan Preventiv
Diare	?? Pemukiman terlalu padat ?? Pencemaran air dan makanan ?? Sanitasi jelek	??Menyediakan area yang cukup ??Pendidikan mengenai kesehatan ??Membagikan sabun pembersih ?? Kesadaran kebersihan makan dan pribadi

		?? Penyediaan air bersih dan makanan yang cukup.
Cacar	?? Pemukiman terlalu Padat ?? Vaksinasi tak jalan	?? Menyediakan area yang cukup ?? Imunisasi untuk anak balita
Penyakit pernafasan	?? Perumahan kumuh ?? Kurangnya selimut dan pakaian ?? Merokok di tempat umum	?? .Menyediakan area yang cukup ?? Perlindungan yang cukup seperti pakaian yang layak dan selimut yang memadai ?? Memberantas tempat berembangbiaknya nyamuk
Malaria	?? Tempat tinggal yang tidak kondusif untuk perkembangbiakan nyamuk	Penyemprotan dan juga menjaga kebersihan lingkungan ?? penyediaan kelambu ?? Penyediaan obat pencegah yang aman untuk anak kecil dan ibu hamil
Meningitis	?? pemukiman yang terlalu padat	?? Standar minimal untuk tempat tinggal yang layak ?? Imunisasi sesuai dengan anjuran dokter
Tuberculosse	?? Pemukiman yang terlalu padat ?? Gagal gizi ?? Rentan terhadap virus TBC	?? Standar minimal untuk tempat tinggal yang layak ?? Imunisasi
Typhoid	?? Pemukiman yang padat ?? Kesadaran kebersihan kurang ?? Kurangnya air bersih ?? Kurangnya sanitasi	?? Standar minimal untuk tempat tinggal yang layak ?? Air bersih yang cukup ?? Sanitasi yang memadai ?? Kesadaranakan pentingnya kebersihan.

Cacingan	?? pemukiman yang padat ?? Sanitasi tidak memadai	?? Standar minimal untuk tempat tinggal yang layak ?? Sanitasi yang layak ?? Memakai alas kaki ?? Kesadaran akan kesehatan individu
Scabies	?? Pemukiman yang padat ?? Kurangnya kesadaran kesehatan diri	?? Standar minimal untuk tempat tinggal yang layak ?? Cukup tersedianya air bersih dan sabun pembersih
Xerophtalmia / kurang vit A	?? Diet yang tidak sesuai ?? Disebabkan penyakit infeksi, cacar air dan diare	?? Cukup mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin A ?? Imunisasi untuk mencegah penyakit tersebut
Anemia	?? Malaria, cacingan, kurang zat besi dan folate.	?? Tindakan pencegahan dari sumber – sumber penyakit ?? Mengatur pola makan
Tetanus	?? Luka yang tidak dirawat ?? Salah perlakuan : waktu kelahiran menyebabkan penyakit tetanus	?? P3K yang memadai ?? Imunisasi bagi ibu hamil dan memberi penyuluhan tentang kebersihan gunting, alat cukur
Hipatitis	?? Tidak bersih ?? Pencemaran air dan makanan	?? Penyediaan air bersih yang cukup ?? Sanitasi yang memadai ?? Transfusi darah yang aman
STD / HIV	?? Tidak bermasyarakat ?? Kesalahan transfusi ?? Kurangnya informasi	?? Tes Syphilis selama kehamilan ?? Tes darah untuk Transfusi ?? Tindakan pencegahan ?? Pendidikan kesehatan ?? Penyediaan kondom ?? Tidak berganti pasangan

C. Manajemen Kasus

Semua anak yang terkena penyakit menular dirawat selayaknya agar risiko–risiko lebih jauh terhindarkan, termasuk kematian.

Tolok ukur Kunci :

- 1) Sistem pelacakan yang meliputi seluruh penduduk dengan menggunakan definisi kasus standar dan merujuk kepada kasus–kasus campak, yang dicurigai maupun yang sudah dikonfirmasi, dijalankan.

- 2) Setiap pasien menerima vitamin A dan perawatan untuk komplikasi seperti misalnya pneumonia, gastroenteritis, kekurangan gizi yang parah, dan meningoenkephalitis, yang dapat mengakibatkan kematian.
- 3) Status anak penderita campak dipantau, dan bila perlu dimasukkan dalam program pemberian bantuan pangan/gizi

D. Surveilans

Surveilans dilakukan terhadap beberapa penyakit menular.

Tolok Ukur Kunci :

- 1) Puskesmas dibawah koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten bertanggung jawab atas pemantauan dan pengendalian secara jelas ditetapkan (Protap penanggulangan Masalah Kesehatan akibat bencana dan penanganan Pengungsi), dan seluruh LSM kemanusiaan di lokasi mengetahui kemana harus mengirimkan laporan bila menjumpai kasus penyakit menular, baik yang baru dalam tahap dicurigai ataupun sudah dikonfirmasi.
- 2) Pemantauan dilangsungkan sepanjang waktu agar bisa secepatnya melacak dan mengambil tindakan jika didapati kasus penyakit menular sedini mungkin.

E. Ketenagaan

Jumlah kebutuhan tenaga kesehatan untuk penanganan pengungsi antara 10.000 – 20.000 :

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| 1) Pekerja kesehatan lingkungan | 10 – 20 orang |
| 2) Bidan | 5 – 10 orang |
| 3) Para medis | 4 – 5 orang |
| 4) Dokter | 1 orang |
| 5) Asisten Apoteker | 1 orang |
| 6) Teknisi Laboratorium | 1 orang |
| 7) Pembantu Umum | 5 – 10 orang |
| 8) Pengawas Sanitasi | 2 – 4 orang |
| 9) Asisten Pengawas Sanitasi | 10 –20 orang |

3. GIZI DAN PANGAN

A. Penanggulangan masalah gizi dipengungsian adalah sebagai berikut :

1. Melaksanakan profesionalisme tenaga lapangan untuk penanganan gizi pengungsi melalui orientasi dan pelatihan.

2. Menyelenggarakan intervensi gizi dilaksanakan berdasarkan tingkat kedaruratan dengan memperhatikan prevalensi, keadaan penyakit, ketersediaan sumberdaya (tenaga, dana dan sarana), kebijakan yang ada, kondisi penampungan serta latar belakang social budaya.
Melakukan surveilans gizi untuk memantau perkembangan jumlah pengungsi, keadaan status gizi dan kesehatan
3. Meningkatkan koordinasi lintas program, lintas sektoral, LSM, dan ormas dalam penanggulangan masalah gizi pada setiap tahap, dengan melibatkan tenaga ahli di bidang : Gizi, Sanitasi, Evaluasi dan Monitoring (Surveilans) serta Logistik
4. Pemberdayaan pengungsi di bidang pemenuhan kebutuhan pangan dilakukan sejak awal pengungsian.

Prinsip penanganan gizi darurat terdiri dari 2 tahap yaitu tahap penyelamatan dan tahap tanggap darurat serta melakukan pengamatan/Surveilans gizi.

Tahap Penyelamatan

Tahap penyelamatan merupakan kegiatan yang bertujuan agar para pengungsi tidak lapar dan dapat mempertahankan status gizi.

Tahap ini terdiri dari 2 fase yaitu :

1. Fase pertama (fase 1) adalah saat :
 - a. Pengungsi baru terkena bencana.
 - b. Petugas belum sempat mengidentifikasi pengungsi secara lengkap
 - c. Belum ada perencanaan pemberian makanan terinci sehingga semua golongan umur menerima bahan makanan yang sama

Fase ini maksimum selama 5 hari

Fase ini bertujuan memberikan makanan kepada masyarakat agar tidak lapar.

Sasarannya adalah seluruh pengungsi, dengan kegiatan :

- a. Pemberian makanan jadi dalam waktu sesingkat mungkin.
- b. Pendataan awal , jumlah pengungsi, jenis kelamin, golongan umur.

c. Penyelenggaraan dapur umum (merujuk ke Depsos), dengan standar minimal.

2. Fasse kedua (fase II) adalah saat :

a. Pengungsi sudah lebih dari 5 hari bermukim ditempat pengungsian.

b. Sudah ada gambaran keadaan umum pengungsi (jumlah, golongan umur, jenis kelamin keadaan lingkungan dan sebagainya), sehingga perencanaan pemberian bahan makanan sudah lebih terinci,

c. Pada umumnya bantuan bahan makanan cukup tersedia.

Sasaran pada fase ini adalah seluruh pengungsi dengan kegiatan :

a. Pengumpulan dan pengolahan data dasar status gizi.

b. Menentukan strategi intervensi berdasarkan analisis status gizi.

c. Merencanakan kebutuhan pangan untuk suplementasi gizi

d. Menyediakan paket Bantuan pangan (ransum) yang cukup, mudah dikonsumsi oleh semua golongan umur dengan syarat minimal ssebagai berikut ;

1) Setiap orang diperhitungkan menerima ransum senilai 2.100 Kkal, 40 gram lemak dan 50 gram protein per hari.

2) Diusahakan memberikan pangan sesuai dengan kebiasaan dan ketersediaan setempat, mudah diangkut, disimpan dan didistribusikan.

3) Harus memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral.

4) Mendistribusikan ransum sampai ditetapkannya jenis intervensi gizi berdasarkan hasil data dasar (maksimum 2 minggu)

5) Memberikan penyuluhan kepada pengungsi tentang kebutuhan gizi dan cara pengolahan bahan makanan masing–masing anggota keluarga.

Tahap Tanggap Darurat

Tahap ini dimulai selambat–lambatnya pada hari ke 20 di tempat pengungsian.

Kegiatan

1. Melakukan penapisan (screening) bila prevalensi gizi kurang balita 10–14.9% atau 5–9.0% yang disertai dengan factor pemburuk.

2. Menyelenggarakan pemberian makanan tambahan sesuai dengan jenis intervensi yang telah ditetapkan pada tahap 1 fase II (PMT darurat/Ransum, PMT darurat terbatas serta PMT terapi).
3. Melakukan penyuluhan baik perorangan atau kelompok dengan materi penyuluhan sesuai dengan butir b.
4. Memantau perkembangan status gizi melalui surveilans.
5. Melakukan modifikasi/perbaiki intervensi sesuai dengan perubahan tingkat kedaruratan :
 - a. Jika prevalensi gizi kurang $> 15\%$ atau $10-14\%$ dengan factor pemburuk, diberikan paket pangan dengan standar minimal per orang perhari (ransum), dan diberikan PMT darurat untuk balita, ibu hamil ibu menetek dan lansia serta PMT terapi bagi penderita gizi buruk. Ketentuan kecukupan gizi pada PMT darurat sama seperti standar ransum.
 - b. Jika prevalensi gizi kurang $10-14.9\%$ atau $5-9.9\%$ dengan factor pemburuk diberikan PMT darurat terbatas pada balita, ibu hamil, ibu menetek dan lansia yang kurang gizi serta PMT terapi kepada penderita gizi buruk.
 - c. Jika prevalensi gizi kurang $< 10\%$ tanpa factor pemburuk atau $< 5\%$ dengan factor pemburuk maka dilakukan penanganan penderita gizi kurang melalui pelayanan kesehatan setempat.

B. Pengamatan/Surveilans Gizi

Tahapan yang dilakukan pada surveilans gizi pengungsi dalam keadaan darurat adalah :

1. Registrasi pengungsi

Registrasi perlu dilakukan secepat mungkin untuk mengetahui jumlah KK, jumlah pengungsi (jiwa), jenis kelamin, umur dan bumil/buteki/usila. Di samping itu diperlukan data penunjang lainnya misalnya : luas wilayah, jumlah camp, sarana air bersih yang dapat diperoleh dari sumber data lainnya. Registrasi dapat dilakukan sendiri atau menggunakan data yang telah tersedia misalnya dari Satkorlak.

Data tersebut digunakan untuk menghitung kebutuhan bahan makanan pada tahap penyelamatan dan merencanakan tahapan surveilans berikutnya.

2. Pengumpulan dan dasar gizi

Data yang dikumpulkan adalah antropometri meliputi : berat badan, tinggi badan, umur untuk menentukan status gizi. Data antropometri ini dikumpulkan melalui survei dengan metodologi surveilans atau survei cepat.

Di samping itu diperlukan data penunjang lainnya seperti : diare, ISPA/ Pneumonia, campak, malaria, angka kematian kasar dan kematian balita. Data penunjang ini dapat direroleh dari sumber lainnya, seperti survei penyakit dari P2M.

Data ini digunakan untuk menentukan tingkat kedaruratan gizi dan jenis intervensi yang diperlukan.

3. Penapisan

Penapisan dilakukan apabila diperlukan intervensi pemberian makanan tambahan secara terbatas (PMT darurat terbatas) dan PMT terapi. Untuk itu dilakukan pengukuran antropometri (BB/TB) semua anak untuk menentukan sasaran intervensi. Pada kelompok rentan lainnya, penapisan dilakukan dengan melakukan pengukuran Lingkar Lengan Atas /LILA .

4. Pemantauan dan evaluasi

Pemantauan dan evaluasi ditujukan untuk menilai perubahan yang terjadi terhadap status gizi pengungsi. Pemantauan dan evaluasi terdiri dari :

- a) Pemantauan pertumbuhan balita yang dilakukan setiap bulan dengan menggunakan KMS :
- b) Penilaian keadaan gizi seluruh balita setelah periode tertentu (3 bulan) untuk dibandingkan dengan data dasar

Untuk keperluan surveilans gizi pengungsi, beberapa hal yang perlu disiapkan adalah :

1. Petugas pelaksana adalah tenaga gizi (Ahli gizi atau tenaga pelaksana gizi) yang sudah mendapat latihan khusus penganggulangan gizi dalam keadaan darurat. Jumlah petugas pelaksana gizi minimal tiga orang tenaga gizi terlatih, agar surveilans dapat dilakukan secepat mungkin.

Tenaga pelaksana gizi ini akan bekerja secara tim dengan surveilans penyakit atau tenaga kedaruratan lainnya

2. Alat untuk identifikasi, pengumpulan data dasar, pemantauan dan evaluasi :
 - a. Formulir untuk registrasi awal dan pengumpulan data dasar dan skrining/ penapisan, dan juga formulir untuk pemantauan dan evaluasi secara periodik.

- b. Alat ukur antropometri untuk balita dan kelompok umur golongan rawan lainnya. Untuk balita diperlukan timbangan berat badan (dacin/salter) alat ukur panjang badan (portable) dan medline (meteran)
 - c. Monitoring pertumbuhan untuk balita (KMS)
 - d. Jika memungkinkan disiapkan komputer yang dilengkapi dengan system aplikasi untuk pemantauan setiap individu
3. Melakukan kajian data surveilans gizi dengan mengintegrasikan informasi dari surveilans lainnya (penyakit dan kematian).

C. Kekurangan Vitamin A (Xerophthalmia)

Pada anak-anak usia 6 hingga 71 minggu (jika ditemukan kondisi yang sesuai dengan satu tolak ukur atau lebih, berarti perlu diambil tindakan dalam lingkup kesehatan masyarakat secara menyeluruh)

Tolak Ukur	Keberadaan Minimum
Rabun ayam (usia penderita antara 24 – 71 bulan)	> 1 %
Xerosis Konjungtival dengan binti – bintik bitot	> 0,5 %
Xerosis cornea / pembengkakan / keratomalasi	> 0,01 %
Goresan – goresan pada kornea	> 0,05 %

D. Kekurangan Yodium dan pengendaliannya melalui Yodimisasi garam

Kekurangan Yodium bersifat problematic, Indikator-indikator biokimia barangkali tidak bisa diukur dalam situasi darurat atau bencana, sementara pengungkuran klinis terhambat risiko ketidakakuratan, Tetapi pemeriksaan urin untuk mengetahui kadar Yodium perlu dilakukan guna mendapatkan gambaran penuh tentang status Yodium, dan petunjuk kasar ke arah keparahan situasi bisa diperoleh melalui pemeriksaan klinis terhadap anak-anak usia 6–12 tahun

Tolok Ukur Sasaran		Skala Masalah kesehatan Masyarakat		
		Ringan	Sedang	Parah
Gondok tingkat > 0	Anak – anak usia sekolah (6–12 tahun)	5.0 s/d19.9 %	20.0s/d29.9%	30.0 % ke atas
Thyroid volume> centile ke 97 lewat ultrasound	Anak – anak usia sekolah	5.0s/d19.9%	20.0 s/d 29.9 %	30.0% ke atas
Tingkatyodium rata–rata dalam urine (g / l)	Anak – anak	50 s/d 99%	20 s / d 49	> 20
Hormon perangsang thyroid > 5 U / l darah	Bayi	3.0s/d 19.0 %	20.0 s/d 39.9 %	40.0 % ke atas
Thyroglobuli rata – rata (mg / ml serum	Anak – anak dan orang dewasa	10.0 s/d 19.9	20.0 s/d 39.9	40.0 ke atas

E . Kebutuhan – kebutuhan gizi

Kadar gizi yang bisa dipakai untuk tujuan – tujuan perencanaan dalam proses penilaian situasi awal dilapangan pada keadaan darurat atau bencana.

Zat Gizi	Kebutuhan Masyarakat rata - rata
Eenergi	2.100 K Cal
Protein	10 – 12 % Eergi total(52 – 63 gram) tetapi kurang dar 15 %
Limak	17 % dari energi total 9 40 gram)
Vitamin A	1.666 LU (atau 0,5 mg RE)
Thiamine (BI)	0,9 mg (atau 0,4 mg / masukan 1.000 K cal)
Riboflvin (Vitamin B2)	1,4 mg (atau 0,4 mg / masukan 1.000 K cal)
Niasin (Vitamin B3)	12 mg (atau 6,6 mg / masukan 1.000 K cal)
Vitamin C	28 mg
Vitamin D	3,2 – 3,8 g Calsiferol
Zat Besi	22 mg (ketersediaan sumber alami rendah, yakni 5 – 9 %
Yodium	150 g

F. Kualitas dan keamanan pangan

Pangan yang dibagikan kepada masyarakat korban bencana bermutu baik dan di tangani secara aman sehingga layak dikonsumsi manusia

Tolok ukur Kunci :

1. Tidak dijumpai persebaran penyakit akibat pangan yang dibagikan.
2. Tidak ada keluhan mengenai mutu bahan pangan yang dibagikan, baik dari penerima bantuan maupun dari petugas.
3. Para pemasok bahan pangan melaksanakan pengendalian mutu secara teratur, dan memasok komoditas yang memenuhi standar-standar resmi pemerintah (sehubungan dengan masalah pengemasan, pelabelan, tanggal kadaluarsa, dan sebagainya).
4. Seluruh bahan pangan yang dipasok ke lokasi secara sistematis di cek lebih dulu oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan (POM) setempat.
5. Seluruh bahan-bahan pangan yang diterima dari dalam negeri memiliki batas kadaluarsa minimum hingga 6 bulan sudah diterima (Kecuali bahan-bahan seperti sayur-sayur dan buah-buahan segar, dan jagung pipilan).
Semua bahan makanan ini harus sudah dibagikan sebelum lewat tanggal kadaluarsa.
6. Terdapat prasarana-prasarana penyimpanan pangan yang memadai (sejalan dengan rekomendasi-rekomendasi terkini) dan pengelolannya dilaksanakan dengan baik.
7. Staf memperlihatkan pengetahuan yang cukup mengenai ancaman-ancaman potensial bagi kesehatan dari pembagian makanan, yakni risiko-risiko dari pengolahan yang kurang baik, penyimpanan yang tidak memenuhi syarat dan pembagian yang terlambat

G. Penerimaan terhadap bahan pangan

Bahan – bahan pangan yang dibagikan bersifat layak dan bisa diterima oleh mereka yang menjadi sasaran bantuan.

Tolok ukur kunci :

1. Sebelum menentukan bahan-bahan pangan yang dibagikan, konsultasi dengan masyarakat penerima bantuan harus dilaksanakan agar bantuan benar-benar mereka terima (memenuhi standar kelayakan dan kepantasan mereka). Ini harus dimasukkan kedalam proses pengambilan program.

2. Bahan–bahan pangan yang dibagikan tidak bertentangan dengan tradisi–tradisi keagamaan atau adat istiadat setempat, termasuk bila ada pemali/tantangan tertentu berkaitan dengan konsumsi ibu hamil dan/menyusui.
3. Bahan pangan pokok yang dibagikan harus sesuai dengan yang biasa dikonsumsi oleh masyarakat penerimanya.
4. Makanan tambahan bagi anak–anak balita memenuhi syarat dalam hal rasa dan sesuai dengan kemampuan pencernaan mereka.
5. Masyarakat memiliki akses untuk mendapatkan bahan–bahan pangan tertentu yang dianggap termasuk bahan pokok menurut kebudayaan mereka (umpamanya cabe dan/gula pasir)

H. Penanganan dan keamanan Bahan Pangan

Bahan pangan disimpan, diolah dan dikonsumsi dengan aman dan benar, baik ditingkat rumah tangga maupun dalam konteks masyarakat secara umum.

Tolok ukur kunci :

1. Tidak didapati persebaran penyakit yang berkaitan dengan lokasi pembagian makanan (misalnya dapur umum) yang diakibatkan oleh proses pengolahan makanan yang salah.
2. Laporan dari masyarakat yang dibantu berkenaan dengan kesulitan–kesulitan menyimpan, memasak dan mengonsumsi makanan yang dibagikan disampaikan ketua kelompok/regu ke Satuan Pelaksana (SATLAK Kabupaten).
3. Setiap rumah tangga memiliki paling sedikit satu panci untuk memasak, bahan bakar yang cukup untuk memasak, wadah menyimpan air yang mampu memuat 40 liter, dan sabun seukuran 250 gram per orang per bulan.
4. Per orang yang tidak bisa memasak makanan sendiri atau tidak dapat mengonsumsi makanan tanpa bantuan memiliki akses untuk didampingi seseorang yang menyediakan makanan yang layak baginya secara teratur, dan bila perlu menyuapinya
5. Bila makanan dibagikan dari dapur umum (sudah dalam keadaan matang), staf pelaksana memahami risiko–risiko yang mengancam kesehatan akibat proses penyimpanan, pengolahan dan penyajian makanan yang tidak memenuhi syarat.

6. Bila diperlukan, tersedia prasarana penggilingan atau pengolah bahan pangan atau pengolahan bahan pangan lainnya dalam jarak sedekat mungkin dengan lokasi atau barak, umpamanya bila yang dibagikan adalah jagung pipilan

I. Persediaan Pangan

Peran serta masyarakat dalam penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana merupakan factor penting. Penafsiran terhadap problema–problema dan kebutuhan–kebutuhan korban bencana menjadi landasan bagi perencanaan dan penerapan semua program. Upaya khusus harus dilakukan sehubungan dengan peranserta kaum perempuan. Masyarakat korban atau pengungsi harus memiliki akses untuk mengambil peran dalam pembuatan keputusan, khususnya bila masalah menyangkut tingkat–tingkat jatah pangan dan kriteria pemilihan calon penerimanya.

Ketertiban semacam itu akan menjamin kelangsungan dan keefektifan program.

Peranserta masyarakat korban bencana atau pengungsi dalam program bantuan pangan juga dapat membantu menegakkan kembali rasa percaya diri, rasa bermartabat, dan swadaya masyarakat yang bersangkutan sehabis dilanda bencana yang memporakporandakan sendi–sendi kehidupan normal mereka.

Keikutsertaan itu juga dapat memicu timbulnya rasa memiliki, sehingga, seandainya pun tidak semua anggota masyarakat memperoleh jatah bantuan atau porsi yang tidak sama, tetap membantu memastikan keamanan bagi para penerima jatah bantuan pangan serta mereka yang bertanggung jawab dalam pembagiannya.

Para penerima bantuan memiliki kesempatan untuk berperanserta dalam proses perancangan, pengelolaan, dan pemantauan program bila mungkin. Sedangkan peran yang diberikan antara lain :

- 1) Para wakil dari seluruh masyarakat korban bencana diikuti sertakan dalam proses konsultasi, dan dilibatkan dalam penentuan keputusan yang berkaitan dengan penilaian tentang kebutuhan–kebutuhan nyata mereka sendiri dan perencanaan program
- 2) Laki–laki maupun perempuan mengambil bagian dalam pengelolaan dan penerapan program bantuan pangan.

J. Koordinasi

Seluruh kegiatan yang berkenaan dengan bantuan yang diberikan kepada para korban bencana dan pengungsi dikoordinasikan dengan Bakornas PBP di Pusat, Satkorlak PBP di Provinsi dan Satlak PBP di Kabupaten. Sedangkan yang perlu mendapat perhatian antara lain :

1. Adanya kesepakatan di antara semua organisasi yang terlibat dalam program bantuan pangan dibawah koordinasi Bakornas PBP, Satlak PBP mengenai hal-hal dibawah ini :
 - a). Prakiraan jumlah penduduk yang membutuhkan bantuan jatah pangan.
 - b). Kriteria pemilihan calon penerima bantuan.
 - c). Strategi pengadaan bahan pangan.
 - d). Peran-peran dan tanggung jawab organisasi-organisasi serta kelompok-kelompok yang terlibat.
 - e). Saluran-saluran pelaporan dan informasi.
 - f). Sistem-sistem pemantauan dan pengamatan.
2. Wilayah kerja masing-masing badan kemanusiaan yang terlihat ditentukan dengan tegas , tidak ada bantuan tumpang tindih.
3. Terdapat pemahaman nyata terhadap peran-peran dan kegiatan-kegiatan organisasi-organisasi lain yang ambil bagian dalam bantuan pangan
4. Adanya kesadaran nyata mengenai kemungkinan timbulnya dampak-dampak negatif akibat bantuan pangan itu sendiri, dan mengambil pendekatan lintas sektoral terkoordinasi guna meredam dampak-dampak ini.

K. Pertanggung jawaban

Bahan-bahan pangan yang akan diperbantukan serta dana-dana program dikelola dan dipertanggungjawabkan dengan menggunakan system yang transparan dan dapat diaudit.

Berkaitan dengan hal tersebut yang perlu diperhatikan antara lain :

- 1) Praktik-praktik pengelolaan yang aman dipertahankan untuk menjamin bahwa semua bahan terjaga hingga dibagikan kepada yang berhak :

- a. Gudang penyimpan bersih dan aman, melindungi bahan – bahan pangan dari kerusakan dan penyusutan.
 - b. Pihak ketiga yakni para penyedia jasa mengemban tanggung jawab penuh atas bahan-bahan yang dipercayakan kepada mereka, dan setuju untuk mengganti kerugian karena kehilangan atau penyusutan.
 - c. Bahan – bahan pangan diperiksa dengan cermat, dan bahan–bahan yang tidak layak pun dicatat untuk kemudian dibuang menurut tatacara–tatacara standar.
 - d. Bahan–bahan yang rusak diperiksa, dan sejauh mungkin diselamatkan
 - e. Penghitungan fisik terhadap inventaris dilaksanakan secara teratur seiring dengan pembukuan persediaan di gudang.
- 2) Kontrak-kontrak pengadaan barang dan jasa dilakukan secara transparan dan adil.
- 3) Ditetapkan system–system pembukuan inventaris dan pelaporannya :
- a. Dokumen berupa faktur/nota pembelian barang atau jasa
 - b. Buku Besar (Leger) yang memuat rangkuman penerimaan, dan penyeimbangan bahan–bahan ke dan dari gudang.
 - c. Seluruh kehilangan atau penyusutan diidentifikasi dan diperhitungkan dalam Leger.
 - d. Laporan–laporan ringkasan diatas dikumpulkan dan selalu siap ditinjau

K. Pembagian Bantuan

Dalam program bantuan pangan, intinya adalah metode pembagian yang baik, Inilah kunci keberhasilan (atau bila metodenya tidak layak, kegagalan) pelaksanaan program bantuan pangan sejak terjadinya bencana petugas telah melaksanakan penilaian situasi awal, masalah pembagian atau distribusi harus sudah dipikirkan dan diperhitungkan. Bantuan pangan bisa dibagi–bagikan secara bebas kepada masyarakat luas, atau hanya diberikan kepada cabang–cabang atau kelompok–kelompok tertentu saja dalam masyarakat itu. Bantuan pangan pun dapat diberikan sebagai pengganti upah kerja, atau bisa pula dijual ke pasar komersial guna mengatasi problema pasokan.

Metoda pembagian bantuan pangan bersifat adil, berkesinambungan dan layak mengingat kondisi-kondisi setempat para penerima bantuan pangan memperoleh informasi mengenai jatah yang menjadi hak mereka, dan alasan logis bagi perbedaan tingkat-tingkat jatah itu. Untuk itu dibutuhkan persiapan sebagai berikut :

- 1) Masyarakat memahami volume dan corak jatah yang akan dibagikan bagi setiap siklus pembagian, serta alasan-alasan yang jelas mengapa ada perbedaan-perbedaan dengan norma – norma yang sudah mapan disana
- 2) Volume dan corak bahan pangan yang direncanakan untuk dibagikan sama dengan yang benar-benar sampai ke tangan masyarakat.
- 3) Metoda pembagian bahan pangan bersifat adil, mudah diakses (dekat dengan kediaman penduduk yang bersangkutan, tanpa tatacara bertele-tele), dan meminimalkan gangguan terhadap kegiatan-kegiatan masyarakat sehari-hari (tidak menyita banyak waktu dan tenaga)
- 4) Manakala mengambil keputusan menyangkut kekerapan pembagian bahan pangan (apakah akan dilaksanakan setiap bulan sekali atukah lebih sering dari itu), ada pertimbangan matang seputar kepentingan para penerima bantuan mengenai hal-hal sebagai berikut :
 - a. Biaya pengangkutan bahan-bahan pangan dari pusat pembagian.
 - b. Waktu yang dihabiskan untuk datang dan pulang dari pusat pembagian.
 - c. Keamanan penerimaan bantuan dan bahan pangan yang diperbantukan bila sudah sampai ke tangan si penerima.

4. LINGKUNGAN

A. Pengadaan Air.

Semua orang didunia memerlukan air untuk minum, memasak dan menjaga kebersihan pribadi. Dalam situasi bencana mungkin saja air untuk keperluan minumpun tidak cukup, dan dalam hal ini pengadaan air yang layak dikonsumsi menjadi paling mendesak. Namun biasanya problema-problema kesehatan yang berkaitan dengan air muncul akibat kurangnya persediaan dan akibat kondisi air yang sudah tercemar sampai tingkat tertentu.

Tolok ukur kunci

- 1) Persediaan air harus cukup untuk memberi sedikit-dikitnya 15 liter per orang per hari

- 2) Volume aliran air di tiap sumber sedikitnya 0,125 liter per detik.
- 3) Jarak pemukiman terjauh dari sumber air tidak lebih dari 500 meter
- 4) 1 (satu) kran air untuk 80 – 100 orang

B. Kualitas air

Air di sumber–sumber harus layak diminum dan cukup volumenya untuk keperluan keperluan dasar (minum, memasak, menjaga kebersihan pribadi dan rumah tangga) tanpa menyebabkan timbulnya risiko–risiko besar terhadap kesehatan akibat penyakit–penyakit maupun pencemaran kimiawi atau radiologis dari penggunaan jangka pendek.

Tolok ukur kunci ;

- 1) Di sumber air yang tidak terdisinvektan (belum bebas kuman), kandungan bakteri dari pencemaran kotoran manusia tidak lebih dari 10 coliform per 100 mili liter
- 2) Hasil penelitian kebersihan menunjukkan bahwa resiko pencemaran semacam itu sangat rendah.
- 3) Untuk air yang disalurkan melalui pipa–pipa kepada penduduk yang jumlahnya lebih dari 10.000 orang, atau bagi semua pasokan air pada waktu ada resiko atau sudah ada kejadian perjangkitan penyakit diare, air harus didisinfektan lebih dahulu sebelum digunakan sehingga mencapai standar yang bias diterima (yakni residu klorin pada kran air 0,2–0,5 miligram per liter dan kejenuhan dibawah 5 NTU)
- 4) Konduksi tidak lebih dari 2000 $\mu\text{S} / \text{cm}$ dan airnya biasa diminum
- 5) Tidak terdapat dampak negatif yang signifikan terhadap kesehatan pengguna air, akibat pencemaran kimiawi atau radiologis dari pemakaian jangka pendek, atau dari pemakaian air dari sumbernya dalam jangka waktu yang telah direncanakan, menurut penelitian yang juga meliputi penelitian tentang kadar endapan bahan–bahan kimiawi yang digunakan untuk mengetes air itu sendiri. Sedangkan menurut penilaian situasi nampak tidak ada peluang yang cukup besar untuk terjadinya masalah kesehatan akibat konsumsi air itu.

C. Prasarana dan Perlengkapan

Tolok ukur kunci :

- 1) Setiap keluarga mempunyai dua alat pengambil air yang berkapasitas 10–20 liter, dan tempat penyimpanan air berkapasitas 20 liter. Alat–alat ini sebaiknya berbentuk wadah yang berleher sempit dan/bertutup
- 2) Setiap orang mendapat sabun ukuran 250 gram per bulan.
- 3) Bila kamar mandi umum harus disediakan, maka prasarana ini harus cukup banyak untuk semua orang yang mandi secara teratur setiap hari pada jam–jam tertentu. Pisahkan petak–petak untuk perempuan dari yang untuk laki–laki.

Bila harus ada prasarana pencucian pakaian dan peralatan rumah tangga untuk umum, satu bak air paling banyak dipakai oleh 100 orang.

D. Pembuangan Kotoran Manusia

Jumlah Jamban dan Akses

Masyarakat korban bencana harus memiliki jumlah jamban yang cukup dan jaraknya tidak jauh dari pemukiman mereka, supaya bisa diakses secara mudah dan cepat kapan saja diperlukan, siang ataupun malam

Tolok ukur kunci :

- 1) Tiap jamban digunakan paling banyak 20 orang
- 2) Penggunaan jamban diatur perumahan tangga dan/menurut pembedaan jenis kelamin (misalnya jamban persekian KK atau jamban laki–laki dan jamban perempuan)
- 3) Jarak jamban tidak lebih dari 50 meter dari pemukiman (rumah atau barak di kamp pengungsian). Atau bila dihitung dalam jam perjalanan ke jamban hanya memakan waktu tidak lebih dari 1 menit saja dengan berjalan kaki.
- 4) Jamban umum tersedia di tempat–tempat seperti pasar, titik–titik pembagian sembako, pusat – pusat layanan kesehatan dsb.
- 5) Letak jamban dan penampung kotoran harus sekurang–kurangnya berjarak 30 meter dari sumber air bawah tanah.

Dasar penampung kotoran sedikitnya 1,5 meter di atas air tanah. Pembuangan limbah cair dari jamban tidak merembes ke sumber air mana pun, baik sumur maupun mata air, sungai, dan sebagainya

- 6) 1 (satu) Latrin/jaga untuk 6–10 orang

E. Pengelolaan Limbah Padat

Pengumpulan dan Pembuangan Limbah Padat

Masyarakat harus memiliki lingkungan yang cukup bebas dari pencemaran akibat limbah padat, termasuk limbah medis.

- 1) Sampah rumah tangga dibuang dari pemukiman atau dikubur di sana sebelum sempat menimbulkan ancaman bagi kesehatan.
- 2) Tidak terdapat limbah medis yang tercemar atau berbahaya (jarum suntik bekas pakai, perban-perban kotor, obat-obatan kadaluarsa, dsb) di daerah pemukiman atau tempat-tempat umum.
- 3) Dalam batas-batas lokasi setiap pusat pelayanan kesehatan, terdapat tempat pembakaran limbah padat yang dirancang, dibangun, dan dioperasikan secara benar dan aman, dengan lubang abu yang dalam.
- 4) Terdapat lubang-lubang sampah, keranjang/tong sampah, atau tempat-tempat khusus untuk membuang sampah di pasar-pasar dan pejalan, dengan system pengumpulan sampah secara harian.
- 5) Tempat pembuangan akhir untuk sampah padat berada dilokasi tertentu sedemikian rupa sehingga problema-problema kesehatan dan lingkungan hidup dapat dihindarkan.
- 6) 2 (dua) drum sampah untuk 80 – 100 orang

Tempat/lubang Sampah Padat

Masyarakat memiliki cara – cara untuk membuang limbah rumah tangga sehari-hari secara nyaman dan efektif.

Tolok ukur kunci :

- 1) Tidak ada satupun rumah/barak yang letaknya lebih dari 15 meter dari sebuah bak sampah atau lubang sampah keluarga, atau lebih dari 100 meter jaraknya dari lubang sampah umum.
- 2) Tersedia satu wadah sampah berkapasitas 100 liter per 10 keluarga bila limbah rumah tangga sehari-hari tidak dikubur ditempat.

F. Pengelolaan Limbah Cair (pengeringan)

Sistem pengeringan

Masyarakat memiliki lingkungan hidup sehari-hari yang cukup bebas dari risiko pengikisan tanah dan genangan air, termasuk air hujan, air luapan dari sumber-sumber, limbah cair rumah tangga, dan limbah cair dari prasarana-prasarana

medis. Hal-hal berikut dapat dipakai sebagai ukuran untuk melihat keberhasilan pengelolaan limbah cair :

- 1) Tidak terdapat air yang menggenang disekitar titik–titik pengambilan/sumber air untuk keperluan sehari–hari, didalam maupun di sekitar tempat pemukiman
- 2) Air hujan dan luapan air/banjir langsung mengalir melalui saluran pembuangan air.
- 3) Tempat tinggal, jalan – jalan setapak, serta prasana – prasana pengadaan air dan sanitasi tidak tergenang air, juga tidak terkikis oleh air.

G. Promosi Kesehatan

Banyak masalah kesehatan atau kejadian penyakit sebenarnya dapat ditanggulangi atau dicegah bila kita memperhatikan aspek perilaku, baik menyangkut perilaku sehubungan dengan lingkungan maupun perilaku sehubungan dengan gaya hidup (sosial budaya).

Di daerah yang mengalami bencana atau konflik atau pengungsi memungkinkan terjadinya pergeseran bahkan perubahan perilaku dari yang tadinya berperilaku positif terhadap kesehatan berubah menjadi negatif terhadap kesehatan sehingga muncullah beberapa masalah atau penyakit berkaitan dengan kesehatan sebagai akibat kondisi lingkungan dan gaya hidup (sosial budaya) yang tidak kondusif. Agar perilaku masyarakat di daerah gempa atau konflik atau pengungsi tetap kondusif terhadap kesehatan, maka dibutuhkan standar minimal promosi kesehatan dalam rangka penanggulangan bencana atau konflik atau pengungsi khususnya berkaitan dengan perilaku positif yang mendukung kesehatan sehingga kejadian penyakit di daerah bersangkutan dapat ditanggulangi atau dicegah.

Materi Promosi Kesehatan

Materi promosi kesehatan disesuaikan dengan permasalahan atau kejadian penyakit yang biasa ada di daerah gempa atau konflik atau pengungsi. Kejadian penyakit yang biasanya ada di daerah tersebut adalah penyakit diare, gizi buruk, ISPA dan penyakit kulit. Kemungkinan lainnya adalah penyakit campak, malaria, demam berdarah.

Aspek perilaku yang berkaitan dengan penyakit tersebut antara lain : membuang sampah dan kotoran tidak pada tempatnya, meminum air yang tidak di masak, tidak pernah mandi, pertukaran pakaian yang sembarangan, pakaian tidak pernah ganti, anak tidak terpenuhi gizinya, anak tidak sempat diimunisasi, dll.

Promosi kesehatan ada 3 yaitu :

- 1) Pemberdayaan adalah promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran primer sehingga sasaran primer berdaya di bidang kesehatan minimal 1 minggu sekali .
- 2) Dukungan suasana adalah promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder sehingga sasaran tersebut kondusif atau mau mendukung dan menyebarkan informasi kesehatan kepada sasaran primer minimal 1 angkatan (20 orang)
- 3) Dukungan kebijakan adalah promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tertier (pengambil keputusan) sehingga memperoleh dukungan kebijakan atau sumber daya dalam rangka mengatasi permasalahan yang ada setiap bulan sekali.

Sasaran dalam promosi kesehatan di bagi tiga yaitu :

- 1) Sasaran primer adalah sasaran yang akan kita ubah perilakunya.
- 2) Sasaran sekunder adalah sasaran yang mendukung sasaran primer dalam merubah perilaku.
- 3) Sasaran tertier adalah sasaran yang menunjang sasaran primer dan sekunder dalam rangka meminta dukungan kebijakan dan sumber daya.

5. HAL–HAL YANG BERKAITAN DENGAN KEBUTUHAN DASAR KESEHATAN

Yaitu :

A. Penampungan Keluarga

Pada saat keadaan darurat berawal, warga memperoleh ruang tertutup yang cukup untuk melindungi mereka dari dampak–dampak iklim yang dapat membahayakan mereka. Mereka memperoleh papan yang cukup memenuhi syarat kesehatan (hangat, berudara segar, aman dan memberi keleluasaan pribadi) demi menjamin martabat dan kesejahteraan mereka.

Tolok ukur kunci :

- 1) Ruang tertutup yang tersedia per orang rata-rata berukuran 3,5 hingga 4,5 meter persegi
- 2) Dalam iklim yang hangat dan lembap, ruang-ruang itu memungkinkan aliran udara optimal dan melindungi penghuninya dari terik matahari secara langsung.
- 3) Bila iklim panas dan kering, bahan-bahan bangunannya cukup berat untuk memastikan kapasitas pelepasan panas yang maksimal. Kalau yang tersedia hanya tenda-tenda atau lembaran-lembaran plastik saja, pertimbangkan penyediaan atap berganda atau lapisan pelepas panas.
- 4) Dalam udara dingin, bahan dan konstruksi ruang memastikan pengaturan udara yang optimal. Suhu yang nyaman bagi para pengguna diperoleh dengan cara penyekatan dipadukan dengan pakaian hangat, selimut, tempat tidur, dan konsumsi kalori yang cukup.

B. Sandang

Para pengungsi, termasuk masyarakat setempat, memiliki cukup selimut, pakaian, dan alas kaki untuk melindungi mereka dari iklim dan menjamin martabat serta kesejahteraan mereka.

Tolok ukur kunci :

- 1) Para pengungsi dan penduduk setempat memiliki akses guna memperoleh selimut yang cukup.
- 2) Laki-laki dan anak-anak lelaki usia 14 tahun ke atas memiliki satu set sandang lengkap, dengan ukuran yang cukup pas, cocok dengan budaya, cuaca, dan iklim setempat.
- 3) Perempuan serta anak-anak perempuan usia 14 tahun ke atas memiliki 2 set pakaian lengkap, termasuk pakaian dalam yang baru, dengan ukuran yang cukup pas, cocok dengan budaya, iklim, dan cuaca setempat. Mereka memperoleh pembalut yang cukup secara teratur setiap bulan.
- 4) Anak – anak usia 2 sampai 14 tahun memiliki satu set pakaian dengan ukuran yang cukup pas, cocok dengan budaya, iklim, dan cuaca setempat, menurut jenis kelamin masing-masing.
- 5) Anak –anak sampai usia 2 tahun memiliki 1 handuk badan, 1 handuk muka, 1 syal bayi, 2 set pakaian lengkap, 6 popok dengan peniti, sabun bayi, minyak bayi, dan 3 celana plastik. Alternatifnya ini dipasok sebagai modul.

- 6) Perlengkapan yang sesuai dengan budaya setempat untuk memakamkan jenazah disediakan.
- 7) Terdapat perencanaan untuk mengganti selimut dan pakaian dengan yang baru sesudah masa pemakaian tiga tahun.
- 8) Semua orang memperoleh alas kaki bila perlu.

C. Kebutuhan rumah tangga

Tiap keluarga memiliki akses terhadap piranti rumah tangga, sabun untuk menjaga kebersihan pribadi dan peralatan lain yang diperlukan.

Tolok ukur kunci :

- 1) Keluarga – keluarga pengungsi maupun tuan rumah memiliki piranti yang pokok: 1 panci tertutup, 1 baskom, 1 pisau dapur, 2 sendok kayu, 2 alat pengambil air yang berkapasitas antara 1 sampai 20 liter, ditambah alat penyimpanan air tertutup ukuran 20 liter.
- 2) Tiap orang memiliki : 1 piring makan, 1 sendok logam, 1 cangkir.
- 3) Tiap orang mendapatkan sabun ukuran 250 gram per bulan.
- 4) Terdapat perencanaan untuk mengganti alat – alat yang tahan lama dengan yang baru sesudah jangka waktu pemakaian 3 bulan.
- 5) Tiap keluarga memperoleh akses terhadap alat–alat dan bahan–bahan yang sesuai untuk kegiatan mencari nafkah, sesegera mungkin.
- 6) Alat–alat dan bahan–bahan yang dipasok dianggap pantas oleh penerimanya dan mereka sudah terbiasa menggunakannya, dengan tingkat teknologis yang setara dengan piranti mereka sebelum terlanda musibah. Barang–barang itu juga sesuai dengan kondisi–kondisi pemanfaatannya.

BAB V

PEMANTAUAN DAN EVALUASI

1. Pemantauan

Pemantauan dilakukan untuk memastikan bahwa pelaksanaan penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan penanganan pengungsi yang merupakan penjabaran dari kebijakan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat sebelumnya.

Pemantauan di dasarkan pada :

- a. Standar minimal dengan indikator yang ada
- b. Dilakukan oleh semua tingkatan yakni petugas Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota dan petugas dilokasi pengungsian (para penyelenggara program di masing–masing departemen atau lembaga yang menyelenggarakannya).
- c. Waktu pemantauan (setiap hari untuk dilokasi pengungsian, sedangkan tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi, dan Pusat melakukannya secara berkala).
- d. Kesiapan dan pelaksanaan serta hal–hal yang merupakan ancaman bagi derajat kesehatan masyarakat
- e. Cara (dilakukan dengan kunjungan lapangan, studi dokumentasi, dan pertemuan–pertemuan dengan pelaksana dan penerima pelayanan).
- f. Hasil–hasil pemantauan disebarluaskan sehingga masyarakat mengetahui perkembangan kemajuan yang dicapai.

2. Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan tujuan untuk :

- a. Mengetahui keberhasilan pencapaian dan dampak program yang diselenggarakan berdasarkan kebijakan dasar.
- b. Memperbaiki kebijakan agar lebih dapat mendukung dan mempercepat penyelesaian masalah kesehatan akibat bencana dan penanganan pengungsi.

Pelaksana evaluasi :

- a. Petugas yang ditunjuk oleh lembaga penyelenggara program di pusat, sebanyak dua kali dalam satu tahun (evaluasi pertama bersifat formative untuk mengetahui format pelaksanaan program, sedangkan evaluasi kedua bersifat summative untuk mengetahui hasil–hasil program).

- b. Petugas Provinsi sebanyak empat kali dalam setahun.
- c. Petugas Kabupaten setiap bulan.

Cara evaluasi :

- a. Kunjungan lapangan
- b. Wawancara
- c. Pengamatan
- d. Studi dokumentasi

Hasil evaluasi disebarluaskan untuk diketahui masyarakat dan diperoleh masukan dalam revisi kebijakan.

BAB VI

PENUTUP

Penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan penanganan pengungsi yang dilakukan oleh semua sektor terkait. Tiga aspek dasar yang harus diakomodasikan dan merupakan landasan dalam penanggulangan masalah kesehatan dan penanganan pengungsi meliputi kemanusiaan, harga diri dan keadilan. Mempertimbangkan keberadaan masyarakat setempat adalah penting sekali dalam penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi. Namun dalam pelaksanaannya masih terdapat keragaman penanggulangan baik secara kualitas maupun kuantitasnya.

Standar minimal dalam penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi ini merupakan standar yang dipakai Dunia Internasional. Dalam penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi di Indonesia diharapkan juga memakai standar ini dengan memperhatikan Hak Asasi Manusia (HAM) yaitu hak hidup, hak mendapatkan pertolongan/bantuan dan hak asasi lainnya. Dalam penerapan pemakaiannya, daerah yang menggunakan standar minimal ini diberi keleluasaan untuk melakukan penyesuaian yang diperlukan sesuai kondisi keadaan di lapangan.

Berkaitan dengan hal tersebut dan telah tersusunnya standar minimal ini, diharapkan menjadi acuan semua pihak yang terkait dengan penanggulangan masalah kesehatan dan penanganan pengungsi.