

Bab 5:
Standar-standar
Minimum dalam
Pelayanan
Kesehatan

Bagaimana menggunakan bab ini

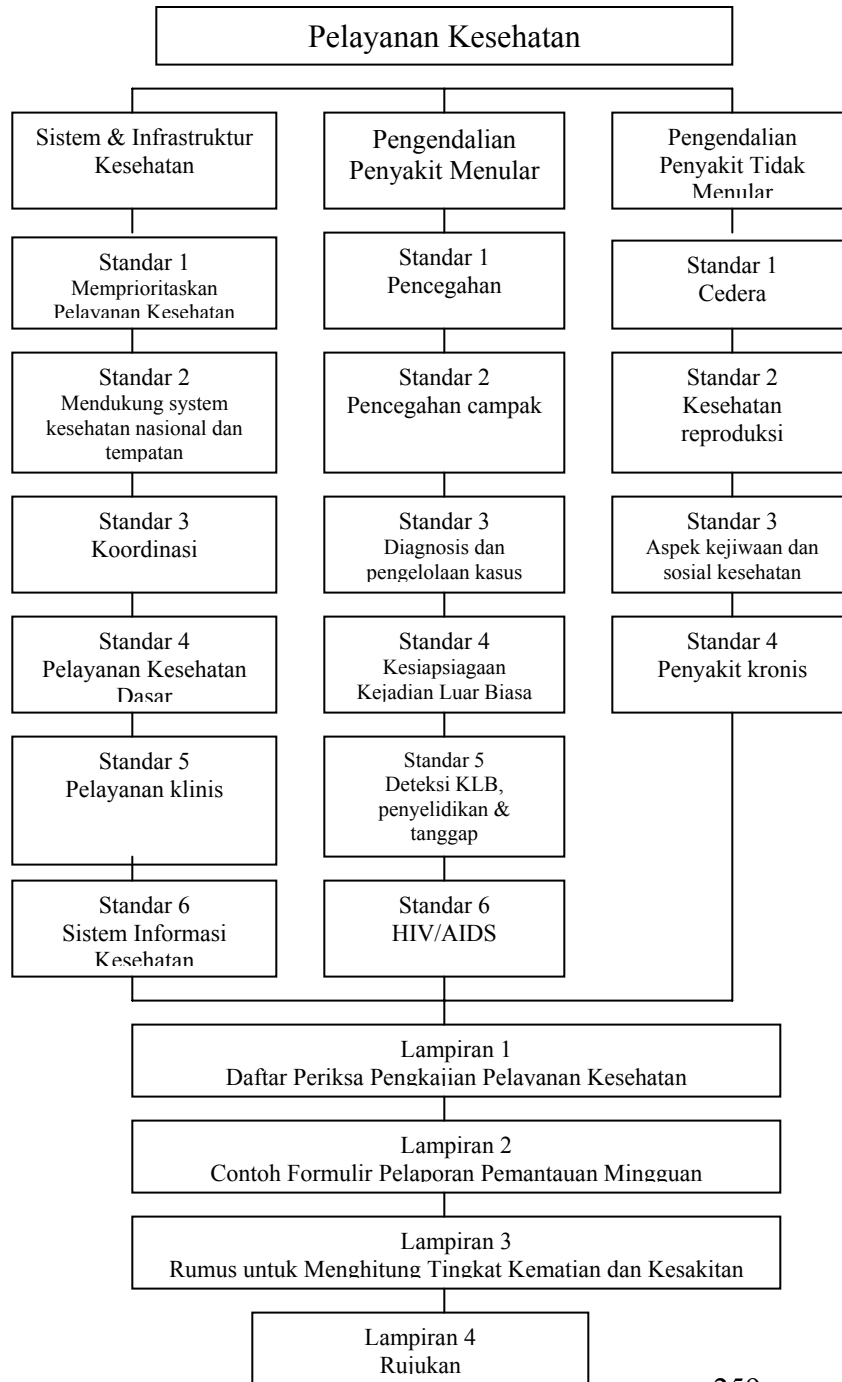
Bab ini terbagi tiga: Sistem dan Infrastruktur Kesehatan; Pengendalian Penyakit Menular; dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. Susunan bab mengenalkan pendekatan sistem pada rancangan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi pelayanan kesehatan selama suatu bencana. Ini adalah suatu cara paling handal untuk memastikan prioritas kebutuhan kesehatan diidentifikasi dan dipenuhi secara berdaya guna dan tepat guna. Prinsip-prinsip seperti mendukung sistem kesehatan nasional dan setempat, koordinasi dan pembakuan senantiasa ditekankan. Masing-masing standar memuat hal-hal berikut:

- **standar minimum:** standar ini pada hakekatnya bersifat kualitatif dan menentukan tingkat minimum khusus yang akan dipenuhi;
- **indikator-indikator kunci:** ini adalah ‘tengara’ yang menunjukkan apakah standar telah tercapai. Tanda-tanda ini dimaksudkan untuk memberikan suatu cara untuk mengukur dan mengkomunikasikan dampak, atau hasil, dari program dan juga proses atau metoda yang digunakan. Indikator-indikator ini bisa bersifat kualitatif atau kuantitatif;
- **catatan-catatan panduan:** catatan ini meliputi butir-butir spesifik yang patut dipertimbangkan ketika menerapkan standar-standar dan indikator-indikator pada situasi yang berbeda-beda, panduan untuk mengatasi masalah-masalah praktis, dan saran-saran tentang penentuan prioritas, dan menggambarkan permasalahan, pertentangan, atau kesenjangan pada rangkaian pengetahuan yang ada saat ini.

Lampiran pada akhir bab memuat suatu daftar periksa untuk pengkajian, formulir pengumpulan data, rumus untuk menghitung tingkat kematian dan kesakitan, dan suatu daftar terpilih rujukan yang menunjukkan sumber informasi, baik mengenai isu umum dan isu teknis spesifik menyangkut bab ini.

Daftar Isi

Pengantar	261
1. Sistem dan Infrastruktur Kesehatan	266
2. Pengendalian Penyakit Menular	282
3. Pengendalian Penyakit Tidak Menular	295
Lampiran 1: Daftar Periksa Pengkajian Pelayanan Kesehatan	306
Lampiran 2: Contoh Formulir Pelaporan Pemantauan Mingguan	308
Lampiran 3: Rumus untuk Menghitung Tingkat Kematian dan Kesakitan	311
Lampiran 4: Rujukan	314



Pendahuluan

Kaitan-kaitan dengan instrumen-instrumen hukum internasional

Standar-standar Minimum dalam Pelayanan-Pelayanan Kesehatan adalah suatu pernyataan praktis dari azas-azas dan hak-hak seperti terkandung dalam Piagam Kemanusiaan. Piagam Kemanusiaan itu berkaitan dengan persyaratan paling mendasar untuk mendukung kehidupan dan martabat dari mereka-mereka yang terkena bencana atau konflik, seperti tercermin dalam suratan hukum-hukum internasional tentang hak-hak azasi manusia, humaniter, dan pengungsian..

Setiap orang mempunyai hak atas kesehatan, seperti diakui oleh sejumlah perangkat hukum internasional. Ini mencakup tidak hanya hak atas akses setara terhadap pelayanan kesehatan, namun juga terhadap semua faktor kesehatan yang menentukan, semua yang terlibat dalam pemenuhan hak-hak manusiawi lainnya, misalnya akses terhadap air yang aman dan sanitasi memadai; suatu pasokan makanan yang aman, gizi dan perumahan yang memadai; kondisi lingkungan yang sehat; akses pada pendidikan dan informasi kesehatan; tanpa diskriminasi; martabat manusia dan pengakuan harga diri.

Hak atas kesehatan dapat terjamin hanya bila penduduk terlindungi, jika petugas yang bertanggungjawab pada sistem pelayanan kesehatan terlatih baik dan membaktikan diri pada prinsip etis dan standar profesi universal, jika sistem di mana mereka bekerja dirancang untuk memenuhi standar minimum kebutuhan, dan jika negara mengatur pembentukan dan mengamankan kondisi keamanan dan stabilitas. Dalam perspektif hak asasi manusia, isu martabat dan kesetaraan dipentingkan dan adalah kewajiban negara dan pelaku non-negara untuk memenuhi hak perorangan terhadap kesehatan. Pada waktu konflik bersenjata, rumah sakit dan sarana kesehatan sipil tidak boleh menjadi sasaran

penyerangan, petugas kesehatan dan medis mempunyai hak untuk dihargai dan dilindungi.

Standar minimum dalam bab ini tidak sepenuhnya mengungkapkan Hak atas Kesehatan. Namun standar Sphere merefleksikan inti isi Hak atas Kesehatan dan menyumbang perwujudan atas hak ini secara progresif dan global.

Pentingnya pelayanan kesehatan pada saat bencana

Pelayanan kesehatan adalah suatu unsure penentu yang kritis untuk pertahanan hidup pada tahap awal suatu bencana. Bencana hampir selalu berdampak signifikan terhadap kesehatan masyarakat dan kesejahteraan penduduk terkena bencana. Dampak kesehatan masyarakat dapat digambarkan sebagai dampak langsung (misalnya cedera, trauma psikologis) atau tidak langsung (misalnya meningkatnya tingkat penyakit infeksi, kurang gizi, komplikasi penyakit menahun). Dampak kesehatan tidak langsung ini biasanya berkaitan dengan factor-faktor misalnya tidak memadainya jumlah dan kualitas air, rusaknya sanitasi, terputusnya pasokan makanan, terganggunya pelayanan kesehatan, penduduk yang terlalu padat dan berpindah.

Tujuan utama tanggap kemanusiaan pada bencana adalah untuk: 1) mencegah dan mengurangi kematian dan kesakitan berlebihan, dan 2) mempromosikan suatu pengembalian pada kehidupan normal. Jenis bencana yang berbeda berkaitan dengan skala dan pola kematian dan kesakitan (lihat tabel halaman XXX). Kebutuhan kesehatan masyarakat dan medis suatu komunitas yang terkena bencana akan berbeda sesuai jenis dan luasnya bencana.

Membuat prioritas pelayanan kesehatan mensyaratkan suatu pemahaman jelas status kesehatan, kebutuhan, risiko kesehatan, sumber dan kemampuan sebelum bencana terjadi. Pada tahap awal suatu bencana, informasi mungkin tidak lengkap dan keputusan penting kesehatan masyarakat

mungkin harus dibuat tanpa semua data relevan tersedia dan/atau dianalisis. Suatu pengkajian multi-sektoral yang melibatkan perwakilan komunitas harus dilakukan sesegera mungkin untuk menentukan dampak bencana terhadap kesehatan masyarakat, prioritas kebutuhan kesehatan masyarakat, ketersediaan sumber-sumber lokal dan kebutuhan bantuan dari luar (lihat standar Pengkajian Awal pada halaman 29 dan Lampiran 1).

Secara umum, prioritas intervensi kesehatan masyarakat dirancang untuk menjamin keuntungan kesehatan terbesar untuk jumlah masyarakat yang terbanyak. Sejauh mungkin intervensi harus didasarkan pada prinsip praktek berdasarkan bukti: yang terbukti membawa manfaat kesehatan masyarakat terbesar yang dipilih. Intervensi seperti ini biasanya termasuk jumlah memadai air yang aman, sanitasi, pelayanan gizi, keamanan bantuan pangan/ketahanan pangan, tenda dan pelayanan klinis dasar. Pelayanan pencegahan dan klinis harus bertujuan untuk mengendalikan penyakit yang berpotensi menjadi wabah.

Suatu kampanye imunisasi massal akan menjadi suatu prioritas utama untuk suatu populasi yang berisiko terhadap kejadian luarbiasa campak, khususnya pengungsi dan mereka yang terkena kedaruratan kompleks. Pada kebanyakan situasi bencana, pelayanan rujukan dan pelayanan berbasis rumah sakit, walaupun penting, hanya mempunyai dampak kesehatan masyarakat yang lebih kecil dibanding intervensi pelayanan kesehatan dasar.

Keterlibatan masyarakat yang terkena bencana dalam perancangan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi pelayanan kesehatan penting. Selama proses ini harus ada usaha untuk mengidentifikasi dan membangun kemampuan yang ada dalam sektor kesehatan. Membangun kemampuan setempat bersama penduduk terkena bencana mungkin langkah yang paling tepat guna untuk membantu masyarakat untuk pulih dari bencana dan untuk menyiapkan mereka untuk menghadapi bencana di masa

mendatang. Pengungsi dan pengungsi local (IDPs) menambahkan tegangan tambahan pada pelayanan kesehatan masyarakat penerima. Oleh karena itu usaha-usaha kemanusiaan harus bertujuan untuk memadukan dengan dan mendukung pelayanan kesehatan masyarakat penerima sebisa mungkin.

Dalam kebanyakan situasi kebencanaan, perempuan dan anak adalah pengguna utama pelayanan kesehatan, dan penting mendengarkan pandangan perempuan sebagai suatu langkah untuk menjamin agar pelayanan setara, tepat dan dapat diakses oleh penduduk terkena bencana sebagai suatu keseluruhan. Perempuan dapat menyumbangkan suatu pemahaman factor-faktor budaya dan kebiasaan yang berpengaruh pada kesehatan, seperti juga kebutuhan khusus masyarakat rentan dalam penduduk yang terkena bencana. Oleh karena itu mereka harus aktif terlibat dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan sejak awal mula.

Kaitan dengan bab-bab lain

Banyak standar pada bab sektor lain relevan dengan bab ini. Kemajuan mencapai standar satu bidang sering mempengaruhi dan bahkan menentukan kemajuan bidang lain. Agar suatu tanggap darurat tepat guna, koordinasi dan kerjasama erat dibutuhkan dengan sektor lain. Koordinasi dengan pihak berwewenang setempat dan lembaga respons lainnya juga penting untuk menjamin agar kebutuhan terpenuhi, agar usaha tidak tumpang tindih, dan agar mutu pelayanan kesehatan dioptimalkan. Rujukan pada standar khusus atau catatan panduan pada bab teknis lain dibuat bilamana relevan.

Kaitan dengan standar umum semua sektor

Proses pengembangan dan pelaksanaan suatu respons kritis terhadap ketepatannya. Bab ini harus digunakan bersaaan dengan standar umum untuk semua sektor, yang membahas partisipasi, pengkajian awal, respons, penentuan sasaran, pemantauan, evaluasi, kompetensi dan tanggungjawab petugas kemanusiaan, dan supervisi, manajemen dan

dukungan personil (lihat Bab 1, halaman xxx). Secara khusus, pada setiap respons partisipasi masyarakat terkena bencana – termasuk kelompok rentan dijelaskan secara garis besar di bawah – harus dimaksimalkan untuk menjamin ketepatan dan mutunya.

Kerentanan dan kapasitas masyarakat terkena bencana

Kelompok yang sangat sering berisiko pada kedaruratan adalah perempuan, anak-anak, usia lanjut, penyandang cacat dan orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA). Pada konteks tertentu afiliasi politik atau, orang juga dapat menjadi rentan karena alasan asal suku, agama atau perpindahan tempat. Ini bukan suatu daftar panjang, namun memasukkan mereka yang paling sering diidentifikasi. Kerentanan spesifik mempengaruhi kemampuan orang untuk menangani dan bertahan dalam suatu bencana, dan mereka yang sangat berisiko harus diidentifikasi pada setiap konteks.

Sepanjang buku pegangan ini, istilah ‘kelompok rentan’ mengacu kepada semua kelompok ini. Ketika satu kelompok menghadapi risiko, maka sangat mungkin bahwa kelompok rentan yang lain juga terancam. Oleh karenanya, bilamana kelompok rentan disebut maka para pembaca disarankan untuk mempertimbangkan semua yang disebutkan di sini. Kita harus berhati-hati supaya perlindungan dan bantuan diberikan kepada semua kelompok yang terkena bencana secara tidak pilih kasih dan berdasarkan kebutuhan khusus mereka masing-masing. Walaupun demikian, harus juga diingat bahwa penduduk terkena bencana mempunyai dan mendapatkan ketrampilan-ketrampilan dan kemampuan-kemampuan mereka sendiri untuk mengatasi masalah dan bahwa ketrampilan dan kemampuan ini harus diakui dan didukung.

Dampak Kesehatan Masyarakat Beberapa Bencana

Akibat	Kedaruratan kompleks	Gempa bumi	Angin kencang (tanpa banjir)	Banjir	Banjir bandang/ tsunami
Kematian	Beberapa	Beberapa	Sedikit	Sedikit	Beberapa
Cedera berat	Beragam	Beberapa	Sedang	Sedikit	Sedikit
Meningkat risiko penyakit menular	Tinggi	Kecil	Kecil	Beragam	Kecil
Kekurangan pangan	Biasa	Jarang	Jarang	Beragam	Biasa
Perpindahan penduduk besar-besaran	Biasa (dapat terjadi pada daerah perkotaan yang rusak berat)	Jarang	Jarang	Biasa	Beragam

Sumber: diadaptasi dari Pan American Health Organization, Emergency Health Management After Natural Disaster. Office of Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination: Scientific Publication No. 47. Washington DC, Pan American Health Organization, 1981.

Catatan: Bahkan untuk jenis bencana tertentu, pola kesakitan dan kematian beragam tergantung konteksnya. Sebagai contoh, penguatan aturan bangunan dapat mengurangi sekali jumlah kematian dan cedera berat berkaitan dengan gempa bumi. Pada beberapa kedaruratan kompleks penyakit menular dan kekurangan gizi adalah penyebab utama kesakitan dan kematian, sementara pada kasus lain trauma kekerasan merupakan penyebab utama kematian dan komplikasi penyakit menahun sebagai suatu penyebab utama kesakitan.

Standar-Standar Minimum

1 Sistem dan Infrastruktur Kesehatan

Selama suatu tanggap darurat, bila tingkat kematian seringkali meningkat atau dapat segera meningkat, prioritas intervensi kemanusiaan harus berpusat pada kebutuhan mendesak untuk bertahan hidup, termasuk pelayanan medis dasar. Sekali kebutuhan bertahan hidup dipenuhi, tingkat kematian akan menurun mendekati tingkat semula, suatu pelayanan kesehatan terpadu harus dikembangkan. Melalui seluruh fase respons, suatu pendekatan system kesehatan terhadap perancangan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi pelayanan akan berperan untuk menjamin agar kebutuhan yang paling penting dipenuhi, agar cakupan tepat, agar akses dioptimalkan, dan agar kualitas dipromosikan.

Standar berikut diterapkan pada semua jenis bencana, namun secara khusus relevan dengan situasi miskin sumber-sumber. Mereka dirancang untuk menjamin agar komunitas terkena bencana mempunyai akses pelayanan kesehatan berkualitas baik selama tanggap bencana. Mempromosikan kesinambungan pelayanan kesehatan setelah bencana khususnya penting bila ada gangguan berat terhadap infrastruktur dan system kesehatan. Namun menjamin kesinambungan membutuhkan pertimbangan berbagai factor, termasuk politis, manajerial, kelembagaan, keuangan dan teknis, dan oleh Karen aitu di luar jangkauan dokumen ini. Lembaga dan staf kesehatan harus ingat bahwa sering keputusan yang dibuat selama suatu tanggap darurat bencana dapat membantu mempromosikan atau merusak kesinambungan pelayanan.

Standar Sistem dan infrastruktur kesehatan 1: memprioritaskan pelayanan kesehatan

Semua orang mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan yang diprioritaskan untuk menangani penyebab-penyebab utama kematian dan kesakitan yang berlebihan.

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Penyebab utama kematian dan kesakitan teridentifikasi, terdokumentasi dan termonitor
- Pelayanan kesehatan prioritas meliputi intervensi yang paling sesuai dan efektif untuk mengurangi kematian dan kesakitan yang berlebihan (lihat catatan panduan 1)
- Semua anggota komunitas, termasuk kelompok-kelompok rentan, mempunyai akses terhadap intervensi kesehatan prioritas (lihat catatan panduan 2)
- Pejabat kesehatan setempat yang berwenang dan anggota komunitas ikut serta dalam perancangan dan pelaksanaan intervensi kesehatan prioritas.
- Ada kerja sama aktif dengan sektor-sektor lain dalam perancangan dan pelaksanaan intervensi kesehatan prioritas, termasuk air dan sanitasi, ketahanan pangan, gizi, penampungan dan perlindungan.
- Angka kematian kasar (*Crude Mortality Rate/CMR*) dipertahankan atau dikurangi agar kurang dari dua kali angka data dasar penduduk yang terdokumentasi sebelum terjadinya bencana (lihat catatan panduan 3)
- Tingkat kematian anak di bawah lima tahun (balita, *U5MR*) dipertahankan atau dikurangi hingga mencapai kurang dari dua kali angka data dasar penduduk yang terdokumentasi sebelum terjadinya bencana (lihat catatan panduan 3)

Catatan-catatan panduan

1. Intervensi kesehatan prioritas bervariasi tergantung pada konteks, termasuk jenis bencana dan dampaknya. Berdasarkan rancangan intervensi pada prinsip-prinsip kesehatan umum akan memastikan bahwa manfaat kesehatan yang paling besar diberikan pada sebanyak mungkin penduduk. Intervensi kesehatan umum yang prioritas termasuk penyediaan air yang aman secara memadai, sanitasi, makanan dan penampungan, kontrol penyakit menular (misalnya vaksinasi campak), perawatan medis dasar dan pengawasan penyakit. Pelayanan klinis yang lebih luas, termasuk perawatan trauma, diberikan prioritas lebih besar menyusul bencana yang terkait dengan sejumlah besar orang yang mengalami luka-luka, misalnya gempa bumi.

2. Akses terhadap pelayanan kesehatan: akses harus berdasar pada prinsip kesetaraan, memastikan akses yang setara berdasarkan kebutuhan, tanpa adanya diskriminasi yang dapat mengakibatkan tidak tercakupnya kelompok tertentu. Pada prakteknya, lokasi dan staf pelayanan kesehatan harus dikelola sehingga memastikan akses dan cakupan yang optimal. Kebutuhan khusus kelompok-kelompok rentan yang mungkin tidak mendapat akses yang cepat harus ditangani ketika merancang pelayanan kesehatan. Jika pengguna ditarik bayaran, harus diupayakan agar memastikan bahwa mereka yang tidak mampu membayar masih bisa mendapatkan akses, misalnya dengan tidak menarik bayaran, dengan kupon, dsb.

3. Angka Kematian Kasar dan Angka Kematian Balita: angka kematian kasar (CMR) harian merupakan indikator kesehatan yang paling spesifik dan berguna yang bisa dimonitor dalam sebuah situasi bencana. Naiknya CMR data dasar hingga dua kali lipat menunjukkan adanya keadaan darurat kesehatan umum yang signifikan yang memerlukan penanganan segera. CMS data dasar rata-rata untuk negara-negara yang terbelakang adalah kira-kira 0,38 kematian/10.000 orang/hari, dengan negara-negara Afrika di

Sub-Sahara pada angka 0,44; untuk negara industri CMR rata-rata adalah kira-kira 0,25/10,000 orang/hari. Jika angka data dasar tidak diketahui, lembaga kesehatan harus menargetkan untuk mempertahankan CMR di bawah 1,0/10,000/hari. Angka kematian balita data dasar (U5MR) di negara-negara terbelakang kira-kira adalah 1,03 kematian/10.000 balita/hari, dengan negara-negara di Afrika di Sub-Sahara pada angka 1,14; U5MR untuk negara-negara industri kira-kira adalah 0,04/10.000 balita/hari. Jika U5MR tidak diketahui, lembaga kesehatan harus menargetkan untuk mempertahankan U5MR di bawah 2,0/10.000 balita/hari (Lihat Lampiran 2-3 dan tabel berikut)

Data Kematian Rujukan Data dasar per Kawasan				
Kawasan	CMR (kematian/ 10.000/hari)	CMR Ambang batas keadaan darurat	U5MR (kematian/ 10.000 balita/hari)	U5MR Ambang batas keadaan darurat
Afrika Sub-Sahara	0,44	0,9	1,14	2,3
Timur Tengah dan Afrika Utara	0,16	0,3	0,36	0,7
Asia Selatan	0,25	0,5	0,59	1,2
Asia Timur dan Pasifik	0,19	0,4	0,24	0,5
Amerika Latin dan Karibia	0,16	0,3	0,19	0,4
Kawan Eropa Tengah dan Timur/CIS dan Negara-Negara Baltic	0,30	0,6	0,20	0,4
Negara-negara industri	0,25	0,5	0,04	0,1
Negara-negara berkembang	0,25	0,5	0,53	1,1
Negara-negara paling terbelakang	0,38	0,8	1,03	2,1
Dunia	0,25	0,5	0,48	1,0

Sumber: UNICEF, *State of the World's Children 2003* (data dari tahun 2001)

Standar Sistem dan infrastruktur kesehatan 2: mendukung sistem kesehatan nasional dan tempatan

Pelayanan kesehatan dirancang agar mendukung sistem kesehatan, struktur dan pemberi pelayanan yang sudah ada.

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Sedapat mungkin para wakil Kementerian Kesehatan memimpin penanganan di sektor kesehatan
- Jika Kementerian Kesehatan tidak memiliki kapasitas yang diperlukan, sebuah lembaga pengganti dengan kapasitas yang perlu diidentifikasi untuk mengambil alih kepemimpinan di sektor kesehatan (lihat catatan panduan 1-2)
- Fasilitas kesehatan setempat/tempatan didukung dan diperkuat oleh lembaga-lembaga yang melakukan penanganan/respons (lihat catatan panduan 1-2)
- Para pekerja kesehatan setempat didukung dan diintegrasikan ke dalam pelayanan kesehatan, dengan mempertimbangkan keseimbangan gender dan etnis (lihat catatan panduan 3)
- Pelayanan kesehatan memadukan atau mengadaptasi standar dan panduan yang sudah ada yang dimiliki oleh negara yang terkena bencana atau negara penerima (lihat catatan panduan 4)
- Tidak boleh ada fasilitas dan pelayanan kesehatan pengganti atau paralel, termasuk rumah sakit asing di lapangan, kecuali jika kapasitas setempat tidak mencukupi atau penduduk belum memiliki akses yang cepat terhadap pelayanan kesehatan yang ada. Kewenangan yang memimpin di sektor kesehatan harus dikonsultasi mengenai masalah ini (lihat catatan panduan 5)

Catatan-catatan panduan

1. Pihak berwenang yang memimpin di sektor kesehatan: jika Kementerian Kesehatan tidak mempunyai kapasitas untuk mengambil peran sebagai pimpinan dalam kewenangan di sektor kesehatan, sebuah lembaga PBB biasanya akan mengambil alih tanggung jawab tersebut, misalnya WHO, UNHCR, UNICEF. Kadang-kadang, jika baik Kementerian Kesehatan maupun lembaga PBB tidak mempunyai kapasitas di tingkat regional, kabupaten, atau tempatan, mungkin diperlukan lembaga lain yang berpartisipasi untuk mengkoordinir aktivitas, paling tidak untuk sementara. Pihak berwenang yang memimpin di sektor kesehatan harus memastikan bahwa lembaga-lembaga yang melakukan penanganan/respons kesehatan mendukung dan memperkuat kapasitas sistem kesehatan setempat. Selain itu, pihak berwenang tersebut akan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa aktivitas lembaga-lembaga kesehatan terkoordinir dan saling melengkapi.

2. Strategi dan kebijakan sektor kesehatan: suatu tanggung jawab penting yang diemban pihak berwenang yang memimpin di sektor kesehatan adalah untuk mengembangkan strategi dan kebijakan menyeluruh untuk penanganan keadaan darurat dalam sektor kesehatan. Idealnya, harus dikeluarkan sebuah dokumen kebijakan yang menetapkan prioritas dan tujuan sektor kesehatan dan memberikan suatu kerangka kerja untuk mencapainya. Dokumen ini harus disusun setelah melalui konsultasi dengan lembaga-lembaga yang relevan dan perwakilan masyarakat.

3. Pekerja kesehatan setempat: para profesional bidang kesehatan dan para pekerja kesehatan lainnya dari masyarakat yang terkena bencana, termasuk bidan desa/petugas persalinan yang ahli, harus diintegrasikan ke dalam pelayanan kesehatan jika perlu. Meskipun selalu menjadi pilihan, keseimbangan gender mungkin tidak praktis bagi komunitas yang mempunyai tenaga perawat kesehatan yang didominasi oleh satu jenis kelamin.

4. Standar dan panduan nasional: secara umum, lembaga-lembaga harus mengikuti standar dan panduan negara tempat dilakukannya respons/penanganan bencana, termasuk protokol pengobatan dan daftar obat-obatan penting (lihat Standar dan infrastruktur kesehatan 5). Standar-standar dan panduan tersebut harus dikaji ulang melalui konsultasi dengan Kementerian Kesehatan atau pejabat berwenang dalam bidang kesehatan sejak awal dilakukannya penanganan bencana untuk menentukan ketepatannya. Jika standar dan panduan tersebut sudah kuno atau tidak lagi mencerminkan praktek yang berdasar bukti, standar dan panduan tersebut harus diperbaharui.

5. Rumah sakit lapangan milik asing: kadang-kadang, rumah sakit lapangan mungkin merupakan satu-satunya cara untuk memberikan perawatan kesehatan jika rumah sakit rumah sakit yang ada tidak berfungsi dengan semestinya. Namun demikian, biasanya akan lebih efektif untuk menyediakan sumber daya bagi rumah sakit rumah sakit yang sudah ada sehingga mereka dapat mulai bekerja lagi atau menghadapi beban kerja yang lebih banyak. Mungkin akan tepat untuk membuka sebuah rumah sakit lapangan untuk perawatan segera bagi luka-luka traumatik (48 jam pertama), perawatan sekunder untuk luka-luka traumatik dan keadaan darurat rutin (hari 3-15), atau sebagai suatu fasilitas sementara untuk mengganti rumah sakit setempat yang rusak sampai direkonstruksi kembali (sampai beberapa tahun). Dalam menentukan apakah pembukaan sebuah rumah sakit lapangan dirasa perlu, harus ada kebutuhan yang dinyatakan dengan jelas; rumah sakit di lapangan harus mampu menyediakan pelayanan yang semestinya; tidak boleh melemahkan sumber daya setempat dan harus efektif dari segi biaya.

Standar Sistem dan infrastruktur kesehatan 3: koordinasi

Pelayanan kesehatan dirancang agar mendukung sistem kesehatan, struktur dan pemberi pelayanan yang sudah ada.

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Disusun mekanisme koordinasi pada tingkat pusat (nasional atau regional) dan pada tingkat lapangan dalam sektor kesehatan dan antar sektor kesehatan dan sektor lain
- Tanggung jawab khusus masing-masing lembaga kesehatan dijelaskan dan didokumentasikan dalam konsultasi dengan yang berwenang memimpin di sektor kesehatan untuk memastikan optimalnya cakupan penduduk dan saling melengkapi pelayanannya ((lihat catatan panduan 1)
- Pertemuan koordinasi sektor kesehatan secara rutin diselenggarakan untuk mitra tempatan maupun eksternal di tingkat pusat dan lapangan (lihat catatan panduan 2)

Catatan-catatan panduan

1. Koordinasi antar lembaga-lembaga kesehatan: tanpa mengindahkan apakah kewenangan di sektor kesehatan dipimpin oleh Kementerian Kesehatan atau oleh lembaga lain, semua organisasi dalam sektor kesehatan harus berkoordinasi dengan pelayanan kesehatan tingkat tempatan dan nasional. Dalam konteks pengungsi lintas batas, para lembaga harus berkoordinasi dengan sistem kesehatan negara penerima. Jika terdapat sejumlah lembaga kesehatan yang beroperasi di lapangan, alokasi tanggung jawab yang terkoordinasi akan membantu untuk memastikan dipenuhinya kesenjangan dalam sektor kesehatan dan untuk menghindari duplikasi.

2. Pertemuan koordinasi: pertemuan-pertemuan koordinasi harus memberikan suatu forum untuk berbagi informasi, prioritas diidentifikasi dan dipantau, strategi kesehatan umum disusun dan diadaptasi, tugas-tugas khusus dialokasikan, dan disepakati adanya protokol dan intervensi yang standar. Pertemuan harus pada awalnya dilakukan paling tidak seminggu sekali.

Standar Sistem dan infrastruktur kesehatan 4: perawatan kesehatan primer

Pelayanan kesehatan didasarkan pada prinsip-prinsip perawatan kesehatan primer yang relevan.

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Semua orang mempunyai akses terhadap informasi kesehatan yang memungkinkan mereka untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan mereka sendiri (lihat catatan panduan 1)
- Pelayanan kesehatan diberikan dalam sistem kesehatan pada tingkat yang tepat: rumahtangga/komunitas, fasilitas kesehatan pinggiran, pusat-pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit rujukan (lihat catatan panduan 2)
- Dibentuk sebuah sistem rujukan yang standar oleh pihak berwenang yang memimpin sektor kesehatan dan digunakan oleh lembaga-lembaga kesehatan. Untuk menjangkau fasilitas rujukan, diatur transportasi yang sesuai untuk pasien.
- Sedapat mungkin pelayanan dan intervensi kesehatan berdasar pada metode yang ilmiah dan berdasar pada bukti.
- Pelayanan dan intervensi kesehatan menggunakan teknologi yang tepat dan diterima secara sosial dan kultural.

Catatan-catatan panduan

1. Informasi dan pendidikan kesehatan: suatu program aktif mengenai pendidikan dan promosi kesehatan masyarakat harus dipelopori melalui konsultasi dengan kewenangan kesehatan setempat dan perwakilan masyarakat/komunitas. Program harus mempertimbangkan perilaku yang mengacu ke kesehatan dan kepercayaan

tentang kesehatan dalam masyarakat. Ia harus memberikan informasi mengenai masalah kesehatan endemis utama, risiko kesehatan utama, ketersediaan dan lokasi pelayanan kesehatan, dan perilaku yang melindungi dan meningkatkan kesehatan yang baik. Pesan-pesan dan bahan-bahan kesehatan umum harus menggunakan bahasa dan media yang tepat dan harus sensitif terhadap budaya. Sedapat mungkin, isi pesan-pesan kesehatan prioritas harus konsisten antar para lembaga kesehatan yang beroperasi.

2. Klinik keliling: selama sejumlah bencana, mungkin perlu untuk mengoperasikan klinik keliling agar bisa memenuhi kebutuhan masyarakat/komunitas yang terisolasi atau berpindah-pindah yang mempunyai akses terbatas terhadap perawatan kesehatan. Pengalaman menunjukkan bahwa jika diperasikan dengan tepat, klinik semacam itu dapat memenuhi kebutuhan vital. Jika dijalankan dengan tidak tepat, klinik keliling mungkin tidak akan banyak digunakan, menggantikan pelayanan kesehatan yang sudah ada dan menggambarkan penggunaan yang tidak efektif atas sumber daya yang terbatas. Klinik keliling hanya boleh diperkenalkan setelah melalui konsultasi dengan pihak berwenang yang memimpin di sektor kesehatan dan dengan perwakilan kesehatan setempat.

Standar Sistem dan infrastruktur kesehatan 5: pelayanan klinis

Penduduk mempunyai akses terhadap pelayanan klinis yang dibakukan dan mengikuti protokol dan panduan yang diakui.

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Jumlah, tingkat dan lokasi pelayanan kesehatan tepat untuk memenuhi kebutuhan penduduk (lihat catatan panduan 1-2)
- Jumlah, keahlian dan keseimbangan gender/etnis staf di tiap fasilitas kesehatan tepat untuk memenuhi kebutuhan penduduk (lihat catatan panduan 1-2)

- Komposisi staf memadai sehingga petugas klinik tidak harus terus menerus menghadapi lebih dari 50 pasien setiap harinya. Jika ambang batas secara rutin dilewati, perlu merekrut staf klinik tambahan (lihat Lampiran 3)
- Tingkat penggunaan fasilitas kesehatan dimonitor dan dilakukan tindakan perbaikan jika fasilitas kesehatan terlalu sibuk atau jarang digunakan (lihat catatan panduan 3)
- Protokol pengelolaan kasus yang baku disusun oleh pihak berwenang yang memimpin di sektor kesehatan dan ditaati oleh para lembaga kesehatan (lihat catatan panduan 4)
- Suatu daftar baku mengenai obat-obatan yang penting disusun oleh pihak berwenang yang memimpin di sektor kesehatan dan ditaati oleh para lembaga kesehatan (pihak berwenang yang memimpin di sektor kesehatan 4)
- Staf klinik dilatih dan disupervisi dalam menggunakan protokol-protokol tersebut dan daftar obat-obatan penting (lihat catatan panduan 5-6)
- Penduduk mempunyai akses terhadap persediaan obat-obatan penting yang terus ada melalui suatu sistem baku pengelolaan obat-obatan yang mengikuti panduan yang diakui (lihat catatan panduan 7)
- Sumbangan obat-obatan diterima hanya jika memenuhi panduan yang diakui secara internasional. Sumbangan yang tidak mengikuti panduan tersebut tidak akan digunakan dan akan dibuang dengan aman.
- Mayat dikuburkan dengan cara yang bermartabat, mengikuti kesesuaian budaya dan berdasarkan pada praktek kesehatan umum yang baik (lihat catatan panduan 8)

Catatan-catatan panduan

1. Fasilitas dan staf kesehatan: jumlah dan lokasi fasilitas kesehatan yang diperlukan dan jumlah dan keahlian staf di tiap level dapat bervariasi dari satu konteks ke konteks lain. Memastikan adanya bahkan satu orang tenaga kesehatan perempuan atau satu perwakilan dari kelompok etnis minoritas sebagai staf secara signifikan dapat meningkatkan

akses perempuan atau orang-orang dari kelompok minoritas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan tindakan atau aktivitas yang membahayakan netralitas fasilitas kesehatan, seperti misalnya membawa senjata, dilarang.

2. Tingkat staf: panduan berikut ini memberikan rujukan yang berguna namun mungkin perlu untuk diadaptasikan menurut konteks. Istilah ‘petugas kesehatan yang berkualifikasi’ merujuk pada pemberi jasa klinis yang dilatih secara formal, seperti misalnya dokter, perawat, petugas klinik atau asisten medis.

a. Tingkat komunitas: satu tenaga kesehatan masyarakat per 500-1000 penduduk; satu tenaga persalinan yang ahli/bidan per 2.000 penduduk’ satu supervisor per 10 kunjungan ke rumah; satu orang supervisor senior.

b. Fasilitas kesehatan pinggiran (untuk kira-kira 10.000 penduduk): total dua hingga lima staf; minimal ada satu tenaga kesehatan yang berkualifikasi, berdasar pada satu petugas klinis untuk 50 konsultasi per hari; staf yang tidak berkualifikasi untuk melakukan terapi rehidrasi oral (oral rehydration therapy, ORT), pembalutan, dll dan untuk pendaftaran, administrasi, dsb.

c. Fasilitas kesehatan pusat (untuk kira-kira 50.000 penduduk): minimal ada lima orang tenaga kesehatan yang berkualifikasi, minimal satu orang dokter; satu orang tenaga kesehatan untuk 50 konsultasi per hari (rawat jalan); satu tenaga kesehatan berkualifikasi untuk setiap 20-30 tempat tidur, pelayanan 24 jam (rawat inap). Satu orang tenaga kesehatan yang tidak berkualifikasi untuk melakukan ORT; satu/dua untuk apotek; satu/dua orang untuk pembalutan, penyuntikan, sterilisasi. Satu orang teknisi laboratorium. Staf tidak berkualifikasi untuk pendaftaran, keamanan, dsb.

d. Rumah sakit rujukan: bervariasi. Paling tidak ada satu dokter dengan keahlian bedah; satu orang perawat untuk 20-30 tempat tidur per tugas jaga.

3. Angka penggunaan pelayanan kesehatan: kehadiran di fasilitas kesehatan akan membantu untuk menentukan tingkat penggunaan. Tidak ada ambang batas yang pasti untuk penggunaan, karena ini akan bervariasi dari satu konteks ke konteks lain dan sering kali dari satu musim ke musim lain. Namun demikian, tingkat penggunaan ini akan meningkat secara signifikan oleh penduduk yang terkena dampak bencana. Diantara penduduk yang stabil, angka penggunaan adalah sekitar 0,5-1,0 konsultasi baru/orang/tahun. Dalam penduduk yang mengungsi, angka rata-rata yang bisa diharapkan adalah 4,0 konsultasi baru/orang/tahun. Jika angka lebih rendah dari perkiraan, itu mungkin menunjukkan tidak memadainya akses terhadap fasilitas kesehatan, misalnya karena ketidakamanan atau rendahnya kapasitas pelayanan kesehatan. Jika angka lebih tinggi, itu mungkin menunjukkan penggunaan yang berlebihan karena adanya satu masalah kesehatan umum yang spesifik (misalnya merebaknya penyakit menular), atau lebih rendahnya perkiraan jumlah penduduk yang menjadi sasaran. Dalam menganalisa angka penggunaan, harus dipertimbangkan juga gender, usia, asal etnis dan kecacatan untuk memastikan bahwa kelompok rentan tidak terwakili secara tidak memadai (lihat Lampiran 3)

4. Protokol pengobatan dan daftar obat-obatan penting yang dibakukan: kebanyakan negara telah menyusun daftar obat-obatan penting atau daftar obat esensial nasional, dan banyak negara sudah memiliki protokol pengobatan untuk pengelolaan penyakit-penyakit dan luka-luka umum. Protokol-protokol dan daftar obat-obatan tersebut harus dikaji ulang melalui konsultasi dengan Kementerian Kesehatan atau pihak berwenang yang memimpin sektor kesehatan sejak awal penanganan bencana untuk menentukan kesesuaiannya. Kadang-kadang diperlukan juga perubahan terhadap protokol dan daftar obat-obatan nasional tersebut, misalnya jika ada bukti adanya resistensi terhadap antibiotik yang direkomendasikan atau terhadap obat anti malaria. Jika tidak ada protokol

dan/atau daftar obat-obatan penting, panduan yang disusun oleh WHO atau UNHCR harus diikuti, misalnya Perlengkapan Kesehatan dalam Keadaan Darurat Baru (*New Emergency Health Kit*)

5. Pelatihan dan supervisi staf: tenaga kesehatan harus mempunyai pelatihan dan keahlian yang tepat untuk tingkat tanggung jawab mereka. Lembaga-lembaga kesehatan mempunyai suatu kewajiban untuk melatih staf untuk memastikan bahwa pengetahuan mereka sesuai jaman. Pelatihan dan supervisi akan mendapatkan prioritas tinggi terutama jika staf belum melewati pendidikan lanjutan atau jika sistem dan protokol kesehatan baru diperkenalkan. Sedapat mungkin, program pelatihan harus dibakukan dan terkait dengan program nasional.

6. Hak-hak pasien: banyak faktor yang terkait dengan bencana yang dapat mempersulit upaya pemenuhan hak-hak pasien atas privasi, kerahasiaan dan persetujuan pasien. Namun demikian sedapat mungkin petugas kesehatan harus mengupayakan untuk melindungi dan menggalakkan hak-hak tersebut. Fasilitas dan pelayanan kesehatan harus dirancang sedapat mungkin sehingga menjamin privasi dan kerahasiaan (lihat Standar sistem dan infrastruktur kesehatan 6, catatan panduan 3). Persetujuan pasien harus diminta dari pasien sebelum melakukan prosedur medis atau bedah. Pasien mempunyai hak untuk mengetahui setiap prosedur yang dilakukan, serta manfaatnya, potensi risikonya, biaya dan jangka waktu.

7. Pengelolaan obat-obatan: selain menggunakan daftar obat-obatan penting, lembaga-lembaga kesehatan juga perlu menyusun suatu sistem pengelolaan obat-obatan yang efektif. Tujuan sistem semacam itu adalah untuk memastikan penggunaan obat-obatan yang efisien, efektif dari segi biaya dan rasional. Sistem tersebut harus berdasar pada empat elemen kunci dalam siklus pengelolaan obat-obatan: pemilihan, pengadaan, distribusi dan penggunaan (lihat *Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply. Second Edition*).

8. Penanganan jenazah: ketika bencana mengakibatkan banyaknya kematian, pengelolaan sejumlah besar mayat akan diperlukan. Mayat tidak boleh dikuburkan tanpa upacara dalam kuburan masal karena ini tidak dapat dibenarkan menurut ukuran kesehatan umum, melanggar norma-norma sosial yang penting dan mungkin akan membuang-buang sumber daya yang langka. Pengelolaan massal sisa-sisa tubuh manusia seringkali didasarkan pada kepercayaan yang salah bahwa mereka membawa bahaya epidemi jika tidak segera dikuburkan atau dibakar. Sebenarnya, ancaman kesehatan yang muncul dari mayat biasanya kecil sekali. Hanya dalam beberapa kasus khusus sisa tubuh manusia membawa risiko kesehatan dan memerlukan tindakan pencegahan yang spesifik, misalnya kematian karena kolera atau demam berdarah. Para keluarga harus mempunyai kesempatan untuk melakukan penguburan dan pemakaman yang sesuai secara kultural. Jika yang dikubur merupakan korban kekerasan, harus dipertimbangkan untuk melakukan forensik (lihat juga Standar Hunian dan Penampungan 2, catatan panduan 3 pada halaman xx)

Standar Sistem dan infrastruktur kesehatan 6: sistem informasi kesehatan

Rancangan dan pengembangan pelayanan kesehatan dipandu oleh data kesehatan umum relevan yang selalu ada, dikumpulkan secara terkoordinir, dianalisa dan digunakan.

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Suatu sistem informasi kesehatan (SIK) yang dibakukan dilaksanakan oleh semua lembaga kesehatan untuk secara rutin mengumpulkan data mengenai demografi, kematian, kesakitan dan pelayanan kesehatan (lihat catatan panduan 1-2 dan Lampiran 2-3)

- Diidentifikasi lembaga (atau lembaga-lembaga) koordinasi SIK yang ditunjuk untuk mengorganisir dan mengawasi sistem.
- Fasilitas dan lembaga kesehatan secara rutin mengumpulkan data pengamatan kepada lembaga koordinasi SIK yang ditunjuk. Frekuensi pengumpulan laporan tersebut bervariasi tergantung konteks, misalnya harian, mingguan, bulanan.
- Lembaga koordinasi SIK yang ditunjuk menghasilkan suatu laporan rutin mengenai epidemi, termasuk analisa dan interpretasi data. Laporan disebarkan kepada semua lembaga yang relevan, para pembuat keputusan dan masyarakat. Frekuensi laporan akan bervariasi tergantung konteks, misalnya harian, mingguan, bulanan.
- Lembaga-lembaga mengambil tindakan pencegahan yang memadai untuk melindungi data untuk menjamin hak dan keamanan individu dan/atau penduduk (lihat catatan panduan 3)
- SIK mencakup komponen peringatan dini untuk memastikan deteksi dan respons yang tepat terhadap terhadap merebaknya penyakit menular (lihat Pengendalian Penyakit Menular Standar 5 halaman xx)
- Data pelengkap dari sumber lain yang relevan secara konsisten digunakan untuk menginterpretasikan data pengamatan dan untuk mengarahkan pengambilan keputusan (lihat catatan panduan 4)

Catatan-catatan panduan

1. Sistem informasi kesehatan (SIK)” sedapat mungkin SIK memperkuat sistem pengamatan yang sudah ada sebelumnya. Dalam beberapa keadaan darurat, suatu sistem yang baru atau paralel mungkin diperlukan dan ini ditentukan melalui konsultasi dengan pihak berwenang di sektor kesehatan. SIK harus dirancang agar fleksibel dan dapat berkembang seiring berjalannya waktu. Selama melakukan respons terhadap bencana, data kesehatan harus mencakup, meskipun tidak terbatas pada, yang berikut ini:

- a. angka kematian kasar
- b. angka kematian balita
- c. proporsi kematian
- d. angka kematian karena penyebab khusus
- e. tingkat kejadian penyakit-penyakit yang paling umum
- f. tingkat penggunaan fasilitas kesehatan
- g. jumlah konsultasi yang dilayani petugas klinik per hari

2. Pemisahan data: data harus dipisah menurut usia dan jenis kelamin selama itu praktis, untuk mengarahkan pengambilan keputusan. Pemisahan data secara rinci mungkin akan sulit selama tahap awal suatu bencana. Namun demikian, data kematian dan kesakitan balita harus didokumentasikan sejak awal, karena kelompok umur ini biasanya menghadapi risiko khusus. Selain itu, pemisahan angka kematian dan kesakitan menurut gender akan berguna untuk mendeteksi perbedaan berbasis gender. Jika waktu dan kondisi memungkinkan, harus diupayakan pemisahan data yang lebih rinci untuk mendeteksi perbedaan yang lebih jauh menurut usia (misalnya 0-11 bulan, 1-4 tahun, 15-49 tahun, 50-59 tahun, 60 tahun ke atas) dan jenis kelamin.

3. Kerahasiaan: kerahasiaan catatan dan data medis harus dijamin. Pencegahan yang memadai harus diupayakan untuk melindungi keamanan individu serta keamanan data itu sendiri. Anggota staf tidak boleh menyebarkan informasi mengenai pasien dengan siapapun yang tidak terlibat secara langsung dalam perawatan pasien tanpa ijin dari pasien. Data yang terkait dengan trauma karena penyiksaan atau karena pelanggaran hak asasi manusia lainnya harus diperlakukan dengan sangat hati-hati. Bisa dipertimbangkan untuk membreikan informasi tersebut pada aktor atau lembaga yang tepat jika individu memberikan ijin.

4. Sumber data lain: sumber data kesehatan yang relevan meliputi laporan laboratorium, survei, laporan kasus, langkah kualitas pelayanan dan sektor program lainnya.

Lihat Lampiran 2 mengenai formulir kematian dan kesakitan yang harus diisi per satu minggu dan Lampiran 3 untuk formula untuk menghitung tingkat kematian dan kesakitan.

2 Pengendalian Penyakit Menular

Meningkatnya angka kematian dan kesakitan karena penyakit menular semakin sering terjadi dalam kaitannya dengan keadaan darurat kompleks dibandingkan dalam bencana-bencana lain. Dalam banyak kondisi keadaan darurat kompleks tersebut, terutama yang terjadi di negara-negara berkembang, antara 60% dan 90% kematian disebabkan oleh satu dari empat penyakit menular utama: campak, diare, infeksi saluran pernapasan akut dan malaria. Kekurangan gizi akut sering dikaitkan dengan meningkatnya tingkat kefatalan kasus penyakit-penyakit tersebut, terutama diantara anak-anak kecil. Selama ini juga merebak penyakit menular lainnya dalam kondisi-kondisi tertentu, misalnya meningitis karena bakteri meningokokus, demam kuning, virus hepatitis dan tipus.

Merebaknya penyakit menular jauh lebih kurang dikaitkan dengan terjadinya bencana alam akut. Jika bencana tersebut terjadi, penyakit-penyakit tersebut biasanya terkait dengan terganggunya sanitasi dan buruknya kualitas air. Potensi penggunaan bahan kimia biologis sebagai senjata oleh para teroris dan kekuatan bersenjata menimbulkan kekawatiran baru bagi para lembaga yang bergerak di bidang penanganan bencana dan mereka yang terlibat dalam bantuan kemanusiaan. Penanganan terhadap insiden yang terkait dengan senjata biologis tidak secara khusus dicakup dalam standar-standar berikut ini meskipun beberapa standar dan indikator bisa diterapkan dalam insiden semacam itu.

Standar Pengendalian penyakit menular

1: pencegahan

Penduduk mempunyai akses terhadap informasi dan pelayanan yang dirancang untuk mencegah penyakit menular yang secara signifikan dapat mengakibatkan kematian dan kesakitan berlebihan

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Tindakan-tindakan pencegahan umum dikembangkan dan diterapkan dalam koordinasi dengan sektor relevan lainnya (lihat catatan panduan 1)
- Pesan-pesan pendidikan mengenai kesehatan masyarakat membekali individu dengan informasi mengenai bagaimana mencegah penyakit-penyakit menular yang umum terjadi dan bagaimana mendapatkan akses terhadap pelayanan yang relevan (lihat Standar sistem dan infrastuktur kesehatan 4 di halaman xx)
- Tindakan-tindakan pencegahan khusus, seperti misalnya kampanye vaksinasi campak masal dan Perluasan Program Imunisasi (*Extended Programme on Immunisation/EPI*), dilaksanakan seperti sudah diindikasikan (lihat catatan panduan 2 dan Standar kontrol terhadap penyakit menular 2)

Catatan-catatan panduan

1. Tindakan-tindakan pencegahan umum:: kebanyakan dari intervensi seperti ini dikembangkan bersama dengan sektor-sektor lain, termasuk:

- air dan sanitari: jumlah dan kualitas air yang memadai; sanitasi yang memadai; promosi kebersihan; kontrol vektor, dsb. (lihat Pasokan Air, Sanitasi dan Penyuluhan Kebersihan, halaman xx)
- ketahanan pangan, gizi dan bantuan pangan: akses terhadap pangan/makanan yang memadai dan pengelolaan kekurangan gizi (lihat Ketahanan Pangan, Gizi dan Bantuan Pangan, halaman xx)
- penampungan: penampungan yang memadai dan mencukup (lihat Hunian, Penampungan dan Bahan Non-Pangan, halaman xx)

2. Pencegahan campak dan EPI: karena campak berpotensi tinggi untuk mewabah dan mengakibatkan kematian, vaksinasi masal untuk anak-anak untuk

mencegah penyakit tersebut sering menjadi prioritas tinggi bagi penduduk yang terkena dampak bencana, terutama mereka yang mengungsi dan/atau terkena dampak konflik. Vaksinasi untuk mencegah penyakit-penyakit yang diderita anak-anak lainnya melalui EPI biasanya kurang menjadi prioritas karena merebaknya penyakit-penyakit tersebut kurang sering terjadi dan risiko kesehatan yang terkait dengan penyakit-penyakit tersebut lebih rendah. Oleh karena itu, vaksin EPI lainnya biasanya hanya diperkenalkan bila kebutuhan mendesak penduduk sudah dipenuhi. Pengecualian adalah bila terjadi wabah penyakit-penyakit yang terus berlangsung seperti batuk rejan atau dipteri, sehingga vaksinasi untuk mencegah penyakit-penyakit tersebut juga menjadi prioritas.

Standar Pengendalian penyakit menular 2: pencegahan campak

Semua anak-anak usia 6 bulan sampai 15 tahun mendapat imunisasi untuk mencegah campak.

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Dibuat suatu perkiraan cakupan vaksinasi campak untuk anak-anak umur **9 bulan** sampai 15 tahun pada saat dimulainya respons keadaan darurat, untuk menentukan prevalensi kerentanan terhadap campak (lihat catatan panduan 1)
- Jika cakupan vaksinasi diperkirakan kurang dari 90%, dilakukan suatu kampanye masal untuk vaksinasi campak untuk anak-anak usia 6 bulan sampai 15 tahun (termasuk pemberian vitamin A untuk anak-anak usia 6-59 bulan). Kampanye vaksinasi dikoordinir dengan kewenangan kesehatan di tingkat nasional dan tempatan, termasuk Perluasan Program Imunisasi (EPI) (lihat catatan panduan 2)
- Ketika kampanye selesai:

- paling tidak 95% anak-anak usia 6 bulan hingga 15 tahun telah menerima vaksinasi campak
- paling tidak 95% anak-anak usia 6-59 bulan telah menerima dosis vitamin A seperlunya.
- Semua bayi yang divaksinasi ketika umur 6-9 bulan menerima dosis vaksinasi campak lagi ketika mencapai umur 9 bulan (lihat catatan panduan 3)
- Vaksinasi rutin dan terus menerus untuk anak umur 9 bulan untuk memastikan keberlangsungan cakupan minimal 95%. Sistem ini terkait dengan Perluasan Program Imunisasi (EPI)
- Untuk penduduk yang berpindah-pindah atau mengungsi, suatu sistem yang terus berjalan dibentuk untuk memastikan 95% dari pendatang baru berusia antara 6 bulan hingga 15 tahun menerima vaksinasi campak.

Catatan-catatan panduan

1. Pencegahan campak: campak merupakan salah satu virus menular yang diketahui dan dapat dikaitkan dengan tingkat kematian yang tinggi. Kapanpun ada kondisi keadaan darurat yang sesak, pengungsian penduduk besar-besaran dan tingkat kekurangan gizi yang tinggi, terdapat risiko merebaknya wabah campak. Oleh karena itu kampanye vaksinasi masal mencegah campak harus mendapat prioritas paling tinggi seawal mungkin ketika terjadinya kondisi-kondisi tersebut. Personel yang diperlukan, vaksin, perlengkapan rantai dingin dan persediaan lain untuk melakukan suatu kampanye masal harus dibentuk sesegera mungkin. Jika tidak diketahui cakupan vaksinasi untuk penduduk, kampanye harus dilakukan dengan asumsi bahwa cakupan tidak mencukupi.

2. Rentang usia vaksinasi campak: sejumlah anak-anak yang lebih tua mungkin telah melewatkan baik kampanye vaksinasi campak masal sebelumnya maupun penyakit campak. Anak-anak ini tetap berisiko terkena campak dan dapat menjadi sumber infeksi untuk bayi dan anak-anak

yang berusia dini yang mempunyai risiko lebih tinggi untuk menghadapi kematian karena penyakit ini. Ini menjadi alasan direkomendasikannya vaksinasi untuk anak-anak hingga usia 15 tahun. Namun demikian, dalam kondisi yang miskin sumber daya, mungkin tidak akan bisa melakukan vaksinasi untuk semua anak berumur 6 bulan hingga 15 tahun. Dalam kondisi seperti itu, prioritas harus diberikan kepada anak-anak usia 6-59 bulan.

3. Vaksinasi berulang untuk anak-anak umur 6-9 bulan: pengulangan vaksinasi campak harus dilakukan segera setelah anak mencapai usia 9 bulan, kecuali untuk anak-anak yang sudah menerima dosis pertama mereka setelah berumur 8 bulan. Anak-anak tersebut menerima dosis lagi setelah jeda waktu 30 hari.

Standar Pengendalian penyakit menular 3: diagnosa dan pengelolaan kasus

Penduduk mempunyai akses terhadap diagnosa dan perawatan yang efektif untuk penyakit menular yang akan berperan paling signifikan dalam mencegah kematian dan kesakitan yang berlebihan.

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Protokol pengelolaan kasus yang dibakukan untuk diagnosa dan pengobatan penyakit menular yang paling umum secara konsisten digunakan (lihat catatan panduan 1; juga lihat Standar sistem dan infrastruktur kesehatan 5)
- Pesan-pesan pendidikan kesehatan umum mendorong penduduk untuk mencari perawatan sejak dini untuk demam, batuk, diare, dlsb terutama yang dialami anak-anak, perempuan yang mengandung dan para lanjut usia.
- Di kawasan endemi malaria, dibuat sebuah protokol untuk memastikan diagnosa dini (<24jam) terhadap kasus-kasus demam dan pengobatan dini dengan obat-

obatan pilihan utama yang sangat efektif (lihat catatan panduan 2)

- Pelayanan laboratorium tersedia dan digunakan jika diperlukan (lihat catatan panduan 3)
- Program kontrol TBC diperkenalkan hanya setelah melalui pertimbangan sejumlah kriteria yang dikenali (lihat catatan panduan 4)

Catatan-catatan panduan

1. *Pengelolaan terpadu penyakit di masa anak-anak:*

jika suatu pengelolaan terpadu penyakit masa kanak-kanak (*Integrated Management of Childhood Illness/IMCI*) sudah dikembangkan di sebuah negara, dan panduan klinis sudah diadaptasi, panduan-panduan ini lebih baik dipadukan kedalam protokol-protokol standar. IMCI telah menunjukkan bisa meningkatkan kualitas perawatan untuk anak-anak balita.

2. *Malaria:* terjadinya malaria kemungkinan meningkat dalam beberapa hari/minggu setelah terjadinya suatu perpindahan penduduk secara masal di wilayah endemi. Karena menyebarnya dan meningkatkan resistensi terhadap klorokuin dan sulfadoxin-pyrimethamine (Fansidar), diperlukan obat-obatan anti malaria yang lebih efektif. Ini terutama akan penting untuk penduduk yang tidak kebal dan yang rentan untuk terkena malaria falciparum. Kombinasi terapi menggunakan derivat artemisin lebih disukai. Pemilihan obat harus ditentukan setelah melalui konsultasi dengan pihak berwenang yang memimpin di sektor kesehatan, setelah mempertimbangkan data efektifitas obat. Protokol-protokol WHO yang dibakukan harus digunakan untuk mengevaluasi keefektifan obat.

3. *Pelayanan laboratorium:* membuat sebuah laboratorium klinis bukan merupakan prioritas selama masa awal bencana. Penyakit-penyakit menular yang paling umum biasanya dapat didiagnosa secara klinis dan pengobatan secara umum akan bersifat dugaan. Uji laboratorium paling

berguna untuk memperkuat diagnosa selama ditengarainya suatu wabah yang mungkin memerlukan imunisasi masal (misalnya meningitis meningokokus) atau dimana budaya dan uji sensitifitas terhadap antibiotik mungkin bisa mempengaruhi pengambilan keputusan pengelolaan kasus (misalnya disentri). Oleh karena itu, akan penting untuk mengidentifikasi laboratorium baik di dalam negeri maupun di negara lain yang dapat melakukan investigasi mikrobiologi yang sesuai. Akan diperlukan panduan mengenai pengumpulan spesimen yang benar dan pengangkutan.

4. Pengendalian TBC: prevalensi TBC yang tinggi tercatat sering kali terjadi di antara para pengungsi lintas batas dan penduduk yang terkena dampak perang lainnya. Meskipun demikian, program kontrol TBC yang dilakukan dengan buruk dapat berpotensi untuk merugikan daripada menguntungkan dengan memperpanjang masa infeksi dan berperan dalam menyebarkan kuman resisten beragam obat. Sementara dimungkinkan adanya pengelolaan pasien penderita TBC selama keadaan darurat, suatu program kontrol TBC yang menyeluruh hanya boleh dilakukan setelah melakukan pertimbangan kriteria-kriteria yang dikenali) lihat WHO, *Tuberculosis Control in Refugee Situations: An Interagency Field Manual*). Jika program tersebut dilakukan, program-program kontrol TBC dalam kondisi seperti itu harus diintegrasikan kedalam program nasional/negara penerima dan mengikuti strategi DOTS (*Directly Observed Therapy, Short Course*. Pemberian Obat Diobservasi Petugas Kesehatan, Jangka Pendek).

Standar Sistem dan infrastruktur kesehatan 4: kesiapsiagaan terhadap berjangkitnya penyakit

Diambil tindakan-tindakan untuk mempersiapkan dan merespons berjangkitnya penyakit menular.

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Disiapkan suatu investigasi dan rencana kontrol terhadap penyakit yang berjangkit (lihat catatan panduan 1)
- Protokol untuk investigasi dan kontrol berjangkitnya penyakit yang umum terjadi tersedia dan dibagikan kepada staf yang relevan.
- Staf menerima pelatihan mengenai prinsip-prinsip investigasi dan kontrol terhadap berjangkitnya penyakit, termasuk protokol tentang pengobatan yang relevan.
- Stok cadangan obat-obatan penting, persediaan medis, vaksin dan bahan perlindungan dasar tersedia dan dapat diadakan dengan cepat (lihat catatan panduan 2)
- Sumber-sumber vaksin untuk penyakit yang berjangkit yang relevan (misalnya campak, meningitis meningokokus, demam kuning) teridentifikasi untuk pengadaan dan penggunaan cepat. Mekanisme pengadaan cepat terbentuk (lihat catatan panduan 2)
- Tempat-tempat isolasi dan pengobatan pasien yang terkena penyakit menular diidentifikasi lebih dahulu, misalnya pusat-pusat pengobatan kolera
- Diidentifikasi sebuah laboratorium, baik di tingkat tempatan, regional, nasional atau di negara lain, yang dapat memberikan konfirmasi diagnosa (lihat catatan panduan 3)
- Bahan-bahan pengambilan sampel dan media pengangkutan untuk agen menular yang paling mungkin akan mengakibatkan berjangkitnya penyakit tersedia di tempat, untuk memungkinkan pemindahan spesimen ke sebuah laboratorium yang tepat. Selain itu, sejumlah tes cepat harus disimpan di lokasi (lihat catatan panduan 4)

Catatan-catatan panduan

1. Investigasi dan rencana kendali berjangkitnya penyakit: hal-hal berikut harus dicakup dalam rencana:

- a. kondisi di mana tim kendali penyakit yang berjangkit akan berada
- b. komposisi tim kendali penyakit yang berjangkit, termasuk perwakilan dari sektor-sektor yang sesuai, misalnya kesehatan, air dan sanitasi;
- c. peran dan tanggungjawab khusus lembaga dan posisi mereka dalam tim
- d. pengaturan untuk konsultasi dan memberi informasi kewenangan di tingkat tempatan dan nasional
- e. tersedia sumber daya/fasilitas untuk melakukan investigasi dan respons terhadap berjangkitnya penyakit.

2. Stok cadangan: cadangan di lokasi mencakup bahan-bahan yang akan digunakan dalam respons untuk kemungkinan berjangkitnya penyakit. Cadangan seperti itu bisa mencakup garam-gula rehidrasi, cairan infus, antibiotik, vaksin dan persediaan medis yang cepat habis. Jarum suntik yang dipakai sekali saja atau yang langsung rusak dan tempat jarum suntik yang aman harus tersedia untuk mencegah penyebaran virus hepatitis dan HIV. Sebuah perlengkapan kolera yang dikemas sebelumnya mungkin harus tersedia dalam beberapa kondisi. Mungkin tidak praktis menyimpan sejumlah cadangan di lokasi seperti misalnya vaksin meningokokus. Untuk bahan seperti itu, mekanisme pengadaan cepat, pengiriman dan penyimpanan harus ditentukan sebelumnya sehingga bahan tersebut dapat disediakan dengan cepat.

3. Laboratorium rujukan: suatu laboratorium rujukan harus juga diidentifikasi baik di tingkat regional maupun internasional yang dapat membantu untuk melaksanakan uji coba yang lebih canggih, misalnya sensitifitas terhadap antibiotik untuk *Shigella*, diagnosis serologis demam berdarah karena virus.

4. Media pengangkutan dan tes cepat: bahan-bahan pengambilan contoh (misalnya apusan rektum) dan media pengangkutan (misalnya Cary-Blair, Amies atau media Stuarts untuk kolera, *Shigella*, *E.Coli* dan *Salmonella*; media transport untuk meningitis) harus tersedia di tempat, atau

mudah diakses. Selain itu, sejumlah tes cepat yang baru tersedia sehingga dapat digunakan untuk memperkuat diagnosa mengenai penyakit menular di lapangan, termasuk malaria dan meningitis.

Standar Sistem dan infrastruktur kesehatan 5: deteksi wabah penyakit, investigasi dan respons

Berjangkitnya penyakit menular dideteksi, diinvestigasi dan dikontrol dengan cara yang tepat waktu dan efektif

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Sistem informasi kesehatan (SIK) mencakup komponen peringatan dini (lihat catatan panduan 1-2)
- Dimulainya investigasi terhadap penyakit yang berjangkit dilakukan 24 jam setelah adanya pemberitahuan
- Berjangkitnya penyakit digambarkan sesuai dengan waktu, tempat dan orang, yang menghasilkan identifikasi kelompok-kelompok yang mempunyai risiko tinggi. Pencegahan yang memadai diambil untuk melindungi keamanan baik para individu maupun data
- Tindakan-tindakan pengendalian yang tepat yang sesuai dengan penyakit dan konteks dilaksanakan sesegera mungkin (lihat catatan panduan 3-4)
- Tingkat kefatalan kasus dipertahankan pada tingkat yang dapat diterima (lihat catatan panduan 5)
 - kolera : 1% atau lebih rendah
 - disentri *Shigella*: 1% atau lebih rendah
 - tipus: 1% atau lebih rendah
 - meningitis meningokokus: bervariasi (lihat catatan panduan 6)

Catatan-catatan panduan

1. Sistem peringatan dini untuk berjangkitnya penyakit

menular: elemen-elemen kunci untuk sistem semacam itu akan meliputi:

- definisi dan ambang batas kasus ditetapkan dan disebarkan pada semua fasilitas kesehatan yang melapor;
- tenaga kesehatan masyarakat (CHW) terlatih untuk mendeteksi dan melaporkan potensi munculnya wabah dari sebuah komunitas;
- pelaporan mengenai ditengarainya terjadinya wabah kepada tingkat sistem kesehatan yang lebih tinggi dalam waktu 24 jam sejak dilakukannya deteksi
- sistem komunikasi dibentuk untuk memastikan pemberitahuan yang cepat kepada kewenangan yang relevan, misalnya radio, telepon.

2. Konfirmasi mengenai adanya wabah: penentuan apakah ada wabah tidak selalu bisa dilakukan begitu saja dan definisi yang jelas mengenai ambang batas wabah tidak tersedia untuk semua penyakit

- a. penyakit-penyakit yang karena kasus tunggal bisa menimbulkan wabah: kolera, campak, demam kuning, *Shigella*, demam berdarah karena virus.
- b. Meningitis Meningokokus: untuk populasi di atas 30.000 orang: 15 kasus/100.000 orang/minggu dalam satu minggu menunjukkan berjangkitnya suatu penyakit; meskipun demikian, dengan risiko tinggi berjangkitnya penyakit (yaitu tanpa wabah selama lebih dari 3 tahun dan cakupan vaksinasi <80%), ambang batas ini turun menjadi 10 kasus/100.000/minggu. Dalam populasi penduduk kurang dari 30.000, lima kasus dalam seminggu atau lipat duanya kasus selama tiga minggu menandakan berjangkitnya penyakit.
- c. Malaria: ada definisi yang tidak terlalu spesifik. Namun demikian, meningkatnya jumlah kasus lebih dari yang diduga selama satu jangka waktu tahun tertentu diantara penduduk tertentu di sebuah

wilayah tertentu bisa menandakan terjadinya wabah penyakit.

3. Pengendalian wabah: tindakan-tindakan pengendalian harus secara spesifik dikembangkan untuk menghentikan agen yang menyebabkan berjangkitnya penyakit. Seringkali pengetahuan sebelumnya mengenai agen tersebut dapat membantu perancangan tindakan-tindakan pengendalian yang sesuai dalam situasi khusus. Secara umum aktivitas-aktivitas response mencakup:

- mengendalikan sumber. Intervensi bisa mencakup memperbaiki kualitas dan jumlah air (misalnya kolera), diagnosa dan pengobatan cepat (misalnya malaria), isolasi (misalnya disentri), pengendalian binatang penyimpan kuman (misalnya plague, demam Lassa).
- melindungi kelompok-kelompok rentan. Intervensi bisa mencakup imunisasi (misalnya campak, meningitis, demam kuning), kemoprofilaksis (misalnya pencegahan malaria terhadap perempuan hamil), peningkatan gizi (misalnya infeksi saluran pernapasan akut)
- menunda transmisi. Intervensi bisa mencakup promosi kebersihan (misalnya untuk semua penyakit yang ditularkan melalui rute feses-mulut), kontrol vektor (misalnya malaria, demam berdarah)

(Lihat juga bab 2: Pasokan Air, Sanitasi, Penyuluhan Kebersihan di halaman **xx**)

4. Kontrol vektor dan malaria: selama berjangkitnya malaria, tindakan-tindakan kontrol vektor seperti misalnya penyemprotan residu ke dalam rumah dan program pembagian kelambu yang sudah diberi insektisida (ITN) harus dipandu oleh pengkajian dan keahlian entomologi. Intervensi-intervensi seperti itu memerlukan dukungan logistik yang banyak dan tindak lanjut yang mungkin tidak tersedia dalam masa awal terjadinya bencana. Untuk penduduk yang sudah memiliki tingkat penggunaan ITN (>80%), peresapan ulang kelambu dengan pyrethroid

mungkin akan membantu menghentikan penularan (Lihat Standar Pengendalian Vektor 1-2 pada halaman xx-xx).

5. Case fatality rates (CFR): jika CFR melampaui tingkat yang sudah ditentukan, sebuah evaluasi mendesak dilakukan terhadap tindakan-tindakan pengendalian dan tindakan perbaikan harus diambil untuk memastikan CFR dipertahankan pada tingkat yang dapat diterima.

6. CFR untuk meningitis meningokokus: CFR yang dapat diterima untuk meningitis meningokokus bervariasi menurut konteks umum dan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Secara umum, lembaga-lembaga kesehatan harus bertujuan agar CFR bisa serendah mungkin, meskipun selama berjangkitnya penyakit mungkin CFR akan bisa sampai 20%.

Standar Sistem dan infrastruktur kesehatan 6: HIV/AIDS

Penduduk mempunyai akses terhadap paket pelayanan minimal untuk mencegah penularan HIV/AIDS

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Penduduk mempunyai akses terhadap paket pelayanan berikut selama fase bencana:
 - kondom gratis untuk laki-laki dan promosi mengenai cara penggunaan kondom yang tepat;
 - tindakan-tindakan pencegahan umum untuk mencegah penyebaran dari rumah sakit dalam keadaan darurat dan situasi-situasi perawatan kesehatan;
 - persediaan darah yang aman;
 - informasi dan pendidikan yang relevan sehingga individu dapat mengambil langkah untuk melindungi diri sendiri terhadap penularan HIV;
 - pengelolaan kasus sindromik untuk infeksi yang menular secara seksual (STI);
 - pencegahan dan pengelolaan konsekuensi karena kekerasan seksual;

- perawatan kesehatan mendasar untuk penderita HIV/AIDS.
- Disusun rencana untuk memperluas pelayanan pengendalian HIV di masa paska-bencana (lihat catatan panduan 1)


Catatan-catatan panduan:

1. *Pengendalian HIV*: selama paska keadaan darurat dan fase rehabilitasi bencana, perluasan aktivitas pengendalian HIV akan berdasar pada suatu pengkajian mengenai kebutuhan dan kondisi setempat. Keterlibatan penderita HIV/AIDS dan para perawat mereka dalam perancangan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program akan sangat penting untuk kesuksesan program tersebut. Selain pelayanan yang sudah dilaksanakan selama tahap awal, harus diperkenalkan pelayanan pengamatan, pencegahan, pengobatan, perawatan dan pelayanan dukungan yang lebih lengkap. Pemberian pengobatan antiretroviral untuk mengobati penderita HIV saat ini tidak layak dilakukan dalam kondisi kemanusiaan paska bencana, meskipun di masa mendatang ini mungkin akan berubah karena hilangnya hambatan keuangan dan hambatan lain dalam penggunaannya. Program perlindungan dan pendidikan untuk mengurangi stigma dan melindungi penderita terhadap diskriminasi harus dilakukan sesegera mungkin apabila layak.

Catatan

Anggota Caritas Internasionalis tidak dapat menyepakati bagian standar 6 mengenai Pengendalian penyakit menular karena berkaitan dengan promosi penggunaan kondom, atau standar 2 dalam Pengendalian penyakit tidak menular

berkaitan dengan Minimum Initial Service Package (MISP). Dengan pandangan yang sama, anggota Caritas Internasionalis tidak dapat menyepakati standar-standar yang terkait dengan penggunaan kondom atau MISP yang mungkin akan muncul di bagian lain dalam buku pegangan ini.



3 Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Meningkatnya kesakitan dan kematian karena penyakit tidak menular merupakan gambaran umum kebanyakan bencana. Cedera biasanya merupakan penyebab utama pada bencana alam yang terjadi tiba-tiba, misalnya gempa bumi dan angin topan. Cedera karena kekerasan fisik juga terkait dengan semua kedaruratan kompleks, dan dapat menjadi penyebab utama kematian berlebihan selama krisis itu. Kebutuhan pelayanan kesehatan reproduktif masyarakat terkena bencana telah semakin mendapat perhatian tahun-tahun terakhir ini, khususnya dengan semakin meningkat kesadaran akan masalah HIV/AIDS, kekerasan berbasis gender, kebutuhan pelayanan kebidanan darurat dan kurangnya pelayanan kesehatan reproduksi dasar di banyak komunitas. Kebutuhan untuk meningkatkan program kesehatan reproduksi telah diketahui berkaitan dengan kedaruratan kompleks, namun kebutuhan ini juga relevan pada jenis bencana yang lain.

Meskipun sulit untuk dijumlahkan, kesehatan jiwa dan masalah psikososial dapat terkait dengan segala jenis bencana dan situasi pasca-bencana. Ketakutan, kehilangan, ketidakpastian dan tekanan lain yang berkaitan dengan bencana dapat meningkatkan risiko orang terhadap beragam masalah psikiatrik, psikologis dan sosial. Akhirnya, ada bukti yang menyarankan bahwa ada suatu peningkatan kejadian komplikasi akut dari penyakit kronis yang berhubungan dengan bencana. Komplikasi ini umumnya disebabkan karena terputusnya pengobatan yang sedang berlangsung. Walaupun demikian, sejumlah tekanan lain juga dapat memicu suatu pemburukan akut kondisi medis kronis.

Standar Pengendalian Penyakit Tidak Menular 1: Kecelakaan

Orang mempunyai akses pelayanan tepat untuk manajemen cedera.

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama catatan panduan)

- Dalam situasi jumlah pasien cedera banyak, suatu sistem pemilahan pasien standar dibentuk untuk memandu petugas pelayanan kesehatan dalam mengkaji, memprioritaskan, resusitasi dasar dan rujukan (lihat catatan panduan 1-2)
- Panduan standar untuk pertolongan pertama dan resusitasi dasar dibuat (lihat catatan panduan 3)
- Protokol standar dibuat untuk merujuk pasien cedera untuk pertolongan lebih lanjut, termasuk operasi. Transportasi yang cocok diorganisir untuk pasien agar mencapai fasilitas rujukan.
- Pelayanan trauma dan operasi definitive hanya dibuat oleh lembaga yang mempunyai pengalaman dan sumber yang tepat (lihat catatan panduan 3)
- Dalam situasi potensi jumlah pasien cedera banyak, rencana kontinjensi untuk manajemen korban beragam dikembangkan untuk sarana pelayanan kesehatan yang relevan. Rencana ini berhubungan dengan rencana kabupaten dan regional.

Catatan-catatan panduan

1. **Memprioritaskan pelayanan trauma:** pada kebanyakan bencana, tidak mungkin menentukan jumlah orang yang cedera yang akan membutuhkan pelayanan klinis. Setelah kejadian mendadak bencana misalnya gempa bumi, 85-90% yang ditolong hidup umumnya ditarik oleh petugas kedaruratan setempat atau oleh tetangga dan keluarga dalam 72 jam. Oleh karena itu, dalam perencanaan operasi bantuan darurat di wilayah rawan bencana, tekanan utama haruslah pada penyiapan masyarakat setempat untuk memberikan pelayanan awal. Penting dicatat bahwa prioritas intervensi kesehatan dirancang untuk mengurangi eksese kematian yang dapat dicegah. Selama konflik bersenjata, kebanyakan trauma kekerasan yang meninggal terjadi di daerah tidak aman yang jauh dari sarana kesehatan dan oleh karena itu tidak dapat dicegah oleh pelayanan medis. Intervensi yang bertujuan untuk melindungi penduduk sipil

harus mencegah kematian ini. Intervensi kesehatan yang dilaksanakan selama konflik harus menekankan kesehatan masyarakat dan pelayanan dasar berbasis komunitas, meskipun dalam situasi di mana ada cedera kekerasan yang tinggi kejadiannya.

2. **Triase:** triase adalah proses memilah pasien menurut berat cedera atau kesakitannya, dan memprioritaskan pengobatan menurut ketersediaan sumber dan kesempatan bertahan pasien. Prinsip dasar triase adalah mengalokasikan sumber terbatas sedemikian rupa agar memberikan keuntungan kesehatan terbesar pada jumlah terbesar. Triase tidak harus berarti bahwa perorangan dengan cedera paling serius mendapatkan prioritas. Dalam situasi korban banyak dengan sumber terbatas, mereka yang cedera berat, dan mengancam jiwa mungkin mendapatkan prioritas lebih rendah daripada mereka dengan cedera yang dapat bertahan hidup. Tidak ada sistem triase yang baku. Di dunia ada beberapa sistem yang digunakan. Kebanyakan sistem memerinci antara dua dan lima kategori cedera, dengan empat yang paling sering.

3. **Pertolongan pertama dan pelayanan medis dasar:** pelayanan trauma dan bedah definitif mungkin tidak tersedia, khususnya bila dalam situasi sumber terbatas. Namun penting dicatat bahwa pertolongan pertama, resusitasi dasar dan prosedur non-bedah dapat menyelamatkan jiwa bahkan untuk cedera berat. Prosedur sederhana misalnya membersihkan jalan napas, mengendalikan perdarahan dan memberikan cairan infuse dapat menolong untuk menstabilkan perorangan dengan cedera yang mengancam jiwa sebelum dipindahkan ke pusat rujukan. Kualitas manajemen medis awal yang diberikan dapat berakibat bermakna pada kesempatan bertahan hidup seorang pasien. Prosedur non-bedah lain misalnya membersihkan dan membalut luka, dan memberikan antibiotika dan anti tetanus juga penting. Banyak pasien cedera berat dapat bertahan selama sehari-hari bahkan berminggu-minggu tanpa pembedahan, setelah diberi pertolongan pertama, pelayanan medis dan perawatan yang tepat.

4. **Pelayanan trauma dan bedah:** semua petugas pelayanan kesehatan harus dapat memberikan pertolongan pertama dan resusitasi dasar pada pasien cedera. Sebagai tambahan, kemampuan triase penyelamatan jiwa pada titik strategis dengan suatu hubungan dengan system rujukan adalah penting. Walaupun demikian pelayanan trauma dan ruang operasi adalah bidang khusus yang membutuhkan pelatihan dan sumber khusus yang hanya dimiliki sedikit lembaga. Pembedahan tidak tepat atau tidak memadai dapat lebih berbahaya daripada tidak melakukan apa-apa. Hanya organisasi dan professional dengan pengalaman relevan harus membentuk pelayanan canggih ini.

Standar Pengendalian Penyakit Tidak Menular 2: Kesehatan Reproduksi

Orang mempunyai akses pada Paket Pelayanan Awal Minimal (Minimum Initial Service Package, MISP) untuk memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksinya.

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama catatan panduan)

- Suatu organisasi dan perorangan diidentifikasi untuk meluncurkan koordinasi dan pelaksanaan MISP dalam konsultasi dengan pemimpin otoritas kesehatan (lihat catatan panduan 1).
- Langkah-langkah diambil oleh lembaga kesehatan untuk mencegah dan mengelola konsekuensi kekerasan berbasis gender, dalam koordinasi dengan sektor lain yang relevan, khususnya perlindungan dan pelayanan komunitas (lihat catatan panduan 2).
- Jumlah kasus kekerasan seksual dan bentuk lain kekerasan berbasis gender yang dilaporkan pada petugas pelayanan kesehatan, perlindungan dan keamanan dipantau dan dilaporkan pada lembaga yang menangani kekerasan berbasis gender. Aturan kerahasiaan diterapkan pada pengumpulan dan pengulasan data.

- Pelayanan paket minimum untuk mencegah penularan HIV/AIDS dilaksanakan (lihat Pengendalian Penyakit Menular standar 6).
- Jumlah memadai perangkat persalinan yang bersih didasarkan pada perkiraan jumlah kelahiran pada waktu tertentu, tersedia dan didistribusikan pada perempuan hamil yang terlihat dan petugas dukun beranak/terlatih untuk mempromosikan persalinan rumah yang bersih.
- Jumlah perangkat persalinan bidan yang memadai (UNICEF atau yang setara) didistribusikan pada sarana kesehatan untuk menjamin persalinan yang bersih dan aman.
- Suatu sistem rujukan dibentuk dan dipromosikan dalam komunitas, melibatkan bidan dan dukun beranak tradisional/terlatih, untuk menangani kedaruratan kebidanan. Transportasi yang cocok diorganisir untuk pasien agar mencapai sarana rujukan (lihat catatan panduan 3).
- Rencana untuk memulai pelaksanaan pelayanan kesehatan yang luas terpadu dengan pelayanan kesehatan dasar sesegera mungkin (lihat catatan panduan 4).

Catatan-catatan panduan

1. ***Paket Pelayanan Awal Minimum (Minimum Initial Service Package, MISP)***: MISP dirancang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi masyarakat terkena bencana pada tahap awal suatu bencana. MISP tidak hanya seperangkat alat dan pasokan, namun juga serangkaian kegiatan kesehatan khusus. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi suatu organisasi (beberapa organisasi) dan perorangan (kelompok) yang melancarkan koordinasi dan pelaksanaan; mencegah dan menangani konsekuensi kekerasan berbasis gender; mengurangi penularan HIV; mencegah kematian dan kesakitan bayi baru lahir dan ibu baru melahirkan yang berlebihan; dan merencanakan pemberian pelayanan kesehatan reproduksi yang luas. Perangkat kesehatan reproduksi UNFPA dirancang khusus untuk melancarkan pelaksanaan MISP. Perangkat ini terdiri

dari 12 perangkat yang dapat digunakan pada setiap tahapan layanan: komunitas/pos kesehatan, pusat kesehatan dan pusat rujukan.

2. **Kekerasan berbasis gender:** suatu gambaran umum pada banyak kedaruratan kompleks dan juga banyak bencana alam. Ini termasuk penyalahgunaan termasuk pemerkosaan, kekerasan domestic, eksploitasi seksual, kawin paksa, pelacuran paksa, penjualan dan penculikan. Pencegahan dan manajemen kekerasan berbasis gender membutuhkan kerjasama dan koordinasi di antara anggota masyarakat dan antara lembaga-lembaga. Pelayanan kesehatan harus memasukkan penanganan medis untuk survivor penyerangan seksual, konseling konfidensial dan rujukan ke lembaga pelayanan lain. Tata pemukiman, pembagian bahan penting, dan akses pelayanan kesehatan dan program lain harus dirancang untuk mengurangi potensi kekerasan berbasis gender. Eksploitasi seksual penduduk terkena bencana, khususnya anak-anak dan kaum muda oleh petugas lembaga kemanusiaan, anggota militer dan orang lain dalam posisi yang berpengaruh harus secara aktif dicegah dan ditangani. Kode perilaku harus dikembangkan dan langkah pendisiplinan dibentuk terhadap segala bentuk pelanggaran (lihat Kompetensi dan tanggungjawab Petugas Kemanusiaan Standar pada halaman XX)

3. **Pelayanan darurat kebidanan:** sekitar 15% perempuan hamil akan mengalami komplikasi yang membutuhkan pelayanan kebidanan esensial dan hampir 5% perempuan hamil akan membutuhkan jenis pembedahan tertentu, termasuk operasi Caesar. Pelayanan kebidanan dasar harus dibentuk pada tingkat pusat kesehatan sesegera mungkin dan harus melibatkan pengkajian awal; pengkajian kesejahteraan janin; episiotomi; penanganan perdarahan; manajemen infeksi; manajemen eklampsia; persalinan kembar; persalinan sungsang; penggunaan alat vakum; dan pelayanan khusus untuk perempuan yang mengalami mutilasi alat kelamin. Pelayanan kebidanan yang luas harus tersedia pada rumah sakit rujukan sesegera mungkin termasuk operasi Caesar, laparotomi, perbaikan robekan leher rahim dan vagina derajat 3; perawatan komplikasi

pengguguran yang tidak aman; dan transfusi darah yang aman.

4. **Pelayanan kesehatan reproduksi lengkap:** lembaga kesehatan harus merencanakan pemaduan pelayanan kesehatan reproduksi lengkap pada pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan kesehatan reproduksi jangan dibangun terpisah, program vertical. Sebagai tambahan intervensi yang diberikan pada MISP, unsure penting lain yang lengkap, pelayanan terpadu kesehatan reproduksi termasuk persalinan aman, keluarga berencana dan konseling; pelayanan kekerasan berbasis gender yang lengkap; pelayanan lengkap penyakit menular seksual dan HIV/AIDS; kebutuhan khusus kesehatan reproduksi kaum muda; pemantauan dan pengamatan.

Standar Pengendalian penyakit tidak menular 3: aspek kesehatan jiwa dan sosial

Setiap orang mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan sosial dan mental untuk mengurangi kesakitan yang berkaitan dengan kesehatan mental, kecatatan dan masalah-masalah sosial.

Indikator-indikator kunci intervensi sosial¹ (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

Selama fase bencana akut, penekanan harus diberikan untuk intervensi sosial

¹ Indikator-indikator sosial dan psikologis dibahas secara terpisah. Istilah “intervensi sosial” digunakan untuk aktivitas-aktivitas yang utamanya bertujuan untuk menimbulkan dampak sosial. Istilah “intervensi psikologis” digunakan untuk intervensi-intervensi yang terutama ditujukan untuk menimbulkan dampak psikologis (atau psikiatrik). Diakui bahwa intervensi sosial mempunyai dampak psikologis sekunder dan bahwa intervensi psikologis mempunyai dampak sosial sekunder, seperti ditunjukkan dalam istilah “psikososial”

- Penduduk mempunyai akses terhadap alur informasi yang dapat diandalkan yang terus ada mengenai bencana dan upaya-upaya bantuan yang terkait (lihat catatan panduan 1)
- Peristiwa-peristiwa budaya dan keagamaan dipertahankan atau dibentuk (termasuk ritual berkabung yang dilakukan oleh para praktisi spiritual dan keagamaan yang relevan). Penduduk mampu untuk melakukan upacara pemakaman (lihat catatan panduan 2)
- Apabila sumber daya memungkinkan, sesegera mungkin anak-anak dan remaja mempunyai akses terhadap pendidikan sekolah formal atau informal dan terhadap aktivitas rekreasi yang normal.
- Orang dewasa dan remaja mampu untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang konkret, bermanfaat dan menjadi kepentingan bersama, misalnya aktivitas bantuan keadaan darurat.
- Orang-orang yang terisolasi, seperti misalnya anak-anak yang terpisah atau menjadi yatim piatu, anak-anak yang ikut berperang, janda dan duda, orang lanjut usia atau mereka yang tidak mempunyai keluarga, mempunyai akses terhadap aktivitas-aktivitas yang membantu masuknya mereka dalam jaringan sosial
- Jika perlu, diberikan suatu pelayanan pelacakan untuk menyatukan orang-orang dan keluarga.
- Jika terjadi pengungsian, penampungan diatur agar anggota-anggota keluarga dan komunitas tetap bersama.
- Komunitas dilibatkan dalam konsultasi mengenai keputusan tentang dimana akan menempatkan tempat-tempat keagamaan, sekolah, titik-titik air dan fasilitas sanitasi. Rancangan pemukiman untuk pengungsi mencakup ruang rekreasi dan budaya (lihat Hunian dan Penampungan Standar 1-2, halaman xxx-xxx)

Indikator-indikator kunci intervensi psikologi dan psikiatri (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Individu-individu yang mengalami ketegangan mental akut setelah terpapar pada tekanan-tekanan traumatis mempunyai akses terhadap pertolongan pertama secara

- psikologis di fasilitas-fasilitas kesehatan dan dalam komunitas (lihat catatan panduan 3)
- Perawatan bagi keluhan-keluhan psikiatrik yang mendesak tersedia melalui sistem kesehatan primer. Pengobatan psikiatrik yang esensial dan konsisten dengan daftar obat-obatan penting tersedia di fasilitas-fasilitas kesehatan primer (lihat catatan panduan 4)
 - Individu-individu yang sudah mengalami gangguan psikiatrik sebelumnya tetap mendapatkan perawatan yang relevan, dan penghentian pengobatan secara tiba-tiba dan membahayakan harus dihindari. Kebutuhan-kebutuhan dasar pasien yang dalam perawatan psikiatrik di rumah sakit ditangani
 - Jika bencana berkepanjangan, disusun rencana-rencana awal untuk melakukan intervensi psikologis berbasis komunitas untuk fase paska bencana (lihat catatan panduan 5)

Catatan-catatan panduan

1. Informasi: akses terhadap informasi bukan saja merupakan hak asasi manusia tapi juga mengurangi kecemasan dan ketegangan publik yang tidak perlu. Harus diberikan informasi mengenai sifat dan skala bencana dan mengenai upaya-upaya yang dilakukan untuk menjaga keamanan fisik penduduk. Selain itu, penduduk juga harus diberitahu mengenai jenis-jenis khusus aktivitas bantuan kedaruratan yang dilakukan oleh pemerintah, kewenangan setempat dan lembaga bantuan, serta mengenai lokasinya.

Informasi harus disebarkan sesuai dengan prinsip-prinsip komunikasi risiko, yaitu tidak rumit (dapat dipahami oleh anak usia 12 tahun dari wilayah setempat) dan penuh empati (menunjukkan pengertian akan situasi mereka yang selamat dari bencana)

2. Pemakaman: jika dapat diterima oleh budaya setempat, keluarga-keluarga harus diberi pilihan untuk melihat mayat dari orang yang mereka cintai untuk mengucapkan selamat tinggal. Pengurusan mayat tanpa upacara harus dihindari

(lihat Standar sistem dan infrastruktur kesehatan 5, catatan panduan 8 halaman xx).

3. Pertolongan pertama secara psikologis: ketegangan akut, baik yang dialami oleh penduduk secara umum ataupun oleh pekerja bantuan, setelah adanya tekanan-tekanan traumatik paling baik dikelola dengan mengikuti prinsip-prinsip pertolongan pertama secara psikologis. Ini mencakup perawatan pragmatis mendasar yang tidak bersifat mencampuri urusan dengan fokus untuk mendengarkan tapi tidak memaksa bicara; mengkaji kebutuhan dan memastikan bahwa kebutuhan-kebutuhan dasar terpenuhi; mendorong tapi tidak memaksa agar ada seseorang yang dekat yang menemani; dan melindungi agar tidak semakin terluka. Jenis pertolongan pertama semacam ini dapat diajarkan secara cepat baik kepada pekerja sukarela maupun pekerja profesional. Para tenaga kesehatan diperingatkan untuk menghindari memberikan resep benzodiazepin karena ada risiko ketergantungan.

4. Perawatan untuk keluhan-keluhan psikiatrik yang mendesak: kondisi psikiatrik yang memerlukan perawatan mendesak mencakup kemampuan membahayakan diri sendiri atau orang lain, psikosis, depresi berat dan mania.

5. Intervensi psikologis berbasis komunitas: intervensi intervensi harus berdasar pada pengkajian mengenai pelayanan yang ada dan pemahaman mengenai konteks sosial budaya. Intervensi-intervensi tersebut harus mencakup penggunaan mekanisme penyesuaian fungsional dan budaya oleh individu dan komunitas untuk membantu mereka mengendalikan kembali keadaan mereka. Jika layak, disarankan untuk bekerja sama dengan para pemimpin komunitas dan para penyembuh tradisional. Kelompok-kelompok penyembuhan diri berbasis komunitas harus didorong. Para pekerja komunitas harus dilatih dan diawasi untuk membantu para tenaga kesehatan yang mempunyai beban kasus yang banyak dan untuk melakukan aktivitas kampanye untuk memfasilitasi perawatan bagi kelompok-kelompok rentan dan minoritas.

Standar Pengendalian penyakit tidak menular 4: penyakit kronis

Dalam populasi yang sebagian besar kematian disebabkan oleh penyakit kronis, penduduk mempunyai akses terhadap terapi-terapi esensial untuk mencegah kematian

Indikator-indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan)

- Suatu lembaga khusus atau lebih dirancang untuk mengkoordinir program-program bagi individu-individu yang menderita penyakit kronis yang kemungkinan menghadapi kematian jika terapi dihentikan dengan tiba-tiba (lihat catatan panduan 1)
- Individu-individu yang menderita penyakit kronis seperti itu secara aktif diidentifikasi dan didaftar.
- Pengobatan rutin dan berkelanjutan untuk penyakit-penyakit kronis tersedia melalui sistem perawatan kesehatan primer, selama pengobatan tersebut tersebut dalam daftar obat-obatan penting.

Catatan-catatan panduan

1. Penyakit-penyakit kronis: selama ini tidak ada panduan yang diakui secara umum tentang pengelolaan penyakit-penyakit kronis selama bencana. Selama keadaan darurat kompleks akhir-akhir ini di negara-negara di mana para pasien sebelumnya telah mendapatkan akses yang berkelanjutan terhadap perawatan penyakit kronis, prioritas diberikan kepada mereka yang menghadapi risiko kematian jika terapi dihentikan secara tiba-tiba, termasuk penderita kegagalan ginjal kronis yang tergantung pada dialisis, penderita diabetes yang tergantung pada insulin dan penyakit kanker tertentu yang diderita semasa kanak-kanak. Program-program semacam itu bukanlah program baru tapi merupakan kelanjutan dari terapi untuk menyelamatkan nyawa. Dalam bencana-bencana di masa mendatang,

program-program untuk penyakit-penyakit kronis lainnya mungkin juga relevan. Adalah tidak tepat untuk memperkenalkan suatu program terapi baru untuk mengelola penyakit-penyakit kronis selama upaya bantuan darurat jika penduduk tidak mempunyai akses terhadap terapi-terapi tersebut sebelum terjadinya bencana. Pengelolaan penyakit-penyakit kronis secara rutin dan berkelanjutan harus tersedia melalui sistem perawatan kesehatan primer, dengan menggunakan pengobatan dari daftar obat-obatan yang penting.

Lampiran 1

Daftar Periksa Pengkajian Pelayanan Kesehatan

Persiapan

- Mendapatkan informasi yang tersedia mengenai penduduk yang terkena bencana dan sumber daya sumber daya dari negara tempatan dan sumber-sumber internasional
- Mendapatkan peta dan foto udara yang tersedia
- Mendapatkan data demografi dan kesehatan dari negara tempatan dan sumber-sumber internasional

Keamanan dan akses

- Menentukan jumlah penduduk yang terkena dampak bencana dan proporsi anak di bawah lima tahun
- Menentukan pemisahan usia dan jenis kelamin penduduk
- Mengidentifikasi kelompok-kelompok yang mempunyai risiko yang meningkat, misalnya perempuan, anak-anak, orang lanjut usia, penderita cacat, penderita HIV/AIDS, anggota kelompok etnis atau sosial tertentu.
- Menentukan ukuran rata-rata rumahtangga dan perkiraan rumahtangga yang dikepalai oleh perempuan dan anak-anak
- Menentukan struktur sosial yang ada, termasuk posisi kewenangan/pengaruh dan peran perempuan

Informasi latar belakang kesehatan

- Mengidentifikasi masalah-masalah yang ada sebelumnya dan prioritas-prioritas dalam kawasan yang terkena dampak bencana sebelum terjadinya bencana. Menentukan epidemi penyakit setempat
- Mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan yang ada sebelumnya dan prioritas-prioritas di negara asal jika melibatkan pengungsi lintas batas. Menentukan epidemi di negara asal.

- Mengidentifikasi risiko yang ada terhadap kesehatan, misalnya potensi penyakit epidemi
- Mengidentifikasi sumber-sumber pelayanan kesehatan sebelumnya
- Menentukan kekuatan dan cakupan program-program kesehatan umum setempat di negara asal pengungsi lintas batas

Tingkat kematian

- Menghitung angka kematian kasar (CMR)
- Menghitung angka kematian balita (U5MR: angka kematian anak-anak usia balita)
- Menghitung angka kematian dengan penyebab khusus

Tingkat kesakitan

- Menentukan angka terjadinya penyakit-penyakit utama yang penting dari segi kesehatan umum
- Jika memungkinkan, menentukan angka kejadian penyakit-penyakit utama menurut jenis kelamin

Sumber daya yang tersedia

- Menentukan kapasitas dan respons yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan di negara atau negara-negara yang terkena dampak bencana
- Menentukan status fasilitas kesehatan nasional, termasuk jumlah, klasifikasi dan tingkat perawatan yang diberikan, status fisik, status fungsional dan akses
- Menentukan jumlah dan keahlian staf kesehatan yang tersedia
- Menentukan kapasitas dan status fungsional program kesehatan umum yang ada, misalnya Perluasan Program Imunisasi (EPI), pelayanan kesehatan ibu dan anak.
- Menentukan ketersediaan protokol-protokol yang sudah dibakukan, obat-obatan yang penting, persediaan dan perlengkapan
- Menentukan status sistem rujukan yang ada
- Menentukan status sistem informasi kesehatan (SIK) yang ada
- Menentukan kapasitas sistem logistik yang ada, terutama yang berkaitan dengan pengadaan, distribusi dan

penyimpanan obat-obatan penting, vaksin dan persediaan medis

Pertimbangkan data dari sektor-sektor relevan lainnya

- Status gizi
- Kondisi lingkungan
- Makanan dan ketahanan pangan

Lampiran 2

Contoh Formulir Pelaporan Pengawasan Mingguan Formulir Pengawasan Kematian²

Lokasi.....
 Tanggal dari Senin.....sampai Minggu
 Jumlah populasi total pada awal minggu:
 Kelahiran minggu ini:Kematian minggu ini:
 Yang tiba minggu ini (jika cocok)..... Yang berangkat minggu ini:
 Jumlah populasi seluruh pada akhir minggu: Jumlah balita:

	0-4 th		> 5 th		Total
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Total
Penyebab langsung					
Infeksi saluran napas atas					
Kolera (tersangka)					
Diare – berdarah					
Diare – seperti air					
Cedera – bukan kecelakaan					
Malaria					
Kematian akibat persalinan – langsung					
Campak					
Meningitis (tersangka)					
Bayi baru lahir (0-28 hari)					
Lain-lain					
Tidak diketahui					
Total sesuai jenis kelamin dan umur					
Akar penyebab					
AIDS (tersangka)					
Kurang gizi					
Kematian akibat persalinan – tidak langsung					
Lain-lain					
Jumlah sesuai jenis kelamin dan umur					

² Formulir ini digunakan bila ada banyak kematian dan oleh karena itu informasi terperinci mengenai kematian perorangan tidak dapat dikumpulkan karena keterbatasan waktu.

- Frekuensi pelaporan (misalnya harian atau mingguan) tergantung jumlah kematian
- Penyebab lain kematian dapat ditambahkan sesuai dengan konteks dan pola epidemiologis
- Umur dapat dibagi lebih terperinci (0-11 bulan, 1-4 th, 5-14 th, 15-49 th, 50-59 th, >60 th) bila mungkin
- Kematian tidak boleh dilaporkan terpisah dari tempat sarana kesehatan, namun harus digabungkan dengan laporan lokasi dan pemimpin agama, pekerja komunitas, kelompok perempuan dan rumah sakit rujukan.
- Bila memungkinkan, definisi kasus harus diletakkan pada bagian belakang formulir.

Formulir Pengawasan Kematian 2³

Lokasi.....
 Tanggal dari Senin.....sampai Minggu
 Jumlah populasi total pada awal minggu:
 Kelahiran minggu ini:Kematian minggu ini:
 Yang tiba minggu ini (jika cocok)..... Yang berangkat minggu ini:
 Jumlah populasi seluruh pada akhir minggu: Jumlah balita:

		Penyebab langsung kematian										Akar penyebab		Keterangan								
No		Seks (L, P)	Umur (hari = h, bulan = b, tahun = t)	Infeksi Saluran Napas Atas	Kolera (terangka)	Diare - berdarah	Diare - cairan	Cedera – bukan kecelakaan	Malaria	Kematian Ibu - langsung	Campak	Meningitis (tersangka)	Bay baru lahir (0-28 hari)	Lain-lain (jelaskan)	Tidak diketahui	AIDS (tersangka)	Kurang gizi	Kematian ibu – tidak langsung	Lain-lain (jelaskan)	Tanggal (hari/bulan/tahun)	Lokasi (misalnya blok no.)	Meninggal di rumah sakit atau di
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

³ Formulir ini digunakan bila ada banyak kematian dan oleh karena itu informasi terperinci mengenai kematian perorangan tidak dapat dikumpulkan karena keterbatasan waktu.

- Frekuensi pelaporan (misalnya harian atau mingguan) tergantung jumlah kematian
- Penyebab lain kematian dapat ditambahkan sesuai dengan konteks dan pola epidemiologis
- Umur dapat dibagi lebih terperinci (0-11 bulan, 1-4 th, 5-14 th, 15-49 th, 50-59 th, >60 th) bila mungkin
- Kematian tidak boleh dilaporkan terpisah dari tempat sarana kesehatan, namun harus digabungkan dengan laporan lokasi dan pemimpin agama, pekerja komunitas, kelompok perempuan dan rumah sakit rujukan.
- Bila memungkinkan, definisi kasus harus diletakkan pada bagian belakang formulir.

Formulir Pelaporan Pengawasan Kesakitan Mingguan

Lokasi.....
 Tanggal dari Senin.....sampai Minggu
 Jumlah populasi total pada awal minggu:
 Kelahiran minggu ini:Kematian minggu ini:
 Yang tiba minggu ini (jika cocok)..... Yang berangkat minggu ini:
 Jumlah populasi seluruh pada akhir minggu: Jumlah balita:

Kesakitan	Di bawah 5 tahun (kasus baru)			Di atas 5 tahun (kasus baru)			Total	Total
	L	P	Total	L	P	Total	Kasus baru	Kasus lama
Diagnosis*								
Infeksi Saluran Napas Atas**								
AIDS (tersangka)								
Anemia								
Kolera (terangka)								
Diare - berdarah								
Diare - cairan								
Penyakit mata								
Malaria								
Kurang gizi								
Campak								
Meningitis (tersangka)								
Cedera - kecelakaan								
Cedera - bukan-kecelakaan								
Infeksi menular seksual								
Penyakit luka alat kelamin								
Nanah kelamin laki-laki								
Nanah vagina								
Kudis								
Penyakit kulit (kecuali kudis)								
Cacangan								
Lain-lain								
Tidak diketahui								
Total								

* Lebih dari satu diagnosis dimungkinkan; penyakit dapat dipindah atau ditambah disesuaikan dengan situasi waktu itu.

** Infeksi saluran napas atas: di beberapa Negara, kategori ini dapat dibedakan menjadi infeksi saluran napas atas dan bawah.

- Penyebab kesakitan dapat ditambahkan atau dikurangi sesuai dengan konteks dan pola epidemiologis.
- Umur dapat dipisahkan (0-11 bulan, 1-4 tahun, 5-14 tahun, 15-49 tahun, 50-59 tahun, 60 tahun ke atas) bila memungkinkan.

Kunjungan ke	Di bawah 5 tahun			Di atas 5 tahun			Total	
	L	P	Total	L	P	Total	Laki-laki	Perempuan
Total kunjungan								

Tingkat penggunaan: jumlah kunjungan per orang per tahun ke sarana kesehatan = jumlah seluruh kunjungan dalam seminggu/jumlah penduduk x 52 minggu.

- Umur dapat dipisahkan (0-11 bulan, 1-4 tahun, 5-14 tahun, 15-49 tahun, 50-59 tahun, 60 tahun ke atas) bila memungkinkan.

Jumlah konsultasi per petugas klinik: jumlah total kunjungan (baru dan lama)/petugas klinik dalam sarana kesehatan/jumlah hari sarana kesehatan berfungsi dalam seminggu.

Lampiran 3

Rumus untuk menghitung Tingkat Kematian dan Kesakitan

Angka Kematian Kasar (*Crude Mortality Rate, CMR*)

- *Definisi:* Tingkat kematian seluruh penduduk, seluruh jenis kelamin dan semua umur. CMR dapat diungkapkan dengan beragam standar kependudukan dan pada waktu yang berbeda, misalnya kematian per 1.000 penduduk per bulan atau kematian per 1.000 penduduk per tahun.
- *Rumus yang paling umum digunakan selama bencana:*

$$\frac{\text{Jumlah total kematian selama periode tertentu}}{\text{Jumlah penduduk}} \times \frac{10.000 \text{ orang}}{\text{Jumlah hari}} = \text{kematian/10.000 orang/hari}$$

Angka Kematian di bawah 5 tahun (*Under-5 Mortality Rate, U5MR*)

- *Definisi:* Tingkat kematian di antara anak-anak berusia di bawah 5 tahun dalam masyarakat.
- *Rumus yang paling umum digunakan selama bencana* (tingkat kematian spesifik umur pada anak berusia di bawah 5 tahun):

$$\frac{\text{Jumlah total kematian balita selama periode tertentu}}{\text{Jumlah balita}} \times \frac{10.000 \text{ orang}}{\text{Jumlah hari}} = \text{kematian/10.000 orang/hari}$$

Tingkat Insidens (*Incidence Rate*)

- *Definisi:* jumlah kasus baru suatu penyakit yang terjadi selama periode tertentu dalam suatu populasi yang berisiko terkena penyakit.
- *Rumus yang paling umum digunakan selama bencana:*

$$\frac{\text{Jumlah total kasus baru penyakit selama periode tertentu}}{\text{Jumlah penduduk yang berisiko terkena penyakit}} \times \frac{1.000 \text{ orang}}{\text{Jumlah bulan}}$$

= kasus baru penyakit tertentu/1.000 orang/bulan

Tingkat Kefatalan Kasus (*Case Fatality Rate, CFR*)

- *Definisi:* Jumlah orang yang meninggal karena suatu penyakit dibagi jumlah penyakit yang menderita penyakit yang sama.
- *Rumus:*

$$\frac{\text{Jumlah kematian penyakit tertentu selama periode tertentu}}{\text{Jumlah penderita penyakit itu selama waktu tertentu}} \times 100 \%$$

Tingkat Penggunaan Sarana Kesehatan

- *Definisi:* Jumlah kunjungan pasien rawat jalan per orang per tahun. Bilamana mungkin, suatu perbedaan dibuat antara kunjungan baru dan lama, dan kunjungan baru harus digunakan untuk menghitung rate ini. Walaupun demikian, sering sulit membedakan antara kunjungan lama dan baru, sehingga mereka sering dikombinasikan sebagai jumlah seluruh kunjungan selama suatu bencana.
- *Rumus:*

$$\frac{\text{Jumlah seluruh kunjungan selama seminggu}}{\text{Jumlah penduduk}} \times 52 \text{ minggu}$$

= kunjungan/orang/tahun

Jumlah konsultasi per petugas klinik per hari

- *Definisi:* rata-rata jumlah konsultasi (kasus baru dan lama) yang dilihat oleh petugas klinik per hari.
- *Rumus:*

Jumlah seluruh konsultasi (baru dan lama)

Jumlah petugas klinik SPW x jumlah hari sarana kesehatan dibuka per minggu

SPW (Setara Penuh Waktu) merujuk pada sejumlah petugas klinik yang bekerja di sarana kesehatan. Misalnya, jika ada 6 petugas klinik bekerja di bagian rawat jalan, namun di antaranya bekerja paruh-waktu, maka jumlah petugas klinik SPW = 4 petugas klinik penuh waktu + 2 staf paruh waktu = 5 petugas klinik SPW.

Lampiran 4

Rujukan

Terima kasih pada program Forced Migration Online dari Refugee Studies Centre, University of Oxford. Banyak dari dokumen berikut ini telah mendapatkan ijin copyright dan dimuat dalam link khusus mengenai Sphere di <http://www.forcedmigration.org>

Instrumen hukum internasional

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Pasal 12 dari Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*)), CESCR General comment 14, 11 Agustus 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Baccino-Astrada, A (1982), *Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts*. ICRC. Geneva.

Mann, J, Gruskin, S, Grodin, M, Annas, G (eds.) (1999), *Health and Human Rights: A Reader*. Routledge.

WHO (2002), *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*. World Health Organisation. <http://www.who.int/hhr>

Sistem dan Infrastruktur Kesehatan

Beaglehole, R, Bonita, R, Kjellstrom, T (1993), *Basic Epidemiology*. World Health Organisation. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), *Managing Drug Supply (Second Edition)*. Kumarian Press. Bloomfield, CT.

Médecins Sans Frontières (1993), *Clinical Guidelines. Diagnostic and Treatment Manual*. Médecins Sans Frontières. Paris.

Médecins Sans Frontières (1997), *Refugee Health. An Approach to Emergency Situations*. Macmillan. London.

Noji, E (ed.) (1997), *The Public Health Consequences of Disasters*. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), *Handbook on War and Public Health*. International Committee of the Red Cross. Geneva.

UNHCR/WHO (1996), *Guidelines for Drug Donations*. World Health Organisation and United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

UNHCR (2001), *Health, Food, and Nutrition Toolkit: Tools and Reference Materials to Manage and Evaluate Health, Food and Nutrition Programmes* (CD-ROM). United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

WHO/PAHO (2001), *Health Library for Disasters* (CD-ROM). World Health Organisation/Pan-American Health Organization. Geneva.

WHO (1998), *The New Emergency Health Kit 1998*. World Health Organisation. Geneva.

WHO (1999), *Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies*. World Health Organisation. Geneva.

WHO (1994), *Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations*. World Health Organisation. Geneva.

Pengendalian Penyakit-Penyakit Menular

Chin, J (2000), *Control of Communicable Diseases Manual* (17th Edition). American Public Health Association. Washington, DC.

Cook, GC, Zumla, AI, Weir, J (2003), *Manson's Tropical Diseases*. WB Saunders.

Inter-Agency Standing Committee Reference Group on HIV/AIDS in Emergency Settings (2003), *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*. UNAIDS. Geneva (akan segera diterbitkan). (Dokumen ini akan menggantikan UNAIDS, 1998, *Guidelines for HIV Interventions In Emergency Settings*).

International Rescue Committee (2003), *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations*. Kumarian Press. Bloomfield, CT.

Pasteur Institute: <http://www.pasteur.fr>

UNAIDS: <http://www.unaids.org>

WHO (1993), *Guidelines for Cholera Control*. World Health Organisation. Geneva.

WHO (2002), *Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks*. World Health Organisation. Geneva.

WHO (1997), *Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines*. Macmillan. London.

WHO (2003), *Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Handbook*. World Health Organisation. Geneva (akan segera diterbitkan).

WHO (1993), *The Management and Prevention of Diarrhoea: Practical Guidelines*. World Health Organisation. Geneva.

Pengendalian Penyakit-Penyakit tidak Menular

Cedera

Hayward-Karlsson, J, Jeffrey, S, Kerr, A dkk (1998), *Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict*. International Committee of the Red Cross. Geneva.

Médecins Sans Frontières (1989), *Minor Surgical Procedures in Remote Areas*. Médecins Sans Frontières. Paris.

PAHO-OPS (1995), *Establishing a Mass Casualty Management System*. Pan-American Health Organization. Geneva.

WHO (1991), *Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology*. World Health Organisation. Geneva.

Kesehatan reproduksi

Reproductive Health for Refugees Consortium (1997), *Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools*. RHR Consortium.

Interagency Working Group (1999), *An Inter-Agency Field Manual for Reproductive Health in Refugee Situations*. United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

UNFPA: <http://www.unfpa.org>

UNFPA (2001), *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations (Second Edition)*. UNFPA.

UNHCR (2003), *Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response*. Draft untuk diuji coba di lapangan, 8 Juli 2002. (Dokumen ini akan menggantikan UNHCR 1995 *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response*.)

WHO (2001), *Clinical Management of Survivors of Rape*. World Health Organisation. Geneva.

Aspek kesehatan jiwa dan sosial

National Institute of Mental Health (2002), *Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Interventions for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*. (NIH Publication No. 02-5138). US Government Printing Office. Washington, DC. <http://www.nimh.nih.gov>

WHO (2003), *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Populations Exposed to Extreme Stressors*. World Health Organisation. Geneva.

WHO/UNHCR (1996), *Mental Health of Refugees*. World Health Organisation. Geneva. <http://whqlibdoc.who.int>

Penyakit-penyakit kronis

Ahya, SN, Flood, K, Paranjothi, S dkk (ed.), *The Washington Manual of Medical Therapeutics (30th Edition)*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Braunwald, E, Fauci, AS, Kasper, DL dkk (ed.) (2001), *Harrison's Principles of Internal Medicine (15th Edition)*. McGraw Hill Professional. New York.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (ed.), *Current Medical Diagnosis and Treatment 2003 (42nd Edition)*. McGraw- Hill/Appleton & Lange. New York.

Website

Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov>

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters: <http://www.cred.be>

International Committee of the Red Cross: <http://www.icrc.org>

International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies:
<http://www.ifrc.org>

Pan-American Health Organization: <http://www.paho.org>

United Nations High Commissioner for Refugees: <http://www.unhcr.ch>

UNICEF: <http://www.unicef.org>

World Health Organisation: <http://www.who.int>