



MODUL MANAJEMEN BENCANA ALAM



PRODI DIII KEBIDANAN SEMARANG UPP
KAMPUS KENDAL



HALAMAN PENGESAHAN

Bahan Ajar Manajemen Bencana Alam ini dibuat untuk dapat dipergunakan bagi mahasiswa Prodi DIII Kebidanan Semarang Kampus Kendal. Saran dan masukan sangat kami harapkan demi perbaikan modul praktikum ini pada masa yang akan datang.

Disiapkan oleh
Koordinator Mata Kuliah

Diperiksa oleh
Koordinator ADAK,
Kemahasiswaan, Alumni dan
Kerjasama

Disahkan oleh
Ka UPP Poltekkes Semarang
Kampus Kendal

Heny Rosiana, SST., M.Keb
NIP. 198211102005012007

Mimi Ruspita, SSiT., M.Kes
NIP. 19741027 200701 2012

Khobibah, SSiT., M.Kes
NIP.19640622 198409 2 001

MODUL I. KONSEP DAN KONTEKS BENCANA ALAM DI INDONESIA

1. Tema Modul : Modul Teori Konsep dan Konteks Bencana Alam di Indonesia
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804
3. Jumlah SKS : 2 SKS (T:1, P:1)
4. Alokasi waktu : P=170 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran:
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan konteks bencana alam di Indonesia.
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi konsep dan konteks bencana alam di Indonesia dengan melakukan diskusi dan tanya jawab materi konsep dan konteks bencana alam di Indonesia
8. Karakteristik mahasiswa :
Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Kampus Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori konsep dan konteks bencana alam di Indonesia.
9. Target Kompetensi :
Mahasiswa dapat menjelaskan konsep dan konteks bencana alam di Indonesia
10. Indikator :
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan konteks bencana alam di Indonesia
11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Strategi pembelajaran : Diskusi dan tanya jawab
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 1) Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
 - 2) Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - a) Melakukan diskusi dan tanya jawab materi Konsep dan konteks bencana alam
 - b. Peran Pendidik / Dosen
 - 1) Sebagai fasilitator
 - 2) Sebagai mediator
15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
17. Daftar Pustaka
 1. Daftar Pustaka
 - a. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - b. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - c. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - d. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - e. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta
 - f. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

RANGKUMAN

DEFINISI

Bencana adalah suatu gangguan ekstrim fungsi dari suatu masyarakat yang menyebabkan kerugian social, material dan lingkungan yang meluas melebihi kemampuan masyarakat terdampak untuk mengatasi dengan hanya menggunakan sumber daya sendiri. Kejadian-kejadian seperti gempa bumi, banjir, dan badai, barulah menjadi bencana ketika berakibat serius atau mempengaruhi kehidupan manusia, mata pencaharian, dan harta benda. .

JENIS-JENIS BENCANA ALAM DI INDONESIA

B. Jenis Bencana

1. Klasifikasi Bencana Alam

Klasifikasi bencana alam berdasarkan penyebabnya dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu:

a. Bencana alam geologis

Bencana alam ini disebabkan oleh gaya-gaya yang berasal dari dalam bumi (gayaendogen). Termasuk dalam bencana alam geologis adalah gempa bumi, letusan gunung berapi, dan tsunami.

b. Bencana alam klimatologis

Bencana alam klimatologis merupakan bencana yang disebabkan oleh faktor angin dan hujan. Contoh bencana alam klimatologis adalah banjir, badai, banjir bandang, angin puting beliung, kekeringan, dan kebakaran alami hutan (bukan oleh manusia).

c. Bencana alam ekstra-terestrial

Bencana alam ekstra-trial adalah bencana alam yang terjadi di luar angkasa, contohnya hantaman/ impact meteor. Bila hantaman benda-benda langit mengenai permukaan bumi maka akan menimbulkan bencana alam yang dahsyat bagi penduduk bumi.

2. Macam-macam Bencana Alam di Sekitar Kita

a. Banjir

Banjir adalah bencana akibat curah hujan yang tinggi dan tidak diimbangi dengan saluran pembuangan air yang memadai sehingga merendam wilayah-wilayah yang tidak dikehendaki. Banjir bisa juga terjadi karena jebolnya sistem aliran air yang ada sehingga daerah yang terendam terkena dampak kiriman banjir.

Berdasarkan sumber air yang menjadi penampung air di bumi, jenis banjir dibedakan menjadi tiga, yaitu banjir sungai, banjir danau, dan banjir laut pasang. Jenis-jenis banjir berdasarkan sumber/ asal penyebabnya adalah:

- 1) Banjir sungai terjadi karena air sungai yang meluap
- 2) Banjir danau terjadi karena air danau meluap atau bendungan jebol.
- 3) Banjir laut pasang terjadi karena antara lain akibat adanya badai dan gempa bumi.

Banjir dapat menimbulkan kerusakan hidup berupa:

- 1) Rusaknya areal pemukiman penduduk
- 2) Sulitnya mendapatkan air bersih.
- 3) Rusaknya sarana dan prasarana penduduk.
- 4) Rusaknya areal pertanian penduduk.
- 5) Timbulnya penyakit-penyakit.
- 6) Menghambat transportasi darat.

b. Kebakaran hutan

Kebakaran hutan adalah kebakaran yang diakibatkan oleh faktor alam seperti akibat sambaran petir, kekeringan yang berkepanjangan, leleran lahar, dan lain sebagainya. Kebakaran hutan menyebabkan dampak yang luas akibat asap kebakaran yang menyambar ke banyak daerah di sekitarnya. Hutan yang terbakar juga dapat sampai ke permukiman warga sehingga bisa membakar habis bangunan-bangunan yang ada.

Penyebab-penyebab kebakaran liar, antara lain:

- 1) Sambaran petir pada hutan yang kering karena musim kemarau yang panjang.
- 2) Kecerobohan manusia, antara lain membuang puntung rokok secara sembarangan dan lupa mematikan api di perkemahan.
- 3) Aktivitas vulkanis, seperti terkena aliran lahar atau awan panas dari letusan dari letusan gunung berapi.
- 4) Tindakan yang disengaja, seperti untuk membersihkan lahan pertanian atau membuka lahan pertanian baru.
- 5) Kebakaran di bawah tanah/ ground fire pada daerah tanah gambut yang dapat menyulut kebakaran di atas tanah pada saat musim kemarau.

c. Gempa bumi

Gempa bumi adalah guncangan yang mengguncang suatu daerah mulai dari tingkat rendah sampai tinggi yang membahayakan. Gempa dengan skala tinggi dapat membuat luluh lantak apa yang ada di permukaan bumi. Rumah, gedung, menara, jalan, jembatan, taman, dan lain sebagainya dapat menghancurkan rata dengan tanah jika terkena gempa bumi yang besar.

Kebanyakan gempa bumi disebabkan dari pelepasan energy yang dihasilkan oleh tekanan yang dilakukan oleh lempengan yang bergerak. Semakin lama tekanan itu kian membesar dan akhirnya mencapai pada keadaan dimana tekanan tersebut tidak dapat ditambah lagi oleh pinggir lempengan. Pada saat itulah gempa bumi terjadi.

d. Tsunami

Tsunami adalah ombak yang sangat besar yang menyapu daratan akibat adanya gempa bumi di laut, tumbuhan benda besar /cepat di laut, angin rebul, dan lain sebagainya. Tsunami sangat berbahaya karena bisa menyapu bersih permukiman warga dan menyeret segala isinya ke laut lepas yang dalam. Tsunami yang besar bisa membunuh banyak manusia dan makhluk hidup yang terkena dampak tsunami.

Tsunami dapat terjadi jika terjadi gangguan yang menyebabkan perpindahan sejumlah besar air, seperti letusan gunung berapi, gempa bumi, longsor maupun meteor yang jatuh ke bumi. Namun 90% tsunami adalah akibat gempa bumi bawah laut. Dalam rekaman sejarah, beberapa tsunami di akibatkan oleh gunung meletus, misalnya ketika meletusnya Gunung Krakatau. Gempa Yang Menyebabkan Tsunami :

- 1) Gempa bumi yang berpusat di tengah laut dan dangkal (0-30KM)
- 2) Gpa bumi dengan kekuatan sekurang-kurangnya 6,5 skala richer.
- 3) Gempa bumi dengan pola sesar naik atau sesar turun.

e. Gunung meletus

Gunung meletus adalah gunung yang memutahkan materi-materi dari dalam seperti debu, awan panas, asap, krikil, batu=batuan, lahar dingin, magma, dan lain sebagainya. Gunung meletus biasanya bisa di prediksi waktunya sehingga korban jiwa dan harta benda bisa diminimalisir.

Tidak semua gunung berapi sering meletus. Gunung berapi yang sering meletus disebut gunung berapi aktif. Berikut adalah berbagai tipe gunung berapi:

- 1) Gunung berapi kerucut atau gunung berapi strato (strato volcano)
- 2) Gunung berapi perisai (shield volcano).

3) Gunung berapi maar.

Gunung berapi yang akan meletus dapat diketahui melalui tanda, antara lain:

- 1) Suhu di sekitar gunung naik.
- 2) Mata air menjadi kering
- 3) Sering mengeluarkan suara gemuruh, kadang disertai getaran (gempa)
- 4) Tumbuhan di sekitar gunung layu.
- 5) Binatang di sekitar gunung bermigrasi

f. Angin puting beliung/angin rebut

Angin puting beliung adalah angin dengan kecepatan tinggi yang berhembus di suatu daerah yang dapat merusak berbagai benda yang ada di permukaan tanah. Angina yang sangat besar seperti badai, tornado, dan lain-lain bisa menerbangkan benda-benda serta merobohkan bangunan yang ada sehingga sangat berbahaya bagi manusia.

Putting beliung secara resmi digambarkan secara singkat oleh National Weather Service Amerika Serikat seperti tornado yang melintasi perairan. Namun, para peneliti umumnya mencirikan putting beliung "cuaca sedang" berasal dari puting beliung tornado.

Putting beliung tornado secara harfiah merupakan sebutan untuk "tornado yang melintasi perairan". Angin ini dapat terbentuk melintasi perairan tornado mesosiklon, atau menjadi tornado darat yang melintas keluar perairan.

g. Tanah longsor

Tanah longsor adalah tanah yang turun atau jatuh dari tempat yang tinggi ke tempat yang lebih rendah. Masalahnya jika ada orang atau permukiman di atas tanah yang longsor atau di bawah tanah yang jatuh maka sangat berbahaya.

Longsor atau sering disebut gerakan tanah adalah suatu peristiwa geologi yang terjadi karena pergerakan as a batuan atau tanah dengan berbagai tipe dan jenis, seperti jatuhnya bebatuan atau gumpalan besar tanah. Secara umum kejadian longsor disebabkan oleh 2 faktor, yaitu faktor pendorong dan faktor pemicu. Faktor pendorong adalah faktor yang mempengaruhi kondisi material sendiri, sedangkan faktor pemicu adalah faktor yang menyebabkan Bergeraknya material tersebut. Faktor utama yang menyebabkan tanah longsor adalah gravitasi yang mempengaruhi suatu lereng yang curam.

h. Pemanasan global

Pemanasan global atau global warming adalah proses peningkatan suhu rata-rata atmosfer, laut, dan daratan bumi. Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) menyimpulkan bahwa "sebagian besar peningkatan suhu rata-rata global sejak pertengahan abad ke 20 kemungkinan besar disebabkan oleh meningkatnya konsentrasi gas rumah kaca akibat aktivitas manusia" melalui efek rumah kaca

i. Kekeringan

Kekeringan adalah kesenjangan antara air yang tersedia dengan air yang diperlukan, sedangkan kondisi kering adalah keadaan dimana jumlah curah hujan sedikit.

Kekeringan (kemarau) dapat timbul karena gejala alam yang terjadi di bumi ini. Kekeringan terjadi Karena adanya pergantian musim. Pergantian musim merupakan dampak dari iklim. Pergantian musim disebabkan oleh banyaknya curah hujan.

UNSUR-UNSUR BENCANA

1. Ancaman/Bahaya

Ancaman/bahaya merupakan suatu fenomena alam atau fenomena buatan yang berpotensi mengakibatkan kerugian harta benda, merusak lingkungan, bahkan mengancam kehidupan manusia. Potensi ancaman bahaya bagi manusia tersebut berkaitan dengan proses perubahan muka bumi

secara dinamis untuk mencapai suatu keseimbangan. Proses perubahan muka bumi secara dinamis tersebut berupa proses pembentukan muka bumi, baik yang berasal dari tenaga endogen dan eksogen. Tenaga endogen adalah tenaga yang berasal dari bumi yang sifatnya membangun muka bumi (konstruktif). Bentuk tenaga endogen meliputi tektonisme, vulkanisme, dan gempa. Adapun tenaga eksogen adalah tenaga yang berasal dari luar bumi yang sifatnya merusak muka bumi (destruktif). Bentuk tenaga eksogen meliputi pelapukan, erosi, dan pengendapan.

2. **Kerentanan (vulnerability)** adalah keadaan atau sifat/perilaku manusia atau masyarakat yang menyebabkan ketidakmampuan menghadapi bahaya atau ancaman. Kerentanan ini dapat berupa:
 - a. Kerentanan Fisik Secara fisik bentuk kerentanan yang dimiliki masyarakat berupa daya tahan menghadapi bahaya tertentu, misalnya: kekuatan bangunan rumah bagi masyarakat yang berada di daerah rawan gempa, adanya tanggul pengaman banjir bagi masyarakat yang tinggal di bantaran sungai dan sebagainya.
 - b. Kerentanan Ekonomi Kemampuan ekonomi suatu individu atau masyarakat sangat menentukan tingkat kerentanan terhadap ancaman bahaya. Pada umumnya masyarakat atau daerah yang miskin atau kurang mampu lebih rentan terhadap bahaya, karena tidak mempunyai kemampuan finansial yang memadai untuk melakukan upaya pencegahan atau mitigasi bencana.
 - c. Kerentanan Sosial Kondisi sosial masyarakat juga mempengaruhi tingkat kerentanan terhadap ancaman bahaya. Dari segi pendidikan, kekurangan pengetahuan tentang risiko bahaya dan bencana akan mempertinggi tingkat kerentanan, demikian pula tingkat kesehatan masyarakat yang rendah juga mengakibatkan rentan menghadapi bahaya.
 - d. Kerentanan Lingkungan Lingkungan hidup suatu masyarakat sangat mempengaruhi kerentanan. Masyarakat yang tinggal di daerah yang kering dan sulit air akan selalu terancam bahaya kekeringan. Penduduk yang tinggal di lereng bukit atau pegunungan rentan terhadap ancaman bencana tanah longsor dan sebagainya

RANGKUMAN

- a. Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor nonalam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.
- b. Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor.
- c. Bencana nonalam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa nonalam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit.
- d. Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antarkelompok atau antarkomunitas masyarakat, dan teror.
- e. Kejadian Bencana adalah peristiwa bencana yang terjadi dan dicatat berdasarkan tanggal kejadian, lokasi, jenis bencana, korban dan/ataupun kerusakan. Jika terjadi bencana pada tanggal yang sama dan melanda lebih dari satu wilayah, maka dihitung sebagai satu kejadian

TUGAS

Lakukan diskusi dan tanya jawab materi Konsep dan konteks bencana alam !

POST TEST

1. Salah satu penyebab seringnya terjadi bencana alam di Indonesia secara geografis karena...

- A. Letak Indonesia rawan gempa Bumi
 - B. Dampak Pemanasan global dan perubahan iklim
 - C. Kurangnya kesadaran masyarakat tentang bencana alam
 - D. Kurangnya kesadaran pemerintah sebagai pengambil kebijakan
 - E. Letak Indonesia diantara tiga lempeng Australia, Pasifik dan Eurasia
2. Tingginya korban jiwa, kerusakan dan kerugian karena bencana ditimbulkan masih kurangnya kesadaran masyarakat, hal apakah yang bisa dilakukan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat?
- A. Bencana merupakan tanggung jawab Masyarakat internasional
 - B. Bencana merupakan tanggung jawab pemerintah pusat
 - C. Bencana merupakan tanggung jawab pemerintah daerah
 - D. Bencana merupakan tanggung jawab BPBD
 - E. Setiap orang memahami risiko bencana
3. Tujuan pembelajaran kebencanaan untuk mahasiswa adalah...
- A. lulusan mempunyai pengetahuan Penanggulangan risiko bencana
 - B. lulusan mempunyai ketrampilan Penanggulangan risiko bencana
 - C. lulusan mempunyai peran dalam Penanggulangan risiko bencana
 - D. lulusan mempunyai ketrampilan penerapan Penanggulangan risiko bencana
 - E. lulusan berPengetahuan, trampil, penerapan di masyarakat dan lulusan berwawasan PRB
4. Penyebab terjadinya Bencana gempa Bumi tektonik adalah..
- A. Pergerakan kerak/lempeng bumi
 - B. Adanya pergerakan magma
 - C. Keluarnya magma pada permukaan bumi
 - D. Karena adanya gunung api yang meletus
 - E. Kerusakan pada tanah
5. peristiwa geologi yang terjadi karena pergerakan massa batuan atau tanah dengan berbagai tipe dan jenis seperti jatuhnya bebatuan atau gumpalan besar tanah disebut...
- A. Tsunami
 - B. Kekeringan
 - C. Gempa bumi
 - D. Tanah longsor
 - E. Gunung meletus

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

MODUL II. PARADIGMA BENCANA ALAM DAN DAMPAK DARI BENCANA ALAM

1. Tema Modul : Modul Paradigma Bencana Alam dan Dampak dari Bencana Alam
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804

3. Jumlah SKS : 2 SKS (T;1, P:1)
4. Alokasi waktu : P=170 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :
Mahasiswa mampu menjelaskan paradigma bencana alam dan dampak dari bencana alam.
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum paradigma dan dampak dari bencana alam dengan melakukan identifikasi jenis bencana alam.
8. Karakteristik mahasiswa :
Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi DIII Kebidanan Kampus Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori paradigma bencana alam dan dampak dari bencana alam.
9. Target Kompetensi :
Mahasiswa dapat menjelaskan paradigma dan dampak dari bencana alam
10. Indikator :
Mahasiswa mampu menjelaskan paradigma dan dampak dari bencana alam
11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Strategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 1) Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
 - 2) Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - a) Melakukan identifikasi jenis bencana alam
 - b) Mempresentasikan hasil identifikasi
 - b. Peran Pendidik / Dosen
 - 1) Sebagai fasilitator
 - 2) Sebagai mediator
15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi

17. Daftar Pustaka
 - a. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - b. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - c. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - d. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - e. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta
 - f. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

RANGKUMAN

Adalah suatu proses gangguan ekstrim fungsi dari suatu masyarakat yang menyebabkan kerugian sosial, material dan lingkungan yang meluas melebihi kemampuan masyarakat terdampak untuk mengatasi dengan hanya menggunakan sumber daya sendiri. Kejadian – kejadian seperti gempa bumi, banjir dan badai, barulah menjadi bencana ketika berakibat serius atau mempengaruhi kehidupan manusia, mata pencaharian, dan harta benda.

Bencana alam merupakan konsekuensi dari kombinasi aktivitas alami, baik peristiwa fisik, seperti letusan gunung, gempa bumi, tanah longsor, dan aktivitas manusia. Peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan manusia dan penghidupan masyarakat yang disebabkan oleh faktor alam dan non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis, (definisi bencana menurut UU RI No.24 Tahun 2007).

Pengertian bencana dalam Kepmen Nomor 17/Kep/Menko?kesra/x/95 adalah sebagai berikut, “Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengakibatkan korban dan penderita manusia, dan/atau keduanya yang mengakibatkan korban dan penderitaan manusia, kerugian harta benda, kerusakan lingkungan, kerusakan sarana prasarana dan fasilitas umum, serta menimbulkan gangguan terhadap tata kehidupan dan penghidupan masyarakat”

Pengertian bencana menurut WHO (2002), definisi bencana (disaster) adalah setiap kejadian yang menyebabkan kerusakan, gangguan ekologis, hilangnya nyawa manusia, atau memburuknya derajat kesehatan atau pelayanan kesehatan pada skala tertentu yang memerlukan respons dari luar masyarakat atau wilayah yang terkena.

A. Jenis Bencana

1. Klasifikasi Bencana Alam

Klasifikasi bencana alam berdasarkan penyebabnya dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu :

a. Bencana alam Geologis

Bencana alam ini disebabkan oleh gaya – gaya yang berasal dari dalam bumi (gaya endogen). Termasuk dalam bencana alam geologis adalah gempa bumi, letusan gunung berapi, tsunami

b. Bencana alam Klimatologis

Bencana alam klimatologis merupakan bencana yang disebabkan oleh faktor angin dan hujan. Contoh bencana alam klimatologis adalah banjir, badai, banjir bandang, angin puting beliung, kekeringan, dan kebakaran hutan. (bukan oleh manusia)

c. Bencana alam Ekstra – terestrial

Bencana alam ekstra terestrial adalah bencana alam yang terjadi di luar angkasa, contohnya hantaman/ impact meteor. Bila hantaman benda – benda langit mengenai permukaan bumi maka akan menimbulkan bencana alam yang dahsyat bagi penduduk bumi.

B. Macam Macam Bencana Alam Disekitar Kita

a. Banjir

Adalah bencana akibat curah hujan yang tinggi dan tidak diimbangi dengan saluran pembuangan air yang memadai sehingga merendam wilayah – wilayah yang tidak dikehendaki.

b. Kebakaran Hutan

Adalah bencana yang diakibatkan oleh faktor alam seperti akibat sambaran petir, kekeringan yang berkepanjangan, lelehan lahar, dan lain sebagainya.

c. Gempa Bumi

Adalah guncangan yang mengguncang suatu daerah mulai dari tingkat rendah sampai tinggi yang membahayakan.

d. Gunung meletus

Adalah gunung yang memuntahkan materi – materi dari dalam seperti debu, awan panas, asap, krikil, batu batuan, lahar dingin, magma, dan lain sebagainya.

e. Angin Puting beliung / angin ribut

Adalah angin dengan kecepatan tinggi yang berhembus di suatu daerah yang dapat merusak berbagai benda yang ada di permukaan tanah

f. Tsunami

1) Pengertian Tsunami

Tsunami berasal dari Jepang, tsunami berarti pelabuhan, nami berarti gelombang. Tsunami dipergunakan untuk gelombang pasang yang memasuki pelabuhan. Pada laut lepas misal terjadi gelombang pasang sebesar 8 M tetapi begitu memasuki pelabuhan yang menyempit tinggi gelombang pasang menjadi 30 M. Tsunami biasa terjadi jika gempa bumi berada di dasar laut dengan gerakan vertikal yang cukup besar. Tsunami juga bisa terjadi jika terjadi letusan gunung api yang di laut atau terjadi longsoran di laut. Secara umum yang dimaksud tsunami adalah peristiwa naiknya (run up) permukaan air laut secara tiba-tiba yang disebabkan adanya gempa yang menyebabkan pergeseran bawah laut. (Hidayati, Nurin. 2017 hal : 127)

Tsunami adalah ombak yang sangat besar yang menyapu daratan akibat adanya gempa bumi di laut, tumbukan beda besar/cepat di laut, angin ribut, dan lain sebagainya. Tsunami sangat berbahaya karena bisa menyapu bersih pemukiman warga dan menyeret segala isinya ke laut lepas yang dalam. Tsunami juga bisa membunuh manusia dan makhluk hidup yang terkena dampak tsunami.

2) Jenis Tsunami

Terdapat macam jenis tsunami berdasarkan penyebab terjadinya, diantaranya sebagai berikut :

a. Tsunami akibat gempa bumi bawah laut

Gempa bumi atau gempa tektonik bawah laut disebabkan oleh adanya peristiwa tumbukan antara dua atau lebih lempeng dunia, yang dapat mengakibatkan patahan atau dislokasi dasar laut. Apabila dislokasi berlangsung cepat dan tiba-tiba maka dapat menimbulkan perubahan energi potensial dan kinetik pada massa air yang berada disekitarnya. Kedua energi tersebut secara cepat dapat memindah dan menggerakkan massa air ke segala arah, sebagai tsunami, dengan Panjang gelombang hingga mencapai 200 km dengan tinggi gelombang dari 0,2 sampai 30 m. Kecepatan rambat gelombang dapat mencapai 950 km/jam, dan periode terjadinya dari beberapa hal yang dapat menyebabkan gempa tektonik dapat menimbulkan tsunami, diantaranya sebagai berikut:

- 1) Pusat gempa berada pada dasar samudera atau laut dalam
- 2) Berupa gempa dangkal (kedalaman 0-60 km)
- 3) Pada umumnya bermagnitudo gempa >6,5 SR tetapi akibat tanah longsor dan gempa tektonik dengan magnitudo <6,5 SR dapat menyebabkan terjadinya tsunami juga.
- 4) Proses penunjaman dan tumbukan menghasilkan sesar normal
- 5) Terjadi dislokasi secara cepat dan cukup luas
- 6) Sudut peninjaman antar lempeng cukup besar.
- 7) Volume air diatas pusat gempa cukup besar

Bila pusat terjadinya gempa dilaut dalam terbuka, ketinggian tsunami tidak tampak karena hanya berkisar 0,5 sampai 2 meter. Hal ini dikarenakan panjang gelombangnya lebih besar dibanding kedalaman lautnya. Namun demikian, cepat lambatnya sangat besar dapat mencapai 950 km/jam. Dalam perjalanannya dari pusat terjadinya menuju pantai atau daratan, kecepatan rambat tsunami mengalami penurunan. Keadaan ini terjadi karena berkurangnya kedalaman laut semakin mendekati pantai atau daratan, sebagai akibat penurunan cepat rambat tersebut terjadilah akumulasi masa air yang membuat ketinggian gelombang bertambah besar yang dapat mencapai 30 meter bahkan lebih. Ketinggian gelombang akan mencapai puncaknya pada bentang alam pantai pesisir yang datar atau landai dan berlekuk (tanjung, teluk, muara sungai). Dengan kata lain, semakin mendekati pantai

dan semakin dangkal pantainya semakin besar tinggi gelombangnya tetapi tetapi semakin berkurangnya cepat rambatnya semakin berkurang kecepatannya.

b. Tsunami akibat letusan gunung api di bawah laut (sub Marine volcano)

Letusan api di bawah laut akan memberikan dorongan pada air di sekitarnya dan dapat membangkitkan gelombang. Terdesaknya sebagian masa air dan kembalinya masa air ke dalam lubang yang terbentuk akibat ledakan tersebut membentuk tsunami (Triatmadja 2010). Selain teori tersebut, tsunami akibat letusan gunung api di bawah laut dapat dipicu oleh adanya aliran piroklastik ke badan air, ledakan dasar laut dan runtuhnya kaldera, proses yang teridentifikasi adalah longoran batuan beku, limpasan basal, gelombang kejut, lahar panas yang mengenai air, dan gelombang udara yang terkait dengan ledakan besar serta aliran lava. (Abdurahman, dkk., 2013) terdapat beberapa peristiwa tsunami letusan gunung api di bawah laut pernah terjadi dari tahun 1638-1923 M.

c. Tsunami akibat tanah longsor

Tsunami akibat tanah longsor sering terjadi karena massa batuan atau tanah yang masuk ke dalam laut menggeser massa air laut dengan cepat sehingga belum sempat bergerak meninggalkan lokasi aslinya dan berpindah menempati arena yang lebih luas. Dengan demikian, massa air akan berkumpul di sekitar lumpuran atau di depan longoran. Massa air yang besar ini segera bergerak sebagai tsunami menuju perairan bebas dan mencapai daerah pantai yang akan diterjang. Selain itu, faktor kedalaman laut sangat berperan dalam terjadinya tsunami tanah longsor. Tsunami tanah longsor dapat terjadi pada laut dengan kedalaman tidak lebih dari 40 meter (Triatmadja, 2010). Kejadian tsunami akibat murni tanah longsor jarang terjadi, umumnya terjadi pada perairan tertutup, sebagai contoh tsunami yang di Lombok, Flores, NTT, pada 18 Juli 1979. Yang menelan korban 620 orang. (Abdurahman, dkk., 2013)

d. Tsunami akibat meteor

Jatuhnya benda langit yaitu meteor akibat meteor menyebabkan terjadinya tsunami. Jika ukuran meteor relatif besar terhadap kedalaman lautan maka tumbukan meteor dengan laut akan mengakibatkan timbulnya gelombang panjang yang berbahaya dan menimbulkan tsunami. Namun, apabila benda langit itu berukuran terlalu besar misalnya ukuran 100x100x1000 meter jatuh ke dalam laut justru tumbukannya dengan bumi mengakibatkan kehancuran yang lebih besar lagi. (Triatmadja, 2010)

3) Faktor yang Mempengaruhi Tingginya Tsunami

Beberapa faktor yang mempengaruhi tingginya tsunami adalah sebagai berikut :

a. Bentuk pantai

Refraksi adalah formasi gelombang akibat adanya perubahan geometri dasar laut. Di tempat, dimana terjadinya penyempitan maka akan menjadi konsentrasi energi, sehingga tinggi gelombang dalam tempat itu akan membesar. (Hidayat Nurin. Hal 124).

b. Kelandaian pantai

Jarak jangkauan tsunami ke daratan juga sangat ditentukan oleh terjal dan landainya morfologi pantai, dimana pada pantai terjadi tsunami akan terlalu jauh mencapai daratan karena tertahan dan dipantulkan kembali oleh tebing pantai, sementara di pantai landai tsunami menerjang sampai beberapa kilometer masuk ke daratan. Bila tsunami menjalar ke pantai maka ia akan mengalami perubahan kecepatan, tinggi dan arah, suatu proses yang sangat kompleks meliputi shoaling, refraksi, difraksi, dll. Shoaling adalah proses pembesaran tinggi gelombang karena pendangkalan dasar laut. Gempa bumi biasanya terjadi di dekat pertemuan lempeng benua dan samudera di laut dalam, lalu menjalar ke pantai yang lebih dangkal. Aliran ini akan teramplifikasi ketika mendekati daratan akibat efek shoaling. (Hidayat, Nurin. hal 124).

- c. Vegetasi dan struktur penghalang disekitar pantai
Kekuatan hutan pantai meredam tsunami makin terbukti jika hutan semakin tebal, misalnya hutan dengan lebar 400 m di hantam tsunami dengan ketinggian 3m maka jangkauan run up tinggal 57%, tinggi genangan setelah melewati hutan pantai tersisa 18%, arus tinggal 24%. Difraksi adalah transformasi gelombang akibat ada tidaknya bangunan atau struktur penghalang. Ini terjadi bila gelombang terintangi sehingga di pantulkan kembali. (Hidayat, Nurin. Hal 125)
- d. Arah gelombang tsunami
Gelombang tsunami yang datang dengan arah tegak lurus dengan pantai tertentu akan menyebabkan tinggi gelombang tsunami lebih tinggi jika dibandingkan tinggi gelombang tsunami yang datang dengan arah yang sejajar atau dengan sudut tertentu. Seperti datang dari arah barat, timur, barat daya, ataupun dari arah tenggara. (Hidayat, Nurin. Hal 125)
- e. Efek pemantulan dari pulau lain
Gelombang tsunami yang terjadi tidak langsung berasal dari sumbernya, akan tetapi terjadi karena akibat adanya pemantulan gelombang dari sekitar pulau yang terkena dampak gelombang tsunami. (Hidayat, Nurin. Hal 125)

4) Tanda Akan Terjadi Tsunami

Hingga sekarang orang belum dapat meramalkan bilamana akan terjadi tsunami. Berdasarkan pengalaman selama ini, tsunami akan mengikuti gempa tektonik dengan episentrum dilaut dengan kekuatan gempa 6SR atau lebih dan merupakan gerakan lempeng secara vertikal. Celakanya, orang baru dapat mengatakan gerakan lempeng secara vertikal dengan mengatakan simulasi apabila kejadian tsunami telah berlangsung. Tsunami tidak pernah dapat meramalkan bilamana gerakan lempeng secara vertikal itu akan terjadi dan dimana akan terjadi. Tsunami yang lain tidak adalah gelombang pasang balik, datang cepat dan secara tiba – tiba. Tanda – tanda alam akan terjadi tsunami belum pernah terungkap.

(Prof. Ir. Sukandarrumidi, hal 113)

5) Dampak tsunami

Tsunami adalah gelombang pasang baling yang datang secara tiba – tiba dan demikian cepat. Kekuatan gelombang pasang juga sangat besar. Yang paling parah menimpa dari pemukiman di pinggir pantai, daerah teluk, dan daerah pinggir muara sungai yang di normalisasi. Perendam yang mampu mereduksi kekuatan gelombang tsunami antara lain keberadaan hutan bakau di pantai pohon – pohon di pantai yang ber akar kuat dan sulit tercabut. Bahaya yang paling besar dan kerusakan yang paling besar ada di daerah pantai, daerah pemukiman di pantai bahaya yang mungkin timbul antara lain sebagai berikut. (Prof. Ir. Sukandarrumidi, hal 113)

Korban manusia dan hilangnya ternak serta kerusakan bangunan. Pasang tsunami berada di pantai akan di hempaskan oleh gelombang pasang tsunami dengan kecepatan yang sangat tinggi dan kekuatan yang besar. Kekuatan manusia tidak akan mampu melawan kekuatan gelombang tsunami. Manusia akan hanyut ke laut bersama dengan kembalinya gelombang pasang ke arah laut. (Prof. Ir. Sukandarrumidi, hal 115)

- a) Hancurnya Kampung nelayan
Pemukiman nelayan yang dibangun dari bahan apa adanya akan mudah tercabut oleh kekuatan ombak yang tiada tandingannya. Perahu penangkap ikan yang di parkir di pantai dapat dihempaskan jauh ke dalam atau dihanyutkan kembali dengan arah cepat. (Prof. Ir. Sukandarrumidi, hal 115)
- b) Rusaknya jembatan dan jalan, dermaga, pelabuhan, bangunan- bangunan bertingkat, tiang listrik dan lain – lain. Kegiatan pengangkutan di darat lumpuh, pengiriman bantuan bahan makanan obat-obatan tersendat.

- c) Rusaknya tiang listrik dapat berakibat terjadinya hubungan pendek dan kebakaran. Industri lumpuh sama sekali. (Prof.Ir.Sukandarrumidi,hal 115)
- d) Air sumur dan pemukiman tercemar air laut yang mampu membawa berbagai kotoran dari pantai dan laut. Air sumur membawa berbagai kotoran dari pantai dan laut. Air sumu terkontaminasi sebagai polutan dan B-3 yang berasal dari hampasan air laut. Sampah busuk berserakan di mana mana mengakibatkan terjangkitnya penyakit TCD,diare,leptospirosis,dan gatal di kuli. (Prof.Ir.Sukandarrumidi,hal 115)
- e) Rusaknya tananman disawah, perkebunan dan ladang,panen gagal,kerugian finansial sudah terbayangkan pasti besar nilainya. Untuk jangka waktu tertentu sawah dan ladang tidak dapat di olah karena tercemar air garam. Banyak warga masyarakat putus harapan karena kehilangan sanak keluarga,mata pencaharian dan pekerjaan. Banyak orang mengalami gangguan psikologis dan stress berat. (Prof.Ir.Sukandarrumidi,hal 115)

Tsunami dapat mengakibatkan bangunan roboh. Reruntuhan bangunan dapat menimpa manusia dan ternak,menyebabkan kematian. Sebagian bangkai belum dapat di evakuasi sementara itu tanah tertutup oleh kotoran dari laut dan menyebar ke semua tempat. Kondisi ini dapat menimbulkan beberapa jenis penyakit. (Prof.Ir.Sukandarrumidi,hal 117)

- 1) Penyakit diare leptospirosis dan gatal gatal akibat sanitasi lingkungan yang tidak baik maupun pemakaian air sumu yang tercemar. (Prof.Ir.Sukandarrumidi, hal 113)
- 2) Penyakit NCD (Non Communicable Disease) akibat lingkungan yang kurang higienis dan makanan yang tidak bersih. Untuk melayani para pengunjung makanan dimasak dalam jumlah banyak dan dengan tergesa – gesa akibatnya,tingkat kebersihan dan hygiene makanan kurang mendapat perhatian. (Prof.Ir.Sukandarrumidi, hal 113)
- 3) Keracunan akibat makanan yang kadaluarsa
- 4) Korban yang meninggal belum sempat dievakuasi mengakibatkan bau bangkai yang mampu menimbulkan segala penyakit. (Prof.Ir.Sukandarrumidi,hal 113)

f. Tanah Longsor

1. Pengetian Tanah Longsor

Tanah longsor merupakan istilah dari yang biasa dipakai untuk menjelaskan bentuk dan proses yang melibatkan gerakan tanah,batu – batuan dan puing puing kearah bawah atau keluar lereng dibawah pengaruh gravitasi bumi.

2. Gejala Tanah Longsor

Para ilmuwan mengkategorikan tanah longsor sebagai salah satu bencana geologis yang paling bisa diperkirakan. Ada beberapa parameter (petunjuk) umum untuk memantau kemungkinan terjadinya perpindahan masa tanah dalam jumlah besar dalam bentuk longosr,yaitu

- a. Keretakan pada lantai dan tembok bangunan,atau pada tanah
- b. Amblesnya sebagian lantai kontruksi bangunan ataupun amblesnya tanah pada lereng
- c. Terjadinya penggembungan pada tebing lereng atau dinding konstruksi penguat lereng
- d. Miringnya pohon – pohon atau tiang tiang pada lereng
- e. Munculnya rembesan air pada lereng secara tiba – tiba
- f. Mata air pada lereng menjadi kerung secara tiba – tiba
- g. Muka air sungai naik beberapa cm dan air sungai menjadi keruh secara tiba – tiba

h. Runtuhnya bagian – bagian tanah dalam jumlah besar.

3. Faktor Penyebab Tanah Longsor

Tanah longsor merupakan gejala alam yang terjadi di sekitar kawasan pegunungan.

Faktor – faktor terjadinya tanah longsor adalah :

- a. Meningkatnya sudut lereng karena konstruksi baru atau karena erosi sungai
- b. Meningkatnya kandungan air yang disebabkan oleh hujan lebat atau naiknya air tanah
- c. Hilangnya tumbuhan – tumbuhan karena kebakaran, penebangan dan penggundulan hutan yang menyebabkan melemahnya partikel partikel tanah dan erosi.
- d. Macetnya atau berubahnya materi – materi lereng karena kondisi cuaca dan proses alam, penempatan pipa bawah tanah untuk sarana, atau penggunaan lapisan tanah yang rendah untuk pembuangan sampah.
- e. Getaran akibat gempa bumi, letusan, gerakan meso, dan lalu lintas
- f. Penambahan beban oleh hujan, materi vulkasi, bangunan atau rembesan dari irigasi dan sistem – sistem pembuangan sampah.

4. Jenis – jenis Tanah longsor

- a. Rayapan
Gerakan massa tanah atau batuan bergerak dengan kecepatan lambat, kurang dari satu meter/tahun. Jenis tanah longsor ini terjadi pada lereng landai (kemiringan 10° sampai dengan kemiringan kurang dari 20°), dan umumnya tidak menimbulkan korban jiwa tetapi merusakkan bangunan.
- b. Luncuran
Lebih sering terjadi pada lereng dengan kemiringan 20° hingga 40° kecepatan gerakannya dapat mencapai 25 m/ menit.
- c. Jatuhan
Sejumlah besar batuan atau materi lainnya bergerak kebawah dengan cara jatuh. Kondisi ini yang paling umum terjadi di sepanjang jalan dan pematangan yang terjal, tebing yang curam (lebih dari 40°)
- d. Aliran
Campuran tanah, batuan dan air yang membentuk suatu cairan kental. Aliran pada mulanya adalah endapan longsor dalam suatu lembah, kemudian karena kemiringan, ia meluncur dan berkembang sebagai massa pekat yang murni lereng.
- e. Dampak Tanah Longsor
Dampak yang terjadi penurunan kesuburan tanah dan juga sering menyebabkan hilangnya harta benda, rusaknya bangunan, dan juga kematian. Untuk mengurangi terjadinya erosi dan tanah longsor maka perlu adanya reboisasi dan usaha konservasi tanah dan air.

TUGAS

Lakukan diskusi dan tanya jawab materi Konsep dan konteks bencana alam !

POST TEST

1. Gejala ikutan yang dialami oleh manusia akibat dari letusan gunung berapi adalah..
 - A. Terganggunya saluran pernafasan
 - B. Pecahnya pipa minyak dan gas
 - C. Tumbuhan subur
 - D. Daun dan pohon tumbuh
 - E. Hewan peliharaan nyaman di lingkungan sekitar

2. Suatu kondisi, secara alamiah maupun karena ulah manusia, yang berpotensi menimbulkan kerusakan atau kerugian dan kehilangan jiwa manusia adalah...
 - A. Risk
 - B. Impact
 - C. Hazard
 - D. Capacity
 - E. Vulnerability
3. Kerentanan merupakan suatu kondisi yang menurunkan kemampuan seseorang atau komunitas masyarakat untuk menyiapkan diri, bertahan hidup, atau merespon potensi bahaya adalah...
 - A. Risk
 - B. Impact
 - C. Hazard
 - D. Capacity
 - E. Vulnerability
4. Unsur dalam bencana yang merupakan risiko adalah...
 - A. Risk
 - B. Impact
 - C. Hazard
 - D. Capacity
 - E. Vulnerability
5. kekuatan dan sumber daya yang ada pada tiap individu dan lingkungan yang mampu mencegah, melakukan mitigasi, siap menghadapi dan pulih dari akibat bencana dengan cepat adalah...
 - A. Risk
 - B. Impact
 - C. Hazard
 - D. Capacity
 - E. Vulnerability

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai

MODUL III. SISTEM PENANGGULANGAN BENCANA NASIONAL

1. Tema Modul : Modul Sistem Penanggulangan Bencana Alam
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804
3. Jumlah SKS : 2 SKS (T;1, P:1)
4. Alokasi waktu : P=170 menit
5. Semester : IV

6. Tujuan Pembelajaran :
Mahasiswa mampu menjelaskan paradigma bencana alam dan dampak dari bencana alam.
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum Sistem Penanggulangan Bencana Alam
Karakteristik mahasiswa :
8. Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi DIII Kebidanan Kampus Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori Sistem Penanggulangan Bencana Alam
9. Target Kompetensi :
Mahasiswa dapat menjelaskan paradigma dan dampak dari bencana alam
10. Indikator :
Mahasiswa mampu menjelaskan paradigma dan dampak dari bencana alam
11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Strategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 3) Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
 - 4) Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - c) Melakukan identifikasi jenis bencana alam
 - d) Mempresentasikan hasil identifikasi
 - b. Peran Pendidik / Dosen
 - 3) Sebagai fasilitator
 - 4) Sebagai mediator
15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
17. Daftar Pustaka
 - g. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - h. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - i. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - j. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - k. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta
 - l. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

RANGKUMAN

Rangkaian bencana yang dialami Indonesia, khususnya pada tahun 2004 dan 2005, telah mengembangkan kesadaran mengenai kerawanan dan kerentanan masyarakat. Sikap reaktif dan pola penanggulangan bencana yang dilakukan dirasakan tidak lagi memadai. Dirasakan kebutuhan untuk mengembangkan sikap baru yang lebih proaktif, menyeluruh, dan mendasar dalam menyikapi bencana.

Pola penanggulangan bencana mendapatkan dimensi baru dengan dikeluarkannya Undang-Undang No. 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana yang diikuti beberapa aturan pelaksana terkait, yaitu Peraturan Presiden No. 08 tahun 2008 tentang Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Peraturan Pemerintah (PP) No. 21 tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana, PP No. 22 tahun 2008 tentang Pendanaan dan Pengelolaan Bantuan Bencana, dan PP No. 23 tahun 2008 tentang Peran

Serta Lembaga Internasional dan Lembaga Asing non Pemerintah Dalam Penanggulangan Bencana. Dimensi baru dari rangkaian peraturan terkait dengan bencana tersebut adalah:

- (1) Penanggulangan bencana sebagai sebuah upaya menyeluruh dan proaktif dimulai dari pengurangan risiko bencana, tanggap darurat, dan rehabilitasi dan rekonstruksi.
- (2) Penanggulangan bencana sebagai upaya yang dilakukan bersama oleh para pemangku kepentingan dengan peran dan fungsi yang saling melengkapi.
- (3) Penanggulangan bencana sebagai bagian dari proses pembangunan sehingga mewujudkan ketahanan (*resilience*) terhadap bencana.

Berbagai kebijakan tersebut telah ditindaklanjuti dengan pendirian Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) dan masih akan dilengkapi dengan berbagai peraturan pelaksanaan. Sementara proses pengembangan kebijakan sedang berlangsung, proses lain yang tidak kalah penting adalah memastikan bahwa provinsi dan kabupaten/kota mulai mengembangkan kebijakan, strategi, dan operasi penanggulangan bencana sesuai dengan arah pengembangan kebijakan di tingkat nasional.

Upaya penanggulangan bencana di daerah perlu dimulai dengan adanya kebijakan daerah yang bertujuan menanggulangi bencana sesuai dengan peraturan yang ada. Strategi yang ditetapkan daerah dalam menanggulangi bencana perlu disesuaikan dengan kondisi daerah. Operasi penanggulangan bencana perlu dipastikan efektif, efisien dan berkelanjutan.

Untuk mendukung pengembangan sistem penanggulangan bencana yang mencakup kebijakan, strategi, dan operasi secara nasional mencakup pemerintah pusat dan daerah maka dipandang perlu dimulai dengan mengetahui sejauh mana penerapan peraturan yang terkait dengan penanggulangan bencana di daerah. Atas dasar inilah kegiatan kajian dilaksanakan.

TUGAS

Lakukan diskusi dan analisa system penanggulangan bencana di Indonesia !

POST TEST

1. Pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan dilakukan pada tahapan...
 - A. Pasca bencana
 - B. Pra bencana
 - C. Saat bencana
 - D. Rehabilitasi
 - E. Pemulihan
2. Siaga darurat, tanggap darurat dan pemulihan darurat dilaksanakan pada tahapan...
 - A. Pasca bencana
 - B. Pra bencana
 - C. Saat bencana
 - D. Rehabilitasi
 - E. Pemulihan
3. Rehabilitasi dan rekonstruksi dilakukan pada tahapan...
 - A. Pra bencana
 - B. Saat bencana
 - C. Pasca bencana
 - D. Rehabilitasi
 - E. Pemulihan
4. Membuat peta daerah bencana , menyusun rencana umum tata ruang termasuk..
 - A. Mitigasi
 - B. Pemulihan
 - C. Pencegahan
 - D. Kesiapsiagaan

- E. Tanggap darurat
- 5. Serangkaian upaya untuk mengurangi risiko bencana melalui pembangunan fisik maupun penyadaran dan peningkatan kemampuan menghadapi ancaman bencana merupakan...
 - A. Mitigasi
 - B. Pencegahan
 - C. Kesiapsiagaan
 - D. tanggap darurat
 - E. Pemulihan

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

1. Tema Modul : Modul Sistem Penanggulangan Bencana Alam
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804
3. Jumlah SKS : 2 SKS (T;1, P:1)
4. Alokasi waktu : P=170 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :
Mahasiswa mampu menjelaskan paradigma bencana alam dan dampak dari bencana alam.
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum Sistem Penanggulangan Bencana Alam
Karakteristik mahasiswa :
8. Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi DIII Kebidanan Kampus Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori Sistem Penanggulangan Bencana Alam
9. Target Kompetensi :
Mahasiswa dapat menjelaskan paradigma dan dampak dari bencana alam
10. Indikator :
Mahasiswa mampu menjelaskan paradigma dan dampak dari bencana alam
11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Strategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 5) Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
 - 6) Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - e) Melakukan identifikasi jenis bencana alam
 - f) Mempresentasikan hasil identifikasi
 - b. Peran Pendidik / Dosen
 - 5) Sebagai fasilitator
 - 6) Sebagai mediator
15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
17. Daftar Pustaka
 - m. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - n. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - o. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - p. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - q. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta
 - r. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

RANGKUMAN

Kebijakan Penanggulangan Bencana di Indonesia



Kebijakan penanggulangan bencana diterjemahkan dalam Sistem Nasional Penanggulangan Bencana (SisNas PB), dimana sistem dan sub-sistem ini telah dan terus dikembangkan dengan komponen sebagai berikut:

1. **Legislasi** • Nasional: UU PB no. 24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana, Peraturan Presiden no. 08 tahun 2008 tentang Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Peraturan Pemerintah (PP) no. 21 tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana, PP no. 22 tahun 2008 tentang Pendanaan dan Pengelolaan Bantuan Bencana, dan PP no. 23 tahun 2008 tentang Peran Serta Lembaga Internasional 28 dan Lembaga Asing non Pemerintah Dalam Penanggulangan Bencana. Peraturan Kepala (Perka) BNPB dan lain sebagainya. • Daerah: Peraturan daerah atau Qanun terkait penanggulangan bencana yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah atau kepala daerah di level provinsi dan kabupaten. Adapun contohnya seperti Qanun No 5 tentang Penanggulangan Bencana aceh dan lain sebagainya.
2. **Kelembagaan** Pembentukan kelembagaan yang kuat dalam upaya penanggulangan bencana ada yang bersifat formal dan non- formal. Dalam hal ini, lembaga yang bersifat formal adalah Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) untuk nasional dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) untuk provinsi dankabupaten/kota. Lembaga ini dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana mempunyai tugas dan fungsi “koordinasi, komando dan pelaksana. Untuk lembaga yang bersifat non-formal adalah platform atau forum PB/PRB seperti PLANAS PRB untuk tingkat nasional dan berbagai macam forum sejenis lainnya yang ada di daerah.
3. **Perencanaan** Pemaduan penanggulangan bencana kedalam perencanaan pembangunan (Nasional/Daerah) dapat dilakukan dengan mengintegrasikan aspek-aspek Rencana Penanggulangan Bencana dalam RPJP(D) dan RPJM(D) serta Rencana Aksi – PRB dalam RKP(D) Adapun jenis-jenis perencanaan dalam penanggulangan bencana, sebagai berikut :
 - Rencana Penanggulangan Bencana
 - Rencana Tanggap Darurat
 - Rencana Kontijensi
 - Rencana Operasi

- Rencana Pemulihan
4. Pendanaan Sumber-sumber pendanaan dalam penanggulangan sebagai berikut: Dana DIPA (APBN/APBD) adalah dana untuk mendukung kegiatan rutin dan operasional lembaga/departemen terutama untuk kegiatan pengurangan risiko bencana DAK adalah danan untuk pemda Provinsi/Kabupaten/Kota yang diwujudkan dalam mata anggaran kebencanaan, disesuaikan dengan tingkat kerawanan dan kemampuan daerah Dana Contingency adalah dana untuk penanganan kesiapsiagaan Dana Siap Pakai (on call) adalah dana untuk bantuan kemanusiaan (relief) pada saat terjadi bencana Dana bencana yang berpola hibah Dana yang bersumber dari masyarakat
 5. Pengembangan kapasitas Sub-sistem pengembangan kapasitas bisa dilakukan melalui :
 - a) Pendidikan dan Pelatihan
 - Memasukkan pendidikan kebencanaan dalam kurikulum sekolah
 - Membuka program studi “disaster management” di perguruan tinggi
 - Menyusun standar modul pelatihan manajemen bencana
 - Melakukan pelatihan manajer dan teknis penanggulangan bencana
 - Mencetak tenaga profesional dan ahli penanggulangan bencana
 - b) Penelitian dan Pengembangan Iptek Kebencanaan.
Pemahaman karakteristik ancaman/hazard dan teknologi penanganannya
 - c). Penerapan Teknologi Penanggulangan Bencana
 - Risk mapping dan tataruang
 - Deteksi dini/EWS untuk ancaman bencana
 - Rumah tahan gempa/building code
 - Teknologi untuk penanganan darurat
 - Teknologi pangan untuk bantuan darurat
 6. Penyelenggaraan Pelaksanaan penanggulangan bencana dengan melakukan serangkaian upaya yang meliputi penetapan kebijakan pembangunan pada tahapan sebelum, saat dan sesudah terjadi bencana mencakup kegiatan-kegiatan mulai dari fase pencegahan bencana, tanggap darurat, sampai pada fase rehabilitasi dan rekonstruksi yang dilakukan secara terencana, terkoordinasi, terpadu dan menyeluruh.

Pada siklus penanggulangan bencana, terdapat 3 (tiga) tahapan dan diikuti kegiatan – kegiatannya. Tahapan tersebut antara lain:

1. Pra Bencana (sebelum bencana), kegiatannya antara lain: Pencegahan, Mitigasi, Kesiapsiagaan
2. Saat Bencana, kegiatannya adalah : Tanggap Darurat
3. Pasca Bencana (sesudah Bencana), kegiatannya antara lain: Rehabilitasi, Rekonstruksi

TUGAS

Lakukan diskusi dan tanya jawab materi Konsep dan konteks bencana alam !

POST TEST

1. Pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan dilakukan pada tahapan...
 - A. Pasca bencana
 - B. Pra bencana
 - C. Saat bencana
 - D. Rehabilitasi
 - E. Pemulihan
2. Siaga darurat, tanggap darurat dan pemulihan darurat dilaksanakan pada tahapan...
 - A. Pasca bencana
 - B. Pra bencana
 - C. Saat bencana
 - D. Rehabilitasi
 - E. Pemulihan

3. Rehabilitasi dan rekonstruksi dilakukan pada tahapan...
 - A. Pra bencana
 - B. Saat bencana
 - C. Pasca bencana
 - D. Rehabilitasi
 - E. Pemulihan
4. Membuat peta daerah bencana , menyusun rencana umum tata ruang termasuk..
 - A. Mitigasi
 - B. Pemulihan
 - C. Pencegahan
 - D. Kesiapsiagaan
 - E. Tanggap darurat
5. Serangkaian upaya untuk mengurangi risiko bencana melalui pembangunan fisik maupun penyadaran dan peningkatan kemampuan menghadapi ancaman bencana merupakan...
 - A. Mitigasi
 - B. Pencegahan
 - C. Kesiapsiagaan
 - D. tanggap darurat
 - E. Pemulihan

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

MODUL V. KERANGKA KERJA PENANGGULANGAN BENCANA

1. Tema Modul : Modul Kerangka Kerja Penanggulangan Bencana
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804
3. Jumlah SKS : 2 SKS (T;1, P:1)
4. Alokasi waktu : P=170 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :
Mahasiswa mampu memahami Kerangka kerja penanggulangan bencana
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum Kerangka kerja penanggulangan bencana
8. Karakteristik mahasiswa :
Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi DIII Kebidanan Kampus Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori Kerangka kerja penanggulangan bencana
9. Target Kompetensi :
Mahasiswa Mampu Memahami Kerangka Kerja Penanggulangan Bencana
10. Indikator :
Mahasiswa mampu Memahami Kerangka Kerja Penanggulangan Bencana
11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer

14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 7) Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
 - 8) Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - g) Melakukan identifikasi jenis bencana alam
 - h) Mempresentasikan hasil identifikasi
 - b. Peran Pendidik / Dosen
 - 7) Sebagai fasilitator
 - 8) Sebagai mediator
15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
17. Daftar Pustaka
 - s. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - t. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - u. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - v. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - w. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta
 - x. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

RANGKUMAN

- I. Kerangka Pengurangan Risiko Bencana pasca 2015 telah diadopsi pada saat penyelenggaraan Konferensi Dunia ke-3 untuk Pengurangan Risiko Bencana, yang dilaksanakan pada tanggal 14 - 18 Maret 2015 di Sendai, Miyagi, Jepang, yang merepresentasikan kesempatan yang unik bagi seluruh negara untuk:
 - (a) Mengadopsi secara ringkas, terfokus, melihat kedepan, dan mengambil tindakan yang berorientasi pada kerangka pengurangan risiko bencana pasca 2015;
 - (b) Melengkapi penilaian dan review terhadap pelaksanaan Kerangka Aksi Hyogo 2005 - 2015: Membangun ketangguhan bangsa dan komunitas terhadap bencana;
 - (c) Mempertimbangkan pengalaman yang diperoleh melalui strategi/kembaga regional dan nasional serta perencanaan pengurangan risiko bencana dan rekomendasinya, sebagai kesepakatan regional yang relevan dalam pelaksanaan Kerangka Aksi Hyogo
 - (c) Mengidentifikasi modalitas kerjasama berdasarkan komitmen untuk menerapkan kerangka kerja pengurangan risiko bencana pasca - 2015;
 - (d) Menentukan modalitas untuk melakukan review secara periodik terhadap pelaksanaan kerangka pengurangan risiko bencana pasca - 2015.
- II. Selama Konferensi Dunia, Negara-negara peserta juga menegaskan komitmen mereka untuk pengurangan risiko bencana dan pembangunan ketahanan² bencana yang harus ditangani secara serius dalam konteks pembangunan berkelanjutan dan pengentasan kemiskinan dan, jika perlu, untuk diintegrasikan ke dalam kebijakan, perencanaan, program kerja, dan anggaran di semua tingkat dan dipertimbangkan dalam kerangka yang relevan
- III. Sejak penerapan Kerangka Aksi Hyogo pada tahun 2005, yang didokumentasikan dalam laporan kemajuan nasional dan regional dalam pelaksanaannya serta laporan global lainnya, kemajuan telah dicapai dalam mengurangi risiko bencana di tingkat lokal, nasional, regional dan global dengan

negaranegara dan pihak terkait lainnya, yang mengarah ke penurunan angka kematian dalam kasus beberapa ancaman. 3 Mengurangi risiko bencana merupakan investasi dengan biaya yang efektif dalam mencegah kehilangan dimasa depan. Manajemen risiko bencana yang efektif memberikan sumbangan untuk pembangunan berkelanjutan. Negara mampu meningkatkan kapasitas mereka dalam manajemen risiko bencana. Mekanisme internasional sebagai sarana untuk memperoleh saran strategis, koordinasi dan pengembangan kemitraan untuk pengurangan risiko bencana, seperti Global Platform dalam Pengurangan Risiko saster dan regional platform untuk pengurangan risiko bencana, serta forum-forum internasional dan regional yang relevan lainnya untuk kerjasama telah berperan dalam pengembangan kebijakan dan strategi dan kemajuan pengetahuan dan saling belajar. Secara keseluruhan, Kerangka Aksi Hyogo telah menjadi instrumen penting untuk meningkatkan kesadaran publik dan kelembagaan, menghasilkan komitmen politik dan terfokus pada tindakan-tindakan katalis yang dilakukan oleh berbagai pemangku kepentingan di semua tingkat

Prioritas Aksi

Dengan mempertimbangkan pengalaman yang diperoleh melalui penerapan Kerangka Aksi Hyogo, dan dalam upaya mencapai hasil dan tujuan yang diharapkan, ada kebutuhan untuk difokuskan aksi lintas sektor oleh negara pada tingkatan lokal, nasional, regional dan global dalam empat area prioritas berikut ini:

1. Memahami risiko bencana;
2. Memperkuat tata kelola risiko bencana dan manajemen risiko bencana;
3. Investasi dalam pengurangan risiko bencana untuk ketangguhan;
4. Meningkatkan kesiapsiagaan bencana untuk respon yang efektif, dan untuk "membangun kembali dengan lebih baik" dalam pemulihan, rehabilitasi dan rekonstruksi.

Dalam pendekatannya untuk pengurangan risiko bencana, negara, organisasi regional dan internasional dan stakeholder yang relevan lainnya harus mempertimbangkan aktivitas kunci tang terdaftar dalam empat

1. Peran pemangku kepentingan

Meski Negara bertanggung jawab secara keseluruhan untuk mengurangi risiko bencana, namun hal ini juga adalah tanggung jawab bersama antara pemerintah dan pemangku kepentingan terkait. Khususnya pemangku kepentingan non-Negara memainkan peran penting sebagai pemberdaya dalam memberikan dukungan kepada Negara, sesuai dengan kebijakan nasional, hukum dan peraturan, dalam pelaksanaan Kerangka ini di tingkat lokal, nasional, regional dan global. Komitmen, niat baik, pengetahuan, pengalaman dan sumber daya mereka akan sangat diperlukan.

Ketika menentukan peran khusus dan tanggung jawab bagi para pemangku kepentingan, dan pada saat yang sama membangun dari instrumen internasional yang relevan, Negara seharusnya mendorong semua pemangku kepentingan publik dan swasta untuk melakukan tindakan berikut:

- (a) Masyarakat sipil, relawan, organisasi relawan terorganisir dan organisasi berbasis masyarakat berpartisipasi, bekerja sama dengan lembaga-lembaga publik, untuk, antara lain, memberikan pengetahuan khusus dan bimbingan pragmatis dalam konteks pengembangan dan pelaksanaan kerangka normatif, standar dan rencana untuk pengurangan risiko bencana; terlibat dalam pelaksanaan rencana dan strategi lokal, nasional, regional dan global; berkontribusi dan mendukung kesadaran masyarakat, budaya pencegahan dan pendidikan risiko bencana; dan advokasi masyarakat tangguh dan inklusif dan manajemen risiko bencana semua-dari-masyarakat yang memperkuat sinergi antar kelompok. Dalam hal ini, perlu dicatat bahwa:

- a. Perempuan dan partisipasi mereka sangat penting untuk secara efektif mengelola risiko bencana dan merancang, sumber daya dan pelaksanaan kebijakan pengurangan risiko bencana yang peka gender, rencana dan program; dan langkah-langkah pengembangan kapasitas yang memadai harus diambil untuk memberdayakan perempuan dalam

- kesiapsiagaan serta untuk membangun kapasitas mereka mengamankan sarana mata pencaharian alternatif dalam situasi paska-bencana;
- b. Anak-anak dan pemuda adalah agen perubahan dan harus diberi ruang dan modalitas untuk berkontribusi terhadap pengurangan risiko bencana, sesuai dengan undang-undang, praktek nasional dan kurikulum pendidikan; iii. Penyandang cacat dan organisasinya sangat penting dalam penilaian risiko bencana, dalam merancang dan melaksanakan rencana yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik, mempertimbangkan, antara lain, prinsip-prinsip desain universal;
 - c. Orang tua memiliki bertahun pengetahuan, keterampilan dan kebijaksanaan, yang merupakan aset tak ternilai untuk mengurangi risiko bencana, dan mereka harus dimasukkan dalam desain kebijakan, rencana dan mekanisme, termasuk untuk peringatan dini;
 - d. Masyarakat adat, melalui pengalaman dan pengetahuan tradisional, memberikan kontribusi penting untuk pengembangan dan pelaksanaan rencana dan mekanisme, termasuk untuk peringatan dini; v
 - e. Kontribusi migran pada ketahanan masyarakat dan masyarakat, serta pengetahuan, keterampilan dan kapasitas mereka dapat berguna dalam mendesain dan mengimplementasi pengurangan risiko bencana;
- (b) Akademisi, badan ilmiah dan penelitian dan jaringan memfokuskan diri pada faktor-faktor dan skenario risiko bencana, termasuk risiko bencana yang baru muncul, dalam jangka menengah dan panjang; meningkatkan penelitian untuk aplikasi regional, nasional dan lokal; mendukung aksi oleh masyarakat lokal dan otoritas; dan mendukung diskusi antara kebijakan dan ilmu untuk pengambilan keputusan;
- (c) Bisnis, asosiasi profesi dan lembaga keuangan swasta, termasuk regulator keuangan dan badan akuntansi, serta yayasan filantropi, 37 untuk mengintegrasikan manajemen risiko bencana, termasuk kelangsungan bisnis, menjadi model bisnis dan praktek melalui investasi yang terinformasi risiko bencana, khususnya di mikro, kecil dan menengah; terlibat dalam peningkatan kesadaran dan pelatihan bagi karyawan dan pelanggan mereka; terlibat dan mendukung penelitian dan inovasi, juga pengembangan teknologi manajemen risiko bencana; berbagi dan menyebarkan pengetahuan, praktik dan data non-sensitif; dan secara aktif berpartisipasi di bawah bimbingan sektor publik, dalam pengembangan kerangka normatif dan standar teknis yang menyertakan manajemen risiko bencana;
- (d) Media mengambil peran aktif dan inklusif di tingkat lokal, nasional, regional dan global untuk berkontribusi dalam peningkatan kesadaran masyarakat dan pemahaman serta menyebarkan informasi risiko bencana yang akurat, non-sensitif, bahaya dan bencana, termasuk bencana skala kecil, secara sederhana, transparan, mudah dipahami dan dapat diakses, bekerjasama dengan otoritas nasional; mengadopsi kebijakan komunikasi pengurangan risiko bencana spesifik; mendukung sistem peringatan dini yang sesuai dan tindakan perlindungan kehidupan; dan merangsang budaya pencegahan dan keterlibatan kuat masyarakat dalam kampanye pendidikan publik dan konsultasi publik yang berkelanjutan di semua tingkatan masyarakat, sesuai praktek nasional.

TUGAS

Lakukan diskusi dan tanya jawab materi Konsep dan konteks bencana alam !

POST TEST

1. Kegiatan mitigasi bencana merupakan kegiatan yang....
 - a. Bersifat sosial

- b. Rutin dan berkelanjutan
 - c. Bersifat taktis
 - d. Bersifat insidental
 - e. Hanya dilakukan ditempat tertentu
2. Hal yang tidak termasuk langkah-langkah mitigasi bencana tanah longsor adalah....
- a. Menangkap pembalok hutan
 - b. Melakukan reboisasi
 - c. Membuat saluran irigasi
 - d. Membuat terasering
 - e. Melakukan penambangan di perbukitan
3. Perhatikan pernyataan-pernyataan berikut.
- 1. Melakukan sosialisasi ke masyarakat tentang kebakaran hutan
 - 2. Membuka lahan tanpa membakar hutan
 - 3. Melakukan patroli hutan secara berkala
 - 4. Menanami hutan dengan tanaman tahan panas
 - 5. Menanami hutan secara tumpang sari
- Langkah-langkah mitigasi kebakaran hutan ditunjukkan nomor....
- a. 1,2, dan 3
 - b. 1,2, dan 4
 - c. 1,2, dan 5
 - d. 2,4, dan 5
 - e. 3,4, dan 5
4. Data hasil pantauan aktivitas gunung api dilaporkan ke....
- a. BMKG
 - b. BASARNAS
 - c. Kementerian ESDM
 - d. PVMBG
 - e. BPPT
5. Jenis bencana alam yang paling sering terjadi di Indonesia adalah....
- a. Banjir dan badai
 - b. Tanah longsor dan gempa bumi
 - c. Letusan gunung api dan gempa bumi
 - d. Badai dan tanah longsor
 - e. Kekeringan dan tanah longsor
6. Kunci Jawaban :
7. A
8. B
9. E
10. A
11. D

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

MODUL VI. PEMETAAN DALAM PENANGGULANGAN BENCANA

1. Tema Modul : Modul Praktikum Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804
3. Jumlah SKS : 2 SKS (T:1, P:1)
4. Alokasi waktu : P=170 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran: Mahasiswa mampu menjelaskan pemetaan dalam penanggulangan bencana
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi pemetaan dalam penanggulangan bencana dengan melakukan membuat pemetaan dalam penanggulangan bencana
8. Karakteristik mahasiswa :
Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori pemetaan dalam penanggulangan bencana
9. Target Kompetensi :
Mahasiswa dapat menjelaskan konsep dan konteks bencana alam di Indonesia
10. Indikator :
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan konteks bencana alam di Indonesia
11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Strategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, membuat pemetaan dalam penanggulangan bencana dan presentasi
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 1). Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
 - 2). Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - a). Membuat pemetaan dalam penanggulangan bencana
 - b). Mempresentasikan hasil pembuatan pemetaan dalam penanggulangan bencana
 - b. Peran Pendidik / Dosen
 - 1) Sebagai fasilitator

2) Sebagai mediator

15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
17. Daftar Pustaka
 - a. Cunningham, F Gary at all. 2001. William obstetric 21th edition. United States of America : the mcGraw hill companies
 - b. Depkes 2002, Ditjen Yanmedik, Pedoman Evakuasi Medik, Jakarta
 - c. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - d. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - e. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - f. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - g. Pedoman Pengelolaan Hipertensi Dalam Kehamilan di Indonesia, Edisi 2. Himpunan Kedokteran Fetomaternal . POGI 200
 - h. Pusdiknakes. 2003. Konsep asuhan Kebidanan. WHO-JPHIEGO. Jakarta
 - i. Winkjosastro, hanifa. 2005. Ilmu Kebidanan. Jakarta : YBP
 - j. Williams Obstetrics, Twenty-Third Edition , 2010 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
 - k. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta
 - l. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

MATERI

Tujuan

Maksud dari pekerjaan Pemetaan Kawasan Rawan Bencana ini adalah untuk menentukan lokasi daerah rawan bencana Kabupaten Pesawaran yang dapat dijadikan sebagai acuan dalam penanggulan bencana dan mitigasi bencana.

Bencana adalah sesuatu yang tidak terpisahkan dari sistem yang ada di muka bumi, baik secara alamiah ataupun akibat ulah manusia. Indonesia merupakan Negara yang memiliki banyak sekali potensi bencana karna berdasarkan letaknya Indonesia terletak diantara pertemuan 3 lempeng besar yaitu Lempeng Hindia-Australia, Lempeng Eurasia dan Lempeng Pasifik. Pertemuan 3 lempeng besar ini menjadikan Negara Indonesia memiliki fenomena alam yang kompleks mulai dari pegunungan, perbukitan dan dataran. Proses geologi merupakan siklus di bumi dalam mencapai titik keseimbangan yang sering menjadi fenomena ancaman seperti gempa bumi, tsunami, longsor, banjir, angin puting beliung, dan sebagainya. Kondisi ini dapat diprediksi berdasarkan parameter-parameter pemicunya meliputi kondisi geologis dan geomorfologis, sehingga dapat dipetakan sebaran dan dampaknya terhadap sistem yang ada di bawahnya dengan menggunakan analisis spasial dan analisis database.

Konsep Peta Risiko

Risiko bencana dapat dinilai tingkatannya berdasarkan besar kecilnya tingkat ancaman dan kerentanan pada suatu wilayah. Analisis risiko bencana dapat dilakukan dengan berbagai metode salah satunya adalah metode pemetaan berbasis Sistem Informasi Geografis (SIG). Dewasa ini berbagai pihak telah mencoba untuk menyusun peta risiko bencana, belum adanya standarisasi dalam metode penyusunan peta risiko menyebabkan setiap lembaga atau institusi memiliki metode yang berbeda dalam penyusunan peta risiko. Secara mendasar pemahaman tentang konsep bencana menjadi dasar yang kuat dalam melakukan pemetaan risiko bencana yang dapat diaplikasikan kedalam Sistem Informasi Geografis (SIG) yang dapat ditampilkan secara spasial dan menghasilkan peta ancaman, peta kerentanan, peta kapasitas dan peta risiko bencana.

Komponen Peta

Peta Ancaman adalah gambaran atau representasi suatu wilayah atau lokasi yang menyatakan kondisi wilayah yang memiliki suatu ancaman atau bahaya tertentu. Misalnya : Peta KRB Gunungapi Kelud, Peta KRB Gunungapi Merapi, Peta bahaya longsor, Peta kawasan Rawan Banjir

Peta Kerentanan adalah : gambaran atau representasi suatu wilayah atau lokasi yang menyatakan kondisi wilayah yang memiliki suatu kerentanan tertentu pada aset-aset penghidupan dan kehidupan yang dimiliki yang dapat mengakibatkan risiko bencana. Contoh : Peta kerentanan penduduk, peta kerentanan aset, peta kerentanan pendidikan, peta kerentanan lokasi

Peta Kapasitas adalah : gambaran atau representasi suatu wilayah atau lokasi yang menyatakan kondisi wilayah yang memiliki suatu kapasitas tertentu yang dapat mengurangi risiko bencana. Contoh : peta sarana kesehatan, peta alat peringatan dini, peta evakuasi, peta pengungsian, peta jumlah tenaga medis, peta tingkat ekonomi masyarakat.

Peta Risiko Bencana adalah :gambaran atau representasi suatu wilayah atau lokasi yang menyatakan kondisi wilayah yang memiliki tingkat risiko tertentu berdasarkan adanya parameter-parameter ancaman, kerentanan dan kapasitas yang ada di suatu wilayah. Contoh : peta risiko bencana banjir, peta risiko bencana longsor, peta risiko bencana gempa.

Dalam metode analisis risiko dengan menggunakan GIS untuk menghasilkan peta risiko, yang paling utama adalah pemilihan parameter dan indikator masing-masing analisis risiko

1. Analisis ancaman gempa misalnya : sejarah kejadian gempa, zonasi patahan, struktur geologi, jenis batuan, geomorfologi wilayah, dll
2. Analisis ancaman banjir misalnya : peta rawan banjir, jumlah rata-rata curah hujan, sejarah kejadian banjir, luasan wilayah yang terkena dampak, jumlah curah hujan, jenis batuan, jenis tanah, morfologi, kemiringan lereng, densitas sungai dalam suatu DAS, dll
3. parameter ancaman longsor misalnya sejarah kejadian longsor, jenis batuan, kemiringan lereng, morfologi, jenis tanah, curah hujan, dll
4. parameter kerentanan misalnya : jumlah penduduk, kepadatan penduduk, kepadatan pemukiman, jumlah KK miskin, jumlah kelompok rentan, jumlah rumah di kawasan rawan bencana, jumlah KK di kawasan rawan bencana, jauh dekatnya pemukiman dari daerah rawan, jumlah penduduk tidak bisa baca tulis, penggunaan lahan di kawasan rawan, tingkat mata pencaharian, dll
5. parameter kapasitas misalnya : jumlah tenaga kesehatan, jumlah sarana kesehatan, jumlah penduduk yang sekolah, jumlah sekolah, desa yang punya kebijakan PB, desa yang pernah mendapat pelatihan PB, keberadaan organisasi PB di masyarakat, keberadaan alat peringatan dini

Sifat Riskmap

1. Dinamis : analisis risiko bukan sesuatu yang mati tetapi suatu analisis yang dinamis dapat berubah setiap saat tergantung upaya-upaya yang sudah dilakukan untuk PRB. Dalam hal ini konsultan menawarkan bagaimana konsep update analisis risiko dengan peta risiko bencana di daerah yang dapat dilakukan setiap saat oleh instansi yang berwenang di daerah, karna dalam GIS proses penyusunan database menjadi dasar yang kuat untuk analisis spasial
2. Partisipatif : konsultan menawarkan bukan hanya sekedar hasil peta risiko dan laporan semata, tapi lebih pada proses yang partisipatif dan berkelanjutan
3. Akuntabel : hasil peta risiko dapat dipertanggungjawabkan, data-data yang diperoleh dari seluruh instansi di kabupaten harus melalui proses validasi dan dapat dipertanggungjawabkan kebenaran, sehingga hasil analisis risiko bisa berkelanjutan.

Manfaat Risk Map

1. Terpetakannya sebaran-sebaran ancaman yang ada, kondisi kerentanan dan kapasitas aset penghidupan dan kehidupan masyarakat (aset alam, aset ekonomi, aset manusia, aset infrastruktur, dan aset sosial) yang berada di daerah rawan bencana
2. Sebagai alat analisis risiko bencana berbasis spasial dan database meliputi analisis ancaman dan sebarannya, analisis kerentanan dan analisis kapasitas dari masing-masing ancaman yang ada di suatu wilayah
3. Untuk analisis risiko pada suatu wilayah berdasarkan ancaman yang ada sebagai dasar pijakan bagi pemerintah dalam membuat perencanaan penanggulangan bencana, meliputi kebijakan PB, RAD, RPB, Kontinjensi

Metodologi

Penyusunan peta risiko bencana dilandaskan pada formula yang disepakati dalam Hyogo Framework yang memasukkan parameter ancaman, kerentanan dan kapasitas dengan melakukan penyusunan database pada setiap komponen-komponen dan memilah data berdasarkan parameter-parameter yang ditentukan yang diformulasikan kedalam rumus :

Risiko Bencana = Ancaman x Kerentanan/Kapasitas

Penentuan parameter dilakukan berdasarkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi masing-masing parameter yang dipilih. Setiap parameter akan diskor berdasarkan pembagian nilai yang ditentukan oleh peneliti secara kuantitatif dan dibagi dalam tiga tingkatan : tinggi (3), sedang (2) dan rendah(1). Hasil skoring ini kemudian dibobot. Besar kecilnya pembobotan dilakukan berdasarkan besar kecilnya faktor yang mempengaruhi risiko bencana, dimana faktor terbesarnya adalah ancaman akan dibobot lebih tinggi dan faktor terkecil adalah kerentanan dan kapasitas yang akan dibobot lebih kecil. Semua parameter yang dipilih akan dihitung skor total dan skor bobot total dan ditumpang susun dengan data spasial (peta geologi, peta geomorfologi, peta KRB, peta tataguna lahan, peta kelerengan, dan peta administrasi). Dari analisa spasial menghasilkan peta kerentanan, peta kapasitas, peta ancaman. Peta risiko bencana didapat dari hasil penggabungan parameter ancaman, parameter kerentanan, parameter kapasitas dan data spasial dari masing-masing objek dalam aplikasi sistem informasi geografis.

Tahapan Penyusunan Peta Risiko Bencana

1. Studi literatur dan pengumpulan data sekunder (buku, jurnal, data podes, peta dasar, peta geologi, peta tatagunalahan, peta tanah, peta morfologi, data demografi dan monografi)
2. Analisis risiko bencana berdasarkan ancaman yang ada sebagai dasar awal untuk melangkah dalam melakukan analisis risiko berbasis peta/GIS
3. Penentuan parameter berdasarkan data-data primer dan sekunder (parameter ancaman, parameter kerentanan dan parameter kapasitas) dilakukan secara partisipatif dalam suatu FGD
4. Pengambilan data primer di lapangan
5. Penyusunan database dan data spasial dalam Sistem Informasi Geografis
6. Skoring dan pembobotan pada setiap parameter
7. Pembuatan Peta Tematik dengan metode tumpang susun (*overlay*) meliputi Peta Ancaman, Peta Kerentanan, Peta Kapasitas
8. Pembuatan peta risiko bencana dengan metode tumpang susun dari total ancaman, total kerentanan dan total kapasitas.
9. Deseminasi kepada semua pihak dalam suatu FGD
10. Publikasi dan evaluasi dalam suatu kegiatan seminar hasil

Hubungan Peta Risiko Dengan Kebijakan PB dan Pembangunan Daerah

Peta risiko bencana merupakan alat analisis risiko spasial dan database yang dapat diintegrasikan dalam perencanaan tata ruang untuk mengoptimalkan pembangunan berkelanjutan dalam perspektif pengurangan risiko bencana. Dalam konteks risiko, bencana dapat memberi peluang terhadap pembangunan atau dapat memundurkan pembangunan, untuk itu pentingnya pemetaan risiko bencana dilakukan agar dapat menjadi acuan bagi daerah dalam perencanaan pembangunan yang

berperspektif penanggulangan bencana dan pengurangan risiko bencana berbasis tataruang. Sasaran kebijakan dan pembangunan akan menjadi lebih jelas

1. untuk menagani ancaman seperti melakukan mitigasi pada daerah-daerah rawan bencana
2. untuk menangani kerentanan dan kapasitas seperti peningkatan kapasitas lokal, pengamanan aset penghidupan dan kehidupan, menekan laju pertumbuhan penduduk pada daerah rawan, membangun kesiapsiagaan di masyarakat, membangun sistem peringatan dini, melakukan rencana aksi PB-PRB

RANGKUMAN

1. Bencana adalah sesuatu yang tidak terpisahkan dari sistem yang ada di muka bumi, baik secara alamiah ataupun akibat ulah manusia. Indonesia merupakan Negara yang memiliki banyak sekali potensi bencana karna berdasarkan letaknya Indonesia terletak diantara pertemuan 3 lempeng besar yaitu Lempeng Hindia-Australia, Lempeng Eurasia dan Lempeng Pasifik. Pertemuan 3 lempeng besar ini menjadikan Negara Indonesia memiliki fenomena alam yang kompleks mulai dari pegunungan, perbukitan dan dataran.
2. Risiko bencana dapat dinilai tingkatannya berdasarkan besar kecilnya tingkat ancaman dan kerentanan pada suatu wilayah. Analisis risiko bencana dapat dilakukan dengan berbagai metode salah satunya adalah metode pemetaan berbasis Sistem Informasi Geografis (SIG).
3. Peta Ancaman adalah gambaran atau representasi suatu wilayah atau lokasi yang menyatakan kondisi wilayah yang memiliki suatu ancaman atau bahaya tertentu. Misalnya : Peta KRB Gunungapi Kelud, Peta KRB Gunungapi Merapi, Peta bahaya longsor, Peta kawasan Rawan Banjir
4. Peta Kerentanan adalah : gambaran atau representasi suatu wilayah atau lokasi yang menyatakan kondisi wilayah yang memiliki suatu kerentanan tertentu pada aset-aset penghidupan dan kehidupan yang dimiliki yang dapat mengakibatkan risiko bencana. Contoh : Peta kerentanan penduduk, peta kerentanan aset, peta kerentanan pendidikan, peta kerentanan lokasi
5. Peta Kapasitas adalah : gambaran atau representasi suatu wilayah atau lokasi yang menyatakan kondisi wilayah yang memiliki suatu kapasitas tertentu yang dapat mengurangi risiko bencana. Contoh : peta sarana kesehatan, peta alat peringatan dini, peta evakuasi, peta pengungsian, peta jumlah tenaga medis, peta tingkat ekonomi masyarakat.
6. Peta Risiko Bencana adalah :gambaran atau representasi suatu wilayah atau lokasi yang menyatakan kondisi wilayah yang memiliki tingkat risiko tertentu berdasarkan adanya parameter-parameter ancaman, kerentanan dan kapasitas yang ada di suatu wilayah.
7. Dinamis : analisis risiko bukan sesuatu yang mati tetapi suatu analisis yang dinamis dapat berubah setiap saat tergantung upaya-upaya yang sudah dilakukan untuk PRB. Dalam hal ini konsultan menawarkan bagaimana konsep update analisis risiko dengan peta risiko bencana di daerah yang dapat dilakukan setiap saat oleh instansi yang berwenang di daerah, karna dalam GIS proses penyusunan database menjadi dasar yang kuat untuk analisis spasial
8. Partisipatif : konsultan menawarkan bukan hanya sekedar hasil peta risiko dan laporan semata, tapi lebih pada proses yang partisipatif dan berkelanjutan
9. Akuntabel : hasil peta risiko dapat dipertanggungjawabkan, data-data yang diperoleh dari seluruh instansi di kabupaten harus melalui proses validasi dan dapat dipertanggungjawabkan kebenaran, sehingga hasil analisis risiko bisa berkelanjutan.
10. Dari analisa spasial menghasilkan peta kerentanan, peta kapasitas, peta ancaman. Peta risiko bencana didapat dari hasil penggabungan parameter ancaman, parameter kerentanan, parameter kapasitas dan data spasial dari masing-masing objek dalam aplikasi sistem informasi geografis.

TUGAS

Lakukan pembuatan pemetaan dalam penanggulangan bencana masing-masing individu, dipresentasikan di depan kelas !

POST TEST

1. Serangkaian upaya untuk mengurangi risiko bencana melalui pembangunan fisik maupun penyadaran dan peningkatan kemampuan menghadapi ancaman bencana merupakan...
 - A. Mitigasi
 - B. Pencegahan
 - C. Kesiapsiagaan
 - D. tanggap darurat
 - E. Pemulihan
2. serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna merupakan...
 - A. Mitigasi
 - B. Pencegahan
 - C. Kesiapsiagaan
 - D. Tanggap darurat
 - E. Pemulihan
3. Serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pengurusan pengungsi, penyelamatan, serta pemulihan prasarana dan sarana adalah..
 - A. Mitigasi
 - B. Pencegahan
 - C. Kesiapsiagaan
 - D. Tanggap darurat
 - E. Pemulihan
4. Indeks resiko bencana sama dengan hazard dan vulnerability komunitas tetapi berbanding terbalik dengan ...
 - A. Ancaman
 - B. Kerentanan
 - C. Dampak
 - D. Kesiapsiagaan
 - E. Kapasitas masyarakat dan pemerintah
5. Serangkaian kegiatan untuk mengembalikan kondisi masyarakat dan lingkungan hidup yang terkena bencana dengan memfungsikan kembali kelembagaan, prasarana, dan sarana dengan melakukan upaya rehabilitasi adalah...
 - A. Mitigasi
 - B. Pencegahan
 - C. Pemulihan
 - D. Kesiapsiagaan
 - E. TaNggap darurat

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

1. Tema Modul : Modul Praktikum Tahapan dalam Penanggulangan Bencana
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804
3. Jumlah SKS : 2 SKS (T:1, P:1)
4. Alokasi waktu : P=170 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :
Mahasiswa mampu menjelaskan tahapan dalam penanggulangan bencana
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi tahapan dalam penanggulangan bencana dengan melakukan membuat peran dan koordinasi sektor/lembaga dalam penanggulangan bencana
8. Karakteristik mahasiswa :
Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori tahapan dalam penanggulangan bencana
9. Target Kompetensi :
Mahasiswa dapat menjelaskan tahapan dalam penanggulangan bencana
10. Indikator :
Mahasiswa mampu menjelaskan tahapan dalam penanggulangan bencana
11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Strategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, membuat peran dan koordinasi sektor/lembaga dalam penanggulangan bencana
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 1) Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
 - 2) Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - a. Membuat peran dan koordinasi sektor/lembaga dalam penanggulangan bencana
 - b. Peran Pendidik / Dosen
 - 1) Sebagai fasilitator
 - 2) Sebagai mediator
15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
17. Daftar Pustaka
 - a. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - b. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - c. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - d. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - e. Pedoman Pengelolaan Hipertensi Dalam Kehamilan di Indonesia, Edisi 2. Himpunan Kedokteran Fetomaternal . POGI 200
 - f. Pusdiknakes. 2003. Konsep asuhan Kebidanan. WHO-JPHIEGO. Jakarta
 - g. Winkjosastro, hanifa. 2005. Ilmu Kebidanan. Jakarta : YBP
 - h. Williams Obstetrics, Twenty-Third Edition , 2010 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
 - i. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta

- j. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

MATERI

TAHAPAN PENANGGULANGAN BENCANA

1. Ada 9 kegiatan dlm tahap kesiapsiagaan :
2. Penilaian risiko (risk assessment)
3. Perencanaan siaga (contingency planning)
4. Mobilisasi Sumberdaya (resource mobilization)
5. Pendidikan dan Pelatihan (training & education)
6. Koordinasi (coordination)
7. Mekanisme Respon (response mechanism)
8. Peringatan Dini (early warning)



Dalam upaya menerapkan manajemen penanggulangan bencana, dilaksanakan melalui 3 (tiga) tahapan sebagai berikut:

1. Tahap pra-bencana yang dilaksanakan ketika sedang tidak terjadi bencana dan ketika sedang dalam ancaman potensi bencana
2. Tahap tanggap darurat yang dirancang dan dilaksanakan pada saat sedang terjadi bencana.
3. Tahap pasca bencana yang dalam saat setelah terjadi bencana.

TAHAP PRA BENCANA

Tahap Pencegahan dan Mitigasi

Tahap pencegahan dan mitigasi bencana dilakukan untuk mengurangi serta menanggulangi resiko bencana. Rangkaian upaya yang dilakukan dapat berupa perbaikan dan modifikasi lingkungan fisik maupun penyadaran serta peningkatan kemampuan menghadapi ancaman bencana.

Tahap pencegahan dan mitigasi bencana dapat dilakukan secara struktural maupun kultural (non struktural). Secara struktural upaya yang dilakukan untuk mengurangi kerentanan (*vulnerability*) terhadap bencana adalah rekayasa teknis bangunan tahan bencana. Sedangkan secara kultural upaya untuk mengurangi kerentanan (*vulnerability*) terhadap bencana adalah dengan cara mengubah paradigma, meningkatkan pengetahuan dan

sikap sehingga terbangun masyarakat yang tangguh. Mitigasi kultural termasuk di dalamnya adalah membuat masyarakat peduli terhadap lingkungannya untuk meminimalkan terjadinya bencana.

Kegiatan yang secara umum dapat dilakukan pada tahapan ini adalah:

1. membuat peta atau denah wilayah yang sangat rawan terhadap bencana
2. pembuatan alarm bencana
3. membuat bangunan tahan terhadap bencana tertentu
4. memberi penyuluhan serta pendidikan yang mendalam terhadap masyarakat yang berada di wilayah rawan bencana.

Tahap Kesiapsiagaan

Tahap kesiapsiagaan dilakukan menjelang sebuah bencana akan terjadi. Pada tahap ini alam menunjukkan tanda atau signal bahwa bencana akan segera terjadi. Maka pada tahapan ini, seluruh elemen terutama masyarakat perlu memiliki kesiapan dan selalu siaga untuk menghadapi bencana tersebut.

Pada tahap ini terdapat proses Renkon yang merupakan singkatan dari Rencana Kontinjensi. Kontinjensi adalah suatu keadaan atau situasi yang diperkirakan akan segera terjadi, tetapi mungkin juga tidak akan terjadi. Rencana Kontinjensi berarti suatu proses identifikasi dan penyusunan rencana yang didasarkan pada keadaan kontinjensi atau yang belum tentu tersebut. Suatu rencana kontinjensi mungkin tidak selalu pernah diaktifkan, jika keadaan yang diperkirakan tidak terjadi.

Secara umum, kegiatan pada tahap kesiapsiagaan antara lain:

1. menyusun rencana pengembangan sistem peringatan, pemeliharaan persediaan dan pelatihan personil.
2. menyusun langkah-langkah pencarian dan penyelamatan serta rencana evakuasi untuk daerah yang mungkin menghadapi risiko dari bencana berulang.
3. melakukan langkah-langkah kesiapan tersebut dilakukan sebelum peristiwa bencana terjadi dan ditujukan untuk meminimalkan korban jiwa, gangguan layanan, dan kerusakan saat bencana terjadi.

TAHAP TANGGAP DARURAT

Tahap tanggap darurat dilakukan saat kejadian bencana terjadi. Kegiatan pada tahap tanggap darurat yang secara umum berlaku pada semua jenis bencana antara lain:

1. Menyelamatkan diri dan orang terdekat.
2. Jangan panik.
3. Untuk bisa menyelamatkan orang lain, anda harus dalam kondisi selamat.
4. Lari atau menjauh dari pusat bencana tidak perlu membawa barang-barang apa pun.
5. Lindungi diri dari benda-benda yang mungkin melukai diri.

TAHAP REHABILITASI DAN REKONSTRUKSI

Tahapan rehabilitasi dan rekonstruksi biasa dilakukan setelah terjadinya bencana. Kegiatan inti pada tahapan ini adalah:

1. Bantuan Darurat

- Mendirikan pos komando bantuan
- Berkoordinasi dengan Satuan Koordinator Pelaksana Penanggulangan Bencana (SATKORLAK PBP) dan pemberi bantuan yang lain.
- Mendirikan tenda-tenda penampungan, dapur umum, pos kesehatan dan pos koordinasi.
- Mendistribusikan obat-obatan, bahan makanan dan pakaian.
- Mencari dan menempatkan para korban di tenda atau pos pengungsian.
- Membantu petugas medis untuk pengobatan dan mengelompokkan korban.
- Mencari, mengevakuasi, dan makamkan korban meninggal.

2. Inventarisasi kerusakan

- Pada tahapan ini dilakukan pendataan terhadap berbagai kerusakan yang terjadi, baik bangunan, fasilitas umum, lahan pertanian, dan sebagainya.

3. Evaluasi kerusakan

- Pada tahapan ini dilakukan pembahasan mengenai kekurangan dan kelebihan dalam penanggulangan bencana yang telah dilakukan. Perbaikan dalam penanggulangan bencana diharapkan dapat dicapai pada tahapan ini.

4. Pemulihan (*Recovery*)

- Pada tahapan ini dilakukan pemulihan atau mengembalikan kondisi lingkungan yang rusak atau kacau akibat bencana seperti pada mulanya. Pemulihan ini tidak hanya dilakukan pada lingkungan fisik saja tetapi korban yang terkena bencana juga diberikan pemulihan baik secara fisik maupun mental.

5. Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

- Mulai dirancang tata ruang daerah (master plan) idealnya dengan memberi kepercayaan dan melibatkan seluruh komponen masyarakat utamanya korban bencana. Termasuk dalam kegiatan ini adalah pemetaan wilayah bencana.
- Mulai disusun sistem pengelolaan bencana yang menjadi bagian dari sistem pengelolaan lingkungan
- Pencarian dan penyiapan lahan untuk permukiman tetap
- Relokasi korban dari tenda penampungan
- Mulai dilakukan perbaikan atau pembangunan rumah korban bencana
- Pada tahap ini mulai dilakukan perbaikan fisik fasilitas umum dalam jangka menengah
- Mulai dilakukan pelatihan kerja praktis dan diciptakan lapangan kerja
- Perbaikan atau pembangunan sekolah, sarana ibadah, perkantoran, rumah sakit dan pasar mulai dilakukan
- Fungsi pos komando mulai dititikberatkan pada kegiatan fasilitasi atau pendampingan.

6. Rekonstruksi

- Kegiatan rekonstruksi dilakukan dengan program jangka menengah dan jangka panjang guna perbaikan fisik, sosial dan ekonomi untuk mengembalikan kehidupan masyarakat pada kondisi yang lebih baik dari sebelumnya

7. Melanjutkan pemantauan

- Wilayah yang pernah mengalami sebuah bencana memiliki kemungkinan besar akan mengalami kejadian yang sama kembali. Oleh karena itu perlu dilakukan pemantauan terus-menerus untuk meminimalisir dampak bencana tersebut.

dalam keseluruhan tahapan Penanggulangan Bencana tersebut, ada 3 (tiga) manajemen yang dipakai yaitu :

1. Manajemen Risiko Bencana

Adalah pengaturan upaya penanggulangan bencana dengan penekanan pada faktor-faktor yang mengurangi risiko secara terencana, terkoordinasi, terpadu dan menyeluruh pada saat sebelum terjadinya bencana dengan fase-fase antara lain :

- Pencegahan bencana adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan sebagai upaya untuk menghilangkan dan/atau mengurangi ancaman bencana
- Mitigasi adalah serangkaian upaya untuk mengurangi risiko bencana, baik melalui pembangunan fisik maupun penyadaran dan peningkatan kemampuan menghadapi ancaman bencana
- Kesiapsiagaan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna. Dalam fase ini juga terdapat peringatan dini yaitu serangkaian kegiatan pemberian peringatan sesegera mungkin kepada masyarakat tentang kemungkinan terjadinya bencana pada suatu tempat oleh lembaga yang berwenang

2. **Manajemen Kedaruratan**

Adalah pengaturan upaya penanggulangan bencana dengan penekanan pada faktor-faktor pengurangan jumlah kerugian dan korban serta penanganan pengungsi secara terencana, terkoordinasi, terpadu dan menyeluruh pada saat terjadinya bencana dengan fase nya yaitu :

- Tanggap darurat bencana adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pengurusan pengungsi, penyelamatan, serta pemulihan prasarana dan sarana

3. **Manajemen Pemulihan**

Adalah pengaturan upaya penanggulangan bencana dengan penekanan pada faktor-faktor yang dapat mengembalikan kondisi masyarakat dan lingkungan hidup yang terkena bencana dengan memfungsikan kembali kelembagaan, prasarana, dan sarana secara terencana, terkoordinasi, terpadu dan menyeluruh setelah terjadinya bencana dengan fase-fasenya nya yaitu :

- Rehabilitasi adalah perbaikan dan pemulihan semua aspek pelayanan publik atau masyarakat sampai tingkat yang memadai pada wilayah pascabencana dengan sasaran utama untuk normalisasi atau berjalannya secara wajar semua aspek pemerintahan dan kehidupan masyarakat pada wilayah pascabencana
- Rekonstruksi adalah pembangunan kembali semua prasarana dan sarana, kelembagaan pada wilayah pascabencana, baik pada tingkat pemerintahan maupun masyarakat dengan sasaran utama tumbuh dan berkembangnya kegiatan perekonomian, sosial dan budaya, tegaknya hukum dan ketertiban, dan bangkitnya peran serta masyarakat dalam segala yang ada dengan menampilkan usaha mengurangi keadaan yang salah tersebut

Mitigasi adalah segala upaya yg dilakukan untuk mengurangi dan memperkecil dampak bencana alam. Mitigasi meliputi beberapa kegiatan, diantaranya :

- a. menerbitkan peta wilayah rawan bencana.
- b. memasang rambu-rambu peringatan bahaya dan larangan di wilayah rawan bencana
- c. mengembangkan SDA satuan pelaksana
- d. mengadakan pelatihan penanggulangan bencana kepada warga di wilayah rawan bencana
- e. mengadakan penyuluhan atas upaya peningkatan kewaspadaan masyarakat di wilayah rawan bencana

- f. menyiapkan tempat penampungan sementara di jalur-jalur evakuasi jika bencana terjadi
- g. memindahkan masyarakat yg tinggal di wilayah bencana ke tempat yg aman

RANGKUMAN

1. Kesiap-siagaan :
kesiap-siagaan adalah segala upaya sistematis dan terencana untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya bencana dan mencegah jatuhnya korban jiwa dan kerugian harta benda.
2. Rekonstruksi :
Rekonstruksi adalah segala upaya yg dilakukan untuk membangun kembali(re) sarana prasarana, serta fasilitas umum yg rusak akibat bencana.
3. Rehabilitasi :
Rehabilitasi adalah segala upaya yg dilakukan agar para korban, kerusakan sarana prasarana, serta fasilitas umum dapat berfungsi kembali.
4. Mitigasi adalah segala upaya yg dilakukan untuk mengurangi dan memperkecil dampak bencana alam.

TUGAS

Lakukan pembuatan peran dan koordinasi sektor/lembaga dalam penanggulangan bencana

POST TEST

1. Salah satu pergeseran paradigma pada penanggulangan bencana dari paradigma lama ke baru adalah...
 - A. Anggaran merupakan urusan pemerintah
 - B. Menggunakan cara konvensional
 - C. Penanganan multisektor
 - D. Sistem sentralistik
 - E. Bersifat response
2. Peran BNPB pada tahapan pra bencana adalah...
 - A. Koordinasi , komando, pelaksana
 - B. Koordinasi, komando
 - C. Komando, pelaksana
 - D. Koordinasi, Pelaksana
 - E. Komando
3. Peran BNPB pada tahapan saat bencana adalah
 - A. Koordinasi , komando, pelaksana
 - B. Koordinasi, komando
 - C. Pengatur, pelaksana
 - D. Koordinasi, Pelaksana
 - E. Komando
4. Peran BNPB pada tahapan pasca bencana adalah...
 - A. Komando
 - B. Koordinasi, komando
 - C. Pengatur, pelaksana
 - D. Koordinasi, Pelaksana
 - E. Koordinasi , komando, pelaksana
5. UU yang mengatur tentang penanggulangan bencana adalah..
 - A. UU No. 24 tahun 2007
 - B. UU no 21 tahun 2008
 - C. UU no 22 tahun 2008

- D. UU no 23 tahun 2008
- E. UU no 24 tahun

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

MODULVII. KONSEP PERTOLONGAN PERTAMA KEDARURATAN AKIBAT BENCANA

1. Tema Modul : Modul Praktikum Konsep pertolongan pertama akiibat bencana
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804
3. Jumlah SKS : 2 SKS (T:1, P:1)
4. Alokasi waktu : P=170 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :
Mahasiswa mampu Konsep pertolongan pertama akiibat bencana
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum peran dan koordinasi sektor/lembaga dalam penanggulangan bencana dengan melakukan demonstrasi penilaian dini, bantuan hidup dasar dengan ABC dan RJP
8. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran peran dan koordinasi sektor/lembaga dalam penanggulangan bencana

9. Target Kompetensi :
Mahasiswa dapat menjelaskan tahapan dalam penanggulangan bencana
10. Indikator :
Mahasiswa mampu menjelaskan tahapan dalam penanggulangan bencana
11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Strategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, demonstrasi penilaian dini, bantuan hidup dasar dengan ABC dan RJP
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 1) Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
 - 2) Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - a. Melakukan demonstrasi penilaian dini, bantuan hidup dasar dengan ABC dan RJP
 - b. Peran Pendidik / Dosen
 - 1) Sebagai fasilitator
 - 2) Sebagai mediator
15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
17. Daftar Pustaka
 - a. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - b. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - c. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - d. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - e. Pedoman Pengelolaan Hipertensi Dalam Kehamilan di Indonesia, Edisi 2. Himpunan Kedokteran Fetomaternal . POGI 200
 - f. Puskidnakes. 2003. Konsep asuhan Kebidanan. WHO-JPHIEGO. Jakarta
 - g. Winkjosastro, hanifa. 2005. Ilmu Kebidanan. Jakarta : YBP
 - h. Williams Obstetrics, Twenty-Third Edition , 2010 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
 - i. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta
 - j. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

MATERI

A. Pengertian Kegawatdaruratan

Gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut (UU no 44 tahun 2009). Gawat darurat adalah suatu keadaan yang terjadinya mendadak mengakibatkan seseorang atau banyak orang memerlukan penanganan/pertolongan segera dalam arti pertolongan secara cermat, tepat dan cepat. Apabila tidak mendapatkan pertolongan semacam itu maka korban akan mati atau cacat/ kehilangan

anggota tubuhnya seumur hidup. (Saainin, 2012). Keadaan darurat adalah keadaan yang terjadinya mendadak, sewaktu-waktu/ kapan saja terjadi dimana saja dan dapat menyangkut siapa saja sebagai akibat dari suatu kecelakaan, suatu proses medic atau perjalanan suatu penyakit (Saainin, 2012). Pelayanan gawat darurat tidak hanya memberikan pelayanan untuk mengatasi kondisi kedaruratan yang di alami pasien tetapi juga memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi kecemasan pasien dan keluarga. Keperawatan gawat darurat adalah pelayanan professional keperawatan yang diberikan pada pasien dengan kebutuhan urgen dan kritis. Namun UGD dan klinik kedaruratan sering digunakan untuk masalah yang tidak urgent.

Sehingga filosofi tentang keperawatan gawat darurat menjadi luas, kedaruratan yaitu apapun yang dialami pasien atau keluarga harus di pertimbangkan sebagai kedaruratan (Hati, 2011 dalam Saainin, 2012).

System pelayanan bersifat darurat sehingga perawat dan tenaga medis lainnya harus memiliki kemampuan, keterampilan, tehnik serta ilmu pengetahuan yang tinggi dalam memberikan pertolongan kedaruratan kepada pasien (Saainin, 2012). Pasien yang tiba-tiba dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya dan atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapatkan pertolongan secepatnya.

Kegawatdaruratan medis dapat diartikan menjadi suatu keadaan cedera atau sakit akut yang membutuhkan intervensi segera untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah atau mencegah kecacatan serta rasa sakit pada pasien. Pasien gawat darurat merupakan pasien yang memerlukan pertolongan segera dengan tepat dan cepat untuk mencegah terjadinya kematian atau kecacatan. Dalam penanganannya dibutuhkan bantuan oleh penolong yang profesional. Derajat kegawatdaruratan serta kualitas dari penanganan yang diberikan membutuhkan keterlibatan dari berbagai tingkatan pelayanan, baik dari penolong pertama, teknisi kesehatan kegawatdaruratan serta dokter kegawatdaruratannya itu sendiri.

B. PrinsipKegawatdaruratan

Dalam menangani kasus kegawatdaruratan, penentuan permasalahan utama (diagnosa) dan tindakan pertolongannya harus dilakukan dengan cepat, tepat, dan tenang tidak panik, walaupun suasana keluarga pasien ataupun pengantarnya mungkin dalam kepanikan. Semuanya dilakukan dengan cepat, cermat, dan terarah. Walaupun prosedur pemeriksaan dan pertolongan dilakukan dengan cepat, prinsip komunikasi dan hubungan antara dokter-pasien dalam menerima dan menangani pasien harus tetap diperhatikan.

1. Menghormati hak pasien

Setiap pasien harus diperlakukan dengan rasa hormat, tanpa memandang status sosial dan ekonominya. Dalam hal ini petugas harus memahami dan peka bahwa dalam situasi dan kondisi gawatdarurat perasaan cemas, ketakutan, dan keprihatinan adalah wajar bagi setiap manusia dan keluarga yang mengalaminya.

2. Gentleness

Dalam melakukan pemeriksaan ataupun memberikan pengobatan setiap langkah harus dilakukan dengan penuh kelembutan, termasuk menjelaskan kepada pasien bahwa rasa sakit atau kurang enak tidak dapat dihindari sewaktu melakukan pemeriksaan atau memerikan pengobatan, tetapo prosedur akan dilakukan selembut mungkin sehingga perasaan kurang enak itu diupayakan sesedikit mungkin.

3. Komunikatif

Petugas kesehatan harus berkomunikasi dengan pasien dalam bahasa dan kalimat yang tepat, mudah dipahami, dan memperhatikan nilai norma kultur setempat. Dalam melakukan pemeriksaan, petugas kesehatan harus menjelaskan kepada pasien apa yang akan diperiksa dan apa yang diharapkan. Apabila hasil pemeriksaan normal atau kondisi pasien sudah stabil, upaya untuk memastikan hal itu harus dilakukan. Menjelaskan kondisi yang sebenarnya kepada pasien sangatlah penting.

4. Hak Pasien

Hak-hak pasien harus dihormati seperti penjelasan informed consent, hak pasien untuk menolak pengobatan yang akan diberikan dan kerahasiaan status medik pasien.

5. Dukungan Keluarga (Family Support)

Dukungan keluarga bagi pasien sangat dibutuhkan. Oleh karena itu, petugas kesehatan harus mengupayakan hal itu antara lain dengan senantiasa memberikan penjelasan kepada keluarga pasien tentang kondisi pasien, peka akan masalah keluarga yang berkaitan dengan keterbatasan keuangan, keterbatasan transportasi, dan sebagainya.

Prinsip pada penanganan penderita gawat darurat harus cepat dan tepat serta harus dilakukan segera oleh setiap orang yang pertama menemukan/mengetahui (orang awam, perawat, para medis, dokter), baik didalam maupun diluar rumah sakit karena kejadian ini dapat terjadi setiap saat dan menimpa siapa saja.

1. Bersikap tenang tapi cekatan dan berpikir sebelum bertindak (jangan panik).
2. Sadar peran dalam menghadapi korban dan wali ataupun saksi
3. Melakukan pengkajian yang cepat dan cermat terhadap masalah yang mengancam jiwa (henti napas, nadi tidak teraba, perdarahan hebat, keracunan).
4. Melakukan pengkajian sistematis sebelum melakukan tindakan secara menyeluruh. Pertahankan korban pada posisi datar atau sesuai (kecuali jika ada ortopnea), lindungi korban dari kedinginan.
5. Jika korban sadar jelaskan apa yang terjadi, berikan bantuan untuk menenangkan dan yakinkan akan ditolong.
6. Hindari mengangkat atau memindahkan yang tidak perlu, memindahkan jika hanya ada kondisi yang membahayakan.
7. Jangan di beri minum jika ada trauma abdomen atau perkiraan kemungkinan tindakan anastesi umum dalam waktu dekat.
8. Jangan dipindahkan (ditransportasi) sebelum pertolongan pertama selesai dilakukan dan terdapat alat transportasi yang memadai.

Pengertian Penilaian Dini

suatu proses untuk mengenali dan mengatasi keadaan yang dapat mengancam nyawa penderita dengan cara yang tepat, cepat dan sederhana. Bila dalam pemeriksaan ditemukan adanya masalah, khususnya pada sistem pernafasan dan sistem sirkulasi (henti nafas dan jantung) maka pertolongan langsung melakukan tindakan bantuan hidup dasar dan resusitasi.

Penilaian dini juga diartikan menjadi suatu keadaan cedera atau sakit akut yang membutuhkan intervensi segera untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah rasa sakit pada pasien. Pasien gawat darurat merupakan pasien yang memerlukan pertolongan segera dengan tepat dan cepat untuk mencegah terjadinya kematian atau kecacatan. Respon terhadap keadaan penderita bergantung kuat pada situasinya.

Prinsip Penilaian Dini

Kesan umum

Tentukan kasus trauma / kasus medis

Kasus trauma, disebabkan benturan/kekerasan, mempunyai tanda yang jelas terlihat dan teraba

Kasus medis, berupa segala yang hanya dapat dirasakan oleh penderita, penolong harus mencari informasi mengenai riwayat gangguan melalui tanya jawab pasif (anamnesia)

Periksa respon

Awas : penderita sadar penuh

Suara : penderita jawab ketika dipanggil

Nyeri : penderita bereaksi terhadap rangsangan nyeri

Tidak respon : penderita tidak bereaksi terhadap rangsangan apapun

Pastikan jalan nafas terbuka dengan baik

Keadaan jalan nafas dan respon korban merupakan dasar penatalaksanaan penderita. Pastikan agar jalan nafas korban terbuka dan bersih. Cara menentukan keadaan jalan nafas tergantung dari keadaan penderita apakah ada respons atau tidak.

Korban dengan respon baik

Perhatikan pada saat korban berbicara, perhatikan ada tidaknya gangguan suara atau gangguan bicara, atau suara tambahan? Suara tambahan ini dapat menjadi petunjuk adanya gigi, darah atau benda lainnya dalam saluran nafas. Nilai juga apakah penderita itu dapat mengucapkan suatu kalimat tanpa terputus atau tidak.

Korban yang tidak respon

Perlu dilakukan tindakan segera untuk memastikan jalan nafas terbuka. Bila tidak ada kecurigaan cedera spinal gunakan teknik ANGKAT DAGU-TEKAN DAHI. Sebaliknya bila terdapat cedera spinal gunakan teknik PERASAT PENDORONGAN RAHANG BAWAH. Pemeriksaan jalan nafas tidak hanya dilakukan satu kali saja, namun berulang kali dan terus menerus terutama pada korban yang mengalami cedera berat atau banyak muntah.

Nilai pernafasannya

Setelah jalan nafas dipastikan terbuka dengan baik dan bersih, maka sebagai penolong harus menentukan pernafasan penderita. Periksa ada atau tidaknya nafas korban dengan cara LIHAT, DENGAR dan RASAKAN selama 3-5 detik. Penilaian dini tidak terlalu terbatas hanya pada ada atau tidak adanya nafas, tapi juga pada kualitas nafas itu sendiri, apakah korban cukup untuk mempertahankan kehidupan. Bila ternyata penderita tidak bernafas maka segera lakukan tindakan bantuan hidup dasar dan resusitasi jantung paru.

Nilai sirkulasi dan hentikan perdarahan berat

Pada pemeriksaan ini penolong menilai apakah jantung korban melakukan tugasnya untuk memompakan darah ke seluruh tubuh atau tidak. Pastikan denyut jantung cukup baik dan tidak ada perdarahan yang membahayakan nyawa.

Korban respon

Periksa nadi radial (pergelangan tangan), untuk bayi pada nadi brakial (bagian dalam lengan atas).

Korban tidak respon

Periksa nadi karotis (leher), pada bayi tetap pada nadi brakial. Pemeriksaan dilakukan dengan interval waktu 5-10 detik. Bila tidak ada segera lakukan tindakan resusitasi jantung paru.

Hubungi bantuan

Apabila dirasa perlu atau bagi yang memang awam terhadap pertolongan pertama segeralah minta bantuan rujukan. Mintalah bantuan kepada orang lain untuk melakukannya atau lakukan sendiri. Pesan yang disampaikan harus singkat, jelas dan lengkap. Hubungi bantuan segera bila segera lakukan pemeriksaan berikutnya sesuai dengan kasus yang dihadapi yaitu kasus trauma atau kasus medis. Penilaian dini dilakukan secara terarah terlebih dahulu baru dilanjutkan dengan pemeriksaan nyawa sudah harus ditanggulangi sebelum melanjutkan pemeriksaan fisik.

Pengertian Resusitasi Jantung Paru

suatu upaya untuk mengambil alih sementara fungsi nafas dan sirkulasi yang berhenti oleh berbagai sebab keadaan normal.

Bantuan hidup dasar harus segera dilaksanakan oleh penolong apabila dalam penilaian dini penderita ditemukan salah satu dari masalah antara lain : tersumbatnya jalan nafas, tidak menemukan adanya nafas serta tidak ditemukan adanya tanda-tanda nadi. Seperti diketahui bahwa tujuan dari P3K (Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan) salah satunya ialah menyelamatkan jiwa penderita sehingga dapat selamat dari kematian.

Dalam memberikan bantuan hidup dasar dikenal tiga tahap utama yaitu : penguasaan jalan nafas, bantuan pernafasan dan bantuan sirkulasi darah yang lebih dikenal juga dengan istilah pijatan jantung luar dan penghentian perdarahan besar.

Tujuan Resusitasi Jantung Paru

Resusitasi jantung paru bertujuan untuk mengembalikan fungsi nafas dan juga sirkulasi agar oksigen dan darah sampai keseluruh tubuh (Cardiopulmonary resuscitation, 2017).

Prinsip Resusitasi Jantung Paru

Membebaskan Jalan Nafas.

Pada penderita dimana tidak ditemukan adanya pernafasan, maka harus dipastikan penolong memeriksa jalan nafas apakah terdapat benda asing ataupun terdapat lidah penderita yang menghalangi jalan nafas.

Teknik angkat dagu tekan dahi.

Teknik ini dilakukan pada penderita yang tidak mengalami cedera kepala, leher maupun tulang belakang.

Teknik jaw thrus maneuver (mendorong rahang bawah).

Teknik ini digunakan pada penderita yang mengalami cedera kepala, leher maupun tulang belakang.

Membersihkan Jalan Nafas.

Teknik sapuan jari.

Teknik ini hanya digunakan pada penderita yang tidak respon / tidak sadar untuk membersihkan benda asing yang masuk ke jalan nafas penderita. Jari telunjuk ditekuk seperti kait untuk mengambil benda asing yang menghalangi jalan nafas

Posisi pemulihan.

Bila penderita dapat bernafas dengan baik dan tidak ditemukan adanya cedera leher maupun tulang belakang. Posisi penderita dimiringkan menyerupai posisi tidur miring. Dengan posisi ini diharapkan mencegah terjadinya penyumbatan jalan nafas dan apabila terdapat cairan pada jalur nafas maka cairan tersebut dapat mengalir keluar melalui mulut sehingga tidak masuk ke jalan nafas.

Sumbatan Jalan Nafas.

Sumbatan jalan nafas umumnya terjadi pada saluran nafas bagian bawah yaitu bagian bawah laring (tenggorokan) sampai lanjutannya. Umumnya sumbatan jalan nafas pada penderita respon/sadar ialah karena makanan dan benda asing lainnya, sedangkan pada penderita tidak respon / tidak sadar ialah lidah yang menekuk ke belakang. Untuk mengatasinya umumnya menggunakan teknik heimlich maneuver (hentakan perut-dada).

Heimlich maneuver pada penderita respon / sadar. Penolong berdiri dibelakang penderita. Tangan penolong dirangkulkan tepat di pusar dan penderita. Hentakkan rangkulan tangan ke arah belakang dan atas dan minta penderita memuntahkannya.

Heimlich maneuver penderita tidak respon / tidak sadar. Baringkan penderita dengan posisi terlentang. Penolong berjongkok diatas paha penderita. Posisikan kedua tumit tangan diantara pusar dan iga kemudian lakukan hentakan perut kearah atas sebanyak 5 kali. Periksa mulut penderita bilamana terdapat benda asing yang keluar dari mulut penderita. Lakukan sebanyak 2-5 kali sampai jalan nafas terbuka.

Heimlich maneuver pada penderita kegemukan atau wanita hamil yang respon / sadar. Penolong berdiri di belakang penderita. Posisikan kedua tangan merangkul dada penderita melalui bawah ketiak. Posisikan rangkulan tangan tepat di pertengahan tulang dada dan lakukan hentakan dada sambil meminta penderita memuntahkan benda asing yang menyumbat. Lakukan berulang kali sampai berhasil atau penderita menjadi tidak respon / tidak sadar.

Heimlich maneuver pada penderita kegemukan atau wanita hamil yang tidak respon / tidak sadar. Langkahnya sama dengan Heimlich maneuver pada penderita tidak respon/tidak sadar, namun posisi penolong ada disamping penderita dan posisi tumit tangan pada pertengahan tulang dada

penderita ditemukan salah satu dari masalah antara lain : tersumbatnya jalan nafas, tidak menemukan adanya nafas serta tidak ditemukan adanya tanda-tanda nadi. Seperti diketahui bahwa tujuan dari P3K (Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan) salah satunya ialah menyelamatkan jiwa penderita sehingga dapat selamat dari kematian. Pengertian mati sendiri terbagi menjadi 2 (dua) yaitu mati klinis dan mati biologis. Mati klinis berarti tidak ditemukan adanya pernafasan dan nadi. Mati klinis dapat bersifat reversibel (dapat dipulihkan). Penderita mati klinis mempunyai waktu 4-6 menit untuk dilakukan resusitasi tanpa kerusakan otak. Sedangkan mati biologis berarti kematian sel dimulai terutama sel otak & bersifat ireversibel (tidak bisa dipulihkan) yang biasa terjadi 8-10 menit dari henti jantung.

Dalam memberikan bantuan hidup dasar dikenal 3 (tiga) tahap utama yaitu : penguasaan jalan nafas, bantuan pernafasan dan bantuan sirkulasi darah yang lebih dikenal juga dengan istilah pijatan jantung luar dan penghentian perdarahan besar.

A. Penguasaan Jalan Nafas.

Membebaskan Jalan Nafas.

Pada penderita dimana tidak ditemukan adanya pernafasan, maka harus dipastikan penolong memeriksa jalan nafas apakah terdapat benda asing ataupun terdapat lidah penderita yang menghalangi jalan nafas.

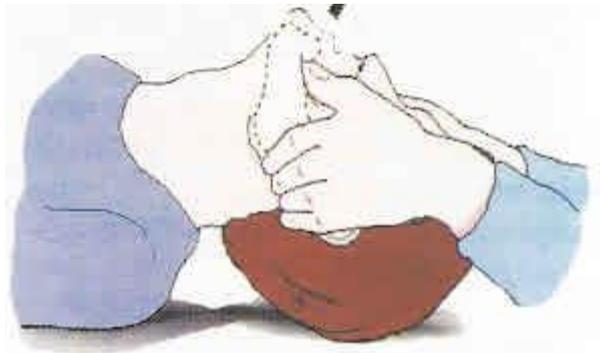
Teknik angkat dagu tekan dahi.

Teknik ini dilakukan pada penderita yang tidak mengalami cedera kepala, leher maupun tulang belakang.



- Teknik jaw thrus maneuver (mendorong rahang bawah).

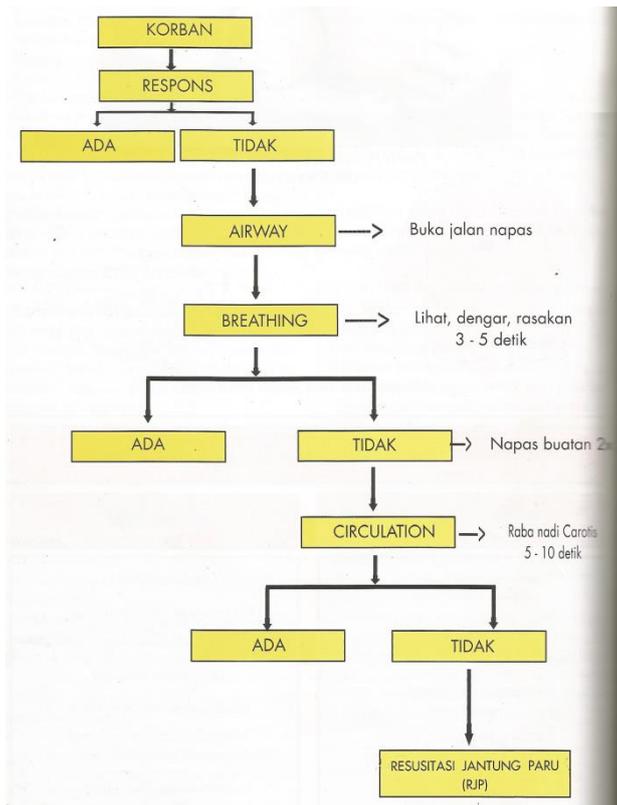
Teknik ini digunakan pada penderita yang mengalami cedera kepala, leher maupun tulang belakang.



2. Membersihkan Jalan Nafas.

- Teknik sapuan jari.

Teknik ini hanya digunakan pada penderita yang tidak respon / tidak sadar untuk membersihkan benda asing yang masuk ke jalan nafas penderita. Jari telunjuk ditekuk seperti kait untuk mengambil benda asing yang menghalangi jalan nafas.



- Posisi pemulihan.

Bila penderita dapat bernafas dengan baik dan tidak ditemukan adanya cedera leher maupun tulang belakang. Posisi penderita dimiringkan menyerupai posisi tidur miring. Dengan posisi ini diharapkan mencegah terjadinya penyumbatan jalan nafas dan apabila terdapat cairan pada jalur nafas maka cairan tersebut dapat mengalir keluar melalui mulut sehingga tidak masuk ke jalan nafas.

2. Sumbatan Jalan Nafas.

Sumbatan jalan nafas umumnya terjadi pada saluran nafas bagian bawah yaitu bagian bawah laring (tenggorokan) sampai lanjutannya. Umumnya sumbatan jalan nafas pada penderita respon/sadar ialah karena makanan dan benda asing lainnya, sedangkan pada penderita tidak respon / tidak sadar ialah lidah yang menekuk ke belakang. Untuk mengatasinya umumnya menggunakan teknik heimlich maneuver (hentakan perut-dada).

- Heimlich maneuver pada penderita respon / sadar.

Penolong berdiri di belakang penderita. Tangan penolong dirangkulkan tepat di antara pusar dan iga penderita. Hentakkan rangkulan tangan ke arah belakang dan atas dan minta penderita untuk memuntahkannya. Lakukan berulang-ulang sampai berhasil atau penderita menjadi tidak respon / tidak sadar.



- Heimlich maneuver penderita tidak respon / tidak sadar.

Baringkan penderita dengan posisi telentang. Penolong berjongkok di atas paha penderita. Posisikan kedua tumit tangan di antara pusat dan iga kemudian lakukan hentakan perut ke arah atas sebanyak 5 (lima) kali. Periksa mulut penderita bilamana terdapat benda asing yang keluar dari mulut penderita. Lakukan 2-5 kali sampai jalan nafas terbuka.



- Heimlich maneuver pada penderita kegemukan atau wanita hamil yang respon / sadar.

Penolong berdiri di belakang penderita. Posisikan kedua tangan merangkul dada penderita melalui bawah ketiak. Posisikan rangkulan tangan tepat di pertengahan tulang dada dan lakukan hentakan dada sambil meminta penderita memuntahkan benda asing yang menyumbat. Lakukan berulang kali sampai berhasil atau penderita menjadi tidak respon / tidak sadar.



- Heimlich maneuver pada penderita kegemukan atau wanita hamil yang tidak respon / tidak sadar.

Langkahnya sama dengan heimlich maneuver pada penderita tidak respon / tidak sadar di atas namun posisi penolong berada di samping penderita dan posisi tumit tangan pada pertengahan tulang dada.

RANGKUMAN

1. Ditahap ini penolong harus mengenali dan mengatasi keadaan yang mengancam nyawa penderita dengan cara yang tepat, cepat dan sederhana. Bila dalam pemeriksaan ditemukan adanya masalah, khususnya pada sistem pernafasan dan sistem sirkulasi maka penolong langsung melakukan tindakan Bantuan Hidup Dasar dan Resusitasi.
2. Pemberian pertolongan segera kepada penderita sakit/korban kecelakaan yang memerlukan penanganan medis dasar untuk mencegah cacat / maut.
3. Saat memberikan pertolongan sangat penting untuk meminta izin kpd korban terlebih dahulu/kpd keluarga, orang disekitar bila korban tdk sadar.

TUGAS

Lakukan demonstrasi penilaian dini, bantuan hidup dasar dengan ABC dan RJP !

POST TEST

KASUS

Seorang pasien merasakan nyeri hebat pada dada sebelah kiri, kemudian jatuh pingsan. Setelah melakukan pemeriksaan dengan prinsip ABCD), pasien dinyatakan mengalami henti nafas dan henti jantung, maka tindakan yang harus diambil adalah RJP. Lakukan tugas anda sebagai tenaga medis tersebut

JAWABAN:

1. Periksa Kesadaran Pasien dengan menepuk bahu/ menggoyangkan badan pasien.
2. Atur posisi korban yaitu dalam posisi telentang, sehingga lebih efektif dalam melakukan pemeriksaan nafas dan nadi.
3. Ekstensi kepala korban, dengan cara satu tangan di dahi dan tangan lainnya di bawah dagu.
4. Periksa mulut, apakah ada muntahan di mulut. Jika terlihat ambil atau bersihkan menggunakan kain.

5. Periksa Nafas, apakah normal, dengarkan suara nafasnya atau rasakan hembusan nafasnya.
6. Beri nafas buatan, pencet hidung pasien, dan mulai hembuskan nafas pelan dan dalam untuk melihat apakah dada pasien naik.
7. Periksa nadi, jika nadi tidak ada, gunakan kompresi dada.
8. Kompresi dada, yaitu dengan menekan dinding dada secara teratur dengan begitu diharapkan darah akan mengalir ke organ vital dan masih berfungsi. Lokasi penekanan dada pada area dua jari di atas proxeus xifoideus. Penekanan dilakukan dengan menggunakan pangkal telapak tangan, dengan posisi satu tangan berada di atas tangan yang satu

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

MODUL VIII. PERTOLONGAN PERTAMA KEDARURATAN AKIBAT BENCANA

1. Tema Modul : Modul Praktikum Pertolongan Pertama Kedaruratan Akibat Bencana
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804
3. Jumlah : 2 SKS (T:1, P:1)
4. Alokasi waktu : P=170 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :
Mahasiswa mampu menjelaskan pertolongan pertama kedaruratan akibat bencana
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum peran pertolongan pertama kedaruratan akibat bencana dengan melakukan demonstrasi teknik balut bidai
8. Karakteristik mahasiswa :
Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori pertolongan pertama kedaruratan akibat bencana
9. Target Kompetensi :
Mahasiswa dapat menjelaskan tahapan dalam penanggulangan bencana
10. Indikator :
Mahasiswa mampu menjelaskan tahapan dalam penanggulangan bencana
11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Strategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, demonstrasi balut bidai
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 1) Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan

- 2) Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - a. Mendemonstrasikan balut bidai
- b. Peran Pendidik / Dosen
 - 1) Sebagai fasilitator
 - 2) Sebagai mediator
15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
17. Daftar Pustaka
 - a. Depkes 2002, Ditjen Yanmedik, Pedoman Evakuasi Medik, Jakarta
 - b. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - c. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - d. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - e. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - f. Pedoman Pengelolaan Hipertensi Dalam Kehamilan di Indonesia, Edisi 2. Himpunan Kedokteran Fetomaternal . POGI 200
 - g. Pusdiknakes. 2003. Konsep asuhan Kebidanan. WHO-JPHIEGO. Jakarta
 - h. Winkjosastro, hanifa. 2005. Ilmu Kebidanan. Jakarta : YBP
 - i. Williams Obstetrics, Twenty-Third Edition , 2010 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
 - j. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta
 - k. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

MATERI

A. PENGERTIAN

Pertolongan pertama pada korban atau yang sering disebut P3K merupakan petunjuk dan tindakan pertolongan pertama yang dilakukan oleh orang yang berada terdekat dengan korban (atau korban itu sendiri) pada saat kejadian atau setelahnya, dengan atau tanpa menggunakan peralatan dan perlengkapan medis sederhana.

Pertolongan pertama yaitu orang yang pertama memberikan bantuan atau pertolongan pada orang yang terkena kecelakaan.

P3K adalah bantuan yang dilakukan dengan cepat dan tepat sebelum korban dibawa ke rujukan, sedangkan pertolongan pertama (PP) adalah pemberian pertolongan segera kepada penderita sakit atau cedera/ kecelakaan yang memerlukan penanganan medis dasar, yaitu suatu tindakan perawatan yang didasarkan pada kaidah ilmu kedokteran yang dapat dimiliki oleh orang awam khusus yang dilatih memberikan pertolongan pertama.

B. Sikap Penolong dalam P3K

Sikap penolong ;

1. Tidak panik, bertindak cekatan, tenang tidak terpengaruh keluhan korban jangan mengganggu enteng luka yang diderita korban.
2. Melihat pernafasan korban jika perlu berikan pernafasan buatan
3. Hentikan perdarahan, terutama luka luar yang lebar
4. Perhatikan tanda – tanda syok
5. Jangan terburu-buru memindahkan korban, sebelum kita dapat menentukan jenis dan keparahan luka yang dialami korban

Kewajiban penolong :

1. Perhatikan keadaan sekitar tempat kecelakaan
2. Perhatikan keadaan penderita
3. Merencanakan dalam hati cara – cara pertolongan yang akan dilakukan.
4. Jika korban meninggal beritahu polisi atau bawa korban ke rumah sakit.

Wilayah penolong

Pertolongan pertama pada kecelakaan sifatnya sementara. Artinya kita harus tetap membawa korban ke dokter atau rumah sakit terdekat untuk pertolongan lebih lanjut dan memastikan korban mendapatkan pertolongan yang dibutuhkan.

Prinsip Dasar P3K

Adapun prinsip-prinsip dasar dalam menangani suatu keadaan darurat antara lain :

- **Keamanan Diri**
Membantu orang lain memang tindakan terpuji. Namun, tindakan tersebut sia-sia jika kita sendiri jatuh dalam kondisi yang berbahaya. Keamanan diri adalah nomor satu. Jangan sampai penolong ikut menjadi korban yang justru menambah beban orang lain.
- **Bertindak**
Lakukan pertolongan sebaik mungkin saat memberikan pertolongan pertama. Melakukan sesuatu selalu lebih baik dibanding tidak melakukan apa-apa.
- **Ingat langkah sederhana check-call-care**
Saat menemukan kondisi yang memerlukan pertolongan pertama, priksa situasi terlebih dahulu (check). Lakukan penilaian cepat apakah situasi aman dan memerlukan tindakan segera. Selanjutnya, panggil (call) bantuan. Jangan pernah memberikan pertolongan pertama sendirian. Langkah terakhir adalah memberikan pertolongan pertama sebisamu (care) hingga bantuan datang.
- **Ingat nomor darurat**
Jika kamu ragu saat memberikan bantuan, segera minta bantuan jangan panik sendiri.
- **Prioritas**
Saat membantu orang lain, prioritaskan kondisi yang berbahaya dan memerlukan tindakan segera

C. Teknik Dalam P3K

Hal – hal yang di prioritaskan :

Ada beberapa hal yang menjadi urutan berdasarkan prioritas :

1. Cari keterangan penyebab kecelakaan
2. Amankan korban dari tempat bahaya
3. Perhatikan keadaan umum korban; gangguan pernafasan, pendarahan dan kesadaran.
4. Segera lakukan pertolongan lebih lanjut dengan sarana tersedia.
5. Apabila korban sadar, langsung beritahu dan kenalkan.

Selain itu ada juga yang dinamakan prinsip life saving, artinya kita melakukan tindakan untuk menyelamatkan jiwa korban (gawat darurat) terlebih dahulu, baru kemudian setelah stabil disusul tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang lain. Gawat darurat adalah suatu kondisi dimana korban dalam keadaan terancam jiwanya, dan apabila tidak ditolong pada saat itu juga jiwanya tidak bisa diselamatkan.

Teknik Dalam Pembalutan Korban :

Tujuan dari pembalutan adalah untuk mengurangi resiko kerusakan jaringan yang telah ada sehingga mencegah maut, mengurangi rasa sakit, dan mencegah cacat serta infeksi.

Kegunaan pembalutan adalah :

1. Mnutup luka agar tidak terkena cahaya, debu, kotoran, dan lain-lain.
2. Melakukan tekanan
3. Mengurangi atau mencegah pembengkakan
4. Membatasi pergerakan
5. Mengikat bidai

Macam-macam pembalutan :

1. Pembalutan segitiga atau mitela
Pembalutan segitiga dibuat dari kain putih yang tidak berkapur (mori), kelihatan tipis, lmas dan kuat. Bisa dibuat sendiri, dngan cara memotong lurus dari salah satu sudut suatu kain bujur sangkar yang panjang masing masing sisinya 90 cm. Shingga diperoleh 2 buah pembalut segitiga.
2. Pembalut plester
Digunakan untuk merekatkan kain kassa, balutan penarik (patah tulang, sendi paha/lutut meradang), fiksasi (tulang iga patah yang tidak menembus kulit), beuton (alat untuk merekatkan kedua belah pinggir luka agar lekas tertutup).
3. Pembalut pita gulung.
4. Pembalut cepat.

Pembalut ini siap pakai terdiri dari lapisan kassa steril, dan pembalut gulung.

Indikasi pmbalutan :

Mengehentikan pendarahan, melindungi bakteri/ kuman pada luka, mengurangi rasa nyeri.

Bentuk dan anggota tubuh yang dibalut ;

1. Bundar, pada kepala
2. Bulat panjang tapi lonjong, artinya kecil ke ujung, besar ke pangkal, pada lengan bawah dan betis
3. Bulat panjang hampir sama ujung dengan pangkalnya pada leher, badan, Ingen atas, jari tangan
4. Tidak karuan bentuknya, pada persendian

Tekhnik dalam pembidaian

Bidai adalah alat yang dipakai untuk mempertahankan kedudukan (fiksasi) tulang yang patah.

Tujuannya, menghindari gerakan yang berlebihan pada tulang yang patah. Syarat pemasangan bidai :

1. Bidai harus melebihi dua persendian yang patah
2. Bidai harus terbuat dari bahan yang kuat, kaku dan pipih.
3. Bidai dibungkus agar empuk
4. Ikatan tidak boleh terlalu kencang karena merusak jaringan tubuh tapi jaringan kelonggaran

Alat-alat bidai :

1. Papan, bamboo, dahan
2. Anggota badan sendiri
3. Karton, majalah, kain
4. Bantal, guling, selimut

Pernafasan buatan :

Sering disebut bantuan hidup dasar (BHD) atau resusitasi jantung paru (RJP) intinya adalah melakukan oksigenisasi darurat. Dilakukan pada kecelakaan :

1. Tersedak
2. Tnggelam
3. Sengatan listrik
4. Penderita tak sadar
5. Menghirup gas dan atau kurang oksigen
6. Serangan jantung usia muda, henti jantung primer terjadi.

Fase RJP :

- A = Airway control (penguasaan jalan nafas)
- B = Breathing support (ventilasi buatan dan oksigenisasi paru darurat)
- C = Circulation (pengenalan ada tidaknya denyut nadi)

Tindakan dan teknik evakuasi dan transportasi korban :

Eakuasi adalah kegiatan memindahkan korban dari lokasi kecelakaan ke tempat lain yang lebih aman dengan cara-cara yang sederhana dilakukan di daerah daeran yang sulit dijangkau dimulai setelah keadaan darura. Penolong harus melakukan evakuasi dan prawatan darurat selama perjalanan.

Cara pengangkutan korban :

1. Pengangkutan tanpa menggunakan alat atau manual
2. Pada umumnya digunakan untuk memindahkan jarak pendek dan korban cedera ringan, dianjurkan pengangkatan korban maksimal 4 orang.
3. Pengangkatan dengan alat (tandu)

Rangkaian pemindahan korban :

1. Persiapan
2. Pengangkatan korban katas tandu
3. Pemberian selimut pada korban
4. Tata letak korban pada tandu disesuaikan dengan luka atau cedera

Prinsip pengangkatan korban dengan tandu

1. Pengangkatan orban
Harus secara efektif dan fisien dengan dua langkah pokok; gunakan alat tubuh (paha, bahu, pinggul), dan beban srapat mungkin dengan tubuh korban.
2. Siap mengangkat
Usahkan dalam posisi rapi dan seimbang untuk mnghindari cedera.
3. Posisi siap angkat jala.
Biasanya posisi kaki korban beada di depan dan kepala lebih tinggi dari kaki, kecuali :
 - Mnaik, bila tungkai tidak cedera
 - Menurun, bila tungkai luka atau hipertermia
 - Mengangkut ke samping
 - Mmasukkan ke ambulan kacuali dalam keadaan tertentu
 - Kaki lebih tinggi dalam keadaan shock

Transportasi :

Merupakan kegiatan pemindahan korban dari tempat yang fasilitas perawatanna lebih baik, seperti rumah sakit. Biasanya dilakukan bagi pasien/ korban cedera cukup parah sehingga harus dirujuk ke dokter.

Tata cara pemindahan korban :

Dasar melakukan pemindahan korban; aman, stabil, cepat, pengawasan korban, pelihara udara agar tetap segar.

Syarat pemindahan korban :

1. Korban tentang keadaan umumnya cukup baik
2. Tidak ada hgangguan pernapasan
3. Pendarahan sudah diatasi
4. Luka sudah dibalut
5. Patah tulang sudah dibidai

Sepanjang pelaksanaan pemindahan korban perlu dilakukan pemantauan dari korban tentang :

- Keadaan umum korban
- Sistem persyarafan (kesadaran)
- Sistem peredaran darah (denyut nadi dan tekanan darah)
- Sistim pernafasan
- Bagian yang mengalami cedera

D. Manajemen Korban Masal

Perawatan medis untuk sejumlah besar korban kemungkinan diperlukan hanya setelah terjadinya bencana jenis tertentu. Kebanyakan cideera tertahan selama berlangsungnya dampak sehingga kbutuhan terbesar akan layanan kegawatdaruratan muncul pada bberapa jam pertama. Banyak nyawa yang tidak tertolong karena sumber daya setempat tidak digrakkan dengan cepat.

Beban untuk mengorganisasi dan mengantarkan transportasi, pertolongan pertama, layanan medis, dan persediaan ada pada negara yang terkena dampak. Bantuan dari masyarakat internasional tampaknya tidak membuat banyak perbedaan dalam menyelamatkan nyawa selama periode kebutuhan yang terbesar karena bantuan itu membutuhkan waktu.

Pengelolaan korban massal terbagi ke dalam tiga area : layanan kedaruratan pra-rumah sakit (pencarian dan penyelamatan, triase, dan stabilisasi korban) ; penerimaan dan perawatan rumah sakit; dan redistribusi pasien ke rumah sakit lain jika diperlukan.

LAYANAN DARURAT PRA-RUMAH SAKIT

Pencarian, penyelamatan, dan pertolongan pertama

Setelah suatu bencana besar, kebutuhan untuk pencarian, penyelamatan, dan pertolongan pertama kemungkinan begitu besar sehingga aktivitas pemulihan yang terorganisasi hanya dapat memenuhi sebagian kecil permintaan itu. Kebanyakan bantuan yang paling cepat akan datang dari korban yang selamat dan tidak cedera, dan mereka akan memberikan bantuan apa saja yang memungkinkan. Peningkatan dalam mutu maupun keersediaan layanan pertolongan pertama yang segera bergantung pada semakin banyaknya latihan dan persiapan yang diperoleh melalui lembaga-lembaga khusus, misalnya, melalui kursus yang diajarkan kepada sukarelawan oleh personil pemadam kebakaran

Perawatan di lapangan

Idelanya, pemindahan korban kerumah sakit tidak dilakukan secara bsar besaran, dan pasien harus menerima perawatan yang memadai di lapangan, yang memungkinkan mreka menoleransi adanya penundaan. Namun pada kenyataannya, sebagian bsar korban cedra akan secara spontan datang kefasilitas kesehatan jika fasilitas kesehatan itu berada pada jarak yang dapat dijangkau, dngan menggunakan sarana transportasi apapun yang tersedia, tanpa memperhatikan status operaasional fasilitas kesehatan itu. Beberapa korban tidak mungkin tidak meminta atau tidak dapat mencari perawatan medis, hal inilah yang membuat penemuan kasus secara aktif menjadi suatu bagian penting dari setiap upaya pemulihan korban. Kondisi tersebut sudah cukup untuk membentuk tim-tim layanan

kshatan kiling yang akan diprkenankan di wilayah bencana selain pos pos tetap pertolongan pertama yang bertempat di dekat fasilitas kesehatan.

Pemberian perawatan yang tepat pada korban kecelakaan memerlukan sumber daya layanan kesehatan yang diarahkan kembali pada prioritas baru ini. Pnyediaan tempat tidur dan layanan bedah harus di maksimalkan dengan secara selektif memulangkan pasien rawat inap, mejadwal kembali pendaftaran masuk dan bedah yang bukan prioritas, dan menggunakan tempat dan tenaga yang ada secara optimal. Tanggung jawab tertentu dari dokter dapat ditunda dan yang lainnya dapat dilimpahkan kepada teknisi kesehatan, seperti merawat luka ringan.

Selain itu harus didirikan sebuah pos untuk menjawab pertanyaan dari kerabat dan teman pasien; pos atau pusat tersebut harus ditunggu oleh staf selama 24 jam penuh, bahkan oleh tenaga non-kesehatan jika perlu. Palang merah mungkin memiliki pengalaman yang cukup untuk menjalankan aktifitas ini.

Prioritas utama harus diberikan pada pengidentifikasian korban, yang dengan cepat menjadi masalah utama. Tempat dan pelayanan kamar jenazah yang memadai juga harus disediakan.

Triase

Jika kuantitas dan keseriusan cedera membebani kapasitas operasi fasilitas kesehatan, sebuah pendekatan yang berbeda pada perawatan medis harus diterapkan. Prinsip "datangptama, diobati pertama", yang diterapkan pada perawatan medis rutin tidak tepat untuk diterapkan dalam kedaruratan massal. Triase terdiri atas upaya klasifikasi kasus cedera secara cepat berdasarkan keparahan cedera mereka dan peluang kelangsungan hidup mereka melalui pemberian intervensi medis yang segera. Sistem tersebut harus disesuaikan dengan keahlian setempat. Prioritas yang lebih tinggi diberikan pada korban yang prognosis jangka pendek atau jangka panjangnya dapat dipengaruhi secara dramatis oleh perawatan sederhana yang intensif. Pasien menjelang ajal yang memerlukan perhatian besar (walau manfaatnya dipertanyakan) mendapat prioritas yang lebih rendah. Triase merupakan satu-satunya pendekatan yang dapat memberikan manfaat maksimum pada sejumlah besar kasus cedera yang ada dalam situasi bencana.

Meskipun sistem trias lain telah dan masih digunakan di beberapa negara, klasifikasi yang paling umum menggunakan sistem kode empat warna yang diterima secara internasional. Merah menunjukkan prioritas tinggi perawatan atau pemindahan, kuning menunjukkan prioritas sedang, hijau digunakan untuk pasien rawat jalan, dan hitam untuk kasus kematian atau pasien menjelang ajal.

Triase harus dilakukan di lokasi bencana untuk menentukan prioritas transportasi dan rujukan ke rumah sakit atau pusat perawatan tempat kebutuhan dan prioritas pasien terhadap perawatan medis yang akan dikaji kembali. Idealnya, tenaga kesehatan setempat harus diajarkan prinsip-prinsip triase sebagai bagian dari pelatihan menghadapi bencana untuk mempercepat penanganan saat terjadi bencana. Jika tenaga kesehatan lapangan yang cukup terlatih tidak tersedia, petugas triase dan petugas pertolongan pertama harus mendampingi semua tim penolong ke lokasi bencana guna melakukan pengkajian tersebut, jika sudah tersedia pos kesehatan yang cukup lengkap, triase medis akan dilakukan pada pintu masuk pos tersebut untuk menentukan tingkat perawatan yang diperlukan.

Korban yang menderita cedera ringan atau sedang harus diobati di dekat rumah mereka sendiri kapanpun mungkin untuk menghindari dislokasi sosial dan penapisan sumber daya karena pengangkutan mereka ke fasilitas pusat.

Tanda pengenal

Semua pasien harus diidentifikasi dengan tanda pengenal yang menyatakan nama, usia, jenis kelamin, tempat asal, kategori trias, didiagnosis, dan pengobatan awal mereka. Tanda pengenal standar harus sepenuhnya mengenal kegunaan sebenarnya tanda pengenal itu

RANGKUMAN

1. Pemberian pertolongan segera kepada penderita sakit/korban kecelakaan yang memerlukan penanganan medis dasar untuk mencegah cacat / maut.
2. Saat memberikan pertolongan sangat penting untuk meminta izin kepada korban terlebih dahulu/kpd keluarga, orang disekitar bila korban tdk sadar.

TUGAS

Lakukan demonstrasi teknik balut bidai !

POST TEST

A. Kasus

Kegawatdaruratan (termasuk kegawatdaruratan bencana) merupakan mata kuliah unggulan di STIKes Muhammadiyah Palembang. Berdasarkan hasil pengkajian, SMPN 30 Plaju Palembang belum pernah mendapatkan penyuluhan ataupun pelatihan tentang cara evakuasi dan transportasi korban bencana ataupun kecelakaan.

Melalui program yang sudah diamanahkan oleh Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat STIKes Muhammadiyah Palembang dalam mewujudkan kepedulian terhadap masalah kesehatan pada tahun ini dengan menggerakkan para dosen untuk melakukan beberapa kegiatan Pengabdian Masyarakat, salah satunya berupa " Pelatihan Tanggap Bencana tentang Transportasi dan Evakuasi Korban di SMPN 30 Palembang "

METODE PELAKSANAAN

Pelaksanaan kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini menggunakan metode ceramah dan simulasi yang di lakukan pada 20 orang siswa SMPN 30 Palembang. Tahapan kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini dilakukan sebagai berikut:

a. Persiapan kegiatan :

1. Berkoordinasi dengan pihak sekolah SMPN 30 Palembang
 2. Menyiapkan materi berupa banner, poster dan leaflet tentang evakuasi dan transportasi korban
 3. Menyusun instrumen pretest dan posttest mengenai evakuasi dan transportasi korban pada kecelakaan yang ditujukan kepada siswa
 4. menyiapkan alat untuk keperluan simulasi dan transportasi korban berupa long spine board, scrub straccher, neck collar, head stabilizier, selimut, tandu
 5. menyiapkan absensi kehadiran peserta dan berita acara kegiatan
 6. izin dikeluarkan oleh SMPN 30 Palembang dan berkoordinasi dengan pihak sekolah mengenai sasaran yang akan diberi informasi dan simulasi serta melakukan wawancara dengan salah satu guru SMPN 30 Palembang mengenai kegiatan yang dilakukan siswa
 7. menyiapkan peralatan untuk melakukan simulasi evakuasi dan transportasi korban pada kondisi bencana dan kecelakaan.
 8. pelaksanaan kegiatan dilaksanakan pada tanggal 24 April 2019 sesuai dengan kontrak sebelumnya
- b. pelatihan Ealuasi dan Transportasi Korban
1. pelaksanaan kegiatan diawali dengan pretest mengenai Evakuasi dan Transportasi korban pada keadaan bencana dan kecelakaan dengan tujuan mengetahui seberapa besar pemahaman siswa tentang balutan sebelum diberi simulasi
 2. membagi 20 siswa menjadi 4 kelompok (masing- masing terdiri dari 5 siswa) untuk simulasi transportasi dan eakuasi korban dengan masing-masing kasus bencana dan kecelakaan. Pemberian informasi tentang balutan dilakukan selama 15 menit dengan metode ceramah dan dilanjutkan dengan simulasi

transportasi dan evakuasi korban pada kecelakaan selama 30 menit dengan metode demonstrasi dan diskusi. Kegiatan ini diberikan leaflet dan alat-alat yang disediakan untuk melakukan transportasi dan evakuasi

3. Evaluasi kegiatan dilakukan dengan cara :

- a. peserta diberi kesempatan untuk bertanya tentang hal-hal yang berkaitan dengan pemberian informasi dan simulasi
- b. pengisian kuesioner post-test untuk mengetahui pemahaman siswa setelah diberikan informasi dan simulasi
- c. kegiatan dihentikan setelah peserta paham dan mampu melakukan teknik transportasi dan evakuasi korban dengan baik dan benar

B. Analisa

Tindakan evakuasi dan transportasi korban terutama pada kecelakaan lalu lintas dan bencana hendaknya diketahui oleh semua masyarakat termasuk para remaja yang juga sering menjadi korban pada kecelakaan lalu lintas. Pencegahan sejak dini pada masyarakat khususnya siswa dapat mencegah terjadinya kematian akibat kecelakaan kesalahan penolong dalam mengevakuasi korban pada kasus kasus kecelakaan lalu lintas ataupun bencana. Evakuasi dan transportasi merupakan materi dasar dalam penanganan pertama pada keadaan darurat seperti bencana alam maupun kecelakaan. Pemberian penyuluhan ini bertujuan untuk memberikan informasi dan pelatihan tentang prosedur evakuasi dan transportasi yang benar pada korban bencana dan kecelakaan sehingga para siswa SMPN 30 mempunyai bekal untuk dapat menetapkan disekolahnya.

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

MODUL X. TEKNIK ASSESMENT DAN EVAKUASI PADA KORBAN

1. Tema Modul : Modul Praktikum Teknik Assesment dan Evakuasi pada Korban
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804
3. Jumlah SKS : 2 SKS (T:1, P:1)
4. Alokasi waktu : P=170 menit
5. Semester :IV
6. Tujuan Pembelajaran :
Mahasiswa mampu menjelaskan teknik *assesment* & evakuasi pada korban
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum teknik *assesment* & evakuasi pada korban dengan melakukan demonstrasi teknik *assesment* & evakuasi pada korban
8. Karakteristik mahasiswa :
Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teknik *assesment* & evakuasi pada korban
9. Target Kompetensi :
Mahasiswa dapat menjelaskan teknik *assesment* & evakuasi pada korban
10. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan teknik *assessment* & evakuasi pada korban

11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Strategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, demonstrasi teknik *assessment* & evakuasi pada korban
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 1) Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
 - 2) Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - a. Mendemonstrasikan teknik *assessment* & evakuasi pada korban
 - b. Peran Pendidik / Dosen
 - 1) Sebagai fasilitator
 - 2) Sebagai mediator
15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
17. Daftar Pustaka
 - a. Cunningham, F Gary at all. 2001. William obstetric 21th edition. United States of America : the mcGraw hill companies
 - b. Depkes 2002, Ditjen Yanmedik, Pedoman Evakuasi Medik, Jakarta
 - c. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - d. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - e. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - f. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - g. Pedoman Pengelolaan Hipertensi Dalam Kehamilan di Indonesia, Edisi 2. Himpunan Kedokteran Fetomaternal . POGI 200
 - h. Pusdiknakes. 2003. Konsep asuhan Kebidanan. WHO-JPHIEGO. Jakarta
 - i. Winkjosastro, hanifa. 2005. Ilmu Kebidanan. Jakarta : YBP
 - j. Williams Obstetrics, Twenty-Third Edition , 2010 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
 - k. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta
 - l. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

MATERI

A. Tehnik Assesment

Assesment adalah suatu proses sistematik dalam mengumpulkan data seseorang yang berfungsi untuk melihat kesujian dan kemampuan yang di hadapinya, sebagai bahan untuk menentukan sebenarnya apa yang dibutuhkan. (James A.Mc. Lounghlin dan Rena B Lewis).

Assesment adalah kegiatan mengidentifikasi masalah, menyeleksi target intervensi, memilih atau mendesain program treatment, mengukur dampak treatment yang di berikan, serta mengevaluasi hasil – hasil umum dan ketetapan terapi.

(Bomstein dan Kazdin).

Assesment adalah suatu proses pengumplan informasi guna mendapatkan profil psikologis seseorang, yang meliputi kelebihan dan kekurangannya, gejala dan intensitasnya, kendala – kendala yang dialaminya, serta peran penting yang dibutuhkannya. (Lidz).

Berdasarkan definisi menurut beberapa ahli diatas, maka dapat disimpulkan bahwa secara umum assessment bisa di artikan sebagai suatu proses pengumpulan informasi mengenai seseorang yang mencakup kualitas dan kuantitasnya. (Jurnal Definisi Assesment, BPBD)

Trigulasi adalah tehnik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Teknik trigulasi yang paling banyak digunakan ialah pemeriksaan melalui sumber lainnya. Denzin (1978) membedakan empat macam train gulasi sebagai tehnik pemeriksaaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik dan teori. (Jurnal Penanggulangan Bencana BNPB, 2011)

Tujuan penyusunan kompetensi profesi penanggulangan bencana ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan kompetensi SDM bidang penanggulangan bencana di ndonesia sehinga dapat mendukung peningkatan kualitas penerapan pembinaan dalam organisasi SKKNI profesi penanggulangan bencana akan memberikan manfaat bagi banyak orang. (Jurnal BNPB, 2012. Hal : 1).

Adapun prinsip dan penilaian hasil belajar peserta didik pada jenjang pendidikan dasar dan menengah di dasarkan pada prinsip – primsip sebagai berikut :

1. Objektif, berarti penilaian erbais pada stpendidik dan tidak dipengaruhi factor subjektivitas penilaian.
2. Tepadu, berarti penilaian oleh pendidik dilakukan secara terencana, menyatu dengan kegiatan pembelajaran, dan berkesinambungan.
3. Ekonomis, berarti penilaian yang efisien dan efektif dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporannya.
4. Transparan, beaerti prosedur penilaian, kriteria penilaian, dan dasar pengambilan keputusan dapat diakses oleh semua pihak.
5. Akuntabel, berarti assesment dapat di pertanggung jawabkan kepada lembaga pendidikan baik secara intern maupun ekstern, yang meliputi tiga sapek yaitu tehnik, prosedur, dan hasil assesment.
6. Edukatif, berarti mendidik dan memotivasi peserta didik dan pendidik.

(Jurnal Assesmen Konten Isi Bidang Studi)

B. Evaluasi Korban

Evaluasi menurut Kumano (2001) merupakan penilaian terhadap data yang dikumpulkan melalui kegiatan assesment. Sementara itu menurut Calongesi (1995) evaluasi adalah suatu keputusan tentang nilai berdasarkan hasil pengukuran. Sejalan dengan pengertian tersebut, Zainul dan Nasution (2001) menyatakan bahwa evaluasi dapat dinyatakan sebagai suatu proses pengambilan keputusan dengan menggunakan informasi yang diperoleh melalui pengukuran hasil belajar, baik yang menggunakan instrument tes maupun non tes.

Secara garis besar dapat dikatakan bahea evaluasi adalah pemberian nilai terhadap kualitas sesuatu. Selain dari itu, evaluasi juga dapat di pandang sebagai proses merencanakan, memperoleh, dan menyediakan informasi yang sangat di perlukan untuk membuat alternative – alternative keputusan. Dengan demikian, evaluasi keputusan sampai sejauh mana tujuan – tujuan pengajaran telah dicapai oleh siswa (Purwanto, 2002).

Berdasarkan tujuannya, terdapat pengertian evaluasi sumatif dan evluasi formatif. Evaluasi formatif dinyatkan sebagai upaya untuk memperoleh feedback perbaikan program, sementara itu evaluasi sumatif merupakan upaya menilai manfaaat program dan mengambil keputusan (Lehman, 1990). (Jurnal Pengertian dan Esensi Konsep Evaluasi, Asesmen, Tes, dan Pengukuran).

Trisae dilakukan untuk mengidentifikasi secara cepat korban yang membutuhkan stabilisasi segera (perawatan di lapangan) mengidentifikasi korban yang hanya dapat diselamatkan dengan pembedahan darurat. Dalam aktifitasnya, digunakan kartu merah, hijau dn jitam sebagai kode identifikasi korban, seperti berikut :

1. Merah, sebagai penanda korban yang membutuhkan stabilisasi segra dan korban yang mengalami :
 - a) Syok oleh berbagai kausa.

- b) Gangguan pernafsan.
 - c) Trauma kepala dengan pupil anisokor.
 - d) Perdarahan eksternal massif.
2. Kuning, sebagai penanda korban yang memerlukan pengawasan ketat, tetapi perawatan dapat ditunda sementara. Termasuk dalam kategori ini :
- a) Korban dengan resiko syok (gangguan jantung, trauma abdomen).
 - b) Fraktur multiple.
 - c) Fraktur femur atau pelvis.
 - d) Luka bakar luas.
 - e) Gangguan kesadaran atau trauma kepala.
 - f) Korban dengan status yang tidak jelas.
3. Hijau, sebagai penanda kelompok korban yang tidak memerlukan pengobatan atau pemberian pengobatan dapat ditunda, mencakup korban yang mengalami :
- a) Fraktur minor.
 - b) Luka minor, luka bakar minor.
 - c) Korban kategori ini, setelah pembalutan luka dan atau pemasangan bidai dapat dipindahkan pada akhir operasi lapangan.
 - d) Korban dengan prognoosis infaust, jika masih hidup pada akhir operasi lapangan, juga akan dipindahkan ke fasilitas kesehatan.
4. Hitam, sebagai penanda korban yang telah meninggal dunia.
(Jurnal Peran Petugas Kesehatan Dalam Penanggulangan Bencana Alam)
Aapun prinsip – prinsip evakuasi adalah pernyataan yang mengandung kebenaran hampir sebagian besar, jika tidak dikatakan benar untuk semua kasus. Yaitu :
1. Prinsip Umum
 2. Valid
 3. Berori
 4. entasi kepada kompetensi
 5. Berkelanjutan
 6. Menyeluruh
 7. Bermakna
 8. Adil dan obyektif
 9. Terbuka
 10. Ikhlas
 11. Praktis
 12. Dicatat dan akuraat
- (Jurnal Peran Petugas Kesehatan Dalam Penanggulangan Bencana Alam).

TUGAS

KASUS DAN ANALISA

KASUS

Penanganan Sistem Informasi Berbasis Web Untuk RAPID HEALTH Assesment
(RHA) Bencana

Dalam perancangan system iformasi terdapat beberapa alternative untuk pemilihan system informasi. Sisem operasi merupakan program yang bertindak sebagai perantara antara pemakai computer dan perangkat keras computer. Tujuan system operasi adalah menyediakan lingkungan yang memungkinkan pemakai dapat menjalankan program apapun dengan mudah (Poahn, 1997). System ini juga mampu menyimpan data, menampilkan data secara cepat, mudah diakses, mudah

diaplikasikan dan dapat membantu meminimalisir kemungkinan terjadinya keterlambatan dalam proses pelaporan kejadian bencana yang terjadi.

RANGKUMAN

Pengurangan resiko bencana alam merupakan salah satu program pemerintah dan pemerintah daerah yang sedang giatnya dilakukan. Hal ini juga menjadi kerja kalngan internasional karena beberapa kejadian bencana dengan skala massif telah menimbulkan begitu banyak korban harta benda dan jiwa. Assessment bisa di artikan sebagai suatu proses pengumpulan informasi mengenai seseorang yang mencakup kualitas dan kuantitasnya sedangkan evaluasi adalah pemberian nilai terhadap kualitas sesuatu. Selain dari itu, evaluasi juga dapat di pandang sebagai proses merencanakan, memperoleh, dan menyediakan informasi yang sangat di perlukan untuk membuat alternative – alternative keputusan.

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

MODUL XI. PENANGANAN KESEHATAN REPRODUKSI PADA PENANGULANGAN BENCANA DI INDONESIA

1. Tema Modul : Modul Praktikum Penanganan Kesehatan Reproduksi pada Penangulangan Bencana di Indonesia
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804
3. Jumlah SKS : 2 SKS (T:1, P:1)
4. Alokasi waktu : 170 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :
Mahasiswa mampu menjelaskan penanganan kesehatan reproduksi pada penangulangan bencana di indonesia
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum penanganan kesehatan reproduksi pada penangulangan bencana di Indonesia dengan melakukan brain storming antara dosen dan mahasiswa atas materi yang disampaikan
8. Karakteristik mahasiswa :
Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori penanganan kesehatan reproduksi pada penangulangan bencana di Indonesia

9. Target Kompetensi :
Mahasiswa dapat menjelaskan penanganan kesehatan reproduksi pada penanggulangan bencana di Indonesia.
10. Indikator :
Mahasiswa mampu penanganan kesehatan reproduksi pada penanggulangan bencana di Indonesia.
11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Strategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, brain storming
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 1) Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
 - 2) Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - a. Melakukan brain storming antara dosen dan mahasiswa atas materi yang disampaikan
 - b. Peran Pendidik / Dosen
 - 1) Sebagai fasilitator
 - 2) Sebagai mediator
15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
17. Daftar Pustaka :
 - a. Depkes 2002, Ditjen Yanmedik, Pedoman Evakuasi Medik, Jakarta
 - b. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - c. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - d. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - e. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - f. Pedoman Pengelolaan Hipertensi Dalam Kehamilan di Indonesia, Edisi 2. Himpunan Kedokteran Fetomaternal . POGI 200
 - g. Pusdiknakes. 2003. Konsep asuhan Kebidanan. WHO-JPHIEGO. Jakarta
 - h. Winkjosastro, hanifa. 2005. Ilmu Kebidanan. Jakarta : YBP
 - i. Williams Obstetrics, Twenty-Third Edition , 2010 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
 - j. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta
 - k. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

MATERI

A. Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi

Menurut UU No 36 tahun 2009 tentang kesehatan pasal 71 ayat 1, kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya baik pada laki-laki maupun perempuan. Dengan pengertian tersebut maka kesehatan reproduksi mempunyai ruang lingkup yang sangat luas, yang mencakup keseluruhan siklus hidup manusia mulai sejak konsepsi hingga lanjut usia. Laki-laki dan perempuan memiliki hak yang sama terhadap akses dan pelayanan kesehatan reproduksi. Oleh karena itu, untuk dapat memenuhi hak reproduksi setiap individu, maka pelayanan kesehatan reproduksi harus dilaksanakan secara berkesinambungan dan terpadu, disesuaikan dengan usia individu dengan memperhatikan kesetaraan dan keadilan gender.

B. Konsep Dasar Bencana dan Krisis Kesehatan

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat, baik disebabkan oleh faktor alam atau faktor non alam termasuk di dalamnya faktor manusia, sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis.

Mengacu pada Permenkes No. 64 Tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan disebutkan bahwa Krisis Kesehatan adalah peristiwa atau serangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana atau berpotensi bencana. Penyelenggaraan penanggulangan Krisis Kesehatan bertujuan untuk menanggulangi Krisis Kesehatan secara cepat, tepat, menyeluruh dan terkoordinasi melalui kesiapsiagaan sumber daya kesehatan. Penanggulangan Krisis Kesehatan memiliki tahapan yang sama dengan penanggulangan bencana yang dibagi ke dalam tiga tahap yaitu :

1. Pra Krisis Kesehatan

Tahapan ini ditujukan untuk peningkatan kapasitas sumber daya kesehatan. Tahapan pra krisis kesehatan merupakan serangkaian yang dilakukan pada situasi tidak terjadi bencana atau situasi terdapat potensi terjadinya bencana yang meliputi kegiatan perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, pengurangan resiko krisis kesehatan, penguatan kapasitas, penetapan persyaratan standar teknis dan analisis penanggulangan krisis kesehatan, kesiapsiagaan dan mitigasi kesehatan.

2. Tanggap Darurat Krisis Kesehatan

Tanggap ini ditujukan untuk mengurangi risiko masalah kesehatan akibat bencana. Tanggap darurat Krisis Kesehatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat bencana, untuk menangani dampak kesehatan yang ditimbulkan. Kegiatan ini meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pemulihan korban dan penyediaan prasarana serta fasilitas pelayanan kesehatan.

3. Pasca Krisis Kesehatan

Ditujukan untuk memperbaiki, memulihkan dan atau membangun kembali prasarana dan fasilitas pelayanan kesehatan.

C. Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan

Pelayanan kesehatan reproduksi pada penanggulangan krisis kesehatan dilaksanakan melalui Paket Awal Pelayanan Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi yang diselenggarakan sesegera mungkin pada awal bencana yaitu pada tanggap darurat krisis kesehatan untuk mencegah dampak lanjut krisis kesehatan. Sedangkan pada tahap prakrisis kesehatan dan pascakrisis kesehatan, pelayanan kesehatan reproduksi dilaksanakan melalui pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif pada situasi normal. Konsep Dasar PPAM Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Reproduksi Remaja pada Situasi Krisis Kesehatan.

Kesehatan reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia yang berlaku untuk setiap individu baik dalam situasi umum maupun situasi darurat/situasi bencana. Oleh karena itu, setiap orang yang berada di situasi krisis kesehatan harus memiliki akses pada informasi dan pelayanan kesehatan, khususnya informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi dalam situasi krisis kesehatan. Selama ini, kesehatan reproduksi belum dianggap sebagai kebutuhan yang prioritas dalam program penanggulangan bencana, padahal kebutuhan akan kesehatan reproduksi merupakan kebutuhan yang tidak kalah penting dalam situasi tersebut. Oleh karena itu, diperlukan paket PPAM Kesehatan Reproduksi dalam memenuhi kebutuhan akan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi di situasi krisis kesehatan.

PPAM untuk Kesehatan Reproduksi adalah serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi, yang harus dilakukan segera pada tahap awal bencana/saat tanggap darurat krisis kesehatan yang menitikberatkan pada pencegahan kematian, kesakitan dan kecacatan pada populasi yang terkena dampak bencana. PPAM memiliki lima tujuan :

1. Mengidentifikasi Koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi
2. Mencegah dan menangani kekerasan seksual
3. Mengurangi penularan HIV
4. Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal
5. Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi stabil

Selain 5 tujuan diatas, ada kegiatan prioritas tambahan yaitu :

1. Melanjutkan program keluarga berencana/kontrasepsi
2. Melibatkan remaja dalam semua program kesehatan reproduksi dalam situasi krisis kesehatan
3. Memastikan ketersediaan logistik kesehatan reproduksi

Masalah kesehatan reproduksi di situasi krisis kesehatan sering terabaikan. Untuk itu, Kementerian Kesehatan menerapkan PPAM Kesehatan Reproduksi. Dalam menyediakan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan berkualitas, dibutuhkan pendekatan multisektoral yang terpadu. Untuk itu dalam penanggulangan bencana digunakan system klaster yang bertujuan sebagai wadah koordinasi untuk menyatukan semua pihak terkait baik pemerintah maupun non pemerintah yang bergerak dalam penanggulangan bencana. pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif dan Terintegrasi kedalam Pelayanan Kesehatan Dasar Pada situasi bencana, mungkin beberapa tempat yang menyediakan kesehatan re-produksi komprehensif tidak berfungsi seperti sedia kala karena bangunan dan peralatan rusak. Koordinator kesehatan reproduksi harus merencanakan bagaimana pelayanan kesehatan reproduksi akan diberikan pada masyarakat selama tang-gap darurat dan pasca krisis kesehatan. Penanganan kesehatan reproduksi pada situasi bencana disediakan melalui pelayanan kesehatan bergerak (mobile clinic). Apabila sumber daya manusia di tempat tersebut juga menjadi korban, rencanakan rotasi atau bantuan dukungan dari wilayah terdekat untuk membantu pelayanan ke-sehatan reproduksi komprehensif. Pelayanan kesehatan reproduksi kompre-hensif dan terintegrasi dalam pelayanan kesehatan dasar harus direncanakan se-jak awal tanggap darurat krisis kesehatan termasuk merencanakan tempat, sumber daya manusia, peralatan, obat-obatan, es-timasi kebutuhan dana dan kegiatan lain-nya sehingga layanan dapat terus tersedia seperti pada situasi normal.

D. PAKET AWAL MINIMUM (PPAM) KESEHATAN REPRODUKSI

PPAM merupakan serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi yang harus dilaksanakan segera pada tanggap darurat krisis kesehatan untuk menyelamatkan jiwa khususnya pada kelompok perempuan dan remaja perempuan. Jika kesehat-an reproduksi diabaikan, akan memiliki konsekuensi sebagai berikut:

- 1) Kematian maternal dan neonatal,
- 2) Kekerasan sek-sual dan komplikasi lanjutan,
- 3) Infeksi menular seksual (IMS),
- 4) Kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi yang tidak aman, 5) Penyebaran HIV. Keluarga berencana bukan merupakan bagian dari PPAM kesehatan reproduksi, namun pelayanan kontrasepsi dibutuhkan untuk memasti-kan kesinambungan dalam penggunaan alat dan obat kontrasepsi (alokon) pada pasangan usia subur dalam mencegah ter-jadinya kehamilan yang tidak diinginkan. Pelayanan kesehatan reproduksi harus tersedia dalam kondisi apapun baik pada kondisi normal maupun pada situasi ben-cana. Pada bencana berskala besar, bia-sanya terjadi keterbatasan jumlah tenaga maupun sarana dan prasarana (alat dan bahan) kesehatan. Oleh karena itu inter-vensi pelayanan kesehatan reproduksi difokuskan pada tindakan penyelamatan jiwa melalui penerapan PPAM yang me-rupakan

pelayanan minimal yang harus tersedia. Sedangkan pada bencana ber-skala kecil, biasanya tenaga dan sarana

kesehatan masih tersedia cukup sehingga diharapkan semua pelayanan kesehatan reproduksi tetap dapat dilaksanakan. Pada bencana akan selalu ada kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi. Untuk itu diperlukan ketersediaan informasi yang mendukung, agar pelayanan kesehatan re-produksi dapat dilaksanakan di pengungsian. Beberapa informasi dasar yang harus dikumpulkan meliputi data demografi dan kesehatan penduduk yang terkena dampak. Informasi tersebut bisa diperoleh dari Pusat.

Tanggap Darurat Krisis Kesehatan Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja dilakukan pada situasi tanggap darurat kesehatan. Namun bukan berarti setelah situasi tanggap darurat kesehatan, pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja selesai, tetapi harus dilanjutkan dengan memberikan pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang lebih komprehensif.

1. Mengidentifikasi koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja

Pada tanggap darurat krisis kesehatan, harus ditetapkan seorang koordinator pelayanan kesehatan reproduksi remaja untuk mengkoordinir lintas program, lintas sektor, lembaga lokal dan internasional dalam pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR). Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa kesehatan reproduksi remaja menjadi prioritas pelayanan. Koordinasi kesehatan reproduksi remaja dapat dilakukan oleh penanggung jawab kesehatan reproduksi remaja yang telah ditunjuk oleh koordinator kesehatan reproduksi, yang terlibat sejak situasi tanggap darurat krisis kesehatan hingga pasca krisis kesehatan, dan menyediakan dukungan teknis dan operasional untuk mitra terkait. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa kesehatan reproduksi remaja menjadi prioritas dalam situasi krisis kesehatan. Apabila penanggung jawabnya adalah remaja, diharapkan memiliki latar belakang pendidik sebaya/konselor sebaya dan aktif dalam kegiatan remaja yang berfokus pada Kesehatan Reproduksi Remaja. Dalam melaksanakan tugasnya, koordinator harus melakukan rapat koordinasi untuk mendukung dan menetapkan penanggung jawab di setiap komponen PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja (kekerasan berbasis gender, pengobatan IMS dan HIV, kesehatan remaja, ibu serta bayi baru lahir serta kesehatan jiwa dan dukungan psikososial), serta melaporkan isu-isu dan data terkait kesehatan reproduksi remaja pada pertemuan koordinasi. Selain itu koordinator harus mampu memastikan bahwa sumber daya dipergunakan secara efisien, pelayanan didistribusikan secara merata tanpa kesenjangan atau duplikasi, dan tersebarnya informasi di antara semua pelaksana yang terlibat. Pada dasarnya tugas koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja hampir sama dengan tugas koordinator PPAM pada umumnya, namun harus lebih mencakup kebutuhan kesehatan reproduksi pada remaja.

2. Mencegah dan menangani kekerasan seksual

- a. Melakukan perlindungan bagi penduduk yang terkena dampak, terutama pada perempuan dan anak-anak
- b. Menyediakan pelayanan medis dan dukungan psikososial bagi penyintas perkosaan
- c. Memastikan masyarakat mengetahui informasi tersedianya pelayanan medis, psikososial, rujukan perlindungan dan bantuan hukum.

Memastikan adanya jejaring untuk pencegahan dan penanganan kekerasan seksual

Selama situasi krisis kesehatan, remaja dihadapkan pada masalah seperti terpisah dari keluarga atau masyarakat yang menjadi pelindungnya, sehingga mereka akan berisiko mengalami kekerasan seksual. Walaupun belum terdapat data statistik terkait insiden kekerasan seksual pada remaja dalam situasi krisis, insiden kekerasan seksual, termasuk pemerkosaan, pelecehan dan eksploitasi seksual termasuk trafficking cenderung meningkat. Remaja perempuan, terutama jika tidak mempunyai orang tua/wali atau yang bertanggung jawab melindunginya, mereka cenderung bertindak menjadi orang tua dan menghidupi adik-adiknya, remaja juga menghadapi risiko

pemeriksaan, penyalahgunaan dan eksploitasi seksual karena ketergantungannya pada orang lain untuk bertahan hidup dan dipaksa melakukan pernikahan dini karena kekuatannya terbatas dalam hal pengambilan keputusan, serta kemampuannya yang terbatas untuk melindungi diri sendiri.¹⁶ Meskipun mayoritas penyintas kekerasan berbasis gender adalah perempuan dan anak perempuan, laki-laki dan anak laki-laki juga dapat mengalami kekerasan seksual. Selain itu, remaja yang membutuhkan perlindungan khusus seperti penyandang disabilitas, migran, juga berisiko mengalami penyalahgunaan dan eksploitasi seksual.

seringkali penyintas remaja yang mengalami tindak kekerasan seksual berisiko mengalami cedera fisik, IMS termasuk HIV, kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi tidak aman. Selain luka fisik, penyintas berusia muda yang mengalami tindak kekerasan seksual mungkin menderita masalah psikologis yang berat. Kadang korban disalahkan atas kekerasan yang dialaminya dan kemungkinan akan mengalami stigmatisasi sosial, dianggap tidak layak/tidak pantas menikah, dan ditolak oleh keluarganya sendiri. Untuk menghindari agar kekerasan seksual tidak terjadi di situasi krisis kesehatan/ bencana maka harus dilakukan koordinasi dengan BNPB/BPBD dan Dinas Sosial yaitu untuk menempatkan kelompok rentan di pengungsian dan memastikan satu keluarga berada dalam tenda yang sama. Kerentanan remaja diantaranya:

- a. Anak perempuan yang menjadi kepala keluarga dan anak yang terpisah dari keluarga dikumpulkan di dalam satu tenda atau bersama kelompok rentan lainnya Memastikan terdapat fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja untuk penyintas kekerasan seksual pada tenda pengungsian
- b. Menempatkan toilet laki-laki dan perempuan secara terpisah di tempat yang aman dengan penerangan yang cukup. Pastikan bahwa pintu toilet dapat di kunci dari dalam
- c. Melakukan koordinasi dengan penanggung jawab keamanan, untuk mencegah terjadinya kekerasan seksual pada remaja
- d. Melibatkan lembaga-lembaga/organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak di pengungsian dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual pada remaja

Menginformasikan adanya pelayanan bagi penyintas perkosaan dengan nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam. Informasi dapat diberikan melalui leaflet, selebaran, radio, dan lain-lain.

- a. Memastikan adanya petugas kompeten untuk penanganan kasus kekerasan seksual khususnya untuk remaja, dan melibatkan tokoh remaja/kader sebagai motivator untuk memberikan semangat dan penghubung antara penyintas kekerasan seksual berusia muda dengan pelayanan kesehatan
- b. Memastikan tersedianya pelayanan medis penanganan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial di organisasi/lembaga yang terlibat dalam respon bencana bagi penyintas kekerasan, serta memastikan adanya mekanisme rujukan, perlindungan sosial dan hukum yang terkoordinasi dengan baik
- c. Mendorong partisipasi dan kesadaran remaja serta masyarakat tentang masalah kekerasan seksual, strategi pencegahan, dan pelayanan yang tersedia untuk penyintas.

3. koordinator kesehatan reproduksi remaja dalam kaitannya dengan pencegahan penularan HIV adalah sebagai berikut:

- a. Pendataan dan pemetaan remaja, kelompok remaja yang memiliki perilaku berisiko (termasuk didalamnya kelompok populasi kunci), menginformasikan ketersediaan layanan serta mengajak remaja untuk mengikuti tes HIV, TB dan IMS di layanan kesehatan.
- b. Memastikan ketersediaan fasilitas, perlengkapan dan petugas dengan kompetensi transfusi darah, dan memastikan kegiatan tranfusi darah aman dilakukan oleh lembaga/organisasi yang bergerak dibidangnya, misalnya : Palang Merah Indonesia.
- c. Menekankan pentingnya penerapan kewaspadaan standar pengurangan risiko penularan HIV/AIDS sejak awal pelaksanaan.

- d. Memastikan ketersediaan pelayanan kesehatan ramah remaja pada kelompok remaja yang beresiko tinggi. Berkoordinasi dengan organisasi dan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana seperti Kementerian Kesehatan, BKKBN, LSM, lainnya.
- e. Memastikan adanya kelangsungan pengobatan bagi pasien ODHA yang telah masuk program ARV, termasuk perempuan yang terdaftar dalam program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak). Memasang informasi nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam untuk kelanjutan pengobatan ARV.

4. Langkah-langkah yang dapat dilakukan Koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja jika menemukan remaja yang hamil adalah sebagai berikut:

- a. Pendataan dan pemetaan remaja baik perempuan maupun laki-laki, termasuk remaja yang hamil dan menyusui di tempat-tempat pengungsian
- b. Pendataan remaja perempuan untuk mengetahui kebutuhan hygiene kit
- c. Pemetaan fasilitas kesehatan. Hal-hal yang harus diobservasi adalah keadaan bangunan, kondisi geografis, transportasi, peralatan, obat-obatan dan ketersediaan sumber daya manusia
- d. Berkoordinasi dengan klaster kesehatan dan sektor lain untuk mengidentifikasi remaja hamil di masyarakat dan menghubungkannya dengan pelayanan kesehatan
- e. Memastikan petugas dapat menjangkau remaja yang hamil dan ditempatkan di dalam satu tenda bersama ibu hamil lain atau kelompok rentan lainnya
- f. Berkoordinasi dengan penanggung jawab bidang gizi untuk ketersediaan konselor ASI di pengungsian
- g. Mendistribusikan buku KIA untuk remaja yang hamil⁸. Mendistribusikan kit bidan, kit kesehatan reproduksi, kit individu apabila dibutuhkan⁹. Memastikan ketersediaan pelayanan PONEK dan PONEK 24 jam/7 hari¹⁰. Berkoordinasi dengan Dinas Sosial dan BPBD untuk menyediakan tenda kesehatan reproduksi khususnya kesehatan reproduksi remaja
- h. Berkoordinasi untuk memastikan adanya sistem rujukan yang berfungsi dari masyarakat, puskesmas, rumah sakit 24 jam/7 hari
- i. Memastikan terpasangnya informasi tentang prosedur pelayanan kesehatan, yang menyebutkan kapan, dimana dan bagaimana merujuk pasien dengan kondisi kegawatdaruratan maternal dan/neonatal ke tingkat pelayanan kesehatan lebih lanjut
- j. Memastikan nutrisi yang cukup bagi kelompok rentan khususnya ibu hamil dan menyusui
- k. Memastikan pelayanan yang ramah remaja di fasilitas kesehatan
- l. Melibatkan dukun bayi dan kader untuk menghubungkan ibu muda ke pelayanan kesehatan
- m. Mendorong semua ibu berusia remaja untuk bersalin di fasilitas kesehatan.

5. Remaja, kesehatan jiwa dan dukungan psikososial Meskipun kesehatan jiwa dan psikososial bukan bidang yang menjadi fokus pelaksanaan PPAM, tapi merupakan komponen penting kesehatan secara keseluruhan dan tidak dapat dipisahkan dari kesehatan fisik. Namun demikian, kesehatan jiwa dan aspek psikososial kesehatan khususnya bagi remaja yang menjadi korban bencana sering diabaikan pada situasi krisis. Situasi darurat menimbulkan permasalahan di masyarakat dan jaringan keluarga, dan hilangnya fungsi pendukung dan pelindung, dapat memberikan dampak yang tidak proporsional pada remaja. Selama situasi darurat, masalah sosial dan psikologis (misalnya, stigma sosial karena keanggotaan dalam suatu kelompok yang terpinggirkan, penyalahgunaan alkohol, kekerasan berbasis gender) berlanjut dan mungkin diperkuat, serta timbulnya masalah psikologis baru seperti kecemasan, kesedihan, gangguan stres pasca trauma dan depresi.

Prinsip dasar dari intervensi darurat kesehatan jiwa dan psikososial adalah:

- a. Mempromosikan penghormatan terhadap hak asasi manusia dan keadilan,
- b. Mempromosikan partisipasi masyarakat (remaja)
- c. Tidak memperburuk keadaan. Berlandaskan sumber daya dan kapasitas yang tersedia. Mengintegrasikan kegiatan dan program ke dalam sistem yang lebih luas (seperti program kesehatan,

program pendidikan, dll.), danf. Menyusun tanggap darurat dengan menggunakan pendekatan secara bertingkat (IASC 2007).

6. Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi stabil. Mendukung lembaga/organisasi untuk:
 - a. Mengidentifikasi kebutuhan logistik kesehatan reproduksi berda-sarkan estimasi sasaran
 - b. Mengumpulkan data riil sasaran dan data cakupan pelayanan
- c. Mengidentifikasi fasilitas pelayanan kesehatan untuk menyeleng-garakan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif
 - d. Menilai kemampuan tenaga kesehatan untuk memberikan pela-yanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan merencana-kan pelatihan

E. Penanggulangan masalah kesehatan reproduksi

merupakan kegiatan yang harus segera diberikan baik saat terjadi dan paskabencana disertai pengungsian. Upaya penanggulangan bencana perlu dilaksanakan dengan memperhatikan hak-hak masyarakat, antara lain hak untuk mendapatkan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan sosial, pendidikan dan keterampilan dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana serta hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Sebagaimana tercantum dalam Pasal 53 UU No 24 tahun 2007, pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi pada kondisi bencana, di samping kebutuhan-kebutuhan dasar lainnya:

1. air bersih dan sanitasi,
2. pangan,
3. sandang,
4. pelayanan psikososial serta
5. penampungan dan tempat hunian.

Penanggulangan masalah kesehatan dalam kondisi bencana ditujukan untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi korban akibat bencana dan pengungsi sesuai dengan standar minimal. Secara khusus, upaya ini ditujukan untuk memastikan:

1. Terpenuhinya pelayanan kesehatan bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal;
2. Terpenuhinya pemberantasan dan pencegahan penyakit menular bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal;
3. Terpenuhinya kebutuhan pangan dan gizi bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal;
4. Terpenuhinya kesehatan lingkungan bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal; serta
5. Terpenuhinya kebutuhan papan dan sandang bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal. saat bencana mencakup upaya-upaya langsung yang dilakukan di situasi bencana; mulai dari mengirim tim respon, penyediaan layanan konsultasi dan kesehatan reproduksi, serta pembagian kit kebersihan dan kit kesehatan reproduksi.

Saat tanggap darurat Tahapan tindakan operasional Respon Awal
Penentuan Tingkat wewenang penanganan bencana: tingkat kabupaten/propinsi/nasional. Dalam hal terjadi bencana, maka tanggung jawab pertama upaya penanganan kesehatan reproduksi ada pada tingkatan kabupaten/kota, Manakala masalah Kesehatan Reproduksi yang timbul tidak tertangani oleh tim tingkat kabupaten, maka upaya penanganan akan mendapat dukungan dari tingkat di atasnya Mengintegrasikan tim siaga kespro ke dalam tim koordinasi Badan Penanggulangan Bencana. Mobilisasi tim siaga kesehatan reproduksi untuk melakukan penilaian awal dan kegiatan lain secara simultan sesuai fungsi dari masing- masing sub tim. Penilaian Awal Kesehatan Reproduksi secara Cepat Tujuan:

1. untuk mengukur besarnya masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi akibat bencana, dampak yang terjadi maupun yang mungkin terjadi terhadap kesehatan reproduksi.
3. menjadi acuan bagi upaya kesehatan reproduksi yang tepat dalam penanggulangan dampak bencana terhadap kesehatan reproduksi. Penanggung jawab: koordinator bidang penilai pada tim siaga kesehatan reproduksi Waktu pelaksanaan: terintegrasi dengan penilaian kesehatan secara umum, dan waktu pelaksanaannya tidak lebih dari 72 jam setelah bencana terjadi

RANGKUMAN

PPAM merupakan serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi yang harus dilaksanakan segera pada tanggap darurat krisis kesehatan untuk menyelamatkan jiwa khususnya pada kelompok perempuan dan remaja perempuan. Saat bencana mencakup upaya-upaya langsung yang dilakukan di situs bencana; mulai dari mengirim tim respon, penyediaan layanan konsultasi dan kesehatan reproduksi, serta pembagian kit kebersihan dan kit kesehatan reproduksi. **Saat tanggap darurat**

Tahapan	tindakan	operasional	Respon	Awal
----------------	-----------------	--------------------	---------------	-------------

Penentuan Tingkat wewenang penanganan bencana: tingkat kabupaten/propinsi/nasional. Dalam hal terjadi bencana, maka tanggung jawab pertama upaya penanganan kesehatan reproduksi ada pada tingkatan kabupaten/kota, Manakala masalah Kesehatan Reproduksi yang timbul tidak tertangani oleh tim tingkat kabupaten, maka upaya penanganan akan mendapat dukungan dari tingkat di atasnya Mengintegrasikan tim siaga kespro ke dalam tim koordinasi Badan Penanggulangan Bencana. Mobilisasi tim siaga kesehatan reproduksi untuk melakukan penilaian awal dan kegiatan lain secara simultan sesuai fungsi dari masing-masing sub tim. Penilaian Awal Kesehatan Reproduksi secara Cepat Tujuan:

1. untuk mengukur besarnya masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi akibat bencana, dampak yang terjadi maupun yang mungkin terjadi terhadap kesehatan reproduksi.
2. menjadi acuan bagi upaya kesehatan reproduksi yang tepat dalam penanggulangan dampak bencana terhadap kesehatan reproduksi. Penanggung jawab: koordinator bidang penilai pada tim siaga kesehatan reproduksi Waktu pelaksanaan: terintegrasi dengan penilaian kesehatan secara umum, dan waktu pelaksanaannya tidak lebih dari 72 jam setelah bencana terjadi.

TUGAS

KASUS

Pelaksanaan kegiatan pelatihan diawali dengan pre test tentang materi kesehatan reproduksi dan cara konseling kepada remaja. Setelah pretest, kemudian remaja PKBI diberikan materi tentang menstruasi, IMS, HIV/AIDS, kekerasan seksual, kehamilan yang tidak diinginkan, kondisi psikologis. Semua materi yang diberikan merujuk pada buku pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja dari Kemenkes (Kemenkes, 2017). Semua materi yang diberikan sangat diperlukan dan relevan dengan kondisi dan situasi saat bencana di Sulawesi Tengah. Pemberian materi dilakukan oleh Ariani Fatmawati, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Mat. adapun rincian materi yang diberikan adalah sebagai berikut:

1. Materi I : Menstruasi Materi tentang menstruasi lebih diutamakan pada manajemen kebersihan menstruasi. Manajemen ini merupakan pengelolaan kebersihan dan kesehatan perempuan saat menstruasi. Perempuan harus dapat menggunakan pembalut yang bersih, dapat di ganti sesering mungkin selama periode menstruasi, dan memiliki akses untuk pembuangannya, serta dapat mengakses toilet, sabun dan air untuk membersihkan diri dalam kondisi nyaman dengan privasi yang terjaga.

2. Materi II : IMS dan HIV/AIDS Saat situasi tanggap darurat, koordinator kesehatan reproduksi remaja bekerjasama dengan pihak atau lembaga yang menangani penyakit menular dan HIV/AIDS untuk mencegah penularan. Memastikan pengurangan risiko penularan HIV/AIDS dilakukan sejak awal tahap tanggap darurat krisis kesehatan dapat melibatkan remaja yang aktif dalam organisasi kepemudaan atau LSM yang bergerak di isu kesehatan reproduksi remaja atau melibatkan konselor sebaya dan pendidik sebaya yang memahami prinsip pengurangan risiko penularan HIV/AIDS.

3. Materi III : Mencegah dan Menangani Kekerasan Seksual Jenis kekerasan seksual yang dialami oleh remaja selama krisis yaitu

- 1) perkosaan;
- 2) pelecehan seksual;
- 3) eksploitasi seksual;
- 4) trafiking;
- 5) sodomi.

Pencegahan terhadap kekerasan seksual diantaranya:

- 1) mengumpulkan semua anak perempuan yang kehilangan orang tua dalam satu tenda
- 2) terdapat fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyintas
- 3) menempatkan toilet laki-laki dan perempuan terpisah;
- 4) koordinasi dengan keamanan setempat;
- 5) melibatkan lembaga perlindungan anak dan perempuan;
- 6) menginformasikan adanya layanan bagi penyintas perkosaan dengan nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam;
- 7) pastikan adanya petugas yang kompeten atau konselor;
- 8) layanan medis dan kesehatan jiwa
- 9) mendorong partisipasi remaja dan masyarakat dalam mencegah dan pelayanan penyintas kekerasan seksual.

4. Materi IV : Kehamilan yang Tidak Diinginkan Kehamilan remaja pada saat situasi krisis kemungkinan akan meningkat. Hal ini disebabkan karena remaja perempuan menjadi penyintas perkosaan dan pelecehan seksual. Remaja yang aktif melakukan hubungan seksual tidak memiliki akses untuk pelayanan keluarga berencana, dan mungkin saja melakukan hubungan seksual tanpa menggunakan pelindung.

Adapun langkah-langkah yang dapat dilakukan yaitu:

- 1) pendataan dan pemetaan remaja laki-laki dan perempuan;
- 2) berkoordinasi dengan cluster kesehatan untuk pendataan remaja hamil;
- 3) memastikan petugas kesehatan menjangkau remaja hamil;
- 4) mendistribusikan buku KIA dan kit kesehatan reproduksi;
- 5) berkoordinasi dengan gizi untuk memastikan status gizi remaja hamil;
- 6) memastikan adanya tenda ramah remaja;
- 7) memotivasi remaja untuk melahirkan dipelayanan kesehatan;
- 8) melibatkan dukun bayi dan kader untuk menghubungkan remaja hamil ke pelayanan kesehatan.

5. Materi V : Remaja Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial Kondisi psikososial saat terjadi krisis adalah kecemasan, kesedihan, gangguan stress pasca trauma dan depresi. Masalah kesehatan jiwa dan psikososial mungkin merupakan penyebab sekaligus konsekuensi dari masalah kesehatan reproduksi di kalangan remaja. Pada situasi bencana, hal yang paling memungkinkan untuk dilakukan adalah Dukungan Psikologis Awal (Psychological First Aid/PFA). PFA bermanfaat untuk mengurangi dampak negatif dari pengalaman sulit karena bencana, membantu menguatkan fungsi penyesuaian diri terhadap perubahan yang terjadi pasca bencana, yang dapat berdampak baik jangka pendek maupun jangka panjang serta mempercepat proses pemulihan penyintas. Setelah semua materi diberikan, kemudian dilakukan posttest. Posttest dilakukan untuk mengetahui peningkatan pengetahuan peserta setelah diberikan materi. Sesi terakhir dari pelatihan adalah demonstrasi konseling pada remaja Desa Beka Kab. Sigi. Demonstrasi dilakukan oleh pemateri dengan cara memberikan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi dan dilanjutkan dengan sesi konseling yang diikuti oleh satu orang remaja yang memerlukan konsultasi lanjutan dan menginginkan lebih private.

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

MODUL XII. LANGKAH-LANGKAH PENANGANAN KESPRO PADA TIAP TAHAPAN PENANGULANGAN BENCANA

1. Tema Modul : Modul Praktikum Langkah-Langkah Penanganan Kespro pada Tiap Tahapan Penanggulangan Bencana
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804
3. Jumlah SKS : 2 SKS (T:1, P:1)
4. Alokasi waktu : P=170 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :
Mahasiswa mampu menjelaskan langkah-langkah penanganan kespro pada tiap tahapan penanggulangan bencana
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum langkah-langkah penanganan kespro pada tiap tahapan penanggulangan bencana dengan melakukan diskusi dan membuat skenario tentang penanganan kespro pada tiap tahapan penanggulangan bencana
8. Karakteristik mahasiswa :
Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi mata kuliah sebelumnya yaitu biologi dasar dan biologi perkembangan, ilmu sosial budaya dasar, kebutuhan dasar manusia, konsep kebidanan.
9. Target Kompetensi :
Mahasiswa dapat menjelaskan langkah-langkah penanganan kespro pada tiap tahapan penanggulangan bencana
10. Indikator :
Mahasiswa mampu menjelaskan langkah-langkah penanganan kespro pada tiap tahapan penanggulangan bencana
11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Strategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, dan membuat skenario tentang penanganan kespro pada tiap tahapan penanggulangan bencana
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 1) Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
 - 2) Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - a. Melakukan diskusi

- b. Membuat skenario tentang penanganan kespro pada tiap tahapan penanggulangan bencana
- b. Peran Pendidik / Dosen
 - 1) Sebagai fasilitator
 - 2) Sebagai mediator
15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
17. Daftar Pustaka
- a. Cunningham, F Gary at all. 2001. William obstetric 21th edition. United States of America : the mcGraw hill companies
 - b. Depkes 2002, Ditjen Yanmedik, Pedoman Evakuasi Medik, Jakarta
 - c. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - d. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - e. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - f. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - g. Pedoman Pengelolaan Hipertensi Dalam Kehamilan di Indonesia, Edisi 2. Himpunan Kedokteran Fetomaternal . POGI 200
 - h. Pusdiknakes. 2003. Konsep asuhan Kebidanan. WHO-JPHIEGO. Jakarta
 - i. Winkjosastro, hanifa. 2005. Ilmu Kebidanan. Jakarta : YBP
 - j. Williams Obstetrics, Twenty-Third Edition , 2010 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
 - k. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta
 - l. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

MATERI

A. Pengertian Krisis Kesehatan

Krisis kesehatan adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau berpotensi bencana. Bencana bisa karena alam ataupun non alam seperti terjadinya kecelakaan lalu lintas. Kejadian krisis kesehatan dapat menimbulkan kegawatdaruratan dan harus segera ditangani untuk memberikan pertolongan dan perlindungan kepada korban sehingga derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya dapat terwujud dan terpelihara secara efektif dan terorganisir. (*workshop: penanggulangan krisis kesehatan*).

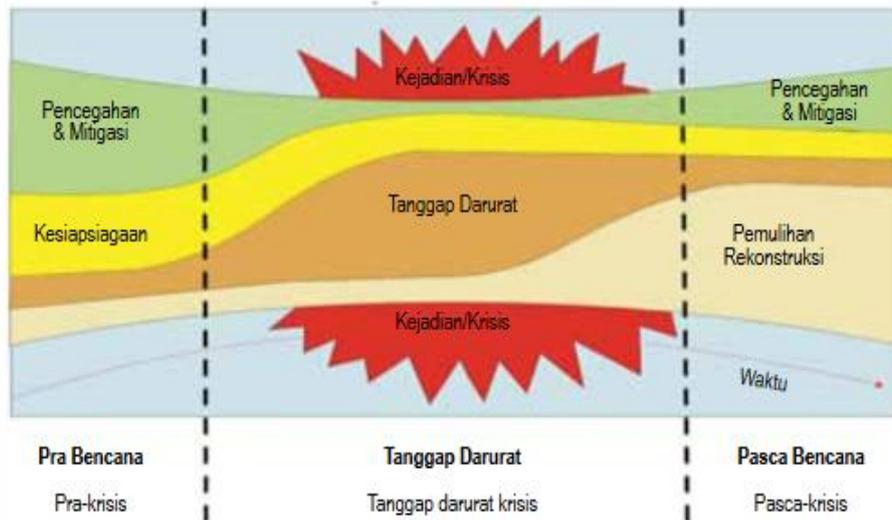
B. Tahapan Kegiatan Krisis Kesehatan

Kegiatan krisis kesehatan dibagi menjadi 3 tahap, meliputi:

1. Prakrisis Kesehatan merupakan serangkaian kegiatan kesiagaan krisis kesehatan yang dilakukan pada situasi tidak terjadi bencana atau situasi terdapat potensi terjadinya bencana yang meliputi kegiatan perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, pengurangan risiko krisis kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penetapan persyaratan standar teknis dan analisis penanggulangan krisis kesehatan, kesiapsiagaan dan mitigasi kesehatan.
2. Tanggap darurat krisis kesehatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian akibat bencana untuk menangani dampak kesehatan yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan dan pemulihan korban, memastikan ketersediaan prasarana serta fasilitas pelayanan kesehatan
3. Pascakrisis kesehatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera untuk memperbaiki, memulihkan, dan/atau membangun kembali prasarana dan fasilitas pelayanan kesehatan.

(buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan: 2017, hal. 06)

Gambar 1. Tahapan krisis kesehatan



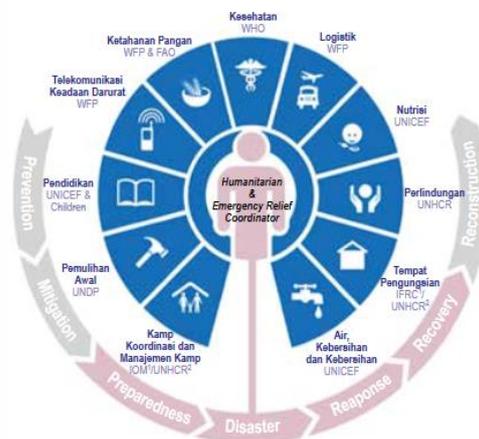
C. Klaster dalam Krisis/Bencana dan Badan Penanggulangan Bencana

Klaster merupakan sekelompok badan, organisasi, dan/atau lembaga yang bekerjasama untuk mencapai tujuan bersama dalam mengatasi kebutuhan pada sektor tertentu saat terjadi bencana (contohnya adalah kesehatan). Pendekatan klaster adalah salah satu pendekatan koordinatif yang menyatukan semua pihak terkait, baik pemerintah maupun non pemerintah dalam upaya penanggulangan bencana, untuk meminimalkan kesenjangan dan tumpang tindih pemberian bantuan/pelayanan. Macam macam klaster antara lain:

1. Klaster bencana di tingkat internasional

Klaster internasional merupakan kelompok organisasi kemanusiaan, baik PBB maupun non-PBB yang masing-masing mempunyai peran pada sektor utama aksi kemanusiaan. Mereka ditunjuk oleh *Inter-Agency Standing Committee* (Komite Tetap Antar Lembaga/IASC) dan memiliki tanggung jawab yang jelas untuk koordinasi. Klaster internasional diketuai oleh *United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs* (UNOCHA).

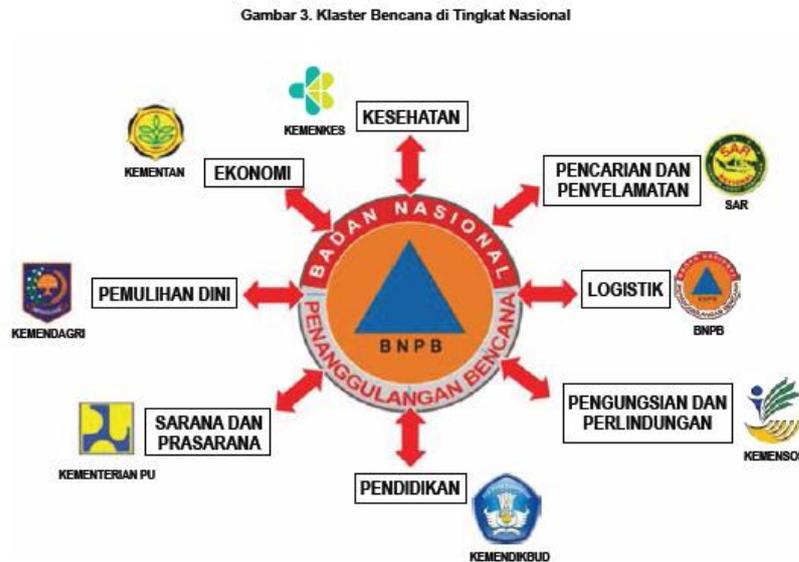
Gambar 2. Klaster Bencana di Tingkat Internasional



2. Klaster Bencana di Tingkat Nasional

Pembelajaran implementasi pendekatan klaster di Indonesia menunjukkan bahwa upaya penanggulangan bencana menjadi lebih terkoordinir dan efektif. Pada tahun 2014, BNPB bersama Kementerian/Lembaga terkait menyepakati pembentukan sistem klaster nasional melalui keputusan Kepala BNPB Nomor 173 tahun 2015, yang terdiri dari 8 (delapan)

(buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan: 2017, hal.07-08)



(buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan : 2017)

3. Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB)

BNPB merupakan lembaga pemerintah non departemen setingkat menteri yang memiliki fungsi merumuskan dan menetapkan kebijakan penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi secara cepat, tepat, efektif dan efisien serta mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan penanggulangan bencana secara terencana, terpadu dan menyeluruh di tingkat nasional. (buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan : 2017, hal.09)

4. Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD)

BPBD adalah perangkat daerah yang dibentuk untuk melaksanakan tugas dan fungsi penyelenggaraan penanggulangan bencana di daerah. Pada tingkat provinsi, BPBD dipimpin oleh seorang pejabat setingkat di bawah gubernur atau setingkat eselon Ib (satu b) dan pada tingkat kabupaten/kota dipimpin oleh seorang pejabat setingkat di bawah bupati/walikota atau setingkat eselon IIa (dua a). Kepala BPBD dijabat secara rangkap (*ex officio*) oleh Sekretaris Daerah yang bertanggungjawab langsung kepada kepala daerah. (buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan :2017, hal.09)

5. Klaster Kesehatan Nasional

Penanggulangan bencana di bidang kesehatan dilakukan melalui pendekatan sub klaster dan wilayah/regional. Menteri Kesehatan menetapkan 6 (enam) sub klaster kesehatan yang diketuai oleh Kepala Pusat Krisis Kesehatan (PKK). Masing masing sub klaster bertanggung jawab dalam mengkoordinasikan upaya penanggulangan bencana sesuai tugas dan fungsinya. Anggota klaster kesehatan maupun sub klaster kesehatan dapat berasal dari pemerintah maupun non pemerintah yang mempunyai perhatian dan tujuan pada bidang yang sama. (buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan :2017, hal.09)

Tabel 1. Sub Klaster Kesehatan Nasional

NO	SUB KLASTER
1	Sub klaster pelayanan kesehatan
2	Sub klaster pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan
3	Sub klaster pelayanan gizi
4	Sub klaster kesehatan reproduksi
5	Sub klaster kesehatan jiwa
6	Sub klaster penatalaksanaan korban mati (DVI)
Ditambah dengan pembentukan tim:	
1)	Tim Logistik
2)	Tim Data dan Informasi

6. Sub Klaster Kesehatan Reproduksi

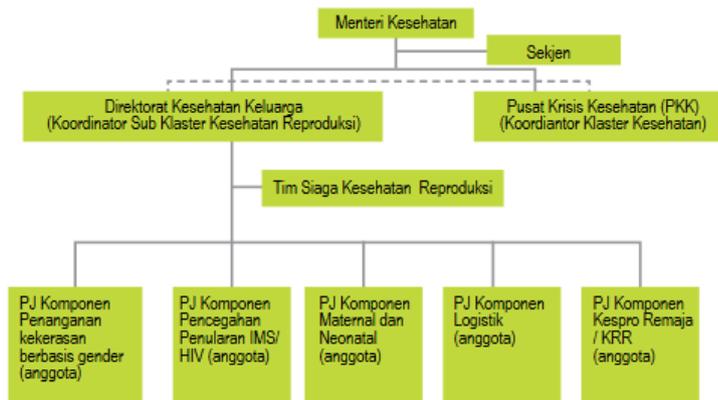
Sub klaster kesehatan reproduksi merupakan bagian dari klaster kesehatan yang bertanggung jawab terhadap tersedia dan terlaksananya pelayanan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan untuk mengurangi risiko kesakitan dan kematian kelompok rentan kesehatan reproduksi. Sub klaster kesehatan reproduksi dibentuk di tingkat pusat hingga di tingkat daerah secara berjenjang, berfungsi dan berkoordinasi sejak pra krisis, saat krisis dan paska krisis kesehatan. Sub klaster kesehatan reproduksi mempunyai anggota lembaga pemerintah, swasta, organisasi profesi dan masyarakat penggiat kesehatan reproduksi.

Sub klaster kesehatan reproduksi diketuai seorang koordinator yang mengkoordinir komponen komponen dalam PPAM kesehatan reproduksi yaitu kekerasan berbasis gender, pencegahan penularan HIV, kesehatan maternal dan neonatal, logistik serta kesehatan reproduksi remaja. Untuk setiap komponen PPAM kesehatan reproduksi ditunjuk seorang penanggung jawab komponen.

Di tingkat pusat, koordinator sub klaster kesehatan reproduksi adalah pemangku jabatan struktural/ eselon 2 penanggung jawab program kesehatan reproduksi yaitu Direktur Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan. Sedangkan penanggung jawab setiap komponen PPAM yaitu eselon 3/ penanggung jawab program yang sesuai tugas dan fungsinya dengan komponen PPAM.

Di samping itu, untuk memfasilitasi sub klaster kesehatan reproduksi di daerah utamanya bila terjadi bencana dengan skala besar, di tingkat pusat dibentuk Tim Siaga Kesehatan Reproduksi yang baru akan diaktifkan apabila daerah tidak mampu mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan di daerahnya. Tim Siaga bencana terdiri dari organisasi pemerintah, swasta, individu secara umum merupakan penggiat kesehatan reproduksi, khususnya pada situasi bencana. (buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan :2017, hal.10)

Gambar 5. Struktur Sub Kluster Kesehatan Reproduksi di Tingkat Pusat



Gambar 6. Struktur Sub Kluster Kesehatan Reproduksi di Tingkat Daerah



D. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah keadaan secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala hal yang terkait dengan system, fungsi serta proses reproduksi. (buku : epidemiologi kespro : 03)

E. Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan

Pelayanan kesehatan reproduksi pada penanggulangan krisis kesehatan dilaksanakan melalui Paket Awal Pelayanan Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi yang diselenggarakan sesegera mungkin pada awal bencana yaitu pada tanggap darurat krisis kesehatan untuk mencegah dampak lanjut krisis kesehatan. Sedangkan pada tahap prakrisis kesehatan dan pascakrisis kesehatan, pelayanan kesehatan reproduksi dilaksanakan melalui pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif pada situasi normal. (buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan :2015, hal.13)

F. PPAM Kesehatan Reproduksi

PPAM merupakan serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi yang harus segera dilaksanakan pada tanggap darurat krisis kesehatan dalam rangka menyelamatkan jiwa pada kelompok

rentan. PPAM kesehatan reproduksi dilaksanakan pada saat fasilitas pelayanan kesehatan tidak berfungsi atau akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi sulit terjangkau oleh masyarakat terdampak.

PPAM kesehatan reproduksi diterapkan pada semua jenis bencana, baik bencana alam maupun non alam. Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi disesuaikan dengan hasil penilaian kebutuhan awal, yang dilakukan oleh petugas kesehatan di lapangan/anggota sub kluster kesehatan reproduksi. (*buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan : 14*)

G. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Pada Situasi Stabil Pascakrisis Kesehatan

Setelah masa tanggap darurat berakhir, dukungan kesehatan reproduksi diarahkan untuk ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif yang menekankan kebutuhan layanan berdasarkan siklus hidup yaitu sejak dalam kandungan, bayi, balita, remaja, dewasa hingga lanjut usia dilaksanakan secara terpadu mulai dari promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan terintegrasi antar program (mis. KIA-KB, IMS-HIV, kekerasan seksual, Kesehatan reproduksi remaja dll). Dengan demikian, lewat Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT) tersedia *one stop services* layanan kespro berkualitas. (*buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan*)

Koordinator sub kluster kesehatan reproduksi perlu merencanakan SDM, menyiapkan fasilitas pelayanan kesehatan serta sarana prasarana yang dibutuhkan sebelum masa tanggap darurat berakhir, agar pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif segera tersedia, dilaksanakan dan masyarakat dapat mengakses pelayanan tersebut.

Langkah-langkah yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Menyusun rencana pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif
 - a. Mengidentifikasi kelompok sasaran rentan reproduksi dan jenis pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif yang dibutuhkan oleh masing-masing kelompok masyarakat terdampak.
 - b. Mengidentifikasi lokasi kelompok sasaran, memperkirakan waktu tinggal masyarakat terdampak untuk merencanakan ketersediaan pelayanan komprehensif sesuai kebutuhan sesegera mungkin.
 - c. Menetapkan lokasi pelayanan kesehatan yang menjadi sasaran kegiatan dengan memperhitungkan kemudahan akses serta mekanisme pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan.
 - d. Melakukan *self assessment* terhadap pelayanan yang diberikan apakah telah memenuhi kebutuhan masyarakat terdampak khususnya sasaran kesehatan reproduksi. Jika fasilitas tersebut baru dapat melakukan pelayanan untuk kesehatan ibu hamil dan keluarga berencana, maka perlu segera dilakukan upaya dalam menambah SDM, kemampuan petugas dan menyediakan sarana dan prasarana agar dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya.
2. Mengumpulkan data sasaran dan cakupan untuk persiapan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif.

Pada tanggap darurat krisis kesehatan, data dapat menggunakan estimasi dan setelah situasi normal, data menggunakan data riil.

Pengumpulan data tentang jumlah dan karakteristik target sasaran merupakan bagian penting dari program kesehatan reproduksi komprehensif. Tujuan ini menentukan beberapa hal penting:

- Pelayanan yang paling dibutuhkan oleh masyarakat?
- Pelayanan yang paling dibutuhkan tetapi belum ada/tersedia?
- Pelayanan yang dibutuhkan dan pelayanan sudah ada serta siap untuk dilaksanakan?

Ketersediaan pelayanan disesuaikan dengan kebutuhan setiap kelompok sasaran kesehatan reproduksi dari masyarakat terdampak.

Adapun langkahnya adalah sebagai berikut:

- a. Sub kluster kesehatan reproduksi melakukan pengumpulan data sekunder berupa data jumlah penduduk, jumlah ibu hamil, jumlah balita, wanita usia subur, jumlah remaja, pasangan usia subur dll. Data yang dikumpulkan harus terpilah berdasarkan jenis kelamin dan umur yang diperoleh dari

- sumber resmi seperti data dasar penduduk yang tersedia di Kecamatan, data PWS KIA (Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak) dan lain lain.
- b. Identifikasi masalah kesehatan reproduksi yang sering muncul di daerah tersebut dan membuat kajian masalah kesehatan reproduksi termasuk kemungkinan masalah kesehatan yang tidak dilaporkan di puskesmas dan atau rumah sakit, misalnya banyaknya pekerja seks di wilayah terdampak dan kehamilan tidak diinginkan dan seks pranikah, dll.
 - c. Menyusun daftar pelayanan yang sudah tersedia di puskesmas dan rumah sakit serta melakukan evaluasi pelayanan yang masih berjalan baik dan yang tidak berjalan.
3. Mengidentifikasi dan merencanakan fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat untuk melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif
 - a. Melakukan pemetaan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi. Fasilitas pelayanan kesehatan harus mudah dijangkau oleh masyarakat dari segala arah.
 - b. Mengidentifikasi peralatan, obat dan sumber daya manusia yang terdapat di fasilitas pelayanan kesehatan dan merencanakan untuk melengkapi kebutuhan sarana, prasarana pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif.
 - c. Mengidentifikasi fasilitas pelayanan kesehatan dan mempersiapkan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif sesuai yang dibutuhkan oleh masyarakat terdampak.
 - d. Mengidentifikasi jejaring rujukan dan mitra pelaksana lainnya agar dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan menyusun/menyepakati untuk mekanisme rujukan.
 4. Menilai kapasitas petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif
 - a. Mengidentifikasi kapasitas dan kompetensi petugas pemberi pelayanan kesehatan reproduksi serta merencanakan peningkatan kapasitas petugas sesuai kebutuhan setempat.
 - b. Menyusun rencana dan target pelatihan yang berkaitan dengan kegiatan kesehatan reproduksi komprehensif, misalnya: pelatihan kegawatdaruratan maternal neonatal, pelatihan pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anak (PPKtPA) dll.
(buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan)

H. Penanganan Kesehatan Reproduksi Pasca Bencana

Penanganan kesehatan reproduksi dengan cara memberikan Pelayanan kesehatan dasar yang diperlukan pengungsi antara lain :

1. Pelayanan pengobatan

Bila pola pengungsian terkonsentrasi di barak-barak atau tempat-tempat umum, pelayanan pengobatan dilakukan dilokasi pengungsian dengan membuat pos pengobatan. Pelayanan pengobatan dilakukan dipuskesmas bila fasilitas kesehatan tersebut masih berfungsi dan pola pengungsian tersebar berada ditenda-tenda kanan kiri rumah pengungsi.
2. Pelayanan imunisasi

Khususnya bagi pengungsi anak-anak dilakukan vaksinasi campak tanpa memandang status imunisasi sebelumnya. Adapun kegiatan vaksinasi lainnya tetap dilakukan sesuai program untuk melindungi kelompok-kelompok rentan dalam pengungsian.
3. Pelayanan kesehatan ibu dan anak

Kegiatan yang harus dilakukan adalah :

 - a. Kesehatan ibu dan anak (pelayanan kehamilan, persalinan, nifas, dan pascakeguguran)
 - Ketersediaan tempat bersalin.
 - Persiapan rumah sakit rujukan bila terjadi masalah serius
 - b. Keluarga berencana (KB)

- c. Deteksi dini dan penanggulangan IMS dan HIV/AIDS
- d. Kesehatan reproduksi remaja
4. Pelayanan gizi

Tujuannya meningkatkan status gizi bagi ibu hamil dan balita melalui pemberian makanan optimal. Setelah dilakukannya identifikasi terhadap kelompok ibu hamil dan balita, petugas kesehatan menentukan strategi intervensi berdasarkan analisis status gizi. Pada bayi tidak diperkenankan diberikan susu formula kecuali bayi piatu, bayi terpisah dari ibunya atau bayi dalam keadaan sakit berat.
5. Pemberantasan penyakit menular seksual dan pengendalian vektor

Beberapa jenis penyakit yang sering timbul dipengungsian dan memerlukan tindakan pencegahan karena berpotensi menjadi KLB (kejadian luar biasa) antara lain campak, diare, cacar, malaria, varicella, ISPA, tetanus. Pelaksanaan pengendalian vektor yang perlu mendapatkan perhatian dilokasi pengungsi adalah pengelolaan lingkungan, pengendalian dengan insektisida serta pengawasan makanan dan minuman.

Pada pelaksanaan surveilans bila menemukan penyakit menular, semua pihak termasuk LSM (lembaga swadaya masyarakat) kemanusiaan di pengungsian harus melaporkan kepada puskesmas atau posko pelayanan kesehatan dibawah koordinasi dinas kesehatan kabupaten sebagai penanggung jawab pemantauan dan pengendalian.

Setelah bencana terjadi dapat juga memicu kekerasan seksual pada perempuan yang bisa terjadi dipicu karena kondisi infrastruktur wilayah terdampak bencana yang rusak.

Beberapa hal yang menjadi perhatian seperti tenda dan toilet tidak terpisah antara laki-laki dan perempuan, lokasi sumber air bersih yang jauh dari pengungsian, tidak tersedianya penerangan yang memadai karena aliran listrik terputus dan tidak ada sistem keamanan pengungsian seperti ronda malam.

Untuk mencegah hal tersebut, perlu koordinasi dengan BNPB atau Dinas Sosial untuk menempatkan kelompok rentan di pengungsian. Selain itu diupayakan MCK perempuan dan laki-laki disediakan terpisah, namun jika tidak memungkinkan diharapkan adanya kesadaran dari masyarakat untuk saling menjaga. Tenaga kesehatan memastikan tersedianya pelayanan medis dan psikososial di pengungsian dan memastikan adanya mekanisme rujukan, perlindungan dan hukum yang terkoordinasi. (*buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan*)

I. Monitoring Dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilakukan pada setiap tahapan krisis kesehatan. Untuk pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi monitoring dan evaluasi digunakan sebagai dasar penyusunan program kegiatan untuk memantau hal sebagai berikut:

1. Memantau berbagai kemajuan dan kendala dalam pelaksanaan kegiatan PPAM termasuk mengidentifikasi solusisolusi atas kendala tersebut
2. Memberikan akuntabilitas dan transparansi
3. Memastikan penggunaan kit kesehatan reproduksi pada tingkat puskesmas dan rumah sakit
4. Memastikan kesiapan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif

Dalam melaksanakan monitoring dan evaluasi, terdapat tantangan yang mungkin ditemui oleh koordinator sub kluster kesehatan reproduksi di lapangan, yaitu dalam:

- 1) Menentukan kapan waktu yang tepat untuk transisi dari pelaksanaan PPAM ke pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif

- 2) Menentukan waktu yang tepat untuk menyebarkan hasil monitoring dan evaluasi. Hasil ini akan menjadi dasar pertanggungjawaban dan dasar pembuatan keputusan untuk menentukan langkah pada saat transisi serta pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif. Penggunaan hasil secara tepat juga akan memastikan bahwa kegiatan dilaksanakan secara berkelanjutan, sesuai konteks dan kebutuhan masyarakat. (*buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan :2015 :85*)

a. Cara Melakukan Monitoring PPAM

Monitoring PPAM dilakukan pada dua tahap krisis kesehatan:

- a) Pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan, monitoring dilakukan secara berkala setelah satu atau dua minggu pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi bergantung pada perkembangan respon bencana dan kebutuhan masing-masing organisasi. Minimal, data bulanan harus tersedia untuk digunakan sebagai bahan penyusunan program. Monitoring dilakukan untuk setiap komponen PPAM dengan menggunakan indikator kualitatif dan kuantitatif.
- b) Pada tahap pasca krisis, ketika kondisi telah stabil, monitoring dilakukan dengan menggunakan mekanisme yang digunakan pada situasi normal yaitu Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) yang dilakukan rutin setiap bulan. (*buku pedoman : paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan : 2015 : 86*)

b. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah untuk menganalisa efisiensi dan efektivitas program. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kegiatan program dan pelayanan (*keluaran/output*) dengan manfaat (*hasil/outcome*) dan dampak program PPAM dalam memenuhi tujuan yang telah ditetapkan.

1) Waktu Evaluasi

Evaluasi dilakukan di akhir pelaksanaan kegiatan.

2) Instrumen Evaluasi

Evaluasi menggunakan metode-metode asesmen sistematis untuk mengukur aspek kualitatif maupun kuantitatif dari penyelenggaraan pelayanan. Salah satu metode yang dapat digunakan adalah wawancara dengan informan kunci, misalnya ketua atau anggota masyarakat yang terkena dampak untuk mendapatkan informasi terkait kualitas program dan penerimaan/penilaian masyarakat terhadap program yang dilaksanakan.

Evaluasi terhadap kualitas atau akses pelayanan mencakup kajian terhadap dokumen-dokumen operasional (seperti laporan lokasi, laporan perjalanan, laporan supervisi, catatan pelatihan) serta daftar tilik untuk pelayanan kesehatan kualitatif. Pengkajian data yang dikumpulkan dari sistem monitoring juga harus dilihat sebagai bagian dari proses evaluasi.

3) Data yang Dibutuhkan untuk Evaluasi

Beberapa komponen yang penting untuk dinilai dalam melakukan evaluasi pelaksanaan PPAM, adalah sebagai berikut:

- a. Efektivitas dari program: apakah program sudah mencapai tujuan yang ditentukan?
- b. Efisiensi dari program: apakah sumber daya yang ada telah dimanfaatkan secara efisien termasuk sumber daya manusia, peralatan dan pemanfaatan dana, dll?
- c. Relevansi dari program: apakah program yang dilaksanakan sudah sesuai dengan kebutuhan dari masyarakat yang terkena bencana?
- d. Dampak dan kesinambungan program: apakah program memberikan dampak yang baik kepada masyarakat dan dapat dilanjutkan setelah pasca bencana selesai
- e. Permasalahan: apakah ada masalah yang dialami dalam mengimplementasikan program dan bagaimana solusi untuk mengatasi masalah tersebut
- f. Proses pembelajaran: pelajaran apakah yang didapatkan selama pelaksanaan program yang penting untuk perbaikan ke depan

- g. Rekomendasi apa yang harus disampaikan untuk peningkatan kualitas pelayanan
- 4) Penanggungjawab Evaluasi
Kegiatan evaluasi harus dilakukan seobyektif mungkin dan tidak bias. Jika evaluator/orang yang melakukan evaluasi juga terlibat dalam koordinasi atau pengelolaan program, terkadang sulit bagi evaluator untuk tetap netral dan melihat program dengan tidak memihak atau berat sebelah.
- 5) Analisis dan Diseminasi Hasil Evaluasi
Evaluasi harus menganalisa apa yang berjalan dengan baik maupun apa yang tidak berjalan dengan baik, untuk peningkatan/perbaikan dalam perencanaan dan rancangan program. Umpan balik harus diberikan kepada penanggungjawab/pengelola program dan para penyedia pelayanan pada saat monitoring dan evaluasi untuk memastikan bahwa masalah-masalah yang teridentifikasi ditangani dengan segera sebelum menjadi persoalan atau risiko

RANGKUMAN

Krisis kesehatan adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau berpotensi bencana. Penanggulangan bencana di bidang kesehatan dilakukan melalui pendekatan sub klaster dan wilayah/regional. Menteri Kesehatan menetapkan 6 (enam) sub klaster kesehatan yang diketuai oleh Kepala Pusat Krisis Kesehatan (PKK).

Setelah bencana terjadi dapat juga memicu kekerasan seksual pada perempuan yang bisa terjadi dipicu karena kondisi infrastruktur wilayah terdampak bencana yang rusak. Untuk mencegah hal tersebut, perlu koordinasi dengan BNPB atau Dinas Sosial untuk menempatkan kelompok rentan di pengungsian. Selain itu diupayakan MCK perempuan dan laki-laki disediakan terpisah, namun jika tidak memungkinkan diharapkan adanya kesadaran dari masyarakat untuk saling menjaga

TUGAS

Lakukan diskusi dan buat skenario tentang penanganan kespro pada tiap tahapan penanggulangan bencana !

POST TEST

KASUS

Pelaksanaan kegiatan pelatihan dilaksanakan pada hari kamis, 25 Oktober 2018 pukul 09.00-13.00 WITA di salah satu rumah warga Desa Beka Kab. Sigi Sulawesi Tengah. Kegiatan pelatihan ini diikuti oleh 18 orang remaja PKBI yang terdiri dari 8 orang remaja perempuan dan 10 orang remaja laki-laki.

Pelaksanaan kegiatan pelatihan diawali dengan pre test tentang materi kesehatan reproduksi dan cara konseling kepada remaja. Setelah pretest, kemudian remaja PKBI diberikan materi tentang menstruasi, IMS, HIV/AIDS, kekerasan seksual, kehamilan yang tidak diinginkan, kondisi psikologis. Semua materi yang diberikan merujuk pada buku pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja dari Kemenkes (Kemenkes, 2017). Semua materi yang diberikan sangat diperlukan dan relevan dengan kondisi dan situasi saat bencana di Sulawesi Tengah. Pemberian materi dilakukan oleh Ariani Fatmawati, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Mat. adapun rincian materi yang diberikan adalah sebagai berikut:

1. Materi I : Menstruasi Materi tentang menstruasi lebih diutamakan pada manajemen kebersihan menstruasi. Manajemen ini merupakan pengelolaan kebersihan dan kesehatan perempuan saat menstruasi. Perempuan harus dapat menggunakan pembalut yang bersih, dapat di ganti sesering mungkin selama periode menstruasi, dan memiliki akses untuk pembuangannya, serta dapat mengakses toilet, sabun dan air untuk membersihkan diri dalam kondisi nyaman dengan privasi yang terjaga.
2. Materi II : IMS dan HIV/AIDS Saat situasi tanggap darurat, koordinator kesehatan reproduksi remaja bekerjasama dengan pihak atau lembaga yang menangani penyakit menular dan

HIV/AIDS untuk mencegah penularan. Memastikan pengurangan risiko penularan HIV/AIDS dilakukan sejak awal tahap tanggap darurat krisis kesehatan dapat melibatkan remaja yang aktif dalam organisasi kepemudaan atau LSM yang bergerak di isu kesehatan reproduksi remaja atau melibatkan konselor sebaya dan pendidik sebaya yang memahami prinsip pengurangan risiko penularan HIV/AIDS.

3. Materi III : Mencegah dan Menangani Kekerasan Seksual Jenis kekerasan seksual yang dialami oleh remaja selama krisis yaitu, perkosaan, pelecehan seksual, eksploitasi seksual, trafiking, sodomi. Pencegahan terhadap kekerasan seksual diantaranya:
 - a) mengumpulkan semua anak perempuan yang kehilangan orang tua dalam satu tenda
 - b) terdapat fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyintas;
 - c) menempatkan toilet laki-laki dan perempuan terpisah
 - d) koordinasi dengan keamanan setempat
 - e) melibatkan lembaga perlindungan anak dan perempuan
 - f) menginformasikan adanya layanan bagi penyintas perkosaan dengan nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam
 - g) pastikan adanya petugas yang kompeten atau konselor
 - h) layanan medis dan kesehatan jiwa
 - i) mendorong partisipasi remaja dan masyarakat dalam mencegah dan pelayanan penyintas kekerasan seksual.
4. Materi IV : Kehamilan yang Tidak Diinginkan Kehamilan remaja pada saat situasi krisis kemungkinan akan meningkat. Hal ini disebabkan karena remaja perempuan menjadi penyintas perkosaan dan pelecehan seksual. Remaja yang aktif melakukan hubungan seksual tidak memiliki akses untuk pelayanan keluarga berencana, dan mungkin saja melakukan hubungan seksual tanpa menggunakan pelindung. Adapun langkah-langkah yang dapat dilakukan yaitu:
 1. pendataan dan pemetaan remaja laki-laki dan perempuan;
 2. berkoordinasi dengan cluster kesehatan untuk pendataan remaja hamil
 3. memastikan petugas kesehatan menjangkau remaja hamil
 4. mendistribusikan buku KIA dan kit kesehatan reproduksi
 5. berkoordinasi dengan gizi untuk memastikan status gizi remaja hamil
 6. memastikan adanya tenda ramah remaja
 7. memotivasi remaja untuk melahirkan dipelayanan kesehatan
 8. melibatkan dukun bayi dan kader untuk menghubungkan remaja hamil ke pelayanan kesehatan.
5. Materi V : Remaja Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial Kondisi psikososial saat terjadi krisis adalah kecemasan, kesedihan, gangguan stress pasca trauma dan depresi. Masalah kesehatan jiwa dan psikososial mungkin merupakan penyebab sekaligus konsekuensi dari masalah kesehatan reproduksi di kalangan remaja. Pada situasi bencana, hal yang paling memungkinkan untuk dilakukan adalah Dukungan Psikologis Awal (Psychological First Aid/PFA). PFA bermanfaat untuk mengurangi dampak negatif dari pengalaman sulit karena bencana, membantu menguatkan fungsi penyesuaian diri terhadap perubahan yang terjadi pasca bencana, yang dapat berdampak baik jangka pendek maupun jangka panjang serta mempercepat proses pemulihan penyintas.

Setelah semua materi diberikan, kemudian dilakukan posttest. Posttest dilakukan untuk mengetahui peningkatan pengetahuan peserta setelah diberikan materi. Sesi terakhir dari pelatihan adalah demonstrasi konseling pada remaja Desa Beka Kab. Sigi. Demonstrasi dilakukan oleh pemateri dengan cara memberikan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi dan dilanjutkan dengan sesi

konseling yang diikuti oleh satu orang remaja yang memerlukan konsultasi lanjutan dan menginginkan lebih private.

Pelaksanaan Pendampingan Konseling Sebaya Pendampingan konseling sebaya dilakukan karena pelatihan konseling yang dilakukan hanya dalam waktu 4 jam, sehingga peserta memerlukan pendampingan terlebih dahulu sebelum melakukan konseling secara mandiri. Pendampingan dilakukan selama seminggu dari tanggal 29 Oktober 2018 sampai dengan tanggal 4 November 2018 yang didampingi oleh 3 orang fasilitator. Pendampingan konseling dibagi menjadi beberapa tempat berdasarkan lokasi yaitu kota Palu, Kab. Donggala dan Kab. Sigi. Kegiatan ini dilakukan setiap hari dari pagi hingga sore tergantung dari kesiapan penyintas. Konseling dan penyuluhan dilakukan di tenda ramah perempuan atau ke sekolah-sekolah, karena remaja belum memiliki tenda ramah remaja. Berikut salah satu kegiatan pendampingan konseling di SMPN 5 Palu Sulawesi Tengah bekerjasama dengan Puskesmas Kota Palu.



Sumber: Foto Kegiatan, 2018

Gambar 2. Penyuluhan dan Konseling di SMPN 5 Kota Palu

Evaluasi Hasil Kegiatan Dari 18 peserta yang hadir, peserta berjenis kelamin laki-laki sebanyak 10 orang dan berjenis kelamin perempuan sebanyak 8 orang. Kuesioner dibagikan kepada peserta pada saat pre test dan post test. Adapun hasil pre test dan post test adalah sebagai berikut:



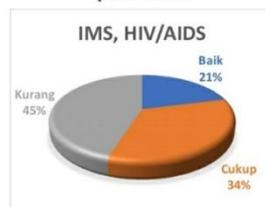
Sumber: Pengolahan data, 2018

Gambar 3. Pengetahuan tentang Menstruasi pada Pre Test



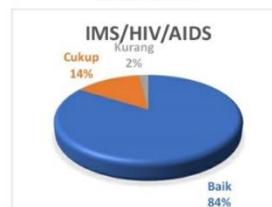
Sumber: Pengolahan data, 2018

Gambar 4. Pengetahuan tentang Menstruasi pada Post Test



Sumber: Pengolahan data, 2018

Gambar 5. Pengetahuan tentang IMS,



Sumber: Pengolahan data, 2018

Gambar 6. Pengetahuan tentang IMS,

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam.

Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

MODUL XIII. PENAMPUNGAN KORBAN

A. Langkah-langkah Perencanaan Pengungsian

1. Pengenalan dan pemantauan risiko bencana.
Fokus kegiatan ini adalah mengenali bahaya (utama dan ikutan), mengenali kelompok rentan untuk masing-masing bahaya yang potensial dan mengenali kemampuan masyarakat (*communitas capacity*) dalam hal bencana sekaligus menganalisis probabilitas kejadian bencana dan risiko bencana di suatu wilayah pada periode tertentu.
2. Perencanaan partisipatif penanggulangan bencana.
Fokus kegiatan ini adalah penyadaran masyarakat akan hak dan kewajiban serta keberadaannya dalam penanggulangan bencana, peningkatan kapasitas (*capacity building*) dan pendayagunaan (*empowerment*) tentang kemampuan, kekuasaan, otoritas, atau peluang rencana, terlibat dalam penetapan dan pelaksanaan rencana.
3. Pengembangan budaya sadar bencana
Fokus kegiatan ini adalah kesadaran publik atau (*public awarencess*), pengembangan institusi, pelestarian kearifan lokal atau (*local wisdom*), serta pemberdayaan masyarakat agar dapat melakukan upaya pencegahan (*mitigation*), kesiapsiagaan (*preparedness*), tanggap darurat (*emergency*) sampai dengan pemulihan (*relief*).
4. Peningkatan komitmen terhadap pelaku penanggulangan bencana
Fokus kegiatan ini adalah adanya institusi yang kuat dalam hal penanggulangan bencana dan didukung dengan sumber daya ideal.
5. Penerapan upaya fisik, non fisik dan pengaturan penanggulangan bencana
Fokus kegiatan ini adalah pada penerbitan tata peraturan perundangan (undang-undang peraturan pemerintah, pemerintah daerah), standar, normal, mekanisme, prosuder dengan penegakkan hukumnya, serta upaya-upaya kegiatan fisik seperti pembuatan tanggul, sabo, tempat pengungsian dan lain sebagainya.

B. Pengertian

Rumah Sakit Lapangan merupakan unit pelayanan yang diciptakan untuk membantu fungsi pelayanan kesehatan rujukan (rawat jalan, rawat inap, UGD, kamar operasi, laboratorium, dan lain-lain) yang dilaksanakan dalam kondisi darurat. Dalam pengorganisasian, unit pelayanan tersebut terdiri dari bagian-bagian yang saling bekerja sama di dalam memberikan pelayanan medik dasar dan spesialisik baik untuk perorangan maupun kelompok korban bencana. Untuk dapat menjalankan fungsi secara baik tentunya diperlukan pengorganisasian yang dijabarkan ke dalam bentuk organisasi dengan tugas dan fungsi masing-masing bagian yang jelas. Demikian pula, mekanisme koordinasi antar-bagian juga tergambar dengan jelas sehingga tidak menimbulkan kesan yang tumpang tindih di dalam operasionalisasinya. Selain itu, mobilisasi tenaga yang bekerja pada setiap bagian juga diatur sedemikian rupa agar dapat menjalankan fungsinya dengan baik.

C. Struktur Organisasi dan Manajemen Operasional Rumah Sakit Lapangan

Dalam pengorganisasian, unit pelayanan tersebut terdiri dari bagian-bagian yang saling bekerjasama didalam memberikan pelayanan medik dasar dan spesialisik baik untuk perorangan maupun kelompok korban bencana. Untuk dapat menjalankan fungsi secara baik tentunya diperlukan pengorganisasian yang dijabarkan ke dalam bentuk organisasi dengan tugas dan fungsi masing-masing bagian yang jelas. Demikian pula, mekanisme koordinasi antar-bagian juga tergambar dengan jelas sehingga tidak menimbulkan kesan yang tumpang tindih di dalam operasionalisasinya. Selain itu, mobilisasi tenaga yang bekerja pada setiap bagian juga diatur sedemikian rupa agar dapat menjalankan fungsinya dengan baik.

1. Kepala RS lapangan membawahi tiga orang koordinator yang memimpin masing-masing bagian berikut:
 - a. Bagian pelayanan medik dan keperawatan
 - b. Bagian pelayanan penunjang medik
 - c. Bagian pelayanan umum.

Penanggung jawab Kepala RS Lapangan ditunjuk oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota setempat.

Tugas kepala RS lapangan dan koordinator serta penanggung jawab unit yang terdapat dalam RS lapangan dapat dilihat dalam penjelasan berikut

- a. Kepala Rumah Sakit Lapangan
Kriteria Kepala RS lapangan, antara lain :
 1. Minimal dokter umum
 2. Mempunyai pengalaman dalam penanggulangan bencana
 3. Sehat jasmani dan rohani.Tugas kepala RS lapangan, antara lain:
 1. Memimpin dan mengelola tim RS lapangan dan SDM setempat guna mencapai tujuan RS lapangan selama masa tugas.
 2. Mengkoordinasikan operasional RS lapangan secara internal dan eksternal (dengan institusi kesehatan setempat dan institusi lain).
 3. Memantau dan mengevaluasi operasionalisasi RS lapangan sesuai standar pelayanan medis secara rutin.
 4. Bertanggung jawab atas pengelolaan keuangan RS lapangan.
 5. Melaporkan seluruh kegiatan RS lapangan ke dinas kesehatan setempat dan PPK secara berkala (laporan harian, mingguan, bulanan, laporan akhir) yang mencakup data statistik kesehatan berdasarkan sistem pemantauan kesehatan.
 6. Merencanakan dan menyiapkan serah terima tanggung jawab kepada tim pengganti yang meliputi unsur-unsur teknis dan administratif.
2. Pelayanan Medik dan Keperawatan
Unit-unit yang berada di bawah pelayanan medik dan keperawatan meliputi unit gawat darurat, bedah dan anestesi, rawat intensif, rawat inap, dan unit rawat jalan. Tugas koordinator pelayanan medik dan keperawatan dan penanggung jawab masing-masing unitnya dapat dilihat di bawah ini.
3. Koordinator Pelayanan Medik Keperawatan
Tugas koordinator pelayanan medik dan keperawatan, antara lain:
 1. Mengelola pelayanan medik dan keperawatan.
 2. Mengkoordinasikan pelayanan medik dan keperawatan (antenatal care, persalinan, postnatal care).
 3. Mengkoordinasikan sistem rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.
 4. Menyiapkan sistem on-call untuk pelayanan medik dan keperawatan
 5. Menginformasikan kapasitas tempat tidur tersisa setiap hari.
 6. Bertanggung jawab terhadap pemakaian dan pengendalian bahan medis dan non-medis.
 7. Memberdayakan dan membimbing SDM kesehatan setempat, bila memungkinkan.
 8. Mengkoordinasikan dokumentasi dan pelaporan kegiatan pelayanan medik dan keperawatan ke kepala RS lapangan.
4. Penanggung Jawab Unit Gawat Darurat
Tugas penanggung jawab unit gawat darurat, antara lain:
 1. Mengelola pelayanan kesehatan di UGD (triase, pelayanan gadar, rujukan) dengan cepat dan tepat.

2. Menerapkan kewaspadaan standar, resusitasi, dan stabilisasi.
 3. Mengkoordinasi pengkajian dan evaluasi yang berkelanjutan (triase berkelanjutan) terhadap pasien.
 4. Menyiapkan sistem rujukan dalam rangka menyelesaikan masalah kegawatdaruratan.
 5. Mengkomunikasikan informasi tentang pelayanan yang telah dan akan diberikan dan untuk kebutuhan tindak lanjut.
 6. Mengkoordinasi pemulangan pasien secara aman melalui pendidikan kesehatan dan perencanaan pemulangan pasien (discharge planning).
 7. Mengkoordinasikan kegiatan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan kegiatan UGD ke koordinator pelayanan medik, keperawatan, dan kebidanan.
 8. Mengkoordinasikan dukungan psikologis dan spiritual untuk pasien dan keluarganya.
 9. Mengatur sumber daya unit gadar (SDM, sarana prasarana).
5. Penanggung Jawab Unit Bedah
- Tugas penanggung jawab unit bedah, antara lain:
1. Menyiapkan jadwal operasi.
 2. Mengkoordinasikan pelayanan kesehatan di unit kamar operasi (pra-operasi, operasi, pasca-operasi, pemulihan).
 3. Mengatur sumber daya unit kamar operasi (SDM, sarana prasarana).
 4. Bertanggung jawab terhadap peralatan medis dan obat-obatan di unit bedah.
 5. Memberdayakan SDM kesehatan (spesialis bedah dan anestesi) setempat, bila memungkinkan.
 6. Melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan kegiatan unit kamar operasi ke koordinator pelayanan medik dan keperawatan.
6. Penanggung Jawab Unit Rawat Intensif
- Tugas penanggung jawab unit rawat intensif, antara lain:
1. Mengelola pelayanan kesehatan di unit rawat intensif.
 2. Memastikan dilaksanakannya pemeliharaan peralatan dan inventarisasi semua barang dan obat-obatan di unit rawat intensif.
 3. Memastikan ketersediaan personel untuk pergantian tiap shift.
 4. Menerima pasien dari ruang UGD, ruang bedah, dan ruang rawat inap yang memerlukan perawatan dan pemantauan intensif.
 5. Memberikan perawatan dan pemantauan intensif pada pasien.
 6. Mengkoordinasi pemindahan pasien dari ruang intensif berdasarkan kriteria ke ruang rawat inap, dirujuk, atau meninggal (ruang jenazah).
 7. Melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan kegiatan unit kamar operasi ke koordinator pelayanan medik dan keperawatan.

7. Pelayanan Penunjang Medik

Unit-unit yang berada di bawah pelayanan penunjang medik, meliputi Unit laboratorium, radiologi, farmasi, sterilisasi, dan unit gizi. Tugas koordinator pelayanan penunjang medik dan penanggung jawab masing-masing unitnya dapat dilihat dalam uraian berikut.

Koordinator Pelayanan Penunjang Medik

Tugas koordinator pelayanan penunjang medik, antara lain:

1. Mengelola pelayanan penunjang medik.
 2. Mengkoordinasikan pelayanan antar-unit.
 3. Melaporkan kegiatan penunjang medik ke kepala RS lapangan.
8. Pelayanan Umum Unit-unit yang berada di bawah pelayanan umum meliputi unit administrasi dan humas, rekam medik, pengelolaan air bersih dan limbah, laundry & cleaning, transportasi,

gudang, unit keamanan, dan unit pencahayaan dan instalasi listrik. Tugas koordinator pelayanan umum dan penanggung jawab masing-masing unitnya dapat dilihat dalam uraian di bawah ini.

9. Koordinator Pelayanan Umum

Tugas koordinator pelayanan umum, antara lain:

1. Mengelola pelayanan penunjang nonmedik (administrasikehumasan-komunikasi, rekam medik, pengelolaan air bersih dan limbah, laundry & cleaning, transportasi, gudang, keamanan).
2. Menyusun laporan keuangan rutin (dana operasional RS lapangan). Dana tersebut digunakan untuk kegiatan: ▪ Penyediaan bahan makanan pasien dan keluarga. ▪ Penyediaan bahan bakar untuk peralatan listrik RS lapangan. ▪ Penyediaan peralatan listrik, sanitasi, dan farmasi. ▪ Kebersihan sarana dan prasarana pendukung RS lapangan.
3. Menyiapkan peralatan kantor (laptop, printer, alat komunikasi untuk kegiatan operasional RS lapangan).
4. Mengkoordinasikan pemeliharaan alat medis dan nonmedis dan pencatatannya.
5. Melaporkan kegiatan penunjang non-medik ke kepala RS lapangan.

D. Persiapan Pendirian Rumah Sakit Lapangan

1. Pengiriman Tim Aju

Sebelum menggerakkan RS lapangan kita perlu mengirimkan tim aju yang mempunyai pengalaman dan kemampuan dalam pengelolaan RS lapangan. Jumlah tim aju yang dikirim minimal 3 (tiga) orang terdiri dari tenaga teknis yang mempunyai pengalaman dalam membangun RS lapangan, tenaga medis dan sanitarian. Tim aju bertugas untuk melakukan penilaian mengenai lokasi pendirian tenda dan peralatannya. Penilaian oleh tim aju tersebut penting untuk memastikan bahwa RS lapangan yang akan didirikan memang didasarkan pada kebutuhan, berada di tempat yang aman, memiliki akses yang mudah dijangkau, dan sumber air dan listrik yang masih dimiliki pasca terjadinya bencana. Oleh karena itu tim aju perlu melakukan koordinasi dengan sumber daya setempat dalam merencanakan pendirian dan operasional RS lapangan mutlak diperlukan. Sumber daya setempat harus diinformasikan mengenai kemungkinan didirikannya RS lapangan, alasan pendiriannya, lokasi, dan terbukanya akses rujukan bagi setiap korban selama masa operasional rumah sakit.

Hal-hal yang perlu dipertimbangkan dalam melakukan penilaian untuk pendirian RS lapangan di lokasi bencana, antara lain:

- a. Keamanan. Lokasi pendirian RS lapangan harus berada di wilayah yang aman dari bencana susulan, misalnya, tidak berpotensi terkena gempa susulan atau banjir susulan. Jika bencana berkaitan dengan konflik maka lokasi RS lapangan harus berada di wilayah yang netral dan mendapat jaminan keamanan dari kedua pihak yang bertikai.
- b. Akses. Dalam penetapan lokasi pendirian RS lapangan, kita harus memperhitungkan kemudahan akses bagi petugas dan pasien, juga untuk mobilisasi logistik.
- c. Infrastruktur. Apakah terdapat bangunan yang masih layak dan aman dipergunakan sebagai bagian dari RS lapangan. Jika tidak, apakah ada lahan dengan permukaan datar dan keras yang dapat digunakan untuk pendirian RS lapangan. Apakah tersedia prasarana seperti sumber air bersih dan listrik yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan operasional RS lapangan. Selain itu, perlu pula dipertimbangkan ketersediaan bahan bakar untuk menghidupkan genset dan kebutuhan operasional lain.
- d. Sistem komunikasi. Apakah tersedia sistem komunikasi di lokasi pendirian RS lapangan atau apakah diperlukan sistem komunikasi yang independen bagi RS lapangan. Faktor komunikasi memegang peranan penting baik untuk keperluan internal rumah sakit

maupun untuk hubungan eksternal terkait dengan pelaporan, koordinasi dan mobilisasi tenaga dan logistik, dsb.

2. Persiapan Sumber Daya

Pendirian RS lapangan memerlukan dukungan dari berbagai aspek dengan kata lain sumber daya. Sumber daya (y.i., tenaga kesehatan dan non-kesehatan, sarana, prasarana, dan peralatan) yang diperlukan di dalam pendirian RS lapangan dilakukan oleh daerah yang akan mengirimkan tim RS Lapangan.

Tenaga Medis Dan Non-Medis

Untuk mempersiapkan anggota tim RS lapangan baik tenaga medis maupun non-medis, berikut hal-hal yang perlu diperhatikan:

- a. Tenaga yang dimobilisasi bersifat situasional bergantung pada bencana yang terjadi.
- b. Tenaga lokal dapat disiapkan untuk mendukung tim inti yang bertugas.
- c. Masa tugas ≤ 14 hari dan berkesinambungan dengan tim pengganti yang akan bertugas setelah serah terima dengan tim sebelumnya.
- d. Penyediaan tenaga dilaksanakan secara bertahap dan disesuaikan dengan jenis pelayanan dan waktu yang disediakan.

3. Mobilisasi Sumber Daya

a. Mobilisasi Tenaga Medis dan Non-Medis

Mekanisme penggerakan tenaga medis dan tenaga non-medis, meliputi:

- 1) Menginformasikan kebutuhan tenaga kepada penanggung jawab:
 - a) Kabupaten/kota : Kepala Dinas Kesehatan
 - b) Provinsi : Kepala Dinas Kesehatan
 - c) Pusat : Kepala Pusat Penanggulangan Krisis
- 2) Penugasan Waktu: Selama RS lapangan beroperasi. Siapa yang menugaskan:
 - a) Kabupaten/kota : Kepala Dinas Kesehatan
 - b) Provinsi : Kepala Dinas Kesehatan
 - c) Pusat : Kepala Pusat Penanggulangan Krisis
 - d) Lokasi : Tempat kejadian bencana.
 - e) Hak : Insentif, Alat pelindung diri, Personal kit sesuai dengan keperluan
 - f) Kewajiban : Sesuai dengan penugasan.
- 3) Pergantian tenaga :
 - a) Untuk setiap tim, pergantian dilakukan setelah bertugas maksimal selama 2 (dua) minggu.
 - b) Serah terima harus dilakukan minimal 1 (satu) hari sebelum tugas berakhir.

b. Mobilisasi Peralatan Medis dan Non-Medis

Mekanisme penggerakan peralatan medis dan non-medis, meliputi:

- 1) Penggerakan alat medis dan non-medis ke lokasi mengacu pada hasil assessment (y.i. situasi dan kondisi, geografi, transportasi).
- 2) Kebutuhan bergantung pada jumlah dan jenis kasus korban.
- 3) Pengiriman berdasarkan efisiensi dan efektivitas.
- 4) Pengembalian atau pemeriksaan jenis dan jumlah alat menggunakan format dan berita acara serah terima; bila ada alat yang hilang merupakan tanggung jawab tim yang bertugas pada saat itu.

c. Mobilisasi Obat dan Perbekalan Kesehatan

Mekanisme penggerakan obat dan perbekalan kesehatan, meliputi:

- 1) Jenis dan jumlah sesuai hasil assessment (y.i. jenis bencana, jenis penyakit, jumlah korban berikut usianya), dan pedoman pengobatan.

- 2) Penggerakan obat dan perbekalan kesehatan ke lokasi. Dalam situasi itu, obat untuk bencana diterima dan dikumpulkan oleh pemerintah daerah setempat melalui Gudang Farmasi (Instalasi Farmasi). Tujuannya adalah untuk memudahkan dalam pengawasan dan pendistribusian ke lokasi bencana. Jika ada permintaan obat baik dari puskesmas, rumah sakit daerah, RS swasta, atau RS lapangan, pemenuhannya akan segera didistribusikan sesuai dengan kebutuhan dan persediaan yang ada. Setiap permintaan obat harus disertai dengan lampiran jumlah korban atau pengungsi yang dilayani serta data pola penyakit yang terjadi.
- 3) Prinsip dasar dari pelayanan obat pada situasi bencana adalah cepat, tepat, dan sesuai kebutuhan. Oleh karena itu, dengan banyaknya institusi kesehatan yang terlibat perlu dilakukan koordinasi dan pembagian tanggung jawab. Hal itu diperlukan agar tidak terjadi simpang siur penanggung jawab pada setiap tahapan situasi bencana. Pada tahap persiapan tidak semua institusi kesehatan langsung terlibat dalam pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan karena pada tahap itu yang diperlukan adalah adanya rencana penyiapan pengalokasian obat dan perbekalan kesehatan, sedangkan pada tahap kejadian bencana semua institusi harus langsung terlibat

Penyimpanan obat

Obat harus disimpan di tempat yang aman, disusun berdasarkan jenisnya secara alfabetis. Penyimpanan menerapkan sistem FEFO dan FIFO. Petugas yang berwenang dalam mengakses ruang penyimpanan obat hanya petugas yang telah ditunjuk. Berikut beberapa faktor yang harus diperhatikan karena dapat memengaruhi penyimpanan obat.

- 1) Kelembaban.
Udara lembab dapat menimbulkan kerusakan pada tablet salut gula, kapsul, dan oralit.
- 2) Sinar matahari.
Sinar matahari langsung dapat merusak bahan injeksi dan sirup.
- 3) Suhu.
Suhu yang terlalu tinggi dapat menimbulkan kerusakan pada salep dan suppositoria.
- 4) Kerusakan fisik.
Wadah obat yang rusak atau terbuka dapat menyebabkan kerusakan fisik pada obat dan mudah terkontaminasi mikroba.
- 5) Kebersihan.
Ruang kotor dapat menarik serangga dan tikus. Dalam sistem penyimpanan obat di RS lapangan, juga diberlakukan kondisi penyimpanan khusus, terutama untuk yang berikut :
 - a) Vaksin memerlukan cold chain khusus dan harus dilindungi dari kemungkinan putusnya aliran listrik.
 - b) Narkotika dan bahan berbahaya harus disimpan dalam lemari khusus dan selalu terkunci.
 - c) Bahan-bahan mudah terbakar seperti alkohol dan eter harus disimpan dalam ruangan khusus dan sebaiknya disimpan di bangunan khusus yang terpisah dari gudang induk. Untuk memudahkan proses pelayanan obat, minimal harus tersedia peralatan seperti:
 - wadah obat/kotak

- mortir dan stamper (untuk meracik obat)
 - plastik atau kertas perkamen untuk obat yang akan diserahkan kepada pasien
 - air bersih dan matang untuk meracik sirup kering
 - etiket untuk obat luar dan dalam
 - gelas ukur.
- d. Pencatatan dan Pelaporan Obat
- Segala kegiatan pelayanan obat harus dilaporkan kepada dinkes kabupaten/kota/provinsi sebagai bentuk pertanggungjawaban tentang penggunaan obat, selain sebagai bahan evaluasi pelaksanaan kegiatan di lokasi terjadinya bencana. Kegiatan pelaporan obat dilakukan perhari, perminggu atau bergantung pada situasi di lapangan.
- e. Mobilisasi Prasarana
- Prasarana adalah seluruh benda maupun jaringan atau instalasi yang membuat suatu sarana yang ada dapat berfungsi sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Beberapa contoh prasarana dalam RS lapangan, antara lain:
- 1) instalasi air bersih, dimulai dari sumber air yang diolah melalui alat penjernih air (water purifier) dengan keluaran berupa air bersih.
 - 2) Instalasi listrik, dimulai dari genset RS lapangan melalui jaringan instalasi listrik dan keluar sebagai arus listrik yang digunakan pada stop kontak dan lampu penerangan.
 - 3) Instalasi pengkondisian udara, dimulai dari udara yang masuk melalui modul pendingin kemudian disalurkan ke dalam tenda-tenda RS lapangan berupa udara dingin atau panas.

Adapun mekanisme penggerakan prasarana, meliputi:

- 1) Persiapan unit-unit atau kit prasarana (mis., genset dan water purifier) yang akan dimobilisasi ke lokasi bencana dari gudang penyimpanan.
- 2) Penyiapan sarana pengangkut unit-unit atau kit prasarana yang akan dimobilisasi ke lokasi bencana.
- 3) Mobilisasi unit-unit atau kit prasarana ke lokasi bencana.
- 4) Pemasangan dan inisialisasi unit-unit atau kit prasarana di lokasi bencana.
- 5) Pemenuhan kebutuhan air dan listrik, RS lapangan dapat bekerja sama dengan penyelenggara lokal.
- 6) Pemeliharaan unit-unit atau kit prasarana dilakukan secara berkala selama operasionalisasi RS lapangan.
- 7) Pengembalian atau pemeriksaan jenis dan jumlah unit-unit atau kit prasarana menggunakan format dan berita acara serah terima; bila ada prasarana yang hilang merupakan tanggung jawab tim yang bertugas pada saat itu.

E. Pendirian Tenda Rumah Sakit Lapangan

Pendirian Rumah Sakit Lapangan (RS lapangan) di daerah bencana dapat dilakukan dengan memperhatikan sarana dan fasilitas pendukung yang dapat dimanfaatkan untuk mendukung operasionalisasi RS lapangan seperti bangunan, listrik, air, dan MCK atau dengan mendirikan tenda di ruang terbuka

Tahapan dalam pendirian RS lapangan, antara lain:

1. Menetapkan tata letak (*site plan*) RS lapangan berdasarkan prioritas.
2. Menyiapkan lokasi atau lahan untuk pendirian tenda serta sarana dan fasilitas pendukung yang akan digunakan.

3. Mempersiapkan sistem drainase untuk menghindari genangan air.
4. Membersihkan permukaan lokasi pendirian tenda dari benda tajam yang dapat merusak tenda, dan apabila permukaan tanah tidak datar harus diratakan dahulu.
5. Menyiapkan pembatas (pagar) sebagai pengaman dan menetapkan satu pintu masuk dan satu pintu keluar untuk membatasi keluar masuk orang yang tidak berkepentingan.
6. Mendirikan tenda berikut secara berurutan sesuai prioritas.

Tenda Gudang

Tujuan: Sebagai tempat penyimpanan seluruh peralatan RS lapangan untuk bencana pada saat persiapan sampai operasionalisasi.

Persyaratan:

1. Lokasi untuk tenda gudang harus berada di lahan yang bebas dari genangan air dan di sisi kanan, kiri, dan belakang dibuatkan saluran drainase.
2. Tenda dapat menampung seluruh peralatan yang ada; bila ukurannya cukup besar, tenda dapat dibagi menjadi 3 bagian—gudang umum, gudang farmasi, dan gudang gizi (gizi kering dan gizi basah). Tenda farmasi dapat didirikan secara terpisah karena pengelolaan farmasi membutuhkan keahlian khusus.
3. Memiliki satu pintu untuk keluar masuk barang.
4. Dilengkapi dengan palet (alas/tatakan kayu) untuk menghindari lembab dan mempermudah pengangkutan barang.
5. Pencahayaan memadai.
6. Ditunjuk seorang penanggung jawab gudang dan untuk keamanan barang.
7. Pembatasan orang yang keluar masuk gudang (harus seizing penanggung jawab).
8. Bahan yang mudah terbakar (mis., bensin, solar, gas medis, dsb.) disimpan di tempat yang terpisah dari baranglain.

Tenda Unit Gawat Darurat (UGD)

Tujuan: Sebagai tempat untuk memberikan pelayanan gawat darurat (gadar) dan melakukan triase.

Persyaratan:

1. Tenda UGD didirikan di tempat terdepan untuk memudahkan evakuasi dan mobilisasi pasien.
2. Diupayakan dilengkapi dengan alat pendingin ruangan.
3. Sterilisasi ruang UGD harus tetap terjaga.
4. Selain petugas, tidak diperbolehkan membawa benda tajam ke dalam tenda karena dapat merusak tenda balon.

Tenda Bedah

Tujuan: Sebagai tempat untuk tindakan operasi (bedah).

Persyaratan:

1. Harus dekat dengan tenda rawat inap, tenda sterilisasi, xray, tenda perawatan intensif.
2. Selain petugas tidak diperbolehkan masuk dan membawa benda tajam ke dalam tenda karena dapat merusak tenda balon.
3. Lantai tenda mudah dibersihkan dan harus selalu dalam keadaan kering.
4. Harus dilengkapi dengan AC.
5. Pencahayaan harus memadai.
6. Pasokan listrik harus stabil.
7. Pintu masuk/keluar mudah diakses untuk pasien baik yang menggunakan tandu dan stretcher.
8. Tersedia cukup ruang untuk mobilisasi pasien tanpa risiko kontaminasi.
9. Tersedia ruang tunggu pasien untuk pra-operasi.
10. Tersedia ruangan untuk penempatan peralatan bedah seperti, instrumen, obat-obatan, linen bedah.

11. Ditunjuk penanggung jawab ruang operasi yang tugasnya:
 - a. Menjaga ruang bedah agar tetap steril
 - b. Menyiapkan dan memeriksa peralatan yang dibutuhkan untuk tindakan bedah dan menjaga keamanannya.
 - c. Membatasi keluar masuknya orang yang tidak berkepentingan.

Tenda Perawatan

Tujuan: Sebagai tempat untuk perawatan pasien.

Persyaratan:

1. Lantai tenda mudah dibersihkan dan harus selalu dalam keadaan kering.
2. Dapat dilengkapi dengan AC atau kipas angin.
3. Untuk mengurangi hawa panas akibat terik matahari, minimal 30 cm di atas atap tenda diberi lapisan terpal.
4. Jumlah tempat tidur disesuaikan dengan luas tenda dan cukup nyaman untuk pelaksanaan tindakan dan untuk mobilisasi pasien, alat medis, dan personel.

Tenda Intensive Care Unit (ICU)

Tujuan: Sebagai tempat untuk perawatan intensif pasien yang kritis.

Persyaratan:

1. Tenda perawatan intensif didirikan di dekat tenda bedah/perawatan.
2. Lantai tenda mudah dibersihkan dan harus selalu dalam keadaan kering.
3. Harus dilengkapi dengan AC.

Tenda Farmasi

Tujuan: Sebagai tempat untuk menyiapkan dan menyediakan bahan sediaan farmasi (obat dan bahan habis pakai)

Persyaratan:

1. Lokasi mudah dijangkau dari tenda pelayanan kesehatan dan bebas dari genangan air.
2. Harus dilengkapi dengan AC, refrigerator, cold chain.
3. Batasi akses hanya untuk petugas.
4. Lantai tenda mudah dibersihkan dan harus selalu dalam keadaan kering.
5. Tersedia lemari khusus berkunci untuk menyimpan bahan narkotika.

Tenda Personel

Tujuan: Sebagai tempat istirahat personel RS lapangan.

Persyaratan:

1. Tenda personel didirikan di luar area RS lapangan, jika memungkinkan.
2. Usahakan didirikan di dekat gudang untuk mengawasi barang.
3. Untuk kenyamanan dan kebersihan, tenda personel hanya difungsikan untuk tempat istirahat/tidur.

Pendirian Tenda Administrasi

Tujuan: Sebagai tempat pelayanan administrasi RS lapangan.

Persyaratan:

1. Akses mudah dari unit-unit pelayanan serta pihak lain yang berkepentingan.
2. Ruang/tenda cukup memadai untuk kegiatan ke administrasian dan penerimaan tamu, konferensi pers, dll.
3. Sumber listrik dan pencahayaan cukup, jika memungkinkan bisa dilengkapi dengan pendingin ruangan (AC).

Tenda Laundry dan Sterilisasi

Tujuan: Sebagai tempat untuk sterilisasi alat medis, alat operasi, linen (baju operasi, tutup kepala).

Persyaratan:

1. Tenda sterilisasi didirikan di dekat ruang operasi (bedah).

2. Mudah dicapai dari tenda perawatan.
3. Lantai tenda mudah dibersihkan dan harus selalu dalam keadaan kering.
4. Dapat dibagi menjadi 2 bagian (bagian pertama, bagian penerimaan barang atau alkes yang akan disterilisasikan/didekontaminasi; bagian kedua, tempat penyimpanan barang atau alkes yang sudah steril dan siap digunakan).
5. Tersedia tempat penyimpanan barang atau alkes yang telah disterilkan.
6. Pelabelan pada alat yang telah disterilkan untuk mengetahui jenis instrumen dan masa sterilitasnya.
7. Tersedia autoclave dan perhatikan sirkulasi udara agar tenda tidak panas.
8. Tersedia wastafel atau sumber air untuk dekontaminasi sebelum sterilisasi.

Tenda X-Ray

Tujuan: Sebagai tempat untuk memberikan pelayanan radiografi pada pasien.

Persyaratan:

1. Letaknya harus jauh dari tenda personel, pasien, dan tenda pengunjung di sekitarnya untuk mengurangi efek radiasi.
2. Harus dilengkapi dengan AC (dinyalakan saat alat *x-ray* dioperasikan).
3. *Colimator* diarahkan ke ruang terbuka untuk menghindari paparan radiasi terhadap orang sekitarnya.
4. Tersedia tanda peringatan bahaya radiasi.
5. Tersedia apron dan *film badge* bagi petugas.
6. Lantai tenda mudah dibersihkan dan harus selalu dalam keadaan kering.

Tenda Processing Film

Tujuan: Sebagai tempat untuk memproses *film rontgen*.

Persyaratan:

1. Letaknya harus bersebelahan dengan tenda radiografi.
2. Dapat memanfaatkan papan atau triplek untuk membuat bilik kamar gelap.
3. Luas bilik disesuaikan dengan ukuran alat *processing film*.
4. Tidak boleh ada pencahayaan (harus ada kamar gelap) dengan cara melapisi seluruh dinding bilik menggunakan plastik atau kertas warna hitam.
5. Tersedia *safety light* (lampu kamar gelap) yang dipasang di dalam bilik kamar gelap untuk mengecek *processing film*.
6. Tersedia sumber air untuk pembilasan dan pencucian film.
7. Melakukan fogging dan pembasmian vektor penyakit di sekitar area RS lapangan secara berkala sesuai dengan kebutuhan.

Selain itu, ada beberapa aturan umum yang diberlakukan untuk pendirian semua jenis tenda di atas, antara lain:

1. Lokasi untuk tenda harus berada di lahan yang bebas dari genangan air.
2. Tidak boleh membawa benda tajam ke dalam tenda karena dapat merusak tenda balon; tidak boleh merokok dalam tenda dan gudang.
3. Tekanan udara pada tabung tenda balon (apabila jenis tenda adalah tenda balon) harus diperiksa minimal dua hari sekali, jika tekanan berkurang segera dipompa kembali. Jika ditemukan kebocoran pada tenda, segera lakukan penambalan.
4. Tali tenda harus diikatkan secara kuat ke pasak yang ditanam ke tanah.
5. Lakukan pembersihan secara rutin minimal sehari sekali (disapu dan dipel).
6. Selain petugas tidak diperbolehkan membawa benda tajam ke dalam tenda karena dapat merusak tenda balon. Masing-masing tenda memiliki perlengkapan dan peralatannya sendiri yang disesuaikan dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang diberikan dalam tenda tersebut.

Penyediaan Prasarana Rumah Sakit Lapangan

Penjelasan berikut memuat beberapa hal yang perlu diperhatikan di dalam menyediakan prasarana RS lapangan.

Alat Kesehatan (Alkes)

Tata laksana penggunaan alat kesehatan, antara lain:

1. Alkes ditempatkan di dalam tenda sesuai dengan jenis pelayanan yang akan dilaksanakan.
2. Semua alkes dirakit, dipasang, dan diuji-fungsikan untuk memastikan kelayakannya.
3. Pencatatan dilakukan terhadap semua alat kesehatan yang telah ditempatkan di semua tenda maupun perpindahan alat tersebut

Prasarana Radio Komunikasi

Perlengkapan dan peralatan radio komunikasi terdiri dari:

1. Perangkat Rig, HT, baterai, power supply.
2. Antena, dilengkapi penangkal petir sederhana.
3. Perangkat Rig dan HT setidaknya dual band (VHF dan UHF).
4. Sebaiknya dipilih perangkat yang tahan cuaca (*weatherproof*).

Pembangkit Daya Listrik (Generator Set)

Persyaratan yang perlu diperhatikan untuk pembangkit listrik atau generator set (genset), antara lain:

1. Penempatannya jauh dari tenda pelayanan.
2. Dilengkapi dengan unit jaringan listrik (panel, kabel, stopkontak, saklar), dan *grounding* (sistem pembumian) pada titik-titik tertentu.

Prasarana Penerangan

Persyaratan untuk prasarana penerangan, antara lain:

1. Pencahayaan memadai.
2. Lampu penerangan selain ditempatkan di dalam tenda pelayanan juga tersedia di area RS lapangan.

Prasarana Air Bersih

Persyaratan untuk prasarana air bersih, antara lain:

1. Letak sumber air bersih berdekatan dengan lokasi pendirian RS lapangan dan terhindar dari pencemaran.
2. Penyediaan air bersih dapat memanfaatkan pasokan air dari PDAM, jika tidak memungkinkan dapat memanfaatkan sumber air bersih yang ada, misalnya, air sumur, air sungai, dsb.
3. Untuk keperluan bedah, bila memungkinkan, air yang telah diolah dapat disaring kembali dengan *catridge filter* dan didesinfeksi dengan menggunakan *ultra violet* (UV).
4. Kebutuhan air minimal 100 liter/pasien/hari (ICRC).
5. Sanitarian atau penanggung jawab yang ditunjuk melakukan pemeriksaan kualitas air secara berkala untuk mengukur kadar sisa klor (bila menggunakan desinfektan kaporit), pH, dan kekeruhan pada titik/tempat yang dicurigai rawan kontaminasi.
6. Apabila dalam pemeriksaan kualitas air, hasilnya tidak memenuhi syarat dan terdapat parameter yang menyimpang, maka harus dilakukan pengolahan.

Prasarana Pembuangan Limbah

Persyaratan umum untuk prasarana pembuangan limbah, antara lain:

1. Terbuat dari plastik hitam untuk limbah padat rumah tangga/domestik dan dibuang ke TPA atau dibakar.
2. Tempat sampah berpenutup disediakan di sisi luar setiap tenda.
3. Tempat Pembuangan limbah dengan menggali lubang, dianjurkan sedalam 1-2 meter dan tidak mencemari lingkungan, dan jarak dari sumber air 15 meter.

Untuk pengelolaan limbah medis padat, perlu diperhatikan beberapa hal berikut:

1. Pemilahan jenis limbah medis padat, dimulai dari sumbernya dan mencakup limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah farmasi, serta limbah dengan kandungan logam berat yang tinggi.
2. Wadah limbah medis padat terbuat dari bahan yang kuat, cukup ringan, tahan karat, kedap air, dan memiliki permukaan yang halus di bagian dalamnya sehingga mudah dibersihkan. Wadah tersebut dilapisi dengan kantong plastik padat warna kuning (dengan lambing limbah infeksius) yang dapat diikat rapat untuk menampung limbah medis padat.
3. Di setiap sumber penghasil limbah medis harus tersedia wadah terpisah untuk limbah padat non-medis.
4. Kantong plastik limbah medis diangkat setiap hari.
5. Lakukan kerja sama dengan rumah sakit terdekat yang memiliki fasilitas insinerator untuk pemusnahan limbah medis.

Untuk pengelolaan limbah padat non-medis, beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Pemilahan limbah padat non-medis dilakukan untuk memisahkan antara limbah yang dapat dimanfaatkan dengan limbah yang tidak dapat dimanfaatkan kembali, serta pemilahan antara limbah basah dan limbah kering.
2. Wadah limbah padat non-medis harus terbuat dari bahan yang kuat, ringan, tahan karat, kedap air, dan memiliki permukaan yang mudah dibersihkan serta dilengkapi dengan tutup yang mudah dibuka dan ditutup.
3. Terdapat setidaknya 1 wadah untuk setiap kamar atau disesuaikan kebutuhan.
4. Limbah tidak boleh dibiarkan dalam wadahnya melebihi 3 x 24 jam atau apabila 2/3 bagian kantong sudah terisi limbah, kantong harus diangkat supaya tidak menjadi perindukan vektor penyakit.
5. Tempat pembuangan akhir limbah padat non-medis di lokasi pembuangan akhir yang dikelola pemda setempat.

Sementara itu, untuk limbah cair, perlu diperhatikan hal-hal berikut:

1. Tersedia kontainer atau jerigen plastik warna kuning (dengan lambang limbah infeksius) yang dapat ditutup rapat untuk menampung limbah medis cair, benda tajam, jarum dan spuitnya.
2. Limbah medis cair ditampung ke dalam tanki septik dan didekontaminasi sebelum dibuang ke saluran pembuangan yang tertutup dan terpisah dari saluran air hujan.
3. Limbah cair yang berasal dari dapur harus dilengkapi penangkap lemak dan saluran air limbah harus dilengkapi atau ditutup dengan *grill*

Prasarana Laundry dan Sterilisasi

Persyaratan yang harus dipenuhi untuk prasarana *laundry* dan sterilisasi, antara lain:

1. Tersedia sumber air bersih untuk pencucian.
2. Mesin pencuci harus disiapkan 2 (dua) unit yaitu untuk linen infeksius dan linen non-infeksius. Mesin pencuci untuk linen infeksius tidak boleh digunakan untuk linen noninfeksius dan sebaliknya.
3. Tersedia cairan desinfektan dan bak perendam untuk dekontaminasi linen infeksius.
4. Penggunaan detergen dan disinfektan yang ramah lingkungan.
5. Dibuat saluran pembuangan limbah pencucian.
6. Petugas yang bekerja dalam pengelolaan *laundry* linen harus menggunakan pakaian kerja khusus, alat pelindung diri, dan menjalani pemeriksaan kesehatan secara berkala.

Prasarana Pelayanan Gizi (Dapur Umum)

Persyaratan yang harus dipenuhi untuk prasarana pelayanan gizi (dapur umum), antara lain:

1. Dilengkapi peralatan pengkondisian udara dan system pencahayaan.

2. Dilengkapi dengan peralatan masak besar, peralatan masak kecil, peralatan makan dan khusus untuk pembuatan formula dan makanan bayi, peralatan kebersihan, alat pencuci dan refrigerator.

Prasarana Toilet dan Kamar Mandi

Persyaratan yang perlu diperhatikan untuk prasarana toilet dan kamar mandi, antara lain:

1. Lokasinya tidak berdekatan langsung dengan dapur, kamar operasi, dan ruang khusus lainnya; pisahkan toilet pasien dari toilet personel.
2. Tidak menimbulkan genangan air yang dapat menjadi tempat perindukan nyamuk.
3. Bak dan jamban dipasang dengan baik dan dilengkapi dengan sistem saluran pembuangan.
4. Bila dilengkapi *shower*, sistemnya harus dilengkapi dengan kran.
5. Bak penampung air harus mudah dikuras.
6. Dilengkapi dengan sistem pencahayaan.
7. Memiliki sistem ventilasi pembuangan udara yang berhubungan langsung dengan udara luar.

F. Penyimpanan dan Pemeliharaan Rumah Sakit Lapangan

Penyimpanan

Rumah Sakit Lapangan (RS lapangan) untuk bencana dilengkapi dengan berbagai jenis perlengkapan dan peralatan. Agar peralatan tersebut dapat berfungsi dengan baik, di dalam penyimpanannya perlu diperhatikan hal-hal berikut ini:

1. Semua barang/peralatan RS lapangan harus disimpan di tempat yang aman sesuai dengan petunjuk penyimpanan barang yang dikeluarkan oleh pabrikan.
2. Suhu ruangan yang sesuai dengan kondisi barang.
3. Tempat penyimpanan tidak boleh lembab
4. Barang tidak diletakkan langsung di atas lantai.
5. Penyimpanan barang sesuai dengan klasifikasi barang untuk memudahkan keluar masuk barang dan pengecekan barang.
6. Tempat penyimpanan barang bebas dari hewan pengganggu.

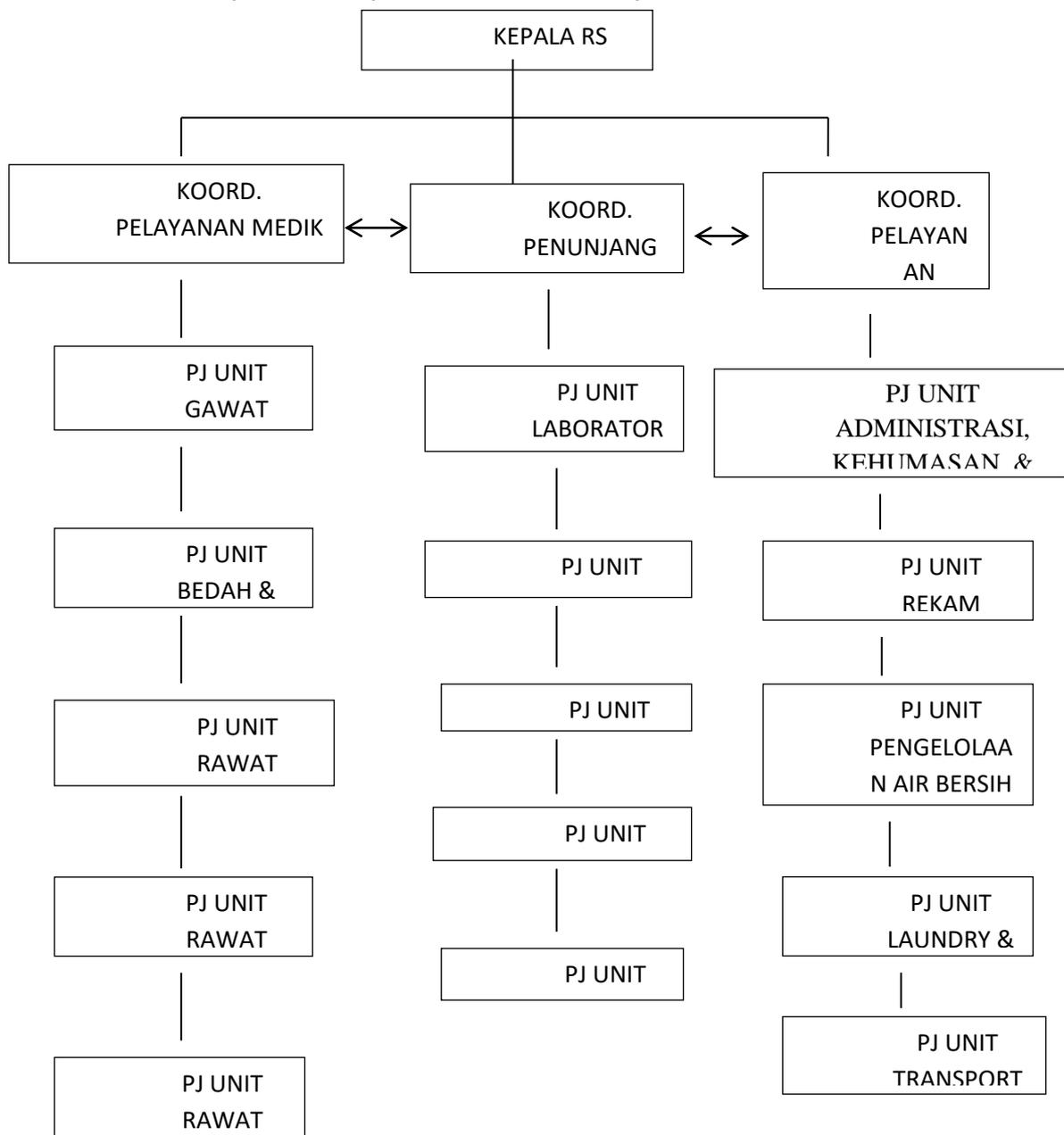
Pemeliharaan

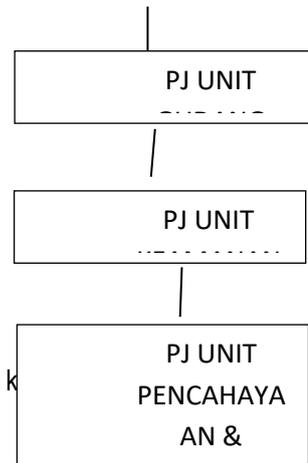
Pemeliharaan peralatan rumah sakit lapangan dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Pemeliharaan perlengkapan atau peralatan selama operasionalisasi
Suatu kombinasi dari berbagai pendapat yang dilakukan untuk menjaga suatu barang atau memperbaikinya sampai suatu kondisi yang bisa diterima.
2. Pemeliharaan perlengkapan atau peralatan selama penyimpanan
Hal-hal lain yang juga harus diperhatikan dalam penyimpanan peralatan RS lapangan, sebagai berikut:
 - a. Buat rencana ruang yang memberi koridor akses untuk handpallet/forklift.
 - b. Tumpuk boks modul bersama dan jika mungkin boks yang bernomor diletakkan berurutan.
 - c. Boks yang berat ditempatkan paling bawah.
 - d. Label menghadap ke luar dan dibuat terlihat.
 - e. Perhatikan akses handpallet/forklift terhadap pallet.
 - f. Tempatkan genset mobile di bagian depan dalam gudang.
 - g. Siapkan ruangan atau kontainer terpisah yang disertai kunci yang digunakan untuk menyimpan barang yang sensitif terhadap suhu tertentu dan barang-barang berharga.
 - h. Untuk alkes tertentu perlu dilakukan kalibrasi sekurang-kurangnya 1 tahun sekali.
3. Tenda
Hal-hal yang diperhatikan dalam pemeliharaan tenda, antara lain:
 1. Tenda balon untuk pelayanan kesehatan di RS lapangan harus ditempatkan pada lokasi yang datar dan tidak terdapat benda tajam.
 2. Secara rutin memeriksa tabung angin dan katup angin tenda balon, membersihkan alas tenda dan luar tenda.

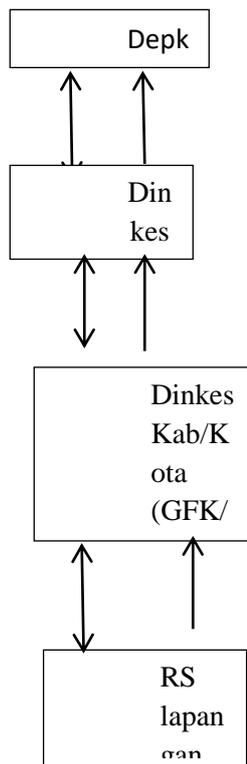
3. Membersihkan atap tenda dengan air 3 hari sekali untuk menghindari munculnya noda akibat embun yang menempel bercampur debu.
4. Menambah angin tabung tenda secara berkala setiap 2 hari sekali untuk menjaga tekanan angin pada tabung tenda.
5. Mengecek alat bantu tenda, (mis., kompresor) secara berkala (2 hari sekali) bila digunakan di lapangan

a. Bagan struktur organisasi Rumah sakit lapangan





b. Bagan alur mekanisme penggerakkan obat dan perbekalan kesehatan



Catatan:



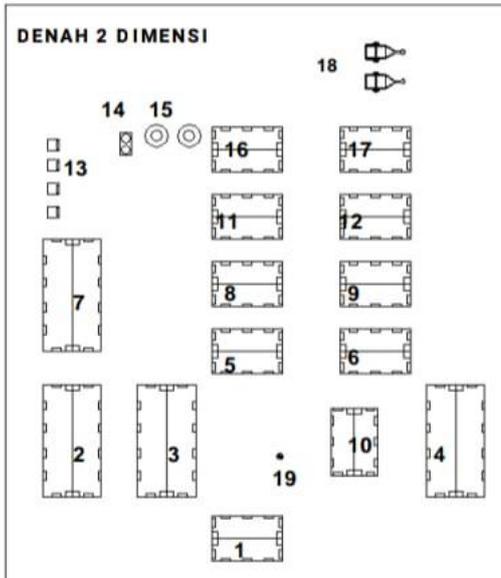
↑
Jalur permintaan

↕
Jalur distribusi

↓
Keterangan:

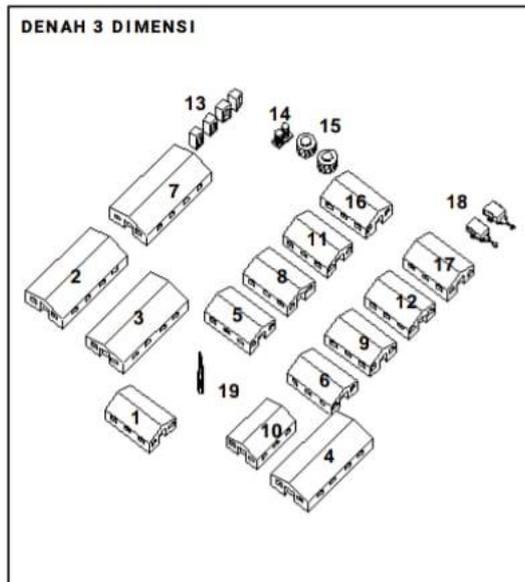
1. RS lapangan dapat mengajukan permintaan kebutuhan obat dan bahan habis pakai ke kantor Dinkes Kab/Kota setempat yang harus dipenuhinya.
2. Bila permintaan obat dan perbekalan kesehatan tidak dapat terpenuhi, dinas kesehatan kab/kota dapat meneruskan permintaan itu secara berjenjang ke dinas kesehatan provinsi dan departemen kesehatan.
3. Distribusi obat tersebut bersifat situasional bergantung pada lokasi bencana dan tingkat ketersediaan obat yang ada.

LAMPIRAN 12. Tata Letak Tenda RS Lapangan



Keterangan:

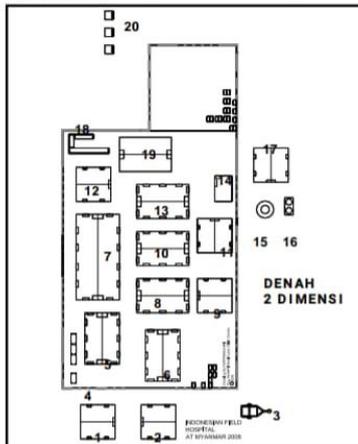
1. Tenda komando dan administrasi
2. Tenda rawat inap pria
3. Tenda rawat inap wanita
4. Tenda rawat jalan
5. Tenda ICU
6. Tenda UGD
7. Tenda personel faskeslap
8. Tenda kamar operasi
9. Tenda CSSD
10. Tenda farmasi
11. Tenda kamar mandi
12. Tenda Radiologi (x-ray)
13. Boks toilet/WC
14. Penjernih air (water purifier)
15. Tangki air utama
16. Tenda dapur
17. Tenda gudang logistik (bengkel kerja)
18. Genset
19. Tiang bendera



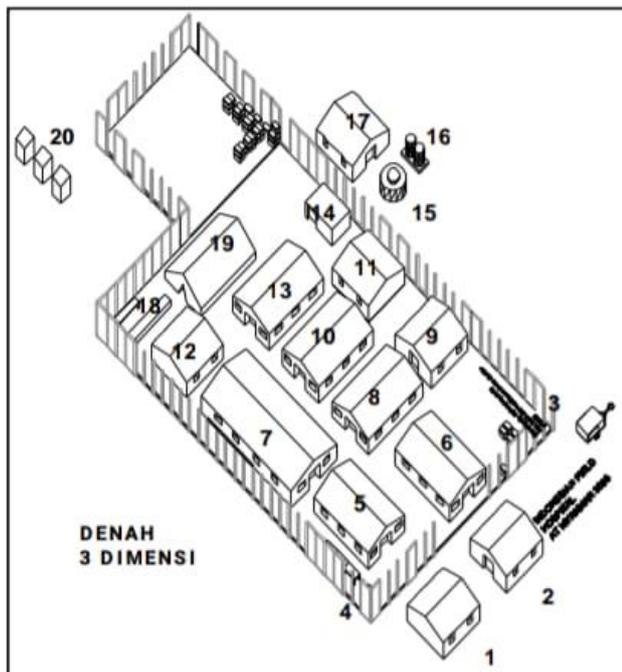
Keterangan:

1. Tenda komando dan administrasi
2. Tenda rawat inap pria
3. Tenda rawat inap wanita
4. Tenda rawat jalan
5. Tenda ICU
6. Tenda UGD
7. Tenda personel faskeslap
8. Tenda kamar operasi
9. Tenda CSSD
10. Tenda farmasi
11. Tenda kamar mandi
12. Tenda Radiologi (x-ray)
13. Boks toilet/WC
14. Penjernih air (water purifier)
15. Tangki air utama
16. Tenda dapur
17. Tenda gudang logistik (bengkel kerja)
18. Genset
19. Tiang bendera

LAMPIRAN 13. Contoh Tata Letak Tenda RS
Lapangan Tim Bantuan Kesehatan Indonesia untuk
Myanmar, 2008



- Keterangan Gambar:**
1. Tenda Keamanan
 2. Tenda Penunggu Pasien
 3. Genset
 4. Area Administrasi
 5. Tenda UGD
 6. Tenda Rawat Jalan (OPD)
 7. Tenda Personel
 8. Tenda Farmasi
 9. CSSD
 10. Tenda Personel
 11. Tenda X-Ray
 12. Musholla
 13. Tenda Personel
 14. Kamar Gelap
 15. Tanki Air 1000 liter
 16. Water Purification
 17. Kamar Mandi
 18. Dapur
 19. Tenda Gudang
 20. WC



- Keterangan Gambar:**
1. Tenda Keamanan
 2. Tenda Penunggu Pasien
 3. Genset
 4. Area Administrasi
 5. Tenda UGD
 6. Tenda Rawat Jalan (OPD)
 7. Tenda Personel
 8. Tenda Farmasi
 9. CSSD
 10. Tenda Personel
 11. Tenda X-Ray
 12. Musholla
 13. Tenda Personel
 14. Kamar Gelap
 15. Tanki Air 1000 liter
 16. Water Purification
 17. Kamar Mandi
 18. Dapur
 19. Tenda Gudang
 20. WC

RANGKUMAN

Pendirian Rumah Sakit Lapangan (RS lapangan) di daerah bencana dapat dilakukan dengan memperhatikan sarana dan fasilitas pendukung yang dapat dimanfaatkan untuk mendukung operasionalisasi RS lapangan seperti bangunan, listrik, air, dan MCK atau dengan mendirikan tenda di ruang terbuka

Tahapan dalam pendirian RS lapangan, antara lain:

1. Menetapkan tata letak (*site plan*) RS lapangan berdasarkan prioritas.
 2. Menyiapkan lokasi atau lahan untuk pendirian tenda serta sarana dan fasilitas pendukung yang akan digunakan.
 3. Mempersiapkan sistem drainase untuk menghindari genangan air.
 4. Membersihkan permukaan lokasi pendirian tenda dari benda tajam yang dapat merusak tenda, dan apabila permukaan tanah tidak datar harus diratakan dahulu.
 5. Menyiapkan pembatas (pagar) sebagai pengaman dan menetapkan satu pintu masuk dan satu pintu keluar untuk membatasi keluar masuk orang yang tidak berkepentingan.
 6. Mendirikan tenda berikut secara berurutan sesuai prioritas

TUGAS

BUATLAH PETA RS LAPANGAN DENGAN MEMPERHATIKAN TATA LETAK BAGIAN-BAGIAN

POST TEST

1. Seorang petugas Dinas kesehatan melakukan pelaksanaan pelayanan awal minimum pada Pra krisis kesehatan pada kecamatan X. Hasil geografi yaitu rawan terhadap longsor, Hasil wawancara dengan kepala desa: jumlah remaja 50 persen, 20 persen anak balita dan 25 persen orang dewasa serta 5 persen lansia. Tujuan Pelaksanaan pelayanan awal minimum Apakah yang tepat dengan kasus tersebut

- A. Mencegah dan menangani kekerasan seksual
- B. Melakukan tindakan pemberian obat gratis
- C. Melanjutkan program keluarga berencana
- D. Memastikan ketersediaan logistik
- E. Melakukan pelayanan kesehatan

Jawaban A

2. Seorang perempuan, umur 25 tahun, menjadi korban kecelakaan lalulintas, saat ini masih di tempat kejadian perkara. Hasil penilaian awal diketahui ada perdarahan trauma pada bagian kepala dan kaki, KU tidak sadar, Respon (-), Nadi carotis kurang dari 10 (+), Petugas memberikan nafas buatan. Bagaimanakah nafas buatan diberikan pada kasus tersebut

- A. 1 Ventilasi tiap 6 detik selama 10 menit
- B. 2 Ventilasi tiap 6 detik selama 10 menit
- C. 3 Ventilasi tiap 6 detik selama 10 menit
- D. 4 Ventilasi tiap 6 detik selama 10 menit
- E. 5 Ventilasi tiap 6 detik selama 10 menit

Jawaban : A

3. Seorang Laki-laki, umur 45 tahun, menjadi korban kecelakaan lalulintas, saat ini masih di tempat kejadian perkara. Hasil penilaian awal diketahui ada perdarahan dan trauma pada bagian kepala, tangan dan kaki,

KU tidak sadar, Respon (-), Nadi carotis (-), Petugas melakukan pijat jantung. Bagaimanakah posisi petugas dalam melakukan tindakan pada kasus tersebut

- A. Telapak tangan pada midsternum, diantara 2 papilla mammae dengan telapak tangan menumpuk dengan jari ditautkan
- B. Telapak tangan pada midsternum, diantara 2 papilla mammae dengan telapak tangan sejajar dengan jari ditautkan
- C. Telapak tangan dibawah midsternum, diantara 2 papilla mammae dengan telapak tangan menumpuk dengan jari ditautkan.
- D. Telapak tangan diatas midsternum, diantara 2 papilla mammae dengan telapak tangan sejajar dengan jari ditautkan
- E. Telapak tangan 2 jari dibawah midsternum, diantara 2 papilla mammae dengan telapak tangan sejajar dengan jari ditautkan

Jawaban A

4. Tugas penanggung jawab unit Rawat Intensif Pada Rumahsakit Lapangan adalah

- A. Mengelola Triase
- B. Menyiapkan jadwal operasi
- C. Mengelola pelayanan kesehatan di unit rawat intensif
- D. Mengelola pelayanan kesehatan di unit rawat inap
- E. Mengkoordinasikan pemilahan pasien

JAWABAN C

5. Memastikan kesejahteraan dan perlindungan seluruh masyarakat, termasuk keselamatan, ketahanan pangan, dan kesehatan adalah

- A. Pelayanan dasar dan keamanan
- B. Dukungan masyarakat dan keluarga
- C. Dukungan terfokus, bukan spesialis
- D. Pelayanan spesialis
- E. Dukungan penuh

JAWABAN A

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

MODUL XIV. PROGRAM DUKUNGAN PSIKOSOSIAL , NORMA DAN PRAKTIK BUDAYA DALAM KEHIDUPAN SEKSUALITAS DAN KEMAMPUAN REPRODUKSI

1. Tema Modul : Modul Praktikum Program Dukungan Psikososial, Norma dan Praktik Budaya dalam Kehidupan Seksualitas dan Kemampuan Reproduksi
2. Mata Kuliah/Kode : Manajemen Bencana Alam / BD.ML.804
3. Jumlah SKS : 2 SKS (T:1, P:1)
4. Alokasi waktu : P=100 menit
5. Semester : IV
6. Tujuan Pembelajaran :
Mahasiswa mampu menjelaskan program dukungan psikososial dan norma dan praktik budaya dalam kehidupan seksualitas dan kemampuan reproduks
7. Gambaran umum modul :
Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum program dukungan psikososial dan norma dan praktik budaya dalam kehidupan seksualitas dan kemampuan reproduksi dengan melakukan role play sesuai dengan skenario yang telah dibuat tentang strategi bidan dalam membantu program dukungan psikososial pada korban
8. Karakteristik mahasiswa :
Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester IV Prodi D III Kebidanan Kampus Kendal Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran dan lulus dalam pencapaian standar kompetensi

mata kuliah sebelumnya yaitu biologi dasar dan biologi perkembangan, ilmu sosial budaya dasar, kebutuhan dasar manusia, konsep kebidanan.

9. Target Kompetensi :
Mahasiswa dapat menjelaskan program dukungan psikososial dan norma dan praktik budaya dalam kehidupan seksualitas dan kemampuan reproduksi
10. Indikator :
Mahasiswa mampu menjelaskan program dukungan psikososial dan norma dan praktik budaya dalam kehidupan seksualitas dan kemampuan reproduksi
11. Materi pembelajaran : Terlampir
12. Strategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, role play
13. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
14. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
 - a. Bagi Peserta didik
 - 1) Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
 - 2) Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
 - a. Membuat skenario tentang strategi bidan dalam membantu program dukungan psikososial pada korban
 - b. Melakukan role play sesuai dengan skenario yang telah dibuat
 - b. Peran Pendidik / Dosen
 - 1) Sebagai fasilitator
 - 2) Sebagai mediator
15. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
16. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
17. Daftar Pustaka
 - a. Cunningham, F Gary at all. 2001. William obstetric 21th edition. United States of America : the mcGraw hill companies
 - b. Depkes 2002, Ditjen Yanmedik, Pedoman Evakuasi Medik, Jakarta
 - c. Depkes 2002, Penatalaksanaan Korban Bencana Massal, Jakarta
 - d. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Pemetaan dalam Penanggulangan Bencana di Puskesmas, Jakarta
 - e. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Pedoman Penilaian Awal Masalah Kesehatan Akibat Bencana Bagi Puskesmas
 - f. Depkes Ditjen Binkesmas 2006, Kurikulum Pelatihan Penolong Pertama Kedaruratan, Jakarta
 - g. Pedoman Pengelolaan Hipertensi Dalam Kehamilan di Indonesia, Edisi 2. Himpunan Kedokteran Fetomaternal . POGI 200
 - h. Pusdiknakes. 2003. Konsep asuhan Kebidanan. WHO-JPHIEGO. Jakarta
 - i. Winkjosastro, hanifa. 2005. Ilmu Kebidanan. Jakarta : YBP
 - j. Williams Obstetrics, Twenty-Third Edition , 2010 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
 - k. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, pedoman Praktek Kesehatan Reproduksi Pada Penanggulangan Bencana di Indonesia, Jakarta
 - l. Depkes Ditjen Binkesmas 2008, Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang KESEHATAN REPRODUKSI, Jakarta

MATERI

A. Program dukungan Psikososial (Psychosocial Support Prgramme/ PSP)

Program dukungan psikososial adalah kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan psikososial individu maupun masyarakat agar tetap berfungsi optimal pada saat

mengalami krisis dalam situasi bencana maupun kecelakaan. PSP diberikan kepada Kelompok masyarakat target Program dukungan psikososial PMI seperti anak-anak, remaja, dewasa, dan lansia, penyandang cacat, pekerja kemanusiaan.

Pelaksanaan Program Dukungan Psikososial PMI tidak dilaksanakan melalui pendekatan individu / konseling, tetapi melalui pendekatan berbasis masyarakat.

Sarafino (dalam Winda, 2013) menyatakan bahwa beberapa aspek yang harus dipenuhi sehingga tercipta dukungan sosial yang baik:

- a. Dukungan emosional (ungkapan empati, kepedulian dan perhatian). Misalnya mengucapkan belasungkawa terhadap individu yang kehilangan salah satu keluarganya.
- b. Dukungan penghargaan (ungkapan hormat atau penghargaan positif, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif dengan orang lain), misalnya orang-orang yang kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah penghargaan diri).
- c. Dukungan instrumental. Misalnya memberikan bantuan langsung kepada korban bencana alam
- d. Dukungan informatif. Misalnya memberikan masukan atau saran dan umpan balik

Dukungan kepedulian dari petugas kesehatan menjadi kebutuhan paling dibutuhkan hal ini dikarenakan kondisi dilapangan petugas P2TP2A tidak melakukan interaksi personal dengan keluarga. Petugas P2TP2A lebih fokus terhadap anak tanpa menanyakan bagaimana perkembangan anak kepada keluarganya. Dukungan emosional yang dilakukan petugas P2TP2A seharusnya melibatkan ekspresi empati, perhatian dan kepedulian, dimana rasa empati, perhatian dan kepedulian akan mendorong perasaan nyaman, mengarahkan seseorang untuk percaya bahwa dia dihormati, dicintai dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian serta rasa aman (Sarafino, 2006).

B. Manfaat Program Dukungan Psikososial

1. Membantu individu untuk mengurangi beban emosinya
2. Mengembalikan fungsi sosial individu dalam lingkungannya
3. Mengurangi resiko berkembangnya reaksi normal menjadi reaksi yang tidak normal
4. Meningkatkan kemampuan individu dalam pemecahan masalah – masalah yang dihadapi pasca bencana
5. Membantu para pekerja kemanusiaan untuk mengatasi masalah psikologis yang muncul akibat dari situasi yang dihadapi

C. Norma dan Praktik Budaya dalam Kehidupan Seksualitas

Seksualitas adalah ekspresi fisiologis dan psikologis dari perilaku seksual. Seksualitas berkaitan dengan variable biologis, psikologis, sosiologis dan spiritual dari kehidupan yang mempengaruhi kepribadian dan hubungan interpersonal. Hal ini termasuk persepsi diri, harga diri, sejarah pribadi, kepribadian, konsep cinta, keintiman dan citra tubuh.

Norma – norma dan praktik budaya dalam kehidupan seksualitas dimana seseorang mengalami gangguan keterkaitan terhadap suatu kelainan akibat trauma, sehingga banyaknya jumlah seseorang meningkatkan kehidupan seksual yang kurang dihormati dikalangan masyarakat, baik itu melalui pergaulan bebas di kalangan remaja, homoseksualitas, dan bahkan kelainan- kelainan seksualitas lainnya yang banyak dilanggar oleh sebagian orang.

Secara norma dan praktik kebudayaan homoseksual adalah rasa ketertarikan romantis atau seksual dalam perilaku individu antara berjenis kelamin atau gender yang sama. Sebagai orientasi seksual, homoseksualitas yang mengacu pada pola berkelanjutan atau disposisi untuk pengalaman seksual, kasih sayang, atau ketertarikan romantis secara eksklusif orang dari jenis kelamin yang sama, dimana homoseksualitas juga mengacu pada pandangan individu tentang identitas pribadi dan sosial

berdasarkan pada ketertarikan, perilaku ekspresi, dan keanggotaan dalam komunitas lain yang berbagi itu.

D. Norma dan Praktik Budaya dalam Kemampuan Reproduksi

1. Revolusi Seks adalah seks bebas tidak untuk menghasilkan keturunan. Jika seks tidak untuk menghasilkan keturunan, maka keturunan tidak harus didapat dari hubungan seksual pemikiran ini mempertajam pemahaman manusia tentang makna prokreasi dan seksualitas.
2. Gerakan feminisme dan hak gay, jika laki- laki dan perempuan tidak saling melengkapi dan berpengaruh secara generatif, maka bayi tidak harus hadir melalui persatuan ovum dan sperma. Maka monogami yang dianggap sebagai tempat ideal terjadinya prokreasi tidak akan terlalu dipandang dalam norma budaya kita. Untuk itu kloning akan menjadi pilihan terakhir, orang tua tunggal. Pemikiran ini mempertajam pemahaman tentang kesetaraan gender.
3. Melalui kloning dihasilkan anak yang diinginkan. Ini menguji pemahaman umum bahwa anak yang dilahirkan adalah anak yang diinginkan. Pemikiran semacam ini digunakan untuk menentang aborsi dan kontrasepsi.

TUGAS

Buatlah analisa mengenai pemberian dukungan kesehatan reproduksi pada bencana alam

POST TEST

Memberikan dukungan kepada masyarakat dalam kelompok kecil yang mungkin memerlukan perawatan dan pengawasan individual oleh tenaga kesehatan terlatih adalah

- A. Pelayanan dasar dan keamanan
- B. Dukungan masyarakat dan keluarga
- C. Dukungan terfokus, bukan spesialis
- D. Pelayanan spesialis
- E. Dukungan penuh

JAWABAN C

Memberikan dukungan kepada sejumlah kecil masyarakat, termasuk mengaktifkan jejaring sosial seperti komunitas remaja dan kelompok perempuan dan kegiatan peningkatan mata pencaharian serta pendidikan adalah

- A. Pelayanan dasar dan keamanan
- B. Dukungan masyarakat dan keluarga
- C. Dukungan terfokus, bukan spesialis
- D. Pelayanan spesialis
- E. Dukungan penuh

JAWABAN B

Yang termasuk pelayanan kesehatan reproduksi pada tanggap darurat bencana adalah

- A. Kekerasan Berbasis Gender
- B. Penyakit menular

- C. Penyakit kulit
- D. Penyakit Diare
- E. Penyakit ISPA

JAWABAN A

Menetapkan seorang koordinator pelayanan kesehatan reproduksi untuk mengkoordinir lintas program merupakan langkah

- A. Mengidentifikasi Koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi
- B. Mencegah Kekerasan Seksual
- C. Mengurangi Penularan HIV
- D. Mencegahmeningkatnya Kesakitan Dan Kematian Maternal Dan Neonatal
- E. Menangani Kekerasan Seksual

JAWABAN A

Langkah pengendalian infeksi yang mengurangi risiko penularan patogen yang terbawa dalam darah melalui paparan terhadap darah

- A. Kewaspadaan Standar
- B. Pencegahan Standar
- C. Penanganan Standar
- D. Perawatan Standar
- E. Pemulihan Standar

JAWABAN A

EVALUASI

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Manajemen Bencana Alam. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

