

# **PEDOMAN PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN AKIBAT KEDARURATAN KOMPLEKS**



**PUSAT PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN  
(PPMK)  
SEKRETARIAT JENDERAL  
DEPARTEMEN KESEHATAN  
2001**

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN RI  
NOMOR : 14/Menkes/SK/I/2002  
TENTANG**

**PEDOMAN PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN AKIBAT  
KEDARURATAN KOMPLEKS**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Menimbang  
penanganan

- :a. bahwa upaya penanggulangan bencana serta pengungsi di bidang kesehatan merupakan upaya yang harus melibatkan berbagai program terkait;
- b. bahwa sebagai bagian dari kemampuan nasional dalam upaya penanggulangan masalah kesehatan korban bencana, sektor kesehatan perlu mengembangkan perangkat lunak penanggulangan masalah kesehatan korban bencana dan pengungsi berpedoman pada arahan-arahan yang telah ditetapkan Departemen Kesehatan;
- c. bahwa dengan kondisi geografis, topografi dan demografi yang berbeda-beda antara satu wilayah dengan wilayah lain maupun secara antropososial budaya, rawan bencana termasuk konflik bernuansa SARA maka perlu suatu pedoman penanggulangan masalah kesehatan akibat kedaruratan kompleks yang menjadi acuan bagi Dinas Kesehatan Provinsi untuk menyusun petunjuk teknis pelaksanaan di wilayah;
- d. sehubungan dengan huruf a,b dan c tersebut diatas perlu ditetapkan keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Kedaruratan Kompleks;

- Mengingat : 1. Undang-undang Kesehatan Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan  
2. Keputusan Presiden Nomor 3 tahun 2001 tentang Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi.  
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 979/Menkes/SK/IX/2001 tentang Prosedur Tetap Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi.  
4. Keputusan Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan dan Penanganan Pengungsi Nomor 2 tahun 2001 tentang Pedoman Umum Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi di Indonesia  
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1277/Menkes/SK / IX/2001 tentang organisasi dan Tata kerja Departemen Kesehatan.

- Memperhatikan :1. Hasil WHO SEARO Workshop on Disaster Preparadnes di Bali, Juni 2001.  
2. Hasil Lokakarya Upaya Pemanjapan Pelayanan Kesehatan di Daerah Konflik, Cisarua Jawa Barat 17-20 Juli 2001.  
3. Hasil rapat kerja evaluasi Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Kedaruratan dan Bencana di Jakarta, 7-9 November 2001.

### MEMUTUSKAN

- Menetapkan :  
PERTAMA : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN RI TENTANG PEDOMAN PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN AKIBAT KEDARURATAN KOMPLEKS.**
- KEDUA : Penaggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi dilaksanakan sesuai Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Kedaruratan Kompleks
- KETIGA : Pedoman Penaggulangan Masalah Kesehatan akibat kedaruratan kompleks sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.
- KEEMPAT : Menugaskan Sekretaris Jenderal Departemen

Kesehatan untuk mengkoordinasikan secara terpadu kegiatan unit-unit utama Departemen Kesehatan dalam melaksanakan Penanggulangan Masalah Kesehatan akibat Kedaruratan Kompleks.

- KELIMA : Unit kerja yang bertanggungjawab dalam bidang Penanggulangan Masalah Kesehatan di lingkungan Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan berkewajiban mensosialisasikan pedoman ini diseluruh wilayah Provinsi di Indonesia.
- KEENAM : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta  
Pada Tanggal : 9 Januari 2002  
MENTERI KESEHATAN RI

Dr. Achmad Sujudi

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, hal ini karena atas perkenan-Nya buku "Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Kedaruratan Kompleks" dapat diselesaikan.

Sebelum diterbitkan buku ini telah mengalami proses penelaahan dan diskusi kelompok dan diskusi panel yang melibatkan lintas program dan lintas sektor yang terkait, untuk itu kita sepatutnya kita mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya.

Pedoman ini diharapkan sebagai acuan bagi petugas kesehatan pada Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Kedaruratan Kompleks guna lebih memperoleh koordinasi terarah, efektif dan efisien yang pada gilirannya bertujuan untuk mengurangi penderitaan korban dan meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat.

Disadari bahwa substansi buku ini masih belum sempurna, oleh karena masukan dan saran perbaikan sangat diharapkan dari berbagai pihak guna penyempurnaan buku ini.

Akhir kata kepada semua pihak yang telah menyumbangkan tenaga dan pikirannya sehingga tersusunnya buku pedoman ini, kami mengucapkan terima kasih.

Jakarta, 2001  
Sekretaris Jenderal,

Dr. Dadi S. Argadireja, MPH  
NIP. 140 057 678

## DAFTAR ISI

	HALAMAN
Kata Pengantar.....	v
Daftar isi .....	vi
<b>BAB I      PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Batasan dan Pengertian.....	2
<b>BAB II      SITUASI KEDARURATAN KOMPLEKS DI INDONESIA.....</b>	<b>4</b>
<b>BAB III     KEBIJAKAN .....</b>	<b>5</b>
A. Tujuan.....	5
B. Dasar Hukum.....	5
C. Strategi/Langkah Pokok .....	6
<b>BAB IV     LANGKAH–LANGKAH PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN KEDARURATAN KOMPLEKS .....</b>	<b>7</b>
A. Manajemen Penanggulangan Korban Massal.....	7
B. Penilaian Kebutuhan Awal ( Initial Need Assessment)...	21
C. Manajemen Penanggulangan Masalah Pengungsi.....	22
D. Surveilans Epidemiologi dan Pemberantasan Penyakit..	23
E. Manajemen Post Traumatic Stress (PTS).....	24
<b>BAB V      KOORDINASI DAN PENGORGANISASIAN.....</b>	<b>25</b>
A. Koordinasi.....	25
B. Pengorganisasian.....	25
C. Kesehatan sebagai Jembatan Perdamaian.....	26
<b>BAB VI     MONITORING DAN EVALUASI.....</b>	<b>32</b>
A. Monitoring dan evaluasi.....	32
B. Pertanggung Jawaban.....	32
<b>BAB VII    PENUTUP .....</b>	<b>33</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Indonesia merupakan negara dengan multi etnik dan multi sosial budaya serta berbagai perbedaan pandangan politik sempit yang diperberat dengan adanya krisis multi dimensi. Keragaman tersebut berpotensi menimbulkan konflik dengan kekerasan yang berdampak adanya masalah kesehatan. Konflik dengan kekerasan diperberat dengan adanya angka kemiskinan dan buta huruf yang tinggi. Konflik dengan kekerasan menyebabkan terjadinya kedaruratan kompleks yang merupakan bencana karena ulah manusia.

Masalah kesehatan yang timbul secara mendadak (acut) ditandai dengan jatuhnya korban manusia, rusaknya infra sruktur dan pelayanan publik lainnya, rusaknya saluran air bersih dan sanitasi lingkungan, terputusnya aliran listrik sarana telekomunikasi dan transportasi, lumpuhnya sistem kesehatan serta dapat mengakibatkan ribuan dan ratusan ribu penduduk harus mengungsi ke wilayah lain.

Penanggulangan masalah kesehatan akibat kedaruratan kompleks memerlukan keterpaduan dan kerjasama dengan lintas program dan lintas sektor. Untuk itu diperlukan pedoman sebagai acuan pelaksanaan kegiatan penanggulangan kedaruratan kompleks di Provinsi dan Kabupaten/Kota sesuai kekhususan daerah.

### **B. BATASAN DAN PENGERTIAN**

#### **1. Kedaruratan Kompleks**

Kedaruratan kompleks adalah situasi keadaan darurat yang ditandai dengan adanya gangguan dan ancaman pada penduduk serta bantuan kemanusiaan dan logistik. Penyebab utama kedaruratan ini yaitu instabilitas politik yang diperberat oleh gangguan keamanan dan ketertiban masyarakat (kamtibmas) secara terus-menerus.

Ciri atau karakteristik Kedaruratan Kompleks adalah ketidak stabilan dan tidak berfungsinya pelayanan publik seperti halnya gangguan sistem komunikasi (telepon, faks, radio medik, internet dan lain-lain); hilangnya sebagian dan atau seluruhnya kendali administrasi, ketidak mampuan melindungi penduduk sipil, ketidakmampuan menyediakan pelayanan umum primer, konflik dengan kekerasan yang berakibat kematian, trauma fisik dan gangguan psikososial serta kecacatan; seringkali

disertai adanya pemusnahan atau pembasmian suatu etnik tertentu, kekerasan seksual dan mutilasi (World Health Organization; 1999 Geneva).

2. Dampak Kedaruratan Kompleks pada Aspek Kesehatan Masyarakat

Kedaruratan Kompleks mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan kematian, perpindahan penduduk, konsentrasi masa/pengungsi, kurangnya persediaan pangan dan berpotensi terjadinya wabah penyakit menular akibat menurunnya status gizi masyarakat dan gangguan pemberantasan vector, penyediaan air bersih yang terganggu, buruknya sanitasi lingkungan, lumpuhnya pelayanan kesehatan, Post traumatic Stress (PTS) terutama pada anak-anak dan wanita, polarisasi pelayanan kesehatan, banyaknya tenaga kesehatan yang meninggalkan tempat, terganggunya evakuasi korban dan komunikasi antar petugas.

3. Tertib Sipil adalah tingkatan situasi masyarakat dalam suatu wilayah dalam kategori aman. Komando pengendalian berada di Polri.

Kondisi Tertib Sipil dapat dibedakan :

Aman : Kegiatan masyarakat berjalan normal tidak ada kejadian mengemuka.

Rawan : Kegiatan masyarakat sebagian sudah mulai terganggu oleh karena gangguan kamtibmas terbatas.

Gawat : Sebagian besar kegiatan masyarakat sudah terganggu terdapat korban-korban baik luka, mati dan terjadi kerugian harta benda.

4. Darurat Sipil adalah tingkatan situasi masyarakat dalam suatu wilayah yang sudah tidak mampu dikendalikan oleh Polri sehingga Komando pengendalian keamanan berada dibawah Penguasa Sipil setelah dinyatakan oleh pejabat yang berwenang (Presiden).

5. Darurat militer adalah tingkatan situasi masyarakat dalam keadaan yang lebih parah sehingga komando pengendalian keamanan diahlikan kepada Penguasa Militer setelah dinyatakan oleh pejabat yang berwenang (Presiden).

6. Keadaan kacau (chaos) adalah situasi dan kondisi masyarakat disuatu wilayah atau beberapa wilayah berupa status Tertib Sipil, Darurat Sipil maupun Darurat Militer yang diwarnai dengan suasana kacau balau hampir diseluruh wilayah, dapat berupa kegiatan anarkis kebrutalan masa, pengrusakan, penjarahan dan tindakan pelanggaran hukum,



dimana ketentuan hukum sudah tidak dipatuhi oleh masa, sementara aparat menerima beban yang luar biasa untuk menanggulangi.

## **BAB II**

### **SITUASI KEDARURATAN KOMPLEKS DI INDONESIA**

Kecenderungan kedaruratan kompleks di Indonesia semakin meningkat. Hal ini ditandai dengan semakin seringnya terjadi kerusuhan dengan kekerasan. Penyebabnya pun sangat beragam yaitu akibat etnis, agama, suku, antar golongan dan berbagai kepentingan politik.

Kejadian kedaruratan kompleks yang mengemuka di Indonesia antara lain :

1. Tahun 1981 kerusuhan bernuansa politis di Tanjung Priuk.
2. November 1992 kerusuhan sosial bernuansa politis di Santa Cruise di Dili Timor Timur.
3. Tahun 1997 kerusuhan sosial dampak kampanye pemilu di Banjarmasin.
4. Juli 1997 kerusuhan sosial bernuansa politis (peristiwa PDIP) di Jakarta dan sekitarnya.
5. Mei 1998 kerusuhan sosial bernuansa etnis Cina di Jakarta dan sekitarnya.
6. Tahun 1998 kerusuhan sosial bernuansa etnis (Madura-Dayak) di Sambas Kalbar.
7. Desember 1998 kerusuhan sosial bernuansa SARA di Poso.
8. Januari 1999 kerusuhan sosial bernuansa etnis dan agama di Maluku (Ambon).
9. September 1999 kerusuhan bernuansa politis di Timor Timur.
10. Desember 2000 Kerusuhan sosial bernuansa agama (pengeboman gereja) terjadi Bom di Jakarta, Mojokerto, Bandung, Sukabumi, Batam.
11. Desember 2000 kerusuhan sosial bernuansa politik di Wamena Irian Jaya.
12. Pebruari 2001 kerusuhan sosial bernuansa SARA di sampit Kalimantan Tengah.
13. Pebruari 2001 kerusuhan sosial bernuansa politik di Langsa Aceh Timur.

## **BAB III KEBIJAKAN**

### **A. TUJUAN UMUM:**

TUJUAN UMUM :

Untuk mengurangi keterlambatan respons penanggulangan yang pada gilirannya dapat menurunkan penderitaan korban yang berkepanjangan secara efektif serta memelihara akses pelayanan kesehatan

TUJUAN KHUSUS :

- A. Tercapainya koordinasi, pemahaman langkah pelaksanaan penanggulangan
- B. Terwujudnya keterpaduan pengendalian dan pemantauan penanggulangan
- C. Terwujudnya kesatuan gerak dan pola tindak upaya penanggulangan
- D. Menurunnya angka kesakitan dan kematian

### **B. DASAR HUKUM**

- A. Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan
- B. Keputusan Presiden No. 3 tahun 2001 tentang BAKORNAS PBP
- C. Instruksi Presiden No. 4 tahun 2001 tentang Langkah-langkah Komprehensif Penyelesaian Masalah Aceh
- D. Keputusan Menteri Kesehatan No. 130 tahun 2000 tentang Organisasi dan Tata kerja Departemen Kesehatan
- E. Keputusan Menteri Kesehatan No. 446 tahun 2001 tentang Tatakerja Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial
- F. Keputusan menteri Kesehatan No. 1277 tahun 2001 tentang Tata Kerja Departemen Kesehatan

- G. Keputusan Menteri Kesehatan No. 979/Menkes/SK/IX/2001 tentang Prosedur Tetap Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi
- H. Keputusan Sekretaris BAKORNAS PBP No. 2 tahun 2001 tentang Pedoman Umum Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi.

**C. STRATEGI/LANGKAH POKOK**

1. Menggunakan sarana/sistem yang sudah ada
2. Keikutsertaan masyarakat
3. Kerjasama intersektoral
4. Bantuan tambahan dari Nasional dan Internasional

**BAB IV**  
**LANGKAH-LANGKAH PENANGGULANGAN**  
**MASALAH KESEHATAN AKIBAT KEDARURATAN KOMPLEKS**

Langkah-langkah dalam penanggulangan masalah kesehatan akibat kedaruratan kompleks sebagai berikut :

**A. Manajemen Penanggulangan Korban Masal**

Penanggulangan korban masal akibat kedaruratan kompleks harus mengutamakan keselamatan penolongnya baru menyelamatkan korban.

Penanggulangan korban kedaruratan harus dilaksanakan secepat mungkin (dua hari pertama dan umumnya korban menderita, cedera dan kematian).

Pada penanganan korban masal dikelompokkan menjadi 3 tahap yaitu tahap pencarian (search), penyelamatan korban (rescue) dan pertolongan pertama (Life Saving) dan pertolongan pertama (Life Saving), stabilisasi korban, tahap evakuasi dan pengobatan deventitive serta tahap rujukan ke RS yang lebih tinggi kemampuannya bila diperlukan.

Pada tahap pencarian dan penyelamatan korban dilakukan triase, pemitaan. Triase bertujuan untuk melakukan seleksi korban berdasarkan tingkat kegawat daruratan untuk memberikan prioritas pertolongan. Upaya yang dilakukan dalam penanganan korban adalah untuk menyelamatkan korban sebanyak-banyaknya sehingga diharapkan angka morbiditas dan mortalitas rendah. Hal ini dipengaruhi oleh jumlah korbannya, keadaan korban, geografis lokasi, fasilitas yang

tersedia dilokasi dan sumber daya manusia yang ada dilokasi. Selain itu juga tergantung dari organisasi, fasilitas, komunikasi, dokumen dan tata kerja. Yang dimaksud dengan fasilitas adalah sarana dan prasarana yang berguna sebagai pendukung pelaksanaan pelayanan medik dilapangan, selama perjalanan dan di puskesmas atau rumah sakit terdekat.

Kematian sangat tergantung pada cepatnya pertolongan. Dari kenyataan tersebut dapat dirumuskan definisi :

Pasien gawat darurat adalah pasien yang memerlukan pertolongan segera (TEPAT, CEPAT, CERMAT) untuk mencegah kematian atau kecacatan. Dari definisi tersebut berkembang doktrin "TIME SAVING IS LIVE SAVING" (WAKTU ADALAH NYAWA).

Penjabaran doktrin itu memerlukan indikator mutu yang berupa RESPONS TIME (WAKTU TANGGAP) sebagai indicator proses untuk mencapai indikator hasil yang berupa SURVIVAL RATE (ANGKA KELANGSUNGAN HIDUP).

Disamping itu gawat darurat dapat terjadi pada SIPA SAJA, KAPAN SAJA, dan DIMANA SAJA. Hal itu menjadikan satu keharusan bahwa pendekatan pelayanan gawat darurat.

#### 1. Penanganan Korban

Dalam situasi kedaruratan kompleks sering terjadi korban luka dan bahkan korban meninggal dunia, untuk itu diperlukan kesiapan dalam penanggulangannya yang antara lain :

- a. Transportasi dan alat kesehatan
  - 1) Fasilitas Kesehatan
    - a) Sarana evakuasi/transportasi

- (1) Kendaraan roda dua kesehatan lapangan
- (2) Kendaraan ambulans biasa
- (3) Kendaraan ambulans rusuh masal
- (4) Kapal motor sungai/laut
- (5) Helikopter udara
- (6) Pesawat

b) Sarana pelayanan kesehatan

Beberapa sarana yang perlu dipersiapkan dalam penanggulangan kedaruratan kompleks yaitu :

- (1) Pos kesehatan lapangan
- (2) Rumah sakit lapangan
- (3) Puskesmas/poliklinik/RS Swasta/RSLSM.
- (4) Rumah sakit rujukan tingkat Kabupaten RSUD/RS Polri/TNI
- (5) Rumah sakit rujukan tingkat Provinsi
- (6) Rumah sakit pusat rujukan Depkes/Polri/TNI

2) Obat dan alat kesehatan

- a) Obat rutin
- b) Obat Khusus
- c) Berbagai macam pembalut cepat
- d) Kit Keslap
- e) Minor surgery
- f) Oksigen dan perlengkapannya

3) Fasilitas pendukung non medis

- a) Seragam berupa rompi dan topi khusus (bertuliskan identitas kesehatan daerah dan ditengah ada simbol palang merah)
- b) Tandu
- c) Alat Komunikasi

- d) Kendaraan taktis untuk pengawalan evakuasi
- 4) Posko satgas kesehatan
  - a) Posko kesehatan di lapangan
  - b) Posko kesehatan koordinator wilayah

b. Ketenagaan

Tenaga kesehatan yang diperlukan pada situasi kedaruratan kompleks adalah sebagai berikut :

- 1) Di tempat kejadian/peristiwa sebagai koordinator adalah kasatgas lapangan (dokter/para medik senior) yang berkedudukan di poskes lapangan atau di salah satu ambulans dan mengatur seluruh kegiatan dilapangan.
- 2) Pada setiap ambulans minimal terdiri dari 2 orang para medik dan satu pengemudi (bila memungkinkan ada 1 orang dokter).
- 3) Pada Puskesmas / Poliklinik / RS Swasta / RS Polri / RS TNI tim penanggulangan korban minimal dipimpin seorang dokter dan telah menyiapkan ruang pelayanan khusus atau perawatan khusus.
- 4) Rumah sakit rujukan dipimpin oleh dokter bedah dan telah menyiapkan ruang pelayanan dan rawat khusus.
- 5) Pada Puskesmas dan RS rujukan dapat dibentuk tim khusus untuk pembuatan visum at repertum yang dipimpin oleh dokter dan dibantu 2 orang tenaga administrasi.

c. Pelaksanaan dilapangan

- 1) Pertolongan dan evakuasi korban masyarakat umum
  - a) Petugas lapangan menilai tingkat kegawatan korban untuk korban luka ringan dan sedang diberi pertolongan pertama di tempat kejadian atau pos kesehatan lapangan.



b) Korban luka berat segera dievakuasi ke RS rujukan wilayah /RS Swasta/RS Polri/RS TNI terdekat.

Korban yang memerlukan perawatan lebih lanjut dapat dievakuasi ke pusat rujukan melalui jalan darat/sungai/laut/ udara sesuai sarana yang dimiliki.

- 2) Pertolongan dan evakuasi korban petugas/aparat pengamanan
  - a) Korban luka ringan dan sedang diperlakukan sama seperti masyarakat umum.
  - b) Korban luka berat segera dievakuasi dengan prioritas ke Rumah Sakit terdekat.
  - c) Korban yang memerlukan rawat lanjut dievakuasi ke RS Pusat rujukan.

## **2. Penanganan Korban Meninggal**

- a) Sasaran  
Semua korban yang mati akibat kerusuhan massal
- b) Pelaksanaan Penanganan Korban meninggal
  - 1) Korban meninggal akibat kerusuhan seluruhnya dievakuasi ke satu tempat khusus yaitu RSUD/RS Polri/RS TNI setempat.
  - 2) Pada tempat tersebut jenazah yang datang dilakukan registrasi dan pencatatan (minimal diberi nomor, tanggal dan tempat kejadian) oleh petugas.
  - 3) Kemudian jenazah dimasukkan keruang pemeriksaan untuk dilakukan identifikasi medik, pemeriksaan luar oleh dokter.
  - 4) Pemeriksaan dalam (otopsi) untuk mengetahui sebab kematian bisa dilakukan setelah ada permintaan dari pihak kepolisian setempat dan persetujuan dari keluarga korban serta sesuai peraturan yang berlaku.

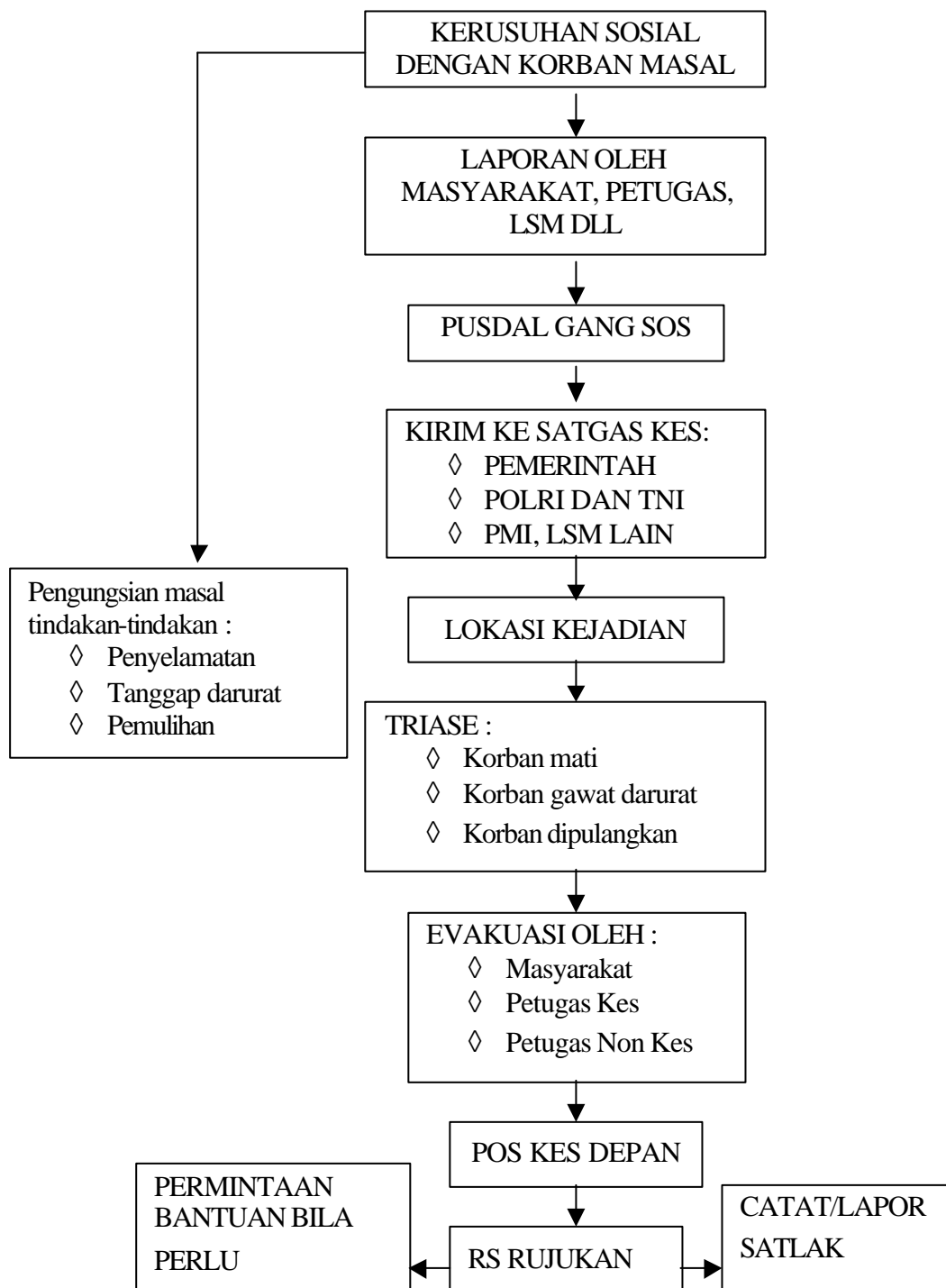
- 5) Pemeriksaan medik dilakukan sesuai dengan formulir yang ada.
- 6) Barang bukti berupa pakaian, perhiasan surat-surat dan lain-lain dimasukkan dalam kantong plastik tersendiri diberi nama, nomor sesuai dengan nama dan nomor jenazah.
- 7) Jenazah dan barang bukti setelah selesai pemeriksaan dokter diserahkan kepada petugas kepolisian.

### **3. Komando dan Pengendalian**

Komando dan pengendalian penanggulangan korban mengikuti komando dan pengendalian pengamanan pada keadaan :

- a. Tertib sipil (aman dan rawan) :  
Kadinkes selaku Kasatgaskes, dibantu instansi kesehatan terkait.
- b. Tertib sipil gawat :  
Kadisdokes Polda / Kasikes Polwil selaku Kasatgaskes, dibantu instansi kesehatan terkait.
- c. Darurat Sipil :  
Kakesdam selaku Kasatgaskes, dibantu instansi kesehatan terkait.
- d. Darurat militer :  
Kakesdam selaku Kasatgaskes, dibantu instansi kesehatan terkait.

## SKEMA PERTOLONGAN DAN EVAKUASI KORBAN



#### 4. Pelaksanaan Pertolongan Kesehatan

Pada saat terjadi kedaruratan kompleks berupa kondisi kacau disiapkan tim medik pertolongan korban yang terdiri dari :

##### a. Pos Kesehatan lapangan.

- 1) Adalah pos kesehatan yang didirikan atau bergerak dan berada didekat tempat kejadian, terdiri dari subsatgaskes yang berasal dari :
  - a) Tim medis lapangan dari puskesmas, RS terdekat dan ambulans
  - b) Tim medis bantuan (mobile) dari poskes depan dan poskes belakang
  - c) Tim evakuasi
- 2) Tugas
  - a) Seleksi awal korban
  - b) Melaksanakan koordinasi arus penanganan korban, melaporkan jumlah dan keadaan korban, terutama yang harus dirujuk.
  - c) Mengusahakan kelancaran komunikasi pengiriman / evakuasi korban.
- 3) Petugas komunikasi
  - a) Melaporkan jumlah korban, keadaan korban dan tindakan yang dilakukan dan keadaan lapangan serta sarana pendukung.
  - b) Menjamin kelancaran komunikasi antara poskes lapangan dengan poskes lainnya.

##### b. Sarana kesehatan depan

- 1) Adalah rumah sakit yang paling dekat ditinjau dari ukuran jarak dan waktu tempuh dari lokasi kejadian, dapat berada didalam maupun diluar wilayah administrative dapat berupa : Puskesmas, RS terdekat atau RS lapangan.
- 2) Tugas :
  - a) Seleksi lanjutan
  - b) Stabilisasi lanjutan
  - c) Terapi definitive untuk kasus ringan
  - d) Rawat inap
  - e) Evakuasi lanjutan ke pos belakang

##### c. Sarana kesehatan belakang

Adalah rumah sakit dengan fasilitas lengkap dan mampu bertanggung jawab menangani korban yang dirujuk. Dapat berupa rumah sakit koordinator wilayah, RS rujukan wilayah atau RS pusat rujukan.

Apabila diperlukan untuk memperkuat pelayanan medik pada penanggulangan bencana berupa penambahan tenaga medis beserta logistik pendukung (ambulans, komunikasi medik dan lain –lain) dari daerah lain atau pusat, Depkes memobilisasi potensi yang ada di wilayah rumah sakit rujukan.

1) Tugas :

- a) Seleksi dan stabilisasi lanjutan
- b) Terapi definitif untuk kasus berat
- c) Koordinasi manajemen medik untuk musibah
- d) Menyiapkan tenaga dan dukungan lain untuk pos depan

## **B. Penilaian Kebutuhan Awal (Initial Need Assessment)**

Pada tahap awal penanggulangan hal paling penting dilakukan adalah kegiatan penilaian kebutuhan awal (Initial Need Assessment).

Tujuan kegiatan ini adalah untuk menggambarkan keadaan korban dan luasnya kerusakan lingkungan yang diakibatkan oleh kerusakan dengan kekerasan, mengidentifikasi dan mengantisipasi kebutuhan yang diperlukan, sumberdaya lokal dan potensi resiko sekunder bagi kesehatan, dan menyediakan fakta dan data dan menghindari laporan yang berlebihan serta mencegah adanya isu yang menyesatkan.

Adapun jenis informasi yang diperlukan adalah area geografi, perkiraan populasi, lokasi terjadinya kerusakan, keadaan sarana transportasi, keadaan sarana komunikasi, ketersediaan air bersih, makanan, sanitasi, dan penampungan, jumlah korban yang meninggal, luka maupun hilang, keadaan dan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, RS), kebutuhan tenaga kesehatan (dokter, perawat) kebutuhan obat, lokasi dan jumlah penduduk yang mengungsi. Pedoman laporan penilaian awal (lihat lampiran)

Kegiatan penanggulangan yang dilaksanakan pada prinsipnya adalah :

1. Melaksanakan penilaian kebutuhan dan dampak kesehatan secara cepat (rapid health assessment) sebagai dasar untuk program bantuan pelayanan kesehatan dan pemantauan.
2. Melaksanakan eskalasi pelayanan gawat darurat sehari-hari menjadi pelayanan darurat bencana yaitu dengan memberikan bantuan pelayanan kedaruratan medik dan membangun pelayanan kesehatan sementara di lokasi kejadian dapat berupa tenda darurat atau perumahan sementara di samping penyediaan air minum dan jamban keluarga (latrin), serta pemberian bantuan makanan terutama untuk bayi dan anak balita (blended atau compact food).

### **C. Manajemen Penanggulangan Masalah Kesehatan**

Kedaruratan kompleks selalu menimbulkan pengungsi yang merupakan masalah dan memerlukan perhatian serta penanganan tersendiri.

Pengungsi adalah orang atau kelompok orang warga negara Indonesia yang meninggalkan tempat tinggal akibat tekanan berupa kekerasan fisik dan atau mental akibat ulah manusia dan bencana alam guna mencari perlindungan maupun kehidupan yang baru.

Masalah pengungsi bukanlah yang mudah untuk diatasi lebih-lebih saat negara kita sedang kesulitan ekonomi seperti saat ini. Pengungsi sesuai dengan hak azasi manusia harus mendapatkan fasilitas-fasilitas seperti tempat penampungan, makanan bersih, sanitasi, pelayanan kesehatan dan sebagainya yang semua itu merupakan dari pemerintah.

Dalam upaya penyel;esaian masalah pengungsi meliputi upaya penyelamatan, tanggap darurat dan rehabilitasi :

1. Pada tahap penyelamatan, langkah-langkah yang dilakukan adalah :
  - a. Evakuasi korban baik yang terlibat konflik dengan kekerasan maupun yang hanya kena dampaknya ke tempat aman.
  - b. pengamanan dan pengambilan langkah-langkah preventif untuk penyelamatan korban luka, dll.
  - c. Koordinasi dan memobilisasi sumberdaya yang ada baik milik Pemerintah maupun masyarakat guna menampung dan menyalurkan bantuan secara darurat.
2. Pada tahap tanggap darurat, langkah-langkah yang dilakukan adalah :
  - a. Penilaian awal secara cepat tentang kebutuhan dasar, penyediaan penampungan, imunisasi campak penyediaan makanan dan bahan makanan yang bergizi terutama bagi kelompok rentan (bayi, balita, ibu hamil, ibu menyusui dan lanjut usia) penyediaan air bersih pelayanan kesehatan bagi yang sakit, surveilans penyakit dan pelaporan secara teratur, pemberantasan vektor, pelatihan bagi pengungsi dan koordinasi pelaksanaan.
  - b. Setelah keadaan memungkinkan penilaian dilanjutkan untuk mendapatkan data / inforaksi untuk pengambilan keputusan penyelesaian masalah pengungsi.
3. Pada tahap rehabilitasi langkah-langkah yang dilakukan adalah :
  - a. Pemulihan kesehatan fisik, mental, dan psiko sosial yang berupa koseling, pencegahan masalah psiko sosial dari aspek

medis guna menghindari timbulnya psiko-somatis dan pencegahan berlanjutnya psiko patologis pasca pengungsi.

- b. Pemukiman kembali pengungsi dilakukan bagi yang tidak bersedia kembali ke daerah asal yang dilakukan dengan pola konsentrasi dan pola sisipan. Pemukiman kembali disiapkan dengan mengkomodifikasi kepentingan kepentingan penduduk lokal dan pengungsi serta dilengkapi dengan sarana dan prasarana pemukiman dan dilaksanakan oleh Dep. Kimpraswil, Depnakertrans, Depdagri yang bekerja sama dengan pemda setempat.

Untuk menanggulangi kekurangan tenaga kesehatan bisa dilakukan dengan pengiriman tenaga dari provinsi lain atau dari pusat.

Untuk menanggulangi kekurangan tenaga kesehatan dilakukan pengiriman tenaga kesehatan gabungan yang terdiri dari tenaga kesehatan gabungan yang terdiri dari tenaga kesehatan sipil dan TNI / POLRI.

Untuk logistik baik obat maupun bahan habis pakai diupayakan dengan menggunakan stok yang ada di daerah, menggunakan obat esensial, dan jika memang dirasa kurang dikirimkan dari pusat dengan menggunakan stok nasional selain bantuan dari donor maupun LSM. Untuk bantuan dari LSM maupun organisasi internasional perlu diperhatikan masa kadaluwarsa, kadar zat berhasiat dan etiketnya.

Pelayanan kesehatan dapat dilayani dengan menggunakan dana yang tersedia di unit kesehatan daerah seperti dana operasional maupun dana lain yang ada, apabila sangat mendesak dibantu dari pusat.

#### **D. Surveilans Epidemiologi dan Pemberantasan Penyakit**

Pada kedaruratan kompleks penyakit yang paling banyak terjadi dan paling banyak menyebabkan kematian adalah campak, diare, ISPA, meningitis dan malaria. Prinsip pencegahan dan pengawasan penyakit menular pada kedaruratan adalah mencegah terjadinya pajanan; melindungi kelompok rentan dari terjadinya infeksi; mencegah meningkatnya penyakit infeksi, pengobatan kasus penyakit dengan mencegah kematian, kecacatan, dan penularan, dan memutus rantai penularan dengan memperbaiki lingkungan, perilaku dan peraturan.

Adapun yang menyebabkan kondisi rawan terjadinya peningkatan penyakit menular adalah adanya kuman patogen baru, adanya populasi yang cocok ( tergantung imunitas populasi atau individu),

peningkatan penularan (kepadatan penduduk dan buruknya sanitasi) serta buruknya pelayanan kesehatan.

Pengawasan Penyakit menular pada kedaruratan dilakukan sebagai berikut :

- Difokuskan pada penyakit penyebab kematian utama
- Ditekankan pada pencegahan penyakit dan perbaikan sistem sistem pelayanan
- Pembentukan dan penggerakan surveilans terhadap penyakit potensial KLB
- Potensi penyakit campak dengan pemberian imunisasi.
- Penyuluhan kesehatan dengan melibatkan kader kesehatan.

#### **E. Manajemen Post Traumatic Stress (PTS)**

Pelayanan kesehatan jiwa pasca kerusuhan, Post Traumatic Stress (PTS) masih belum banyak disadari akan pentingnya pelayanan tersebut. PTS banyak terjadi pada pengungsi karena peristiwa kekerasan seperti penganiayaan, menyaksikan kekejaman, adanya ancaman secara masal, perkosaan, hilangnya harta benda, kehilangan keluarga dan pengungsian. PTS banyak di tandai dengan munculnya mimpi buruk, rasa kehilangan kepercayaan dan ketakutan.

Penanggulangan PTS memang belum banyak dilakukan. Adapun tujuan dari program ini adalah untuk mencegah masalah psiko-sosial yang berdampak pada aspek medis.

Adapun kegiatan yang dilakukan adalah :

- Pelatihan, yang dilakukan terhadap petugas daerah yang kemudian pelatih tersebut memberikan konseling pada tingkat pelayanan kesehatan di puskesmas dan lokasipengungsi.
- Pendidikan psiko-sosial, yang diberikan melalui koran, radio, di sekolah, kelompok masyarakat, di klinik kesehatan.
- Pengobatan, dilakukan di puskesmas dengan menggunakan psikotropika dan metode EMDR.



## **BAB V**

### **KOORDINASI DAN PENGORGANISASIAN**

#### **A. Koordinasi**

Koordinasi dapat diartikan sebagai keselarasan dan kerja sama yang efektif dari organisasi-organisasi dalam penanggulangan kedaruratan kompleks. Koordinasi dapat diharapkan menghasilkan dampak maksimal sesuai sumber daya yang ada, pengurangan kesenjangan dan kekurangan dalam pelayanan, pembagian tanggung jawab yang sesuai dan keseragaman perlakuan dan standar pelayanan yang berlaku. Untuk koordinasi yang efektif pendekatan yang layak, struktur perlu ditempatkan pada tingkat-tingkat yang berbeda dan membutuhkan manajemen yang abik serta obyek-obyek yang diartikan secara jelas, tanggung jawab dan otoritas.

Koordinasi dilakukan secara lintas program dan lintas sektor termasuk TNI-POLRI serta LSM. Koordinasi dimulai dari tahap persiapan (Pra bencana), terjadinya bencana dan pasca bencana serta rehabilitasi.

#### **B. Pengorganisasian**

##### **1. Di Tingkat Pusat**

Sesuai dengan SK Menkes Nomor 979/Menkes/SK/IX/2001 tentang Prosedur Tetap Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana dan Penanggulangan Pengungsi, bahwa dukungan kesehatan pada penanggulangan kedaruratan kompleks di tingkat pusat di koordinasikan oleh Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan (PPMK) Setjen Depkes, untuk memudahkan kelancaran pelaksanaan mobilisasi dan koordinasi pengendalian pelayanan kesehatan karena adanya tugas untuk :

- Menerima, mengolah, dan mengevaluasi informasi dari daerah bencana kerusuhan sosial (Dinas Kesehatan Provinsi) dan melaporkannya kepada Menteri Kesehatan melalui Bapak sekretaris Jenderal dan semua pejabat Eselon I
- Memantau dan mengirim bantuan jika diperlukan kedaerah bencana kerusuhan sosial.
- Pertukaran informasi dengan instansi dan badan Internasional yang berkaitan dengan bencana (WHO, USAID, JICA, UNHCR, dan lain-lain)
- Menyimpan dan melaksanakan pemutahiran data mengenai semua aspek sumber daya kesehatan yang dikerahkan.
- Bila diperlukan dapat membentuk dan mengirim tim kesehatan untuk tugas Rapid health Assessment dan tindakan yang diperlukan dengan membawa peralatan komunikasi yang ada.
- Mengadakan kerjasama sektoral, regional, dan Internasional sesuai dengan mekanisme yang telah ditetapkan.

- Melaksanakan pembinaan dan pelatihan SDM yang terkait di dalam penanggulangan bencana kerusuhan sosial.
- Dalam situasi kedaruratan, dimana terjadi gangguan pelayanan kesehatan oleh karena keterbatasan logistik serta sarana pendukung lainnya, maka tugas PPMK Setjen Depkes adalah melaksanakan pemantauan, Need Assessment dan mencari alternatif pemecahan masalah.

## **2. Di Tingkat Provinsi**

Penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana di Provinsi adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Direktur Rumah Sakit Provinsi di wilayahnya. Bila diperlukan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi baik melalui Depkes ataupun langsung dapat meminta bantuan kepada Rumah Sakit yang menjadi rujukannya.

Dalam melaksanakan tugas dibawah koordinasi Satkorlak PBP yang diketuai oleh Gubernur.

## **3. Di tingkat Kabupaten Kota**

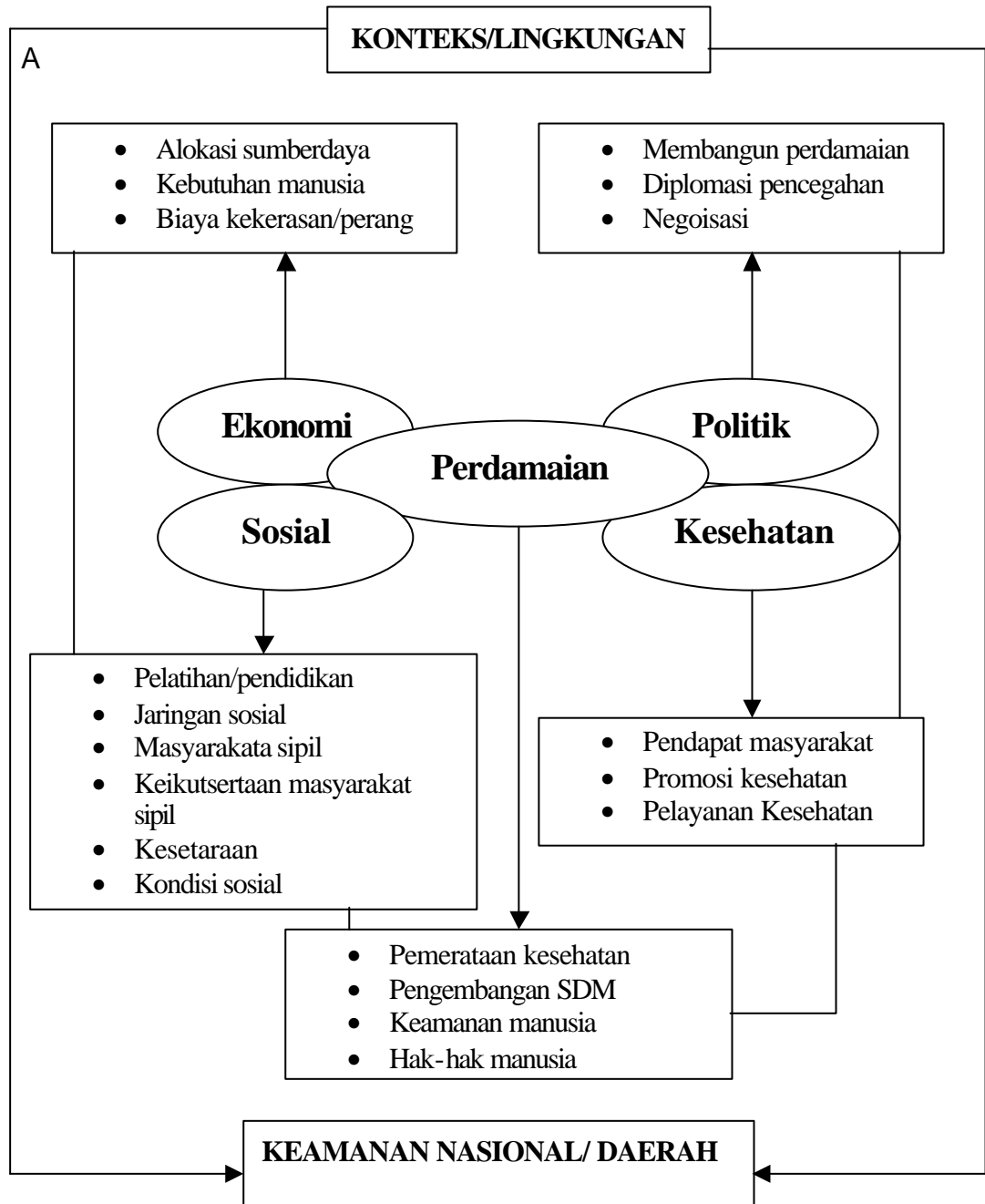
Penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana di Kabupaten/Kota adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dibantu direktur Rumah Sakit Kabupaten/Kota.

Dalam melaksanakan tugas dibawah koordinasi Satlak PBP yang diketahui oleh Bupati/Walikota.

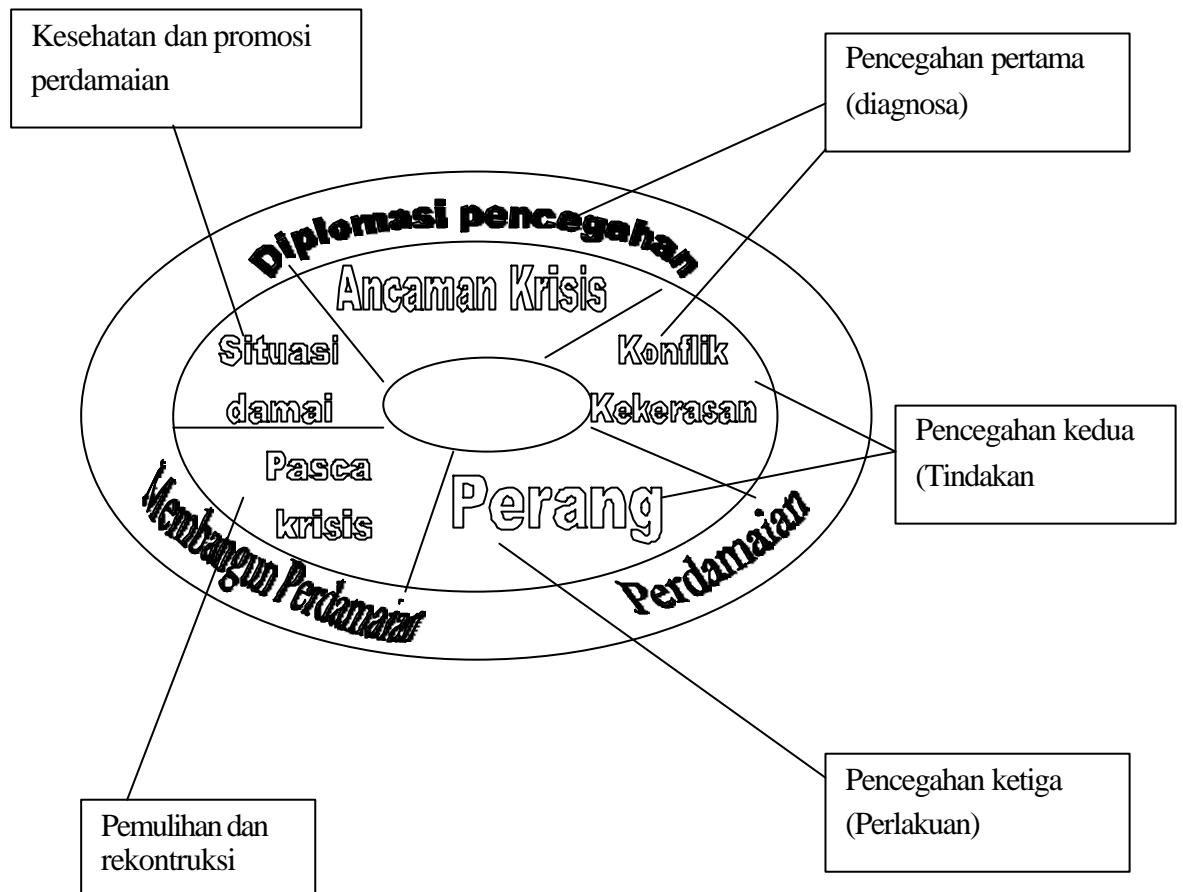
## **C. Kesehatan sebagai Jembatan Perdamaian**

World Health Organization (WHO) telah mengembangkan suatu konsep Health as a Bridge for Peace atau kesehatan sebagai Jembatan Perdamaian. Upaya pelayanan kesehatan sebagaimana telah diketahui bersama adalah upaya bersifat netral tidak berpihak dan harus diberikan pada siapapun tidak membedakan golongan, suku, agama, ras, maupun kelompok. Sehingga diharapkan tenaga kesehatan dapat menjadi mediator pada konflik, dapat menjadi orang yang dapat mengupayakan rekonsiliasi dan juga kegiatan upaya kesehatan dapat menjadi ajang kebersamaan atau menjadi jembatan dalam upaya perdamaian.

## Kesehatan sebagai Jembatan Perdamaian



## SKEMA KONFLIK DAN KEGIATAN KESEHATAN UNTUK PERDAMAIAN



**Kegiatan yang dilakukan :**

<b>Tahapan Konflik</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Kegiatan</b>
I. Kondisi Aman	Promosi kesehatan dan perdamaian	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkampanyekan perdamaian, mengurangi kesenjangan dalam pelayanan kesehatan</li> <li>• Mengembangkan hak-hak manusia dalam operasional</li> <li>• Mencegah kekerasan yang tidak manusiawi</li> </ul>
II. Mencegah Krisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pencegahan pertama</li> <li>• Mencegah konflik dengan kekerasan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memprediksi, meramalkan konflik yang terjadi</li> <li>• Mengembangkan dan menggunakan kebijakan dalam meningkatkan kemampuan dan alat kesehatan, kegiatan monitoring hak-hak manusia</li> <li>• Memperkuat etika-etika pemerintahan</li> <li>• Sebagai pelayan, sebagai penghubung dan sebagai arbitrase</li> </ul>
III. Mencegah kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pencegahan kedua</li> <li>• Mencegah kekerasan dari bahaya perang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Latihan pemecahan konflik</li> <li>• Pertemuan pemecahan masalah</li> <li>• Target pemecahan masalah dan bantuan ekonomi</li> <li>• Kerjasama dan koordinasi kesehatan</li> <li>• Pelayanan, penghubung dan arbitrase</li> <li>• Aktif dalam kegiatan regional, internasional, sipil, LSM dan organisasi media massa</li> <li>•</li> </ul>

IV. Saat Perang	Pencegahan ketiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempromosikan/berusaha membangun kepercayaan</li> <li>• Mempromosikan pelayanan kesehatan dan kemanusiaan</li> <li>• Kerjasama teknologi kesehatan (pemantauan masalah masyarakat), air dan sanitasi</li> <li>• Koordinasi kegiatan kesehatan dan kemanusiaan diantara yang bertikai</li> <li>• Memantau dampak kesehatan, sanksi-sanksi dan usaha-usaha diplomatis lainnya</li> <li>• Kerjasama batas-batas pengawasan ancaman kesehatan umum</li> <li>• Vaksin dan perubahan obat</li> <li>• Kerjasama pengiriman tenaga medis dan vaksin</li> <li>• Kerjasama Menteri Kesehatan dan menteri lainnya dengan pemerintah daerah</li> </ul>
V. Pasca Krisis	Menyuarakan perdamaian, pemecahan konflik, rehabilitasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenaga kesehatan memfasilitasi untuk dialog diantara mereka yang bertikai</li> <li>• Proyek kerjasama kesehatan</li> <li>• Desentralisasi kerjasama proyek dasar</li> <li>• Kesadaran untuk membangun perdamaian</li> <li>• Rehabilitasi pelayanan kesehatan dan pelatihan tenaga kesehatan</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Mengembangkan program untuk menyatukan tenaga kesehatan militer</li><li>• Kerjasama program dengan me ..... ??</li><li>• Memasukkan kelompok rentan dalam mengambil keputusan</li><li>• Memantapkan pelaksanaan kerjasama kelompok kesehatan untuk menyatukan kembali antara kesehatan dan pelayanan sosial</li><li>• Merancang peraturan umum untuk menyatukan kelompok yang lain</li><li>• Merancang kerjasama program latihan dalam diagnosis dan pengobatan penyakit-penyakit umum</li></ul>
--	--	--

## **BAB VI MONITORING DAN EVALUASI**

### **A. Monitoring dan Evaluasi**

Monitoring dilaksanakan setiap saat sesuai dengan eskalasi perkembangan keadaan. Evaluasi dilakukan terhadap upaya penanggulangan masalah kesehatan yang sudah berjalan serta perencanaan tindak lanjutnya agar efektif dan efisien.

### **B. Pertanggung jawaban**

Pada penanggulangan masalah kesehatan akibat kedaruratan kompleks, akan terjadi penyelenggaraan pemberian dan penerimaan bantuan yang berasal dari berbagai sumber. Bantuan bisa berupa uang, makanan, pakaian, peralatan dapur, bahan material bangunan, dll. Untuk kelancaran penerimaan, penyimpanan dan distribusi diperlukan pembukuan dan manajemen yang baik dan terbuka serta dapat diaudit oleh auditing independen dan diumumkan secara terbuka.



## **BAB VII PENUTUP**

Agar upaya mitigasi, kesiapsiagaan dan bantuan kesehatan pada kedaruratan kompleks dapat dilaksanakan lebih cepat dan tepat di masa yang akan datang, diperlukan dukungan semua jajaran yang terlibat sehingga koordinasi baik lintas program maupun lintas sektor dapat dilaksanakan secara terpadu dan terarah.

Pengelolaan upaya bantuan pada kedaruratan kompleks pada aspek kesehatan masyarakat, termasuk di dalamnya penanggulangan medik penderita gawat darurat, pelayanan kesehatan dasar, rehabilitasi penderita PTS, upaya penyehatan lingkungan dan surveilans penyakit-penyakit, diupayakan dapat dilakukan sejak tahap sebelum kedaruratan dan bencana (upaya kesiapsiagaan dan mitigasi), hingga resiko terjadinya kejadian luar biasa (outbreak) penyakit menular dapat dicegah.

Permasalahan bantuan kesehatan yang ada dapat diperkecil dengan melakukan upaya koordinasi kesiapsiagaan (preparedness) dan mitigasi (alertness) jajaran kesehatan dan sektor lain secara terpadu sejak dari tingkat perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengendalian.

## KEBUTUHAN DASAR

- I. Tahap Kesiapsiagaan/sebelum terjadi bencana
  1. Rencana kontinjensi
  2. Kemampuan koordinasi dan representasi
  3. Mentalitas, kesiapsiagaan masyarakat
  4. Kapasitas/sistem nasional dan lokal dengan tujuan ....
  5. Lembaga audit/kinerja independen/bekerja secara periodik
  6. Standar pelayanan pengunjung
- II. Situasi Darurat
  1. Kebutuhan
    - a. Evakuasi
    - b. Medis/imunisasi
    - c. Sanitasi/sampah
    - d. Perangkat dasar rumah tangga
    - e. Air minum
    - f. Makanan
    - g. Rumah/tempat tinggal
    - h. Transportasi
    - i. Keamanan
    - j. Informasi keberadaan keluarga
    - k. Sandang
    - l. Kesehatan jiwa/rasa aman
  2. Masalah-masalah umum
    - a. Keterlambatan respon
    - b. Satlak tidak efektif
    - c. Lemah koordinasi
    - d. Tidak ada penilaian sebelumnya
    - e. Pendekatan umum

- f. Masalah akses
- 3. Pemecahan
  - a. Penilaian cepat
  - b. Pusat informasi
  - c. Kebersihan rumah
  - d. Pusat pengendalian
  - e. Website NGO di Bakornas dan Satkorlak
  - f. Mentalitas “Partnership”
  - g. Rencana kontinjensi
  - h. Sistem informasi keluarga
  - i. Peningkatan peran Bakornas PBP

**PENILAIAN KEBUTUHAN CEPAT PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN AKIBAT KEDARURATAN KOMPLEKS**

- Lokasi :
- Kota sekitarnya :
- Tanggal penilaian :
- Latar belakang :
- Total penduduk saat ini :
- Total penduduk sebelum kedaruratan kompleks :
- Jumlah balita :
- Jumlah kelompok rentan yang lain :
- Keadaan cuaca saat ini :
- Ramalan keadaan cuaca :
- Penanggung jawab :
- Pangan :
  - Jenis pangan yang dikonsumsi :

- Sumber pangan :
- Kapan terakhir mendapatkan :
- Cara distribusi bantuan pangan :
- Apakah diterima sesuai kebutuhan :
- Ketersediaan pangan di pasar :
- Harga pangan di pasar :
- Jumlah persediaan pangan yang masih ada :
- Peralatan masak yang tersedia :
- Ketersediaan bibit :

Kesehatan dan gizi :

- Penanggung jawab :
- Apakah pelayanan kesehatan :
- Jumlah pelayanan kesehatan yang rusak :
- Program kesehatan yang dapat dilaksanakan :
- Jumlah kematian dan penyebabnya :
- Jumlah kesakitan dan penyebabnya :
- Epidemio yang terjadi :
- Tenaga kesehatan yang ada :
  - Dokter ahli :
  - Dokter umum :
  - Bidan :
  - Perawat :
  - Apoteker :
  - Asisten Apoteker :
  - Ahli Kesehatan Lingkungan :
  - Ahli Gizi :
  - Epidemiologist :

- Psikiater dan psikolog :
- Teknisi laboratorium :
- Persediaan obat yang ada : (daftar dilampirkan)
- Persediaan alat kesehatan habis pakai yang ada : (daftar dilampirkan)
- Kejadian kasus kurang gizi :
- Kejadian kekurangan mikro nutrisi :
- Kelompok rentan yang terkena :

Fasilitas Kesehatan :

- Yang bertanggung jawab :
- Pelayanan kesehatan yang ada :
  - Posko :
  - Pustu :
  - Puskesmas :
  - RS :
- Pelayanan kesehatan yang rusak :
  - Pustu :
  - Puskesmas :
  - RS :

Penyediaan air bersih dan sanitasi lingkungan :

- Yang bertanggung jawab :
- Sumber air yang ada :
- Sumber air untuk minum :
- Jumlah air yang dapat dipakai :
- Jumlah sumber air yang rusak :

- Jumlah latrine yang ada :
- Jumlah latrine yang rusak :
- Jumlah pembuangan sampah yang ada :

Pemukiman

- Yang bertanggung jawab :
- Jumlah rumah yang rusak :
- Jenis pakaian yang biasa digunakan penduduk :
- Persediaan selimut yang ada :

Logistik :

- Yang bertanggung jawab :
- Kemungkinan jalur bantuan yang akan diberikan :
- Transportasi yang akan digunakan :
- Ketersediaan gudang di daerah :

Keamanan

- Yang memeriksa :
- Keamanan lokal :

**Perbedaan antara darurat dan darurat kompleks**

DARURAT	DARURAT KOMPLEKS
• Keberhasilan penanggulangan tergantung	• Keberhasilan penanggulangan tergantung situasi politik
•	•
•	•
•	•

• Bantuan Internasional lewat negara	•
• Waktu singkat, masyarakat yang terkena bencana terbatas	•
• Terkoordinasi secara nasional	•
•	•

Kedaruratan kompleks bukanlah pengalaman baru bagi bangsa Indonesia (keadaan 3-4 tahun terakhir).

Menurut data dari Bakornas pada tahun 2000 terdapat lebih kurang 1,2 juta pengungsi (kesengsaraan, kekerasan, ketidakadilan).

Bakornas PBP sebagai lembaga yang khusus menangani masalah bencana dan pengungsi telah melakukan tugasnya sesuai dengan Protap.